

*Ruolo dell'infermiere nell'educazione alla
gestione del catetere nel paziente assistito a
domicilio*

Sara Lazzari

Relatore: dott. Alessandro Morlacco



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Indice

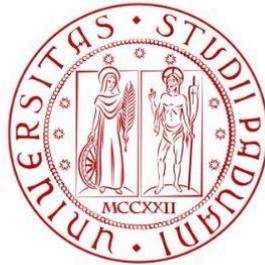
0.0	Introduzione.....	pag.2
1.0	Cosa si intende per cateterizzazione e ruolo dell'infermiere	pag. 3
1.0.1	Cos'è un catetere vescicale?	pag. 3
1.1	Procedura di posizionamento del catetere.....	pag. 13
1.2	Principali motivazioni per inserire un catetere.....	pag. 28
2.0	ASSISTENZA A DOMICILIO E FUNZIONALITÀ DELLA RELAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE.....	pag. 30
2.1	Assistenza sanitaria a domicilio: come e perché.....	pag. 30
2.1.2	Principali problemi dell'assistenza domiciliare.....	pag. 34
2.2	Come relazionarsi con il paziente per ottenere una comunicazione efficace	pag. 35
2.2.1	L'educazione terapeutica: definizioni.....	pag. 39
2.3	Come comunicare in modo efficace.....	pag. 42
2.4	Approcci di teorie infermieristiche su relazione e comunicazione.....	pag. 43
3.0	GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE A DOMICILIO.....	pag. 50
3.1	Prevenzione di rischi e azioni infermieristiche.....	pag. 51
3.2	Rischi più frequenti.....	pag. 52
3.3	Gestione delle complicanze.....	pag. 59
3.4	Rimozione e post rimozione.....	pag. 60
3.4.0	Rimuovere un catetere urinario.....	pag. 60
3.4.0.1	Accertarsi di Godere di Buona Salute dopo la Rimozione del Catetere.....	pag. 62
3.4.1	Ginnastica vescicale: si o no?	pag. 63
3.4.2	Permanenza eccessiva del catetere in sede.....	pag. 66
4.0	FEEDBACK: DISCUSSIONE SUL PROBLEMA INSORTO TRA INFERMIERE E PAZIENTE.....	pag. 69
4.1	Come accettare feedback negativi.....	pag. 69
4.2	Come prevedere feedback negativi.....	pag. 71
4.3	Feedback e rapporto con l'ambiente di lavoro.....	pag. 72
5.0	CONCLUSIONI.....	pag. 73
	Sitografia	pag. 74

0.0 Introduzione

*Ruolo dell'infermiere nell'educazione alla
gestione del catetere nel paziente assistito a
domicilio*

Sara Lazzari

Relatore: dott. Alessandro Morlacco



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Indice

0.0	Introduzione.....	pag.2
1.0	Cosa si intende per cateterizzazione e ruolo dell'infermiere	pag. 3
1.0.1	Cos'è un catetere vescicale?	pag. 3
1.1	Procedura di posizionamento del catetere.....	pag. 13
1.2	Principali motivazioni per inserire un catetere.....	pag. 28
2.0	ASSISTENZA A DOMICILIO E FUNZIONALITÀ DELLA RELAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE.....	pag. 30
2.1	Assistenza sanitaria a domicilio: come e perché.....	pag. 30
2.1.2	Principali problemi dell'assistenza domiciliare.....	pag. 34
2.2	Come relazionarsi con il paziente per ottenere una comunicazione efficace	pag. 35
2.2.1	L'educazione terapeutica: definizioni.....	pag. 39
2.3	Come comunicare in modo efficace.....	pag. 42
2.4	Approcci di teorie infermieristiche su relazione e comunicazione.....	pag. 43
3.0	GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE A DOMICILIO.....	pag. 50
3.1	Prevenzione di rischi e azioni infermieristiche.....	pag. 51
3.2	Rischi più frequenti.....	pag. 52
3.3	Gestione delle complicanze.....	pag. 59
3.4	Rimozione e post rimozione.....	pag. 60
3.4.0	Rimuovere un catetere urinario.....	pag. 60
3.4.0.1	Accertarsi di Godere di Buona Salute dopo la Rimozione del Catetere.....	pag. 62
3.4.1	Ginnastica vescicale: si o no?	pag. 63
3.4.2	Permanenza eccessiva del catetere in sede.....	pag. 66
4.0	FEEDBACK: DISCUSSIONE SUL PROBLEMA INSORTO TRA INFERMIERE E PAZIENTE.....	pag. 69
4.1	Come accettare feedback negativi.....	pag. 69
4.2	Come prevedere feedback negativi.....	pag. 71
4.3	Feedback e rapporto con l'ambiente di lavoro.....	pag. 72
5.0	CONCLUSIONI.....	pag. 73
	Sitografia	pag. 74

0.0 Introduzione

Pur essendo uno tra i compiti svolti più di frequenti dagli infermieri, la cateterizzazione vescicale è una procedura complessa e delicata che se non svolta in maniera corretta può esporre la salute del paziente a notevoli rischi. Essere portatori di catetere porta notevoli cambiamenti nello stile di vita e nelle attività di ogni giorno, e proprio queste attività possono a loro volta mettere a rischio la funzionalità del dispositivo. Ciò rende imprescindibile lo stabilire un preciso ordine di istruzioni per il posizionamento e la sua manutenzione, nonché l'aver l'educazione professionale e la preparazione pratica da parte di chi lo applica. Spesso però queste condizioni vengono a mancare, e le cause sono molteplici: diverse educazioni delle figure sanitarie, mancanza di corsi d'aggiornamento, problemi nella gestione delle tempistiche lavorative, personale insufficiente e molti altri fattori.

Un caso particolare in cui queste insorgenze hanno più probabilità di presentarsi è quello del paziente cateterizzato a domicilio. La domiciliazione della degenza ha avuto un forte sviluppo negli ultimi anni, e i benefici riscontrati sono contemporaneamente non pochi e certificati. Ma proprio per via di questa locazione lontana dai normali "centri" dell'attività di cura la continuità dell'assistenza infermieristica può essere danneggiata. Quando questo succede, ciò che ne risulta è assistenza carente, inadatta o in alcuni casi, completamente mancante nei confronti di pazienti che ne hanno bisogno in modo assiduo e puntuale.

Particolare menzione merita quindi questa situazione, che molto probabilmente costituirà una parte enorme del futuro della sanità. Tramite la ricerca di articoli pubblicati da infermieri professionisti su siti dedicati all'informazione recentemente emessi la tesi si è proposta di esaminare come questa figura della sanità possa al meglio svolgere il suo lavoro d'assistenza verso il paziente cateterizzato a domicilio, nel rispetto delle prassi e del suo ruolo sancito dalla legge. Gli argomenti trattati riguarderanno le competenze tecniche necessarie ad espletare la procedura in modo corretto, cosa si intende per Assistenza Domiciliare e quali sono i suoi benefici, come costruire una relazione infermiere-paziente ottimale e come educare e comunicare con l'assistito in maniera efficace alla gestione del catetere a domicilio.

1.0 Cosa si intende per cateterizzazione e ruolo dell'infermiere

Con cateterismo vescicale si intende il posizionamento in vescica di un drenaggio sterile, per via transuretrale o sovra-pubica, che permette di canalizzare l'urina all'esterno del corpo nei casi in cui il processo evacuativo fisiologico risulti compromesso. Il posizionamento può essere temporaneo o permanente a seconda del tipo di problematiche e di fattori che rendono difficoltosa o influenzano la minzione.

Come sancito dal profilo professionale DM 739/94, l'infermiere è “ *l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è il responsabile dell'assistenza generale infermieristica*”. La cateterizzazione vescicale rientra tra le manovre invasive che egli può effettuare in autonomia, anche se obbligatoriamente sotto previa prescrizione medica, ed è quindi suo compito sapere essere in grado di svolgere tutta la procedura in modo adeguato e corretto.

Sempre nel DM 739/94 viene appunto individuato il potenziale operativo dell'assistenza infermieristica, ovvero che “*l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa*”. Ciò implica che l'infermiere deve essere in grado di svolgere le operazioni di conoscenza intellettuale della procedura, applicazione tecnica del presidio ed istruzione pratica del paziente al suo uso. Perché ciò avvenga è necessario che l'infermiere abbia una relazione funzionale con il suo assistito, ed è qui che entrano in gioco i ruoli di conoscenze tecniche, didattiche e relazionali.

1.0.1 Cos'è un catetere vescicale?

Con il termine cateterismo vescicale si indica il posizionamento di un tubo flessibile che viene inserito all'interno della vescica con lo scopo di farne fuoriuscire l'urina convogliandola all'esterno. Gli scopi sono diversi ed è una pratica di routine svolta generalmente da un medico o un infermiere.

Il tipo di modello, il materiale e il modo di inserimento differiscono a seconda dello scopo che si deve raggiungere. Il dottor Roberto Tonon, infermiere ed autore presso Med4care, le tipologie di cateterismo possono essere suddivisi in base alla via d'inserzione e al tempo di posizionamento:

- **Cateteri uretrali:** vengono introdotti attraverso l'uretra, il condotto anatomico dove passa l'urina, fino a raggiungere la vescica.
- **Cateteri sovra-pubici:** vengono inseriti chirurgicamente all'interno della vescica tramite un'incisione sopra il pube, chiamata cistostomia.



- Caso particolare è rappresentato dal **catetere maschile esterno**, meglio conosciuto come **urocondom**: non è interno all'uretra ma avvolge completamente il pene. Inoltre, nella maggior parte dei casi questi condom sono auto-adesivi, per aderire meglio alla base del pene. La scelta di utilizzare, su un paziente, un condom al posto di un catetere vescicale spetta all'infermiere, ma non essendo questo considerato un presidio invasivo, quello esterno può essere applicato anche dagli operatori socio sanitari. A domicilio, è compito del medico o all'**infermiere di famiglia** informare e formare l'utente sulla corretta procedura da seguire sulla gestione dello stesso, accertandosi in seguito che la procedura venga da loro svolta in modo corretto.



catetere esterno
o condom urinario

In base al lasso di tempo della permanenza in vescica si possono dividere in:

- A breve termine: il catetere viene rimosso dopo che la vescica si è svuotata
- A lungo termine: il catetere resta in sede per giorni o settimane. È generalmente provvisto di un ancoraggio all'estremità interna dello palloncino, che si gonfia con acqua sterile al momento dell'inserzione per evitare rimozioni accidentali. Questa tipologia di cateterismo può ulteriormente essere suddivisa in 'a breve permanenza', con durata massima di quattordici giorni, e 'a lunga permanenza' per periodi più lunghi.

In base al numero di vie, un catetere vescicale può essere:

1. **a una via**, utilizzato per il cateterismo temporaneo o intermittente;
2. **a due vie**, dotato di una via per il deflusso delle urine e di una che, mediante apposita valvola, permette la distensione di un palloncino ancorante all'interno della vescica;
3. **a tre vie**, dotato di una via per il drenaggio, una per l'ancoraggio e una terza per consentire l'irrigazione vescicale. Consigliato in casi di necessario controllo di problematiche come, ad esempio, la macroematuria.

Classificazione in base alla durata del drenaggio

I materiali utilizzati si adattano allo scopo e alla durata della permanenza. Le caratteristiche comuni sono la resistenza alla torsione e alla flessione, la punta atraumatica, superfici che facilitano l'inserimento. Fattore importante è la biocompatibilità, ovvero il materiale di cui è costituito il presidio ei liquidi organici con cui viene a contatto: nessuna reazione deve insorgere tra il materiale ed essi (per questo è anche definito 'inerte'). Nessun tipo di materiale può essere tollerato in modo assoluto, ma il tempo di permanenza ed il tipo di materia influiscono molto sulla biocompatibilità, subordinandola.

I più utilizzati sono:

- PVC per cateterismo ad intermittenza. Il materiale è fisiologicamente innocuo, il rischio di irritazione della mucosa è basso grazie al minor attrito che esercita. Si presenta anche in formati autolubrificanti.
- PVC rivestito di PVP + NaCl: il PVP come sostanza attrae l'acqua e il sale lega l'acqua al catetere stesso. Sono cateteri con un potere d'attrito che diminuisce notevolmente rispetto ad altre tipologie. Sono adatti anche al cateterismo intermittente.

- PVC rivestito di PVP + urea: autolubrificanti, adatti al cateterismo intermittente.
- Poliuretano rivestito di PVP + urea: adatti al cateterismo intermittente, si presentano in soluzione fisiologica sterile, pronti all'uso. Autolubrificanti.
- Lattice per tempistiche inferiori a 30 giorni. Trattandosi di gomma naturale purificata è la tipologia di materiale più morbida; è indicato per i cateterismi a breve termine poiché è un materiale che può dare allergia e favorisce l'insorgere di incrostazioni a causa della superficie liscia. Può essere ricoperto di teflon per ridurre la reazione uretrale, in caso di cateterismi non superiori alle due settimane;
- Hydrogel: lattice con rivestimento polimerico idrofilo, delicato sulla mucosa uretrale, abbassa sensibilmente il rischio di incrostazioni e colonizzazione batterica;
- Silicone per cateterismi superiori a 30 giorni. Si tratta del materiale più apprezzato per l'alta biocompatibilità con la mucosa uretrale e le inferiori possibilità di innescare reazioni allergiche.

La manutenzione del catetere e il monitoraggio del suo funzionamento variano a seconda dei diversi tipi e rientrano tra i compiti dell'infermiere.

La consistenza

Per quanto riguarda la consistenza, i cateteri vescicali si dividono tra:

- **molli:** costituiti da gomma, lattice o silicone, sono quelli che garantiscono maggiore confort per il paziente e sono quelli più indicati per l'uso protratto nel tempo;
- **semirigidi:** costituiti da gomma o plastica, vengono utilizzati in casi particolari, quali ad esempio: restringimento dell'uretra o ipertrofia prostatica nell'uomo, casi di ematuria importante o di emorragia vescicale;
- **rigidi:** costituiti da materiale sintetico, si usano in casi molto rari e particolari, generalmente come "dilatatori"

Il calibro dei cateteri vescicali

Il diametro esterno del catetere, chiamato calibro, influisce profondamente sulla sua funzione: più ridotto è il calibro, meno sono le probabilità di creare lesione all'uretra, ma ciò rallenta l'espulsione dell'urina. Il metro di misura è la **scala di Charrière**, secondo la quale 1 Ch equivale a 1/3 mm.

. Indicativamente si scelgono cateteri di calibro:

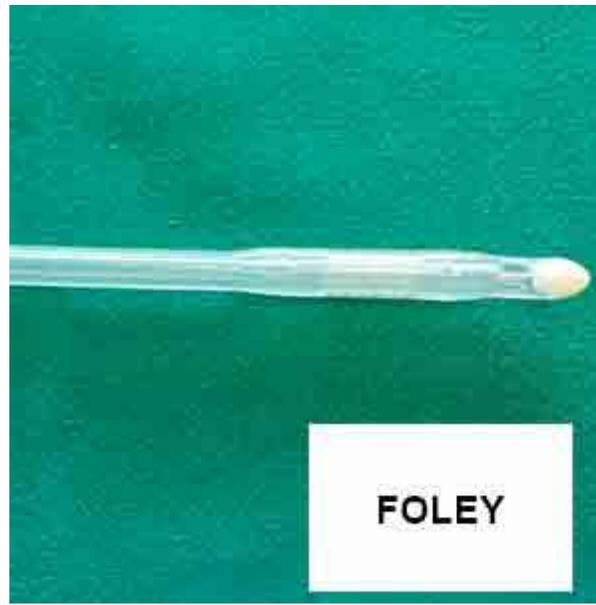
- 12-14 Ch in caso di urine chiare;
- 16-18 Ch urine torbide;
- 20-24 Ch piuria e macroematuria.

Il calibro va scelto accuratamente tenendo conto delle condizioni cliniche e della fisiologia del paziente e non basandosi solo sulle misure della scala. Un calibro errato o non adatto può causare gravissime conseguenze per il paziente.

Le estremità prossimali

In base alle caratteristiche dell'estremità prossimale del catetere vescicale si possono distinguere le seguenti tipologie di presidi:

- **Catetere Foley:** il tipo più frequentemente utilizzato, è molle e confortevole per il paziente, ha l'estremità arrotondata e dotata di un palloncino gonfiabile di ancoraggio (10 - 15 cc) che ne garantisce la stabilità e due fori contrapposti e simmetrici tra loro. È in lattice o silicone, ha una durata massima di 30 giorni (variabile in base al materiale: se è in lattice, è consigliato un uso di massimo 15 gg).



- **Catetere Nelaton:** utilizzato soprattutto nella donna, ha l'estremità prossimale arrotondata e rettilinea, con uno o due fori di drenaggio tra loro contrapposti. È monouso, a singola via, consigliato per il cateterismo ad intermittenza.
- **Catetere Folex:** presenta l'estremità da introdurre in forma detta "a becco di flauto". Può essere a due o tre vie a seconda della necessità e il palloncino di ancoraggio si può gonfiare fino a 100 ml. È fortemente indicato nei casi ematuria imponente (se a tre vie, può essere operato il lavaggio continuo), rimozione di coaguli, drenaggio di urine corpuscolate (muco neovesvicale, IVU)
- **Catetere Mercier:** semirigido, non autostatico, presenta la punta arrotondata dotata di uno o due fori di drenaggio e una curvatura di circa 30°-45° per facilitare l'inserimento del condotto in cateterismi difficili, rimozione di coaguli, dilatazione uretrali e ostacoli cervicali. Particolarmente indicato nell'uomo con uretra membranosa o prostatica;



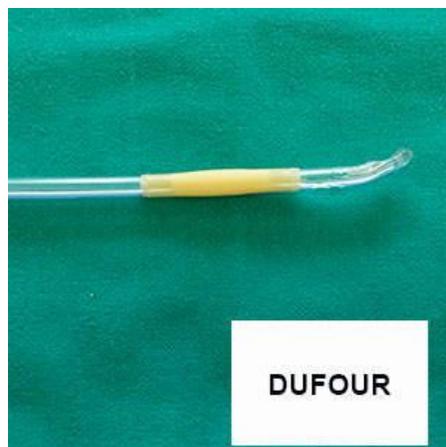
- **Catetere Couvelaire:** si tratta di un presidio non autostatico, semirigido, con estremità a becco di flauto e dotata di due fori laterali, si utilizza per rimuovere coaguli, per esempio in caso di emorragia vescicale, tamponamento della vescica o dopo prostatectomia radicale.



- **Catetere Tiemann:** semirigido, con estremità di forma conica e dall'angolatura di 30°, può essere sia autostatico che non autostatico. L'estremità è arrotondata e indicato nei casi di restringimento dell'uretra, specialmente quella maschile, cateterismi difficili e ostacoli cervicali;



- **Catetere Dufour:** catetere da ematuria rigido o semirigido, dotato di palloncino di ancoraggio (30–90 cc) e a tre vie, ha l'estremità prossimale a becco di flauto, con curvatura di 30° e due fori laterali contrapposti; indicato in caso di tamponamento vescicale e relativa ematuria.



- **Cateteri di Pezzer e Malecot:** di gomma, autostatici. Ormai in disuso, venivano introdotti tramite un mandrino di metallo.



Malecot Catheter

Tra I presidi accessori del catetere troviamo:

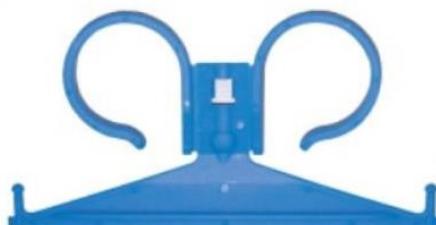
- Esistono due tipi di sacca terminale di raccolta delle urine: la più piccola, portatile, si attacca alla gamba, può essere nascosta sotto gli indumenti e permette al paziente di muoversi liberamente nel corso della giornata e svolgere una vita pressoché normale la più grande, fissa, viene normalmente utilizzata durante la notte o nei pazienti allettati in quanto viene attaccata direttamente al letto. In genere sono provviste di:
 - Capacità fino a 2000 ml
 - Drenaggio antipiega, lungo circa 120 cm
 - Valvola anti reflusso • Camera di gocciolamento, filtro idrofobico
 - Porta senza ago sul catetere di campionamento
 - Valvola di scarico tipo T-Tap
 - Gancio universale, nastro di fissaggio
 - Scalato ogni 50ml

Qualora gli strumenti presenti nella confezione risultino danneggiati o non integri la procedura deve essere sospesa e corretta. È sempre inoltre necessario verificare che il kit sia provvisto di ogni cosa, in caso contrario deve essere aggiunta a parte.



Le sacche per la raccolta delle urine per neonati si applicano adesivamente. Generalmente in polietilene medicale, cerotto con adesivo acrilico, con o senza spugna, individualmente per maschi e femmine (diversa forma del foro), Capacità di 100ml circa

- Reggisacca: sostiene la sacca al supporto vicino al paziente (letto, spondina). Deve sempre essere posta in modo da non causare reflusso di urina.



Ritornando al ruolo dell'infermiere, è doveroso specificare che è il medico a stabilire quale catetere si adatti meglio alle condizioni del paziente. Ma è proprio dalle osservazioni dell'infermiere sul paziente e dall'accuratezza della sua assistenza che il medico può avere informazioni su cui basarsi per la scelta della terapia più congeniale ed è sempre dell'infermiere la responsabilità di far sì che essa venga somministrata e faccia il suo effetto. È importante inoltre agire in base a competenze discrezionali: garantire la sterilità dell'operazione, conoscenza dei presidi, saper valutare i bisogni e i problemi di salute del degente, sa interagire in modo collaborativo con le altre figure del

personale, sa riconoscere tempestivamente i segnali relativi all'insorgenza di complicanze (dolore alle vie urinarie o sovrappubico, ostruzione durante l'inserimento, febbre, disagio, ematuria, piuria...)

1.1 Procedura di posizionamento del catetere

Come già dichiarato, si tratta appunto di un intervento infermieristico altamente invasivo che presenta diversi rischi per la salute e la sicurezza del ricevente, come un elevato rischio di infezione, di lesioni alle vie urinarie e da decubito, e competenze accertate e dimestichezza nella pratica sono dunque necessarie per la sua corretta applicazione.

CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA NELL'UOMO

Linee guida: revisione giugno 2015

ATTUAZIONE

MOTIVAZIONE

o PREPARAZIONE DEL MATERIALE

o Kit per cateterismo vescicale. Se non disponibile, procurarsi guanti sterili della misura più congeniale, teli e garze sterili in quantità adeguata, siringa riempita di acqua sterile per l'ancoraggio, lubrificante a base di lidocaina inerte sterile con applicatore.

o Catetere vescicale del tipo adeguato

o Superficie atta a piano d'appoggio per il campo sterile (per esempio carrello a due piani con cestino dei rifiuti al piano inferiore, per evitare contaminazioni).

o Sacca di drenaggio a circuito chiuso

o Antisettico per mani

o guanti non sterili

o Cerotto ipoallergenico

o Supporto sacca diuresi

o Pacchetto garze sterili

o pomata lubrificante

o Occorrente per eventuale igiene perineale (elencare il materiale)

o Contenitore per rifiuti

ATTIVITA' PRELIMINARI

o Verificare la prescrizione medica e la motivazione per cui è stata prescritta la cateterizzazione, verificando soprattutto la presenza di problematiche insorte con precedenti cateterismi o allergie. Informarsi anche in modo opportuno sulle condizioni cliniche del paziente.

o procurarsi il materiale verificandone l'integrità, la data di scadenza o eventuali altri difetti, smaltendolo se non è utilizzabile. Controlli periodici regolari del materiale riducono il rischio di utilizzare materiale non sterile o danneggiato.

o Identificare in modo attivo la persona, ovvero verificare il nominativo da documenti/bracciale ospedaliero e chiedendo direttamente al paziente, in base alle sue capacità di risposta.

o Presentarsi al paziente

o Chiedere conferma per eventuali allergie al lattice e precedenti cateterismi

Allo scopo di preparare il tipo di catetere adeguato alla situazione

Identificare il paziente assicura che il giusto paziente riceva la giusta assistenza

Presentarsi dimostra responsabilità e affidabilità

o Acquisire il consenso spiegando la procedura, assicurandosi che il paziente abbia compreso cosa essa comporta in base alle sue abilità cognitive

Lo scopo è di alleviare l'ansia e di ottenere la massima collaborazione e garantire al paziente il diritto di sapere cosa implica la procedura a cui verrà sottoposto.

o Assicurare un ambiente confortevole, ben illuminato e con la temperatura idonea e lo spazio sufficiente per effettuare la manovra

Aiuta ad alleviare l'imbarazzo relativo alla procedura e ne favorisce la corretta esecuzione

o Provvedere a garantire la privacy alla persona

Preserva la dignità della persona

o Valutare la capacità della persona di eseguire l'igiene perineale in autonomia o assisterla, se necessario

Dare l'opportunità alla persona di eseguire l'igiene perineale, aiuta a mantenere l'autonomia residua

o Verificare che la persona abbia effettuato l'igiene perineale

Ridurre il potenziale infettivo

ESECUZIONE CATETERISMO VESCICALE

o Effettuare il lavaggio antisettico delle mani

Per prevenire la trasmissione di microrganismi

o Far assumere alla persona la posizione supina, con le gambe leggermente

divaricate, lasciando scoperta solo la parte interessata.

o Posizionare la sacca diuresi

o Preparare il campo sterile su una superficie stabile, con la seguente modalità:

- aprire il pacchetto garze sterili e mantenerle all'interno
- Aprire il kit ed indossare i guanti
- Stendere sul piano il telino, facendo attenzione a non contaminare la parte superiore interna
- Disporre il materiale sul piano in modo ordinato
- Provvedere per il contenitore dei rifiuti

L'attenzione nel preparare tutto il materiale diminuisce la possibilità di contaminarlo

o Disporre il secondo telo finestrato e posizionarlo lasciando scoperti i genitali

Garantisce maggiore asepticità

o Preparare il lubrificante in una garza sterile

Il lubrificante facilita l'inserimento del catetere e riduce il trauma uretrale

o Imbibire le garze di antisettico e portare il tutto , compreso il pacchetto di garze sterili, sul piano sterile predisposto sul letto

L'antisettico previene le infezioni

o Con la mano dominante prendere le garze con soluzione antisettica, e pulire

Utilizzare la pinza protegge la mano da eventuali contaminazioni

il meato urinario, retraendo il prepuzio sul glande, dall'alto verso il basso con movimento circolare, dal meato alla base del pene.

Necessaria particolare cura in caso sia presente fimosi.

Ripetere l'operazione per tre volte, cambiando garza per ognuna di esse e facendo attenzione a non contaminare il campo sterile con rifiuti e materiale contaminato.

o Valutare se il paziente presenta segni di dolore o disagio. Se possibile, lo si può direttamente chiedere.

o Introdurre il gel lubrificante nel meato e mettere il pacchetto di garze sterili tra lo scroto ed il pene

o Togliere i guanti, individuare il catetere, aprirlo e disporlo sul piano sterile ancora provvisto del 2° involucro

o Indossare il 2° paio di guanti sterili ed appoggiare sul piano sterile del letto la siringa che servirà a gonfiare il palloncino

o Aprire il catetere ed impugnarlo in modo adeguato, perchè minimizza la frizione con la mucosa, evitando lesioni da sfregamento e migliorando la penetrazione.

La pulizia del meato aiuta a tenere il sito di inserimento meno soggetto a contaminazioni.

Limita il disagio dell'assistito e favorisce una relazione paziente-infermiere ottimale

Consente di non far uscire il lubrificante, che può così ungere completamente il meato

Per ridurre la potenziale contaminazione

Riduce le manipolazioni successive all'introduzione del catetere

o Lubrificare la punta mediante la garza con lubrificante accertandosi prima che la siringa impiegata sia corretta.

o Avvicinarsi al letto e con la mano non dominante, senza effettuare troppe manipolazioni raccordare la sacca al catetere

Riduce le manipolazioni successive all'introduzione del catetere

o Con la mano non dominante afferrare il pene alla base con inclinazione di circa 90° rispetto alla base.

Per "sequire" la fisiologica morfologia dell'uretra e ridurre i traumi ureterali

o Informare il degente sul fatto che si sta per cominciare l'inserzione, per ottenere massima collaborazione e preparare a possibili sensazioni sgradevoli.

o Inserire delicatamente il catetere in uretra fino ad incontrare resistenza, quindi abbassare il pene parallelo al piano del letto e completare l'inserimento. Il catetere sarà introdotto per la quasi totalità della lunghezza (22 cm circa)

o Gonfiare il palloncino utilizzando la siringa pre-riempita, assicurandosi prima che l'estremità del catetere sia in

Consente il fissaggio del catetere

vescica per evitare di produrre lesioni all'uretra. Le dimensioni e la capacità del palloncino sono indicate sulla confezione e sul catetere stesso.

o Valutare le condizioni del degente, per esempio notando se da segni provare dolore o li vocalizza. Se è vigile, glielo si può chiedere direttamente.

Consente di relazionarsi con il paziente e avere informazioni riguardo possibili complicazioni insorte durante la procedura.

o Controllare l'ancoraggio del catetere, ritraendolo delicatamente, fino a che non si avverte la resistenza del collo vescicale.

La resistenza che si avverte, indica che il palloncino del catetere è stato appropriatamente gonfiato in vescica

O Riposizionare il prepuzio per evitare irritazioni

o Posizionare il catetere e sacca in modo tale da non ostacolare il deflusso delle urine

Garantire il libero drenaggio delle urine

o Assicurare il catetere all'addome con il cerotto , lasciandolo morbido.

Serve a ridurre la frizione uretrale e l'irritazione durante i movimenti

o Togliere i guanti, sostituirli con guanti non sterili.

- o Aiutare il paziente ad assumere una posizione confortevole
- o Informarlo sul comportamento da adottare

o In caso di ritenzione importante (es 500 cc), procedere con svuotamento frazionato (100/200cc/h)

Per evitare emorragia ex-vacuo

o Se la sacca è a circuito chiuso annotare la data di apertura della stessa

Limita la colonizzazione batterica della sacca

ATTIVITA' CONCLUSIVE

o Eseguire il lavaggio sociale delle mani

o Riordinare e ripristinare il materiale

o Registrare data e ora di posizionamento del catetere, tipo di catetere e calibro, eventuale residuo vescicale, caratteristiche delle urine emesse , cc gonfiaggio palloncino

Garantire la registrazione legale e la continuità assistenziale

La data di inserimento è importante per definire la data di sostituzione del catetere a permanenza

o Verificare successivamente le condizioni del paziente ed eventuali reazioni negative, specie se non ci fosse fuoriuscita immediata di urina.

CATETERISMO VESCICALE NELLA DONNA

revisione giugno 2015

ATTUAZIONE

MOTIVAZIONE

o PREPARAZIONE DEL MATERIALE

o Kit per cateterismo vescicale. Se non disponibile, procurarsi guanti sterili della misura più congeniale, teli e garze sterili in quantità adeguata, siringa riempita di acqua sterile per l'ancoraggio, lubrificante a base di lidocaina inerte sterile con applicatore.

o Catetere vescicale del tipo più adeguato

o Superficie atta a piano d'appoggio per il campo sterile (per esempio carrello a due piani con cestino dei rifiuti al piano inferiore, per evitare contaminazioni).

o Sacca di drenaggio a circuito chiuso

o Antisettico per mani

o Cerotto ipoallergenico

o Supporto sacca diuresi

o Occorrente per eventuale igiene perineale

ATTIVITA' PRELIMINARI

o Verificare la prescrizione medica e la motivazione per cui è stata prescritta la cateterizzazione verificando soprattutto la presenza di problematiche insorte con precedenti cateterismi o allergie. Informarsi anche in modo opportuno sulle condizioni cliniche del paziente.

Allo scopo di preparare il tipo di catetere adeguato alla situazione

Identificare il paziente assicura che il giusto paziente riceva la giusta assistenza

Presentarsi dimostra responsabilità e affidabilità

o procurarsi il materiale verificandone l'integrità, la data di scadenza o eventuali altri difetti, smaltendolo se non è utilizzabile. Controlli periodici regolari del materiale riducono il rischio di utilizzare materiale non sterile o danneggiato.

o Identificare in modo attivo la persona, ovvero verificare il nominativo da documenti/bracciale ospedaliero e chiedendo direttamente al paziente, in base alle sue capacità di risposta.

o Presentarsi al paziente

o Chiedere conferma per eventuali allergie al lattice e precedenti cateterismi

o Acquisire il consenso spiegando la procedura assicurandosi che il paziente abbia compreso cosa essa comporta in base alle sue abilità cognitive.

o Assicurare un ambiente confortevole, ben illuminato e con la temperatura idonea e lo spazio sufficiente per effettuare la manovra

o Provvedere a garantire la privacy alla persona

o Valutare la capacità della persona di eseguire l'igiene perineale in autonomia o assisterla, se necessario

o Verificare che la persona abbia

Lo scopo è di alleviare l'ansia e di ottenere la massima collaborazione e garantire al paziente il diritto di sapere cosa implica la procedura a cui verrà sottoposto.

Aiuta ad alleviare l'imbarazzo relativo alla procedura e ne favorisce la corretta esecuzione

Preserva la dignità della persona

Dare l'opportunità alla persona di eseguire l'igiene perineale, aiuta a mantenere l'autonomia residua

Riduce il rischio di contaminazione

effettuato l'igiene perineale

ESECUZIONE CATETERISMO VESCICALE

o Effettuare il lavaggio antisettico delle mani

Ridurre la trasmissione di microrganismi

o Far assumere alla persona la posizione supina, con le gambe flesse e leggermente divaricate, lasciando scoperta solo la parte interessata

Permette la visualizzazione del meato urinario

o Posizionare la sacca diuresi e aprire il kit

o Indossare i guanti sterili

Le prossime manovre devono garantire sterilità

o Preparare il campo sterile su una superficie stabile, con la seguente modalità:

L'attenzione nel preparare tutto il materiale diminuisce la possibilità di contaminarlo

o Stendere sul piano il telino, facendo attenzione a non contaminare la parte superiore interna

o Depositare sul telino, con tecnica sterile il materiale del kit

o provvedere al contenitore per i rifiuti

o Posizionare il 2° telino sterile sotto i glutei della persona

Per creare un campo sterile in prossimità della persona

o Imbibire almeno 5 garze con l'antisettico e posizionarle sul campo sterile vicino alla persona

o Con la mano non dominante, individuare l'esatta localizzazione del meato urinario

Per evitare in seguito eccessive manipolazioni

o Con la mano dominante iniziare a disinfettare la zona perineale con una garza con antisettico con movimento unico dall'alto al basso prima su ognuna delle grandi labbra, quindi su ognuna delle piccole labbra ed infine lasciando una garza sul meato urinario. Per ogni detersione cambiare garza per ognuna di esse e facendo attenzione a non contaminare il campo sterile con rifiuti e materiale contaminato.

La pulizia in senso antero-posteriore evita il passaggio di microrganismi dal retto al meato urinario

o valutare se il paziente presenta segni di dolore o disagio. Se possibile, lo si può direttamente chiedere.

Limita il disagio dell'assistito e favorisce una relazione paziente-infermiere ottimale

o Togliere i guanti

Per evitare contaminazioni

o Individuare il catetere, aprirlo e

disporlo sul piano sterile ancora
provvisto del 2° involucro

o Indossare il 2° piano di guanti sterili. Appoggiare sul piano sterile del letto la siringa che servirà a gonfiare il palloncino

o Versare il lubrificante sulle restanti garze, accertandosi prima che la siringa impiegata sia corretta.

o Aprire il catetere impugnarlo in modo adeguato e lubrificarlo

o Avvicinarsi al letto e con la mano non dominante, senza effettuare troppe manipolazioni, raccordare la sacca al catetere

o Con la mano non dominante togliere la garza dal meato, aprire grandi e piccole labbra per individuare il meato

o Informare il degente sul fatto che si sta per cominciare l'inserzione, per ottenere massima collaborazione e preparare a possibili sensazioni sgradevoli.

o Inserire delicatamente il catetere in uretra per circa 10 cm, con impugnatura a penna, fino alla comparsa delle urine

Se il catetere viene inserito in vagina per errore, lasciarlo in sede come segno e inserire un secondo catetere nel meato urinario

o Gonfiare il palloncino utilizzando la siringa apposita e controllare il posizionamento del catetere con una delicata trazione, assicurandosi prima

La resistenza che si avverte, indica che il palloncino del catetere è stato appropriatamente gonfiato in vescica

che l'estremità del catetere sia in vescica per evitare di produrre lesioni all'uretra. Le dimensioni e la capacità del palloncino sono indicate sulla confezione e sul catetere stesso.

o Valutare le condizioni del degente, per esempio notando se da segni provare dolore o li vocalizza. Se è vigile, glielo si può chiedere direttamente

Consente di relazionarsi con il paziente e avere informazioni riguardo possibili complicazioni insorte durante la procedura.

o Posizionare il catetere in modo da non ostacolare il deflusso delle urine

Garantire il libero drenaggio delle urine

o Assicurare il catetere con il cerotto nella parte interna della coscia, lasciandolo morbido

Serve a ridurre la frizione uretrale e l'irritazione durante i movimenti

Se la sacca è a circuito chiuso scrivere la data di apertura della sacca

o In caso di ritenzione importante (500 cc) procedere con svuotamento frazionato 100/200 cc/h

Evitare emorragia ex-vacuo

o Togliere i guanti, sostituirli con guanti non sterili.

o Aiutare la paziente ad assumere una posizione confortevole ed informarlo

sui comportamenti corretti

ATTIVITA' CONCLUSIVE

o Eseguire il lavaggio sociale delle mani

o Riordinare e ripristinare il materiale

o Registrare data e ora di posizionamento del catetere, tipo di catetere e calibro, eventuale residuo vescicale, caratteristiche delle urine emesse, cc gonfiaggio palloncino

o Verificare successivamente le condizioni della paziente ed eventuali reazioni negative. Qualora non ci fosse fuoriuscita immediata di urina provvedere a controlli successivi

Come descritto dalle linee guida, è fondamentale che, oltre alla congrua preparazione tecnica, l'infermiere sia in grado di relazionarsi con il paziente in modo che la procedura risulti, oltre che efficace, il più accomodante possibile per quest'ultimo. L'informare chi si sta assistendo in maniera chiara, il rispondere alle sue domande in maniera esauriente e il cercare per quanto possibile di adattare l'operazione alle sue esigenze sono tutti aspetti di quell'assistenza *“infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa”*.

Come già dichiarato precedentemente, il cateterismo è una procedura che comporta rischi non indifferenti per la sicurezza del paziente, che rendono necessaria una cura nella sua gestione continuativa e scrupolosa. In ambiente sanitario, grazie alla presenza continua di personale adepto a questa mansione è più semplice ottenerla, ma al di fuori di esso la manutenzione non può essere inferiore, anche se può risultare più

difficile ottenere continuità nel lavoro dei professionisti sanitari. Ciò avviene soprattutto in concomitanza con un fenomeno che è emerso sempre di più negli ultimi anni: l'assistenza sanitaria a domicilio.

1.2 Principali motivazioni per inserire un catetere

È il medico a prescrivere il posizionamento di un catetere, e ciò avviene esclusivamente in casi residuali, cioè quando non vi siano alternative praticabili, e senza che il tempo di permanenza del catetere si protragga inutilmente.

- trattamento delle neoplasie vescicali;
- incontinenza urinaria.
- esecuzione dei test di funzionalità vescicale;
- ostruzione delle vie urinarie e ritenzione urinaria;
- intervento chirurgico che richieda la vescica vuota;
- svuotamento della vescica prima del parto (se la donna non è in grado di urinare da sola);
- disfunzione neurologica permanente della vescica.

Altri scopi del catetere possono essere:

- Screening la funzione urinaria, prevenire o alleviare la distensione vescicale
- Garantire un drenaggio continuo della vescica
- Ottenere un campione sterile di urine
- Misurare l'urina residua
- Garantire un mezzo per l'irrigazione della vescica con liquidi o farmaci

Si fanno distinzioni sugli scopi a seconda che il paziente debba essere cateterizzato a permanenza o ad intermittenza.

Le principali indicazioni al cateterismo a permanenza sono:

- terapia intensiva, per valutare meglio il bilancio idrico
- durante e nell'immediato post – operatorio
- durante il primo periodo di shock spinale
- lesioni anatomiche delle basse vie urinarie (che complicherebbero il cateterismo ad intermittenza)
- ulcere da decubito, per preservare l'igiene della cute lesa
- pazienti con scarsa manualità

- disturbi di ritenzione e/o incontinenza urinaria non altrimenti gestibile o in attesa di programmi riabilitativi
- pazienti terminali

Il cateterismo ad intermittenza viene considerato ottimo nella riabilitazione in caso di lesioni vertebro – midollari, dato che permette di eseguire un drenaggio ottimale delle urine senza compromettere la funzionalità anatomica delle vie urinarie. Risulta applicabile con buoni risultati anche in caso di patologie neurologiche, di ritenzione urinaria nel lungo postoperatorio, nelle stenosi uretrali e nell'incontinenza derivata all'assunzione di farmaci.

2.0 ASSISTENZA A DOMICILIO E FUNZIONALITÀ DELLA RELAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE

Con assistenza domiciliare si intende l'erogazione di pratiche socio-sanitarie all'interno dell'ambiente domestico. Ha le potenzialità di evitare il ricovero in nosocomi o strutture residenziali di cura della persona, o di sostituirsi ad esse qualora questo ricovero non fosse attuabile. I benefici sono notevoli e nei capitoli successivi verranno analizzati.

2.1 Assistenza sanitaria a domicilio: come e perché

L'assistenza domiciliare integrata (ADI), denominata successivamente cure domiciliari, è attualmente un punto fondamentale e in crescita esponenziale nel panorama della sanità italiana. Rappresenta motivo di grande investimento in quanto l'ospedalizzazione ha costi decisamente maggiori rispetto alle cure prestate presso il domicilio del malato stesso. La domiciliazione del paziente, però, non è solo fonte di risparmio, ma è anche un comprovato mezzo per salvaguardare l'autonomia degli individui garantendo la propria permanenza all'interno del nucleo familiare e in un luogo, la propria casa, dove ci si sente naturalmente più a nostro agio durante il processo di cure, con tutti i benefici psichici e fisici che il benessere derivante da questo comporta. Tutti questi vantaggi, propri della cura a domicilio del degente, hanno spinto negli anni le organizzazioni sanitarie ad investire e formare i professionisti nella cura e riabilitazione integrata proprio in questo ambito. Moltissime professioni sanitarie possono, con i dovuti adattamenti, dare il loro contributo anche in questo modo: il medico, l'operatore socio-sanitario, il fisioterapista e, certamente, l'infermiere.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali al proprio domicilio consistenti in un insieme organizzato di trattamenti terapeutici, che per offrire un'assistenza completa si sfaccettano in interventi medici, infermieristici e riabilitativi. Gli scopi sono:

- stabilizzare il quadro clinico
- limitare il declino funzionale
- migliorare la qualità della vita

- agevolare il ripristino dell'autonomia per quanto possibile
- utilizzo delle abilità residue, con conseguente loro conservazione e potenziamento.

Purtroppo, le cure domiciliari vengono spesso sottovalutate soprattutto perché si crede che dietro l'assistenza a casa del paziente ci sia un prospetto di risparmio. In realtà non è così e *“l'Infermiere dell'ADI è diventato negli ultimi tempi un professionista della salute indispensabile, capace di intervenire con scienza e coscienza nelle situazioni più disparate e negli ambiti assistenziali più complessi”*.

In realtà i motivi dell'aumento dei casi in cui i degenti ricevono cure in ambiente domestico sono molteplici. Secondo un articolo del 2021 di Medelit, Servizio Medico a Domicilio dal 2001, descrive le principali motivazioni di questo fenomeno:

“Nell'assistenza sanitaria di oggi il medico vede una media di 20-40 pazienti al giorno. Il livello medio delle prestazioni mediche soffre in un sistema sanitario che nella maggior parte dei casi dà priorità alla quantità piuttosto che alla qualità dei servizi che offre”.

La qualità dell'assistenza sanitaria influisce enormemente sugli esiti delle terapie, eppure proprio la qualità è il primo elemento che risente del poco tempo che ogni paziente ha a disposizione per riceverla.



L'ambiente ospedaliero stesso può essere fonte di isolamento nel paziente, per quanto il personale sia competente nel lavoro.

“L'attenzione e la cura del professionista viene diluita dall'enorme numero di prestazioni che deve eseguire per sottostare a standard imposti da una sanità che sempre più assume un carattere manageriale. Vediamo allungarsi i tempi di attesa ed accorciarsi i tempi delle visite, che sempre più spesso lasciano una sensazione di insoddisfazione al paziente”.

Non da sottovalutare è proprio la sensazione di sentirsi trascurato e non ascoltato del paziente, spesso a ragione, derivata appunto dall'accorciarsi dei tempi che può avere dedicati a lui. Il diritto di essere ascoltati e di avere visite mediche non scandite da un orologio è una delle basi della relazione d'aiuto, eppure tanto spesso viene a mancare. Una traslazione di questo rapporto in un contesto familiare come quello domestico, senza la pressione per l'operatore e il paziente degli altri degenti in coda dopo di lui, contribuisce significativamente al diminuire di questa insoddisfazione.

“Tutto ciò avviene in coincidenza con un'epoca che vede lo stile di vita di molti seguire ritmi serrati, in cui il solo considerare di spostarsi in un'altra zona della città o il doversi assentare dalle proprie attività quotidiane per farsi curare diventa un vero e proprio problema”.

I cambiamenti nello stile di vita, con l'aumentare degli orari lavorativi e l'intensificarsi dei ritmi di vita comportano. Questi problemi diventano a volte apparentemente insormontabili per le persone che hanno anche oggettive difficoltà a muoversi da casa per motivi famigliari, di salute o di dipendenza da altri per il trasporto. Ed ecco che l'assistenza domiciliare deve entrare in gioco.

Generalmente erogate dal Comune di residenza della persona, le cure domiciliari sono parte integrante ed attiva delle prestazioni di assistenza sociale e di supporto al paziente e, da non dimenticare, ai suoi familiari. Il bisogno clinico-assistenziale e riabilitativo, viene accertato tramite idonei strumenti di valutazione multi professionale e multidimensionale che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione di un progetto di Assistenza Individuale (PAI) sociosanitario integrato.

L'assistenza domiciliare rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in grado di garantire un'adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute di ogni complessità delle persone che li necessitano, ai fini della gestione della cronicità delle patologie e della prevenzione delle disabilità in modo più completo possibile.

L'articolo cita brevemente la storia dell'infermieristica, si può collocare la nascita dell'assistenza domiciliare nel XIX° secolo, quando l'inglese Florence Nightingale, pioniera della scienza infermieristica moderna, assisteva gli ammalati non abbastanza abbienti per il ricovero in ospedale al loro domicilio.

Fu il 1966 l'anno in cui il National Health Service determinò delle passi regolari per l'attività svolta dai sanitari al di fuori della struttura ospedaliera. In Italia un sistema simile esordì nel 1970, ma si era ancora ben lontani dal concetto di ADI, con il personale a domicilio impiegato soprattutto per la cura di mansioni domestiche e azioni burocratiche. Per una forma in embrione di un sistema di assistenza esterno a cliniche e nosocomi bisognerà attendere il 23 dicembre 1978, data ufficiale di istituzione del SSN. L'insorgere di problematiche legate a nuove patologie (ad esempio l'epidemia di AIDS) e l'aumento demografico della popolazione senile, tra gli anni '80 e '90 per il paese fu obbligatorio stanziare finanziamenti ed elaborare leggi per lo sviluppo dell'ausilio a domicilio delle persone non autosufficienti, creando così una scrupolosa politica per l'ospedalizzazione a casa.

Il domicilio del paziente diventa così un vero e proprio ambiente clinico con la differenza che si mantiene integro il nucleo familiare, il cui valore è essenziale durante la guarigione o la stabilizzazione della patologia. L'infermiere, coinvolto in un'assistenza non solamente fisica (terapie, medicazioni, ecc.), ma contemporaneamente anche psicologico-emozionale, ha un enorme peso su questo svolgimento.

Gli strumenti utilizzati durante la quotidianità lavorativa non sono così diversi da quelli utilizzati nei reparti ospedalieri. Deflussori e aghi per le terapie infusive o prelievi ematici, medicazioni semplici o complesse per il trattamento delle lesioni (da pressione, vascolari, oncologiche, ecc.), gestione di presidi quali cateteri vescicali, SNG e PEG, PICC e CVC.



Diversi presidi ospedalieri possono essere utilizzati anche in ambiente domestico.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, si può distinguere tra:

- Assistenza Domiciliare Prestazionale: intervento occasionale o a ciclo programmato.
- Assistenza Domiciliare Integrata: valutazione multidimensionale della persona e gestione assistenza da parte di un'équipe multi professionale.



Molteplici servizi sono a disposizione a domicilio

L'Assistenza Domiciliare Integrata, in base alle criticità e ai giorni settimanali di assistenza, si divide in:

- cure Domiciliari di I° livello: si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati, ma non tutti i giorni della settimana
- cure domiciliari di II° livello: pazienti affetti da malattie croniche invalidanti riacutizzate o complicate, post-acute invalidanti. Il caso viene attivato in via congiunta tra medico di Medicina Generale ed infermiere.
- cure domiciliari di III° livello: pazienti impossibilitati all'accesso per non autosufficienza, patologie terminali o neurodegenerative avanzate o progressive, necessità di nutrizione parenterale o supporto ventilatorio invasivo, o stato vegetativo. Il contatto tra medico ed infermiere deve essere continuo, l'assistenza deve essere 7/7, fino a 6 mesi, prolungabile.
- cure palliative: *“l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una*

prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici". (Legge n.38/1 Art. 2-Definizioni)

Nel corso degli anni lo sviluppo dell'idea di ospedalizzazione domiciliare ha portato alla nascita di attività specializzate per malati di rianimazione (Area Critica), considerati stabili o cronici, e per malati oncologici, creando così un'alternativa ai ricoveri in Hospice e in Terapia Intensiva.

Tra le figure sanitarie l'articolo individua:

- l'infermiere di cure domiciliari
- il medico di medicina generale
- il fisioterapista
- il medico specialista

L'infermiere delle cure domiciliari è un professionista responsabile dell'assistenza infermieristica a domicilio del paziente. Per lavorare prevista la compilazione del PAI da parte dell'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) e del medico di medicina generale (MMG). Solo dopo l'infermiere può attivarsi per prestare il suo intervento attenendosi alla prescrizione.

Per quanto riguarda l'autonomia, nell'assistenza domiciliare l'infermiere è più indipendente nella gestione del paziente, fermo restando che la programmazione di tutte le terapie farmacologiche spetta, sempre, alla figura del medico.

2.1.2 Principali problemi dell'assistenza domiciliare

Il sistema ADI non è privo di problemi: tra i principali ci sono:

- la lontananza dai centri sanitari può complicare un'assistenza ottimale perché i pazienti potrebbero essere più difficili da monitorare;
- l'ambiente domestico potrebbe rivelarsi poco adatto alla gestione del paziente;
- si possono creare dinamiche di cura della persona non coordinate tra loro, come quando le informazioni sul degente non vengono trasmesse tra infermiere, famiglia ed eventuali badanti;

- gli utenti e le famiglie potrebbero trovare complicato ricevere informazioni su come attivare i servizi di assistenza a domicilio, con informazioni chiare difficili da reperire o processi di richiesta complessi e frantumati.

Compito dell'infermiere è anche cercare soluzioni a questi problemi, assicurandosi che le informazioni corrette fluiscono a tutti gli interessati e garantire supporto più consistente agli utenti più deboli, per esempio segnalando tempestivamente persone a rischio di abbandono (anziani soli, persone senza fissa dimora o situazioni familiari disfunzionali).

2.2 Come relazionarsi con il paziente per ottenere una comunicazione efficace

Per fare in modo che le informazioni vengano recepite in modo chiaro dal paziente, e che il processo educativo sia quindi fruttuoso, è naturalmente che il livello di comunicazione sia efficiente.

Alcune tecniche che facilitano la conversazione e coadiuvano la ricezione del messaggio sono:

- Introdurre chiaramente il messaggio primario (“Sto per dire una cosa importante “)
- Riassumere gli elementi chiave del discorso
- Attribuire un ruolo al proprio interlocutore (“Per la gestione del catetere, lei deve...”)
- Porre domande aperte ed immedesimarsi il più possibile nella sua prospettiva.
- Evitare giudizi ed affermazioni perentorie.
- Se necessario, l'infermiere deve essere sempre disponibile ad adattare e ricalibrare lo stile comunicativo ed il registro linguistico per aiutare il paziente a comprendere meglio (per esempio, una persona anziana può trovarsi più a suo agio con il dialetto, se parla un'altra lingua è importante usare vocaboli conosciuti o trovare un interprete).

L'infermiere deve anche assicurarsi che ci sia stata la comprensione del messaggio. Su questo molti fattori possono influire: lingua, livello d'istruzione, stato emotivo...

Secondo l'opinione della dott.ssa Monica Cardellichio, Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e professore a contratto presso il Policlinico di Bari della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e della Laurea in Infermieristica, segretaria della commissione dell' albo dell' OPI di Taranto “ *l'assistenza infermieristica consiste nell'assumere come problema sanitario di propria competenza, non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata, considerata secondo una chiave*

di lettura olistica”, come scrive nell’articolo *La comunicazione tra infermiere e paziente*, pubblicato su *AssocareNews* nel 2022. L’attenzione alla relazione con il paziente è quindi propria della cultura infermieristica ed è per questo che l’infermiere, deve saper stabilire delle sane e soddisfacenti relazioni sia con il malato che con chi lo circonda (familiari, altre figure d’assistenza, colleghi ecc.) La presenza di barriere alla comunicazione di frequente riscontro nella pratica infermieristica possono però creare avversità non indifferenti a questo obiettivo. Tra le principali, c’è sicuramente la mancanza di tempo che l’infermiere può avere nel gestire la relazione con il degente: questo a causa della continua richiesta di prestazioni da erogare, ossia dei tempi e dei metodi, che la sottraggono tempo alla costruzione di un rapporto interpersonale efficace.

Da evitare l’ascolto passivo, senza interesse per i punti di vista altrui. Chiedere chiarimenti, intervenire in modo opportuno, cercare di non tralasciare dettagli anche se sembrano insignificanti, informarsi attivamente sulle paure, i dubbi e le speranze del paziente.



L’atteggiamento durante la comunicazione influisce enormemente sulla recezione della stessa.

Un altro grave impedimento alla relazione è frequentemente dovuto alla scarsa adeguatezza del luogo in cui avviene la comunicazione tra malato e operatore, cioè la mancata organizzazione del setting di cura, ovvero il sito dove l’assistenza viene data; solitamente il luogo è poco idoneo alla riservatezza e all’agio che la comunicazione deve avere (per esempio a causa di mancanza di strumenti per garantire privacy nelle stanze, sovraffollamento). Un atteggiamento positivo, una scelta di campo a favore di un

autentico rapporto comunicativo infermiere-paziente può generare un vero e profondo cambiamento nel modo di gestire questa professione.

Sempre nello stesso articolo, la dott.sa Cardellicchio illustra i tre canali della comunicazione:

- quello verbale: si tratta di quel tipo di comunicazione che utilizza il canale della “parola parlata”. La comunicazione verbale implica la partecipazione dei meccanismi fisiologici e cognitivi necessari per la produzione e la ricezione del linguaggio. “Perché il linguaggio sia fruibile devono essere opportunamente funzionanti tutti i meccanismi psicologici, cognitivi e neurofisiologici che rendono possibile il processo di formazione e d’ascolto della parola”: sta all’infermiere essere in grado di riconoscere il tipo di “parola parlata” adatta ad ogni paziente, per esempio utilizzando il lessico più adatto alla persona che ha di fronte.
- non verbale: La comunicazione non verbale non è specifica dell’uomo, anzi, alcune forme di comunicazione presentano grande somiglianza e continuità tra i mammiferi e l’uomo. La comunicazione non verbale nasce dall’incontro faccia a faccia con i propri simili, il quale suscita emozioni diverse: paura, aggressività, indifferenza, ecc. La comunicazione non verbale è perciò strettamente legata alle emozioni e al linguaggio del corpo; attraverso il messaggio non verbale viene segnalato all’interlocutore lo stato emotivo provato, affinché essi possano comportarsi di conseguenza. E’ importante che l’operatore sanitario sappia cogliere la comunicazione non verbale ,perché proprio da essa vengono recepite infatti, informazioni sul reale stato emotivo della persona con cui s’interagisce che potrebbero essere omesse dalla comunicazione verbale. Ciò in particolare quando essa non sa, non può, o non osa esprimere il proprio reale sentire, cosa che accade spesso in concomitanza con gli stati di apprensione e paura in cui l’assistito spesso prova in contesti sanitari. La comunicazione non verbale esprime, infatti, stati emotivi che possono essere sconosciuti al paziente stesso. Inoltre l’operatore sanitario deve essere il più possibile consapevole dei messaggi che egli stesso invia a livello non verbale. Su questi ultimi, infatti, si gioca la relazione con il paziente.
- Paraverbale: la comunicazione para-verbale è il corretto utilizzo della voce e della giusta costruzione di un discorso. Alcuni aspetti risultano focali:

- Timbro: è l'insieme delle caratteristiche individuali della voce: acuta, gutturale, nasale, soffocata.

Il colore della voce, dipende dalla parte o parti del corpo che fanno da cassa armonica, cioè amplificano e migliorano il suono. Il timbro della voce può influire molto su noi stessi e sugli altri.

- Tono: fa trapelare l'intenzione il senso che si dà a ciò che si comunica, come entusiasmo, fretta, disappunto, interesse, noia, coinvolgimento, apatia, apprezzamento, disgusto.

- Ritmo: è la capacità di alternare parole e pause del discorso, che hanno la necessità di essere ben calibrate per far sì che esso sia chiaro e scorrevole allo stesso tempo. Senza pause una comunicazione, soprattutto se lunga come quella educativa su una procedura assistenziale, può non essere assimilabile dal pubblico per la mancanza di tempo data per acquisire le informazioni. Allo stesso tempo, un discorso lento e troppo ricco di pause può ledere l'attenzione dell'interlocutore o addirittura risultare frustrante per lui. Importante anche l'uso di riempitivi (ovvero espressioni come "ehm, tipo, cioè, beh,") che potrebbero rallentare la parlata far sembrare l'educatore incerto sul filo da seguire o non pienamente preparato sull'argomento che sta affrontando. Noam Chomsky, linguista, teorico della comunicazione e scienziato cognitivista, li ha ritenuti veri e propri errori del linguaggio, parti irrilevanti che distraggono dal discorso utile. Eppure sono molto comuni nel parlato naturale e rintracciabili in quasi ogni lingua, compreso il linguaggio dei segni. Mettere in pausa il discorso per pensare meglio è normale per chi parla, ma è bene anche avere una solida preparazione sia sull'argomento che su come spiegarlo nel modo migliore, anche esercitandosi in precedenza ad esporlo, se necessario.

- Volume: riguarda l'intensità del suono emesso, il modo di calibrare la voce in base alla distanza dall'interlocutore, e in base all'importanza dell'argomento trattato.

Nella comunicazione Paraverbale è frequente quindi inviare involontariamente messaggi su come chi parla si sente o su cosa pensa, che se anche sono sottili vengono facilmente carpiati da chi riceve il discorso. Avere consapevolezza di come si sta parlando e come evitare che eventuali situazioni personali influiscano sulla qualità di ciò che si dice è sicuramente importante, ma è evidente che avere il mindset adeguato sia non poco d'aiuto, oltre che essere sicuramente benefico per chi parla.

Considerando la comunicazione come uno dei canali per mezzo del quale il processo di cura viene sia somministrato che supportato, la relazione stessa, risulta indispensabile utilizzare modalità che meglio possono facilitare il dialogo e l'instaurarsi di una relazione terapeutica tra il professionista sanitario e paziente. Nell'ambito specifico del Nursing, le comunicazioni funzionali e non funzionali possono essere classificate in terapeuticamente efficace e terapeuticamente inefficace:

- La comunicazione terapeutica efficace porta all'instaurarsi di un valido rapporto tra infermiere e paziente, con l'obiettivo di facilitare la guarigione o il miglioramento del paziente. Essa è infatti in grado di:

- Garantire una incondizionata considerazione positiva, o un genuino senso di calore, alla persona che si vuole aiutare.
- Occuparsi di essa con sollecitudine, evitando di giudicare i pensieri e i sentimenti.

Una comunicazione terapeutica funzionale continua richiede:

- La capacità di comprendere in maniera empatica il quadro di riferimento interiore della persona, ovvero impegnarsi per capire cosa essa prova realmente e rimanere liberi da pregiudizi.
- La capacità di essere genuini, umani e autentici.

2.2.1 L' educazione terapeutica: definizioni

Con il termine "educazione terapeutica" si intende l'attività dell'infermiere per incentivare abitudini salutari, supportando la cultura della salute tramite interventi educativi, coordinando il suo lavoro con quello di altre figure sanitarie. L'OMS definisce l'educazione terapeutica come: "un processo di aiuto centrato sul paziente con patologia cronica e sulla sua famiglia/caregiver, parte integrante e continua dell'assistenza, con l'obiettivo di creare un paziente/familiare competente fornendo loro conoscenze sulla malattia, sulla cura, sulla prevenzione delle complicanze evitabili, l'acquisizione di abilità per ottenere un'autonomia operativa (self-care) e autonomia decisionale (empowerment), a livello comportamentale aiuta l'acquisizione di capacità di convivere con la malattia attraverso opportune strategie di coping, incoraggia la collaborazione con i servizi e quindi la creazione di un'alleanza

terapeutica. Comprende nelle sue attività organizzate: informazione, formazione e supporto psicologico”.

L'infermiere per eseguire il ruolo attivo di educatore terapeutico fa assimilare e/o perfezionare, per poi mantenere nel tempo competenze di natura intellettuale, comportamentale ed emotiva, facendo sì che chi è assistito abbia un ruolo attivo nella gestione delle sue condizioni di vita.

Perché ciò accada è necessario che l'assistenza terapeutica sia incentrata sulla persona. L'educazione terapeutica è vero e proprio strumento dell'infermiere, che include tutte le attività volte far apprendere abilità utili per l'assistito nella gestione in prima persona della sua salute, da ogni punto di vista che la riguarda: la malattia, il trattamento prescritto, l'assistenza, l'organizzazione delle attività e dei comportamenti atti a contrastare gli effetti della patologia. Grazie all'intervento educativo le persone diventano progressivamente più abili e coinvolte nelle attività di autocura, facendo proprio un maggiore grado di autonomia, obiettivo finale degli interventi terapeutici.

Il coinvolgimento dell'assistito e il conseguente aumento delle sue responsabilità fanno parte dell'educazione terapeutica, ma possono insorgere problemi. Scarsa applicazione del paziente ad apprendere o nel modificare comportamenti scorretti, riluttanza ai cambiamenti o involontaria inabilità nel farlo possono creare ostacoli non trascurabili all'educazione, oltre ad essere possibili fonti di frustrazione per l'infermiere. In alcuni casi si devono accettare tali limiti e si deve cercare di educare il caregiver, quindi in genere la famiglia e le persone a lui significative, per preservare al meglio la salute del paziente.

Lo scopo ultimo dell'educazione è quello di intervenire quando la persona adotta un comportamento che mette a rischio la salute, e, tramite azioni didattiche, correggere il comportamento per raggiungere gli obiettivi di salute e di benessere prefissati. Gli interventi di educazione non devono surrogare il programma convenzionale di terapia, ma devono sempre essere eseguiti in parallelo ad esso. I pazienti necessitano di figure di supporto in tutti i loro bisogni, e in quanto professionista preparato ad assistere il paziente in modo globale, è in questo momento che interviene l'infermiere.

L'OMS prevede competenze educative di due differenti tipologie nella figura dell'infermiere: una competenza di tipo pratico che si attua nell'effettiva educazione integrata all'assistenza e una competenza che risiede nel saper programmare, pianificare, gestire e coordinare le attività educative.

Se l'educazione ha come fondamentali progetti di formazione e di sostegno a chi lavora nella sanità gestiti da più esperti all'interno di istituzioni dedite alla didattica viene definita *formale*. L'educazione definita invece *informale* è meno strutturata, non è legata a tempi o luoghi specifici e un individuo può ottenerla in modo non intenzionale. Si acquisisce, insomma, con l'esperienza pratica.

Due metodi sono particolarmente funzionali per l'educazione terapeutica: i *metodi individuali*, ovvero lezioni, esempi, immagini, analisi di un caso specifico ed esercitazioni pratiche, e i *metodi collettivi*: lavori di gruppo, discussioni guidate, analisi di un caso specifico,

esercitazioni pratiche e simulazioni. Molti fattori incidono su come gli insegnamenti vengono recepiti: le motivazioni, le aspettative, i bisogni soggettivi, le capacità di adattamento e i valori posseduti dalla persona sono tra questi, e devono sempre essere tenuti in considerazione dall'infermiere nel decidere come impartire l'educazione. Nell'educazione terapeutica della persona assistita è fondamentale la capacità di negoziazione, soprattutto in relazione alla definizione degli obiettivi di apprendimento, tenendo in considerazione le difficoltà dei processi di adattamento che la persona dovrà affrontare per fronteggiare la malattia. Dopo un approfondito accertamento infermieristico, vengono definiti i programmi di insegnamento e apprendimento in modo personalizzato e individualizzato. Nella gestione della malattia, la persona e gli operatori diventano dei partner, agendo insieme per raggiungere un obiettivo comune, cioè la guarigione dell'assistito. L'infermiere deve comunque prestare attenzione agli atteggiamenti della persona, perché potrebbero mutare nel tempo e chi educa deve saper agire di conseguenza, modificando gli obiettivi di salute in base alla situazione nuova. La comunicazione è uno strumento importante durante l'educazione, per raggiungere l'obiettivo occorre usare i migliori metodi e canali messi a disposizione dai servizi territoriali. L'infermiere deve saper utilizzare i principi alla base dei processi comunicativi, durante tutta la relazione assistenziale, compresa la parte educativa. L'educazione, con i dovuti adattamenti (le metodologie e gli strumenti devono considerare alle caratteristiche specifiche di chi la riceve) può essere inoltrata a chiunque. Il processo si può schematizzare in quattro fasi:

- **Analisi del bisogno:** la definizione dei bisogni educativi o di apprendimento della persona, per comporre una diagnosi educativa. La diagnosi educativa è caratterizzata da 4 domande che riguardano la persona, a cui vengono associate poi quattro diverse dimensioni:
 - Che cos'ha?: Dimensione biomedica
 - Che cosa sa?: Dimensione cognitiva
 - Che cosa fa?: Dimensione socioprofessionale
 - Chi è? Quale è il suo progetto?: Dimensione psicologica

Tramite la diagnosi educativa l'infermiere può informarsi su diversi aspetti della personalità dell'assistito: bisogni, potenzialità, desideri, senso della realtà e della pianificazione, allo scopo di proporre un programma educativo personalizzato.

- **Progettazione:** i contenuti educativi e gli obiettivi di apprendimento da raggiungere vengono definiti, per responsabilizzare del paziente, creare una motivazione e un clima positivo per l'apprendimento.
- **Attuazione:** si realizza attraverso un incontro informativo con il singolo o la famiglia, una lezione partecipata, un addestramento, un'informazione scritta o colloqui.
- **Valutazione dei risultati:** il raggiungimento degli obiettivi prefissati viene esaminato per decidere come procedere nell'assistenza. La valutazione comprende l'area educativa, biochimica psicosociale e il programma educativo.



L'educazione terapeutica è fondamentale per la capacità di gestire il catetere a domicilio

Gli obiettivi dell'educazione terapeutica sono principalmente quattro:

- 1) la promozione della salute, con la relativa acquisizione da parte della persona di un maggiore e miglior controllo della propria salute;
- 2) la prevenzione destinata a ridurre o prevenire il "rischio" di un evento potenzialmente dannoso;
- 3) il ripristino della salute o delle funzioni perse;
- 4) la promozione dell'adattamento a nuove condizioni di vita.

Nella gestione dell'educazione terapeutica l'infermiere assume un ruolo attivo di facilitatore e di coordinatore di cure e ciò rappresenta un completamento dell'attività svolta dal medico e da

altri operatori sanitari.

2.3 Come comunicare in modo efficace

È necessario esaminare quali sono gli elementi che la comunicazione necessita per ottenere un rapporto caregiver-paziente ottimale:

- **Empatia:** secondo l'American Psychological Association l'empatia consiste nella capacità di mettersi al posto dell'altro, di vedere il mondo come lo vede l'altro, adottando il suo punto di vista invece che il proprio. Possiamo sicuramente affermare che immedesimarsi nell'altro risulta essere nel campo sanitario un elemento necessario e imprescindibile per il raggiungimento di una soddisfacente comunicazione. È necessario che l'atteggiamento empatico sia presente nell'operatore; questo aiuta la relazione. Essere con un'altra persona in questo modo significa lasciare da parte i nostri valori e giudizi per entrare nel mondo dell'altro senza impedimenti.

- **Fiducia:** altro elemento fondamentale nell'ambito medico sanitario. Essa viene definita come un sentimento umano consistente nel presupporre l'applicazione di azioni e comportamenti, propri o altrui, adeguate alla situazione. Se la fiducia sussiste, le relazioni saranno il più possibile aperte, prive di pregiudizi, i conflitti saranno ridotti al minimo e facilmente risolvibili. È palese che la fiducia deve derivare da tutte le persone che partecipano alla relazione: il caregiver ha fiducia nelle capacità di miglioramento del paziente, mentre quest'ultimo ha verso chi lo cura la fiducia che egli è in grado di aiutarlo a guarire.
- **Apertura:** condividere con altri informazioni su se stessi, sembra provocare nell'interlocutore uno stato di benessere, in questo caso, alla relazione si assoceranno risposte positive piuttosto che generatrici di conflitti. Il fatto che l'infermiere sia in grado di esprimere pareri, idee ed esperienze propri fa sì che la coesione del rapporto aumenta, perché si crea un livello di parità tra le parti.
- **Conferma e riconoscimento:** hanno notevole importanza perché riconoscono all'altro lo status di essere umano meritevole di cure e di attenzione, dandogli la possibilità da una parte di esprimersi tramite feedback e dall'altra di acquisire la certezza che si sta facendo un buon lavoro, cosa che genera notevole benessere psicologico.

Citando di nuovo il DM 734/94, nella parte concernente il profilo professionale dell'infermiere, ci si ricorda che l'assistenza infermieristica erogata è di tipo "preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa". Anche nel patto infermiere-cittadino del 1996 viene enunciato che l'infermiere si impegna nei confronti della persona ad ascoltarla con attenzione e disponibilità quando ha bisogno e stare vicino al paziente nei momenti di sofferenza e paura. Nel rapporto col paziente, i modi e i contenuti della comunicazione hanno una delicatezza e un peso maggiore rispetto a quasi tutte le altre interazioni comunicative di tipo professionale. Gli operatori della salute, infatti, forniscono informazioni che trasformano tutti i giorni la vita di migliaia di persone nel mondo: notizie sullo stato di salute, sulle possibilità di guarigione, sulla morte, sulle aspettative di vita, sul decorso di malattie note o poco conosciute, sull'aderenza alla terapia farmacologica.

2.4 Approcci di teorie infermieristiche su relazione e comunicazione

Lidya Hall ed i concetti di cura

Moltissimi sono gli studi e le teorie che sottolineano l'importanza del rapporto funzionale tra infermiere e paziente. Ad Esempio Lidya E. Hall nei primi anni '60 sviluppa un modello della professione infermieristica ove l'aspetto centrale è costituito dalla relazione fra infermiere e paziente, utilizza la tecnica Rogersiana della "riflessione" che consiste nel ripetere, con parole diverse, alcune verbalizzazioni del paziente per invitarlo a "chiarire" ed esplorare meglio i propri sentimenti collegati all'argomento. La Hall rimarca l'importanza di un "nursing professionale", ovvero praticato da persone adeguatamente formate su scienze comportamentali, tecniche di comunicazione e meccanismi psicologici.

La teoria infermieristica della Hall verte principalmente su tre concetti:

- Care, ossia l'assistenza infermieristica volta a rispondere ai bisogni primari della persona: nutrirsi, lavarsi, vestirsi, nel cui svolgimento l'infermiera professionista è completamente indipendente dagli altri operatori sanitari. Durante l'assistenza primaria si crea un rapporto di fiducia e di conoscenza fra l'infermiera e la persona malata;
- Core, ossia anima o fulcro, il lavoro psicologico, cioè, che l'infermiera in sinergia con altri specialisti svolge con la collaborazione attiva del paziente, che viene stimolato alla riflessione e al cambiamento delle proprie convinzioni e dei propri atteggiamenti;
- Cure, ossia l'attività di cura che l'infermiera svolge in collaborazione col medico: somministrare la terapia, fare iniezioni, clisteri, igiene e altre mansioni di questo tipo.

Pur con le difficoltà delle teorie nelle loro applicazioni a pazienti pediatrici o non responsivi, i risultati delle elaborazioni di Hall si videro nella sua fondazione, il Centro Loeb per il nursing dell'ospedale "Montefiore" di New York, dove l'applicare i suoi metodi, in particolare nel campo della riabilitazione, fu talmente giovevole che prove empiriche registrarono che i per i malati la guarigione avveniva in metà del tempo impiegato in altri istituti.

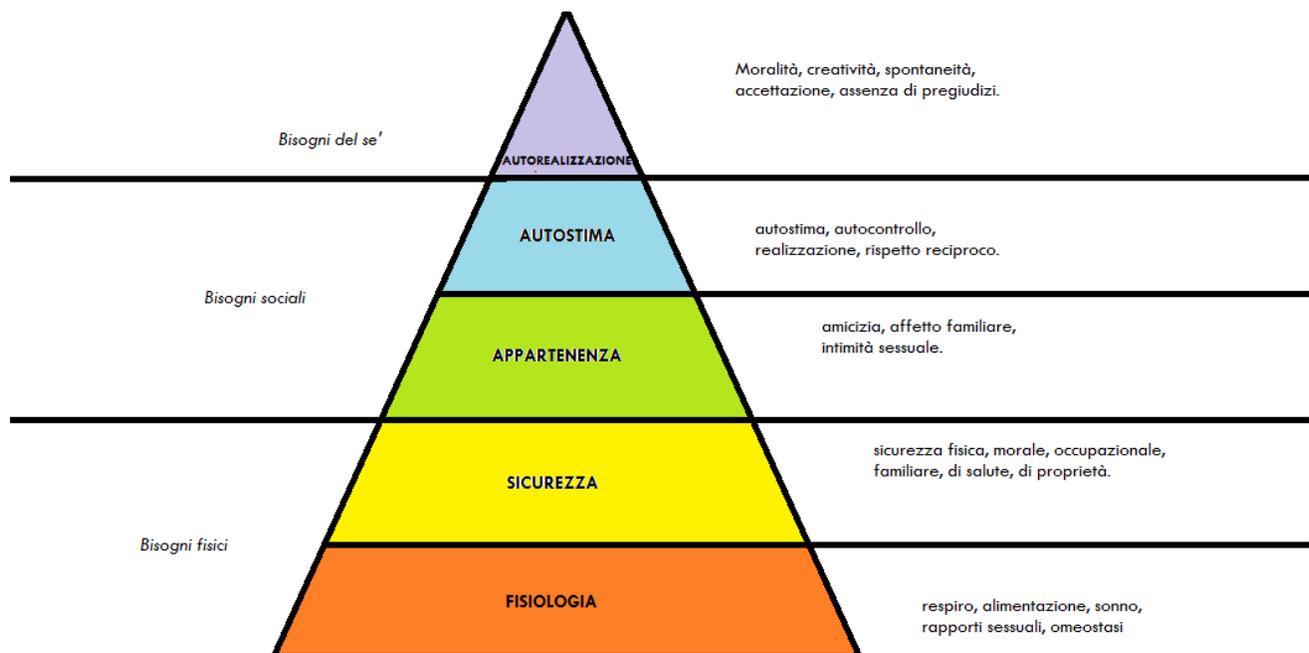
Hildegarde Peplau: modello psicodinamico

Anche Hildegarde E. Peplau elabora un modello di assistenza infermieristica basato su un sistema di teorie da lei formulato. In questo le fasi della relazione infermiera-paziente prevedono:

- l'orientamento, ovvero definire il problema;

- l'identificazione, vale a dire la selezione della appropriata assistenza professionale;
- l'utilizzazione, cioè l'uso dell'assistenza professionale per le alternative atte a risolvere il problema;
- la risoluzione o conclusione del rapporto professionale.

L' influenza della teoria dei bisogni di Maslow, delle teorie della psichiatria interpersonale di H. S. Sullivan, della teoria dello stress di Selye è forte nell'elaborazione teorica della Peplau, in cui molti hanno visto delle analogie con le fasi del processo di nursing.



La piramide dei bisogni di Maslow spiega la sua teoria dei bisogni: un sistema di necessità che devono essere soddisfatte perché la persona raggiunga il benessere totale, ordinate in base alle loro priorità.

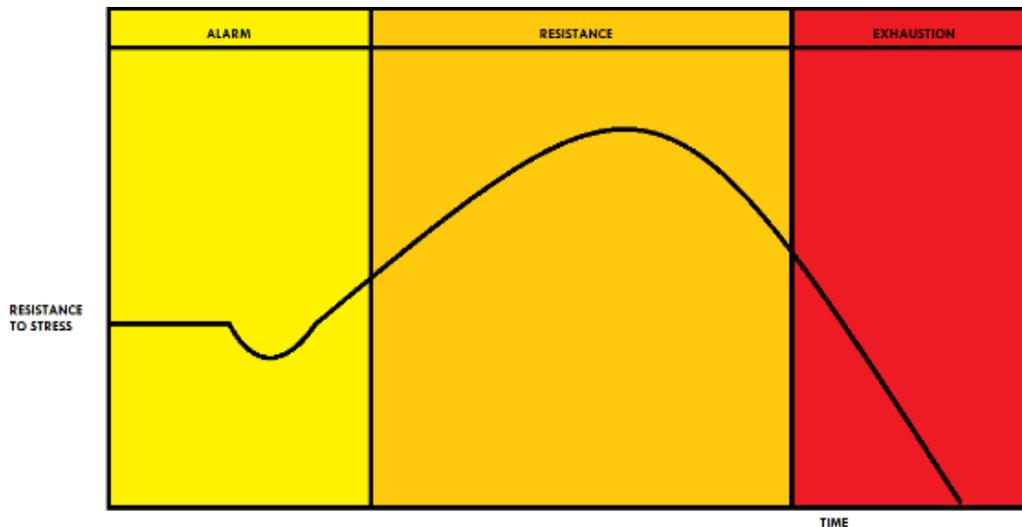


Diagramma della Sindrome Generale di Adattamento di Hans Selye

Alcuni punti deboli delle teorie potrebbero essere inerenti al fatto che la variabile società è presa scarsamente in considerazione dalla Peplau che pone invece l'accento su quello che avviene "all'interno della persona", con grande considerazione del piano psicologico del paziente ma meno indagine sui fattori esterni. Costituisce inoltre un modello difficilmente applicabile nei casi di relazione fra l'infermiera e il paziente non cosciente o totalmente alienato.

Tra il 1971 ed il 1990 amplia e perfeziona le sue idee sul Nursing, per poi diventare professore Associato all'Università Cattolica d'America definendo negli anni '70, i suoi concetti di nursing. La sua teoria dell' *inadeguata cura di sé* è ripartita in:

- Autoassistenza o Cura di sé o Self Care: comprende le attività svolte in modo indipendente da un individuo al fine di promuovere e mantenere il benessere personale durante la propria vita.
 Capacità di Cura di sé: è la capacità dell'individuo di eseguire attività di Cura di sé.
 Requisiti di Cura di sé: sono le azioni o le misure usate per fornire la Cura di sé.
 Vengono definiti anche bisogni di Cura di sé.
 Richiesta terapeutica di Cura di sé: attività di Autoassistenza necessarie per soddisfare i requisiti di Autoassistenza.
- Deficit di autoassistenza: insorge quando le capacità di Autoassistenza non sono in grado di soddisfare i requisiti di Autoassistenza (cioè quando una persona non è più in grado

di gestire la Cura di sé)

Necessità dell'assistenza infermieristica

Sistemi Infermieristici: la serie di azioni che l'infermiere compie per soddisfare i requisiti di autoassistenza di un paziente.

Viene determinata dai requisiti e dalle capacità di autoassistenza della persona.

È composta da tre sistemi: totalmente compensatorio, parzialmente compensatorio, istruttivo/di supporto. Totalmente compensatorio: Il paziente dipende dagli altri per il proprio benessere.

L'Infermiere :

- attua la "cura di sé" terapeutica
- compensa l'incapacità del paziente
- sostiene e protegge il paziente

Parzialmente compensatorio: Il paziente può soddisfare alcuni requisiti di autoassistenza ma necessita dell'infermiere per soddisfarne altri.

L'Infermiere:

- Esegue alcune misure di "cura di sé"
- compensa le limitazioni del paziente
- assiste il paziente

Il Paziente

- esegue alcune misure di "cura di sé" complementari a quelle svolte dall'infermiere.
- regola le sue capacità
- accetta l'assistenza dell'infermiere

Istruttivo/di supporto:

Il paziente può soddisfare i requisiti di autoassistenza, ma necessita di assistenza nella fase decisionale, nel controllo del proprio comportamento o nella acquisizione di conoscenze.

in questo caso l'infermiere regola lo sviluppo e l'esercizio della "cura di sé" del paziente, che esegue la "cura di sé".

Nella teoria si individuano cinque punti fondamentali: agire al posto della persona, guidare, insegnare, sostenere, fornire un ambiente adatto, ovvero terapeutico.

Tre categorie di fattori di autoassistenza:

Fattori universali : correlati allo svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Fattori evolutivi : correlati alle situazioni di cambiamento nel corso della vita che implicano un adattamento della persona

(es. invecchiamento, lutto, nuovo lavoro...)

Fattori legati a problemi di salute : malattie, traumi, ecc...

Fattori universali

Mantenimento di una sufficiente assunzione d'aria, d'acqua e di cibo

Provvedimenti di cura assistenziale all'eliminazione e all'evacuazione

Mantenimento d'equilibrio tra attività e riposo

Mantenimento d'equilibrio tra solitudine e interazione sociale

Prevenzione di rischi per la vita, funzionamento e benessere umano

Promozione del funzionamento e dello sviluppo umano nell'ambito di gruppi sociali secondo il potenziale di ogni individuo

Fattori evolutivi

1. Creare e mantenere le condizioni che favoriscano i processi vitali e promuovano quelli di sviluppo durante:

Gli stadi di vita intrauterina e la nascita

Lo stadio di vita neonatale

L'infanzia

La fanciullezza, l'adolescenza e l'inizio della maturità

Gravidanza in età precoce o matura

2. Fornire cure associate alle conseguenze di limitazioni che possono influenzare negativamente lo sviluppo umano come:

Mancanza d'istruzione

Problemi d'adattamento sociale

Perdita di parenti e amici

Perdita di beni

Improvviso cambiamento di residenza in ambiente non familiare

Fattori legati a problemi di salute

1. Cercare di garantire un'assistenza medica appropriata nel caso di esposizione a specifici agenti fisici o biologici

2. Essere consapevoli e occuparsi degli effetti di condizioni patologiche
3. Eseguire efficacemente le misure prescritte dal medico di tipo diagnostico e terapeutico e riabilitativo volte a prevenire stati patologici
4. Modificazione del concetto di se, accettando se stessi come individui in un particolare stato di salute e bisognosi di cure specifiche (es modificazione dello schema corporeo)

Molto incisivi sono anche gli studi di Dorothea Orem, che nei primi anni '70 elabora i 4 concetti del metaparadigma di Nursing:

Persona:

- destinatario delle cure infermieristiche
- essere bio-psico-sociale e che ha le potenzialità per l'apprendimento e lo sviluppo

Ambiente:

Non lo definisce esattamente ma comprende:

- fattori ambientali
- condizioni ambientali
- ambiente di sviluppo

Salute:

- integrità della funzione e della struttura corporea
- concetto olistico
- promozione e mantenimento della salute, cura della malattia, prevenzione delle complicanze

Assistenza Infermieristica:

È necessaria quando le richieste terapeutiche di “cura di sé” superano le capacità di “cura di sé”.

- Il processo di Nursing per Orem si articola in:

Accertamento: è l'analisi delle capacità del paziente nella “cura di sé”.

- Diagnosi Infermieristica: riguarda l'analisi dei dati per scoprire qualunque deficit del paziente nella “cura di sé”, definendoli.

- Programmazione: consiste nello scegliere il “sistema” adeguato di assistenza, portare il paziente a diventare un agente efficace nella “cura di sé” ed incoraggiare il paziente a partecipare attivamente alle decisioni relative alla sua salute.
- Attuazione : l’infermiere assume il suo ruolo di guida o di assistenza.

Valutazione: viene eseguita sia dal paziente che dall’infermiere, e si verifica se i deficit dell’autocura persistono.

3.0 GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE A DOMICILIO

Nella realtà della deospedalizzazione, la preparazione degli utenti del SSN per tutto ciò che riguarda l’assistenza a domicilio diventa indispensabile. Se in ambiente clinico la gestione dei presidi è gestita ventiquattr’ore su ventiquattro da personale qualificato, così non è in questo contesto. La figura dell’infermiere d’assistenza domiciliare è importantissima in questo contesto.

I bisogni assistenziali legati al catetere vescicale risultano tra quelli che più spesso sono presentati a domicilio, quando il catetere è stato posizionato durante il ricovero e poi mantenuto dopo le dimissioni, oppure direttamente applicato su indicazione clinica già in ambiente domestico .

Come già detto, i cateteri uretrali necessitano di una precisa indicazione clinica da parte del medico per essere utilizzati, mentre è dell’infermiere la responsabilità della sua gestione e del monitoraggio generale della minzione. Il medico di medicina generale (MMG) e l’infermiere di AD devono quindi collaborare strettamente per la gestione del presidio: nessuna informazione o sviluppo deve restare taciuto.



Tutte le figure del panorama sanitario devono cooperare

L'infermiere deve essere consapevole della motivazione per il posizionamento, delle condizioni cliniche generali dell'assistito (con particolare attenzione a casi di comorbidità come altre patologie croniche o ricorrenti, protesi, precedenti interventi chirurgici, farmaci assunti, problemi cognitivi o di tipo psicosociale), caratteristiche del presidio usato, precedenti problemi relativi all'assistenza).



la presenza di più patologie in un paziente, o comorbidità è da tenere in considerazione.

La gestione del paziente cateterizzato a domicilio può essere svolta sia con prestazioni occasionali (per esempio in caso di emergenze o per la prevenzione di problemi acuti, come infezioni, e in questi casi l'intervento sanitario deve essere tempestivo) o con organizzazione periodica regolare (necessaria per evitare permanenze eccessive in sede o il

neglect generale del catetere). Ma l'assistenza domiciliare non è immune da problemi e difficoltà nella gestione, quindi spesso per garantire la continuità assistenziale si deve integrare l'impegno del paziente stesso e di chi avrà attorno a casa, ovvero famiglia o badanti. È ovviamente necessario istruire alla gestione anche queste persone, e questo è di competenza infermieristica. Fondamentale è che l'infermiere sia a conoscenza del contesto domestico (situazione familiare, presenza e tipo sistema di supporto, condizioni della casa, lingua parlata da chi starà vicino al paziente a casa), e sia in grado di istruirli in modo corretto e adeguato. Per questo opportuno descrivere come pianificare una buona assistenza, come comunicare con chi se ne occuperà e mettere bene in chiaro i principali problemi legati al catetere urinario. La maggior parte degli aspetti della gestione su cui l'infermiere si deve soffermare sono di tipo igienico e di prevenzione delle complicanze, per poi soffermarsi estensivamente su come monitorare l'andamento delle condizioni del paziente in modo complessivo.

3.1 Prevenzione di rischi e azioni infermieristiche

Trattandosi, come già detto, di una procedura invasiva, le complicanze che possono insorgere non sono poche e, senza un'attenta manutenzione, possono avere conseguenze molto gravi e portare anche alla morte. Enorme parte della prevenzione di questi frangenti è responsabilità dell'infermiere. Il monitoraggio e la manutenzione del catetere in un paziente a domicilio necessitano una buona pianificazione assistenziale, un'accurata serie di interventi infermieristici atti a migliorare la qualità di vita del paziente. La pianificazione prevede tre attività dell'infermiere:

- Fissare le priorità: In base alla valutazione di quelle condizioni di salute che determinano un rischio per la vita della persona, problemi che possono essere affrontati e risolti in un momento successivo senza che questo comprometta la salute dell'assistito, indicazioni di priorità percepite ed espresse dalla persona
- Stabilire gli obiettivi: l'obiettivo *“E’ il risultato auspicato nel piano di assistenza infermieristica, cioè ciò che si spera di ottenere con la partecipazione della persona e che mira a prevenire, risolvere totalmente o parzialmente un problema diagnosticato dall’infermiere.”* (Atkinson–Murray, 1994). Deve quindi essere:
 - ✓ preciso, ovvero deve descrivere in dettaglio i risultati e/o i comportamenti che la persona deve saper mostrare/manifestare

- ✓ concreto: l'infermiere deve vedere, definire e quantificare il risultato raggiunto
 - ✓ realistico: considera il livello di capacità della persona e le risorse disponibili
 - ✓ congruente e di supporto ad altri trattamenti
 - ✓ condiviso e accettato dalla persona e dalla famiglia
- Identificare gli interventi : L'intervento infermieristico è: *“un qualsiasi trattamento basato sul giudizio clinico e sulle conoscenze cliniche che un infermiere mette in atto per migliorare i risultati prodotti dal paziente”* (McCloskey e Bulech, 2000). Si tratta di attività pianificate, attuate e successivamente valutate per i loro risultati dall'infermiere per aiutare la persona a raggiungere l'obiettivo previsto.

3.2 Rischi più frequenti

Il paziente e chi lo segue a casa li devono conoscere bene e sapere come agire. Basandosi su un articolo pubblicato nell'Agosto 2022 su SanitàInformazione dal dott. Enrico Pinton, infermiere, le più frequenti complicazioni patologiche e fisiologiche sono:

- Infezioni delle vie urinarie: sono le complicanze più comuni. Più a lungo viene lasciato in sede il catetere vescicale e maggiore sarà il rischio di infezione. I sintomi sono la comparsa di febbre, dolore alla vescica e al pube, cambiamento nelle caratteristiche delle urine che cambiano di colore e possono divenire maleodoranti. Se compaiono questi sintomi contattare il medico o l'infermiere dell'assistenza domiciliare.
- Occlusione: si verifica quando il catetere vescicale si tappa e non permette la fuoriuscita delle urine. La causa dell'occlusione può essere la presenza di sedimenti o coaguli di sangue. In questo caso contattare l'infermiere dell'assistenza domiciliare.
- Perdita di urina: una parte dell'urina fuoriesce dall'esterno del tubicino e non viene raccolto dalla sacca. È necessario contattare l'infermiere dell'assistenza domiciliare.

Per evitarne l'insorgenza, sempre nell'articolo vengono descritti una serie di comportamenti da seguire per quanto più possibile:

- Igiene: Si consiglia una doccia al giorno, o se non possibile l'esecuzione di un bagno a letto, con sapone neutro prestando attenzione di lavare anche i genitali e il punto d'ingresso del catetere. Gli uomini dovranno tirare indietro la pelle del prepuzio del pene per lavarsi bene. Le donne devono prestare particolare attenzione all'igiene intima dopo la defecazione, a causa della vicinanza tra ano e uretra. Come per l'inserimento del

catetere, i movimenti di pulitura devono essere svolti dalla zona urogenitale a quella anale, per non trasportare microrganismi patogeni nelle aree che presentano un rischio di sviluppare infezioni decisamente più alto.

- Idratazione e dieta: se il paziente non è in restrizione di liquidi (se ci sono dubbi o altre insorgenze, chiedere al medico) è consigliabile bere almeno 8 bicchieri o 2 litri di liquidi al giorno (preferibilmente acqua). È importante evitare la stitichezza. Consigliati cibi ricchi di fibre, frutta, verdura, pane integrale e cereali.
- lavaggio delle mani: ogni qual volta si abbia la necessità di toccare il catetere vescicale o il sistema di raccolta va eseguita la detersione delle mani. È preferibile il lavaggio sociale con acqua e sapone, oppure l'utilizzo del gel idroalcolico prima e dopo la manovra.
- Gestione delle sacche di drenaggio: la sacca di drenaggio dell'urina deve essere sempre più bassa rispetto alla vescica per evitare che l'urina refluisca (aumentando il rischio di infezione). Le sacche vanno svuotate quando piene. La sacca ha un rubinetto di drenaggio che permette la fuoriuscita delle urine.
- Fissaggio del catetere: Fissare il catetere in maniera appropriata per ridurre la mobilità e prevenire la trazione uretrale, in modo da evitare lesioni e/o rimozioni accidentali del tubo.
- Se l'urina non viene scaricata: controllare che il catetere vescicale e i tubicini di raccordo non siano piegati o attorcigliati, e controllare manualmente se è presente globo vescicale (che è dovuto alla ritenzione di urina in vescica) in ipogastrio esercitando una leggera pressione. Procedere con un lavaggio del catetere e, se il problema non si risolve, informate il medico.
- Per cambiamenti nel colore, consistenza ed odore delle urine: contattare il medico o l'infermiere dell'assistenza domiciliare
- Cambio del catetere vescicale: L'infermiere dell'assistenza domiciliare programmerà la sostituzione a domicilio quando necessario in base alle linee guida riguardanti la tipologia di catetere, problemi riscontrati con quello in uso o rimozioni accidentali.

In un altro articolo, pubblicato su Medelit, un Poliambulatorio Polispecialistico di assistenza medica domiciliare ed online operativo in tutta Italia dal 2010, *Come gestire il catetere a casa: una guida per pazienti e parenti*, pubblicato nel 2021, reitera questi concetti:

- Non rimuovere mai il catetere per conto proprio. Se il catetere presenta problemi o se si ritiene che sia ora di rimuoverlo è da chiamare prima un medico. La rimozione non può neanche essere attuata da un infermiere se lo stesso non ha ricevuto una precisa indicazione medica. Se necessario, è opportuno ricordare a chi assiste il paziente oltre al personale sanitario che se il catetere è stato posizionato, c'è un valido motivo medico per averlo fatto, e che occorre una visita medica per constatare la remissione dell'indicazione per poter rimuovere in sicurezza il catetere. Una volta che il medico avrà valutato che il catetere può essere rimosso senza rischi, la rimozione va comunque eseguita da un professionista sanitario (medico o infermiere) così da evitare danni all'uretra ed alla vescica.
- Non trazionare troppo il catetere per evitare danni alla vescica ed all'uretra. Spiegare ai caregiver domiciliari come assicurarsi che sia ben ancorato senza causare traumi.
- Posizionare il tubo così che non formi pieghe o curve anomale.
- Non ostruire il catetere in alcun modo. Fare attenzione a non camminarci sopra, a non pinzarlo in alcun modo e a non appoggiarci sopra oggetti pesati. Il sistema va mantenuto il più possibile aperto così che l'urina possa fluire liberamente.
- Mantenere pulite cute e catetere. Pulire la cute attorno all'inserzione, con acqua e sapone, almeno due volte al giorno e dopo ogni scarica di feci.
- Svuotare la sacca ogni 4-8 ore o più frequentemente se necessario. Se la sacca si riempie troppo, l'urina può refluire in vescica.
- Mantenere la sacca di raccolta sempre ad un livello inferiore rispetto al resto del corpo. Questo fa sì che si riduca il rischio di reflusso dell'urina dalla sacca alla vescica. L'urina nella sacca può non essere più sterile, e la sua entrata in vescica può portare ad infezioni.
- Bere abbondantemente. A meno di diversa indicazione da parte del medico, è consigliabile bere almeno 8 bicchieri di acqua al giorno. I liquidi aiutano a "lavare" la vescica e contribuiscono a ridurre il rischio di accumularsi di depositi che possono ostruire il catetere. Bere acqua ed evitare bevande contenenti caffeina in quanto la caffeina contribuisce alla disidratazione.
- Mantenere una regolare funzione intestinale. La stipsi si associa ad un maggiore rischio di infezioni delle vie urinarie e porta inoltre ad attuare sforzi nello scaricarsi che possono provocare qualche perdita dal catetere.

- Utilizzare biancheria intima in cotone, che permette alla cute dell'area genitale di traspirare.
- E' meglio evitare i rapporti sessuali in presenza del catetere vescicale, a causa del rischio di lesioni e infezioni.
- Evitare cibi e bevande che possono disturbare la vescica come caffeina, cibi acidi e piccanti, alcolici, bevande gassate e cioccolato.
- Non fare il bagno in presenza del catetere. E' consigliabile lavarsi con la doccia ove possibile perché il risciacquo continuo riduce il rischio di infezione.
- Tenere sempre due cateteri di scorta a casa, così da averli pronti nel caso aveste la necessità di farlo cambiare dall'infermiere in urgenza.

Tutte queste indicazioni sono necessarie per la gestione corretta del catetere, e spetta all'infermiere presentarle a paziente e famiglia, verificare che siano state assimilate ed attuate, e correggere tempestivamente eventuali errori. Può essere utile fornire schede esplicative, decaloghi e opuscoli informativi, redatti dal personale, in modo che a domicilio ci sia sempre una fonte a cui attingere informazioni in tempo reale anche in assenza degli operatori sanitari. Questi dovrebbero contenere informazioni concise e semplici soprattutto sui contatti a cui fare riferimento, come mobilizzare la persona con il catetere, come e quando svuotare la sacca delle urine con il rubinetto, dove posizionarla, cosa notare mentre si esamina l'assistito (irritazioni e/o caratteristiche inusuali delle urine), informare sui possibili problemi e come si presentano. Se possibile, si può utilizzare anche materiale audiovisivo. È comunque da ricordare che ciò non deve assolutamente sostituire l'educazione diretta da parte dell'infermiere.

Il Catetere Vescicale

Che cos'è e come funziona

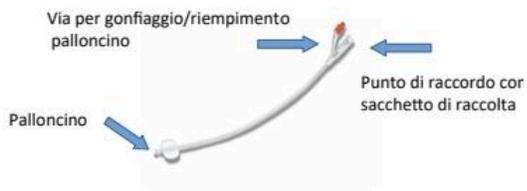
Il catetere è un dispositivo medico che permette la fuoriuscita dell'urina dalla vescica in modo sterile continuo.

Le motivazioni all'uso del C.V. possono essere molteplici (incapacità di urinare spontaneamente, controllo della diuresi, presenza di lesioni da pressione oltre il 3° stadio di patologia della prostata o della vescica) ed è sempre una decisione presa dal medico.

Il C.V. viene fissato in vescica tramite un palloncino situato pochi centimetri dalla punta del catetere stesso e gonfiato con soluzione bidistillata sterile o soluzione fisiologica sterile.

All'estremo opposto è connesso un sistema di raccolta delle urine chiamato a "circuito chiuso"

Il catetere solitamente usato è il catetere di Foley, che può essere in lattice o in silicone e che viene prodotto in diverse misure ed è collegato ad un sacchetto a circuito chiuso.



4

Aggiornato al 14 settembre

Dimissione a domicilio con Catetere Vescicale

La persona dimessa dall'ospedale con il catetere vescicale viene sempre segnalata con apposita scheda agli infermieri del territorio (distretto sanitario, punto infermieristico di riferimento).

In questa scheda viene registrato il tipo di catetere vescicale, il suo calibro e la data di posizionamento o di sostituzione dello stesso.

Gli infermieri del distretto con queste informazioni sapranno quando intervenire per la sostituzione.

Cosa deve sapere la persona o i familiari in attesa dell'accesso del personale del distretto?

- 1) Il catetere e il sacchetto a circuito hanno la stessa permanenza in sede (durano circa 25/30 giorni)
- 2) Il Catetere e il sacchetto non vanno mai staccati tra di loro. Infatti il sacchetto ha una valvola anti-reflusso che impedisce il ritorno dell'urina in vescica e permette la mobilitazione del paziente prevenendo le infezioni da reflusso di urina dal sacchetto in vescica.
- 3) Il sacchetto va svuotato usando la valvola/rubinetto che si trova nella parte inferiore dello stesso ad intervalli regolari o quando c'è la necessità di spostare la persona, svuotare periodicamente permette di evitare il cattivo odore. Si può svuotare in un contenitore che poi va lavato e disinfettato.

Aggiornato al 14 settembre 2022

5

rubinetto/valvola
per svuotare il sacchetto



- 4) Il catetere vescicale, per evitare strappi può essere fissato alla coscia della persona con un cerotto antiallergico facendo attenzione che non sia in trazione, in torsione o piegamento rispetto al punto di ingresso.
- 5) E' importante lavarsi le mani e/o indossare guanti monouso prima di effettuare manovre in sede di catetere vescicale.
- 6) E' importante la pulizia dell'area perineale e degli organi genitali per prevenire la proliferazione batterica. Si può scoprire il glande senza timore di rimuovere il catetere vescicale.
Nella donna effettuare la pulizia a senso unico dall'alto verso il basso. Importante è non tirare il catetere.
- 7) Se la persona scarica feci è necessario effettuare la pulizia al più presto facendo attenzione di rimuovere le feci in maniera corretta come descritto sopra.
La persona portatrice di catetere vescicale può indossare il "pannolone" senza problemi, attenzione nel controllare eventuali scariche di feci, che vanno rimosse al più presto.

6

Aggiornato al 14 settembre 2022

Utilizzo dei tappi

I tappi per chiudere il catetere dovrebbero essere utilizzati solo in casi attentamente selezionati in quanto questa manovra può portare facilmente ad infezioni urinarie.

Nel caso particolare in cui la persona assistita li utilizzi è bene che si rispetti le seguenti norme:

- lavarsi accuratamente le mani;
- Manipolare il tappo nuovo cercando di non contaminare le parti connesse tra loro: tappo e parte del catetere vescicale dove va inserito lo stesso.
- eliminare il tappo rimosso.

Idratazione

In assenza di controindicazioni, anche la persona portatrice di catetere vescicale dovrebbe mantenere un adeguato apporto di liquidi. Una buona idratazione (**1-2 litri al giorno**), infatti, ha effetti benefici sulla salute: riduce il rischio di stitichezza, assicura un flusso continuo di urina, impedendo così che le urine diventino concentrate.



Aggiornato al 14 settembre 2022

7

PROBLEMI CHE POSSONO PRESENTARSI

Infezioni

Il catetere vescicale rappresenta una via di ingresso in vescica dei microrganismi. Per questo motivo le infezioni delle vie urinarie sono uno dei principali problemi nei soggetti cateterizzati e, se non riconosciute e trattate, possono determinare in alcuni casi complicanze severe.

I **segni** e i **sintomi** che possono essere **indice di infezione delle vie urinarie nelle persone cateterizzate sono generalmente:**

- comparsa o peggioramento della febbre,
- malessere,
- dolore sovra pubico o al fianco,
- urine torbide (presenza di sedimenti) e/o maleodoranti,
- incapacità di tollerare il catetere,
- stato mentale alterato,
- comparsa di sangue nelle urine (ematuria).

E' bene comunicare **tempestivamente al proprio medico curante** la presenza di uno o più sintomi descritti sopra.

Perdite di urina

La perdita di urina può essere dovuta a varie cause; chiedere l'intervento del **personale infermieristico del distretto** per la valutazione del caso.

Rimozione accidentale del catetere vescicale

In caso di rimozione accidentale del catetere vescicale, **contattare il distretto** e riferire le modalità dell'accaduto. Può esserci la presenza di sangue dovuta al trauma che non deve spaventare

Ostruzione del catetere vescicale

Il catetere vescicale potrebbe, in alcuni casi, essere soggetto a ostruzioni che impediscono il regolare svuotamento della vescica e la fuoriuscita di urina dal punto di inserzione del C.V.

Contattare prontamente l'infermiere domiciliare.

8

Aggiornato al 14 settembre 2022

Aggiornato al 14 settembre 2022

9

Esempio di opuscolo informativo presentato dall' UOC Medicina Generale di Azienda Ospedale Università Padova, a cura del Prof. Paolo Simioni.

L'articolo dedica anche un capitolo all'igiene del presidio, *Procedure di igiene per il catetere vescicale*, dove riporta che l'occorrente è:

- ciotola con acqua tiepida e sapone
- Panno umido per pulire
- Asciugamano asciutto pulito
- Traversa impermeabile se il paziente è allettato

La procedura descritta è:

- Lavarsi le mani con acqua tiepida e sapone
- tenere delicatamente il catetere vicino all'inserzione con una mano mentre si eseguono le manovre di pulizia, così da evitare trazioni su uretra e vescica
- Lavare con acqua tiepida e sapone tutta la zona genitale attorno al catetere. Il lavaggio va eseguito con movimenti circolari, iniziando dalla zona più vicina all'inserzione ed

allontanandosi gradualmente.

- Lasciare per ultima la zona attorno all'ano.
- Mettere da parte il panno utilizzato per il lavaggio e non utilizzarlo più finché non è stato adeguatamente lavato in lavatrice, possibilmente ad alte temperature, o usare materiale usa e getta.
- Asciugare con un asciugamano pulito, seguendo la stessa direzione della pulizia (iniziando da vicino all'inserzione, ad allontanarsi e lasciando la zona perianale per ultima).
- Per svuotare la sacca utilizzate un contenitore pulito in cui svuotare la sacca e lavatelo ogni qualvolta lo utilizzate così da averlo subito pronto e a disposizione già pulito.

L'articolo consiglia inoltre di tenere annotate con scrupolosità tutte le azioni svolte sul paziente, in particolare modo se a seguirlo sono più caregivers, annotando il nome della persona che le fa. In questo modo si fornisce anche alla famiglia e a chi assiste il paziente oltre il personale uno schema di informazioni chiare e fruibili non dissimile dalle consegne infermieristiche in un normale ospedale.

3.3 Gestione delle complicanze

Sul comportamento dell'infermiere, l'articolo consiglia che nel caso delle seguenti complicazioni si contatti il medico o l'infermiere:

- perdita dal catetere
- urina torbida o maleodorante
- sangue nelle urine
- febbre superiore ai 38°C
- dolore lobo-sacrale
- perdita anomala dal catetere
- gonfiore nella zona di accesso, soprattutto negli uomini
- stato confusionale o comparsa di segni di disorientamento
- mancato riempimento della sacca delle urine

Lo stesso articolo sottolinea che *“qualche occasionale perdita dal catetere non è da considerarsi preoccupante. Tuttavia, se il problema persiste o si presenta troppo frequentemente o con una perdita rilevante, è consigliabile richiedere l'assistenza di un infermiere o medico”*. È importante che il paziente ed i familiari vengano educati a

riconoscere l'insorgenza di potenziali problemi e li identifichino nella loro specificità e contemporaneamente sappiano quando è necessario rivolgersi ad un professionista sanitario.

Nel caso in cui nella sacca non venga raccolta urina, sono attuabili diverse operazioni. Prima di allarmarsi si consiglia di cambiare la posizione del corpo, controllare che non ci siano ostruzioni o curve anomale nel tubo, controllare che la sacca di raccolta sia più in basso rispetto alla vescica. Se nessuna delle manovre sopra funziona, occorre chiamare subito un medico. È importante non chiudere, non irrigare, non spostare o rimuovere il catetere, a meno che non si abbia ricevuto istruzioni dal medico.

Da parte degli infermieri, è fondamentale fare attenzione anche per possibile comparsa di problemi legati all'immagine corporea alterata: un'alterazione così radicale di una funzione fisiologica come la minzione rappresenta un grande cambiamento nella vita di molti pazienti. Assicurarli di essere sempre aperti all'ascolto di questo tipo di problemi e di non sottovalutarli assolutamente. Se si ritiene utile e se il paziente è d'accordo, parlarne con il medico responsabile per attivazione di un sistema di supporto psicologico, che spesso è previsto nei programmi di assistenza domiciliare.



L'assistenza psicologica può essere fondamentale per il paziente, e se è possibile deve essere somministrata a domicilio.

È anzi opportuno che l'assistenza di questo tipo inizi prima della dimissione, informandosi sullo stato psichico del paziente e dei caregivers domestici che affrontano il cateterismo a domicilio e come si sentono riguardo il rientro a casa (“Ha qualche dubbio su come gestire il catetere? Si sente sicuro? Sente emozioni forti al pensiero di tornare a casa?”) per poi continuare nel tempo a casa (“Ha provato emozioni forti il primo giorno di ritorno

a casa? Come vanno le cose in famiglia?'''). Chiedere come va, da parte dell'infermiere, rappresenta un grande atto di cura.

3.4 RIMOZIONE E POST RIMOZIONE

3.4.0 Rimuovere un Catetere Urinario

Sarebbe opportuno che le manipolazioni al catetere venissero in genere svolte da personale infermieristico, dato che c'è sempre il rischio di complicazioni, ma ciò non è possibile, in particolare in casi di autocateterismo ad intermittenza. La rimozione del catetere non la richiede sterilità e la manualità dell'inserzione, ma sicuramente il paziente deve essere addestrato sia alla manovra pratica che al monitoraggio della minzione successivo.

La procedura di articola in:

- **Lavare le mani con acqua calda e sapone.** Accertarsi di insaponare mani e avambracci strofinando per almeno 20 secondi. Alla fine risciacqua bene la pelle, facendo scorrere l'acqua giù dalle dita. [1] Sarà necessario ripetere questa operazione dopo aver completato l'estrazione. Asciugare accuratamente le mani con un panno di carta che verrà eliminato. Approfittarne per preparare già un contenitore rifiuti adatto allo smaltimento del catetere.
- Prendere nota delle caratteristiche (colore, odore, quantità, presenza di frustoli, pus o sangue, poi svuotare la sacca del catetere che contiene l'urina per facilitare la procedura, gettando l'urina nel WC. Quando la sacca è vuota, chiudere il morsetto o avvitare il tappo che la tiene chiusa. In questo modo si evita lo stillicidio di residui, per preservare l'igiene.
- **Assumere una posizione comoda per rimuovere il catetere.** Sia per l'autogestione che in caso di assistenza, chi rimuove il catetere deve lavorare comodamente. Usare la mano dominante, posizionare il materiale su una superficie stabile e senza ostacoli, letto ad altezza adatta aiutano a conservare la pulizia. Si denuda il paziente dalla vita in giù. La posizione migliore per questa operazione è quella supina con le gambe aperte, le ginocchia piegate e i piedi ben appoggiati a terra per autorimozione, o anche assumere la posizione sdraiata, con ginocchia aperte mantenendo le piante dei piedi a contatto fra loro. Sdraiandosi sulla schiena anche la vescica e l'uretra si rilassano, facilitando l'estrazione del catetere.

- **Indossare un paio di guanti e pulire il tubo di drenaggio.** I guanti proteggono da possibili infezioni. Una volta messi, puoi procedere alla pulizia del segmento che connette il catetere al tubo di drenaggio, preferibilmente con soluzione alcolica. Per gli uomini, usare una soluzione salina per pulire l'apertura uretrale sul pene; per le donne, usa una soluzione salina per detergere le labbra e l'orifizio uretrale, con movimenti di nuovo dall'uretra verso l'esterno per evitare la diffusione di batteri.
- **Sgonfiare il palloncino d'ancoraggio:** Il condotto dovrebbe essere identificabile da una valvola colorata alla sua estremità. Il palloncino all'interno della vescica deve essere drenato o sgonfiato per togliere il catetere. Ciò viene effettuato con una siringa, in genere da 10 ml, che viene consegnata regolarmente al paziente proprio a questo scopo. Inserire la siringa nella valvola, spingendo e ruotandola, e tirare lentamente e con attenzione il pistone, allontanandolo da essa. Per effetto del vuoto l'acqua contenuta nel palloncino si trasferirà nella siringa, sgonfiandolo e rendendo possibile il suo passaggio nell'uretra. Assicurarsi che il palloncino sia completamente sgonfio trazionando leggermente il tubo, per evitare lesioni all'uretra. Non pompare aria o liquido nel palloncino perché questo potrebbe scoppiare e danneggiare la vescica.
- **Rimuovere il catetere.** Se possibile, clampare il tubo con delle pinze emostatiche oppure con un elastico per evitare la fuoriuscita di urina mentre si rimuove il catetere. Quindi, tira delicatamente il tubo estraendolo dall'uretra.[3] Se c'è resistenza, significa che c'è ancora dell'acqua nel palloncino: in questo caso drenarlo di nuovo. Se la rimozione risulta dolorosa o sanguinolenta, contattare MMG o infermiere.
- Il personale sanitario è tenuto a spiegare come eliminare i rifiuti ospedalieri nel rispetto delle normative per i rifiuti pericolosi o occuparsi direttamente del loro smaltimento.[6] Dopo l'estrazione **ispezionare il catetere per accertarsi che sia integro e smaltire il materiale.** Se sembra rotto o spezzato, allora alcuni frammenti potrebbero essere rimasti nel corpo. In tal caso è necessario immediatamente contattare il medico.[5] Se questo dovesse accadere, non si deve eliminare il catetere, ma mostrarlo al dottore. Per eliminare la siringa, separare il cilindro dallo stantuffo e riporre entrambi in un contenitore per taglienti (anche detto alibox, fornibili in genere dal SSN).
- Detergere l'area in cui è stato inserito il catetere con una soluzione salina. Per la presenza di sangue o pus, chiamare il medico o l'infermiere immediatamente.

- Solo successivamente smettere i guanti e lavare le mani con lavaggio sociale. Fastidi e dolori di lieve intensità sono normali, e applicare della lidocaina nella zona circostante previa indicazione medica.

3.4.0.1 Accertarsi di Godere di Buona Salute dopo la Rimozione del Catetere

- **Osservare la presenza di segni d'infezione o infiammazione.** È del tutto normale che stranguria e lievi tracce ematiche (riconoscibili dal colore roseo) siano presenti nelle prime 24-48 ore successive all'estrazione, dato che una piccola quantità di sangue potrebbe essere entrata nel tratto urinario. Se l'urina ha un colore rosso scuro, significa che c'è molto sangue, mentre un cattivo odore e un aspetto torbido sono segnali di infezione. L'infermiere deve assicurarsi che sia ben compreso da paziente e caregivers che questa è tra le più gravi e frequenti problematiche relative al catetere. Deve insegnare che arrossamento, febbre gonfiore, secrezione di pus attorno al punto in cui è stato estratto il catetere sono spesso sintomi di processi infettivi. Nel caso, è meglio comunicarlo al MMG.
- **Continuare a lavare la zona con soluzione salina calda.** Dopo la rimozione è possibile ricominciare a fare il bagno. L'urina dovrebbe essere trasparente o leggermente gialla. In alcune circostanze può manifestarsi un leggero sfogo cutaneo nel punto di inserimento del catetere. Indossare della biancheria intima di cotone per consentire il passaggio dell'aria e promuovere la guarigione, come durante la permanenza del catetere.
- **Monitorare la minzione.** Dopo aver rimosso il catetere è importante monitorare lo stimolo della minzione. Se dopo quattro ore dalla rimozione il paziente non urina nonostante l'assunzione di fluidi, chiamare l'infermiere o il medico. È abbastanza normale che la minzione diventi leggermente irregolare dopo la rimozione del catetere ed è piuttosto comune accorgersi che si deve andare in bagno con una frequenza maggiore rispetto al solito. Talvolta la minzione può essere dolorosa: se questo disturbo persiste oltre 24-48 ore dalla rimozione, allora potrebbe esserci un'infezione. È spesso possibile notare qualche difficoltà a controllare il flusso di urina. Educare ad annotare ogni episodio d'incontinenza per poi poterli riferire al medico.
- **Assumere molti liquidi: continuare a bere 6-8 bicchieri di acqua al giorno** per aiutare il sistema urinario a riprendere un ritmo normale. Bere molta acqua aumenta il volume delle urine, e il flusso aumentato fa fuoriuscire meglio i batteri e i

microrganismi che si trovano nella vescica e nell'uretra. Limitare per questo l'apporto di liquidi dopo le 18:00. Alzare i piedi da seduto: l'infermiere può illustrare alcune posizioni per attuare questo con comodità

3.4.1 Ginnastica vescicale: si o no?

Menzione a parte merita questa pratica. Con il termine “ ginnastica vescicale” si identifica di un insieme di metodiche di rieducazione alla minzione autonoma dopo la rimozione del drenaggio. Nel suo articolo il dott. Pinton ricordava che “la ginnastica vescicale non si basa su evidenze scientifiche”, e anzi, secondo uno studio di Maria Luisa Asta, infermiera di ruolo presso U.O di Nefrologia e Dialisi del Policlinico Vittorio Emanuele di Catania, il termine si baserebbe su un errore di traduzione dall'inglese *bladder training*, ovvero ‘allenamento della vescica’. Sempre nel suddetto articolo, Asta sostiene che “ ***La ginnastica vescicale prescritta prima della rimozione del catetere è una pratica inutile e dannosa***”.

Lo scopo della ginnastica vescicale sarebbe quello di prevenire i rischi di disuria (condizione patologica che comporta minzione difficoltosa, irregolare e dolorosa) e ritenzione urinaria acuta dopo la rimozione del catetere vescicale.

La ginnastica sarebbe stata surclassata dal **bladder scanner**, una scansione ad ultrasuoni che permette di valutare in maniera non invasiva la stima del volume vescicale in ml.

Il bladder scanner può avere altri utilizzi come:

- Alternativa al catetere vescicale per la misurazione del volume urinario
- Valutazione della ritenzione urinaria acuta nel post-operatorio
- Valutare il volume vescicale nei pazienti con ritenzione urinaria
- Verificare lo svuotamento vescicale post minzionale dopo la rimozione del catetere.

A questo proposito sono state eseguite alcune ricerche dal centro studi EBN (Evidence Based Nursing) di Bologna sul perché la ginnastica vescicale potrebbe non essere un buon metodo di recupero. È stato riscontrato che la ginnastica vescicale è una pratica non utile, e talvolta addirittura dannosa, perché è basata su un razionale smentito dalla fisiologia della minzione.

La ginnastica vescicale si realizza chiudendo ad intervalli il flusso del catetere vescicale mediante l'apposizione di un tappo o mediante il clampaggio del sistema di raccolta (occludendolo cioè con una pinza apposita inferiormente al dispositivo del drenaggio),

con l'obiettivo di tentare di riabituarla la vescica a riempirsi periodicamente in vista del riacquisto della continenza alla rimozione del catetere.

Nell'articolo, tale pratica viene messa in discussione per diversi motivi:

- se il catetere viene chiuso più volte durante la giornata (spesso con lo stesso tappo, cosa che aumenta il rischio di contaminazione e colonizzazione dello stesso da parte di microrganismi patogeni) si determina una stasi di urina all'interno della vescica, che può aumentare l'incidenza delle infezioni urinarie;
- il muscolo detrusore della vescica, ovvero la tonaca muscolare liscia che avvolge la vescica e la cui contrazione determina l'espulsione dell'urina, non esegue nessuna forma di "ginnastica" quando il catetere rimane in situ perché lo svuotamento dell'urina avviene per drenaggio e non per contrazione dello stesso muscolo;
- la ginnastica vescicale non assicura il recupero della continenza: essa viene infatti garantita dalle strutture sfinteriali e dalla muscolatura del piano pelvico perineale: il semplice riempimento della vescica non è sufficiente per farli rinforzare a tal punto. Per il miglioramento del loro tono sono raccomandati interventi riabilitativi specifici, come gli esercizi per la muscolatura pelvica, il biofeedback, l'uso dei coni vaginali, la stimolazione elettrica del pavimento pelvico.

Tutte queste evidenze certificano che la fisiologia della minzione non risente della ginnastica vescicale. Differente è invece l'educazione vescicale. Si tratta di una terapia che risulta fruttuosa non solamente per molti tipi di incontinenza urinaria, ma anche per la sintomatologia che di solito accompagna la rimozione di un catetere: la vescica e l'uretra potrebbero infatti risultare irritate per un paio di giorni in seguito alla rimozione del catetere. Alcune persone stentano a urinare, mentre altre sentono uno stimolo più frequente a recarsi in bagno. Tutto ciò può accompagnarsi a fastidio o addirittura dolore urente, o a urine di colore rosato, segno di ematuria. Questi sintomi non sono generalmente di lunga durata e svaniscono dopo poche minzioni, e ci si può subito riconcentrare sull'importante obiettivo della rieducazione vescicale. Se invece non si risolvono spontaneamente, è opportuno che l'infermiere contatti un medico per ottenere informazioni più accurate e indicazioni su come comportarsi (viene infatti sconsigliato il prendere iniziative terapeutiche, che potrebbero non essere di responsabilità infermieristica).

Tramite l'educazione vescicale la vescica aumenta così di capacità e la frequenza delle minzioni diminuisce, eliminando così un maggiore volume di urina a ogni minzione. La principale terapia comportamentale per l'incontinenza prevede di "rieducare" la vescica o

l'intestino, ovvero, in sostanza, cercare di modificare le proprie abitudini in bagno, facendo acquisire maggiore autonomia all'assistito nell'ambito delle evacuazioni.

Elaborare una routine programmata, in modo da riuscire ad urinare in orari regolari prestabiliti, per ridurre gradualmente il lasso temporale tra le minzioni, sembra essere un modo convalidato per ottenere risultati. È chiaro che questo tipo di rieducazione può essere applicata al meglio in ambiente domestico e familiare, sia per i benefici che la domiciliazione comporta che per il notevole implemento dell'autonomia generale del paziente in più ambiti contemporaneamente. Spetta quindi all'infermiere che agisce a domicilio il monitoraggio dell'educazione, insegnando al paziente e a chi lo circonda come eseguirla correttamente, assisterlo mentre la pratica, incoraggiarlo positivamente ad applicarsi per ottenere risultati migliori, prestando ascolto ai suoi dubbi e non sottovalutando rischi di alcun tipo, ponendo obiettivi realistici all'andamento della terapia. Per migliorare il lavoro è possibile ricorrere a speciali promemoria che segnalano al paziente quando è il momento di andare in bagno, o dei dispositivi di monitoraggio che possono essere utilizzati per registrare le visite al bagno e gli "incidenti" e che l'infermiere può educare il paziente ad usarli come passo ulteriore nella terapia. Un altro metodo è cercare di ridurre la necessità di andare al bagno. È possibile raggiungere questo obiettivo mediante alcuni esercizi per il pavimento pelvico, o tramite una tecnica di distrazione come contare all'indietro. Per coloro che hanno un problema di enuresi notturna, soprattutto se bambini e adolescenti, può essere utile un "allarme per l'enuresi notturna". Si tratta, in pratica, di un sensore collegato alla biancheria intima o alle lenzuola, che emette un suono o vibra se rileva dell'urina. Questo può essere d'aiuto per raggiungere il bagno in tempo. Sempre compito dell'infermiere è collaborare con le altre figure sanitarie in modo collaborante e costruttivo per creare una buona rete di assistenza al paziente nel suo percorso di recupero.

3.4.2 Permanenza eccessiva del catetere in sede.

Viene menzionata questa evenienza perché, con l'allontanamento dei pazienti dai centri di attività sanitaria, è tra le più frequenti che possono capitare a domicilio. Lasciare un catetere vescicale in sede senza che ci sia una precisa indicazione clinica, secondo la Society of Hospital Medicine e la Canadian Society of Internal Medicine, è una delle "cinque cose che medici e pazienti dovrebbero mettere in discussione". Anche nei centri

sanitari è, insomma, un sintomo chiaro della mancanza di comunicazione tra il personale, che purtroppo si potenzia nell'assistenza domiciliare.

Si tratta del lasciare un presidio sicuramente molto invasivo e potenzialmente molto limitante per l'assistito, come già evidenziato, in precedenza, che oltretutto aumenta notevolmente il suo rischio di contrarre infezioni alle vie urinarie. Il JAMA Internal Medicine, una Research letter canadese, ha riportato i risultati di uno studio del 2014 per valutare i casi in cui è possibile la rimozione del catetere, basandosi su una serie di istruzioni impartite al personale infermieristico. In un grande ospedale universitario sono stati selezionati 4 reparti. Due di essi, utilizzati come gruppo di controllo, hanno proseguito la pratica in uso al momento in quell'ambiente, mentre negli altri due il personale infermieristico, dopo un training della durata di 20 minuti, ha seguito una raccomandazione medica, utilizzato invece come gruppo sperimentale, che consentiva di rimuovere i cateteri se erano soddisfatte determinate condizioni e, sulla base di un algoritmo, di individuare e gestire eventuali ritenzioni urinarie.

Precedentemente all'intervento, i periodi di permanenza dei cateteri erano simili nel gruppo di controllo e in quello sperimentale. Dopo l'applicazione della raccomandazione medica i giorni di permanenza del catetere sono scesi in modo significativo nel gruppo sperimentale (410 [8.5%] su 4816 giorni; 95% CI, 7.8% – 9.3%) rispetto a quello di controllo (794 [14.8%] su 5364 giorni; 95% CI, 13.9% – 15.8%). Anche la durata media era molto inferiore nel gruppo sperimentale (2.8 vs 3.6 giorni). L'intervento ha avuto delle ripercussioni sulle percentuali di infezioni delle vie urinarie: al baseline ne venivano registrati 11 casi su 6503 pazienti (1.7 per 1000 giorni-paziente) nel gruppo sperimentale, mentre nel gruppo di controllo se ne riscontravano e 10 su 7011 (1.4 per 1000 giorni-paziente). Dopo l'applicazione della direttiva medica le CAUTI per giorno-paziente sono scese a 1 su 4816 (0.2 CAUTI per 1000 giorni-paziente): una quantità significativamente inferiore rispetto a quella del gruppo di controllo che, durante il periodo dello studio (10 settembre- 17 dicembre 2014) si identificava in 8 casi su 5364 pazienti (1.5 CAUTI per 1000 giorni-paziente; $P=.03$). I risultati mettono in luce una certa tendenza, in ambito sanitario, a lasciare il catetere in sede più del necessario, e offrono un esempio su come evitare che ciò accada: viene evidenziata quanto sono rilevanti il coinvolgimento di tutto il personale, la chiarezza nelle comunicazioni tra il personale ospedaliero e l'istruzione impartita al personale infermieristico. Secondo il team che ha condotto lo studio, proprio il coinvolgimento e il

consenso di tutto il personale medico e infermieristico nell'elaborazione e nell'applicazione dell'algoritmo decisionale, ha permesso di raggiungere risultati così validi. Vi sono evidenziati i criteri di esclusione per una rimozione precoce del catetere e una serie di azioni da attuare nel caso in cui il paziente non sia in grado di urinare o abbia disturbi, avverta l'urgenza alla minzione o sia incontinente. Le infezioni urinarie sono un rischio noto legato all'uso dei cateteri vescicali, ma non vanno sottovalutati anche i rischi legati agli effetti negativi sulla mobilità dei pazienti. In un commento alla ricerca, il ricercatore clinico Kenneth E. Covinsky scrive: "L'immobilità comporta maggiore debolezza e disabilità legate alla degenza ospedaliera, per cui i pazienti più anziani lasciano l'ospedale con disabilità nuove e spesso permanenti che compromettono le loro attività di base della vita quotidiana, anche quando le malattie diagnosticate sono state trattate con successo". E conclude: "È meglio evitare di usare cateteri vescicali. Se però devono essere inseriti, Leis et al descrivono un approccio pragmatico e innovativo per rimuovere quelli che non sono più necessari il più velocemente possibile". I pazienti sui quali è stato condotto l'esperimento erano ricoverati in un reparto di medicina generale, con una grande varietà di patologie e condizioni, e quindi simili da un campione di pazienti domiciliari. Ciò da attendibilità se volessimo applicare le osservazioni derivatene sui riceventi dell'assistenza a domicilio. È quindi proprio in questo frangente, così tipico dell'assistenza sanitaria domiciliare, che si manifesta il bisogno di chiarezza ed accessibilità nel comunicare istruzioni tra i lavoratori sanitari, per poi essere riferite in modo altrettanto chiaro alle altre persone che circondano il degente.

4.0 FEEDBACK - DISCUSSIONE SUL PROBLEMA INSORTO TRA INFERMIERE E PAZIENTE

Purtroppo non è raro che nel rapporto tra paziente ed infermiere sorgano problemi di comprensione, di comunicazione o a livello di incongruenze di personalità. Le cause più comuni sembrano essere mancanza di tempo, di conoscenze, di pazienza, il sovraccarico di lavoro, l'insufficiente numero di risorse umane o, motivo non trascurabile, per stress personale. Ed ecco che si ricade in questo insuccesso sul quale spesso non si ha modo di riflettere in modo adeguato o per il tempo necessario per elaborare il problema, presi dal carico lavorativo e dalle responsabilità per le quali il professionista deve comunque proseguire. Provare a capire il punto di vista di un paziente per poi proporre il punto di vista dell'infermiere cercando senza forzature di farlo convenire con il suo a volte non è facile e veloce ma quando ci si avvicina a qualcuno per fornire assistenza c'è un "incontro" di sistemi culturali, che se hanno un certo livello di compatibilità aiutano la relazione, mentre se non lo sono occorrerà cercare altre vie d'incontro.

È necessario, pertanto, una formazione permanente per acquisire delle competenze relazionali e le relative tecniche, così l'infermiere riconoscerà anche se stesso e cercherà di impadronirsi del proprio "essere professionista nella relazione d'aiuto". Inoltre saprà evitare tecniche relazionali che se improprie potrebbe arrecare danno alla persona piuttosto che darle aiuto e beneficio. Occorre quindi attribuire la giusta importanza all'aspetto etico-deontologico, valorizzando cioè quegli aspetti che tendono ad essere nascosti (empatia) o che rischiano di essere non considerati perché, pur essendo determinanti e fondamentali sfumano tacitamente in sorta di oblio, bilanciando sapere scientifico e capacità interpersonali.

4.1. Come accettare feedback negativi

La professionalità impone che una persona reagisca ai giudizi negativi sul suo lavoro accettandoli e cercando di rimediare. Purtroppo non è sempre facile, ma possono essere occasioni preziose per acquisire informazioni su come perfezionare il proprio operato. Nell'articolo *Usa il feedback a tuo vantaggio*, scritto dalla dott.ssa Francesca Lecce nel 2017 per GuidaPsicologi, il feedback negativo è "un'informazione sulle opportunità di

miglioramento”, tanto utile quanto il feedback positivo, sia che arrivi da un collega, da un superiore o da un paziente.

Alcuni comportamenti per reagire a feedbacks non positivi sono:

- Non incolpare colleghi o personale. Da evitare frasi come “*è colpa dell’amministrazione*”, “*ai piani alti non sanno gestire il lavoro*”, o “*il mio collega di prima è davvero un’incompetente*”. Semmai offrire disponibilità e soluzioni.
- Ascoltare attentamente la critica: l’interlocutore sta esprimendo un bisogno, e ascoltando senza farsi prendere dalle emozioni per la critica ricevuta può evidenziare quale. Ciò accade anche nei casi in cui la critica non è esclusivamente per l’infermiere di turno, o percepita come malriposta su di lui.
- Non ignorare o sottovalutare le osservazioni poste: si potrebbero commettere i medesimi errori
- Può essere utile prendersi un po’ di tempo prima di reagire: lasciare l’istinto prendere il sopravvento fa perdere la funzionalità del dialogo, intralcia l’ascolto attivo e rischia di proiettare su chi porge la critica le emozioni di chi la riceve senza prima metabolizzarle.
- Focalizzarsi sul contenuto del messaggio e non su come viene trasmesso: come già sottolineato, molti fattori influiscono su come una persona comunica. Se il paziente è agitato per un’operazione, se il suo parente è preoccupato visibilmente per lui, se la badante sente che l’infermiere non è chiaro nelle spiegazioni, il tono può cambiare e farsi più aggressivo o pressante. Cercare di restare calmi e concentrarsi su cosa esattamente sta chiedendo chi parla con non solo aiuta a capire la richiesta, ma può anche disinnescare pericolose situazioni di rabbia e possibili aggressioni verbali e fisiche.
- Riesaminare la critica, sia con chi la pone che con una persona fidata. Esprimere la propria opinione con il paziente su cosa non lo soddisfa aiuta la vicinanza e l’apertura nella relazione, mentre parlarne con qualcuno magari estraneo ai fatti offre un punto di vista “a freddo” sull’accaduto e una possibile occasione di esame e/o sfogo per chi subisce la critica.
- Non essere eccessivamente autocritici: ciò lede l’autostima e non predispone il mindset positivo per svolgere il proprio lavoro al meglio. Quando si sente di stare commettendo troppi errori, è bene chiedere consiglio a qualcuno che si considera esperto nel lavoro (un superiore, o qualcuno con più esperienza) per ottenere

giudizi esterni non inquinati dalla propria prospettiva. Se l'atteggiamento è cronico e riscontrabile in altre parti della vita, è consigliabile un intervento psicologico.

- Non negare la situazione, ne mentire.
- Manifestare umiltà e sincera voglia di migliorare il proprio lavoro, perché dimostrarsi da subito vogliosi di fare meglio è un risultato della critica immediato che fa piacere vedere se insoddisfatti.
- Non promettere l'impossibile: si può essere tentati di accordare prospettive irrealizzabili per far passare un brutto momento con il paziente, ma chiaramente non deve succedere.
- Cercare di risalire alla fonte: ripercorrere il corso delle proprie azioni per analizzarle e capire cosa è andato storto è un ottimo modo per notarlo e correggere il percorso, soprattutto se fatto assieme a chi critica.



Saper gestire feedbacks negativi può essere utile per evitare situazioni di escalation

Per dare feedback correttivi, invece, Alberto Varriale, esperto della comunicazione e del teamwork nella formazione consiglia di:

- Focalizzarsi sul comportamento e non sulla persona
- Non generalizzare, essere specifici (« La sacca va tenuta al di sotto della vescica, sempre»)
- Evidenziare le conseguenze del comportamento osservato (« Se non si pratica l'igiene perineale adeguatamente, si rischiano infezioni»)
- Utilizzare informazioni legate a ciò che si è personalmente notato (evitare frasi come: «Il collega mi dice che lei non gestisce bene il catetere»)

- Concordare con l'interlocutore su un'azione di miglioramento concreta ("Porterò delle schede informative per la gestione, così voi le seguirete")

4.2 Come prevedere feedback negativi

Ci sono tuttavia comportamenti che l'infermiere può seguire per facilitare la sua relazione. Assolutamente da evitare lo sminuire le difficoltà che la persona in cura può incontrare, il paragonare la situazione del paziente a quella di altri (*non si preoccupi, è facile...conosco un altro signore che era più diligente di lei...se vuole vedere risultati farebbe meglio ad impegnarsi...su, non si lamenti così...*). Essere aperti ai feedback dei pazienti, non interrompere o distrarsi mentre esprimono le loro opinioni sullo svolgimento e la gestione della malattia, saper dare ascolto ad idee diverse o suggerimenti senza bocciarle a priori, cercare di anticipare i loro bisogni tramite sia le conoscenze scientifiche della professione che l'intelligenza emotiva.

4.3 Feedback e rapporto con l'ambiente di lavoro

Sicuramente, altri fattori influiscono sul trattamento dei pazienti. Spesso purtroppo proprio i professionisti sanitari non hanno le risorse necessarie per prendersi cura delle difficoltà personali che possono influire sulla qualità del lavoro da loro svolto. Se le condizioni dell'ambiente di lavoro del personale non sono buone, sarà sicuramente difficile venire incontro alle necessità di un paziente. Lo stress provato in ambito lavorativo può far sì che la pazienza e l'attitudine all'ascolto diminuiscano, ed ecco che appaiono casi di degenti aggrediti verbalmente, denigrati, derisi, zittiti, le cui richieste cadono spesso nel vuoto e la cui assistenza da parte degli infermieri è incompleta o dannosa. Quali soluzioni ci possono essere a questo problema? Migliorare le condizioni del posto di lavoro può non essere semplice da attuare come operazione, ma essere in grado di svolgere le proprie mansioni e compiti senza difficoltà aggiuntive è inderogabile. Il personale sanitario ha il diritto di farsi ascoltare nell'esposizione di qualunque tipo di problema che venga riscontrato: i dirigenti devono essere adeguatamente formati e competenti per poter fronteggiare le difficoltà che i sottoposti espongono loro; il singolo operatore deve poter avere risorse adatte per esternare le sue preoccupazioni, sia lavorative che personali se queste ultime influiscono sul lavoro, come può essere uno spazio d'aiuto psicologico. L'educazione stessa del personale deve essere ottimale, con eventuali corsi d'aggiornamento e verifica delle conoscenze per far sì che essa lo sia.

I ruoli e le responsabilità di ogni figura del personale sanitario devono essere chiari, senza deleghe e mansioni affidate in modo improprio. Il rispetto tra colleghi non è solo doveroso nei confronti dell'altra persona, ma è anche necessario perché ci sia un ambiente adatto a svolgere il proprio lavoro. Doveroso è anche, ovviamente, essere aperti ai pazienti. È fondamentale essere in grado di riconoscere quando l'interlocutore vuole comunicare con noi, lasciare aperti dei canali di comunicazione in modo che i pazienti siano in grado di avvicinarsi all'assistenza come e quando vogliono.

Alcune soluzioni per fronteggiare i problemi dell'assistenza domiciliare sono quindi:

- Comunicazione funzionale con il paziente e con chi lo assiste a domicilio
- Dare supporto emotivo ai colleghi quando possibile (fermarsi a parlare dopo un turno, conversare produttivamente durante la pausa...)



Essere di supporto ai colleghi giova sia al team che all'ambiente lavorativo

- Insegnamento tecnico ottimale del paziente sul catetere e le sue problematiche, assicurandosi che sia stata recepita.
- Adeguata formazione alla didattica del personale infermieristico
- Sistema funzionante di feedback e segnalazioni di falle nel sistema da parte degli infermieri
- Collaborazione di tutte le figure sanitarie nell'ADI
- Attività sanitaria continuativa, omogenea nella cura del paziente
- Modellamento dell'assistenza su misura per il paziente, ovvero venire incontro alle sue esigenze fisiche e psicologiche sempre restando all'interno delle regole, ma adattando

quanto più è possibile la propria pratica all'unicità della persona (es. spiegare la gestione del catetere urinario in dialetto, provvedere cibi che il paziente ama di più pur rispettando la dieta, malleare gli orari quando possibile ecc...)

5.0 CONCLUSIONI

Tutte queste informazioni permettono di avere un quadro più completo su in cosa consiste l'assistenza domiciliare al paziente portatore di catetere vescicale e come essa debba essere gestita. È chiaramente fondamentale la preparazione tecnica dell'infermiere per il posizionamento, ma lo è altrettanto come riesce a trasmetterla a chi si occuperà del paziente a casa: la famiglia non è il corollario del paziente, ma è parte integrante dell'assistenza a domicilio. Essere in grado di empatizzare con chi si deve educare, adattare la comunicazione per renderla più comprensibile, complementare la gestione domestica con l'assistenza periodica infermieristica sono tutte parti di ciò che bisogna attuare per soddisfare ogni esigenza del paziente e devono funzionare coordinatamente tra loro.

Si è studiato perché l'assistenza domiciliare è efficace per il benessere del paziente e quali sono i principali problemi dell'assistenza domiciliare, delle possibili soluzioni e come poterle applicare: un passaggio di comunicazioni fallace tra il personale può essere corretta da un sistema di consegne scritte, un ambiente di lavoro opprimente può essere risolto dialogando e cercando di essere aperti verso colleghi e pazienti.

È stato preso in esame anche come accettare eventuali feedback negativi da parte di chi si assiste e come reagire in modo positivo e produttivo, ovvero considerandola come un invito chiaro su come e in cosa migliorare il proprio operato.

Per contribuire ad un ambiente di lavoro positivo si è evidenziato il bisogno dell'ascolto e della collaborazione tra i colleghi, assieme ad una formazione paritaria tra i membri del personale.

L'assistenza domiciliare coprirà senza dubbio una parte sempre più significativa della futura assistenza sanitaria italiana, e per questo la sua qualità deve aspirare ad essere il più alta possibile. L'infermiere ne sarà parte viva, dunque considerare ogni suo problema e pensare alle possibili soluzioni è suo compito. Un compito complesso e non eseguibile nell'immediato, ma attuabile con i giusti metodi e la passione per il proprio lavoro.

Sitografia

http://www.brooksidepress.org/Products/Nursing_Fundamentals_II/lesson_3_Section_1A.htm

<http://sonda.com.pl/10/urologia>

<https://www.assocarenews.it/infermieri/la-comunicazione-tra-infermiere-e-paziente>

<https://www.assocarenews.it/infermieri/concorsi-infermieri/appunti-concorsi-infermieri/cateteri-vescicali-tipologie>

[b_Verzoli_CatetereDomicilio2_14mag15.pdf](#)

<https://www.emergenzaforlife.it/assistenza-infermieristica-domicilio-roma/>

<https://www.fnopi.it>

<https://www.guidapsicologi.it/articoli/usa-il-feedback-a-tuo-vantaggio>

<https://www.inferweb.net/collaboratori/marchetti.htm>

<http://www.wakemedphysicians.com/body.cfm?id=1100>

[http://www.wakemedphysicians.com/body.cfm?id=1100\[3/19,](http://www.wakemedphysicians.com/body.cfm?id=1100[3/19)

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2470583>

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2470586>

http://www.joslin.org/info/Tips_for_Disposing_of_Sharps.html

<https://www.medelit.com/it/chi-siamo/perche-la-medicina-domiciliare/#:~:text=MEDELIT%20vuole%20diventare%20un%20riferimento,interminabili%20attese%20ed%20inutili%20spostamenti.>

<https://www.medelit.com/it/portfolio-items/guida-gestione-catetere/>

<https://www.med4.care/catetere-vescicale-gestione-dispositivo/>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003981.htm>

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/assistenza-infermieristica-domiciliare-integrata.html>

<https://www.nurse24.it/studenti/cateterismo-vescicale-la-scelta-del-presidio-adatto.html>

<https://www.pampanorama.it/magazine/perche-tipo-ehm-esitiamo-quando-parliamo>

<https://www.operatoresociosanitario.net/teorie-del-nursing>

<https://www.sanitainformazione.it/salute-in-capsule/come-assistere-una-persona-portatrice-di-catetere-vescicale-a-domicilio/>

Pur essendo uno tra i compiti svolti più di frequenti dagli infermieri, la cateterizzazione vescicale è una procedura complessa e delicata che se non svolta in maniera corretta può esporre la salute del paziente a notevoli rischi. Essere portatori di catetere porta notevoli cambiamenti nello stile di vita e nelle attività di ogni giorno, e proprio queste attività possono a loro volta mettere a rischio la funzionalità del dispositivo. Ciò rende imprescindibile lo stabilire un preciso ordine di istruzioni per il posizionamento e la sua manutenzione, nonché l'aver l'educazione professionale e la preparazione pratica da parte di chi lo applica. Spesso però queste condizioni vengono a mancare, e le cause sono molteplici: diverse educazioni delle figure sanitarie, mancanza di corsi d'aggiornamento, problemi nella gestione delle tempistiche lavorative, personale insufficiente e molti altri fattori.

Un caso particolare in cui queste insorgenze hanno più probabilità di presentarsi è quello del paziente cateterizzato a domicilio. La domiciliazione della degenza ha avuto un forte sviluppo negli ultimi anni, e i benefici riscontrati sono contemporaneamente non pochi e certificati. Ma proprio per via di questa locazione lontana dai normali "centri" dell'attività di cura la continuità dell'assistenza infermieristica può essere danneggiata. Quando questo succede, ciò che ne risulta è assistenza carente, inadatta o in alcuni casi, completamente mancante nei confronti di pazienti che ne hanno bisogno in modo assiduo e puntuale.

Particolare menzione merita quindi questa situazione, che molto probabilmente costituirà una parte enorme del futuro della sanità. Tramite la ricerca di articoli pubblicati da infermieri professionisti su siti dedicati all'informazione recentemente emessi la tesi si è proposta di esaminare come questa figura della sanità possa al meglio svolgere il suo lavoro d'assistenza verso il paziente cateterizzato a domicilio, nel rispetto delle prassi e del suo ruolo sancito dalla legge. Gli argomenti trattati riguarderanno le competenze tecniche necessarie ad espletare la procedura in modo corretto, cosa si intende per Assistenza Domiciliare e quali sono i suoi benefici, come costruire una relazione infermiere-paziente ottimale e come educare e comunicare con l'assistito in maniera efficace alla gestione del catetere a domicilio.

1.0 Cosa si intende per cateterizzazione e ruolo dell'infermiere

Con cateterismo vescicale si intende il posizionamento in vescica di un drenaggio sterile, per via transuretrale o sovra-pubica, che permette di canalizzare l'urina all'esterno del corpo nei casi in cui il processo evacuativo fisiologico risulti compromesso. Il posizionamento può essere temporaneo o permanente a seconda del tipo di problematiche e di fattori che rendono difficoltosa o influenzano la minzione.

Come sancito dal profilo professionale DM 739/94, l'infermiere è “ *l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è il responsabile dell'assistenza generale infermieristica*”. La cateterizzazione vescicale rientra tra le manovre invasive che egli può effettuare in autonomia, anche se obbligatoriamente sotto previa prescrizione medica, ed è quindi suo compito sapere essere in grado di svolgere tutta la procedura in modo adeguato e corretto.

Sempre nel DM 739/94 viene appunto individuato il potenziale operativo dell'assistenza infermieristica, ovvero che “*l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa*”. Ciò implica che l'infermiere deve essere in grado di svolgere le operazioni di conoscenza intellettuale della procedura, applicazione tecnica del presidio ed istruzione pratica del paziente al suo uso. Perché ciò avvenga è necessario che l'infermiere abbia una relazione funzionale con il suo assistito, ed è qui che entrano in gioco i ruoli di conoscenze tecniche, didattiche e relazionali.

1.0.1 Cos'è un catetere vescicale?

Con il termine cateterismo vescicale si indica il posizionamento di un tubo flessibile che viene inserito all'interno della vescica con lo scopo di farne fuoriuscire l'urina convogliandola all'esterno. Gli scopi sono diversi ed è una pratica di routine svolta generalmente da un medico o un infermiere.

Il tipo di modello, il materiale e il modo di inserimento differiscono a seconda dello scopo che si deve raggiungere. Il dottor Roberto Tonon, infermiere ed autore presso Med4care, le tipologie di cateterismo possono essere suddivisi in base alla via d'inserzione e al tempo di posizionamento:

- **Cateteri uretrali:** vengono introdotti attraverso l'uretra, il condotto anatomico dove passa l'urina, fino a raggiungere la vescica.
- **Cateteri sovra-pubici:** vengono inseriti chirurgicamente all'interno della vescica tramite un'incisione sopra il pube, chiamata cistostomia.



- Caso particolare è rappresentato dal **catetere maschile esterno**, meglio conosciuto come **urocondom**: non è interno all'uretra ma avvolge completamente il pene. Inoltre, nella maggior parte dei casi questi condom sono auto-adesivi, per aderire meglio alla base del pene. La scelta di utilizzare, su un paziente, un condom al posto di un catetere vescicale spetta all'infermiere, ma non essendo questo considerato un presidio invasivo, quello esterno può essere applicato anche dagli operatori socio sanitari. A domicilio, è compito del medico o all'**infermiere di famiglia** informare e formare l'utente sulla corretta procedura da seguire sulla gestione dello stesso, accertandosi in seguito che la procedura venga da loro svolta in modo corretto.



catetere esterno
o condom urinario

In base al lasso di tempo della permanenza in vescica si possono dividere in:

- A breve termine: il catetere viene rimosso dopo che la vescica si è svuotata
- A lungo termine: il catetere resta in sede per giorni o settimane. È generalmente provvisto di un ancoraggio all'estremità interna dello palloncino, che si gonfia con acqua sterile al momento dell'inserzione per evitare rimozioni accidentali. Questa tipologia di cateterismo può ulteriormente essere suddivisa in 'a breve permanenza', con durata massima di quattordici giorni, e 'a lunga permanenza' per periodi più lunghi.

In base al numero di vie, un catetere vescicale può essere:

1. **a una via**, utilizzato per il cateterismo temporaneo o intermittente;
2. **a due vie**, dotato di una via per il deflusso delle urine e di una che, mediante apposita valvola, permette la distensione di un palloncino ancorante all'interno della vescica;
3. **a tre vie**, dotato di una via per il drenaggio, una per l'ancoraggio e una terza per consentire l'irrigazione vescicale. Consigliato in casi di necessario controllo di problematiche come, ad esempio, la macroematuria.

Classificazione in base alla durata del drenaggio

I materiali utilizzati si adattano allo scopo e alla durata della permanenza. Le caratteristiche comuni sono la resistenza alla torsione e alla flessione, la punta atraumatica, superfici che facilitano l'inserimento. Fattore importante è la biocompatibilità, ovvero il materiale di cui è costituito il presidio ei liquidi organici con cui viene a contatto: nessuna reazione deve insorgere tra il materiale ed essi (per questo è anche definito 'inerte'). Nessun tipo di materiale può essere tollerato in modo assoluto, ma il tempo di permanenza ed il tipo di materia influiscono molto sulla biocompatibilità, subordinandola.

I più utilizzati sono:

- PVC per cateterismo ad intermittenza. Il materiale è fisiologicamente innocuo, il rischio di irritazione della mucosa è basso grazie al minor attrito che esercita. Si presenta anche in formati autolubrificanti.
- PVC rivestito di PVP + NaCl: il PVP come sostanza attrae l'acqua e il sale lega l'acqua al catetere stesso. Sono cateteri con un potere d'attrito che diminuisce notevolmente rispetto ad altre tipologie. Sono adatti anche al cateterismo intermittente.

- PVC rivestito di PVP + urea: autolubrificanti, adatti al cateterismo intermittente.
- Poliuretano rivestito di PVP + urea: adatti al cateterismo intermittente, si presentano in soluzione fisiologica sterile, pronti all'uso. Autolubrificanti.
- Lattice per tempistiche inferiori a 30 giorni. Trattandosi di gomma naturale purificata è la tipologia di materiale più morbida; è indicato per i cateterismi a breve termine poiché è un materiale che può dare allergia e favorisce l'insorgere di incrostazioni a causa della superficie liscia. Può essere ricoperto di teflon per ridurre la reazione uretrale, in caso di cateterismi non superiori alle due settimane;
- Hydrogel: lattice con rivestimento polimerico idrofilo, delicato sulla mucosa uretrale, abbassa sensibilmente il rischio di incrostazioni e colonizzazione batterica;
- Silicone per cateterismi superiori a 30 giorni. Si tratta del materiale più apprezzato per l'alta biocompatibilità con la mucosa uretrale e le inferiori possibilità di innescare reazioni allergiche.

La manutenzione del catetere e il monitoraggio del suo funzionamento variano a seconda dei diversi tipi e rientrano tra i compiti dell'infermiere.

La consistenza

Per quanto riguarda la consistenza, i cateteri vescicali si dividono tra:

- **mollì:** costituiti da gomma, lattice o silicone, sono quelli che garantiscono maggiore confort per il paziente e sono quelli più indicati per l'uso protratto nel tempo;
- **semirigidi:** costituiti da gomma o plastica, vengono utilizzati in casi particolari, quali ad esempio: restringimento dell'uretra o ipertrofia prostatica nell'uomo, casi di ematuria importante o di emorragia vescicale;
- **rigidi:** costituiti da materiale sintetico, si usano in casi molto rari e particolari, generalmente come "dilatatori"

Il calibro dei cateteri vescicali

Il diametro esterno del catetere, chiamato calibro, influisce profondamente sulla sua funzione: più ridotto è il calibro, meno sono le probabilità di creare lesione all'uretra, ma ciò rallenta l'espulsione dell'urina. Il metro di misura è la **scala di Charrière**, secondo la quale 1 Ch equivale a 1/3 mm.

. Indicativamente si scelgono cateteri di calibro:

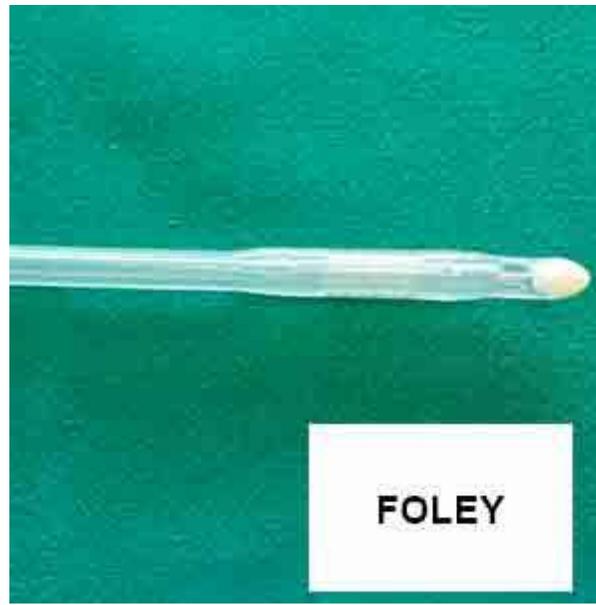
- 12–14 Ch in caso di urine chiare;
- 16–18 Ch urine torbide;
- 20–24 Ch piuria e macroematuria.

Il calibro va scelto accuratamente tenendo conto delle condizioni cliniche e della fisiologia del paziente e non basandosi solo sulle misure della scala. Un calibro errato o non adatto può causare gravissime conseguenze per il paziente.

Le estremità prossimali

In base alle caratteristiche dell'estremità prossimale del catetere vescicale si possono distinguere le seguenti tipologie di presidi:

- **Catetere Foley:** il tipo più frequentemente utilizzato, è molle e confortevole per il paziente, ha l'estremità arrotondata e dotata di un palloncino gonfiabile di ancoraggio (10 – 15 cc) che ne garantisce la stabilità e due fori contrapposti e simmetrici tra loro. È in lattice o silicone, ha una durata massima di 30 giorni (variabile in base al materiale: se è in lattice, è consigliato un uso di massimo 15 gg).



- **Catetere Nelaton:** utilizzato soprattutto nella donna, ha l'estremità prossimale arrotondata e rettilinea, con uno o due fori di drenaggio tra loro contrapposti. È monouso, a singola via, consigliato per il cateterismo ad intermittenza.
- **Catetere Folex:** presenta l'estremità da introdurre in forma detta "a becco di flauto". Può essere a due o tre vie a seconda della necessità e il palloncino di ancoraggio si può gonfiare fino a 100 ml. È fortemente indicato nei casi ematuria imponente (se a tre vie, può essere operato il lavaggio continuo), rimozione di coaguli, drenaggio di urine corpuscolate (muco neovesvicale, IVU)
- **Catetere Mercier:** semirigido, non autostatico, presenta la punta arrotondata dotata di uno o due fori di drenaggio e una curvatura di circa 30°-45° per facilitare l'inserimento del condotto in cateterismi difficili, rimozione di coaguli, dilatazione uretrali e ostacoli cervicali. Particolarmente indicato nell'uomo con uretra membranosa o prostatica;



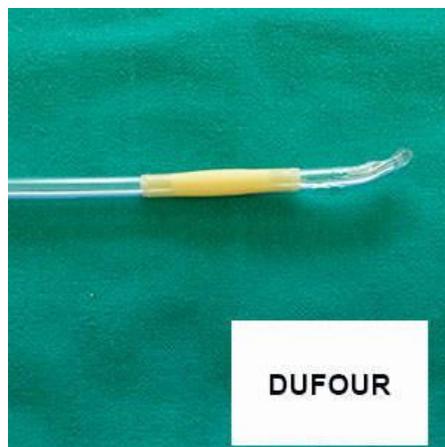
- **Catetere Couvelaire:** si tratta di un presidio non autostatico, semirigido, con estremità a becco di flauto e dotata di due fori laterali, si utilizza per rimuovere coaguli, per esempio in caso di emorragia vescicale, tamponamento della vescica o dopo prostatectomia radicale.



- **Catetere Tiemann:** semirigido, con estremità di forma conica e dall'angolatura di 30°, può essere sia autostatico che non autostatico. L'estremità è arrotondata e indicato nei casi di restringimento dell'uretra, specialmente quella maschile, cateterismi difficili e ostacoli cervicali;



- **Catetere Dufour:** catetere da ematuria rigido o semirigido, dotato di palloncino di ancoraggio (30–90 cc) e a tre vie, ha l'estremità prossimale a becco di flauto, con curvatura di 30° e due fori laterali contrapposti; indicato in caso di tamponamento vescicale e relativa ematuria.



- **Cateteri di Pezzer e Malecot:** di gomma, autostatici. Ormai in disuso, venivano introdotti tramite un mandrino di metallo.



Malecot Catheter

Tra I presidi accessori del catetere troviamo:

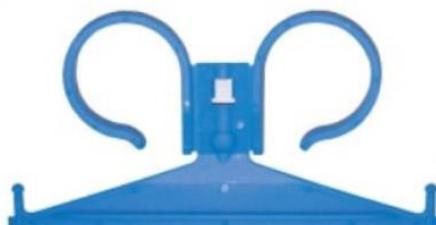
- Esistono due tipi di sacca terminale di raccolta delle urine: la più piccola, portatile, si attacca alla gamba, può essere nascosta sotto gli indumenti e permette al paziente di muoversi liberamente nel corso della giornata e svolgere una vita pressoché normale la più grande, fissa, viene normalmente utilizzata durante la notte o nei pazienti allettati in quanto viene attaccata direttamente al letto. In genere sono provviste di:
 - Capacità fino a 2000 ml
 - Drenaggio antipiega, lungo circa 120 cm
 - Valvola anti reflusso • Camera di gocciolamento, filtro idrofobico
 - Porta senza ago sul catetere di campionamento
 - Valvola di scarico tipo T-Tap
 - Gancio universale, nastro di fissaggio
 - Scalato ogni 50ml

Qualora gli strumenti presenti nella confezione risultino danneggiati o non integri la procedura deve essere sospesa e corretta. È sempre inoltre necessario verificare che il kit sia provvisto di ogni cosa, in caso contrario deve essere aggiunta a parte.



Le sacche per la raccolta delle urine per neonati si applicano adesivamente. Generalmente in polietilene medicale, cerotto con adesivo acrilico, con o senza spugna, individualmente per maschi e femmine (diversa forma del foro), Capacità di 100ml circa

- Reggisacca: sostiene la sacca al supporto vicino al paziente (letto, spondina). Deve sempre essere posta in modo da non causare reflusso di urina.



Ritornando al ruolo dell'infermiere, è doveroso specificare che è il medico a stabilire quale catetere si adatti meglio alle condizioni del paziente. Ma è proprio dalle osservazioni dell'infermiere sul paziente e dall'accuratezza della sua assistenza che il medico può avere informazioni su cui basarsi per la scelta della terapia più congeniale ed è sempre dell'infermiere la responsabilità di far sì che essa venga somministrata e faccia il suo effetto. È importante inoltre agire in base a competenze discrezionali: garantire la sterilità dell'operazione, conoscenza dei presidi, saper valutare i bisogni e i problemi di salute del degente, sa interagire in modo collaborativo con le altre figure del

personale, sa riconoscere tempestivamente i segnali relativi all'insorgenza di complicanze (dolore alle vie urinarie o sovrappubico, ostruzione durante l'inserimento, febbre, disagio, ematuria, piuria...)

1.1 Procedura di posizionamento del catetere

Come già dichiarato, si tratta appunto di un intervento infermieristico altamente invasivo che presenta diversi rischi per la salute e la sicurezza del ricevente, come un elevato rischio di infezione, di lesioni alle vie urinarie e da decubito, e competenze accertate e dimestichezza nella pratica sono dunque necessarie per la sua corretta applicazione.

CATETERISMO VESCICALE A PERMANENZA NELL'UOMO

Linee guida: revisione giugno 2015

ATTUAZIONE

MOTIVAZIONE

o PREPARAZIONE DEL MATERIALE

o Kit per cateterismo vescicale. Se non disponibile, procurarsi guanti sterili della misura più congeniale, teli e garze sterili in quantità adeguata, siringa riempita di acqua sterile per l'ancoraggio, lubrificante a base di lidocaina inerte sterile con applicatore.

o Catetere vescicale del tipo adeguato

o Superficie atta a piano d'appoggio per il campo sterile (per esempio carrello a due piani con cestino dei rifiuti al piano inferiore, per evitare contaminazioni).

o Sacca di drenaggio a circuito chiuso

o Antisettico per mani

o guanti non sterili

o Cerotto ipoallergenico

o Supporto sacca diuresi

o Pacchetto garze sterili

o pomata lubrificante

o Occorrente per eventuale igiene perineale (elencare il materiale)

o Contenitore per rifiuti

ATTIVITA' PRELIMINARI

o Verificare la prescrizione medica e la motivazione per cui è stata prescritta la cateterizzazione, verificando soprattutto la presenza di problematiche insorte con precedenti cateterismi o allergie. Informarsi anche in modo opportuno sulle condizioni cliniche del paziente.

o procurarsi il materiale verificandone l'integrità, la data di scadenza o eventuali altri difetti, smaltendolo se non è utilizzabile. Controlli periodici regolari del materiale riducono il rischio di utilizzare materiale non sterile o danneggiato.

o Identificare in modo attivo la persona, ovvero verificare il nominativo da documenti/bracciale ospedaliero e chiedendo direttamente al paziente, in base alle sue capacità di risposta.

o Presentarsi al paziente

o Chiedere conferma per eventuali allergie al lattice e precedenti cateterismi

Allo scopo di preparare il tipo di catetere adeguato alla situazione

Identificare il paziente assicura che il giusto paziente riceva la giusta assistenza

Presentarsi dimostra responsabilità e affidabilità

o Acquisire il consenso spiegando la procedura, assicurandosi che il paziente abbia compreso cosa essa comporta in base alle sue abilità cognitive

Lo scopo è di alleviare l'ansia e di ottenere la massima collaborazione e garantire al paziente il diritto di sapere cosa implica la procedura a cui verrà sottoposto.

o Assicurare un ambiente confortevole, ben illuminato e con la temperatura idonea e lo spazio sufficiente per effettuare la manovra

Aiuta ad alleviare l'imbarazzo relativo alla procedura e ne favorisce la corretta esecuzione

o Provvedere a garantire la privacy alla persona

Preserva la dignità della persona

o Valutare la capacità della persona di eseguire l'igiene perineale in autonomia o assisterla, se necessario

Dare l'opportunità alla persona di eseguire l'igiene perineale, aiuta a mantenere l'autonomia residua

o Verificare che la persona abbia effettuato l'igiene perineale

Ridurre il potenziale infettivo

ESECUZIONE CATETERISMO VESCICALE

o Effettuare il lavaggio antisettico delle mani

Per prevenire la trasmissione di microrganismi

o Far assumere alla persona la posizione supina, con le gambe leggermente

divaricate, lasciando scoperta solo la parte interessata.

o Posizionare la sacca diuresi

o Preparare il campo sterile su una superficie stabile, con la seguente modalità:

- aprire il pacchetto garze sterili e mantenerle all'interno
- Aprire il kit ed indossare i guanti
- Stendere sul piano il telino, facendo attenzione a non contaminare la parte superiore interna
- Disporre il materiale sul piano in modo ordinato
- Provvedere per il contenitore dei rifiuti

L'attenzione nel preparare tutto il materiale diminuisce la possibilità di contaminarlo

o Disporre il secondo telo finestrato e posizionarlo lasciando scoperti i genitali

Garantisce maggiore asepticità

o Preparare il lubrificante in una garza sterile

Il lubrificante facilita l'inserimento del catetere e riduce il trauma uretrale

o Imbibire le garze di antisettico e portare il tutto , compreso il pacchetto di garze sterili, sul piano sterile predisposto sul letto

L'antisettico previene le infezioni

o Con la mano dominante prendere le garze con soluzione antisettica, e pulire

Utilizzare la pinza protegge la mano da eventuali contaminazioni

il meato urinario, retraendo il prepuzio sul glande, dall'alto verso il basso con movimento circolare, dal meato alla base del pene.

Necessaria particolare cura in caso sia presente fimosi.

Ripetere l'operazione per tre volte, cambiando garza per ognuna di esse e facendo attenzione a non contaminare il campo sterile con rifiuti e materiale contaminato.

o Valutare se il paziente presenta segni di dolore o disagio. Se possibile, lo si può direttamente chiedere.

o Introdurre il gel lubrificante nel meato e mettere il pacchetto di garze sterili tra lo scroto ed il pene

o Togliere i guanti, individuare il catetere, aprirlo e disporlo sul piano sterile ancora provvisto del 2° involucro

o Indossare il 2° paio di guanti sterili ed appoggiare sul piano sterile del letto la siringa che servirà a gonfiare il palloncino

o Aprire il catetere ed impugnarlo in modo adeguato, perchè minimizza la frizione con la mucosa, evitando lesioni da sfregamento e migliorando la penetrazione.

La pulizia del meato aiuta a tenere il sito di inserimento meno soggetto a contaminazioni.

Limita il disagio dell'assistito e favorisce una relazione paziente-infermiere ottimale

Consente di non far uscire il lubrificante, che può così ungere completamente il meato

Per ridurre la potenziale contaminazione

Riduce le manipolazioni successive all'introduzione del catetere

o Lubrificare la punta mediante la garza con lubrificante accertandosi prima che la siringa impiegata sia corretta.

o Avvicinarsi al letto e con la mano non dominante, senza effettuare troppe manipolazioni raccordare la sacca al catetere

Riduce le manipolazioni successive all'introduzione del catetere

o Con la mano non dominante afferrare il pene alla base con inclinazione di circa 90° rispetto alla base.

Per "seguire" la fisiologica morfologia dell'uretra e ridurre i traumi ureterali

o Informare il degente sul fatto che si sta per cominciare l'inserzione, per ottenere massima collaborazione e preparare a possibili sensazioni sgradevoli.

o Inserire delicatamente il catetere in uretra fino ad incontrare resistenza, quindi abbassare il pene parallelo al piano del letto e completare l'inserimento. Il catetere sarà introdotto per la quasi totalità della lunghezza (22 cm circa)

o Gonfiare il palloncino utilizzando la siringa pre-riempita, assicurandosi prima che l'estremità del catetere sia in

Consente il fissaggio del catetere

vescica per evitare di produrre lesioni all'uretra. Le dimensioni e la capacità del palloncino sono indicate sulla confezione e sul catetere stesso.

o Valutare le condizioni del degente, per esempio notando se da segni provare dolore o li vocalizza. Se è vigile, glielo si può chiedere direttamente.

Consente di relazionarsi con il paziente e avere informazioni riguardo possibili complicazioni insorte durante la procedura.

o Controllare l'ancoraggio del catetere, ritraendolo delicatamente, fino a che non si avverte la resistenza del collo vescicale.

La resistenza che si avverte, indica che il palloncino del catetere è stato appropriatamente gonfiato in vescica

O Riposizionare il prepuzio per evitare irritazioni

o Posizionare il catetere e sacca in modo tale da non ostacolare il deflusso delle urine

Garantire il libero drenaggio delle urine

o Assicurare il catetere all'addome con il cerotto , lasciandolo morbido.

Serve a ridurre la frizione uretrale e l'irritazione durante i movimenti

o Togliere i guanti, sostituirli con guanti non sterili.

- o Aiutare il paziente ad assumere una posizione confortevole
- o Informarlo sul comportamento da adottare

o In caso di ritenzione importante (es 500 cc), procedere con svuotamento frazionato (100/200cc/h)

Per evitare emorragia ex-vacuo

o Se la sacca è a circuito chiuso annotare la data di apertura della stessa

Limita la colonizzazione batterica della sacca

ATTIVITA' CONCLUSIVE

o Eseguire il lavaggio sociale delle mani

o Riordinare e ripristinare il materiale

o Registrare data e ora di posizionamento del catetere, tipo di catetere e calibro, eventuale residuo vescicale, caratteristiche delle urine emesse , cc gonfiaggio palloncino

Garantire la registrazione legale e la continuità assistenziale

La data di inserimento è importante per definire la data di sostituzione del catetere a permanenza

o Verificare successivamente le condizioni del paziente ed eventuali reazioni negative, specie se non ci fosse fuoriuscita immediata di urina.

CATETERISMO VESCICALE NELLA DONNA

revisione giugno 2015

ATTUAZIONE

MOTIVAZIONE

o PREPARAZIONE DEL MATERIALE

o Kit per cateterismo vescicale. Se non disponibile, procurarsi guanti sterili della misura più congeniale, teli e garze sterili in quantità adeguata, siringa riempita di acqua sterile per l'ancoraggio, lubrificante a base di lidocaina inerte sterile con applicatore.

o Catetere vescicale del tipo più adeguato

o Superficie atta a piano d'appoggio per il campo sterile (per esempio carrello a due piani con cestino dei rifiuti al piano inferiore, per evitare contaminazioni).

o Sacca di drenaggio a circuito chiuso

o Antisettico per mani

o Cerotto ipoallergenico

o Supporto sacca diuresi

o Occorrente per eventuale igiene perineale

ATTIVITA' PRELIMINARI

o Verificare la prescrizione medica e la motivazione per cui è stata prescritta la cateterizzazione verificando soprattutto la presenza di problematiche insorte con precedenti cateterismi o allergie. Informarsi anche in modo opportuno sulle condizioni cliniche del paziente.

Allo scopo di preparare il tipo di catetere adeguato alla situazione

Identificare il paziente assicura che il giusto paziente riceva la giusta assistenza

Presentarsi dimostra responsabilità e affidabilità

o procurarsi il materiale verificandone l'integrità, la data di scadenza o eventuali altri difetti, smaltendolo se non è utilizzabile. Controlli periodici regolari del materiale riducono il rischio di utilizzare materiale non sterile o danneggiato.

o Identificare in modo attivo la persona, ovvero verificare il nominativo da documenti/bracciale ospedaliero e chiedendo direttamente al paziente, in base alle sue capacità di risposta.

o Presentarsi al paziente

o Chiedere conferma per eventuali allergie al lattice e precedenti cateterismi

o Acquisire il consenso spiegando la procedura assicurandosi che il paziente abbia compreso cosa essa comporta in base alle sue abilità cognitive.

o Assicurare un ambiente confortevole, ben illuminato e con la temperatura idonea e lo spazio sufficiente per effettuare la manovra

o Provvedere a garantire la privacy alla persona

o Valutare la capacità della persona di eseguire l'igiene perineale in autonomia o assisterla, se necessario

o Verificare che la persona abbia

Lo scopo è di alleviare l'ansia e di ottenere la massima collaborazione e garantire al paziente il diritto di sapere cosa implica la procedura a cui verrà sottoposto.

Aiuta ad alleviare l'imbarazzo relativo alla procedura e ne favorisce la corretta esecuzione

Preserva la dignità della persona

Dare l'opportunità alla persona di eseguire l'igiene perineale, aiuta a mantenere l'autonomia residua

Riduce il rischio di contaminazione

effettuato l'igiene perineale

ESECUZIONE CATETERISMO VESCICALE

o Effettuare il lavaggio antisettico delle mani

Ridurre la trasmissione di microrganismi

o Far assumere alla persona la posizione supina, con le gambe flesse e leggermente divaricate, lasciando scoperta solo la parte interessata

Permette la visualizzazione del meato urinario

o Posizionare la sacca diuresi e aprire il kit

o Indossare i guanti sterili

Le prossime manovre devono garantire sterilità

o Preparare il campo sterile su una superficie stabile, con la seguente modalità:

L'attenzione nel preparare tutto il materiale diminuisce la possibilità di contaminarlo

o Stendere sul piano il telino, facendo attenzione a non contaminare la parte superiore interna

o Depositare sul telino, con tecnica sterile il materiale del kit

o provvedere al contenitore per i rifiuti

o Posizionare il 2° telino sterile sotto i glutei della persona

Per creare un campo sterile in prossimità della persona

o Imbibire almeno 5 garze con l'antisettico e posizionarle sul campo sterile vicino alla persona

o Con la mano non dominante, individuare l'esatta localizzazione del meato urinario

Per evitare in seguito eccessive manipolazioni

o Con la mano dominante iniziare a disinfettare la zona perineale con una garza con antisettico con movimento unico dall'alto al basso prima su ognuna delle grandi labbra, quindi su ognuna delle piccole labbra ed infine lasciando una garza sul meato urinario. Per ogni detersione cambiare garza per ognuna di esse e facendo attenzione a non contaminare il campo sterile con rifiuti e materiale contaminato.

La pulizia in senso antero-posteriore evita il passaggio di microrganismi dal retto al meato urinario

o valutare se il paziente presenta segni di dolore o disagio. Se possibile, lo si può direttamente chiedere.

Limita il disagio dell'assistito e favorisce una relazione paziente-infermiere ottimale

o Togliere i guanti

Per evitare contaminazioni

o Individuare il catetere, aprirlo e

disporlo sul piano sterile ancora
provvisto del 2° involucro

o Indossare il 2° piano di guanti sterili. Appoggiare sul piano sterile del letto la siringa che servirà a gonfiare il palloncino

o Versare il lubrificante sulle restanti garze, accertandosi prima che la siringa impiegata sia corretta.

o Aprire il catetere impugnarlo in modo adeguato e lubrificarlo

o Avvicinarsi al letto e con la mano non dominante, senza effettuare troppe manipolazioni, raccordare la sacca al catetere

o Con la mano non dominante togliere la garza dal meato, aprire grandi e piccole labbra per individuare il meato

o Informare il degente sul fatto che si sta per cominciare l'inserzione, per ottenere massima collaborazione e preparare a possibili sensazioni sgradevoli.

o Inserire delicatamente il catetere in uretra per circa 10 cm, con impugnatura a penna, fino alla comparsa delle urine

Se il catetere viene inserito in vagina per errore, lasciarlo in sede come segno e inserire un secondo catetere nel meato urinario

o Gonfiare il palloncino utilizzando la siringa apposita e controllare il posizionamento del catetere con una delicata trazione, assicurandosi prima

La resistenza che si avverte, indica che il palloncino del catetere è stato appropriatamente gonfiato in vescica

che l'estremità del catetere sia in vescica per evitare di produrre lesioni all'uretra. Le dimensioni e la capacità del palloncino sono indicate sulla confezione e sul catetere stesso.

o Valutare le condizioni del degente, per esempio notando se da segni provare dolore o li vocalizza. Se è vigile, glielo si può chiedere direttamente

Consente di relazionarsi con il paziente e avere informazioni riguardo possibili complicazioni insorte durante la procedura.

o Posizionare il catetere in modo da non ostacolare il deflusso delle urine

Garantire il libero drenaggio delle urine

o Assicurare il catetere con il cerotto nella parte interna della coscia, lasciandolo morbido

Serve a ridurre la frizione uretrale e l'irritazione durante i movimenti

Se la sacca è a circuito chiuso scrivere la data di apertura della sacca

o In caso di ritenzione importante (500 cc) procedere con svuotamento frazionato 100/200 cc/h

Evitare emorragia ex-vacuo

o Togliere i guanti, sostituirli con guanti non sterili.

o Aiutare la paziente ad assumere una posizione confortevole ed informarlo

sui comportamenti corretti

ATTIVITA' CONCLUSIVE

o Eseguire il lavaggio sociale delle mani

o Riordinare e ripristinare il materiale

o Registrare data e ora di posizionamento del catetere, tipo di catetere e calibro, eventuale residuo vescicale, caratteristiche delle urine emesse, cc gonfiaggio palloncino

o Verificare successivamente le condizioni della paziente ed eventuali reazioni negative. Qualora non ci fosse fuoriuscita immediata di urina provvedere a controlli successivi

Come descritto dalle linee guida, è fondamentale che, oltre alla congrua preparazione tecnica, l'infermiere sia in grado di relazionarsi con il paziente in modo che la procedura risulti, oltre che efficace, il più accomodante possibile per quest'ultimo. L'informare chi si sta assistendo in maniera chiara, il rispondere alle sue domande in maniera esauriente e il cercare per quanto possibile di adattare l'operazione alle sue esigenze sono tutti aspetti di quell'assistenza *“infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa”*.

Come già dichiarato precedentemente, il cateterismo è una procedura che comporta rischi non indifferenti per la sicurezza del paziente, che rendono necessaria una cura nella sua gestione continuativa e scrupolosa. In ambiente sanitario, grazie alla presenza continua di personale adepto a questa mansione è più semplice ottenerla, ma al di fuori di esso la manutenzione non può essere inferiore, anche se può risultare più

difficile ottenere continuità nel lavoro dei professionisti sanitari. Ciò avviene soprattutto in concomitanza con un fenomeno che è emerso sempre di più negli ultimi anni: l'assistenza sanitaria a domicilio.

1.2 Principali motivazioni per inserire un catetere

È il medico a prescrivere il posizionamento di un catetere, e ciò avviene esclusivamente in casi residuali, cioè quando non vi siano alternative praticabili, e senza che il tempo di permanenza del catetere si protragga inutilmente.

- trattamento delle neoplasie vescicali;
- incontinenza urinaria.
- esecuzione dei test di funzionalità vescicale;
- ostruzione delle vie urinarie e ritenzione urinaria;
- intervento chirurgico che richieda la vescica vuota;
- svuotamento della vescica prima del parto (se la donna non è in grado di urinare da sola);
- disfunzione neurologica permanente della vescica.

Altri scopi del catetere possono essere:

- Screening la funzione urinaria, prevenire o alleviare la distensione vescicale
- Garantire un drenaggio continuo della vescica
- Ottenere un campione sterile di urine
- Misurare l'urina residua
- Garantire un mezzo per l'irrigazione della vescica con liquidi o farmaci

Si fanno distinzioni sugli scopi a seconda che il paziente debba essere cateterizzato a permanenza o ad intermittenza.

Le principali indicazioni al cateterismo a permanenza sono:

- terapia intensiva, per valutare meglio il bilancio idrico
- durante e nell'immediato post – operatorio
- durante il primo periodo di shock spinale
- lesioni anatomiche delle basse vie urinarie (che complicherebbero il cateterismo ad intermittenza)
- ulcere da decubito, per preservare l'igiene della cute lesa
- pazienti con scarsa manualità

- disturbi di ritenzione e/o incontinenza urinaria non altrimenti gestibile o in attesa di programmi riabilitativi
- pazienti terminali

Il cateterismo ad intermittenza viene considerato ottimo nella riabilitazione in caso di lesioni vertebro – midollari, dato che permette di eseguire un drenaggio ottimale delle urine senza compromettere la funzionalità anatomica delle vie urinarie. Risulta applicabile con buoni risultati anche in caso di patologie neurologiche, di ritenzione urinaria nel lungo postoperatorio, nelle stenosi uretrali e nell'incontinenza derivata all'assunzione di farmaci.

2.0 ASSISTENZA A DOMICILIO E FUNZIONALITÀ DELLA RELAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE

Con assistenza domiciliare si intende l'erogazione di pratiche socio-sanitarie all'interno dell'ambiente domestico. Ha le potenzialità di evitare il ricovero in nosocomi o strutture residenziali di cura della persona, o di sostituirsi ad esse qualora questo ricovero non fosse attuabile. I benefici sono notevoli e nei capitoli successivi verranno analizzati.

2.1 Assistenza sanitaria a domicilio: come e perché

L'assistenza domiciliare integrata (ADI), denominata successivamente cure domiciliari, è attualmente un punto fondamentale e in crescita esponenziale nel panorama della sanità italiana. Rappresenta motivo di grande investimento in quanto l'ospedalizzazione ha costi decisamente maggiori rispetto alle cure prestate presso il domicilio del malato stesso. La domiciliazione del paziente, però, non è solo fonte di risparmio, ma è anche un comprovato mezzo per salvaguardare l'autonomia degli individui garantendo la propria permanenza all'interno del nucleo familiare e in un luogo, la propria casa, dove ci si sente naturalmente più a nostro agio durante il processo di cure, con tutti i benefici psichici e fisici che il benessere derivante da questo comporta. Tutti questi vantaggi, propri della cura a domicilio del degente, hanno spinto negli anni le organizzazioni sanitarie ad investire e formare i professionisti nella cura e riabilitazione integrata proprio in questo ambito. Moltissime professioni sanitarie possono, con i dovuti adattamenti, dare il loro contributo anche in questo modo: il medico, l'operatore socio-sanitario, il fisioterapista e, certamente, l'infermiere.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali al proprio domicilio consistenti in un insieme organizzato di trattamenti terapeutici, che per offrire un'assistenza completa si sfaccettano in interventi medici, infermieristici e riabilitativi. Gli scopi sono:

- stabilizzare il quadro clinico
- limitare il declino funzionale
- migliorare la qualità della vita

- agevolare il ripristino dell'autonomia per quanto possibile
- utilizzo delle abilità residue, con conseguente loro conservazione e potenziamento.

Purtroppo, le cure domiciliari vengono spesso sottovalutate soprattutto perché si crede che dietro l'assistenza a casa del paziente ci sia un prospetto di risparmio. In realtà non è così e *“l'Infermiere dell'ADI è diventato negli ultimi tempi un professionista della salute indispensabile, capace di intervenire con scienza e coscienza nelle situazioni più disparate e negli ambiti assistenziali più complessi”*.

In realtà i motivi dell'aumento dei casi in cui i degenti ricevono cure in ambiente domestico sono molteplici. Secondo un articolo del 2021 di Medelit, Servizio Medico a Domicilio dal 2001, descrive le principali motivazioni di questo fenomeno:

“Nell'assistenza sanitaria di oggi il medico vede una media di 20-40 pazienti al giorno. Il livello medio delle prestazioni mediche soffre in un sistema sanitario che nella maggior parte dei casi dà priorità alla quantità piuttosto che alla qualità dei servizi che offre”.

La qualità dell'assistenza sanitaria influisce enormemente sugli esiti delle terapie, eppure proprio la qualità è il primo elemento che risente del poco tempo che ogni paziente ha a disposizione per riceverla.



L'ambiente ospedaliero stesso può essere fonte di isolamento nel paziente, per quanto il personale sia competente nel lavoro.

“L'attenzione e la cura del professionista viene diluita dall'enorme numero di prestazioni che deve eseguire per sottostare a standard imposti da una sanità che sempre più assume un carattere manageriale. Vediamo allungarsi i tempi di attesa ed accorciarsi i tempi delle visite, che sempre più spesso lasciano una sensazione di insoddisfazione al paziente”.

Non da sottovalutare è proprio la sensazione di sentirsi trascurato e non ascoltato del paziente, spesso a ragione, derivata appunto dall'accorciarsi dei tempi che può avere dedicati a lui. Il diritto di essere ascoltati e di avere visite mediche non scandite da un orologio è una delle basi della relazione d'aiuto, eppure tanto spesso viene a mancare. Una traslazione di questo rapporto in un contesto familiare come quello domestico, senza la pressione per l'operatore e il paziente degli altri degenti in coda dopo di lui, contribuisce significativamente al diminuire di questa insoddisfazione.

“Tutto ciò avviene in coincidenza con un'epoca che vede lo stile di vita di molti seguire ritmi serrati, in cui il solo considerare di spostarsi in un'altra zona della città o il doversi assentare dalle proprie attività quotidiane per farsi curare diventa un vero e proprio problema”.

I cambiamenti nello stile di vita, con l'aumentare degli orari lavorativi e l'intensificarsi dei ritmi di vita comportano. Questi problemi diventano a volte apparentemente insormontabili per le persone che hanno anche oggettive difficoltà a muoversi da casa per motivi famigliari, di salute o di dipendenza da altri per il trasporto. Ed ecco che l'assistenza domiciliare deve entrare in gioco.

Generalmente erogate dal Comune di residenza della persona, le cure domiciliari sono parte integrante ed attiva delle prestazioni di assistenza sociale e di supporto al paziente e, da non dimenticare, ai suoi familiari. Il bisogno clinico-assistenziale e riabilitativo, viene accertato tramite idonei strumenti di valutazione multi professionale e multidimensionale che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione di un progetto di Assistenza Individuale (PAI) sociosanitario integrato.

L'assistenza domiciliare rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in grado di garantire un'adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute di ogni complessità delle persone che li necessitano, ai fini della gestione della cronicità delle patologie e della prevenzione delle disabilità in modo più completo possibile.

L'articolo cita brevemente la storia dell'infermieristica, si può collocare la nascita dell'assistenza domiciliare nel XIX° secolo, quando l'inglese Florence Nightingale, pioniera della scienza infermieristica moderna, assisteva gli ammalati non abbastanza abbienti per il ricovero in ospedale al loro domicilio.

Fu il 1966 l'anno in cui il National Health Service determinò delle passi regolari per l'attività svolta dai sanitari al di fuori della struttura ospedaliera. In Italia un sistema simile esordì nel 1970, ma si era ancora ben lontani dal concetto di ADI, con il personale a domicilio impiegato soprattutto per la cura di mansioni domestiche e azioni burocratiche. Per una forma in embrione di un sistema di assistenza esterno a cliniche e nosocomi bisognerà attendere il 23 dicembre 1978, data ufficiale di istituzione del SSN. L'insorgere di problematiche legate a nuove patologie (ad esempio l'epidemia di AIDS) e l'aumento demografico della popolazione senile, tra gli anni '80 e '90 per il paese fu obbligatorio stanziare finanziamenti ed elaborare leggi per lo sviluppo dell'ausilio a domicilio delle persone non autosufficienti, creando così una scrupolosa politica per l'ospedalizzazione a casa.

Il domicilio del paziente diventa così un vero e proprio ambiente clinico con la differenza che si mantiene integro il nucleo familiare, il cui valore è essenziale durante la guarigione o la stabilizzazione della patologia. L'infermiere, coinvolto in un'assistenza non solamente fisica (terapie, medicazioni, ecc.), ma contemporaneamente anche psicologico-emozionale, ha un enorme peso su questo svolgimento.

Gli strumenti utilizzati durante la quotidianità lavorativa non sono così diversi da quelli utilizzati nei reparti ospedalieri. Deflussori e aghi per le terapie infusive o prelievi ematici, medicazioni semplici o complesse per il trattamento delle lesioni (da pressione, vascolari, oncologiche, ecc.), gestione di presidi quali cateteri vescicali, SNG e PEG, PICC e CVC.



Diversi presidi ospedalieri possono essere utilizzati anche in ambiente domestico.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, si può distinguere tra:

- Assistenza Domiciliare Prestazionale: intervento occasionale o a ciclo programmato.
- Assistenza Domiciliare Integrata: valutazione multidimensionale della persona e gestione assistenza da parte di un'équipe multi professionale.



Molteplici servizi sono a disposizione a domicilio

L'Assistenza Domiciliare Integrata, in base alle criticità e ai giorni settimanali di assistenza, si divide in:

- cure Domiciliari di I° livello: si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati, ma non tutti i giorni della settimana
- cure domiciliari di II° livello: pazienti affetti da malattie croniche invalidanti riacutizzate o complicate, post-acute invalidanti. Il caso viene attivato in via congiunta tra medico di Medicina Generale ed infermiere.
- cure domiciliari di III° livello: pazienti impossibilitati all'accesso per non autosufficienza, patologie terminali o neurodegenerative avanzate o progressive, necessità di nutrizione parenterale o supporto ventilatorio invasivo, o stato vegetativo. Il contatto tra medico ed infermiere deve essere continuo, l'assistenza deve essere 7/7, fino a 6 mesi, prolungabile.
- cure palliative: *“l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una*

prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici". (Legge n.38/1 Art. 2-Definizioni)

Nel corso degli anni lo sviluppo dell'idea di ospedalizzazione domiciliare ha portato alla nascita di attività specializzate per malati di rianimazione (Area Critica), considerati stabili o cronici, e per malati oncologici, creando così un'alternativa ai ricoveri in Hospice e in Terapia Intensiva.

Tra le figure sanitarie l'articolo individua:

- l'infermiere di cure domiciliari
- il medico di medicina generale
- il fisioterapista
- il medico specialista

L'infermiere delle cure domiciliari è un professionista responsabile dell'assistenza infermieristica a domicilio del paziente. Per lavorare prevista la compilazione del PAI da parte dell'Unità di Valutazione Territoriale (UVT) e del medico di medicina generale (MMG). Solo dopo l'infermiere può attivarsi per prestare il suo intervento attenendosi alla prescrizione.

Per quanto riguarda l'autonomia, nell'assistenza domiciliare l'infermiere è più indipendente nella gestione del paziente, fermo restando che la programmazione di tutte le terapie farmacologiche spetta, sempre, alla figura del medico.

2.1.2 Principali problemi dell'assistenza domiciliare

Il sistema ADI non è privo di problemi: tra i principali ci sono:

- la lontananza dai centri sanitari può complicare un'assistenza ottimale perché i pazienti potrebbero essere più difficili da monitorare;
- l'ambiente domestico potrebbe rivelarsi poco adatto alla gestione del paziente;
- si possono creare dinamiche di cura della persona non coordinate tra loro, come quando le informazioni sul degente non vengono trasmesse tra infermiere, famiglia ed eventuali badanti;

- gli utenti e le famiglie potrebbero trovare complicato ricevere informazioni su come attivare i servizi di assistenza a domicilio, con informazioni chiare difficili da reperire o processi di richiesta complessi e frantumati.

Compito dell'infermiere è anche cercare soluzioni a questi problemi, assicurandosi che le informazioni corrette fluiscono a tutti gli interessati e garantire supporto più consistente agli utenti più deboli, per esempio segnalando tempestivamente persone a rischio di abbandono (anziani soli, persone senza fissa dimora o situazioni familiari disfunzionali).

2.2 Come relazionarsi con il paziente per ottenere una comunicazione efficace

Per fare in modo che le informazioni vengano recepite in modo chiaro dal paziente, e che il processo educativo sia quindi fruttuoso, è naturalmente che il livello di comunicazione sia efficiente.

Alcune tecniche che facilitano la conversazione e coadiuvano la ricezione del messaggio sono:

- Introdurre chiaramente il messaggio primario (“Sto per dire una cosa importante “)
- Riassumere gli elementi chiave del discorso
- Attribuire un ruolo al proprio interlocutore (“Per la gestione del catetere, lei deve...”)
- Porre domande aperte ed immedesimarsi il più possibile nella sua prospettiva.
- Evitare giudizi ed affermazioni perentorie.
- Se necessario, l'infermiere deve essere sempre disponibile ad adattare e ricalibrare lo stile comunicativo ed il registro linguistico per aiutare il paziente a comprendere meglio (per esempio, una persona anziana può trovarsi più a suo agio con il dialetto, se parla un'altra lingua è importante usare vocaboli conosciuti o trovare un interprete).

L'infermiere deve anche assicurarsi che ci sia stata la comprensione del messaggio. Su questo molti fattori possono influire: lingua, livello d'istruzione, stato emotivo...

Secondo l'opinione della dott.ssa Monica Cardellicchio, Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e professore a contratto presso il Policlinico di Bari della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e della Laurea in Infermieristica, segretaria della commissione dell' albo dell' OPI di Taranto “ *l'assistenza infermieristica consiste nell'assumere come problema sanitario di propria competenza, non tanto la malattia, quanto le sue conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata, considerata secondo una chiave*

di lettura olistica”, come scrive nell’articolo *La comunicazione tra infermiere e paziente*, pubblicato su *AssocareNews* nel 2022. L’attenzione alla relazione con il paziente è quindi propria della cultura infermieristica ed è per questo che l’infermiere, deve saper stabilire delle sane e soddisfacenti relazioni sia con il malato che con chi lo circonda (familiari, altre figure d’assistenza, colleghi ecc.) La presenza di barriere alla comunicazione di frequente riscontro nella pratica infermieristica possono però creare avversità non indifferenti a questo obiettivo. Tra le principali, c’è sicuramente la mancanza di tempo che l’infermiere può avere nel gestire la relazione con il degente: questo a causa della continua richiesta di prestazioni da erogare, ossia dei tempi e dei metodi, che la sottraggono tempo alla costruzione di un rapporto interpersonale efficace.

Da evitare l’ascolto passivo, senza interesse per i punti di vista altrui. Chiedere chiarimenti, intervenire in modo opportuno, cercare di non tralasciare dettagli anche se sembrano insignificanti, informarsi attivamente sulle paure, i dubbi e le speranze del paziente.



L’atteggiamento durante la comunicazione influisce enormemente sulla recezione della stessa.

Un altro grave impedimento alla relazione è frequentemente dovuto alla scarsa adeguatezza del luogo in cui avviene la comunicazione tra malato e operatore, cioè la mancata organizzazione del setting di cura, ovvero il sito dove l’assistenza viene data; solitamente il luogo è poco idoneo alla riservatezza e all’agio che la comunicazione deve avere (per esempio a causa di mancanza di strumenti per garantire privacy nelle stanze, sovraffollamento). Un atteggiamento positivo, una scelta di campo a favore di un

autentico rapporto comunicativo infermiere-paziente può generare un vero e profondo cambiamento nel modo di gestire questa professione.

Sempre nello stesso articolo, la dott.sa Cardellicchio illustra i tre canali della comunicazione:

- quello verbale: si tratta di quel tipo di comunicazione che utilizza il canale della “parola parlata”. La comunicazione verbale implica la partecipazione dei meccanismi fisiologici e cognitivi necessari per la produzione e la ricezione del linguaggio. “Perché il linguaggio sia fruibile devono essere opportunamente funzionanti tutti i meccanismi psicologici, cognitivi e neurofisiologici che rendono possibile il processo di formazione e d’ascolto della parola”: sta all’infermiere essere in grado di riconoscere il tipo di “parola parlata” adatta ad ogni paziente, per esempio utilizzando il lessico più adatto alla persona che ha di fronte.
- non verbale: La comunicazione non verbale non è specifica dell’uomo, anzi, alcune forme di comunicazione presentano grande somiglianza e continuità tra i mammiferi e l’uomo. La comunicazione non verbale nasce dall’incontro faccia a faccia con i propri simili, il quale suscita emozioni diverse: paura, aggressività, indifferenza, ecc. La comunicazione non verbale è perciò strettamente legata alle emozioni e al linguaggio del corpo; attraverso il messaggio non verbale viene segnalato all’interlocutore lo stato emotivo provato, affinché essi possano comportarsi di conseguenza. E’ importante che l’operatore sanitario sappia cogliere la comunicazione non verbale ,perché proprio da essa vengono recepite infatti, informazioni sul reale stato emotivo della persona con cui s’interagisce che potrebbero essere omesse dalla comunicazione verbale. Ciò in particolare quando essa non sa, non può, o non osa esprimere il proprio reale sentire, cosa che accade spesso in concomitanza con gli stati di apprensione e paura in cui l’assistito spesso prova in contesti sanitari. La comunicazione non verbale esprime, infatti, stati emotivi che possono essere sconosciuti al paziente stesso. Inoltre l’operatore sanitario deve essere il più possibile consapevole dei messaggi che egli stesso invia a livello non verbale. Su questi ultimi, infatti, si gioca la relazione con il paziente.
- Paraverbale: la comunicazione para-verbale è il corretto utilizzo della voce e della giusta costruzione di un discorso. Alcuni aspetti risultano focali:

- Timbro: è l'insieme delle caratteristiche individuali della voce: acuta, gutturale, nasale, soffocata.

Il colore della voce, dipende dalla parte o parti del corpo che fanno da cassa armonica, cioè amplificano e migliorano il suono. Il timbro della voce può influire molto su noi stessi e sugli altri.

- Tono: fa trapelare l'intenzione il senso che si dà a ciò che si comunica, come entusiasmo, fretta, disappunto, interesse, noia, coinvolgimento, apatia, apprezzamento, disgusto.
- Ritmo: è la capacità di alternare parole e pause del discorso, che hanno la necessità di essere ben calibrate per far sì che esso sia chiaro e scorrevole allo stesso tempo. Senza pause una comunicazione, soprattutto se lunga come quella educativa su una procedura assistenziale, può non essere assimilabile dal pubblico per la mancanza di tempo data per acquisire le informazioni. Allo stesso tempo, un discorso lento e troppo ricco di pause può ledere l'attenzione dell'interlocutore o addirittura risultare frustrante per lui. Importante anche l'uso di riempitivi (ovvero espressioni come "ehm, tipo, cioè, beh,") che potrebbero rallentare la parlata far sembrare l'educatore incerto sul filo da seguire o non pienamente preparato sull'argomento che sta affrontando. Noam Chomsky, linguista, teorico della comunicazione e scienziato cognitivista, li ha ritenuti veri e propri errori del linguaggio, parti irrilevanti che distraggono dal discorso utile. Eppure sono molto comuni nel parlato naturale e rintracciabili in quasi ogni lingua, compreso il linguaggio dei segni. Mettere in pausa il discorso per pensare meglio è normale per chi parla, ma è bene anche avere una solida preparazione sia sull'argomento che su come spiegarlo nel modo migliore, anche esercitandosi in precedenza ad esporlo, se necessario.
- Volume: riguarda l'intensità del suono emesso, il modo di calibrare la voce in base alla distanza dall'interlocutore, e in base all'importanza dell'argomento trattato.

Nella comunicazione Paraverbale è frequente quindi inviare involontariamente messaggi su come chi parla si sente o su cosa pensa, che se anche sono sottili vengono facilmente carpiati da chi riceve il discorso. Avere consapevolezza di come si sta parlando e come evitare che eventuali situazioni personali influiscano sulla qualità di ciò che si dice è sicuramente importante, ma è evidente che avere il mindset adeguato sia non poco d'aiuto, oltre che essere sicuramente benefico per chi parla.

Considerando la comunicazione come uno dei canali per mezzo del quale il processo di cura viene sia somministrato che supportato, la relazione stessa, risulta indispensabile utilizzare modalità che meglio possono facilitare il dialogo e l'instaurarsi di una relazione terapeutica tra il professionista sanitario e paziente. Nell'ambito specifico del Nursing, le comunicazioni funzionali e non funzionali possono essere classificate in terapeuticamente efficace e terapeuticamente inefficace:

- La comunicazione terapeutica efficace porta all'instaurarsi di un valido rapporto tra infermiere e paziente, con l'obiettivo di facilitare la guarigione o il miglioramento del paziente. Essa è infatti in grado di:

- Garantire una incondizionata considerazione positiva, o un genuino senso di calore, alla persona che si vuole aiutare.
- Occuparsi di essa con sollecitudine, evitando di giudicare i pensieri e i sentimenti.

Una comunicazione terapeutica funzionale continua richiede:

- La capacità di comprendere in maniera empatica il quadro di riferimento interiore della persona, ovvero impegnarsi per capire cosa essa prova realmente e rimanere liberi da pregiudizi.
- La capacità di essere genuini, umani e autentici.

2.2.1 L' educazione terapeutica: definizioni

Con il termine "educazione terapeutica" si intende l'attività dell'infermiere per incentivare abitudini salutari, supportando la cultura della salute tramite interventi educativi, coordinando il suo lavoro con quello di altre figure sanitarie. L'OMS definisce l'educazione terapeutica come: "un processo di aiuto centrato sul paziente con patologia cronica e sulla sua famiglia/caregiver, parte integrante e continua dell'assistenza, con l'obiettivo di creare un paziente/familiare competente fornendo loro conoscenze sulla malattia, sulla cura, sulla prevenzione delle complicanze evitabili, l'acquisizione di abilità per ottenere un'autonomia operativa (self-care) e autonomia decisionale (empowerment), a livello comportamentale aiuta l'acquisizione di capacità di convivere con la malattia attraverso opportune strategie di coping, incoraggia la collaborazione con i servizi e quindi la creazione di un'alleanza

terapeutica. Comprende nelle sue attività organizzate: informazione, formazione e supporto psicologico”.

L'infermiere per eseguire il ruolo attivo di educatore terapeutico fa assimilare e/o perfezionare, per poi mantenere nel tempo competenze di natura intellettuale, comportamentale ed emotiva, facendo sì che chi è assistito abbia un ruolo attivo nella gestione delle sue condizioni di vita.

Perché ciò accada è necessario che l'assistenza terapeutica sia incentrata sulla persona. L'educazione terapeutica è vero e proprio strumento dell'infermiere, che include tutte le attività volte far apprendere abilità utili per l'assistito nella gestione in prima persona della sua salute, da ogni punto di vista che la riguarda: la malattia, il trattamento prescritto, l'assistenza, l'organizzazione delle attività e dei comportamenti atti a contrastare gli effetti della patologia. Grazie all'intervento educativo le persone diventano progressivamente più abili e coinvolte nelle attività di autocura, facendo proprio un maggiore grado di autonomia, obiettivo finale degli interventi terapeutici.

Il coinvolgimento dell'assistito e il conseguente aumento delle sue responsabilità fanno parte dell'educazione terapeutica, ma possono insorgere problemi. Scarsa applicazione del paziente ad apprendere o nel modificare comportamenti scorretti, riluttanza ai cambiamenti o involontaria inabilità nel farlo possono creare ostacoli non trascurabili all'educazione, oltre ad essere possibili fonti di frustrazione per l'infermiere. In alcuni casi si devono accettare tali limiti e si deve cercare di educare il caregiver, quindi in genere la famiglia e le persone a lui significative, per preservare al meglio la salute del paziente.

Lo scopo ultimo dell'educazione è quello di intervenire quando la persona adotta un comportamento che mette a rischio la salute, e, tramite azioni didattiche, correggere il comportamento per raggiungere gli obiettivi di salute e di benessere prefissati. Gli interventi di educazione non devono surrogare il programma convenzionale di terapia, ma devono sempre essere eseguiti in parallelo ad esso. I pazienti necessitano di figure di supporto in tutti i loro bisogni, e in quanto professionista preparato ad assistere il paziente in modo globale, è in questo momento che interviene l'infermiere.

L'OMS prevede competenze educative di due differenti tipologie nella figura dell'infermiere: una competenza di tipo pratico che si attua nell'effettiva educazione integrata all'assistenza e una competenza che risiede nel saper programmare, pianificare, gestire e coordinare le attività educative.

Se l'educazione ha come fondamentali progetti di formazione e di sostegno a chi lavora nella sanità gestiti da più esperti all'interno di istituzioni dedite alla didattica viene definita *formale*. L'educazione definita invece *informale* è meno strutturata, non è legata a tempi o luoghi specifici e un individuo può ottenerla in modo non intenzionale. Si acquisisce, insomma, con l'esperienza pratica.

Due metodi sono particolarmente funzionali per l'educazione terapeutica: i *metodi individuali*, ovvero lezioni, esempi, immagini, analisi di un caso specifico ed esercitazioni pratiche, e i *metodi collettivi*: lavori di gruppo, discussioni guidate, analisi di un caso specifico,

esercitazioni pratiche e simulazioni. Molti fattori incidono su come gli insegnamenti vengono recepiti: le motivazioni, le aspettative, i bisogni soggettivi, le capacità di adattamento e i valori posseduti dalla persona sono tra questi, e devono sempre essere tenuti in considerazione dall'infermiere nel decidere come impartire l'educazione. Nell'educazione terapeutica della persona assistita è fondamentale la capacità di negoziazione, soprattutto in relazione alla definizione degli obiettivi di apprendimento, tenendo in considerazione le difficoltà dei processi di adattamento che la persona dovrà affrontare per fronteggiare la malattia. Dopo un approfondito accertamento infermieristico, vengono definiti i programmi di insegnamento e apprendimento in modo personalizzato e individualizzato. Nella gestione della malattia, la persona e gli operatori diventano dei partner, agendo insieme per raggiungere un obiettivo comune, cioè la guarigione dell'assistito. L'infermiere deve comunque prestare attenzione agli atteggiamenti della persona, perché potrebbero mutare nel tempo e chi educa deve saper agire di conseguenza, modificando gli obiettivi di salute in base alla situazione nuova. La comunicazione è uno strumento importante durante l'educazione, per raggiungere l'obiettivo occorre usare i migliori metodi e canali messi a disposizione dai servizi territoriali. L'infermiere deve saper utilizzare i principi alla base dei processi comunicativi, durante tutta la relazione assistenziale, compresa la parte educativa. L'educazione, con i dovuti adattamenti (le metodologie e gli strumenti devono considerare alle caratteristiche specifiche di chi la riceve) può essere inoltrata a chiunque. Il processo si può schematizzare in quattro fasi:

- **Analisi del bisogno:** la definizione dei bisogni educativi o di apprendimento della persona, per comporre una diagnosi educativa. La diagnosi educativa è caratterizzata da 4 domande che riguardano la persona, a cui vengono associate poi quattro diverse dimensioni:
 - Che cos'ha?: Dimensione biomedica
 - Che cosa sa?: Dimensione cognitiva
 - Che cosa fa?: Dimensione socioprofessionale
 - Chi è? Quale è il suo progetto?: Dimensione psicologica

Tramite la diagnosi educativa l'infermiere può informarsi su diversi aspetti della personalità dell'assistito: bisogni, potenzialità, desideri, senso della realtà e della pianificazione, allo scopo di proporre un programma educativo personalizzato.

- **Progettazione:** i contenuti educativi e gli obiettivi di apprendimento da raggiungere vengono definiti, per responsabilizzare del paziente, creare una motivazione e un clima positivo per l'apprendimento.
- **Attuazione:** si realizza attraverso un incontro informativo con il singolo o la famiglia, una lezione partecipata, un addestramento, un'informazione scritta o colloqui.
- **Valutazione dei risultati:** il raggiungimento degli obiettivi prefissati viene esaminato per decidere come procedere nell'assistenza. La valutazione comprende l'area educativa, biochimica psicosociale e il programma educativo.



L'educazione terapeutica è fondamentale per la capacità di gestire il catetere a domicilio

Gli obiettivi dell'educazione terapeutica sono principalmente quattro:

- 1) la promozione della salute, con la relativa acquisizione da parte della persona di un maggiore e miglior controllo della propria salute;
- 2) la prevenzione destinata a ridurre o prevenire il "rischio" di un evento potenzialmente dannoso;
- 3) il ripristino della salute o delle funzioni perse;
- 4) la promozione dell'adattamento a nuove condizioni di vita.

Nella gestione dell'educazione terapeutica l'infermiere assume un ruolo attivo di facilitatore e di coordinatore di cure e ciò rappresenta un completamento dell'attività svolta dal medico e da

altri operatori sanitari.

2.3 Come comunicare in modo efficace

È necessario esaminare quali sono gli elementi che la comunicazione necessita per ottenere un rapporto caregiver-paziente ottimale:

- **Empatia:** secondo l'American Psychological Association l'empatia consiste nella capacità di mettersi al posto dell'altro, di vedere il mondo come lo vede l'altro, adottando il suo punto di vista invece che il proprio. Possiamo sicuramente affermare che immedesimarsi nell'altro risulta essere nel campo sanitario un elemento necessario e imprescindibile per il raggiungimento di una soddisfacente comunicazione. È necessario che l'atteggiamento empatico sia presente nell'operatore; questo aiuta la relazione. Essere con un'altra persona in questo modo significa lasciare da parte i nostri valori e giudizi per entrare nel mondo dell'altro senza impedimenti.

- **Fiducia:** altro elemento fondamentale nell'ambito medico sanitario. Essa viene definita come un sentimento umano consistente nel presupporre l'applicazione di azioni e comportamenti, propri o altrui, adeguate alla situazione. Se la fiducia sussiste, le relazioni saranno il più possibile aperte, prive di pregiudizi, i conflitti saranno ridotti al minimo e facilmente risolvibili. È palese che la fiducia deve derivare da tutte le persone che partecipano alla relazione: il caregiver ha fiducia nelle capacità di miglioramento del paziente, mentre quest'ultimo ha verso chi lo cura la fiducia che egli è in grado di aiutarlo a guarire.
- **Apertura:** condividere con altri informazioni su se stessi, sembra provocare nell'interlocutore uno stato di benessere, in questo caso, alla relazione si assoceranno risposte positive piuttosto che generatrici di conflitti. Il fatto che l'infermiere sia in grado di esprimere pareri, idee ed esperienze propri fa sì che la coesione del rapporto aumenta, perché si crea un livello di parità tra le parti.
- **Conferma e riconoscimento:** hanno notevole importanza perché riconoscono all'altro lo status di essere umano meritevole di cure e di attenzione, dandogli la possibilità da una parte di esprimersi tramite feedback e dall'altra di acquisire la certezza che si sta facendo un buon lavoro, cosa che genera notevole benessere psicologico.

Citando di nuovo il DM 734/94, nella parte concernente il profilo professionale dell'infermiere, ci si ricorda che l'assistenza infermieristica erogata è di tipo "preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa". Anche nel patto infermiere-cittadino del 1996 viene enunciato che l'infermiere si impegna nei confronti della persona ad ascoltarla con attenzione e disponibilità quando ha bisogno e stare vicino al paziente nei momenti di sofferenza e paura. Nel rapporto col paziente, i modi e i contenuti della comunicazione hanno una delicatezza e un peso maggiore rispetto a quasi tutte le altre interazioni comunicative di tipo professionale. Gli operatori della salute, infatti, forniscono informazioni che trasformano tutti i giorni la vita di migliaia di persone nel mondo: notizie sullo stato di salute, sulle possibilità di guarigione, sulla morte, sulle aspettative di vita, sul decorso di malattie note o poco conosciute, sull'aderenza alla terapia farmacologica.

2.4 Approcci di teorie infermieristiche su relazione e comunicazione

Lidya Hall ed i concetti di cura

Moltissimi sono gli studi e le teorie che sottolineano l'importanza del rapporto funzionale tra infermiere e paziente. Ad Esempio Lidya E. Hall nei primi anni '60 sviluppa un modello della professione infermieristica ove l'aspetto centrale è costituito dalla relazione fra infermiere e paziente, utilizza la tecnica Rogersiana della "riflessione" che consiste nel ripetere, con parole diverse, alcune verbalizzazioni del paziente per invitarlo a "chiarire" ed esplorare meglio i propri sentimenti collegati all'argomento. La Hall rimarca l'importanza di un "nursing professionale", ovvero praticato da persone adeguatamente formate su scienze comportamentali, tecniche di comunicazione e meccanismi psicologici.

La teoria infermieristica della Hall verte principalmente su tre concetti:

- Care, ossia l'assistenza infermieristica volta a rispondere ai bisogni primari della persona: nutrirsi, lavarsi, vestirsi, nel cui svolgimento l'infermiera professionista è completamente indipendente dagli altri operatori sanitari. Durante l'assistenza primaria si crea un rapporto di fiducia e di conoscenza fra l'infermiera e la persona malata;
- Core, ossia anima o fulcro, il lavoro psicologico, cioè, che l'infermiera in sinergia con altri specialisti svolge con la collaborazione attiva del paziente, che viene stimolato alla riflessione e al cambiamento delle proprie convinzioni e dei propri atteggiamenti;
- Cure, ossia l'attività di cura che l'infermiera svolge in collaborazione col medico: somministrare la terapia, fare iniezioni, clisteri, igiene e altre mansioni di questo tipo.

Pur con le difficoltà delle teorie nelle loro applicazioni a pazienti pediatrici o non responsivi, i risultati delle elaborazioni di Hall si videro nella sua fondazione, il Centro Loeb per il nursing dell'ospedale "Montefiore" di New York, dove l'applicare i suoi metodi, in particolare nel campo della riabilitazione, fu talmente giovevole che prove empiriche registrarono che i per i malati la guarigione avveniva in metà del tempo impiegato in altri istituti.

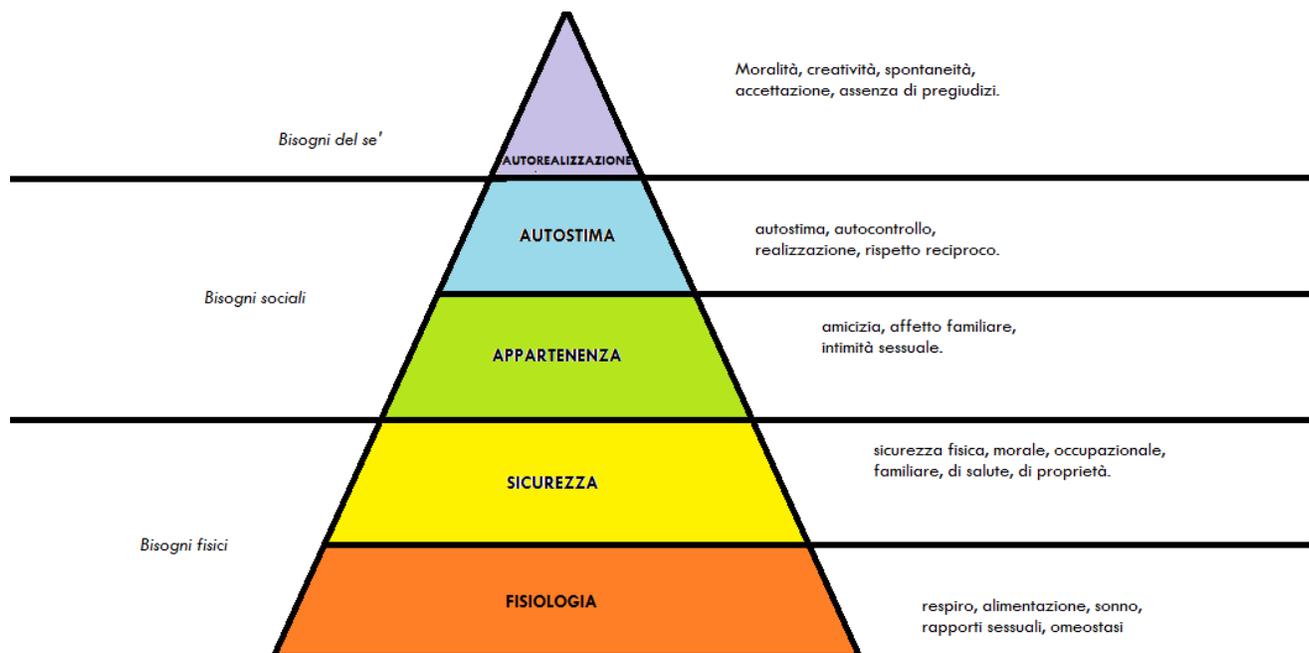
Hildegarde Peplau: modello psicodinamico

Anche Hildegarde E. Peplau elabora un modello di assistenza infermieristica basato su un sistema di teorie da lei formulato. In questo le fasi della relazione infermiera-paziente prevedono:

- l'orientamento, ovvero definire il problema;

- l'identificazione, vale a dire la selezione della appropriata assistenza professionale;
- l'utilizzazione, cioè l'uso dell'assistenza professionale per le alternative atte a risolvere il problema;
- la risoluzione o conclusione del rapporto professionale.

L' influenza della teoria dei bisogni di Maslow, delle teorie della psichiatria interpersonale di H. S. Sullivan, della teoria dello stress di Selye è forte nell'elaborazione teorica della Peplau, in cui molti hanno visto delle analogie con le fasi del processo di nursing.



La piramide dei bisogni di Maslow spiega la sua teoria dei bisogni: un sistema di necessità che devono essere soddisfatte perché la persona raggiunga il benessere totale, ordinate in base alle loro priorità.

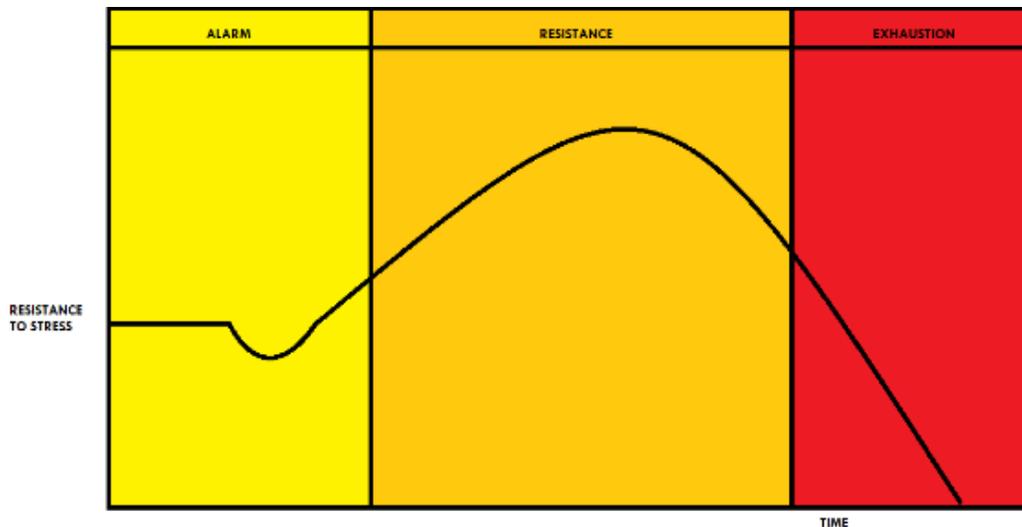


Diagramma della Sindrome Generale di Adattamento di Hans Selye

Alcuni punti deboli delle teorie potrebbero essere inerenti al fatto che la variabile società è presa scarsamente in considerazione dalla Peplau che pone invece l'accento su quello che avviene "all'interno della persona", con grande considerazione del piano psicologico del paziente ma meno indagine sui fattori esterni. Costituisce inoltre un modello difficilmente applicabile nei casi di relazione fra l'infermiera e il paziente non cosciente o totalmente alienato.

Tra il 1971 ed il 1990 amplia e perfeziona le sue idee sul Nursing, per poi diventare professore Associato all'Università Cattolica d'America definendo negli anni '70, i suoi concetti di nursing. La sua teoria dell' *inadeguata cura di sé* è ripartita in:

- Autoassistenza o Cura di sé o Self Care: comprende le attività svolte in modo indipendente da un individuo al fine di promuovere e mantenere il benessere personale durante la propria vita.
 Capacità di Cura di sé: è la capacità dell'individuo di eseguire attività di Cura di sé.
 Requisiti di Cura di sé: sono le azioni o le misure usate per fornire la Cura di sé.
 Vengono definiti anche bisogni di Cura di sé.
 Richiesta terapeutica di Cura di sé: attività di Autoassistenza necessarie per soddisfare i requisiti di Autoassistenza.
- Deficit di autoassistenza: insorge quando le capacità di Autoassistenza non sono in grado di soddisfare i requisiti di Autoassistenza (cioè quando una persona non è più in grado

di gestire la Cura di sé)

Necessità dell'assistenza infermieristica

Sistemi Infermieristici: la serie di azioni che l'infermiere compie per soddisfare i requisiti di autoassistenza di un paziente.

Viene determinata dai requisiti e dalle capacità di autoassistenza della persona.

È composta da tre sistemi: totalmente compensatorio, parzialmente compensatorio, istruttivo/di supporto. Totalmente compensatorio: Il paziente dipende dagli altri per il proprio benessere.

L'Infermiere :

- attua la "cura di sé" terapeutica
- compensa l'incapacità del paziente
- sostiene e protegge il paziente

Parzialmente compensatorio: Il paziente può soddisfare alcuni requisiti di autoassistenza ma necessita dell'infermiere per soddisfarne altri.

L'Infermiere:

- Esegue alcune misure di "cura di sé"
- compensa le limitazioni del paziente
- assiste il paziente

Il Paziente

- esegue alcune misure di "cura di sé" complementari a quelle svolte dall'infermiere.
- regola le sue capacità
- accetta l'assistenza dell'infermiere

Istruttivo/di supporto:

Il paziente può soddisfare i requisiti di autoassistenza, ma necessita di assistenza nella fase decisionale, nel controllo del proprio comportamento o nella acquisizione di conoscenze.

in questo caso l'infermiere regola lo sviluppo e l'esercizio della "cura di sé" del paziente, che esegue la "cura di sé".

Nella teoria si individuano cinque punti fondamentali: agire al posto della persona, guidare, insegnare, sostenere, fornire un ambiente adatto, ovvero terapeutico.

Tre categorie di fattori di autoassistenza:

Fattori universali : correlati allo svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Fattori evolutivi : correlati alle situazioni di cambiamento nel corso della vita che implicano un adattamento della persona

(es. invecchiamento, lutto, nuovo lavoro...)

Fattori legati a problemi di salute : malattie, traumi, ecc...

Fattori universali

Mantenimento di una sufficiente assunzione d'aria, d'acqua e di cibo

Provvedimenti di cura assistenziale all'eliminazione e all'evacuazione

Mantenimento d'equilibrio tra attività e riposo

Mantenimento d'equilibrio tra solitudine e interazione sociale

Prevenzione di rischi per la vita, funzionamento e benessere umano

Promozione del funzionamento e dello sviluppo umano nell'ambito di gruppi sociali secondo il potenziale di ogni individuo

Fattori evolutivi

1. Creare e mantenere le condizioni che favoriscano i processi vitali e promuovano quelli di sviluppo durante:

Gli stadi di vita intrauterina e la nascita

Lo stadio di vita neonatale

L'infanzia

La fanciullezza, l'adolescenza e l'inizio della maturità

Gravidanza in età precoce o matura

2. Fornire cure associate alle conseguenze di limitazioni che possono influenzare negativamente lo sviluppo umano come:

Mancanza d'istruzione

Problemi d'adattamento sociale

Perdita di parenti e amici

Perdita di beni

Improvviso cambiamento di residenza in ambiente non familiare

Fattori legati a problemi di salute

1. Cercare di garantire un'assistenza medica appropriata nel caso di esposizione a specifici agenti fisici o biologici

2. Essere consapevoli e occuparsi degli effetti di condizioni patologiche
3. Eseguire efficacemente le misure prescritte dal medico di tipo diagnostico e terapeutico e riabilitativo volte a prevenire stati patologici
4. Modificazione del concetto di se, accettando se stessi come individui in un particolare stato di salute e bisognosi di cure specifiche (es modificazione dello schema corporeo)

Molto incisivi sono anche gli studi di Dorothea Orem, che nei primi anni '70 elabora i 4 concetti del metaparadigma di Nursing:

Persona:

- destinatario delle cure infermieristiche
- essere bio-psico-sociale e che ha le potenzialità per l'apprendimento e lo sviluppo

Ambiente:

Non lo definisce esattamente ma comprende:

- fattori ambientali
- condizioni ambientali
- ambiente di sviluppo

Salute:

- integrità della funzione e della struttura corporea
- concetto olistico
- promozione e mantenimento della salute, cura della malattia, prevenzione delle complicanze

Assistenza Infermieristica:

È necessaria quando le richieste terapeutiche di “cura di sé” superano le capacità di “cura di sé”.

- Il processo di Nursing per Orem si articola in:

Accertamento: è l'analisi delle capacità del paziente nella “cura di sé”.

- Diagnosi Infermieristica: riguarda l'analisi dei dati per scoprire qualunque deficit del paziente nella “cura di sé”, definendoli.

- Programmazione: consiste nello scegliere il “sistema” adeguato di assistenza, portare il paziente a diventare un agente efficace nella “cura di sé” ed incoraggiare il paziente a partecipare attivamente alle decisioni relative alla sua salute.
- Attuazione : l’infermiere assume il suo ruolo di guida o di assistenza.

Valutazione: viene eseguita sia dal paziente che dall’infermiere, e si verifica se i deficit dell’autocura persistono.

3.0 GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE A DOMICILIO

Nella realtà della deospedalizzazione, la preparazione degli utenti del SSN per tutto ciò che riguarda l’assistenza a domicilio diventa indispensabile. Se in ambiente clinico la gestione dei presidi è gestita ventiquattr’ore su ventiquattro da personale qualificato, così non è in questo contesto. La figura dell’infermiere d’assistenza domiciliare è importantissima in questo contesto.

I bisogni assistenziali legati al catetere vescicale risultano tra quelli che più spesso sono presentati a domicilio, quando il catetere è stato posizionato durante il ricovero e poi mantenuto dopo le dimissioni, oppure direttamente applicato su indicazione clinica già in ambiente domestico .

Come già detto, i cateteri uretrali necessitano di una precisa indicazione clinica da parte del medico per essere utilizzati, mentre è dell’infermiere la responsabilità della sua gestione e del monitoraggio generale della minzione. Il medico di medicina generale (MMG) e l’infermiere di AD devono quindi collaborare strettamente per la gestione del presidio: nessuna informazione o sviluppo deve restare taciuto.



Tutte le figure del panorama sanitario devono cooperare

L'infermiere deve essere consapevole della motivazione per il posizionamento, delle condizioni cliniche generali dell'assistito (con particolare attenzione a casi di comorbidità come altre patologie croniche o ricorrenti, protesi, precedenti interventi chirurgici, farmaci assunti, problemi cognitivi o di tipo psicosociale), caratteristiche del presidio usato, precedenti problemi relativi all'assistenza).



la presenza di più patologie in un paziente, o comorbidità è da tenere in considerazione.

La gestione del paziente cateterizzato a domicilio può essere svolta sia con prestazioni occasionali (per esempio in caso di emergenze o per la prevenzione di problemi acuti, come infezioni, e in questi casi l'intervento sanitario deve essere tempestivo) o con organizzazione periodica regolare (necessaria per evitare permanenze eccessive in sede o il

neglect generale del catetere). Ma l'assistenza domiciliare non è immune da problemi e difficoltà nella gestione, quindi spesso per garantire la continuità assistenziale si deve integrare l'impegno del paziente stesso e di chi avrà attorno a casa, ovvero famiglia o badanti. È ovviamente necessario istruire alla gestione anche queste persone, e questo è di competenza infermieristica. Fondamentale è che l'infermiere sia a conoscenza del contesto domestico (situazione familiare, presenza e tipo sistema di supporto, condizioni della casa, lingua parlata da chi starà vicino al paziente a casa), e sia in grado di istruirli in modo corretto e adeguato. Per questo opportuno descrivere come pianificare una buona assistenza, come comunicare con chi se ne occuperà e mettere bene in chiaro i principali problemi legati al catetere urinario. La maggior parte degli aspetti della gestione su cui l'infermiere si deve soffermare sono di tipo igienico e di prevenzione delle complicanze, per poi soffermarsi estensivamente su come monitorare l'andamento delle condizioni del paziente in modo complessivo.

3.1 Prevenzione di rischi e azioni infermieristiche

Trattandosi, come già detto, di una procedura invasiva, le complicanze che possono insorgere non sono poche e, senza un'attenta manutenzione, possono avere conseguenze molto gravi e portare anche alla morte. Enorme parte della prevenzione di questi frangenti è responsabilità dell'infermiere. Il monitoraggio e la manutenzione del catetere in un paziente a domicilio necessitano una buona pianificazione assistenziale, un'accurata serie di interventi infermieristici atti a migliorare la qualità di vita del paziente. La pianificazione prevede tre attività dell'infermiere:

- Fissare le priorità: In base alla valutazione di quelle condizioni di salute che determinano un rischio per la vita della persona, problemi che possono essere affrontati e risolti in un momento successivo senza che questo comprometta la salute dell'assistito, indicazioni di priorità percepite ed espresse dalla persona
- Stabilire gli obiettivi: l'obiettivo *“E’ il risultato auspicato nel piano di assistenza infermieristica, cioè ciò che si spera di ottenere con la partecipazione della persona e che mira a prevenire, risolvere totalmente o parzialmente un problema diagnosticato dall’infermiere.”* (Atkinson–Murray, 1994). Deve quindi essere:
 - ✓ preciso, ovvero deve descrivere in dettaglio i risultati e/o i comportamenti che la persona deve saper mostrare/manifestare

- ✓ concreto: l'infermiere deve vedere, definire e quantificare il risultato raggiunto
 - ✓ realistico: considera il livello di capacità della persona e le risorse disponibili
 - ✓ congruente e di supporto ad altri trattamenti
 - ✓ condiviso e accettato dalla persona e dalla famiglia
- Identificare gli interventi : L'intervento infermieristico è: *“un qualsiasi trattamento basato sul giudizio clinico e sulle conoscenze cliniche che un infermiere mette in atto per migliorare i risultati prodotti dal paziente”* (McCloskey e Bulech, 2000). Si tratta di attività pianificate, attuate e successivamente valutate per i loro risultati dall'infermiere per aiutare la persona a raggiungere l'obiettivo previsto.

3.2 Rischi più frequenti

Il paziente e chi lo segue a casa li devono conoscere bene e sapere come agire. Basandosi su un articolo pubblicato nell'Agosto 2022 su SanitàInformazione dal dott. Enrico Pinton, infermiere, le più frequenti complicazioni patologiche e fisiologiche sono:

- Infezioni delle vie urinarie: sono le complicanze più comuni. Più a lungo viene lasciato in sede il catetere vescicale e maggiore sarà il rischio di infezione. I sintomi sono la comparsa di febbre, dolore alla vescica e al pube, cambiamento nelle caratteristiche delle urine che cambiano di colore e possono divenire maleodoranti. Se compaiono questi sintomi contattare il medico o l'infermiere dell'assistenza domiciliare.
- Occlusione: si verifica quando il catetere vescicale si tappa e non permette la fuoriuscita delle urine. La causa dell'occlusione può essere la presenza di sedimenti o coaguli di sangue. In questo caso contattare l'infermiere dell'assistenza domiciliare.
- Perdita di urina: una parte dell'urina fuoriesce dall'esterno del tubicino e non viene raccolto dalla sacca. È necessario contattare l'infermiere dell'assistenza domiciliare.

Per evitarne l'insorgenza, sempre nell'articolo vengono descritti una serie di comportamenti da seguire per quanto più possibile:

- Igiene: Si consiglia una doccia al giorno, o se non possibile l'esecuzione di un bagno a letto, con sapone neutro prestando attenzione di lavare anche i genitali e il punto d'ingresso del catetere. Gli uomini dovranno tirare indietro la pelle del prepuzio del pene per lavarsi bene. Le donne devono prestare particolare attenzione all'igiene intima dopo la defecazione, a causa della vicinanza tra ano e uretra. Come per l'inserimento del

catetere, i movimenti di pulitura devono essere svolti dalla zona urogenitale a quella anale, per non trasportare microrganismi patogeni nelle aree che presentano un rischio di sviluppare infezioni decisamente più alto.

- Idratazione e dieta: se il paziente non è in restrizione di liquidi (se ci sono dubbi o altre insorgenze, chiedere al medico) è consigliabile bere almeno 8 bicchieri o 2 litri di liquidi al giorno (preferibilmente acqua). È importante evitare la stitichezza. Consigliati cibi ricchi di fibre, frutta, verdura, pane integrale e cereali.
- lavaggio delle mani: ogni qual volta si abbia la necessità di toccare il catetere vescicale o il sistema di raccolta va eseguita la detersione delle mani. È preferibile il lavaggio sociale con acqua e sapone, oppure l'utilizzo del gel idroalcolico prima e dopo la manovra.
- Gestione delle sacche di drenaggio: la sacca di drenaggio dell'urina deve essere sempre più bassa rispetto alla vescica per evitare che l'urina refluisca (aumentando il rischio di infezione). Le sacche vanno svuotate quando piene. La sacca ha un rubinetto di drenaggio che permette la fuoriuscita delle urine.
- Fissaggio del catetere: Fissare il catetere in maniera appropriata per ridurre la mobilità e prevenire la trazione uretrale, in modo da evitare lesioni e/o rimozioni accidentali del tubo.
- Se l'urina non viene scaricata: controllare che il catetere vescicale e i tubicini di raccordo non siano piegati o attorcigliati, e controllare manualmente se è presente globo vescicale (che è dovuto alla ritenzione di urina in vescica) in ipogastrio esercitando una leggera pressione. Procedere con un lavaggio del catetere e, se il problema non si risolve, informate il medico.
- Per cambiamenti nel colore, consistenza ed odore delle urine: contattare il medico o l'infermiere dell'assistenza domiciliare
- Cambio del catetere vescicale: L'infermiere dell'assistenza domiciliare programmerà la sostituzione a domicilio quando necessario in base alle linee guida riguardanti la tipologia di catetere, problemi riscontrati con quello in uso o rimozioni accidentali.

In un altro articolo, pubblicato su Medelit, un Poliambulatorio Polispecialistico di assistenza medica domiciliare ed online operativo in tutta Italia dal 2010, *Come gestire il catetere a casa: una guida per pazienti e parenti*, pubblicato nel 2021, reitera questi concetti:

- Non rimuovere mai il catetere per conto proprio. Se il catetere presenta problemi o se si ritiene che sia ora di rimuoverlo è da chiamare prima un medico. La rimozione non può neanche essere attuata da un infermiere se lo stesso non ha ricevuto una precisa indicazione medica. Se necessario, è opportuno ricordare a chi assiste il paziente oltre al personale sanitario che se il catetere è stato posizionato, c'è un valido motivo medico per averlo fatto, e che occorre una visita medica per constatare la remissione dell'indicazione per poter rimuovere in sicurezza il catetere. Una volta che il medico avrà valutato che il catetere può essere rimosso senza rischi, la rimozione va comunque eseguita da un professionista sanitario (medico o infermiere) così da evitare danni all'uretra ed alla vescica.
- Non trazionare troppo il catetere per evitare danni alla vescica ed all'uretra. Spiegare ai caregiver domiciliari come assicurarsi che sia ben ancorato senza causare traumi.
- Posizionare il tubo così che non formi pieghe o curve anomale.
- Non ostruire il catetere in alcun modo. Fare attenzione a non camminarci sopra, a non pinzarlo in alcun modo e a non appoggiarci sopra oggetti pesati. Il sistema va mantenuto il più possibile aperto così che l'urina possa fluire liberamente.
- Mantenere pulite cute e catetere. Pulire la cute attorno all'inserzione, con acqua e sapone, almeno due volte al giorno e dopo ogni scarica di feci.
- Svuotare la sacca ogni 4-8 ore o più frequentemente se necessario. Se la sacca si riempie troppo, l'urina può refluire in vescica.
- Mantenere la sacca di raccolta sempre ad un livello inferiore rispetto al resto del corpo. Questo fa sì che si riduca il rischio di reflusso dell'urina dalla sacca alla vescica. L'urina nella sacca può non essere più sterile, e la sua entrata in vescica può portare ad infezioni.
- Bere abbondantemente. A meno di diversa indicazione da parte del medico, è consigliabile bere almeno 8 bicchieri di acqua al giorno. I liquidi aiutano a "lavare" la vescica e contribuiscono a ridurre il rischio di accumularsi di depositi che possono ostruire il catetere. Bere acqua ed evitare bevande contenenti caffeina in quanto la caffeina contribuisce alla disidratazione.
- Mantenere una regolare funzione intestinale. La stipsi si associa ad un maggiore rischio di infezioni delle vie urinarie e porta inoltre ad attuare sforzi nello scaricarsi che possono provocare qualche perdita dal catetere.

- Utilizzare biancheria intima in cotone, che permette alla cute dell'area genitale di traspirare.
- E' meglio evitare i rapporti sessuali in presenza del catetere vescicale, a causa del rischio di lesioni e infezioni.
- Evitare cibi e bevande che possono disturbare la vescica come caffeina, cibi acidi e piccanti, alcolici, bevande gassate e cioccolato.
- Non fare il bagno in presenza del catetere. E' consigliabile lavarsi con la doccia ove possibile perché il risciacquo continuo riduce il rischio di infezione.
- Tenere sempre due cateteri di scorta a casa, così da averli pronti nel caso aveste la necessità di farlo cambiare dall'infermiere in urgenza.

Tutte queste indicazioni sono necessarie per la gestione corretta del catetere, e spetta all'infermiere presentarle a paziente e famiglia, verificare che siano state assimilate ed attuate, e correggere tempestivamente eventuali errori. Può essere utile fornire schede esplicative, decaloghi e opuscoli informativi, redatti dal personale, in modo che a domicilio ci sia sempre una fonte a cui attingere informazioni in tempo reale anche in assenza degli operatori sanitari. Questi dovrebbero contenere informazioni concise e semplici soprattutto sui contatti a cui fare riferimento, come mobilizzare la persona con il catetere, come e quando svuotare la sacca delle urine con il rubinetto, dove posizionarla, cosa notare mentre si esamina l'assistito (irritazioni e/o caratteristiche inusuali delle urine), informare sui possibili problemi e come si presentano. Se possibile, si può utilizzare anche materiale audiovisivo. È comunque da ricordare che ciò non deve assolutamente sostituire l'educazione diretta da parte dell'infermiere.

Il Catetere Vescicale

Che cos'è e come funziona

Il catetere è un dispositivo medico che permette la fuoriuscita dell'urina dalla vescica in modo sterile continuo.

Le motivazioni all'uso del C.V. possono essere molteplici (incapacità di urinare spontaneamente, controllo della diuresi, presenza di lesioni da pressione oltre il 3° stadio di patologia della prostata o della vescica) ed è sempre una decisione presa dal medico.

Il C.V. viene fissato in vescica tramite un palloncino situato pochi centimetri dalla punta del catetere stesso e gonfiato con soluzione bidistillata sterile o soluzione fisiologica sterile.

All'estremo opposto è connesso un sistema di raccolta delle urine chiamato a "circuito chiuso"

Il catetere solitamente usato è il catetere di Foley, che può essere in lattice o in silicone e che viene prodotto in diverse misure ed è collegato ad un sacchetto a circuito chiuso.



4

Aggiornato al 14 settembre

Dimissione a domicilio con Catetere Vescicale

La persona dimessa dall'ospedale con il catetere vescicale viene sempre segnalata con apposita scheda agli infermieri del territorio (distretto sanitario, punto infermieristico di riferimento).

In questa scheda viene registrato il tipo di catetere vescicale, il suo calibro e la data di posizionamento o di sostituzione dello stesso.

Gli infermieri del distretto con queste informazioni sapranno quando intervenire per la sostituzione.

Cosa deve sapere la persona o i familiari in attesa dell'accesso del personale del distretto?

- 1) Il catetere e il sacchetto a circuito hanno la stessa permanenza in sede (durano circa 25/30 giorni)
- 2) Il Catetere e il sacchetto non vanno mai staccati tra di loro. Infatti il sacchetto ha una valvola anti-reflusso che impedisce il ritorno dell'urina in vescica e permette la mobilitazione del paziente prevenendo le infezioni da reflusso di urina dal sacchetto in vescica.
- 3) Il sacchetto va svuotato usando la valvola/rubinetto che si trova nella parte inferiore dello stesso ad intervalli regolari o quando c'è la necessità di spostare la persona, svuotare periodicamente permette di evitare il cattivo odore. Si può svuotare in un contenitore che poi va lavato e disinfettato.

Aggiornato al 14 settembre 2022

5

rubinetto/valvola
per svuotare il sacchetto



- 4) Il catetere vescicale, per evitare strappi può essere fissato alla coscia della persona con un cerotto antiallergico facendo attenzione che non sia in trazione, in torsione o piegamento rispetto al punto di ingresso.
- 5) E' importante lavarsi le mani e/o indossare guanti monouso prima di effettuare manovre in sede di catetere vescicale.
- 6) E' importante la pulizia dell'area perineale e degli organi genitali per prevenire la proliferazione batterica. Si può scoprire il glande senza timore di rimuovere il catetere vescicale.
Nella donna effettuare la pulizia a senso unico dall'alto verso il basso. Importante è non tirare il catetere.
- 7) Se la persona scarica feci è necessario effettuare la pulizia al più presto facendo attenzione di rimuovere le feci in maniera corretta come descritto sopra.
La persona portatrice di catetere vescicale può indossare il "pannolone" senza problemi, attenzione nel controllare eventuali scariche di feci, che vanno rimosse al più presto.

6

Aggiornato al 14 settembre 2022

Utilizzo dei tappi

I tappi per chiudere il catetere dovrebbero essere utilizzati solo in casi attentamente selezionati in quanto questa manovra può portare facilmente ad infezioni urinarie.

Nel caso particolare in cui la persona assistita li utilizzi è bene che si rispetti le seguenti norme:

- lavarsi accuratamente le mani;
- Manipolare il tappo nuovo cercando di non contaminare le parti connesse tra loro: tappo e parte del catetere vescicale dove va inserito lo stesso.
- eliminare il tappo rimosso.

Idratazione

In assenza di controindicazioni, anche la persona portatrice di catetere vescicale dovrebbe mantenere un adeguato apporto di liquidi. Una buona idratazione (**1-2 litri al giorno**), infatti, ha effetti benefici sulla salute: riduce il rischio di stitichezza, assicura un flusso continuo di urina, impedendo così che le urine diventino concentrate.



Aggiornato al 14 settembre 2022

7

PROBLEMI CHE POSSONO PRESENTARSI

Infezioni

Il catetere vescicale rappresenta una via di ingresso in vescica dei microrganismi. Per questo motivo le infezioni delle vie urinarie sono uno dei principali problemi nei soggetti cateterizzati e, se non riconosciute e trattate, possono determinare in alcuni casi complicanze severe.

I **segni** e i **sintomi** che possono essere **indice di infezione delle vie urinarie nelle persone cateterizzate sono generalmente:**

- comparsa o peggioramento della febbre,
- malessere,
- dolore sovra pubico o al fianco,
- urine torbide (presenza di sedimenti) e/o maleodoranti,
- incapacità di tollerare il catetere,
- stato mentale alterato,
- comparsa di sangue nelle urine (ematuria).

E' bene comunicare **tempestivamente al proprio medico curante** la presenza di uno o più sintomi descritti sopra.

Perdite di urina

La perdita di urina può essere dovuta a varie cause; chiedere l'intervento del **personale infermieristico del distretto** per la valutazione del caso.

Rimozione accidentale del catetere vescicale

In caso di rimozione accidentale del catetere vescicale, **contattare il distretto** e riferire le modalità dell'accaduto. Può esserci la presenza di sangue dovuta al trauma che non deve spaventare

Ostruzione del catetere vescicale

Il catetere vescicale potrebbe, in alcuni casi, essere soggetto a ostruzioni che impediscono il regolare svuotamento della vescica e la fuoriuscita di urina dal punto di inserzione del C.V.

Contattare prontamente l'infermiere domiciliare.

8

Aggiornato al 14 settembre 2022

Aggiornato al 14 settembre 2022

9

Esempio di opuscolo informativo presentato dall' UOC Medicina Generale di Azienda Ospedale Università Padova, a cura del Prof. Paolo Simioni.

L'articolo dedica anche un capitolo all'igiene del presidio, *Procedure di igiene per il catetere vescicale*, dove riporta che l'occorrente è:

- ciotola con acqua tiepida e sapone
- Panno umido per pulire
- Asciugamano asciutto pulito
- Traversa impermeabile se il paziente è allettato

La procedura descritta è:

- Lavarsi le mani con acqua tiepida e sapone
- tenere delicatamente il catetere vicino all'inserzione con una mano mentre si eseguono le manovre di pulizia, così da evitare trazioni su uretra e vescica
- Lavare con acqua tiepida e sapone tutta la zona genitale attorno al catetere. Il lavaggio va eseguito con movimenti circolari, iniziando dalla zona più vicina all'inserzione ed

allontanandosi gradualmente.

- Lasciare per ultima la zona attorno all'ano.
- Mettere da parte il panno utilizzato per il lavaggio e non utilizzarlo più finché non è stato adeguatamente lavato in lavatrice, possibilmente ad alte temperature, o usare materiale usa e getta.
- Asciugare con un asciugamano pulito, seguendo la stessa direzione della pulizia (iniziando da vicino all'inserzione, ad allontanarsi e lasciando la zona perianale per ultima).
- Per svuotare la sacca utilizzate un contenitore pulito in cui svuotare la sacca e lavatelo ogni qualvolta lo utilizzate così da averlo subito pronto e a disposizione già pulito.

L'articolo consiglia inoltre di tenere annotate con scrupolosità tutte le azioni svolte sul paziente, in particolare modo se a seguirlo sono più caregivers, annotando il nome della persona che le fa. In questo modo si fornisce anche alla famiglia e a chi assiste il paziente oltre il personale uno schema di informazioni chiare e fruibili non dissimile dalle consegne infermieristiche in un normale ospedale.

3.3 Gestione delle complicanze

Sul comportamento dell'infermiere, l'articolo consiglia che nel caso delle seguenti complicazioni si contatti il medico o l'infermiere:

- perdita dal catetere
- urina torbida o maleodorante
- sangue nelle urine
- febbre superiore ai 38°C
- dolore lobo-sacrale
- perdita anomala dal catetere
- gonfiore nella zona di accesso, soprattutto negli uomini
- stato confusionale o comparsa di segni di disorientamento
- mancato riempimento della sacca delle urine

Lo stesso articolo sottolinea che *“qualche occasionale perdita dal catetere non è da considerarsi preoccupante. Tuttavia, se il problema persiste o si presenta troppo frequentemente o con una perdita rilevante, è consigliabile richiedere l'assistenza di un infermiere o medico”*. È importante che il paziente ed i familiari vengano educati a

riconoscere l'insorgenza di potenziali problemi e li identifichino nella loro specificità e contemporaneamente sappiano quando è necessario rivolgersi ad un professionista sanitario.

Nel caso in cui nella sacca non venga raccolta urina, sono attuabili diverse operazioni. Prima di allarmarsi si consiglia di cambiare la posizione del corpo, controllare che non ci siano ostruzioni o curve anomale nel tubo, controllare che la sacca di raccolta sia più in basso rispetto alla vescica. Se nessuna delle manovre sopra funziona, occorre chiamare subito un medico. È importante non chiudere, non irrigare, non spostare o rimuovere il catetere, a meno che non si abbia ricevuto istruzioni dal medico.

Da parte degli infermieri, è fondamentale fare attenzione anche per possibile comparsa di problemi legati all'immagine corporea alterata: un'alterazione così radicale di una funzione fisiologica come la minzione rappresenta un grande cambiamento nella vita di molti pazienti. Assicurarli di essere sempre aperti all'ascolto di questo tipo di problemi e di non sottovalutarli assolutamente. Se si ritiene utile e se il paziente è d'accordo, parlarne con il medico responsabile per attivazione di un sistema di supporto psicologico, che spesso è previsto nei programmi di assistenza domiciliare.



L'assistenza psicologica può essere fondamentale per il paziente, e se è possibile deve essere somministrata a domicilio.

È anzi opportuno che l'assistenza di questo tipo inizi prima della dimissione, informandosi sullo stato psichico del paziente e dei caregivers domestici che affrontano il cateterismo a domicilio e come si sentono riguardo il rientro a casa (“Ha qualche dubbio su come gestire il catetere? Si sente sicuro? Sente emozioni forti al pensiero di tornare a casa?”) per poi continuare nel tempo a casa (“Ha provato emozioni forti il primo giorno di ritorno

a casa? Come vanno le cose in famiglia?''). Chiedere come va, da parte dell'infermiere, rappresenta un grande atto di cura.

3.4 RIMOZIONE E POST RIMOZIONE

3.4.0 Rimuovere un Catetere Urinario

Sarebbe opportuno che le manipolazioni al catetere venissero in genere svolte da personale infermieristico, dato che c'è sempre il rischio di complicazioni, ma ciò non è possibile, in particolare in casi di autocateterismo ad intermittenza. La rimozione del catetere non la richiede sterilità e la manualità dell'inserzione, ma sicuramente il paziente deve essere addestrato sia alla manovra pratica che al monitoraggio della minzione successivo.

La procedura di articola in:

- **Lavare le mani con acqua calda e sapone.** Accertarsi di insaponare mani e avambracci strofinando per almeno 20 secondi. Alla fine risciacqua bene la pelle, facendo scorrere l'acqua giù dalle dita. [1] Sarà necessario ripetere questa operazione dopo aver completato l'estrazione. Asciugare accuratamente le mani con un panno di carta che verrà eliminato. Approfittarne per preparare già un contenitore rifiuti adatto allo smaltimento del catetere.
- Prendere nota delle caratteristiche (colore, odore, quantità, presenza di frustoli, pus o sangue, poi svuotare la sacca del catetere che contiene l'urina per facilitare la procedura, gettando l'urina nel WC. Quando la sacca è vuota, chiudere il morsetto o avvitare il tappo che la tiene chiusa. In questo modo si evita lo stillicidio di residui, per preservare l'igiene.
- **Assumere una posizione comoda per rimuovere il catetere.** Sia per l'autogestione che in caso di assistenza, chi rimuove il catetere deve lavorare comodamente. Usare la mano dominante, posizionare il materiale su una superficie stabile e senza ostacoli, letto ad altezza adatta aiutano a conservare la pulizia. Si denuda il paziente dalla vita in giù. La posizione migliore per questa operazione è quella supina con le gambe aperte, le ginocchia piegate e i piedi ben appoggiati a terra per autorimozione, o anche assumere la posizione sdraiata, con ginocchia aperte mantenendo le piante dei piedi a contatto fra loro. Sdraiandosi sulla schiena anche la vescica e l'uretra si rilassano, facilitando l'estrazione del catetere.

- **Indossare un paio di guanti e pulire il tubo di drenaggio.** I guanti proteggono da possibili infezioni. Una volta messi, puoi procedere alla pulizia del segmento che connette il catetere al tubo di drenaggio, preferibilmente con soluzione alcolica. Per gli uomini, usare una soluzione salina per pulire l'apertura uretrale sul pene; per le donne, usa una soluzione salina per detergere le labbra e l'orifizio uretrale, con movimenti di nuovo dall'uretra verso l'esterno per evitare la diffusione di batteri.
- **Sgonfiare il palloncino d'ancoraggio:** Il condotto dovrebbe essere identificabile da una valvola colorata alla sua estremità. Il palloncino all'interno della vescica deve essere drenato o sgonfiato per togliere il catetere. Ciò viene effettuato con una siringa, in genere da 10 ml, che viene consegnata regolarmente al paziente proprio a questo scopo. Inserire la siringa nella valvola, spingendo e ruotandola, e tirare lentamente e con attenzione il pistone, allontanandolo da essa. Per effetto del vuoto l'acqua contenuta nel palloncino si trasferirà nella siringa, sgonfiandolo e rendendo possibile il suo passaggio nell'uretra. Assicurarsi che il palloncino sia completamente sgonfio trazionando leggermente il tubo, per evitare lesioni all'uretra. Non pompare aria o liquido nel palloncino perché questo potrebbe scoppiare e danneggiare la vescica.
- **Rimuovere il catetere.** Se possibile, clampare il tubo con delle pinze emostatiche oppure con un elastico per evitare la fuoriuscita di urina mentre si rimuove il catetere. Quindi, tira delicatamente il tubo estraendolo dall'uretra.[3] Se c'è resistenza, significa che c'è ancora dell'acqua nel palloncino: in questo caso drenarlo di nuovo. Se la rimozione risulta dolorosa o sanguinolenta, contattare MMG o infermiere.
- Il personale sanitario è tenuto a spiegare come eliminare i rifiuti ospedalieri nel rispetto delle normative per i rifiuti pericolosi o occuparsi direttamente del loro smaltimento.[6] Dopo l'estrazione **ispezionare il catetere per accertarsi che sia integro e smaltire il materiale.** Se sembra rotto o spezzato, allora alcuni frammenti potrebbero essere rimasti nel corpo. In tal caso è necessario immediatamente contattare il medico.[5] Se questo dovesse accadere, non si deve eliminare il catetere, ma mostrarlo al dottore. Per eliminare la siringa, separare il cilindro dallo stantuffo e riporre entrambi in un contenitore per taglienti (anche detto alibox, fornibili in genere dal SSN).
- Detergere l'area in cui è stato inserito il catetere con una soluzione salina. Per la presenza di sangue o pus, chiamare il medico o l'infermiere immediatamente.

- Solo successivamente smettere i guanti e lavare le mani con lavaggio sociale. Fastidi e dolori di lieve intensità sono normali, e applicare della lidocaina nella zona circostante previa indicazione medica.

3.4.0.1 Accertarsi di Godere di Buona Salute dopo la Rimozione del Catetere

- **Osservare la presenza di segni d'infezione o infiammazione.** È del tutto normale che stranguria e lievi tracce ematiche (riconoscibili dal colore roseo) siano presenti nelle prime 24-48 ore successive all'estrazione, dato che una piccola quantità di sangue potrebbe essere entrata nel tratto urinario. Se l'urina ha un colore rosso scuro, significa che c'è molto sangue, mentre un cattivo odore e un aspetto torbido sono segnali di infezione. L'infermiere deve assicurarsi che sia ben compreso da paziente e caregivers che questa è tra le più gravi e frequenti problematiche relative al catetere. Deve insegnare che arrossamento, febbre gonfiore, secrezione di pus attorno al punto in cui è stato estratto il catetere sono spesso sintomi di processi infettivi. Nel caso, è meglio comunicarlo al MMG.
- **Continuare a lavare la zona con soluzione salina calda.** Dopo la rimozione è possibile ricominciare a fare il bagno. L'urina dovrebbe essere trasparente o leggermente gialla. In alcune circostanze può manifestarsi un leggero sfogo cutaneo nel punto di inserimento del catetere. Indossare della biancheria intima di cotone per consentire il passaggio dell'aria e promuovere la guarigione, come durante la permanenza del catetere.
- **Monitorare la minzione.** Dopo aver rimosso il catetere è importante monitorare lo stimolo della minzione. Se dopo quattro ore dalla rimozione il paziente non urina nonostante l'assunzione di fluidi, chiamare l'infermiere o il medico. È abbastanza normale che la minzione diventi leggermente irregolare dopo la rimozione del catetere ed è piuttosto comune accorgersi che si deve andare in bagno con una frequenza maggiore rispetto al solito. Talvolta la minzione può essere dolorosa: se questo disturbo persiste oltre 24-48 ore dalla rimozione, allora potrebbe esserci un'infezione. È spesso possibile notare qualche difficoltà a controllare il flusso di urina. Educare ad annotare ogni episodio d'incontinenza per poi poterli riferire al medico.
- **Assumere molti liquidi: continuare a bere 6-8 bicchieri di acqua al giorno** per aiutare il sistema urinario a riprendere un ritmo normale. Bere molta acqua aumenta il volume delle urine, e il flusso aumentato fa fuoriuscire meglio i batteri e i

microrganismi che si trovano nella vescica e nell'uretra. Limitare per questo l'apporto di liquidi dopo le 18:00. Alzare i piedi da seduto: l'infermiere può illustrare alcune posizioni per attuare questo con comodità

3.4.1 Ginnastica vescicale: si o no?

Menzione a parte merita questa pratica. Con il termine “ ginnastica vescicale” si identifica di un insieme di metodiche di rieducazione alla minzione autonoma dopo la rimozione del drenaggio. Nel suo articolo il dott. Pinton ricordava che “la ginnastica vescicale non si basa su evidenze scientifiche”, e anzi, secondo uno studio di Maria Luisa Asta, infermiera di ruolo presso U.O di Nefrologia e Dialisi del Policlinico Vittorio Emanuele di Catania, il termine si baserebbe su un errore di traduzione dall'inglese *bladder training*, ovvero ‘allenamento della vescica’. Sempre nel suddetto articolo, Asta sostiene che “ ***La ginnastica vescicale prescritta prima della rimozione del catetere è una pratica inutile e dannosa***”.

Lo scopo della ginnastica vescicale sarebbe quello di prevenire i rischi di disuria (condizione patologica che comporta minzione difficoltosa, irregolare e dolorosa) e ritenzione urinaria acuta dopo la rimozione del catetere vescicale.

La ginnastica sarebbe stata surclassata dal **bladder scanner**, una scansione ad ultrasuoni che permette di valutare in maniera non invasiva la stima del volume vescicale in ml.

Il bladder scanner può avere altri utilizzi come:

- Alternativa al catetere vescicale per la misurazione del volume urinario
- Valutazione della ritenzione urinaria acuta nel post-operatorio
- Valutare il volume vescicale nei pazienti con ritenzione urinaria
- Verificare lo svuotamento vescicale post minzionale dopo la rimozione del catetere.

A questo proposito sono state eseguite alcune ricerche dal centro studi EBN (Evidence Based Nursing) di Bologna sul perché la ginnastica vescicale potrebbe non essere un buon metodo di recupero. È stato riscontrato che la ginnastica vescicale è una pratica non utile, e talvolta addirittura dannosa, perché è basata su un razionale smentito dalla fisiologia della minzione.

La ginnastica vescicale si realizza chiudendo ad intervalli il flusso del catetere vescicale mediante l'apposizione di un tappo o mediante il clampaggio del sistema di raccolta (occludendolo cioè con una pinza apposita inferiormente al dispositivo del drenaggio),

con l'obiettivo di tentare di riabituarla la vescica a riempirsi periodicamente in vista del riacquisto della continenza alla rimozione del catetere.

Nell'articolo, tale pratica viene messa in discussione per diversi motivi:

- se il catetere viene chiuso più volte durante la giornata (spesso con lo stesso tappo, cosa che aumenta il rischio di contaminazione e colonizzazione dello stesso da parte di microrganismi patogeni) si determina una stasi di urina all'interno della vescica, che può aumentare l'incidenza delle infezioni urinarie;
- il muscolo detrusore della vescica, ovvero la tonaca muscolare liscia che avvolge la vescica e la cui contrazione determina l'espulsione dell'urina, non esegue nessuna forma di "ginnastica" quando il catetere rimane in situ perché lo svuotamento dell'urina avviene per drenaggio e non per contrazione dello stesso muscolo;
- la ginnastica vescicale non assicura il recupero della continenza: essa viene infatti garantita dalle strutture sfinteriali e dalla muscolatura del piano pelvico perineale: il semplice riempimento della vescica non è sufficiente per farli rinforzare a tal punto. Per il miglioramento del loro tono sono raccomandati interventi riabilitativi specifici, come gli esercizi per la muscolatura pelvica, il biofeedback, l'uso dei coni vaginali, la stimolazione elettrica del pavimento pelvico.

Tutte queste evidenze certificano che la fisiologia della minzione non risente della ginnastica vescicale. Differente è invece l'educazione vescicale. Si tratta di una terapia che risulta fruttuosa non solamente per molti tipi di incontinenza urinaria, ma anche per la sintomatologia che di solito accompagna la rimozione di un catetere: la vescica e l'uretra potrebbero infatti risultare irritate per un paio di giorni in seguito alla rimozione del catetere. Alcune persone stentano a urinare, mentre altre sentono uno stimolo più frequente a recarsi in bagno. Tutto ciò può accompagnarsi a fastidio o addirittura dolore urente, o a urine di colore rosato, segno di ematuria. Questi sintomi non sono generalmente di lunga durata e svaniscono dopo poche minzioni, e ci si può subito riconcentrare sull'importante obiettivo della rieducazione vescicale. Se invece non si risolvono spontaneamente, è opportuno che l'infermiere contatti un medico per ottenere informazioni più accurate e indicazioni su come comportarsi (viene infatti sconsigliato il prendere iniziative terapeutiche, che potrebbero non essere di responsabilità infermieristica).

Tramite l'educazione vescicale la vescica aumenta così di capacità e la frequenza delle minzioni diminuisce, eliminando così un maggiore volume di urina a ogni minzione. La principale terapia comportamentale per l'incontinenza prevede di "rieducare" la vescica o

l'intestino, ovvero, in sostanza, cercare di modificare le proprie abitudini in bagno, facendo acquisire maggiore autonomia all'assistito nell'ambito delle evacuazioni.

Elaborare una routine programmata, in modo da riuscire ad urinare in orari regolari prestabiliti, per ridurre gradualmente il lasso temporale tra le minzioni, sembra essere un modo convalidato per ottenere risultati. È chiaro che questo tipo di rieducazione può essere applicata al meglio in ambiente domestico e familiare, sia per i benefici che la domiciliazione comporta che per il notevole implemento dell'autonomia generale del paziente in più ambiti contemporaneamente. Spetta quindi all'infermiere che agisce a domicilio il monitoraggio dell'educazione, insegnando al paziente e a chi lo circonda come eseguirla correttamente, assisterlo mentre la pratica, incoraggiarlo positivamente ad applicarsi per ottenere risultati migliori, prestando ascolto ai suoi dubbi e non sottovalutando rischi di alcun tipo, ponendo obiettivi realistici all'andamento della terapia. Per migliorare il lavoro è possibile ricorrere a speciali promemoria che segnalano al paziente quando è il momento di andare in bagno, o dei dispositivi di monitoraggio che possono essere utilizzati per registrare le visite al bagno e gli "incidenti" e che l'infermiere può educare il paziente ad usarli come passo ulteriore nella terapia. Un altro metodo è cercare di ridurre la necessità di andare al bagno. È possibile raggiungere questo obiettivo mediante alcuni esercizi per il pavimento pelvico, o tramite una tecnica di distrazione come contare all'indietro. Per coloro che hanno un problema di enuresi notturna, soprattutto se bambini e adolescenti, può essere utile un "allarme per l'enuresi notturna". Si tratta, in pratica, di un sensore collegato alla biancheria intima o alle lenzuola, che emette un suono o vibra se rileva dell'urina. Questo può essere d'aiuto per raggiungere il bagno in tempo. Sempre compito dell'infermiere è collaborare con le altre figure sanitarie in modo collaborante e costruttivo per creare una buona rete di assistenza al paziente nel suo percorso di recupero.

3.4.2 Permanenza eccessiva del catetere in sede.

Viene menzionata questa evenienza perché, con l'allontanamento dei pazienti dai centri di attività sanitaria, è tra le più frequenti che possono capitare a domicilio. Lasciare un catetere vescicale in sede senza che ci sia una precisa indicazione clinica, secondo la Society of Hospital Medicine e la Canadian Society of Internal Medicine, è una delle "cinque cose che medici e pazienti dovrebbero mettere in discussione". Anche nei centri

sanitari è, insomma, un sintomo chiaro della mancanza di comunicazione tra il personale, che purtroppo si potenzia nell'assistenza domiciliare.

Si tratta del lasciare un presidio sicuramente molto invasivo e potenzialmente molto limitante per l'assistito, come già evidenziato, in precedenza, che oltretutto aumenta notevolmente il suo rischio di contrarre infezioni alle vie urinarie. Il JAMA Internal Medicine, una Research letter canadese, ha riportato i risultati di uno studio del 2014 per valutare i casi in cui è possibile la rimozione del catetere, basandosi su una serie di istruzioni impartite al personale infermieristico. In un grande ospedale universitario sono stati selezionati 4 reparti. Due di essi, utilizzati come gruppo di controllo, hanno proseguito la pratica in uso al momento in quell'ambiente, mentre negli altri due il personale infermieristico, dopo un training della durata di 20 minuti, ha seguito una raccomandazione medica, utilizzato invece come gruppo sperimentale, che consentiva di rimuovere i cateteri se erano soddisfatte determinate condizioni e, sulla base di un algoritmo, di individuare e gestire eventuali ritenzioni urinarie.

Precedentemente all'intervento, i periodi di permanenza dei cateteri erano simili nel gruppo di controllo e in quello sperimentale. Dopo l'applicazione della raccomandazione medica i giorni di permanenza del catetere sono scesi in modo significativo nel gruppo sperimentale (410 [8.5%] su 4816 giorni; 95% CI, 7.8% – 9.3%) rispetto a quello di controllo (794 [14.8%] su 5364 giorni; 95% CI, 13.9% – 15.8%). Anche la durata media era molto inferiore nel gruppo sperimentale (2.8 vs 3.6 giorni). L'intervento ha avuto delle ripercussioni sulle percentuali di infezioni delle vie urinarie: al baseline ne venivano registrati 11 casi su 6503 pazienti (1.7 per 1000 giorni-paziente) nel gruppo sperimentale, mentre nel gruppo di controllo se ne riscontravano e 10 su 7011 (1.4 per 1000 giorni-paziente). Dopo l'applicazione della direttiva medica le CAUTI per giorno-paziente sono scese a 1 su 4816 (0.2 CAUTI per 1000 giorni-paziente): una quantità significativamente inferiore rispetto a quella del gruppo di controllo che, durante il periodo dello studio (10 settembre- 17 dicembre 2014) si identificava in 8 casi su 5364 pazienti (1.5 CAUTI per 1000 giorni-paziente; $P=.03$). I risultati mettono in luce una certa tendenza, in ambito sanitario, a lasciare il catetere in sede più del necessario, e offrono un esempio su come evitare che ciò accada: viene evidenziata quanto sono rilevanti il coinvolgimento di tutto il personale, la chiarezza nelle comunicazioni tra il personale ospedaliero e l'istruzione impartita al personale infermieristico. Secondo il team che ha condotto lo studio, proprio il coinvolgimento e il

consenso di tutto il personale medico e infermieristico nell'elaborazione e nell'applicazione dell'algoritmo decisionale, ha permesso di raggiungere risultati così validi. Vi sono evidenziati i criteri di esclusione per una rimozione precoce del catetere e una serie di azioni da attuare nel caso in cui il paziente non sia in grado di urinare o abbia disturbi, avverta l'urgenza alla minzione o sia incontinente. Le infezioni urinarie sono un rischio noto legato all'uso dei cateteri vescicali, ma non vanno sottovalutati anche i rischi legati agli effetti negativi sulla mobilità dei pazienti. In un commento alla ricerca, il ricercatore clinico Kenneth E. Covinsky scrive: "L'immobilità comporta maggiore debolezza e disabilità legate alla degenza ospedaliera, per cui i pazienti più anziani lasciano l'ospedale con disabilità nuove e spesso permanenti che compromettono le loro attività di base della vita quotidiana, anche quando le malattie diagnosticate sono state trattate con successo". E conclude: "È meglio evitare di usare cateteri vescicali. Se però devono essere inseriti, Leis et al descrivono un approccio pragmatico e innovativo per rimuovere quelli che non sono più necessari il più velocemente possibile". I pazienti sui quali è stato condotto l'esperimento erano ricoverati in un reparto di medicina generale, con una grande varietà di patologie e condizioni, e quindi simili da un campione di pazienti domiciliari. Ciò da attendibilità se volessimo applicare le osservazioni derivatene sui riceventi dell'assistenza a domicilio. È quindi proprio in questo frangente, così tipico dell'assistenza sanitaria domiciliare, che si manifesta il bisogno di chiarezza ed accessibilità nel comunicare istruzioni tra i lavoratori sanitari, per poi essere riferite in modo altrettanto chiaro alle altre persone che circondano il degente.

4.0 FEEDBACK - DISCUSSIONE SUL PROBLEMA INSORTO TRA INFERMIERE E PAZIENTE

Purtroppo non è raro che nel rapporto tra paziente ed infermiere sorgano problemi di comprensione, di comunicazione o a livello di incongruenze di personalità. Le cause più comuni sembrano essere mancanza di tempo, di conoscenze, di pazienza, il sovraccarico di lavoro, l'insufficiente numero di risorse umane o, motivo non trascurabile, per stress personale. Ed ecco che si ricade in questo insuccesso sul quale spesso non si ha modo di riflettere in modo adeguato o per il tempo necessario per elaborare il problema, presi dal carico lavorativo e dalle responsabilità per le quali il professionista deve comunque proseguire. Provare a capire il punto di vista di un paziente per poi proporre il punto di vista dell'infermiere cercando senza forzature di farlo convenire con il suo a volte non è facile e veloce ma quando ci si avvicina a qualcuno per fornire assistenza c'è un "incontro" di sistemi culturali, che se hanno un certo livello di compatibilità aiutano la relazione, mentre se non lo sono occorrerà cercare altre vie d'incontro.

È necessario, pertanto, una formazione permanente per acquisire delle competenze relazionali e le relative tecniche, così l'infermiere riconoscerà anche se stesso e cercherà di impadronirsi del proprio "essere professionista nella relazione d'aiuto". Inoltre saprà evitare tecniche relazionali che se improprie potrebbe arrecare danno alla persona piuttosto che darle aiuto e beneficio. Occorre quindi attribuire la giusta importanza all'aspetto etico-deontologico, valorizzando cioè quegli aspetti che tendono ad essere nascosti (empatia) o che rischiano di essere non considerati perché, pur essendo determinanti e fondamentali sfumano tacitamente in sorta di oblio, bilanciando sapere scientifico e capacità interpersonali.

4.1. Come accettare feedback negativi

La professionalità impone che una persona reagisca ai giudizi negativi sul suo lavoro accettandoli e cercando di rimediare. Purtroppo non è sempre facile, ma possono essere occasioni preziose per acquisire informazioni su come perfezionare il proprio operato. Nell'articolo *Usa il feedback a tuo vantaggio*, scritto dalla dott.ssa Francesca Lecce nel 2017 per GuidaPsicologi, il feedback negativo è "un'informazione sulle opportunità di

miglioramento”, tanto utile quanto il feedback positivo, sia che arrivi da un collega, da un superiore o da un paziente.

Alcuni comportamenti per reagire a feedbacks non positivi sono:

- Non incolpare colleghi o personale. Da evitare frasi come “*è colpa dell’amministrazione*”, “*ai piani alti non sanno gestire il lavoro*”, o “*il mio collega di prima è davvero un’incompetente*”. Semmai offrire disponibilità e soluzioni.
- Ascoltare attentamente la critica: l’interlocutore sta esprimendo un bisogno, e ascoltando senza farsi prendere dalle emozioni per la critica ricevuta può evidenziare quale. Ciò accade anche nei casi in cui la critica non è esclusivamente per l’infermiere di turno, o percepita come malriposta su di lui.
- Non ignorare o sottovalutare le osservazioni poste: si potrebbero commettere i medesimi errori
- Può essere utile prendersi un po’ di tempo prima di reagire: lasciare l’istinto prendere il sopravvento fa perdere la funzionalità del dialogo, intralcia l’ascolto attivo e rischia di proiettare su chi porge la critica le emozioni di chi la riceve senza prima metabolizzarle.
- Focalizzarsi sul contenuto del messaggio e non su come viene trasmesso: come già sottolineato, molti fattori influiscono su come una persona comunica. Se il paziente è agitato per un’operazione, se il suo parente è preoccupato visibilmente per lui, se la badante sente che l’infermiere non è chiaro nelle spiegazioni, il tono può cambiare e farsi più aggressivo o pressante. Cercare di restare calmi e concentrarsi su cosa esattamente sta chiedendo chi parla con non solo aiuta a capire la richiesta, ma può anche disinnescare pericolose situazioni di rabbia e possibili aggressioni verbali e fisiche.
- Riesaminare la critica, sia con chi la pone che con una persona fidata. Esprimere la propria opinione con il paziente su cosa non lo soddisfa aiuta la vicinanza e l’apertura nella relazione, mentre parlarne con qualcuno magari estraneo ai fatti offre un punto di vista “a freddo” sull’accaduto e una possibile occasione di esame e/o sfogo per chi subisce la critica.
- Non essere eccessivamente autocritici: ciò lede l’autostima e non predispone il mindset positivo per svolgere il proprio lavoro al meglio. Quando si sente di stare commettendo troppi errori, è bene chiedere consiglio a qualcuno che si considera esperto nel lavoro (un superiore, o qualcuno con più esperienza) per ottenere

giudizi esterni non inquinati dalla propria prospettiva. Se l'atteggiamento è cronico e riscontrabile in altre parti della vita, è consigliabile un intervento psicologico.

- Non negare la situazione, ne mentire.
- Manifestare umiltà e sincera voglia di migliorare il proprio lavoro, perché dimostrarsi da subito vogliosi di fare meglio è un risultato della critica immediato che fa piacere vedere se insoddisfatti.
- Non promettere l'impossibile: si può essere tentati di accordare prospettive irrealizzabili per far passare un brutto momento con il paziente, ma chiaramente non deve succedere.
- Cercare di risalire alla fonte: ripercorrere il corso delle proprie azioni per analizzarle e capire cosa è andato storto è un ottimo modo per notarlo e correggere il percorso, soprattutto se fatto assieme a chi critica.



Saper gestire feedbacks negativi può essere utile per evitare situazioni di escalation

Per dare feedback correttivi, invece, Alberto Varriale, esperto della comunicazione e del teamwork nella formazione consiglia di:

- Focalizzarsi sul comportamento e non sulla persona
- Non generalizzare, essere specifici (« La sacca va tenuta al di sotto della vescica, sempre»)
- Evidenziare le conseguenze del comportamento osservato (« Se non si pratica l'igiene perineale adeguatamente, si rischiano infezioni»)
- Utilizzare informazioni legate a ciò che si è personalmente notato (evitare frasi come: «Il collega mi dice che lei non gestisce bene il catetere»)

- Concordare con l'interlocutore su un'azione di miglioramento concreta ("Porterò delle schede informative per la gestione, così voi le seguirete")

4.2 Come prevedere feedback negativi

Ci sono tuttavia comportamenti che l'infermiere può seguire per facilitare la sua relazione. Assolutamente da evitare lo sminuire le difficoltà che la persona in cura può incontrare, il paragonare la situazione del paziente a quella di altri (*non si preoccupi, è facile...conosco un altro signore che era più diligente di lei...se vuole vedere risultati farebbe meglio ad impegnarsi...su, non si lamenti così...*). Essere aperti ai feedback dei pazienti, non interrompere o distrarsi mentre esprimono le loro opinioni sullo svolgimento e la gestione della malattia, saper dare ascolto ad idee diverse o suggerimenti senza bocciarle a priori, cercare di anticipare i loro bisogni tramite sia le conoscenze scientifiche della professione che l'intelligenza emotiva.

4.3 Feedback e rapporto con l'ambiente di lavoro

Sicuramente, altri fattori influiscono sul trattamento dei pazienti. Spesso purtroppo proprio i professionisti sanitari non hanno le risorse necessarie per prendersi cura delle difficoltà personali che possono influire sulla qualità del lavoro da loro svolto. Se le condizioni dell'ambiente di lavoro del personale non sono buone, sarà sicuramente difficile venire incontro alle necessità di un paziente. Lo stress provato in ambito lavorativo può far sì che la pazienza e l'attitudine all'ascolto diminuiscano, ed ecco che appaiono casi di degenti aggrediti verbalmente, denigrati, derisi, zittiti, le cui richieste cadono spesso nel vuoto e la cui assistenza da parte degli infermieri è incompleta o dannosa. Quali soluzioni ci possono essere a questo problema? Migliorare le condizioni del posto di lavoro può non essere semplice da attuare come operazione, ma essere in grado di svolgere le proprie mansioni e compiti senza difficoltà aggiuntive è inderogabile. Il personale sanitario ha il diritto di farsi ascoltare nell'esposizione di qualunque tipo di problema che venga riscontrato: i dirigenti devono essere adeguatamente formati e competenti per poter fronteggiare le difficoltà che i sottoposti espongono loro; il singolo operatore deve poter avere risorse adatte per esternare le sue preoccupazioni, sia lavorative che personali se queste ultime influiscono sul lavoro, come può essere uno spazio d'aiuto psicologico. L'educazione stessa del personale deve essere ottimale, con eventuali corsi d'aggiornamento e verifica delle conoscenze per far sì che essa lo sia.

I ruoli e le responsabilità di ogni figura del personale sanitario devono essere chiari, senza deleghe e mansioni affidate in modo improprio. Il rispetto tra colleghi non è solo doveroso nei confronti dell'altra persona, ma è anche necessario perché ci sia un ambiente adatto a svolgere il proprio lavoro. Doveroso è anche, ovviamente, essere aperti ai pazienti. È fondamentale essere in grado di riconoscere quando l'interlocutore vuole comunicare con noi, lasciare aperti dei canali di comunicazione in modo che i pazienti siano in grado di avvicinarsi all'assistenza come e quando vogliono.

Alcune soluzioni per fronteggiare i problemi dell'assistenza domiciliare sono quindi:

- Comunicazione funzionale con il paziente e con chi lo assiste a domicilio
- Dare supporto emotivo ai colleghi quando possibile (fermarsi a parlare dopo un turno, conversare produttivamente durante la pausa...)



Essere di supporto ai colleghi giova sia al team che all'ambiente lavorativo

- Insegnamento tecnico ottimale del paziente sul catetere e le sue problematiche, assicurandosi che sia stata recepita.
- Adeguata formazione alla didattica del personale infermieristico
- Sistema funzionante di feedback e segnalazioni di falle nel sistema da parte degli infermieri
- Collaborazione di tutte le figure sanitarie nell'ADI
- Attività sanitaria continuativa, omogenea nella cura del paziente
- Modellamento dell'assistenza su misura per il paziente, ovvero venire incontro alle sue esigenze fisiche e psicologiche sempre restando all'interno delle regole, ma adattando

quanto più è possibile la propria pratica all'unicità della persona (es. spiegare la gestione del catetere urinario in dialetto, provvedere cibi che il paziente ama di più pur rispettando la dieta, malleare gli orari quando possibile ecc...)

5.0 CONCLUSIONI

Tutte queste informazioni permettono di avere un quadro più completo su in cosa consiste l'assistenza domiciliare al paziente portatore di catetere vescicale e come essa debba essere gestita. È chiaramente fondamentale la preparazione tecnica dell'infermiere per il posizionamento, ma lo è altrettanto come riesce a trasmetterla a chi si occuperà del paziente a casa: la famiglia non è il corollario del paziente, ma è parte integrante dell'assistenza a domicilio. Essere in grado di empatizzare con chi si deve educare, adattare la comunicazione per renderla più comprensibile, complementare la gestione domestica con l'assistenza periodica infermieristica sono tutte parti di ciò che bisogna attuare per soddisfare ogni esigenza del paziente e devono funzionare coordinatamente tra loro.

Si è studiato perché l'assistenza domiciliare è efficace per il benessere del paziente e quali sono i principali problemi dell'assistenza domiciliare, delle possibili soluzioni e come poterle applicare: un passaggio di comunicazioni fallace tra il personale può essere corretta da un sistema di consegne scritte, un ambiente di lavoro opprimente può essere risolto dialogando e cercando di essere aperti verso colleghi e pazienti.

È stato preso in esame anche come accettare eventuali feedback negativi da parte di chi si assiste e come reagire in modo positivo e produttivo, ovvero considerandola come un invito chiaro su come e in cosa migliorare il proprio operato.

Per contribuire ad un ambiente di lavoro positivo si è evidenziato il bisogno dell'ascolto e della collaborazione tra i colleghi, assieme ad una formazione paritaria tra i membri del personale.

L'assistenza domiciliare coprirà senza dubbio una parte sempre più significativa della futura assistenza sanitaria italiana, e per questo la sua qualità deve aspirare ad essere il più alta possibile. L'infermiere ne sarà parte viva, dunque considerare ogni suo problema e pensare alle possibili soluzioni è suo compito. Un compito complesso e non eseguibile nell'immediato, ma attuabile con i giusti metodi e la passione per il proprio lavoro.

Sitografia

http://www.brooksidepress.org/Products/Nursing_Fundamentals_II/lesson_3_Section_1A.htm

<http://sonda.com.pl/10/urologia>

<https://www.assocarenews.it/infermieri/la-comunicazione-tra-infermiere-e-paziente>

<https://www.assocarenews.it/infermieri/concorsi-infermieri/appunti-concorsi-infermieri/cateteri-vescicali-tipologie>

[b_Verzoli_CatetereDomicilio2_14mag15.pdf](#)

<https://www.emergenzaforlife.it/assistenza-infermieristica-domicilio-roma/>

<https://www.fnopi.it>

<https://www.guidapsicologi.it/articoli/usa-il-feedback-a-tuo-vantaggio>

<https://www.inferweb.net/collaboratori/marchetti.htm>

<http://www.wakemedphysicians.com/body.cfm?id=1100>

[http://www.wakemedphysicians.com/body.cfm?id=1100\[3/19,](http://www.wakemedphysicians.com/body.cfm?id=1100[3/19)

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2470583>

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2470586>

http://www.joslin.org/info/Tips_for_Disposing_of_Sharps.html

<https://www.medelit.com/it/chi-siamo/perche-la-medicina-domiciliare/#:~:text=MEDELIT%20vuole%20diventare%20un%20riferimento,interminabili%20attese%20ed%20inutili%20spostamenti.>

<https://www.medelit.com/it/portfolio-items/guida-gestione-catetere/>

<https://www.med4.care/catetere-vescicale-gestione-dispositivo/>

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003981.htm>

<https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/assistenza-infermieristica-domiciliare-integrata.html>

<https://www.nurse24.it/studenti/cateterismo-vescicale-la-scelta-del-presidio-adatto.html>

<https://www.pampanorama.it/magazine/perche-tipo-ehm-esitiamo-quando-parliamo>

<https://www.operatoresociosanitario.net/teorie-del-nursing>

<https://www.sanitainformazione.it/salute-in-capsule/come-assistere-una-persona-portatrice-di-catetere-vescicale-a-domicilio/>