



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Dipartimento di Medicina
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di laurea

**LA PRESA DI DECISIONE NELL'UTILIZZO DEL SISTEMA DI
ASSORBENZA. INDAGINE PRESSO L'UNITÀ OPERATIVA DI
MEDICINA DELL'AZIENDA ULSS 18 DI ROVIGO.**

Relatore: Dott.ssa Spigolon Elisabetta

Correlatore: Dott.ssa Bortolami Elena

Laureanda: Pevarello Sara

ANNO ACCADEMICO 2014 – 2015

INDICE

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Pag. 1

CAPITOLO 1. QUADRO TEORICO

Pag. 3

1.1. Rilevanza del problema per la professione

Pag. 3

1.2. Contesto in cui si sviluppa il problema

Pag. 5

1.3. Ricerca della letteratura

Pag. 8

1.4. Rassegna critica della letteratura disponibile

Pag. 9

1.4.1. Posizionamento del sistema di assorbimento

Pag. 9

1.4.2. Decision making dell'infermiere

Pag. 14

CAPITOLO 2. SCOPO DELLO STUDIO

Pag. 17

CAPITOLO 3. MATERIALI E METODI

Pag. 19

3.1. Disegno dello studio

Pag. 19

3.2. Campionamento e setting

Pag. 20

3.3. Attività di raccolta dati

Pag. 20

3.4. Strumenti di raccolta dati

Pag. 21

3.5. Analisi dei dati

Pag. 22

CAPITOLO 4. RISULTATI

Pag. 23

4.1. Descrizione del campione

Pag. 23

CAPITOLO 5. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Pag. 31

5.1. Discussione

Pag. 31

5.2. Limiti dello studio

Pag. 35

5.3. Implicazioni per la pratica

Pag. 35

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1

Allegato 2

Allegato 3

ABSTRACT

Background

Il sistema di assorbenza è un dispositivo che permette di contenere e assorbire le urine prevenendo la perdita sugli indumenti e nel letto, solitamente utilizzato in soggetti istituzionalizzati o ricoverati con incontinenza urinaria (IU). Questo presidio viene applicato anche a pazienti degenti che al momento dell'ingresso presentano un normale modello di eliminazione urinaria. Indagare le motivazioni in base alle quali l'infermiere decide di applicare o meno un pannolone e quali sono gli aspetti che l'infermiere considera per prendere tale decisione sono essenziali per la pratica clinica.

Scopo dello studio

Lo scopo dello studio è quello di indagare la presa di decisione dell'infermiere nel posizionare il sistema di assorbenza ad un paziente, sia esso continente o incontinente, ricoverato presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo.

Materiali e metodi

Lo studio è stato condotto presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo dal 15 luglio 2015 al 1 settembre 2015. Il campione è rappresentato da tutti i nuovi pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Medicina in un determinato periodo di tempo (30 giorni) e dal personale infermieristico della medesima realtà operativa. La raccolta dati si è sviluppata in due momenti: in una prima fase è stata effettuata su tutti i nuovi pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Medicina nell'arco di 30 giorni consultando fonti secondarie. Il secondo momento ha previsto la somministrazione di un questionario a domande predefinite si/no agli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina che indagava aspetti infermieristici quali: l'accertamento del modello di eliminazione urinaria, la decisione dell'infermiere di posizionare o meno il pannolone al campione di pazienti individuato nell'arco dei 30 giorni, la collaborazione e la comunicazione con la figura dell'operatore socio-sanitario.

Risultati

Nell'arco di 30 giorni sono stati ricoverati 87 nuovi pazienti presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo. Durante il ricovero il sistema di assorbenza è stato applicato a 43 pazienti incontinenti e a 21 pazienti che al momento

del ricovero risultavano continenti. Le più frequenti motivazioni che hanno influito sulla decisione dell'infermiere di applicare il pannolone sono state: un'incontinenza determinata da un disorientamento spazio – temporale e da problemi esistenti (es. ictus, patologie degenerative), la presenza di perdita involontaria di urina non percepita dal paziente (IU), un'incontinenza fecale, la presenza di altri problemi (es. diarrea).

Conclusioni

L'uso del sistema di assorbenza non si limita al paziente con incontinenza urinaria, ma anche a pazienti che al momento del ricovero sono continenti. La decisione dell'infermiere di applicare il pannolone si dovrebbe basare su un accertamento iniziale completo del paziente che permetta di escludere altri interventi volti a gestire l'eliminazione urinaria (interventi di promozione alla continenza o contenitivi: posizionamento di un catetere vescicale, uso della padella, del pappagallo, della comoda o dell'uro – condom). L'uso discontinuo del sistema di assorbenza dovrebbe essere garantito tramite valutazioni intermedie del paziente, effettuate da un'equipe multidisciplinare durante il ricovero, per evitare l'insorgenza di complicanze che il sistema di assorbenza può determinare nel paziente.

INTRODUZIONE

La scelta di trattare l'argomento si è delineata durante il triennio di formazione presso il Presidio Ospedaliero di Rovigo, dove si è rilevato che l'infermiere posiziona frequentemente il sistema di assorbenza al paziente ricoverato per gestire l'eliminazione urinaria. Rispetto a tale intervento assistenziale, la studente si è chiesta il perché l'infermiere decidesse di applicare il sistema di assorbenza piuttosto che fornire al paziente un altro dispositivo come il pappagallo, la padella o una comoda per l'eliminazione urinaria. Una volta definito l'argomento, la studentessa ha condotto una ricerca bibliografica che ha portato ad individuare uno studio che indagava le motivazioni che portavano l'infermiere di un reparto medico a posizionare il sistema di assorbenza ad un paziente ricoverato, che non necessariamente presentava un'incontinenza urinaria all'ingresso. Pertanto consultando la Relatrice e Correlatrice, si è deciso di esplorare questo aspetto nell'Unità Operativa Complessa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo dell'Azienda ULSS 18, considerando la specificità del contesto.

Lo scopo dello studio è quello di indagare la presa di decisione dell'infermiere nel posizionare il sistema di assorbenza ad un paziente, sia esso continente o incontinente, ricoverato presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo.

Prima di iniziare l'indagine, è stata svolta una ricerca della letteratura in testi e banche dati come Pubmed per comprendere il fenomeno che si è deciso di studiare. L'indagine è stata condotta in due momenti dal 15 luglio 2015 al 1 settembre 2015. Nel primo momento, dal 15 luglio 2015 al 13 agosto 2015 (30 giorni), è stata prevista la raccolta dati di tutti i nuovi pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo consultando fonti secondarie; i dati raccolti riguardavano il modello di eliminazione urinaria, l'utilizzo del pannolone, l'indice di Barthel e lo stato cognitivo. In accordo con Relatore, Correlatore e Coordinatrice Infermieristica dell'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo, durante questo periodo la studente ha svolto attività di tirocinio finalizzato ad approfondire l'argomento di tesi, raccogliendo i dati necessari per l'indagine. In un secondo momento, successivo alla raccolta dati, è stata effettuata la somministrazione di un questionario agli

infermieri che indagava la loro presa di decisione nel posizionare il pannolone ai pazienti ricoverati nei 30 giorni precedenti.

CAPITOLO 1

QUADRO TEORICO

1.1. Rilevanza del problema per la professione

Il sistema di assorbenza, solitamente utilizzato in soggetti istituzionalizzati o ricoverati con incontinenza urinaria (IU), è un dispositivo che permette di contenere e assorbire le urine prevenendo la perdita sugli indumenti e nel letto (Dingwall, 2008). Questo prodotto viene applicato anche a pazienti degenti che al momento dell'ingresso presentano un normale modello di eliminazione urinaria. Ma su quali basi l'infermiere decide di applicare o meno un pannolone? Quali sono gli aspetti che l'infermiere considera per prendere tale decisione?

Palese et al. (2007) ha condotto uno studio per valutare le motivazioni che portano gli infermieri di due reparti di Medicina del Nord Italia ad applicare il sistema di assorbenza ai nuovi pazienti ricoverati. I risultati hanno evidenziato che, oltre ai 120 pazienti che già utilizzavano il pannolone prima del ricovero, il 34 % (98/286) dei pazienti ricoverati con un normale modello di eliminazione urinaria all'ingresso presentava il sistema di assorbenza durante la degenza. Le più frequenti ragioni per cui l'infermiere decideva di applicare il pannolone erano: un'incontinenza causata da un disorientamento spazio – temporale o da una ridotta mobilità, un'incontinenza urinaria, un'incontinenza fecale, richiesta del paziente, carenza del personale infermieristico.

Anche Zisberg (2011) ha condotto uno studio simile; in questo caso il campione, rappresentato da una popolazione anziana, non includeva pazienti incontinenti al momento del ricovero. Lo studio ha evidenziato che il pannolone è stato applicato al 14 % (65/465) dei pazienti continenti ricoverati in un reparto di Medicina. I fattori che hanno influito sull'utilizzo del pannolone rispetto ad altre strategie (uso della comoda, padella, pappagallo, programma minzionale) sono stati: il ridotto livello di mobilità e il sesso femminile. La frequenza con cui veniva utilizzato il pannolone tra le donne era del 66 % rispetto al 34 % tra gli uomini; al contrario la padella è stata usata raramente nella donna (30 %) rispetto all'utilizzo del pappagallo negli uomini (70 %). Rispetto ai rischi associati all'applicazione del pannolone in pazienti anziani ospedalizzati e agli approcci alternativi, l'uso del sistema di assorbenza in questa popolazione rimane l'intervento più comune, aumentando l'incidenza di pazienti con l'incontinenza. Come evidenzia infatti

lo studio di Zisberg et al. (2011) i pazienti ricoverati in un reparto per acuti con un normale modello di eliminazione urinaria all'ingresso sono a rischio di sviluppare un'incontinenza durante e dopo il ricovero per una serie di fattori quali: l'ospedalizzazione, le relative procedure (come l'applicazione del pannolone o il posizionamento di un catetere vescicale che alterano il normale modello minzionale), l'ambiente non familiare con relative barriere (spondine del letto, corridoi poco illuminati, assenza del bagno in stanza), la ridotta mobilità durante il periodo di degenza e gli aspetti personali del paziente (stato cognitivo e funzionale). In questo studio i fattori che hanno contribuito a posizionare il sistema di assorbimento a 58 pazienti continenti sono stati l'età avanzata, lo scarso stato cognitivo e funzionale e la gravità della malattia.

L'incontinenza urinaria (IU), definita come perdita involontaria di urine, è un problema medico e socio – economico che colpisce soprattutto la popolazione anziana. (Goepel, Kirschner – Hermanns, Welz – Barth, Steinwachs, & Rubben, 2010). La prevalenza dell'IU aumenta con l'età ed è due volte più comune nelle donne che negli uomini, tuttavia dopo gli 80 anni entrambi i sessi sono equamente colpiti (Stephan & Hajjar, 2012; Khandelwal & Kistler, 2013). Tale problema molto spesso non viene diagnosticato e trattato in quanto sottovalutato dal paziente e dai professionisti sanitari. Infatti la maggioranza dei pazienti anziani con incontinenza urinaria non chiede aiuto per una serie di ragioni: imbarazzo e paura di giudizio, negazione di tale condizione, credenza che IU faccia parte del normale processo di invecchiamento, convinzione che non vi sia cura o che ci sia necessità di un intervento chirurgico, che l'IU non sia una priorità, paura di istituzionalizzazione, mancanza di un'appropriata comunicazione e incoraggiamento da parte di figure sanitarie (Stephan & Hajjar, 2012; O'Connell, Day, Wellman, & Baker, 2005). Così i soggetti con IU non trattata adattano il loro stile di vita al problema, compromettendo la loro qualità di vita e rischiando di essere istituzionalizzati. All'interno di strutture ospedaliere non c'è un adeguato approccio nel gestire il paziente con IU perché non c'è un accertamento di routine, le figure sanitarie non hanno esperienza nel gestire l'incontinenza, vedono tale problema come segno di un'altra condizione, si focalizzano su altri problemi (Stephan & Hajjar, 2012; O'Connell et al., 2005). Con un'adeguata gestione, molti casi di IU possono essere migliorati o curati; tuttavia, come dimostra lo studio di Zürcher (2011), sebbene ci sia

un accertamento infermieristico iniziale che identifichi i pazienti con IU, i dati raccolti non vengono spesso registrati e gli interventi documentati riguardano l'uso del sistema di assorbenza (6 pazienti su un campione di 78 pazienti). Già nel 1993 Cheater studiò la gestione del paziente con IU da parte del personale infermieristico di un reparto medico e vide che l'accertamento del paziente era praticamente inesistente e non era registrato alcun piano di gestione, gli unici interventi registrati riflettevano misure palliative come il pannolone e i programmi minzionali. L'applicazione del pannolone non è un intervento sbagliato ma da solo è insufficiente per migliorare la condizione di incontinenza urinaria. Infatti di fronte a un paziente a cui viene diagnosticato precocemente una IU, il professionista sanitario dovrebbe intervenire con misure adeguate, secondo le ultime evidenze scientifiche (interventi comportamentali, terapia farmacologica, intervento chirurgico), per risolvere o migliorare il problema, favorendo al paziente una migliore qualità di vita. Gli interventi contenitivi come l'applicazione del sistema di assorbenza, e quelli di raccolta come il cateterismo vescicale intermittente o il posizionamento di un catetere vescicale a permanenza si impiegano quando gli interventi che promuovono la continenza sono falliti o il paziente incontinente è troppo anziano, malato o disabile per poterli attuare (Newman, 2004). Il pannolone dovrebbe essere applicato in situazioni di incontinenza urinaria refrattaria a tutte le altre strategie di trattamento (Loh & Sivalingam, 2006), anche perché l'uso di tale dispositivo in soggetti anziani ha una serie di complicanze: percezione negativa di sé stessi e della qualità di vita, dermatite, ulcere da pressione, infezioni delle vie urinarie, aumento dei costi (Zisberg, 2011). Tuttavia ci sono studi che dimostrano come il sistema di assorbenza sia l'intervento di prima scelta per pazienti istituzionalizzati o degenti in struttura ospedaliera con IU, impedendo così la promozione alla continenza (Roe et al., 2011; Dingwall & McLafferty, 2006).

1.2. Contesto in cui si sviluppa il problema

In letteratura sono presenti pochi studi che indagano l'attività del posizionamento del sistema di assorbenza da parte del personale infermieristico in ambito ospedaliero (Palese et al., 2007; Zisberg, 2011; Zisberg, Gary, Gur – Yaish, Admi, & Shadmi, 2011). Per questo studio, volto ad indagare la presa di decisione dell'infermiere nel posizionare o meno il pannolone ad un paziente ricoverato in una struttura ospedaliera, è

stata scelta l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo dell'Azienda ULSS 18 in quanto accoglie pazienti di età compresa tra 24 a 95 anni, ricoverati principalmente per problemi cardiovascolari, respiratori e infezioni, che al momento del ricovero non presentano necessariamente una incontinenza urinaria; in questo modo si rileverà, potenzialmente in modo maggiore, la scelta da parte del personale infermieristico di applicare il sistema di assorbenza ad un paziente continente o incontinente.

L'Unità Operativa di Medicina comprende 34 posti letto suddivisi in due moduli A e B; le stanze accolgono da 1 a 4 pazienti e non tutte presentano un bagno, perciò i pazienti devono utilizzare un bagno comune (uno nel modulo A e due nel B, lungo il corridoio). Ogni sezione, al mattino e pomeriggio, è gestita da un infermiere turnista e da un infermiere giornaliero, mentre alla notte c'è un infermiere turnista. Al mattino, tranne che nei giorni festivi, sono presenti una unità infermieristica e la Coordinatrice Infermieristica. Il principale modello organizzativo infermieristico è il *modular nursing* secondo cui un infermiere, supportato da operatori socio sanitari, è responsabile delle cure infermieristiche di un gruppo (modulo) di pazienti durante uno specifico turno; i pazienti sono divisi in moduli (da 12 a 18 posti letto) secondo criteri spaziali o tipologia di paziente. Gli infermieri e il personale di supporto sono assegnati stabilmente ad un modulo per garantire la continuità delle cure ed è richiesta competenza professionale, autonomia, conoscenza clinica.

Il professionista sanitario gestisce la cartella clinica dei pazienti ricoverati tramite il programma Patidok, un sistema informatizzato ed integrato per il controllo del processo clinico. La cartella informatizzata permette al professionista sanitario di avere una visione globale del paziente accedendo ad: accertamento infermieristico, anamnesi medica, diario infermieristico e medico, terapia farmacologica, parametri vitali, richiesta esami ematochimici e strumentali, referti, gestione stanze, piani assistenziali.

I nuovi ingressi vengono solitamente ricevuti durante il pomeriggio; i primi ad accogliere il nuovo paziente sono gli infermieri che, una volta accompagnato il paziente nell'unità letto e verificata la stabilità, procedono con l'accertamento del paziente: dati anagrafici, motivo del ricovero, precedenti ricoveri, eventuali allergie, patologie concomitanti, terapia farmacologica a domicilio, analisi dei modelli di Gordon, tra cui il modello di eliminazione urinaria. Del modello di eliminazione urinaria l'infermiere

accerta se il paziente è continente o incontinente, il tipo di incontinenza, l'uso di ausili per la continenza (CV intermittente o a permanenza, uso del pannolone o dell'uro – condom), presenza di urostomia. L'infermiere poi compila le scale di valutazione in uso all'interno del contesto quali la Scala Norton modificata secondo Stotts e la Scala di Barthel: la prima valuta se il soggetto è a rischio di lesioni da decubito, la seconda valuta il grado di autonomia del paziente nelle attività di vita quotidiana ADL. Ciascuna scala valuta una serie di items a cui l'infermiere darà un punteggio in base all'accertamento iniziale del paziente, fino ad ottenere un punteggio complessivo che aiuta il professionista ad identificare i bisogni del paziente. In entrambe le scale si valuta il modello di eliminazione: nella Scala Barthel si valutano separatamente la continenza fecale e la continenza urinaria, mentre nella Scala Norton la voce incontinenza è per urine e feci. In base al punteggio della Scala Norton modificata secondo Stotts e all'esame obiettivo l'infermiere decide se posizionare un materasso antidecubito (MAD). Il MAD è un dispositivo che impedisce lo sviluppo o il peggioramento di una lesione da decubito. Per questo è importante evitare di applicare tra materasso e paziente qualsiasi ausilio che impedisca al materasso stesso di svolgere la sua funzione: pertanto gli infermieri e gli OSS che si occupano delle cure igieniche dei pazienti con MAD posizionano un telo sul materasso. Questi pazienti, se incontinenti e non autosufficienti, presentano un catetere vescicale a permanenza che garantisce l'eliminazione urinaria, per cui il pannolone viene applicato solo nei momenti in cui il paziente deve evacuare (spontaneamente o per mezzo di un clistere evacuativo a piccolo volume), a meno che non siano presenti altre condizioni che portano l'infermiere a decidere di posizionare il pannolone. L'uso continuo del sistema di assorbimento in un paziente con MAD peggiora lo stato di integrità cutanea in quanto la cute si trova a diretto contatto con un ambiente umido. In risposta ai bisogni di salute di ciascun paziente, l'infermiere interviene in autonomia o in collaborazione con il medico svolgendo determinate attività come la somministrazione della terapia farmacologica, l'esecuzione di prelievi ematochimici, il rilevamento di parametri vitali, l'inserimento di un sondino naso - gastrico, il posizionamento di un accesso venoso periferico o di un catetere vescicale. L'attività di cure igieniche è un momento importante perché, oltre a promuovere il benessere e il comfort, stimolare la circolazione e favorire la mobilità articolare del paziente, si valutano aspetti come l'integrità cutanea, l'eliminazione

intestinale e urinaria mettendo in atto interventi per garantire un'adeguata eliminazione (clistere evacuativo a piccolo volume, posizionamento di un catetere vescicale o di un pannolone, uso di una padella o di un pappagallo).

Per alcuni pazienti degenti è presente un caregiver (familiare o badante) su richiesta del familiare stesso o su richiesta del personale infermieristico che, in base alle condizioni cliniche del paziente (paziente non collaborante, disorientato nello spazio e nel tempo), può ritenere opportuna la presenza costante di una persona vicina al paziente. Durante la degenza, il caregiver può collaborare all'igiene dell'assistito, al cambio della biancheria del paziente e del letto, al posizionamento e al cambio del pannolone, alla somministrazione dei pasti. È competenza dell'infermiere educare e fornire informazioni utili affinché il caregiver si occupi adeguatamente del paziente, soprattutto se esso, una volta dimesso, necessita di assistenza continua anche a domicilio (somministrazione di nutrizione enterale o di terapia farmacologica tramite sonda, controllo dell'integrità cutanea, medicazioni di lesioni da decubito, uso corretto del materasso antidecubito, uso del sistema di assorbenza quando necessario). Per questo tipo di pazienti, inoltre, si attiva il servizio di assistenza domiciliare che garantisce supporto al paziente e al caregiver una volta a domicilio; il paziente è pronto ad essere dimesso quando il team multidisciplinare ha deciso che il soggetto non ha più necessità di cura in regime di ricovero, il caregiver è stato educato e a domicilio ci sono tutti i dispositivi – ausili necessari per un'adeguata assistenza.

1.3. Ricerca della letteratura

La ricerca della letteratura è stata condotta nella banca dati Pubmed da Febbraio 2015 a Giugno 2015, dove sono stati selezionati 25 articoli. Parallelamente sono stati consultati il testo “*Libro bianco sull'incontinenza urinaria*” prodotto dalla FINCO (Federazione Italiana Incontinenti), una linea guida dell'*Evidence based nursing* e un articolo di Motta PC. (2001), “*Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico*” (pag. 27 – 36), reperiti tramite ricerca su Google Scholar, il testo “*Processo infermieristico e pensiero critico*” di J. Wilkinson (2009). La strategia di ricerca è visibile nell'**allegato 1**.

1.4. Rassegna critica della letteratura disponibile

1.4.1. Posizionamento del sistema di assorbenza

Il sistema di assorbenza è il più comune dispositivo contenitivo che l'infermiere decide di applicare solitamente a pazienti ricoverati presso una struttura ospedaliera con incontinenza urinaria, senza cercare di attuare interventi che possano migliorare o risolvere il problema dell'IU (Dingwall & McLafferty, 2006); tuttavia il pannolone viene posizionato anche a pazienti che presentano un normale modello di eliminazione urinaria all'ingresso (Zisberg, 2011). I soggetti con incontinenza urinaria che vivono a domicilio si rivolgono al Medico di Medicina Generale che, anziché cercare di delineare un piano di cura per l'IU, sceglie un'alternativa più facile prescrivendo il sistema di assorbenza (Albers – Heitner et al., 2008). Chi utilizza il sistema di assorbenza fa parte di un gruppo eterogeneo di individui, dai soggetti più giovani (pazienti pediatriche con enuresi) ad adulti indipendenti o non autosufficienti con una lieve, moderata o grave incontinenza (di tipo urinaria, legata a problemi prostatici o di neuro – disabilità) (Fader et al., 2008). In uno studio di Uchil et al. (2005), rispetto al campione rappresentato da donne con età maggiore dei 18 anni che utilizzano il sistema di assorbenza, l'88 % delle donne utilizzava il pannolone per un'incontinenza urinaria, il 44 % per un'incontinenza fecale, l'1,9 % per la presenza di una ridotta mobilità o nicturia, in assenza di incontinenza urinaria e/o fecale. Nonostante i progressi relativi al trattamento sull'incontinenza, il controllo della vescica o dell'intestino non è un obiettivo raggiungibile da tutti i pazienti incontinenti; per questo molte persone incontinenti usufruiscono dei prodotti contenitivi per poter continuare a svolgere le loro attività di vita quotidiana (Fader et al., 2008). Come evidenzia lo studio di Uchil et al. (2005), se la sintomatologia di un'incontinenza urinaria incide negativamente sulla qualità di vita quotidiana, il paziente è propenso a richiedere un intervento medico.

L'International Continence Society (ICS), organismo internazionale, punto di riferimento per gli specialisti che si occupano di incontinenza urinaria, definisce l'IU come una perdita involontaria di urina. Questa definizione, introdotta nel 2005, differisce dalla precedente, dove per IU si intendeva una perdita involontaria di urina tale da rappresentare un problema sociale o igienico. La nuova definizione riflette il fatto che una persona con perdita involontaria di urina è incontinente,

independientemente che la viva come un problema sociale o igienico. In questo modo si semplificano gli studi epidemiologici volti a individuare la reale incidenza dell'IU che ancora rimane un problema sottovalutato (Shaban, Drake, & Hashim, 2010; Martines & De Rose, 2012). Ci sono più casi di incontinenza urinaria durante la vita adulta (20 – 30%) con un costante incremento dopo i 65 anni (30 – 50 %). Il The National Association for Continence (NAFC) nel 2008 identifica costi diretti ed indiretti associati all'IU. I costi diretti sono associati alle risorse spese per trattare o mitigare gli effetti dell'IU (test diagnostici, farmaci, presidi di contenimento); molti pazienti preferiscono gestire autonomamente il problema utilizzando il sistema di assorbenza e cambiando frequentemente gli indumenti. Il Sistema Sanitario Nazionale italiano nel 2011 ha speso 300.000.000 euro per i presidi di assorbenza (Martines & De Rose, 2012). I costi indiretti sono associati all'impatto dell'IU sulla qualità di vita del paziente e caregiver. L'IU determina importanti conseguenze fisiche, psicologiche e sociali sull'individuo colpito. Le più comuni complicanze fisiche sono: infezioni del tratto urinario, infezioni perineali locali e irritazione della cute perineale causate dal contatto con l'urina contenete ammoniaca. A livello psicologico la persona prova rabbia, imbarazzo, depressione, perde la fiducia in sé stessa e ciò la porta a ridurre i rapporti interpersonali, all'isolamento sociale fino alla dipendenza da terzi. Allo stesso tempo c'è un aumento del carico di lavoro del caregiver che non riesce più a gestire il malato, perciò molto spesso l'anziano viene istituzionalizzato (D'Ercole & Bondioli; Ward – Smith, 2009). L'incontinenza urinaria può essere suddivisa in due principali categorie (Gibbs, Johnson, & Ouslander, 2007; Khandelwal & Kistler, 2013):

- Incontinenza acuta o transitoria;
- Incontinenza cronica.

L'IU acuta, ad esordio improvviso e di durata inferiore alle sei settimane, è determinata da fattori reversibili e trattabili che possono contribuire anche allo sviluppo dell'IU cronica; la sigla DIAPPERS è utile per richiamare le comuni cause reversibili dell'IU (Khandelwal & Kistler, 2013):

- D: delirio;
- I: infezioni del tratto urinario;
- A: vaginite atrofica;
- P: farmaci;

- P: disordini psicologici (es. depressione);
- E: eccessiva produzione di urina – poliuria (es. stati di iperglicemia);
- R: ridotta mobilità che determina incontinenza funzionale oppure ritenzione urinaria reversibile indotta da droghe;
- S: stipsi.

Tra le sostanze che possono determinare un'IU ci sono:

- Farmaci: ACE inibitori, diuretici, anticolinergici, psicotropi (antidepressivi, antiparkinsoniani), oppioidi, agonisti alfa adrenergici, antagonisti alfa adrenergici;
- Alcool: ha un effetto diuretico che può causare IU da urgenza o da sovra – riempimento; determina poi sedazione, delirio, immobilità;
- Caffaina: che può determinare poliuria e irritazione della vescica.

Correggendo uno di questi fattori è possibile risolvere l'IU transitoria. Il persistere del sintomo richiede un'ulteriore valutazione.

Molti pazienti con IU non chiedono aiuto spontaneamente e non confidano tale disturbo, perciò per prima cosa bisogna identificare tali soggetti tramite semplici domande come: “ha avuto problemi vescicali?”, “ha avuto perdite involontarie di urina?”, “indossa pannoloni per protezione?” (Gibbs et al., 2007). Una volta identificato il paziente con IU, si accerta se è affetto da una forma transitoria, applicando la sigla mnemonica DIAPPERS. Se l'accertamento è negativo o trattando le cause reversibili la situazione non migliora, allora si indaga per un'incontinenza urinaria cronica. Per prima cosa si consegna al paziente un questionario costituito da 3 domande (*3 Incontinence Questions Questionnaire*) che indaga se, quando e come il soggetto ha esperienza di perdita urinaria; in base alle risposte è possibile definire il tipo di IU (Khandelwal & Kistler, 2013). Per un'accurata valutazione del paziente con IU cronica si dovrebbe procedere con un'anamnesi che indaga quando è iniziato il problema, i sintomi che il paziente prova (frequenza, urgenza, disuria, nicturia, perdite durante le attività quotidiane), gli aspetti che possono aver contribuito allo sviluppo dell'IU, gli effetti dell'incontinenza sul proprio lavoro, sulle attività quotidiane, sul sonno, sull'attività sessuale e sulle relazioni sociali. I fattori che possono contribuire allo sviluppo dell'incontinenza sono: alterata mobilità, alterato stato mentale, assunzione di particolari farmaci, accessibilità al bagno, interventi chirurgici che potrebbero aver influito sull'anatomia e innervazione

dell'ultimo tratto urinario, problemi ginecologici, cardiovascolari. Teel (2013) individua altri fattori come: debolezza dei muscoli del pavimento pelvico, prolasso degli organi pelvici, disordini neurologici (sclerosi multipla, ictus, Parkinson, trauma celebrale o del midollo spinale), storia di iperplasia prostatica benigna, stipsi, tosse cronica, asma, fumo, storia di infezioni delle vie urinarie ricorrenti, ridotta concentrazione di estrogeni, diabete, uso di indumenti stretti, declino della funzione cognitiva, radioterapia, obesità. Poiché molti pazienti non riescono a fornire informazioni chiare sul proprio modello di eliminazione urinaria, può essere utile il diario minzionale dove il paziente registra la frequenza di episodi di incontinenza e le situazioni in cui tali episodi si verificano. Il diario minzionale è utile anche per classificare il tipo di incontinenza e serve come base per comparare la severità dell'IU dopo il trattamento (Shephan & Hajjar, 2012). Alla storia clinica del paziente si aggiunge un esame obiettivo che dovrebbe includere (Shephan & Hajjar, 2012; Loh & Sivalingam, 2006) :

- valutazione addominale: la palpazione permette di identificare eventuali masse e la percussione della vescica può evidenziare un residuo post minzionale se c'è una ritenzione > 500 ml;
- valutazione neurologica per accertare le funzioni cognitive, disfunzioni neurologiche dei muscoli del pavimento pelvico, eventuali disordini come ictus, sindrome di Parkinson, demenza, lesione del midollo spinale;
- esame rettale che valuta il tono della muscolatura del retto e la chiusura dello sfintere anale con la tosse. Negli uomini l'esame rettale permette di esaminare la prostata ed evidenziare eventuali anomalie che possono contribuire ad un'ostruzione del flusso urinario e ad una vescica sovra distesa;
- esame ginecologico nelle donne che verifica l'eventuale presenza di vaginite atrofica, irritazione vulvare, prolapsi, infezioni. Durante tale esame può essere utile il test della tosse, ossia far tossire la persona con la vescica piena; una persona con IU da stress o da sovra distensione può manifestare una perdita di urina durante il test. Il test della tosse è un esame clinico affidabile per confermare la diagnosi di IU da stress, ha una buona specificità e sensibilità, tuttavia nei casi incerti è richiesta una valutazione urodinamica.

Altri esami che permettono di fare diagnosi di IU sono:

- test di laboratorio come: creatininemia e uremia (se alti possono essere indice di una vescica sovra distesa per un'ostruzione o una mancata contrattilità del detrusore); esame delle urine per rilevare eventuali infezioni, glicosuria, ematuria.
- PVR: post void residual, utile per fare diagnosi di IU da sovra distensione, consiste nel misurare il residuo di urina in vescica dopo la minzione; un valore < 100 ml è fisiologico, valori tra 100 e 200 ml suggeriscono un inadeguato svuotamento, ≥ 200 ml è indice di una ritenzione urinaria che può essere determinata da un'ostruzione dello sfintere vescicale o da una vescica non contrattile. È importante escludere una IU da sovra riempimento perché anomalie croniche nello svuotamento della vescica possono portare a idronefrosi e problematiche nella funzionalità renale.
- valutazione urodinamica.

Il trattamento dell'IU è volto a risolvere principalmente le cause dell'IU integrando strategie farmacologiche e non. Tra i vari interventi ci sono (Stephan & Hajjar, 2012; Shaban et al., 2010):

- interventi comportamentali raccomandati come approccio iniziale con lo scopo di modificare l'impatto e la progressione della patologia; comprendono: cambiamenti dello stile di vita (modificare l'introduzione di liquidi nell'arco della giornata, non assumere caffeina, perdere peso); esercizi di rafforzamento dei muscoli del pavimento pelvico che consistono in una serie di contrazione – rilassamento ripetitivi dei muscoli pelvici; dovrebbero essere svolti 3 volte al giorno tutti i giorni e sono risultati efficaci per i pazienti con IU da stress o mista. Se il paziente non è in grado di isolare i muscoli pelvici, può essere aiutato con il biofeedback. Per pazienti incontinenti non autosufficienti gli interventi per migliorare l'incontinenza sono svolti dal caregiver che deve promuovere una regolare minzione ad orari.
- Terapia farmacologica. Gli agenti anticolinergici sono risultati efficaci nel trattamento dell'IU da urgenza in quanto vanno ad agire sulla contrattilità della vescica; possono presentare effetti collaterali come secchezza della bocca, stipsi, sedazione, alterazione del livello cognitivo, tachicardia, palpitazioni e sono controindicati in pazienti con glaucoma, reflusso gastroesofageo e stipsi (Loh &

Sivalingam, 2006). Per l'IU da stress è consigliato la duloxetina che favorisce la contrazione dello sfintere uretrale senza intaccare il coordinamento tra vescica e uretra (Goepel et al., 2010); i possibili effetti collaterali sono: nausea, stipsi, secchezza bocca, affaticamento, sonnolenza.

- Trattamento chirurgico: è da considerare quando i precedenti interventi sono falliti o in casi di un'importante anomalia anatomica.

Se l'IU non si risolve con uno degli interventi sopra citati, allora si deve pensare ad utilizzare dispositivi di contenimento come il pannolone o dispositivi di raccolta come il cateterismo vescicale ad intermittenza o a permanenza o l'uro – condom.

1.4.2. *Decision making dell'infermiere*

Il *decision making* è un processo che permette di stabilire l'azione più adeguata da effettuare, ossia l'azione che più probabilmente produrrà il risultato atteso. Il processo decisionale implica riflessione, valutazione e scelta; è importante nel problem solving e nelle fasi del processo assistenziale infermieristico in quanto di fronte a scelte che si escludono reciprocamente l'infermiere sceglierà la migliore per il paziente (Wilkinson, 2009). La presa di decisione è un processo che rafforza la sfera di autonomia e di responsabilità professionale dell'infermiere, insieme alla libertà di dare giudizi clinici e agire, assumendosi la responsabilità delle proprie scelte e azioni (Skar, 2008). Le decisioni cliniche che prende un infermiere hanno un impatto significativo sugli esiti di un paziente; per questo gli infermieri dovrebbero accertare, apprendere e incorporare le evidenze scientifiche all'interno del loro giudizio professionale e della loro presa di decisione (Thompson, Cullum, McCaughan, Sheldon, & Raynor, 2004). La nascita dell'Evidence Based Nursing valorizza una competenza specifica dell'infermiere nell'ambito dell'assistenza sanitaria in grado di produrre, a favore degli assistiti, "propri" risultati di salute sostenuti da prove scientifiche di efficacia (Motta, 2001).

In letteratura sono stati descritti due modelli principali di *decision making*: il modello analitico e il modello intuitivo (Sirkka & Sanna, 1998; Banning, 2008). Secondo il *modello analitico*, la presa di decisione si basa su un processo sistematico che include l'osservazione del problema con acquisizione di informazioni, la formulazione di ipotesi e la verifica di queste dove si individuano i vantaggi e svantaggi di ogni opzione e si sceglie la migliore in base alle evidenze e al problema iniziale. Il *modello intuitivo* pone

al centro l'intuizione e riconosce che l'esperienza infermieristica sia un aspetto che arricchisce il processo di *decision making* nelle diverse fasi di crescita professionale dell'infermiere. Quest'ultimo modello si attiva quando le informazioni necessarie non sono ricavabili da evidenze scientifiche e perciò entra in gioco la discrezionalità dell'infermiere.

Il sistema di assorbenza, come abbiamo già visto, è un dispositivo che permette di contenere le perdite di urine in pazienti con IU. Sebbene siano presenti protocolli per un'adeguata gestione del paziente anziano con incontinenza urinaria, la decisione dell'infermiere di applicare il sistema di assorbenza a un paziente continente si fonda sull'accertamento del paziente e sulle conoscenze dell'infermiere riguardo al dispositivo di continenza. Come si evidenzia da uno studio di Palese et al. (2007) e di Zisberg (2011) il sistema di assorbenza è stato applicato anche a pazienti continenti. La decisione di posizionare il sistema di assorbenza è stata presa dall'infermiere sulla base delle condizioni cliniche del soggetto accertate all'ingresso: deficit dello stato cognitivo e funzionale del paziente, la gravità della malattia, fattori ambientali e scarsità di personale infermieristico. Una volta applicato il pannolone, tuttavia, non sono state eseguite successive valutazioni per l'eventuale sospensione del pannolone. Nel caso specifico di un paziente con sospetta incontinenza urinaria, il professionista sanitario dovrebbe affrontare il problema sulla base delle ultime evidenze scientifiche che indicano la gestione dell'IU. È importante procedere con un iniziale accertamento del paziente e successivi esami diagnostici e strumentali, sopra descritti, per poter fare diagnosi di IU. In base ai dati raccolti e alle proprie conoscenze, il professionista sanitario deciderà quale intervento attuare per quel specifico paziente. Se il paziente incontinente è un soggetto autosufficiente con uno stato cognitivo funzionale il professionista sanitario dovrebbe mettere in atto interventi di promozione alla continenza, garantendo una buona qualità di vita al soggetto; se invece il paziente è molto anziano, disabile con deficit cognitivi o se gli interventi di promozione alla continenza sono falliti il professionista sanitario allora può pensare di applicare dispositivi contenitivi come il sistema di assorbenza o un catetere vescicale (Newman, 2004). Johnson et al. (2001) ha condotto uno studio descrittivo e comparativo sulle preferenze, riguardo al trattamento dell'IU, di pazienti degenti di una casa di riposo, i familiari e lo staff infermieristico di suddetta struttura. La scelta di Johnson di svolgere

questa indagine è nata dal fatto che in molte case di riposo, dove si utilizza maggiormente il pannolone, la scelta del trattamento dell'IU non considera l'opinione del paziente, familiare o infermieri. Dopo aver fornito sette combinazioni di cinque diversi trattamenti dell'IU, i risultati hanno evidenziato che i familiari preferiscono utilizzare il sistema di assorbimento o la promozione alla minzione (PV) piuttosto del catetere vescicale, gli infermieri preferiscono la PV, i pazienti preferiscono la terapia farmacologica. Alle preferenze, poi, i pazienti dichiararono di volere un trattamento naturale, facile, che non causasse imbarazzo e dipendenza; mentre gli infermieri volevano che la loro scelta del trattamento favorisse un aumento dell'autostima del paziente ed evitasse l'insorgenza di infezioni.

CAPITOLO 2

SCOPO DELLO STUDIO

Il sistema di assorbenza è un dispositivo che viene solitamente applicato in pazienti con incontinenza urinaria. Dalla revisione della letteratura si evidenzia che tale sistema viene applicato anche in soggetti che al momento del ricovero sono continenti, aumentando il rischio di creare un'incontinenza urinaria e determinando conseguenze sulla salute fisica, mentale e qualità di vita del soggetto.

Su queste basi, la tesi ha lo scopo di indagare la presa di decisione dell'infermiere nell'applicare o meno il pannolone ad un paziente che viene accolto nell'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo dell'Azienda ULSS 18. Nello specifico:

- accertare il modello di eliminazione urinaria di tutti i pazienti che vengono ricoverati in un mese presso l'Unità Operativa di Medicina;
- rilevare l'eventuale presa di decisione dell'infermiere sull'utilizzo del pannolone rispetto al campione di pazienti individuato.

CAPITOLO 3

MATERIALI E METODI

3.1. Disegno dello studio

Lo studio condotto, di tipo osservazionale, è volto ad indagare la presa di decisione degli infermieri per quanto riguarda il posizionamento del sistema di assorbenza in pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo.

La scelta di trattare questo argomento è nata durante i tre anni di tirocinio formativo presso il Presidio Ospedaliero di Rovigo, e il disegno dello studio è stato progettato insieme al Relatore e al Correlatore. Nel momento in cui si è deciso di svolgere lo studio presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo, sono stati contattati e coinvolti la Coordinatrice Infermieristica e il Responsabile Medico del Servizio. I diversi incontri sono stati distribuiti in un periodo compreso tra febbraio 2015 e settembre 2015. Per l'indagine è stato revisionato uno studio di Palese et al. (2007), uno studio di coorte prospettico multicentrico, che aveva lo scopo di valutare l'incidenza dell'utilizzo del pannolone tra i pazienti ammessi in reparti di Medicina, le ragioni per cui gli infermieri decidevano di usare il pannolone, e gli esiti di un uso inappropriato del pannolone da parte dei pazienti dopo la dimissione dall'ospedale. Lo studio prevedeva l'accertamento iniziale di pazienti ricoverati presso due reparti di Medicina da parte di due infermieri esperti. Durante il ricovero, poi, ciascun paziente veniva valutato tre volte al giorno (che coincideva con i cambi turno) per il posizionamento del sistema di assorbenza utilizzando una griglia dove si indicava se il paziente indossava o meno il pannolone; inoltre, per i pazienti che utilizzavano il pannolone, si consegnava un questionario all'infermiere di turno indagando le ragioni per cui a quel paziente si era posizionato il pannolone.

Gli aspetti ripresi da questo studio per l'indagine sono stati:

- la raccolta dati dei nuovi pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo: età, sesso, motivo del ricovero, modello di eliminazione urinaria all'ingresso, uso del sistema di assorbenza a domicilio, uso del sistema di assorbenza durante la degenza e per quanto tempo, indice di Barthel, paziente vigile e orientato;

- la somministrazione di un questionario agli infermieri della medesima Unità Operativa che accoglievano e assistevano i nuovi pazienti ricoverati.

3.2. Campionamento e setting

Lo studio è stato condotto dal 15 luglio 2015 al 1 settembre 2015 presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo dell'Azienda ULSS 18. Il reparto, costituito da 34 posti letto, è suddiviso in due moduli A e B. In base agli obiettivi dell'indagine, il campione è rappresentato da pazienti e infermieri. I pazienti sono nuovi degenti ricoverati presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero Rovigo in un determinato periodo di tempo concordato con Relatore, Correlatore e Coordinatrice Infermieristica del reparto; il reclutamento di ciascun paziente terminava con la dimissione, il trasferimento in un altro reparto o il decesso. Poiché il campione di pazienti prevedeva il reclutamento di nuovi ingressi, i pazienti che venivano ricoverati più volte nel periodo di indagine, venivano inclusi una sola volta. La seconda parte del campione è rappresentato dagli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina che hanno assistito i pazienti ricoverati nei 30 giorni. Nonostante periodi di ferie di alcuni infermieri, nello studio sono stati inclusi tutti e 22 gli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina in quanto, comunque, nell'arco dei 30 giorni, hanno assistito i pazienti inclusi nel campione.

3.3. Attività di raccolta dati

L'indagine si è sviluppata in due momenti.

Dal 15 luglio 2015 al 13 agosto 2015 (30 giorni) è stato svolto un tirocinio di 140 ore, suddivise in mattine e pomeriggi, durante le quali la studente ha effettuato la raccolta dati dei pazienti. Nello specifico sono stati raccolti i dati di tutti i nuovi ingressi presso l'Unità Operativa di Medicina di questo periodo consultando fonti secondarie quali accertamento e diario infermieristico, caregiver o familiare.

Dal 14 agosto 2015 al 1 settembre 2015 è stato somministrato un questionario a tutti gli infermieri che hanno assistito direttamente i pazienti ricoverati nei 30 giorni precedenti e sono state accertate le dimissioni dei pazienti facente parte del campione che erano ancora ricoverati dopo la fine del tirocinio.

3.4. Strumenti di raccolta dati

Per lo studio è stato utilizzato uno strumento reperito dallo studio di Palese et al. (2007), revisionato e adattato allo scopo dell'indagine. Per l'indagine:

1. è stata costruita una scheda dove poter raccogliere e registrare i dati dei nuovi ingressi nell'Unità Operativa di Medicina (dal 15 luglio 2015 al 13 agosto 2015): età e sesso del paziente, motivo del ricovero, durata della degenza, modello di eliminazione urinaria all'ingresso (paziente continente o incontinente), utilizzo del sistema di assorbenza a domicilio, utilizzo del sistema di assorbenza in ospedale e per quanto tempo, indice di Barthel, stato cognitivo del paziente all'ingresso (vigile e orientato). La studente chiedeva informazioni all'infermiere e consultava il diario infermieristico per accertare l'utilizzo del pannolone in ospedale e per quanto tempo. Lo strumento è visibile nell'**allegato 2**.
2. Dopo i 30 giorni, è stato somministrato un questionario agli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina che hanno assistito i pazienti ricoverati nel periodo dal 15 luglio al 13 agosto 2015. Il questionario, con risposte predefinite si/no, volto ad indagare la presa di decisione dell'infermiere nel posizionare il sistema di assorbenza ad un paziente, è visibile nell'**allegato 3**.

Rispetto alle domande del questionario, le prime tre riprendono aspetti discussi nello studio di Palese et al.: se c'è un accertamento iniziale del modello di eliminazione urinaria e un accertamento intermedio che influenzano la decisione dell'infermiere di posizionare il pannolone. Le motivazioni che portano a posizionare il pannolone indicate nel questionario sono le più comuni riscontrate da Palese durante la sua indagine. Le domande 4 e 5 sono state ideate per valutare il grado di collaborazione e comunicazione tra l'infermiere e l'operatore socio – sanitario dell'Unità Operativa di Medicina di Rovigo riguardo l'attività di posizionamento del sistema di assorbenza, in quanto nel corso del tirocinio formativo triennale è stato rilevato che tale attività non viene svolta solo dall'infermiere ma anche dall'OSS.

3.5. Analisi dei dati

I dati dei pazienti sono stati inseriti in una tabella formato Excel distinguendo l'età del paziente, il sesso, il motivo del ricovero, lo stato di continenza o incontinenza urinaria all'ingresso, l'uso del sistema di assorbenza a domicilio, l'uso del sistema di assorbenza durante la degenza, durata dell'utilizzo del pannolone durante il ricovero, indice di Barthel, stato cognitivo del paziente. Le domande del questionario sono state riportate in un'altra tabella Excel dove poter poi riportare e sommare le risposte degli infermieri. Una volta raccolti i dati dei pazienti e le risposte del questionario, sono stati elaborati per poterli rappresentare graficamente.

CAPITOLO 4

RISULTATI

4.1. Descrizione del campione

Nel periodo dal 15 luglio 2015 al 13 agosto 2015, presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo sono stati ricoverati 88 pazienti provenienti dal proprio domicilio, da case di riposo o altre Unità Operative. Una paziente, donna, è stata ricoverata due volte nello stesso periodo di osservazione, per cui, secondo i criteri di inclusione descritti nel capitolo precedente, la paziente è stata inclusa una sola volta. Il campione di pazienti, la cui età media è 79 anni, è rappresentato da 49 donne (56,3 %) e 38 uomini (43,7 %). I pazienti sono stati ricoverati per: patologie respiratorie (16/87: insufficienza respiratoria, broncopolmonite, dispnea, trombo embolia polmonare, emoftoe), patologie cardiovascolari (11/87: scompenso cardiaco, dolore toracico, screezio troponinico, flutter atriale, cardiopatie), problemi renali (10/87: insufficienza renale acuta, ematuria, idroureteronefrosi), infezioni (9/87: febbre, sepsi, piede diabetico infetto), problemi gastrointestinali (9/87: disfagia, dolori addominali, vomito, rettoragia, iperammoniemia, ittero), squilibri idro elettrolitici (8/87: disidratazione, disionemia), problemi neurologici (8/87: ictus, TIA, alterazione dello stato di coscienza), e altre condizioni (anemia, ipoglicemia, atralgie, diabete scompensato). Degli 87 pazienti, 13 sono deceduti, i rimanenti sono stati dimessi a domicilio, in case di riposo o strutture riabilitative. La degenza media è stata di circa $12 \pm 5,9$ giorni (range 1 – 31 giorni). Secondo le fonti secondarie consultate, 42 pazienti all'ingresso presentavano un normale modello di eliminazione urinaria (54,8 % maschi e 45,2 % femmine), mentre 45 pazienti erano incontinenti (33,3 % maschi e 66,7 % femmine).

La figura 1 rappresenta il modello di eliminazione urinaria dei nuovi pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo rispetto al genere (maschile e femminile).

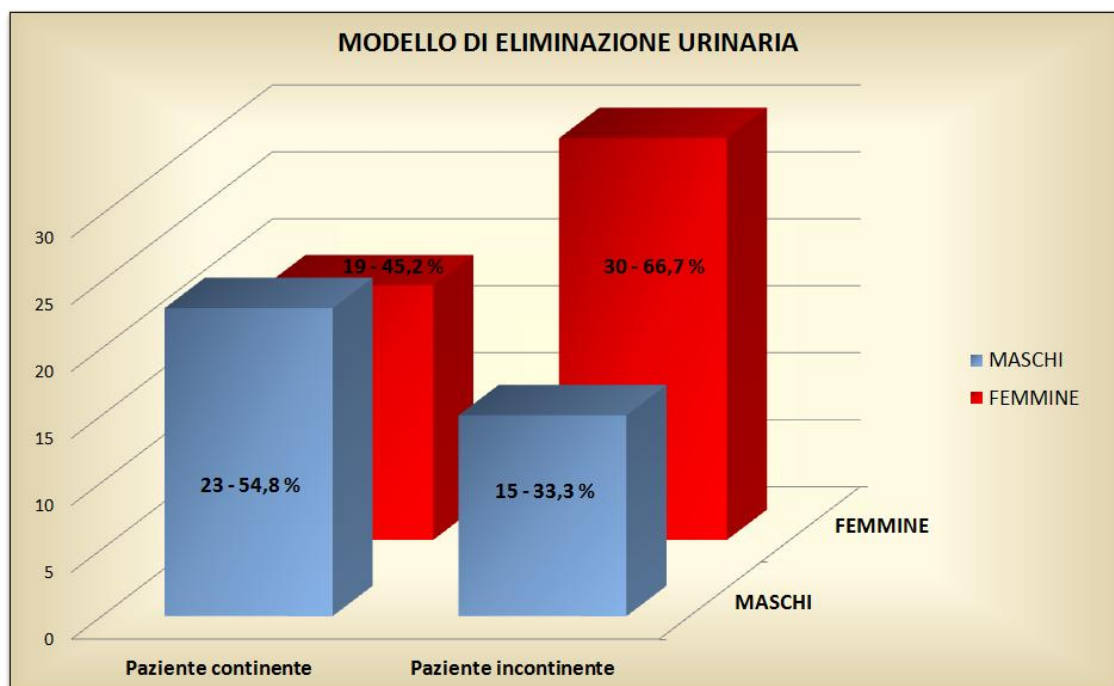


Figura 1. Modello di eliminazione urinaria all'ingresso.

Dei 45 pazienti incontinenti al momento del ricovero, 42 pazienti (93,3 %) utilizzavano il sistema di assorbente a domicilio; 3 pazienti incontinenti non utilizzavano il pannolone a casa in quanto due presentavano rispettivamente urostomia e catetere vescicale a permanenza post prostatectomia, il terzo paziente era diventato incontinente in seguito ad un ictus, durante il ricovero in Stroke precedente all'ingresso in Medicina. Durante il periodo di degenza il pannolone è stato posizionato ai 42 pazienti incontinenti che già utilizzavano il dispositivo a domicilio e al paziente colpito da ictus. Dei 43 pazienti con il sistema di assorbente durante la degenza, il 90,7 % aveva un indice di Barthel < 25, mentre il 9,3 % aveva un indice tra 25 e 49. Dei pazienti completamente dipendenti, 15 erano vigili e orientati, 12 vigili ma disorientati e 12 comatosi; i pazienti con dipendenza grave erano vigili e orientati. All'ingresso il paziente con urostomia era vigile ma disorientato con una dipendenza moderata, mentre il paziente con catetere vescicale permanente era vigile e orientato con una dipendenza lieve.

Dei 42 pazienti continenti, 3 pazienti (7,1 %) utilizzavano il pannolone a domicilio. Questo dato ha portato la studente a chiedere ulteriori informazioni ai caregivers di questi pazienti che hanno confermato l'applicazione del sistema di assorbente a

domicilio sebbene il paziente fosse continente per “un fatto di sicurezza” e per “un peggioramento delle condizioni cliniche del paziente precedente al ricovero che impediva il loro trasferimento al bagno”. Una volta ricoverati, il sistema di assorbenza è stato rinnovato ai 3 pazienti che già lo utilizzavano a domicilio e posizionato a 18 pazienti continenti. Dei 21 pazienti continenti (50%) con il sistema di assorbenza durante il ricovero, 8 presentavano un indice di Barthel < 25 (14,3 % vigile e orientato, 23,8 % vigile ma disorientato), 7 un indice tra 25 e 49 (28,6 % vigile e orientato, 4,8 % vigile ma disorientato), 4 vigili e orientati con indice tra 50 e 74, 2 vigili e orientati con indice tra 75 e 90.

Tra i pazienti continenti la durata media dell’uso del pannolone durante il ricovero era di $4,3 \pm 2,5$ giorni rispetto ai $13,4 \pm 6$ giorni di degenza; mentre tra i pazienti incontinenti la durata era di $6,7 \pm 3,6$ giorni rispetto ai 12 ± 6 giorni di degenza.

La figura 2 confronta il posizionamento del sistema di assorbenza a domicilio e durante la degenza tra i pazienti continenti e incontinenti.

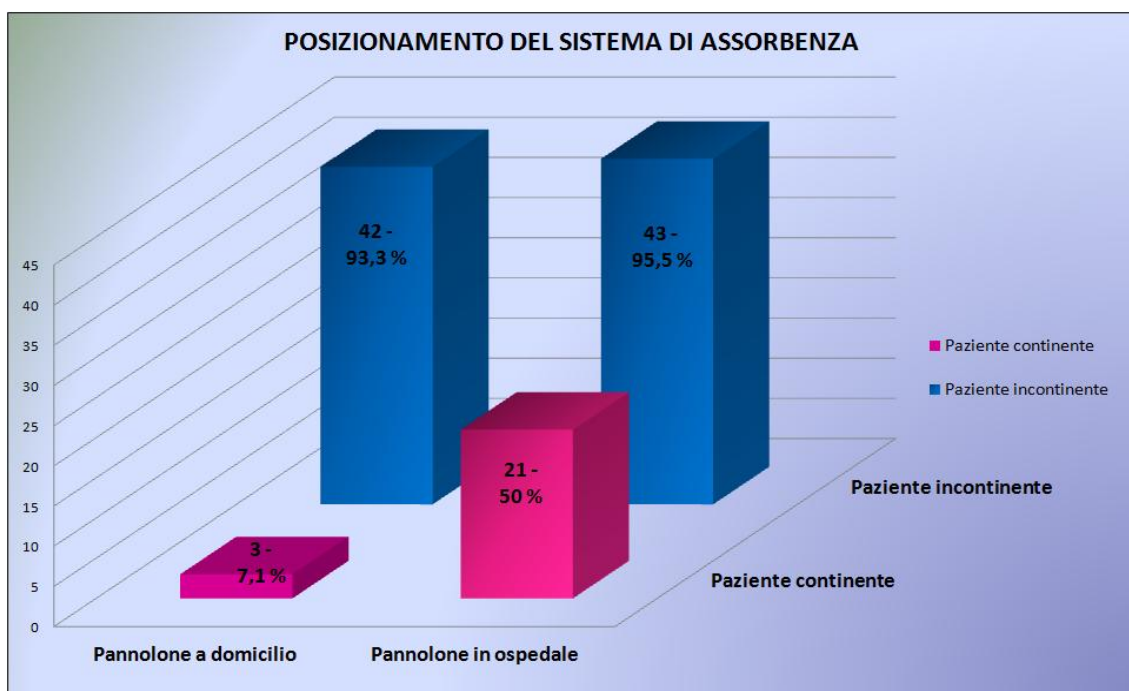


Figura 2. Posizionamento del sistema di assorbenza.

La figura 3 rappresenta la distribuzione dei pazienti continenti con sistema di assorbenza in regime di ricovero rispetto allo stato cognitivo e all'indice di Barthel.

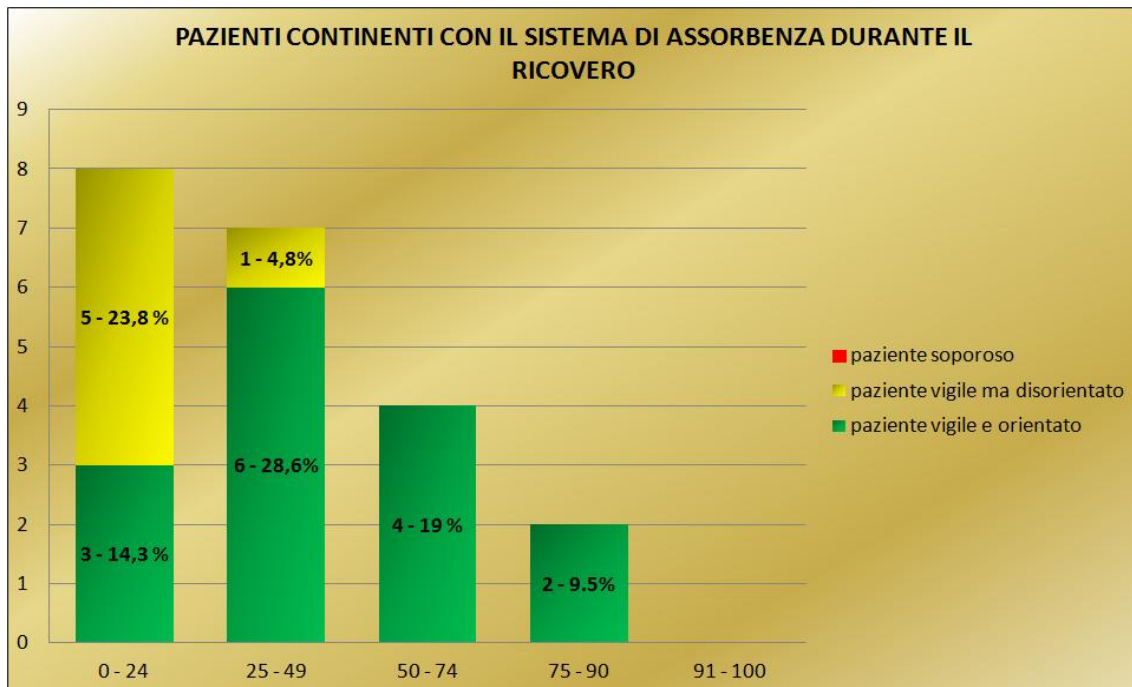


Figura 3. Indice di Barthel e stato cognitivo dei pazienti continenti.

La figura 4 rappresenta invece la distribuzione dei pazienti incontinenti a cui è stato applicato il pannolone durante la degenza considerando il loro stato cognitivo e l'indice di Barthel all'ingresso.

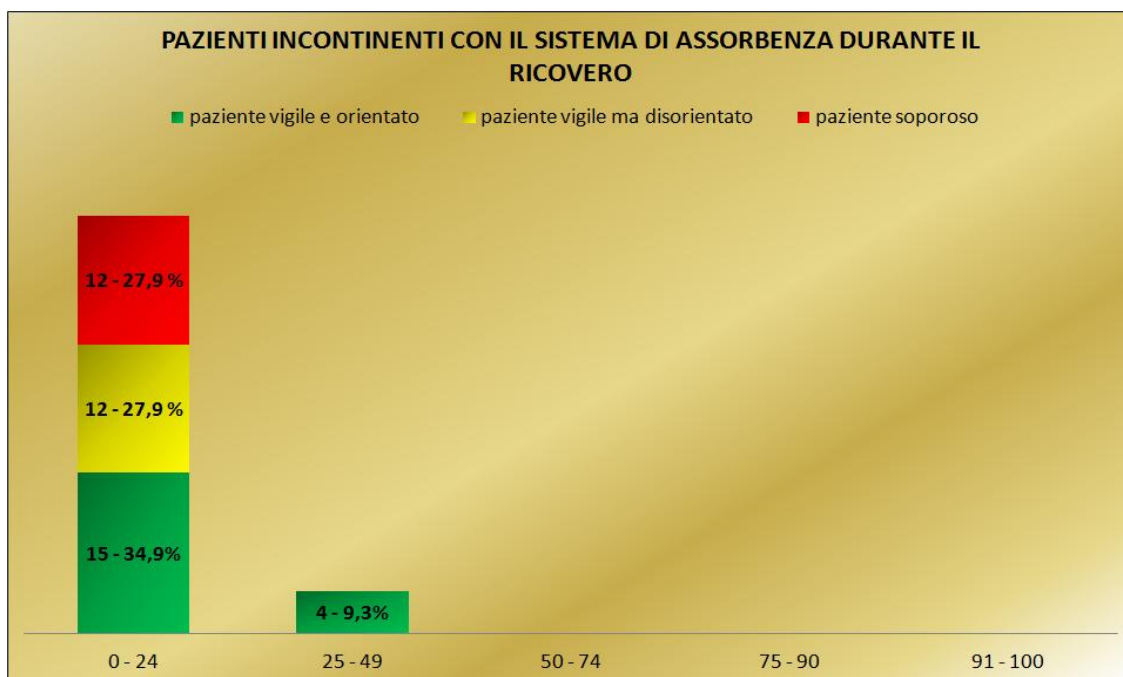


Figura 4. Indice di Barthel e stato cognitivo dei pazienti incontinenti.

Dei 22 infermieri dell'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo coinvolti nella compilazione del questionario, 18 hanno consegnato il questionario compilato. Rispetto alle domande del questionario, tutti gli infermieri (100 %) hanno risposto positivamente alle domande riguardo l'accertamento iniziale del modello di eliminazione urinaria del paziente ricoverato e la valutazione intermedia del paziente per decidere se applicare, confermare o sospendere il pannolone. La quasi totalità degli infermieri (94,4 %) ha sostenuto di attribuire alla figura dell'operatore socio – sanitario l'attività relativa al posizionamento del pannolone, e che l'OSS comunica all'infermiere eventuali modifiche del modello di eliminazione urinaria.

La figura 5 evidenzia le risposte riguardo l'accertamento e la valutazione intermedia del modello di eliminazione urinaria.

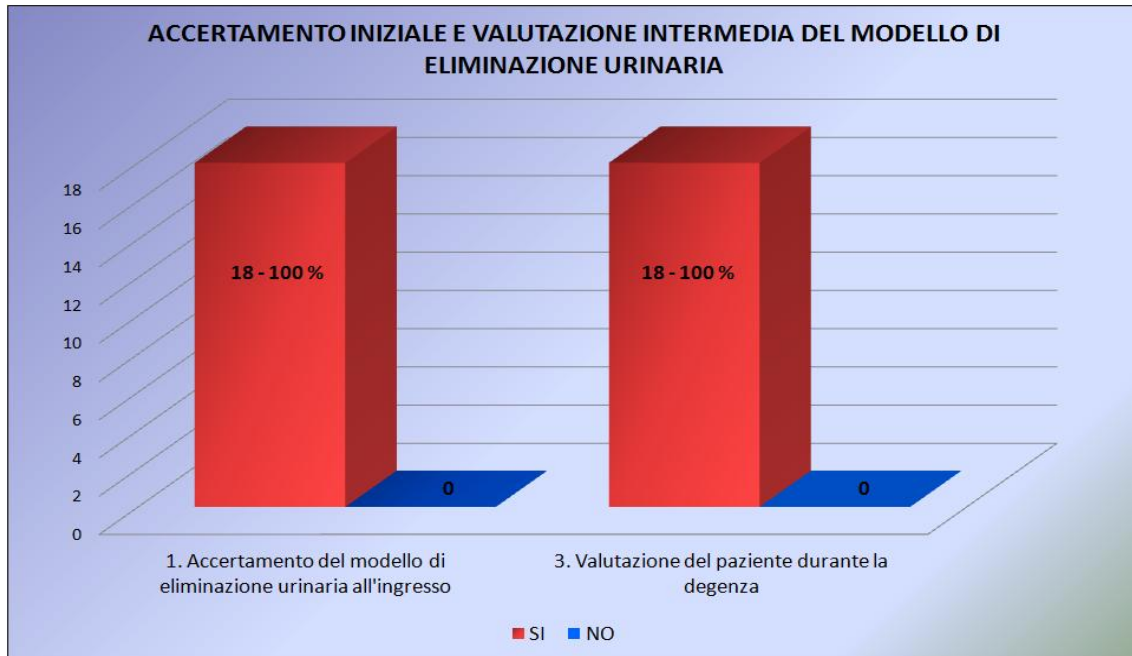


Figura 5. Accertamento iniziale e valutazione intermedia del modello di eliminazione urinaria.

La figura 6 confronta le risposte degli infermieri riguardo l'attività di posizionamento del pannolone attribuita all'OSS e la comunicazione con questa figura.

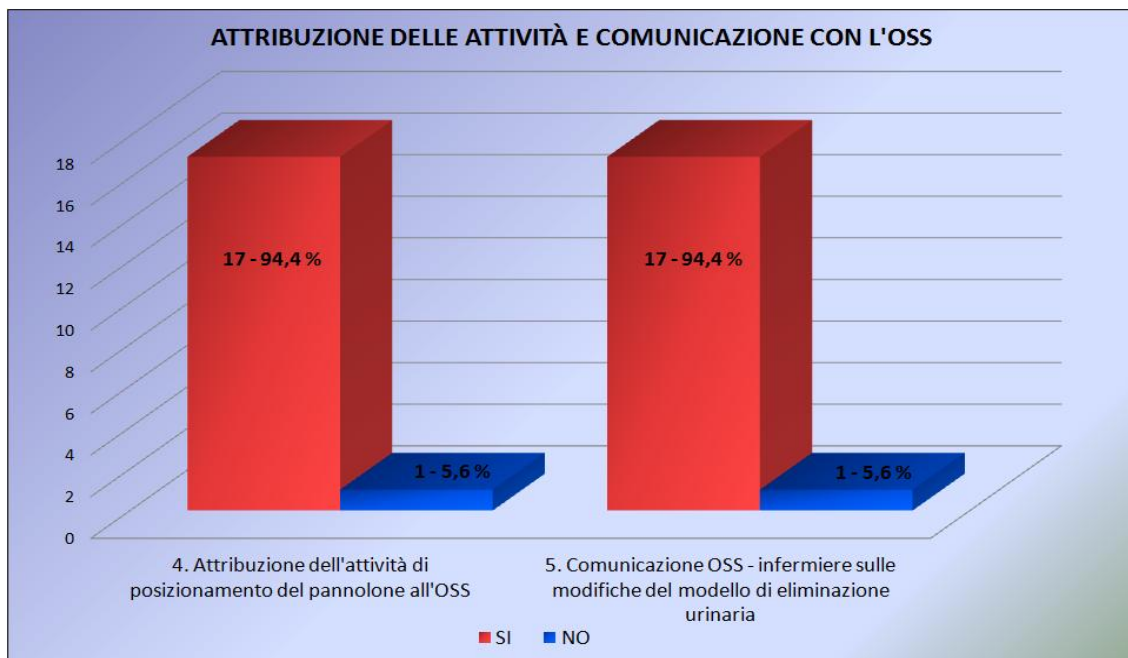


Figura 6. Attribuzione delle attività e comunicazione con l'OSS.

La seconda domanda del questionario chiedeva agli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina di indicare le motivazioni che li hanno portati a decidere di applicare il sistema di assorbimento agli 87 pazienti ricoverati e assistiti dal 15 luglio 2015 al 13 agosto 2015; le principali sono state: un'incontinenza determinata da problemi esistenti (es. ictus, patologie degenerative), un'incontinenza determinata da un disorientamento spazio – temporale, perdita involontaria di urina non percepita dal paziente (IU), presenza di altri problemi esistenti (es. diarrea), incontinenza fecale. Rispetto ad un'incontinenza funzionale determinata da una ridotta mobilità il 44,4 % dei 18 infermieri ha deciso di applicare il pannolone; mentre il 50 % lo ha posizionato su richiesta diretta del paziente. Dodici infermieri non hanno posizionato il sistema di assorbimento nel caso in cui un paziente fosse soggetto ad interventi terapeutici come ad esempio la somministrazione di diuretici. Infine per 17 infermieri (94,4 %) la decisione di posizionare il sistema di assorbimento non dipendeva da una carenza di risorse infermieristiche.

La figura 7 confronta le motivazioni che hanno spinto gli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina a posizionare il sistema di assorbenza al campione di pazienti ricoverati nell'arco dei trenta giorni.

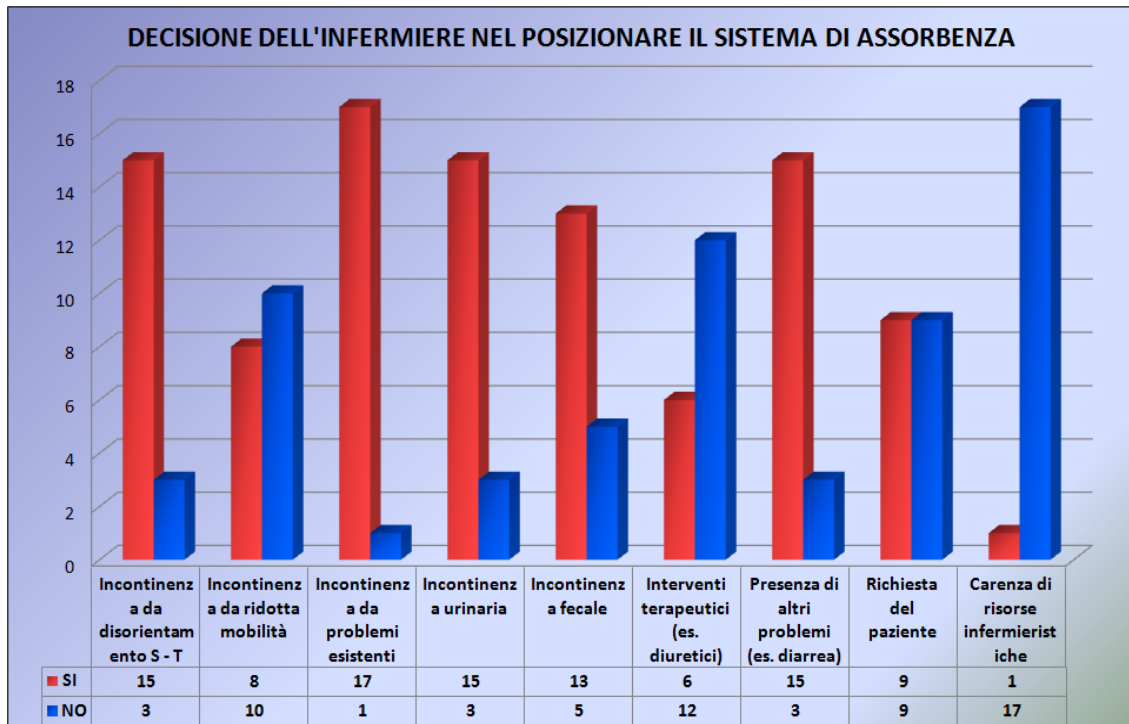


Figura 7. Motivazioni per l'applicazione del sistema di assorbenza.

CAPITOLO 5

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

5.1. Discussione

Il campione di pazienti individuato dal 15 luglio 2015 al 13 agosto 2015 presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo è rappresentato da 87 pazienti di cui 38 maschi e 49 femmine, la cui età media è di 79 anni. I motivi del ricovero sono stati molteplici, ma hanno prevalso principalmente problematiche di tipo respiratorio, cardiocircolatorio, renale, gastrointestinale, neurologico, infettivo e di squilibri idro elettrolitici. Il campione è rappresentativo in termini di età, genere e motivo del ricovero rispetto ai campioni di pazienti di studi trovati in letteratura (Palese et al., 2007; Zisberg, 2011; Zisberg, Gary, Gur – Yaish, Admi, & Shadmi, 2011).

Al momento del ricovero presso l'Unità Operativa di Medicina, il 48,3 % dei pazienti presentava un normale modello di eliminazione urinaria rispetto al 51,7 % con incontinenza urinaria. Analizzando il modello di eliminazione urinaria rispetto al sesso si è visto che all'ingresso i pazienti continenti erano per lo più maschi (23/42: 54,8 %) rispetto alle femmine (45,2 %), mentre al contrario i pazienti incontinenti erano maggiormente le donne (30/45: 66,6 %) rispetto agli uomini (33,3 %). Tutto questo coincide con gli studi reperiti in letteratura (Palese et al., 2007; Zürcher, Saxer & Schwendimann, 2011). Consultando poi l'accertamento infermieristico iniziale dei nuovi pazienti, oltre a 42 pazienti con IU, anche 3 pazienti continenti utilizzavano il sistema di assorbenza a domicilio. Come specificato nei risultati, sono stati coinvolti i caregivers dei tre pazienti continenti, che hanno confermato l'applicazione del sistema di assorbenza a domicilio nonostante il paziente fosse continente per “un fatto di sicurezza” e per “un peggioramento delle condizioni cliniche del paziente che impediva il suo trasferimento al bagno”. Durante il periodo di degenza poi il sistema di assorbenza è stato applicato al 95,5 % dei pazienti con IU e al 50 % dei pazienti continenti. Rilevare che anche presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo si applica il sistema di assorbenza a pazienti che al momento del ricovero sono continenti conferma un fenomeno già evidenziato negli studi di Palese et al. (2007) e di Zisberg (2011).

Per indagare la presa di decisione degli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina nel posizionare il sistema di assorbenza al campione di pazienti raccolto nei 30 giorni di osservazione, è stato somministrato loro un questionario con risposte predefinite al quale hanno risposto 18 infermieri. Le motivazioni elencate nel questionario riprendono quelle evidenziate nello studio di Palese et al. (2007). Confrontando le risposte degli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo e quelle degli infermieri dello studio di Palese et al. si evidenzia che in entrambi i casi si è deciso di applicare il sistema di assorbenza principalmente per un'incontinenza causata da un disorientamento spazio – temporale e da disordini esistenti (es. ictus, patologie degenerative), per una perdita involontaria di urine non percepita dal paziente (IU), per un'incontinenza fecale o per presenza di altri problemi (es. diarrea). Otto infermieri dell'Unità Operativa di Medicina hanno deciso di posizionare il sistema di assorbenza per la presenza di un'incontinenza funzionale determinata da una ridotta mobilità, 9 perché lo aveva richiesto il paziente e 6 perché il paziente era soggetto ad interventi terapeutici (es. somministrazione di diuretici). Infine per 17 infermieri la decisione di applicare il sistema di assorbenza non si è basata su una carenza di risorse infermieristiche.

Un'incontinenza urinaria di base o determinata da disorientamento spazio – temporale o da problemi esistenti sembra essere una motivazione che spinge l'infermiere a decidere di posizionare il sistema di assorbenza, soprattutto se il paziente è troppo anziano, malato o disabile per promuovere la continenza (Newman, 2004); il campione di pazienti ricoverati presso l'Unità Operativa di Medicina aveva un'età media di 79 anni e 48 pazienti su 87 presentava una dipendenza completa e 15 una dipendenza grave secondo la Scala di Barthel. La richiesta del paziente di applicare il pannolone non è un valido motivo in quanto, anche se il paziente si sente sicuro, il pannolone può favorire l'insorgenza di incontinenza urinaria in soggetti continenti (Zisberg et al., 2011) oltre allo sviluppo di dermatite perineale, lesioni da decubito o infezioni delle vie urinarie. Se la decisione di utilizzare il pannolone dipendesse da una carenza di risorse infermieristiche, la presenza di un caregiver durante la degenza del paziente potrebbe essere un fattore protettivo e facilitare l'uso di altri dispositivi contenitivi (Zisberg, 2011). Presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo la presenza del caregiver non garantiva l'uso di altri dispositivi contenitivi, nonostante

l'infermiere lo educasse; anzi il caregiver tendeva ad utilizzare il pannolone sebbene il paziente presentasse un catetere vescicale a permanenza anche se la situazione non lo richiedeva. Lo studio di Zisberg (2011), il cui campione è rappresentato solo da pazienti che al momento del ricovero erano continenti, ha evidenziato che la ridotta mobilità è un fattore predittivo per il posizionamento del sistema di assorbimento, più di altri fattori come lo stato cognitivo e funzionale, l'età, il sesso e la gravità della malattia. Per questo nell'indagine si è voluto raccogliere come dato di ciascun paziente l'indice di Barthel e lo stato cognitivo. L'indice di Barthel va a valutare l'autonomia del paziente nelle attività di vita quotidiana tra cui la capacità di movimento e trasferimento; in base al punteggio, dei 21 pazienti continenti a cui è stato posizionato il pannolone durante la degenza, 8 presentavano una dipendenza completa, 7 una dipendenza grave, 4 una dipendenza moderata e 2 una dipendenza lieve. Questo risultato in parte potrebbe confermare ciò che ha evidenziato lo studio di Zisberg; tuttavia sarebbe scorretto pensare che la decisione di posizionare il pannolone dipenda solo da una ridotta mobilità in quanto di fronte ad una tale situazione si potrebbe utilizzare un pappagallo o una padella, una comoda o posizionare un uro – condom per garantire al paziente una adeguata eliminazione urinaria. Dei 21 pazienti continenti, 6 presentavano un disorientamento spazio – temporale: le condizioni cliniche iniziali dei pazienti erano tali che il medico stesso prescriveva il riposo assoluto a letto per i primi giorni. Una persona disorientata non è collaborativa nell'utilizzo appropriato dei dispositivi contenitivi diversi dal sistema di assorbimento: il paziente tende ad alzarsi per andare al bagno con il rischio di cadere oppure strapparsi involontariamente il catetere vescicale. La decisione di posizionare o meno il pannolone dipende quindi da una serie di fattori come lo stato cognitivo e funzionale del paziente, la gravità della malattia, presenza di altri disturbi come diarrea, incontinenza fecale o urinaria.

La decisione da parte degli infermieri di posizionare un sistema di assorbimento si dovrebbe basare sull'accertamento del paziente come raccomanda lo studio di Palese et al. Questo aspetto è stato indagato anche tra gli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo tramite due domande presenti nel questionario. Analizzando le risposte si riscontra che gli infermieri hanno svolto un accertamento iniziale del modello di eliminazione urinaria dei pazienti ricoverati: questo aspetto è dimostrato anche dalla compilazione della scheda di accertamento iniziale del

modello di eliminazione urinaria di ciascun paziente incluso nello studio, consultata durante la raccolta dei dati. Gli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina hanno valutato il paziente durante la degenza per decidere se applicare, confermare o sospendere il posizionamento del pannolone favorendone un uso discontinuo. Questo aspetto è stato riscontrato analizzando le risposte del questionario e consultando il diario infermieristico dove l'infermiere documentava l'applicazione o meno del sistema di assorbimento. Gli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo sono perciò propensi a registrare le informazioni relative al modello di eliminazione urinaria e gli interventi messi in atto per garantire l'eliminazione, siano essi misure passive di contenimento (applicazione del sistema di assorbimento) o di raccolta (posizionamento di un catetere vescicale o di un uro – condom, gestione con la padella o pappagallo); ciò differisce con quanto evidenziato nello studio di Cheater (1993) o Zürcher et al. del 2011 in cui è presente una scarsa registrazione delle informazioni riguardo il modello di eliminazione urinaria e relativi interventi di fronte ad una IU. L'ospedalizzazione può essere un'occasione per identificare i casi di incontinenza urinaria non riconosciuti e iniziare un'appropriata valutazione diagnostica che potrà proseguire dopo la dimissione. L'approccio multidisciplinare del soggetto con incontinenza urinaria consiste nel riunire tutte le figure professionali che si occupano di assistenza e riabilitazione del soggetto incontinente (urologo, ginecologo, infermiere, fisioterapista) affinché possano discutere e confrontarsi sul singolo caso; in questo modo si potrà delineare un trattamento personalizzato (in base alle caratteristiche del disturbo, alle condizioni generali del paziente e alle sue richieste), equilibrato e parificato all'interno del gruppo di lavoro. Questo permette al paziente di beneficiare di una valutazione multidisciplinare integrata evitando di consultare singoli specialisti che potrebbero consigliare diversi tipi di trattamento. Secondo le linee guida americane e canadesi, un'efficace gestione dell'incontinenza urinaria consiste in un accertamento iniziale seguito da un approccio multidisciplinare che prevede interventi a bassa invasività (riabilitazione dei muscoli del pavimento pelvico, ginnastica vescicale, variazioni nell'introduzione di liquidi e riduzione di caffeina), prima di procedere con un eventuale trattamento farmacologico o chirurgico (Borrie, Bawden, Speechley, & Kloseck, 2002). La riabilitazione dei muscoli del pavimento pelvico va considerata all'interno di un approccio diagnostico – terapeutico di tipo multidisciplinare e

rappresenta un tipo di intervento a bassa invasività con scarse controindicazioni e con limitati effetti collaterali. Tale intervento risulta essere il miglior trattamento per risolvere il problema dell'incontinenza; tuttavia molti professionisti sanitari scelgono una strada più facile ma non curativa per gestire l'IU applicando sistemi di assorbenza (Albers – Heitner et al., 2008). Lo studio sperimentale di Borrie (2002) ha evidenziato che gli interventi sui comportamenti e sullo stile di vita dei pazienti condotti da infermieri e medici esperti sulla gestione della continenza riducevano gli eventi di incontinenza urinaria e l'utilizzo del sistema di assorbenza. Infatti inserire infermieri specialisti può offrire una soluzione alla gestione inadeguata dell'IU che prevede solitamente l'applicazione di sistemi di assorbenza. Presso l'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Rovigo sebbene i casi di IU vengano gestiti prevalentemente con il sistema di assorbenza o con il catetere vescicale, c'è volontà da parte dell'equipe di introdurre un approccio multidisciplinare verso i pazienti incontinenti affinché si possa garantire una risoluzione o miglioramento del problema ove possibile con interventi di promozione della continenza.

5.2. Limiti dello studio

Lo studio condotto presenta essenzialmente questi limiti.

- Il campione di convenienza rende difficile la generalizzazione delle conclusioni rispetto a popolazioni di pazienti più ampie, anche se è possibile evidenziare similitudini e differenze tra l'indagine condotta e gli studi reperiti in letteratura.
- La mancanza di correlazione tra la decisione dell'infermiere di posizionare il sistema di assorbenza e il paziente specifico a cui viene posizionato il pannolone.
- Non è stato esplorato il grado di educazione del caregiver nell'attività di posizionamento e sostituzione del sistema di assorbenza.

5.3. Implicazioni per la pratica

Sebbene il sistema di assorbenza sia un dispositivo che solitamente viene applicato a soggetti con incontinenza urinaria, l'infermiere può decidere di posizionarlo anche a pazienti continenti come lo dimostra l'indagine appena condotta. All'ingresso del paziente in una realtà operativa, prima di applicare un sistema di assorbenza ci dovrebbe

essere un accertamento infermieristico completo che offra un quadro generale delle condizioni di salute dell'assistito, dalle capacità funzionali a quelle cognitive al modello di eliminazione urinaria e intestinale alla gravità del motivo del ricovero. In questo modo, l'infermiere potrà prendere la decisione migliore, ossia stabilire l'azione più adeguata da effettuare per garantire al paziente un'appropriata eliminazione urinaria. Si dovrebbero considerare tutte le possibilità prima di decidere di applicare un sistema di assorbenza dato che tale ausilio può determinare l'insorgenza di dermatiti perineali, lesioni da decubito, infezioni delle vie urinarie e, nel paziente continente, l'insorgenza di un'incontinenza urinaria. La presenza di un'incontinenza da disorientamento spazio-temporale potrebbe essere un motivo che spinge l'infermiere a decidere di posizionare il sistema di assorbenza considerato che questo tipo di paziente non è collaborante, è a rischio di cadute e di rimozione accidentale di un catetere vescicale; tuttavia la presenza di un caregiver che sostiene il paziente durante la degenza potrebbe essere un modo per orientare il paziente nell'ambiente estraneo in cui si trova, fornendo così modalità alternative di eliminazione rispetto al pannolone come l'utilizzo della padella o del pappagallo oppure il posizionamento di un catetere vescicale, educando il caregiver affinché eviti il posizionamento inappropriato del pannolone e impedisca la rimozione accidentale del catetere vescicale. Lo stesso vale per un paziente con un'incontinenza funzionale da ridotta mobilità che potrebbe essere gestito a letto con l'utilizzo di una padella, un pappagallo o una comoda. Un'incontinenza fecale o la presenza di diarrea sono circostanze dove il sistema di assorbenza potrebbe essere l'intervento di prima scelta, soprattutto se il paziente è allettato e disorientato. I pazienti con incontinenza urinaria di base all'ingresso dovrebbero avere l'opportunità di essere accertati da un team multidisciplinare esperti in IU, anche nel caso in cui il motivo del ricovero sia un altro, in modo tale da iniziare un percorso assistenziale personalizzato che possa proseguire dopo la dimissione e permettere un'eventuale risoluzione del problema. In base al tipo di incontinenza urinaria accertata e alle condizioni cliniche del paziente, l'infermiere dovrebbe decidere il miglior intervento per gestire un'eliminazione urinaria adeguata. L'infermiere insieme ad altre figure professionali esperte (urologo, ginecologo, fisioterapista) dovrebbe conoscere e mettere in atto misure adeguate secondo le ultime evidenze scientifiche per risolvere o migliorare il problema come interventi comportamentali, riabilitazione dei muscoli del pavimento pelvico,

trattamento farmacologico o chirurgico. Tuttavia di fronte ad un fallimento degli interventi volti alla promozione della continenza o a un paziente troppo anziano, malato o disabile per poterli attuare, gli interventi contenitivi come l'applicazione del sistema di assorbenza o il posizionamento di un catetere vescicale sono gli unici a garantire un'appropriata eliminazione urinaria.

La carenza di risorse infermieristiche o la richiesta diretta da parte del paziente del pannolone non dovrebbero essere la base che spinge gli infermieri ad applicare il sistema di assorbenza.

Nel caso in cui l'infermiere decida di posizionare il sistema di assorbenza, si dovrebbero condurre valutazioni intermedie del paziente per assicurare un uso discontinuo del pannolone, date le complicanze che può provocare. L'attività di posizionamento e sostituzione del sistema di assorbenza può essere attribuita dall'infermiere alla figura dell'operatore socio – sanitario, se la situazione del paziente è stabile; inoltre l'OSS dovrebbe comunicare all'infermiere eventuali variazioni del modello di eliminazione urinaria affinché l'infermiere possa decidere come gestire un'adeguata eliminazione urinaria con o senza il sistema di assorbenza.

Le decisioni cliniche di un infermiere, avendo un impatto significativo sugli esiti di un paziente, dovrebbero basarsi sulle migliori evidenze scientifiche considerando comunque la reale esigenza del paziente e la propria esperienza clinica; ciò vale anche per quelle situazioni dove l'infermiere deve decidere se posizionare o meno un sistema di assorbenza ad un paziente ricoverato sia esso continente o incontinente all'ingresso.

L'infermiere, nel decidere di utilizzare un pannolone, dovrebbe pertanto:

- conoscere le indicazioni per l'uso del sistema di assorbenza, le relative complicanze in caso di un uso continuo e non appropriato, e la gestione di un paziente con incontinenza urinaria secondo le ultime evidenze scientifiche;
- accertare il paziente all'ingresso e durante il periodo di degenza;
- procedere con un approccio multidisciplinare se il paziente è incontinente, cercando ove possibile di risolvere o migliorare il problema dell'incontinenza urinaria secondo le ultime evidenze scientifiche;
- considerare tutte le opzioni (presenza di un caregiver, presenza di un bagno in stanza, gestione con padella, pappagallo o comoda) rispetto allo stato generale di un paziente continente per garantire un'eliminazione urinaria più fisiologica e

abituale possibile che potrebbe risultare alterata durante la degenza per una serie di fattori come la presenza di un disorientamento spazio – temporale, una ridotta mobilità, l'aggravarsi della malattia, l'ambiente ospedaliero non familiare.

BIBLIOGRAFIA

- Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Joore, M., Lagro-Janssen, T., Severens, J., Nieman, F., et al. (2008). The effects of involving a nurse practitioner in primary care for adult patients with urinary incontinence: The PromoCon study (promoting continence). *BMC Health Services Research*, 8 (84), 6963-8-84.
- Banning, M. A. (2008). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, (17), 187-195.
- Borrie, M. J., Bawden, M., Speechley, M., & Kloseck, M. (2002). Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 166(10), 1267-1273.
- Cheater, F. M. (1993). Retrospective document survey: Identification, assessment and management of urinary incontinence in medical and care of the elderly wards. *Journal of Advanced Nursing*, 18(11), 1734-1746.
- D'Ercole, F., Bondioli, A.. L'incontinenza urinaria: la cenerentola dei problemi di salute.
- Dingwall, L. (2008). Promoting social continence using incontinence management products. *British Journal of Nursing*, 17(9), s12-19.
- Dingwall, L., & McLafferty, E. (2006). Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1276-1286.
- Fader, M., Cottenden, A., Getliffe, K., Gage, H., Clarke-O'Neill, S., Jamieson, K., et al. (2008). Absorbent products for urinary/faecal incontinence: A comparative evaluation of key product designs. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 12(29), iii-iv, ix-185.

- Gibbs, C. F., Johnson, T. M., 2nd, & Ouslander, J. G. (2007). Office management of geriatric urinary incontinence. *The American Journal of Medicine*, 120(3), 211-220.
- Goepel, M., Kirschner-Hermanns, R., Welz-Barth, A., Steinwachs, K. C., & Rubben, H. (2010). Urinary incontinence in the elderly: Part 3 of a series of articles on incontinence. *Deutsches Arzteblatt International*, 107(30), 531-536.
- Johnson, T. M., Ouslander, J. G., Uman, G. C., & Schnelle, J. F. (2001). Urinary incontinence treatment preferences in long-term care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(6), 710-718.
- Khandelwal, C., & Kistler, C. (2013). Diagnosis of urinary incontinence. *American Family Physician*, 87(8), 543-550.
- Loh, K. Y., & Sivalingam, N. (2006). Urinary incontinence in the elderly population. *The Medical Journal of Malaysia*, 61(4), 506-10.
- Martines, I., & De Rose, A. F. (2012). *Libro bianco sull'incontinenza urinaria*. Cassano delle Murge (Ba): Di Canosa Stampa Editoriale.
- Motta, P. C. (2001). Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico. *Nursing Oggi*, 4, 27 – 36.
- Newman, D. K. (2004). Incontinence products and devices for the elderly. *Urologic Nursing*, 24(4), 316-33.
- O'Connell, B., Day, K., Wellman, D., & Baker, L. (2005). Development, implementation, and evaluation of a continence education package in acute and subacute care settings. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 32(2), 101-111.
- Palese, A., Regattin, L., Venuti, F., Innocenti, A., Benaglio, C., Cunico, L., et al. (2007). Incontinence pad use in patients admitted to medical wards: An Italian

multicenter prospective cohort study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 34(6), 649-654.

Roe, B., Flanagan, L., Jack, B., Barrett, J., Chung, A., Shaw, C., et al. (2011). Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: Descriptive studies with urinary incontinence as primary focus. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 228-50.

Roe, B., & Moore, K. N. (2001). Utilization of incontinence clinical practice guidelines. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 28(6), 297-304.

Shaban, A., Drake, M. J., & Hashim, H. (2010). The medical management of urinary incontinence. *Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical*, 152(1-2), 4-10.

Skar, R. (2009). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, (19), 2226-2234.

Sirkka, L., Sanna, S. (1998). Decision making models in different fields of nursing. *Research in Nursing and Health*, (21), 443-452.

Stephan, E., & Hajjar, R. R. (2012). Urinary incontinence in older adults. *Le Journal Medical Libanais. The Lebanese Medical Journal*, 60(4), 220-227.

Teel, S. (2013). Identifying urinary incontinence in the home setting. Part 1: assessment, diagnosis, and strategies to treat incontinence. *Home Healthcare Nurse*, 31(5), 248 – 256).

Teel, S. (2013). Identifying urinary incontinence in the home setting. part 2: Treatment and related care of incontinence. *Home Healthcare Nurse*, 31(7), 378-86.

Thompson, C., Cullum, N., McCaughan, D., Sheldon, T., & Raynar, P. (2004). Nurses information use, and clinical decision-making – the real world potential for evidence-based decision in nursing. *Evidence Based Nursing*, (7), 68-72.

- Uchil, D., Thakar, R., Sultan, A. H., Seymour, J., & Addison, R. (2006). Continence pads: Have we got it right? *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 17(3), 234-238.
- Ward-Smith, P. (2009). The cost of urinary incontinence. *Urologic Nursing*, 29(3), 188-90, 194.
- Wilkinson, J. (2009). *Processo infermieristico e pensiero critico*. Casa Editrice Ambrosiana.
- Zisberg, A. (2011). Incontinence brief use in acute hospitalized patients with no prior incontinence. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 38(5), 559-64.
- Zisberg, A., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Admi, H., & Shadmi, E. (2011). In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(6), 1099-104.
- Zürcher, S., Saxer, S., & Schwendimann, R. (2011). Urinary incontinence in hospitalised elderly patients: Do nurses recognise and manage the problem? *Nursing research and practice*, 2011, 1-5.

ALLEGATI

Allegato 1. Ricerca della letteratura

Banca dati	Parole chiavi e limiti	Articoli reperiti	Articoli selezionati
Pubmed	Nursing decision making AND incontinence pad Limiti: nessuno	4	<p>1. Palese, A., Regattin, L., Venuti, F., Innocenti, A., Benaglio, C., Cunico, L., et al. (2007). <i>Incontinence pad use in patients admitted to medical wards: An italian multicenter prospective cohort study</i>. Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 34(6), 649-654. PMID: 18030104.</p> <p>2. Johnson, T. M., Ouslander, J. G., Uman, G. C., & Schnelle, J. F. (2001). <i>Urinary incontinence treatment preferences in long-term care</i>. Journal of the American Geriatrics Society, 49(6), 710-718. PMID: 11454108.</p> <p>3. Cheater, F. M. (1993). <i>Retrospective document survey: Identification, assessment and management of urinary incontinence in medical and care of the elderly wards</i>. Journal of Advanced Nursing, 18(11), 1734-1746. PMID: 8288820.</p> <p>4. Fader, M., Cottenden, A., Getliffe, K., Gage, H., Clarke-O'Neill, S., Jamieson, K., et al. (2008). <i>Absorbent products for urinary/faecal incontinence: A comparative evaluation of key product designs</i>. Health Technology Assessment (Winchester, England), 12(29), iii-iv, ix-185. PMID: 18547500.</p>

Pubmed	Nursing decision making AND urinary incontinence Limiti: nessuno	47	1. Roe, B., & Moore, K. N. (2001). <i>Utilization of incontinence clinical practice guidelines</i> . Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 28(6), 297-304. PMID: 11707762.
Pubmed	"Incontinence Pads" [Mesh] AND continence patient Limiti: nessuno	86	<p>1. Zisberg, A. (2011). <i>Incontinence brief use in acute hospitalized patients with no prior incontinence</i>. Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 38(5), 559-64. PMID: 21873910.</p> <p>2. Zisberg, A., Sinoff, G., Gur-Yaish, N., Admi, H., & Shadmi, E. (2011). <i>In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older</i>. Journal of the American Geriatrics Society, 59(6), 1099-104. PMID: 21649620.</p> <p>3. Roe, B., Flanagan, L., Jack, B., Barrett, J., Chung, A., Shaw, C., et al. (2011). <i>Systematic review of the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes: Descriptive studies with urinary incontinence as primary focus</i>. Journal of Advanced Nursing, 67(2), 228-50. PMID: 21105895.</p> <p>4. Dingwall, L., & McLafferty, E. (2006). <i>Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people?: An exploratory study</i>. Journal of Clinical Nursing, 15(10), 1276-1286. PMID: 16968432.</p>

Pubmed	"Urinary Incontinence/nursing" [Mesh] AND incontinence pad Limiti: english	89	<p>1. Dingwall, L. (2008). <i>Promoting social continence using incontinence management products</i>. British Journal of Nursing, 17(9), 12-19. PMID: 18414256.</p> <p>2. Newman, D. K. (2004). <i>Incontinence products and devices for the elderly</i>. Urologic Nursing, 24(4), 316-33. PMID: 15446380.</p> <p>3. Albers-Heitner, P., Berghmans, B., Joore, M., Lagro-Janssen, T., Severens, J., Nieman, F., et al. (2008). <i>The effects of involving a nurse practitioner in primary care for adult patients with urinary incontinence: The PromoCon study (promoting continence)</i>. BMC Health Services Research, 8 (84), 6963-8-84. PMID: 18412964.</p> <p>4. Borrie, M. J., Bawden, M., Speechley, M., & Kloseck, M. (2002). <i>Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: A randomized controlled trial</i>. Canadian Medical Association Journal, 166(10), 1267-1273. PMID: 12041843.</p> <p>5. Uchil, D., Thakar, R., Sultan, A. H., Seymour, J., & Addison, R. (2006). <i>Continence pads: Have we got it right?</i> International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 17(3), 234-238. PMID: 15999216.</p>
--------	---	----	--

Pubmed	<p>"Urinary Incontinence/nursing" [Mesh] AND "Urinary Incontinence/therapy" [Mesh] Limiti: published in the last 10 years, humans, english, aged: 65+ years</p>	105	<p>1. O'Connell, B., Day, K., Wellman, D., & Baker, L. (2005). <i>Development, implementation, and evaluation of a continence education package in acute and subacute care settings</i>. Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 32(2), 101-111. PMID: 15867700.</p> <p>2. Teel, S. (2013). <i>Identifying urinary incontinence in the home setting. Part 1: assessment, diagnosis, and strategies to treat incontinence</i>. Home Healthcare Nurse, 31(5), 248 – 256). PMID: 23652975.</p> <p>3. Teel, S. (2013). <i>Identifying urinary incontinence in the home setting. part 2: Treatment and related care of incontinence</i>. Home Healthcare Nurse, 31(7), 378-86. PMID: 23817474.</p>
Pubmed	<p>"Urinary Incontinence/classification" [Mesh] Limiti: published in the last 10 years, humans, english, aged: 65+ years</p>	29	<p>1. Khandelwal, C., & Kistler, C. (2013). <i>Diagnosis of urinary incontinence</i>. American Family Physician, 87(8), 543-550. PMID: 23668444.</p> <p>2. Stephan, E., & Hajjar, R. R. (2012). <i>Urinary incontinence in older adults</i>. Le Journal Medical Libanais. The Lebanese Medical Journal, 60(4), 220-227. PMID: 23461088.</p>

Pubmed	<p>"Urinary Incontinence/epi demiology" [Mesh] Limiti: review, full text, published in the last 10 years, humans, english, aged: 65+ years</p>	45	<p>1. Goepel, M., Kirschner-Hermanns, R., Welz-Barth, A., Steinwachs, K. C., & Rubben, H. (2010). <i>Urinary incontinence in the elderly: Part 3 of a series of articles on incontinence.</i> Deutsches Arzteblatt International, 107(30), 531-536. PMID: 20737059.</p> <p>2. Gibbs, C. F., Johnson, T. M., 2nd, & Ouslander, J. G. (2007). <i>Office management of geriatric urinary incontinence.</i> The American Journal of Medicine, 120(3), 211-220. PMID: 17349439.</p> <p>3. Loh, K. Y., & Sivalingam, N. (2006). <i>Urinary incontinence in the elderly population.</i> The Medical Journal of Malaysia, 61(4), 506-10. PMID: 17243536.</p>
Pubmed	<p>"Urinary Incontinence/economics" [Mesh] Limiti: published in the last 10 years, humans, english</p>	102	<p>1. Shaban, A., Drake, M. J., & Hashim, H. (2010). <i>The medical management of urinary incontinence.</i> Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical, 152(1-2), 4-10. PMID: 19900845.</p> <p>2. Ward-Smith, P. (2009). <i>The cost of urinary incontinence.</i> Urologic Nursing, 29(3), 188-90, 194. PMID: 19579413.</p> <p>3. Zürcher, S., Saxer, S., & Schwendimann, R. (2011). <i>Urinary incontinence in hospitalised elderly patients: Do nurses recognise and manage the problem?</i> Nursing research and practice, 2011, 1-5. PMID: 21994838.</p>

Google Scholar	Clinical nursing decision making Limiti: nessuno		<p>1. Banning, M. A. (2008). <i>A review of clinical decision making: models and current research</i>. Journal of Clinical Nursing, (17), 187-195.</p> <p>2. Motta, P. C. (2001). <i>Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico</i>. Nursing Oggi, 4, 27 – 36.</p> <p>3. Skar, R. (2009). <i>The meaning of autonomy in nursing practice</i>. Journal of Clinical Nursing, (19), 2226-2234.</p> <p>4. Sirkka, L., Sanna, S. (1998). <i>Decision making models in different fields of nursing</i>. Research in Nursing and Health, (21), 443-452.</p> <p>5. Thompson, C., Cullum, N., McCaughan, D., Sheldon, T., & Raynar, P. (2004). <i>Nurses information use, and clinical decision-making – the real world potential for evidence-based decision in nursing</i>. Evidence Based Nursing, (7), 68-72.</p>
Google Scholar	Gestione incontinenza urinaria Limiti: nessuno	177	<p>1. D’Ercole, F., Bondioli, A.. <i>L’incontinenza urinaria: la cenerentola dei problemi di salute</i>.</p> <p>2. Martines, I., & De Rose, A. F. (2012). <i>Libro bianco sull’incontinenza urinaria</i>. Cassano delle Murge (Ba): Di Canosa Stampa Editoriale.</p>

Allegato 2. Scheda raccolta dati

SCHEDA RACCOLTA DATI	
Età	_____
Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Motivo del ricovero	_____
Giorni di degenza	_____
Modello di eliminazione urinaria all'ingresso	Continente <input type="checkbox"/> Incontinente <input type="checkbox"/>
Utilizzo del sistema di assorbenza a domicilio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Applicazione del sistema di assorbenza durante il ricovero – per quanto tempo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
Indice di Barthel	_____
Paziente vigile e orientato	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Allegato 3. Questionario somministrato agli infermieri dell'Unità Operativa di Medicina

Rispetto ai nuovi pazienti ricoverati in Medicina negli ultimi 30 giorni (dal 15 luglio 2015 al 13 agosto 2015):

Lei ha accertato il modello di eliminazione urinaria del paziente quando è stato accolto in reparto? SI NO

Perché ha deciso di posizionare il pannolone?

- C'era un'incontinenza determinata da un disorientamento spazio – temporale? SI NO

- C'era un'incontinenza causata da una ridotta mobilità? SI NO

- C'era un'incontinenza causata da altri problemi esistenti (es. ictus, patologie degenerative)? SI NO

- C'era una perdita involontaria di urina non percepita dal paziente? SI NO

- C'era un'incontinenza fecale? SI NO

- Il paziente era soggetto ad interventi terapeutici (es. assunzione di diuretici)? SI NO

- Il paziente presentava altri problemi (es. diarrea)? SI NO

- Lo aveva richiesto il paziente? SI NO

- C'era una carenza di risorse infermieristiche? SI NO

Il paziente è stato valutato durante la degenza per decidere se applicare, confermare o sospendere l'uso del pannolone?

SI NO

Lei solitamente attribuisce attività relative al posizionamento e sostituzione del pannolone alla figura di supporto?

SI NO

L'Oss comunica solitamente all'infermiere se ci sono modifiche relative al modello di eliminazione urinaria?

SI NO