



GESTIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA E FECALE

1.1. SCOPO

1.2. AZIONI

2. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO/BIBLIOGRAFIA/BANCHE DATI CONSULTATE

1. CAMPO DI APPLICAZIONE

Si applica a tutti gli utenti/ospiti con incontinenza urinaria e fecale afferenti ai servizi di RSA e CDI.

2. DESTINATARI

Infermieri, Asa e Oss.

3. DESCRIZIONE ATTIVITA'

- Valutazione del rischio: Identificare e analizzare i fattori di rischio per incontinenza urinaria e fecale, per adottare misure preventive.
- Assistenza personalizzata: Adottare un approccio personalizzato per ogni ospite, considerando le sue esigenze specifiche.
- Utilizzo di presidi assorbenti: Scegliere i presidi assorbenti più idonei per il tipo e grado di incontinenza.
- Sistemi FMS: Utilizzare sistemi di gestione delle feci liquide e semi-liquide per proteggere la cute e ridurre il rischio di contaminazione ambientale.
- Interventi assistenziali: Implementare interventi assistenziali specifici per la gestione della diuresi e dell'alvo, come l'uso di cateteri vescicali e/o sonde rettali FMS

Questi protocolli sono essenziali per migliorare la qualità della vita degli ospiti e prevenire complicazioni legate all'incontinenza urinaria e fecale. È fondamentale che il personale sanitario sia informato e preparato per affrontare le esigenze degli ospiti in modo efficace nonché rispettoso.

3.1 PREMESSA

L'incontinenza urinaria

L'International Continence Society definisce l'incontinenza come una condizione in cui la perdita involontaria dell'urina (incontinenza semplice) e delle feci (incontinenza doppia) costituisce un problema igienico sociale e socio-economico di rilevante importanza nell'ordine

L'evento "incontinenza" è una situazione altamente invalidante che induce notevole ansietà e frustrazione per la persona, comporta un cospicuo onere assistenziale per le famiglie e per il personale di assistenza nelle strutture di ricovero ed implica un pesante costo economico per la collettività.

L'incontinenza ha inoltre un impatto fortemente negativo sulla vita quotidiana della persona che ne è affetta: la paura di bagnarsi, il disagio legato all'odore, il fastidio e le irritazioni cutanee provocate da sistemi assorbenti l'urina di bassa qualità, troppo ingombranti o che "frusciano" durante i movimenti, provocano ripercussioni negative sullo stato di salute complessivo, nelle relazioni sociali e nella qualità di vita.

Le cause dell'incontinenza sono diverse ma possiamo definire (classificare) questa condizione patologica come:

1. Incontinenza urinaria: lieve, modesta o grave
2. Almeno 3/4 volte al mese perdita involontaria di urina. a seconda della quantità e della frequenza dei singoli episodi di perdita di urine
3. condizione transitoria: dovuta ad esempio ad infezioni della vescica e/o delle basse vie urinarie, a fecalomi, all'uso di alcuni farmaci, a stati confusionali, a cateterismo vescicale recente, ecc.)
4. definitiva dovuta demenza, lesioni midollari, diabete, atrofia della mucosa uretrale, ictus cerebrale, ecc.). per tracimazioni piccole e frequenti dalla vescica (come avviene nell'incontinenza da stress o nell'iscuria paradossa), o poche ma abbondanti urgenza). emissioni (come avviene nell'incontinenza da urgenza)

L'incontinenza fecale

Quando si ha almeno 3/4 volte al mese perdita involontaria di feci.

Può essere causata da debolezza muscolare dell'ano o dello sfintere potrebbe essere dovuta al parto, alcuni tipi di interventi chirurgici ad esempio, per l'asportazione delle emorroidi, lesioni, diarrea acuta. Intermittente o costante a seconda della causa.

Potrebbe essere dovuta a:

1. Infezione es. gastroenterite, effetti collaterali di determinati farmaci,
2. sindrome dell'intestino irritabile, diverticolite, malattie specifiche (e relativamente non comuni), quali colite ulcerativa e morbo di Crohn ,
3. radioterapia
4. Stitichezza e fecaloma questa è la causa più comune dell'incontinenza fecale tra gli anziani e i disabili. L'incontinenza fecale di questo tipo è comunemente caratterizzata da evacuazione difficoltosa e infrequente. con episodi di incontinenza o diarrea. Il loro verificarsi è imprevedibile. Vari fattori possono contribuire alla stitichezza. Essi includono: Regime alimentare inadeguato basso in contenuto di fibre, insufficiente consumo di liquidi, scarsa mobilità, taluni farmaci; ad esempio, alcuni analgesici
5. Disturbi del sistema nervoso a causa di lesioni nervose, mancanza di sensazioni in modo da non sentire il bisogno di svuotare l'intestino, perdita del contributo nervoso per tenere contratti i muscoli dello sfintere e tenere così chiuso l'ano ad esempio: spina bifida, lesione alla colonna vertebrale, sclerosi multipla, ictus, demenza L'incontinenza fecale può anche manifestarsi a seguito dei seguenti disturbi dell'intestino crasso: tumore,ragadi/fistole anali, • emorroidi

L'Incontinenza doppia: persone affette da entrambi i tipi di incontinenza.

3.2 SCOPO

Lo di questa procedura è quello di LAVORARE IN FUNZIONE DELL'AUTONOMIA E DELLA DIGNITÀ DELL'ANZIANO SIGNIFICA PROMUOVERE GLI INTERVENTI DI "AIUTO A FARE" RISPETTO A QUELLI SOSTITUTIVI:

- ❖ Stimolare il recupero *della continenza*, cercando di ottenere il miglior controllo possibile da parte dell'ospite, aiutandolo ad interpretare gli stimoli sensoriali.
- ❖ Quando l'*ospite* parzialmente dipendente, seduto in carrozzina, chiede di voler essere *accompagnato in bagno* per espletare i propri bisogni, sarebbe buona cosa non giustificarsi dicendogli che porta un pannolone o che non si ha tempo per farlo (utile sarebbe rispondere assicurandogli che, appena risolta l'urgenza che stiamo trattando, saremo da lui).
- ❖ Nel momento in cui l'incontinenza sia così marcata e ormai irreversibile, uno degli scopi dell'assistenza è quello di mantenere la persona asciutta, a proprio agio, *evitando* la macerazione della cute e prevenendo le *complicanze* legate all'incontinenza stessa (infezioni, lesioni da decubito...).
- ❖ La *cateterizzazione estemporanea* è indicata per ottenere uno svuotamento regolare ed adeguato della vescica, per ristabilire la continenza e preservare complicanze infettive.
- ❖ Il *cateterismo vescicale* a dimora è soprattutto indicato in caso di gravi alterazioni anatomiche e di ritenzione urinaria.
- ❖ L'utilizzo di *presidi assorbenti* può essere giustificato nel momento in cui ci si pone nell'ottica di dover sempre e comunque accompagnare l'ospite in bagno; non cadendo però nella falsa considerazione che si fa prima a cambiare un pannolone che non ad accompagnare l'ospite in bagno.
- ❖ Alcuni anziani sono incontinenti perché *non riescono ad arrivare in bagno in tempo* o perché una volta arrivati non riescono a sbottonarsi; in questo caso sarà sufficiente agevolare il percorso e sostituire i bottoni o le cerniere con il velcro.
- ❖ L'incontinenza a volte si ha nell'*anziano disorientato o demente* perché non riesce a trovare il bagno. Può essere utile quindi indicare il bagno con dei simboli o cambiare il colore delle porte.

3.3 AZIONI

Scelta del ausilio per l'incontinenza

La scelta dell'ausilio per la gestione dell'incontinenza prevede la sinergia di più competenze professionali (équipe assistenziale) per la definizione del programma individuale di assistenza: medico (definizione diagnostica.), infermiere (cateterismo, care management per la prevenzione effetti avversi legati all'incontinenza, ASA e OSS (assistenza e supporto alla funzione escrettrice e osservazione e individuazione delle caratteristiche individuali).

Valutazione della persona e del tipo di incontinenza;

- a) Confermare la presenza di incontinenza urinaria/fecale
- b) Definire il tipo di incontinenza
- c) Identificare le condizioni di incontinenza reversibile

Scelta del presidio e verifica della sua efficacia.

La scelta del presidio e la verifica della sua efficacia deve essere svolta con molta attenzione poiché ha pesanti riflessi sia sul carico di lavoro dell'équipe assistenziale sia sul costo complessivo (diretto ed indiretto) della gestione dell'incontinenza. In assenza di lesioni cutanee perineali o sacrali, si devono preferire i presidi ad assorbenza monouso, che garantiscono un più basso livello di problemi secondari e una maggior versatilità di utilizzo.

L'utilizzo del condom, che pone diversi problemi di ordine anatomico, igienico e di gestione della guaina, deve prevedere una valutazione complessiva ed una indicazione medica.

La prescrizione del cateterismo vescicale, a permanenza o intermittenza, è sempre un atto medico sia per le implicazioni cliniche che per i problemi iatrogeni connessi alla sua gestione (vedi procedure cateterismo vescicale)

I sistemi di raccolta per incontinenza urinaria Per fare fronte alle perdite involontarie di urina, che abbiamo visto si possono presentare sotto molteplici aspetti, possono essere utilizzati diversi sistemi:

1. Urocontrol (o guaina o profilattico);
2. Catetere vescicale intermittente ed a permanenza (il CV si rimanda alle procedure specifiche);
3. Presidi assorbenti; Naturalmente l'utilizzo di tutti questi sistemi non può prescindere dall'attuazione di soluzioni per limitare la quantità di urina involontariamente dispersa, o quantomeno di regolarne il flusso:
Stimolazione all'uso del bagno anche con programmi di toilette training;
Interventi sulla somministrazione della terapia; Interventi sull'intake di liquidi.
Interventi per la prevenzione della stipsi.

Qualsiasi sia la procedura utilizzata per limitare i problemi relativi alla perdita involontaria di urina, le norme generali di attività sono di seguito riassunte:

1. Impedire danni iatrogeni;
2. Approccio incentrato su: l' educazione; ° rispetto; ° informazione; ° cura della privacy;
3. Gestione quotidiana dell'assistenza al portatore di catetere vescicale a permanenza: • disconnettere la sacca di drenaggio solo per sostituirla, non utilizzare mai tappi; • mantenere il sistema di drenaggio sempre in posizione declive; • se è necessario chiudere temporaneamente il sistema (esempio per raccogliere un campione di urine), utilizzare una pinza da applicare sul tubo della sacca; • stimolare l'ospite/assistito all'assunzione di liquidi in modo da avere una diuresi giornaliera di almeno 1500ml; • non programmare lavaggi vescicali a meno che non vi siano segni di sanguinamento o urine purulente o detriti fibrinosi
4. Gestione delle problematiche più frequenti: ostruzione : sostituire il cv ed aumentare l'apporto idrico; fuoriuscita di urina fra la parete esterna del catetere e l'uretra: può essere causata dall'ostruzione del cv (vedi sopra) o dall'perriflessia detrusoriale (causata dalla stimolazioneabnorme delle terminazioni sensitive detrusoriali da parte del catetere e della flogosi della parete) pertanto è opportuno ridurre il calibro del cv ed il volume del palloncino. Se non sufficiente avvisare il medico che prevederà un'eventuale terapia con antibiotici o farmaci anticolinergici;
5. infezione urinaria : trattare solo se sintomatica con terapia antibiotica specifica dopo esecuzione di urinocoltura con anti - biogramma. Prima di effettuare una urinocoltura sostituire sempre il cv per evitare l'effetto confondimento dovuto ai batteri saprofiti che colonizzano la parte interna o esterna del cv stesso; lesioni uretrali : accurata pulizia quotidiana delle incrostazioni e secrezioni della parte esterna del cv e del meato uretrale.
6. Evitare danni da trazione del sistema.
7. rimozione del catetere vescicale : controllare dopo 4-6 ore il residuo post-minzionale, se presente passare al cateterismo intermittente

Sistemi assorbenti monouso

Nel corso degli ultimi 15-20 anni i prodotti assorbenti si sono notevolmente diffusi nella prassi assistenziale ed un grande sviluppo non solo nelle forme, ma anche nella capacità assorbente e nel comfort per rispondere alle diverse necessità di ogni utilizzatore. L'uso di polimeri assorbenti, rivestimenti gas permeabili (e quindi traspiranti), molecole anti-odore e materiali anallergici hanno fatto di questo prodotto un vero e proprio concentrato di tecnologia. La quantità delle diverse soluzioni possibili pone quindi i care givers nella condizione di scegliere il giusto prodotto per ogni necessità e più adatto alle diverse necessità dell'utilizzatore. Tecnicamente un pannolino è composto da diversi strati.

Partendo dall'interno si trovano:

Filtrante in Tessuto Non Tessuto: fibra in polipropilene che deve essere inerte, atossica e ipoallergenica poiché è a diretto contatto con la cute dell'utilizzatore; racchiude il materiale assorbente (fluff) a cui trasmette i liquidi con cui entra in contatto. Nei migliori prodotti isola la cute dalla parte assorbente (e quindi bagnata) ed ha una alta permeabilità, in modo da accelerare la velocità di assorbimento, requisito fondamentale per la corretta tenuta del presidio. Ovatta sintetica : è uno strato in fibra speciale che serve ad aumentare la velocità di acquisizione (assorbenza) e rendere più asciutta la superficie a contatto con la cute.

Polpa di cellulosa: materia prima naturale ottenuta dalla lavorazione della cellulosa del legno con procedimenti di tipo chimico e/o termo-meccanico. Esistono varie tipologie di polpa, che differiscono principalmente per la struttura delle fibre che la compongono. Dato che la struttura della fibra influenza la velocità di acquisizione, la distribuzione e la ritenzione dei liquidi, nei prodotti migliori, per ottimizzare la performance, è presente in doppio strato: quello superiore costituito da fibre che assorbono più velocemente, quello inferiore costituito da fibre con maggior ritenzione e con maggiore capacità di distribuirsi per tutta la grandezza del "materassino" (parte assorbente del pannolone).

Polimeri Super Assorbenti: molecole atossiche di poliacrilato di sodio in granuli ad alto potere gelificante. Trasformano il liquido delle deiezioni in gel, impedendo il riflusso in superficie. Un grammo di PSA riesce a gelificare circa 55gr. di liquido. Sono la componente più importante ai fini della capacità di ritenzione (quantità di liquido che un pannolone riesce ad assorbire). Inoltre

riducendo l'urina in gel riducono la proliferazione batterica e, opportunamente trattati, l'insorgenza di cattivi odori. Non devono stare a contatto con la cute perché hanno pH basico. Inoltre per risultare efficaci non devono essere "ammucchiati" in zone circoscritte, ma ben miscelati con la polpa. Polietilene: film plastico con funzione di barriera esterna contro le fuoriuscite di liquidi. Dato che è impermeabile ai liquidi ed all'aria, impedisce la corretta traspirazione della cute, per questo sono sempre da preferire i pannolini sagomati rispetto a quelli a mutandina (che hanno una maggiore superficie cutanea coperta da questa membrana). Costituisce la parte più esterna e può essere utilizzato sia per differenziare il colore (allo scopo di rendere più semplice l'identificazione della taglia e del livello di assorbenza), sia per veicolare informazioni attraverso gli indicatori di cambio, che si evidenziano quando il pannolino ha esaurito la sua capacità di ritenzione. Vi sono oggi sul mercato dei pannolini che hanno questo strato costituito da un rivestimento traspirante, che assicura l'impermeabilità ai liquidi e la permeabilità ai gas, consentendo una maggiore traspirabilità cutanea.

Barriere contro le perdite : possono essere laterali, circolari o antero posteriori, sono realizzate tramite sistemi elastici, in polietilene od in TNT. Per evitare perdite laterali di liquidi devono essere molto efficaci.

Gli elastici: servono a migliorare la fisioanatomicità del pannolone, rendendolo più confortevole e stabile. Possono essere presenti in zona inguinale, addominale o lombare: devono essere in gomma sintetica, o comunque privi di lattice naturale, che non è ben tollerato da alcuni pazienti.

Adesivi: sono presenti solo su certe tipologie di pannolini e devono essere riposizionabili ma con tenuta persistente ed atossici. Fascette in "velcro" che offrono una migliore riposizionabilità, non perdono efficacia se umidi, e, fattore di primaria importanza, non aderiscono ai guanti del care giver.

A seconda del tipo di incontinenza, delle abitudini e delle condizioni dell'utilizzatore, sono necessari sistemi assorbenti diversi, che differiscono per design, per capacità assorbente e per costo. E' stato dimostrato che circa il 30% delle forme di incontinenza urinaria è dovuto a cause iatrogene, ambientali o all'utilizzo di prodotti ad assorbenza impropri e/o usati in maniera incongrua: inoltre circa il 60% dei casi sono suscettibili di miglioramento, ed è dovere di ogni professionista sanitario utilizzare dei prodotti assorbenti che permettano un adeguato trattamento riabilitativo (che permettano quindi anche l'uso del bagno in modo semplice e veloce e non provochino regressione nel soggetto incontinente).

Naturalmente ogni pannolone è disponibile con vasti assortimenti di taglie e capacità assorbente. La qualità di un pannolone (norme ISO 15621 del 1999 e ISO 16021 del 2000) si valuta essenzialmente osservando 3 fattori: PERFORMANCE TECNICA (quantità di liquido massimo ritenuto, velocità di assorbenza, capacità di mantenere la cute asciutta); COMFORT (comodità e discrezionalità per l'utilizzatore); PRATICITA' (facile da utilizzare per l'utente e per i care givers). Vi sono altre caratteristiche da tenere presenti che non sono certo secondarie: Non provocare danni iatrogeni (sensibilizzazione, macerazione cutanea); Annullare i cattivi odori; Possedere indicatori di cambio (in modo da utilizzare completamente la capacità assorbente ed ottenere, attraverso un uso più razionale, un risparmio sui costi diretti e sul carico di lavoro dell'équipe assistenziale); Possedere il codice colore (in modo da identificare velocemente taglia e capacità assorbente); Avere un costo proporzionale alla effettiva qualità (rapportare il costo al pezzo con il numero e la qualità dei pezzi utilizzati)

La scelta del ausilio per l'incontinente per gli ospiti/assistiti è un percorso che presuppone un consenso consapevole dell'utilizzatore associata alla formazione continua dei care givers, formali ed informali, all'appropriatezza del metodo, uscendo dalla routinaria ripetizione quotidiana dei medesimi gesti e comportamenti a volte incongrui come ad esempio: "pannolone grande" serve a contenere una "incontinenza grande". La gestione individuale dell'incontinenza permette di diminuire le molteplici complicazioni che possono riguardare la sfera psico-sociale (depressione, isolamento, ansia, frustrazione) e la sfera fisica (deficit sessuali, infezioni delle vie urinarie, malattie cutanee, lesioni da compressione), aumentando la qualità di vita ed ottimizzando le risorse. Nelle forme reversibili per ospiti parzialmente autosufficienti vanno sempre programmate le opportune misure riabilitative come la toilette training: l'uso del bagno facilitato in ogni modo, l'utilizzo di pannolini per l'incontinenza leggera (comodi soprattutto quelli muniti di adesivo che, aderendo agli indumenti intimi dell'utilizzatore, non cadono per terra o peggio all'interno del WC quando la persona usa i servizi igienici) oppure i pannolini a cintura (belt-pad: vedi più avanti, oppure ancora con i pannolini sagomati (disponibili con diversi gradi di assorbenza identificati attraverso il codice colore) che vengono utilizzati con delle mutandine a rete che servono per tenere in sede pannolone ma che consentono alla persona incontinente di abbassarle velocemente quando viene portata in bagno. Nelle forme di incontinenza irreversibile sono da preferire i pannolini sagomati, abbinati alla la mutandina a rete che ne assicura il corretto posizionamento, disponibili con diversi gradi di assorbenza, sono i presidi confortevoli e meno ingombranti, non hanno la superficie plastica a contatto con la cute che favorisce il riscaldamento cutaneo creando disagio e possibilità di sviluppo di lesioni cutanee. Nelle forme di l'incontinenza doppia sono da preferire i pannolini mutandina o a cintura (belt-pad). Nei confronti di un incontinente autosufficiente o parzialmente autosufficiente il dovere di ogni operatore è quello di facilitare la scelta del prodotto ad assorbenza più idoneo (che consenta facilmente l'uso del bagno, una assoluta sicurezza di evitare le perdite, una efficiente discrezionalità) e promuovere le possibili soluzioni ambientali, farmacologiche, chirurgiche o riabilitative. La scelta del miglior ausilio assorbente per l'utente non autosufficiente deve essere fatta una valutazione mirata orientata a definirne le cause, ad identificarne le forme transitorie ed a definire il tipo e la gravità delle forme stabili. Frequenza di cambio Fermo restando il cambio del mattino in contemporanea con la sveglia, la sostituzione dei pannolini non deve essere fissata rigidamente dalla routine di lavoro, ma programmata sulla base della capacità assorbente, della tipologia di presidio utilizzato, delle caratteristiche del soggetto utilizzatore e dal tipo di incontinenza. Ad ogni cambio (che non deve comunque superare le 4- 5 ore fra un' ispezione e l'altra) Deve essere

assicurata una corretta igiene della zona genitale, perineale e sacrale, non dimenticando di controllare lo stato della cute.

Nel caso di aumento della necessità di cambi notturni o durante la giornata va predisposta la scheda minzionale con la relativa valutazione del carico idrico giornaliero, nel piano valutativo devono essere considerati i consumi degli alimenti in particolare della frutta e verdura durante il giorno e la quantità di liquidi assunta dopo le 17. Se la valutazione evidenzia il fallimento del presidio utilizzato, va ridefinito il tipo di incontinenza e scelto l'ausilio più adatto, la rivalutazione va sempre fatta in caso di modifica delle condizioni psicofisiche e sistematica mente durante l'équipe per la ridefinizione trimestrale dei PAI. Devono essere evitate le concomitanze tra presidi ad assorbimento ed altri sistemi a raccolta come il catetere vescicale o le guaine in lattice: che sottopongono l'utente a tutte le controindicazioni di ogni sistema, senza assommarne i vantaggi. Quando si utilizzano i sistemi a raccolta si deve utilizzare, per sicurezza contro le eventuali perdite o contro l'incontinenza fecale, la traversa monouso (a meno che il soggetto utilizzatore non soffra di diarrea con numerose scariche giornaliere). Nel controllo e gestione dell'incontinenza un aspetto importante è la preparazione del letto che prevede: coprimaterasso impermeabile a doppio strato (uno strato di tessuto a trama impermeabile ed uno di cotone) associato alla traversa salvaletto monouso. L'utilizzo di ausili assorbenti di buona qualità diminuisce il carico di lavoro, aumenta il comfort per gli utilizzatori, diminuiscono i fenomeni legati alla macerazione cutanea e contenuti i costi indiretti dell'incontinenza (lavaggio biancheria piana e personale). Igiene personale L'argomento è molto più importante di quanto si possa supporre ad un primo approccio: le attività di igiene personale assorbono nelle RSD e nell'attività domiciliari una quantità enorme di risorse sia umane che materiali. Le procedure di detersione e di protezione cutanea, sono responsabili, se non attuate in modo corretto, di numerose problematiche, che spaziano dal banale arrossamento alla patologia micotica o eczematosa, per non parlare dell'interazione, già ampiamente dimostrata, tra maldestre procedure di igiene e comparsa di lesioni da compressione (non a caso l'umidità della cute e/o la presenza di incontinenza sono parametri considerati da tutte le scale di valutazione del rischio di insorgenza di lesione da decubito). La cute per svolgere le sue funzioni protettive e di scambio con l'esterno deve essere mantenuta integra e pulita. La traspirazione cutanea è necessaria per permettere l'evaporazione dell'acqua e garantire così l'eliminazione del calore in eccesso e di alcune scorie: questa peculiarità è ostacolata dalla presenza di secrezioni e di sporco proveniente dall'ambiente circostante che vanno ad ostruire i pori. L'integrità della pelle è invece fondamentale per garantire una valida protezione alle infezioni provocate da microrganismi diffusi nell'ambiente, che vengono continuamente a contatto con l'organismo. Altro scopo dell'igiene è quello di mantenere la cute elastica, caratteristica fondamentale per il mantenimento della sua integrità ma non soltanto per queste funzioni biologiche, l'igiene ha anche un significato sociale: avendo bisogno di relazioni continue con i suoi simili, l'uomo inconsciamente tende, solitamente, ad avere un aspetto che non le ostacoli proprio attraverso l'allontanamento dello sporco dalla cute, che, accumulandosi, non solo rende una pessima immagine di sé, ma genera anche cattivo odore, rendendo più difficoltose le relazioni di cui sopra.

L'igiene personale

La pulizia della cute.

La pulizia della pelle deve essere eseguita usando prodotti e procedure che non alterino il suo equilibrio naturale. La pelle, per la sua posizione periferica, è esposta ai danni provenienti dall'esterno: raccoglie polvere e germi che si mischiano al sebo e al sudore alterando l'equilibrio della sua superficie. La detersione è l'insieme degli atti posti in essere per giungere ad una adeguata pulizia della pelle stessa. Le sue finalità sono da ricondurre essenzialmente a: riduzione dello sporco ambientale accumulato sulla cute, riduzione dell'eccesso delle secrezioni sebacee e sudorali, per eliminare le cellule morte diminuire i microrganismi ambientali che vi si sono accumulati. Pur essendo un'azione tecnicamente scontata, si deve cercare di rispettare il più possibile il film idrolipidico e l'integrità della cute. La detersione deve essere completata da una corretta ed efficace asciugatura della parte, da effettuarsi con materiali morbidi ed assorbenti, attraverso movimenti di "tamponamento" (per evitare possibili microlesioni cutanee da sfregamento), poiché la cute rimasta umida è maggiormente sottoposta a fenomeni di macerazione cutanea, proliferazione microbica e micotica e quindi a fenomeni irritativi (che provocando un forte prurito, possono essere oggetto di lesioni da grattamento). Oggi, si tende ad un uso eccessivo di detergenti spesso inadeguati. La loro azione lesiva viene incrementata dall'utilizzo, nella loro formulazione, soprattutto per questioni economiche, di sostanze eccessivamente aggressive. Un buon prodotto detergente deve essenzialmente possedere: una buona capacità di rimuovere lo sporco; un'azione emolliente in grado di garantire una pulizia a fondo la pelle senza inaridirla e irritarla, rispettando quel film idrolipidico che funge da difesa e protezione contro l'attacco degli agenti esterni dannosi; essere poco schiumogeno; essere facile da risciacquare; garantire un buon rapporto qualità-prezzo. Per la detersione, oltre all'acqua, sono in uso diversi tipi di detergente: Il sapone liquido: è il detergente più utilizzato per pelli fisiologicamente sane, ha un pH fortemente alcalino (da 8 a 10), ha un alto potere schiumogeno ed è poco stabile (alcuni saponi "neutri" lo sono fino al contatto con l'acqua, poi il pH cambia). Il sapone non sapone liquido: è ottenuto chimicamente senza il processo della saponificazione: questo rende il suo pH (solitamente oscillante fra 3 e 5), molto più stabile che nel sapone classico. E' costituito da tensioattivi di natura diversa, miscelati a cere e polisaccaridi ai quali vengono aggiunte altre sostanze ammorbidenti ed umettanti. E' un ottimo detergente ed in genere è delicato sulla cute. Olio da bagno: ha un basso potere detergente poiché deterge per assorbimento delle molecole di sporco. Non altera il pH cutaneo, crea un buon film protettivo sulla pelle, non è schiumogeno e può avere un'azione emolliente e lenitiva ma non può essere utilizzato a lungo, poiché si occludono i pori dei follicoli pilo sebacei e si corre il rischio di provocare una irritazione.

Schiuma detergente: ha un ottimo potere detergente, non altera il pH della cute, e consente di idratare la cute contemporaneamente alle manovre di detersione. Consente di risparmiare il tempo dell'asciugatura (e quindi tutti i problemi legati a questa procedura) e sull'utilizzo della crema base. L'applicazione della crema base (che è oggi raccomandata da tutti i dermatologi), deve sempre seguire le manovre di igiene (a meno che non si utilizzino creme o schiume detergenti), soprattutto nelle zone maggiormente

sottoposte a traumi da sfregamento (regione sacrale e pieghe cutanee). Le caratteristiche principali della crema base sono di essere idratante, non untuosa, evanescente e lenitiva. L'azione detergente, se non accompagnate da manovre di idratazione, può provocare alcuni problemi quali: 1. Cute secca (la pelle si assottiglia ed assume il caratteristico aspetto "a carta di sigaretta"); 2. Cute disidratata (sulla pelle appaiono delle "rughe"); 3. Cute desquamata (caratteristica della faccia anteriore della tibia). In questa fase l'assistito comincia a lamentare prurito occasionale, quasi sempre dopo il lavaggio. Per correggere questo quadro è sufficiente, come già detto, la crema base. Se si utilizzano creme troppo grasse si può ulteriormente peggiorare il quadro clinico (per l'azione di chiusura dei pori), così come anche se si utilizzano formulazioni in gel, che, a causa del loro contenuto alcolico, disidratano ancora di più la pelle. Nella valutazione di questo tipo di problemi non si può soprassedere dal considerare, oltre alla clorazione ed alla durezza dell'acqua, anche il residuo di detersivo che resta sulle lenzuola, che può predisporre, specie nel soggetto allettati (unitamente alla sudorazione, ai movimenti ripetitivi, alla presenza di pieghe o di residui alimentari), all'insorgenza di problematiche dermatologiche anche serie. Oltre a questi tre gradi di disidratazione si possono avere: I. Piccole lesioni eritematose (Eczema); II. Vere e proprie lesioni della cute nella sua integrità. In questi ultimi due casi, che rappresentano le fasi estreme della disidratazione cutanea, è d'obbligo la sospensione dell'applicazione di qualsiasi sostanza sulla pelle ed il consiglio del medico specialista, che prescriverà creme cortisoniche, antibiotiche o antimicotiche per pochi giorni (per non rischiare danni da cortisonico topico o fenomeni di sensibilizzazione). Oltre alle sostanze detergenti, vi sono altri prodotti che vengono utilizzati ad integrazione delle manovre igieniche, il cui uso non sempre è suffragato da indicazioni precise, ma la cui applicazione è pressoché routinaria: Crema allo zinco: in ha funzione decongestionante e di solito è ben tollerato. Può essere usata anche presenza di piccole lesioni superficiali leggermente umide. Crea comunque una barriera impenetrabile sotto la quale si creano le condizioni ideali per un aumento della proliferazione batterica. Tende a far seccare la cute e quindi deve essere completamente rimossa almeno ogni 2 giorni, meglio con un olio anziché con acqua. Polveri e pomate con vitamine: il loro uso non ha alcuna giustificazione dermatologica. Sof Argent: è una sostanza antibatterica che deve essere usata solo in presenza di cute irritata e leggermente erosa, quando ci sia il sospetto di una sovrainfezione batterica. Può provocare fenomeni irritativi nelle persone allergiche ai sulfamidici. "Spray antidecubito": ha un'azione disidratante sulla cute (allo stesso modo delle creme allo zinco), ed usato in sede sacrale in persone che stanno sedute per lunghi periodi, crea irritazione cutanea.

La scelta del prodotto è differenziata sulla base delle caratteristiche degli ospiti/assistiti/assistiti e sulla base del tipo di igiene a cui sono destinati: per gli assistiti con incontinenza lieve ed in buono stato, che non hanno particolari problemi, si utilizzano comuni detergenti neutri e di buona qualità; per le persone parzialmente o completamente disabili, incontinenti, costretti a letto, con movimenti ripetitivi o costretti in decubito obbligato, i prodotti per la detersione, integrati da un corredo di salviette molto morbide ed assorbenti per l'applicazione e la rimozione del detergente, è fatta con detergenti e/o oli che non alterano il pH. Le creme e schiume detergenti, sono utilizzate nei casi in cui è tecnicamente impossibile attuare un risciacquo accurato. Ausili per l'igiene. Per gli ausili da usare come coadiuvanti nell'azione detergente, sono in uso: manopole in TNT (tessuto non tessuto) mono uso panni in TNT mono uso salviette in cotone espugna personalizzate teli salvaletto mono uso traverse riutilizzabili in poliuretano Attenzioni particolari. Tutti gli operatori che si apprestano ad eseguire manovre di igiene personale devono mettere i guanti protettivi monouso, che devono essere utilizzati in modo differenziato a seconda del tipo di igiene, devono essere rigorosamente cambiati dopo le manovre assistenziali ad ogni ospite/assistito e che non devono sostituire un corretto lavaggio delle mani dell'operatore stesso. L'uso non disciplinato dei guanti porta alla diffusione di sporco, microrganismi e spore all'interno della struttura (le maniglie delle porte, dei carrelli, ecc.), costituendo così un potenziale pericolo non solo per gli anziani ospiti/assistiti ma anche per gli operatori ed i visitatori. Ogni operatore ha inoltre il dovere di non incrementare la carica batterica presente nell'ambiente curando la propria igiene personale, con particolare riferimento all'igiene delle mani (con particolare attenzione agli spazi interdigitali e sotto ungueali). La programmazione dell'intervento. Il compito che deve essere svolto nei confronti dell'assistito è quello di garantire un'igiene cutanea fatta nel modo più efficace possibile, cercando, prima di tutto, di non arrecare danni iatrogeni, ed inoltre di mantenere un approccio che sia improntato sull'educazione, sul rispetto e utilizzando strategie comunicative che tengano conto sia del livello culturale sia delle possibili distorsioni della comunicazione dovute a possibili deficit degli organi di senso dell'assistito. Si dovranno altresì rispettare le comuni indicazioni per il mantenimento della privacy, e se non ci sono controindicazioni, il luogo di elezione per l'effettuazione dell'igiene personale è il bagno. L'organizzazione vera e propria delle procedure di igiene avviene analizzando le caratteristiche degli ospiti/assistiti delle risorse strumentali, materiali e di personale messe a disposizione. L'assessment del caso elaborato nel piano individuale assistenziale (PAI) che è il momento fondamentale per la programmazione di ogni intervento, poiché si deve assicurare un intervento che non sia né assistenzialmente insufficiente né tantomeno eccessivamente sostitutivo.

Rev.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione	Motivazione
		RISK MANAGER	RA	DS	
6	10/02/2026	Cristina Dragoni	Andrea Scotti	Tiziana Torpilliesi	SCADENZA

	SISTEMA GESTIONE ASSC	IO 19
		Data 10/02/2026 Pagina 2 di 3

CONCLUSIONI

Procedura Operativa:

a) Adeguata igiene

b) Cambio presidio assorbente.

Per CDI secondo programma e presidi portati dal familiare.

Per Rsa secondo indicazioni contenute nello schema pannolini personalizzato, presente sul carrello dell'igiene. Nello specifico le fasce orarie sono:

- al mattino durante l'igiene e mobilitazione (h 6.15 o 7.15 - h 10.00)
- nel primo pomeriggio in coincidenza con l'alzata (h 14.30)
- alla sera, in preparazione per il riposo notturno (h 20-21)
- la notte per chi ne necessita (h 2.30)
- secondo indicazione del programma personalizzato

Indicazione per l'utilizzo dei Presidi

Al fine di offrire agli ospiti una migliore qualità nell'assistenza è opportuno individuare il prodotto più idoneo per il tipo ed il grado di incontinenza. È necessaria perciò l'applicazione del concetto di assistenza personalizzata.

Posizionare il presidio assorbente di taglia più idonea facendo ricadere la prima scelta sull'utilizzo del sagomato perché riduce il rischio di ridotta traspirazione cutanea.

Per RSA:

I sagomati si differenziano tra loro per la loro capacità di assorbenza e colore e non per la taglia.

Posizionare un solo prodotto alla volta: ogni presidio assorbente è stato progettato per essere utilizzato da solo. Rispettare scrupolosamente gli schemi personalizzati: nel caso si valuti la possibilità di variazioni, comunicarlo alla Responsabile del servizio dopo un eventuale confronto con le colleghe e il referente presidi assorbenti del nucleo. Per gli ospiti in purga o con alvo diarroico è indicato il posizionamento del pannolino mutandina standard e della misura più idonea.

Attualmente in uso programma cartaceo e informatico SILC. Tutte le figure professionali devono attenersi a quanto indicato dallo schema dei cambi presidi. Tutti gli operatori assistenziali sono stati debitamente formati all'uso dei presidi assorbenti ed alla loro gestione.

Una volta al mese gli operatori referenti del nucleo eseguono la giacenza di magazzino e comunicano le variazioni apportate allo schema, secondo le esigenze dell'ospite, alla responsabile del servizio; la quale poi procede inviando tutte le informazioni alla referente SILC via mail, che esegue l'ordine.

c) Uso del pappagallo o padella, per ospiti che rifiutano il pannolone e sono in grado di autogestire il presidio e per la notte in RSA.

d) Per gli ospiti deambulanti e/o capaci di eseguire passaggi posturali assistiti, accompagnarli in bagno. Ovviamente, in base al programma del cambio presidio assorbente e quando richiesto dagli ospiti.

Casi Particolari:

Per ospiti che deambulano, non affetti da deterioramento cognitivo e con incontinenza urinaria notturna, si procede svegliando l'ospite durante la notte, a orari prestabiliti, invitandolo a recarsi in bagno.

Ospiti del nucleo Alzheimer "Margherita". Se ospite irrequieto o con disturbi comportamentali tali che se risvegliato nella notte non riposi più e/o portatore di tutone, valutare l'opportunità del controllo degli indicatori sul presidio assorbente.

	SISTEMA GESTIONE ASSC	IO 19
		Data 10/02/2026 Pagina 3 di 3

BIBLIOGRAFIA

1. OSPEDALE DI COMUNITA' E HOSPICE DI POGGIBONSI (SIENA) "Dalla scelta del sistema di gestione della perdita involontaria di urine alla definizione delle manovre igieniche", Marco GozziCaposala ASL 7 Siena
2. Centro Studi EVN –Bologna "INCONTINENZA URINARIA (IU)" ;Infermiera Linda Pasqualina Cannone 6/12/2006
3. Clinica "Ancelle della Carità", Cremona "Incontinenza urinaria e fecale- inquadramento epidemiologico, eziologico e clinico; Fabio Guerini -Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
4. Ospedale S. Cuore di Negrar, Verona "Eventi avversi nell'utilizzo di pannoloni e di guaine urinarie in soggetti incontinenti: revisione della letteratura" ; Infermieri coordinatori Marina Vanzetta¹, Monica Casati
5. GUIDA Lesione Midollare e Disfunzioni vescicali e Sessualità, Prof. Dr. med. Jürgen Pannek, Primario di Neurourologia Centro Svizzero per Paraplegici, Nottwil
6. LA VESCICA NEUROLOGICA; GIULIO DEL POPOLO SODS di Neuro-Urologia, Unità Spinale, A.O.U. Careggi, Firenze