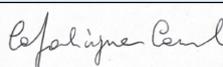
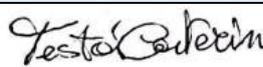


Sommario

1. SCOPO.....	2
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3. DEFINIZIONI ED ACRONIMI.....	2
4. ACRONIMI	2
5. RESPONSABILITA	2
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'	3
6.1 L'incontinenza	3
6.1.1 Incontinenza urinaria:.....	3
6.1.2 Incontinenza fecale	4
6.1.3 Incontinenza doppia	4
6.1.4 Scelta dell'ausilio per l'incontinenza	4
6.1.5 I sistemi di raccolta per incontinenza urinaria	5
6.1.6 Presidi/Sistemi assorbenti monouso	6
5.2.3 Urocondom (o guaina o profilattico)	10
6.2 Igiene personale	12
7. MONITORAGGIO	12
8. RIFERIMENTI NORMATIVI-BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI	13

RE V.	EMESSO DA DS		VERIFICATO DA RQ		APPROVATO DA DS	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	19.05.20 23		19.05.20 23		19.05.20 23	

1. SCOPO

La seguente procedura ha lo scopo di migliorare la gestione della persona incontinente a domicilio.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica nelle attività ADI, per tutte le persone assistite che presentino incontinenza urinaria e/o fecale.

3. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

- **Incontinenza:** una condizione in cui la perdita involontaria dell'urina o delle feci
- **Incontinenza urinaria:** è l'incapacità a ritenere l'urina (perdita involontaria di urina) per alterazioni anatomiche e/o funzionali degli sfinteri della vescica
- **Incontinenza semplice:** condizione in cui vi è la perdita involontaria dell'urina
- **Incontinenza doppia:** condizione in cui vi è la perdita involontaria sia dell'urina che delle feci

4. ACRONIMI

- ADI Assistenza Domiciliare Integrata
- ASP Azienda Sanitaria Provinciale
- IP Infermiere Professionale
- MCA Medico di Continuità Assistenziale
- MMG Medico di Medicina Generale
- PAI Piano Assistenziale Individualizzato
- PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
- PRI Piano Riabilitativo Individuale
- SIAD Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare
- SSN Sistema Sanitario Nazionale
- TS Tessera Sanitaria
- UVM Unità di Valutazione Multidimensionale

5. RESPONSABILITÀ

Responsabili della corretta attuazione sono gli infermieri e/o il personale di supporto che opera a domicilio. Il Responsabile della verifica della presente procedura è il Coordinatore Infermieristico.

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

6.1 L'incontinenza

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 di migliaia di miliardi.

Si stima che tra le persone di età compresa fra i 15 ed i 64 anni la prevalenza di incontinenza oscilla tra l'1,5% ed il 5% negli uomini e tra il 10% ed il 25% nelle donne., fino ad arrivare al 15 al 30% degli ultra sessantacinquenni (Agency for Health Care Policy and Research, 1992) (1).

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 né come:

6.1.1 Incontinenza urinaria:

Si definisce incontinenza urinaria la perdita involontaria di urine almeno 3/4 volte al mese.

Esistono diversi tipi di incontinenza urinaria i più frequenti dei quali, aventi origine da cause diverse, sono:

- **Incontinenza da sforzo o "da stress":** tra le forme più comuni, si verifica quando si compie un movimento che richieda uno sforzo, anche minimo (uno starnuto, una risata, salire le scale). Colpisce di più le donne, anche giovani, perché anatomicamente hanno un'uretra più corta ed inoltre le gravidanze, i parti e la menopausa riducono la capacità di chiusura dell'uretra.
- **Incontinenza da urgenza:** è associata ad uno stimolo impellente di urinare. Se non si raggiunge il bagno in tempo, lo svuotamento della vescica può avvenire ovunque, ciò può accadere anche nel sonno, con quantità variabile da poche gocce, fino a vere e proprie minzioni complete. Una delle cause più frequenti è l'aumento della contrattilità della vescica; può essere correlata a patologie croniche sia neurologiche (demenza, Alzheimer, morbo di Parkinson, Lesioni del Sistema nervoso centrale) che da infezioni urinarie, cancro e obesità; sono più interessati gli uomini, soprattutto con l'avanzare dell'età.
- **Incontinenza mista:** spesso è la combinazione di più cause tra le due forme di incontinenza urinaria precedentemente indicate.
- **Incontinenza neurogena:** la continenza è subordinata ad una precisa coordinazione di attività tra il cervello, il midollo spinale e la vescica. Quando questa coordinazione viene

a mancare, insorge il fenomeno dell'incontinenza, generalmente in anziani con confusione mentale e turbe della idratazione e/o con importanti problemi intestinali.

- **Incontinenza da reflusso:** si manifesta con perdite più o meno abbondanti, seguite da un forte costante desiderio di urinare ancora. Questo perché la vescica non si svuota mai completamente per cause ostruttive o neurologiche (ipertrofia prostatica, traumi del midollo spinale).
- **Incontinenza urinaria continua goccia a goccia:** è dovuta a lesione dello sfintere.
- **Enuresi:** è la perdita di urina che avviene nel sonno, con minzione involontaria, in soggetti non pediatrici.
- **Forme transitorie d'incontinenza urinaria:** possono essere causate da infezioni delle vie urinarie, infezioni o irritazioni vaginali, stipsi, diabete scompensato, scompenso cardiaco, confusione mentale acuta, assunzione di alcuni farmaci come diuretici, antidolorifici, sedativi o antipertensivi, abuso di alcool, caffè, tabacco, gravidanza e/o dopo il parto (Muth, 2017).

6.1.2 Incontinenza fecale

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: Infezione es. gastroenterite, effetti collaterali di determinati farmaci, sindrome dell'intestino irritabile, diverticolite, malattie specifiche (e relativamente non comuni), quali colite ulcerativa e morbo di Crohn , radioterapia

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

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

6.1.3 Incontinenza doppia

Persone affette da entrambi i tipi di incontinenza

6.1.4 Scelta dell'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, la prescrizione del presidio), 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;

- Confermare la presenza di incontinenza urinaria
- Definire il tipo di incontinenza
- 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)

6.1.5 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. Presidi/Sistemi assorbenti monouso
2. Urocontrol (o guaina o profilattico);
3. Catetere vescicale intermittente ed a permanenza (il CV si rimanda alla procedura specifica)

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: Impedire danni iatrogeni; Approccio incentrato su:

- educazione;
- rispetto;
- informazione;
- cura della privacy;

6.1.6 Presidi/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 caregivers 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 (figura 1)

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.

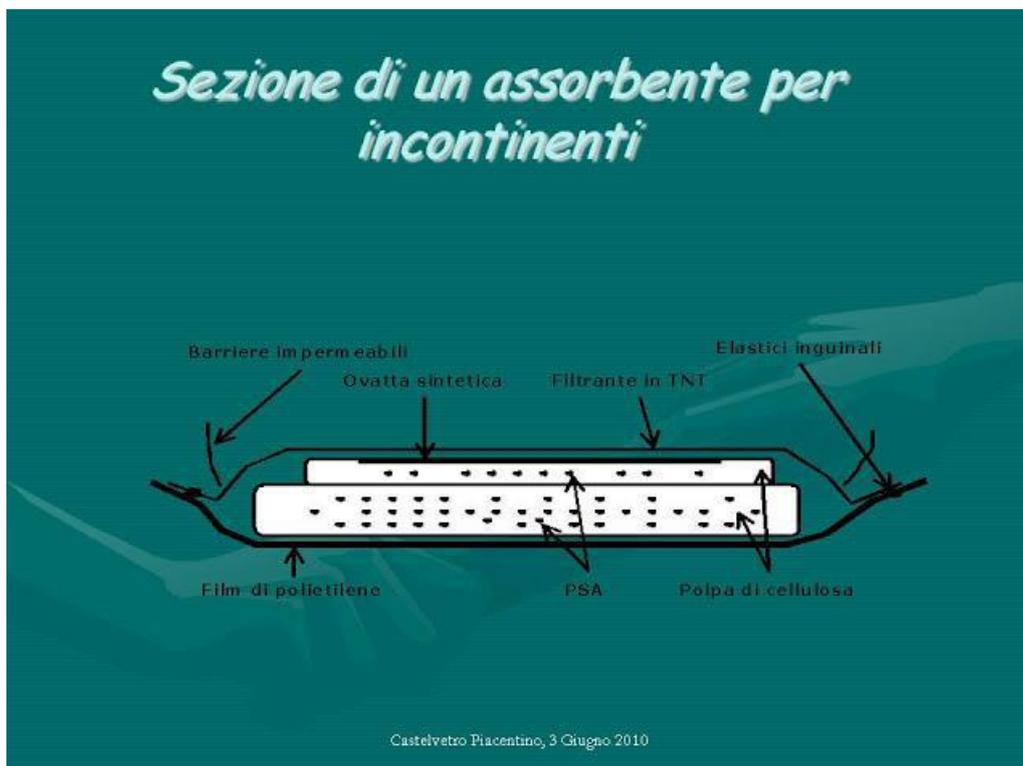


Figura 1 Pannolone per incontinenti del tipo "pannolino mutandina"

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 pannoloni 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 fisiocompatibilità 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 pannoloni 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 caregiver.

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 15621:2017 e ISO 16021:2000) 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 caregivers).

Vi sono altre caratteristiche da tenere presenti che non sono certo secondarie:

1. Non provocare danni iatrogeni (sensibilizzazione, macerazione cutanea);
2. Annullare i cattivi odori;
3. 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);
4. 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)

Di seguito alcune schede tecniche degli ausili assorbenti che possono essere utilizzati dagli operatori sanitari in Assistenza Domiciliare



Pannolone rettangolare con barriera impermeabile indicato per pazienti affetti da incontinenza urinaria leggera e media.

Assorbente raccogli goccia per uomo per leggere incontinenza.

I polimeri presenti garantiscono con capacità di assorbenza pari a 150ml di urina, trasformandola in gel.



Il pannolone mutandina è realizzato in quattro taglie, per ognuna delle quali sono disponibili più livelli di assorbimento. È adatto a disturbi di intensità media, grave e gravissima, ed indicato soprattutto per i soggetti allettati

Assicura la massima protezione nei casi di incontinenza sia urinaria che fecale. (doppia)



Il **pannolone sagomato** caratterizzato da una speciale sagoma anatomica che ne garantisce l'ottima vestibilità sia per soggetti deambulanti che allettati. Adatto per disturbi da leggeri a gravissimi, è disponibile in quattro livelli di assorbimento.

Si consiglia di indossarlo con le speciali mutandine a rete



Il **pannolone a cintura** è fissato in vita da una pratica cintura riposizionabile. Il prodotto, disponibile in due taglie, è facile da indossare e non copre eccessivamente la cute.

È adatto per tutti i tipi di incontinenza grave, sia per soggetti deambulanti che allettati



Gli assorbenti con la loro innovativa sagoma anatomica, sono la risposta più discreta ai problemi di incontinenza leggera. Sono disponibili in quattro livelli di assorbimento.

Grazie alla striscia adesiva di fissaggio si possono indossare con la tradizionale biancheria.

CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL PANNOLONE

Il posizionamento errato di un pannolone da parte di una persona autonoma è per lo più dovuto all'inesperienza: già dopo poche applicazioni si riesce ad acquisire la giusta dimestichezza. Il posizionamento del pannolone diventa più complesso, invece, se ci si occupa di una persona non autosufficiente, che di norma utilizza il pannolone con adesivi.

- Chiudere porte e finestre, per evitare sia che la persona prenda freddo sia per garantire la giusta privacy.
- Preparare tutto l'occorrente per l'igiene e il cambio del pannolone a bordo letto
- Effettuare lavaggio delle mani
- Indossare guanti monouso.
- Girare leggermente sul fianco il paziente (con una gamba leggermente flessa opposta al lato in cui si è voltato) e posizionare una traversa monouso per non bagnare le lenzuola mentre si procede all'igiene delle parti intime. Si consiglia di utilizzare detergenti a ph acido (5.5 o inferiore) o meglio se un prodotto senza risciacquo

- Dopo aver eseguito l'igiene, ispezionare la cute del paziente e se non presenta arrossamenti, applicare una crema barriera trasparente. In caso di arrossamenti lievi è invece consigliabile una pasta all'ossido di zinco
- Per posizionare il pannolone pulito bisogna far ruotare di nuovo la persona sul fianco, aprire il pannolone e piegarlo a metà; successivamente posizionarlo completamente aperto di lato al paziente in modo da avere le due ali con l'adesivo rivolte verso la testa e la parte senza adesivo verso i piedi. Sistemare metà pannolone sotto il gluteo appoggiato sul letto e far ruotare il paziente in posizione supina, aiutandolo a girarsi lievemente sul lato sinistro per stendere l'ala che si trovava sotto il gluteo
- Riportando il paziente in posizione supina il pannolone si può considerare posizionato bisogna solo portare davanti al pube la parte di pannolone senza adesivo e incollare le ali.
- Controllare che non si siano formate pieghe all'inguine e non allacciare troppo stretti gli adesivi.

Frequenza di cambio

Fermo restando il cambio del mattino in contemporanea con la sveglia, la sostituzione dei pannoloni 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.

5.2.3 Urocondom (o guaina o profilattico)



Le guaine, dette anche cateteri esterni o condom/profilattici: sono delle "maniche" in morbido lattice di gomma da indossare sul pene, con l'estremità distale più rigida per il collegamento ad una sacca di raccolta. Sono adattabili alle differenti situazioni del pene e affinché non venga compresso esistono diversi diametri e le misure vengono indicate in millimetri.

Controindicazioni all'utilizzo del condom

Tra i motivi che escludono la possibilità di impiego di un condom troviamo:

- le allergie al lattice o al silicone
- la mancanza di consenso da parte del paziente. Sembra una motivazione banale, ma spesso è difficile far accettare queste procedure, un po' imbarazzanti per l'utente, soprattutto ad anziani e persone con malattie neurologiche. In questi casi, il rischio che i condom siano staccati via è molto alto
- ipersensibilità alla colla che serve per fare aderire il condom alla base del pene. Può capitare infatti che dopo avere posizionato il condom, ci si accorga di un arrossamento immediato o ritardato nella zona interessata

- retrazione del pene. Non sempre sono presenti in commercio condom adatti a tutte le dimensioni del pene. In molti casi, le strutture sanitarie vengono provviste solo delle dimensioni e marche più comuni, quindi non adatte ad un pene eccessivamente retratto cute non intatta.

Un problema che si è riscontrato nelle guaine è il mantenimento della sua collocazione.

I metodi di fissaggio possono essere:

- **Striscia biadesiva** → aderisce da un lato al pene, dall'altro alla guaina. Possono variare nel grado d'adesività ed elasticità. Per quanto riguarda il loro uso, si devono seguire le istruzioni dei produttori per evitare costrizioni.
- **Guaina autoadesiva** → è un tipo di guaina con adesivo incorporato all'interno.
- **Guaina autoadesiva in puro silicone** → trasparente ottima tenuta e con distacco morbido senza rischi per la pelle, ipoallergenico, non irritante; la mancanza di strisce adesive elimina il rischio di strozzature.

CORRETTO POSIZIONAMENTO DEL CONDOM

Materiale occorrente

- guanti
- kit dell'urocondom: dispositivo e nastro biadesivo;
- traversino monouso;
- eventuale necessario per tricotomia;
- eventuale necessario per igiene perineale;

Procedura

- lavare le mani prima e dopo l'applicazione e indossare i guanti monouso
- far sedere il paziente sul bordo del letto e misurare la circonferenza del pene utilizzando, laddove possibile, il metro in cartone fornito dalla casa produttrice del condom preparare il paziente facendolo sdraiare sul letto disporre su un carrello o su un piano di lavoro: il catetere maschile esterno, la sacca di raccolta che può essere da gamba o da letto, il tubo di raccordo, il sapone, un asciugamano, le forbici
- effettuare l'igiene perineale del paziente, assicurandosi di eliminare tutto il sapone e di asciugare bene, altrimenti la colla potrebbe non attaccare. Meglio non usare saponi troppo idratanti
- tagliare i peli, se presenti, per favorire il fissaggio sulla pelle. Non radere, perché la ricrescita potrebbe creare irritazioni ed infezioni accertarsi che il pene non sia irritato
- posizionare il condom e poi srotolarlo sul pene. È bene sapere che esistono diversi modi di ancoraggio del catetere maschile esterno. Il più comune è autoadesivo, alcuni prevedono l'utilizzo di colle cutanee sulla pelle prima di srotolare il condom sul pene. Altri si attaccano grazie a fascette adesive che vanno applicate in precedenza sul pene
- attaccare il raccordo, che può avere forme e dimensioni differenti, e la sacca. Se si tratta di un paziente deambulante è meglio utilizzare una sacca da gamba per il giorno, che solitamente viene attaccata con due fascette elastiche alla coscia o al polpaccio e una sacca più grande per la notte. Nel caso di pazienti allettati è meglio usare direttamente

quella più capiente. Mai far riempire la sacca più dei 2/3 della sua capacità. Meglio scegliere sacche con valvole anti-reflusso, per evitare che le urine possano tornare indietro lungo il tubo assicurarsi che il raccordo o il condom non si annodino

- sostituire il condom entro 24 ore, semplicemente srotolandolo. Attenzione a non stratonare e/o creare lesioni.

La connessione del tubo all'estremità della guaina alla borsa di raccolta per urina deve tenere conto che l'adattamento sia frontale, prestando attenzione affinché non avvengano attorcigliamenti o strozzature quando il paziente è vestito, seduto o in piedi.

Dopo la prima applicazione, il pene deve essere frequentemente ispezionato per evidenziare segni di compressione o reazione cutanea.

All'inizio la guaina dovrebbe essere indossata solo poche ore, e solo constatato il metodo di validità può essere indossato per 24 ore prima del cambio. Se compaiono arrossamenti o dolore, non si dovrebbe indossare la guaina sino a completa guarigione.

Quando invece è presente un significativo residuo post-minzionale, deve essere preso in considerazione:

- il cateterismo intermittente da parte di terzi, in tal caso fondamentale è la valutazione dello stato sociale della famiglia e la cooperazione dei componenti del nucleo familiare elementi questi importanti nell'apprendimento delle tecniche e del loro utilizzo in maniera congrua. Purtroppo succede spesso che i familiari conviventi di pazienti anziani, sono anch'essi anziani con problemi funzionali e/o di salute non trascurabili per cui il carico assistenziale può essere insostenibile.
- Il cateterismo vescicale: l'applicazione del catetere a permanenza deve essere ben ponderata. Si devono tenere in considerazione solo casi selezionati e comunque quando ogni tentativo di controllo della minzione o di protezione rispetto agli inconvenienti relativi è risultato inutile o non sia oggettivamente più applicabile.

6.2 Igiene personale

L'igiene personale rappresenta un aspetto fondamentale, 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).

7. MONITORAGGIO

Gli Indicatori individuati per il monitoraggio sono rappresentati da:

OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	PERIODICITA' DELLA RILEVAZIONE
	N. segnalazioni di nc, EA	0	QUANDO SI VERIFICANO

OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	PERIODICITA' DELLA RILEVAZIONE
Migliorare l'assistenza infermieristica e sanitaria in generale	N di anomalie durante audit comportamentali	0	IN BASE ALLA FREQUENZA PIANIFICATA DEGLI AUDIT
	N di anomalie durante audit documentali	0	IN BASE ALLA FREQUENZA PIANIFICATA DEGLI AUDIT
	Numero di pazienti con arrossamenti/Numero totale di pazienti con pannolone	0	QUANDO SI VERIFICANO
	Numero di pazienti con arrossamenti/Numero totale di pazienti con urocondom	0	QUANDO SI VERIFICANO

8. RIFERIMENTI NORMATIVI-BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

- Berto P., (2000), Qualità della vita e cost-of-illness della incontinenza urinaria femminile: i risultati di uno studio italiano, in Giornale di farmacoeconomia, 4(15), 91-97
- Clemens QJ., (2019), Urinary incontinence in men 2016, in Uptodate.
- Decreto del Presidente del Consiglio Dei Ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15).
- Elenskaia K., Haidvogel K., Heidinger C., Doerfler D., Umek W., Hanzal E., (2011), The Greatest Taboo: Urinary Incontinence as a Source of Shame and Embarrassment, in Wien Klin Wochenschr, Oct;123(19-20):607-10.
- Lyons SS. & Specht JKP., (1999), Prompted voiding for persons with urinary incontinence evidence-based protocol, in M. G. Titler (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice for Older Adults, Iowa City, IA: The University of Iowa Nursing College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.
- Ministero della Salute, Decreto 7 agosto 1999, n. 332 , Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe (GU Serie Generale n.227 del 27-09-1999 - Suppl. Ordinario n. 176).
- Ministero della Sanità, Decreto 31 maggio 2001, n. 321, Modifica del regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (GU Serie Generale n.183 del 08-08-2001).
- Muth CC., (2017), Urinary Incontinence in Women, in JAMA, October 24/31.
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), (2005), Promoting continence using prompted voiding, in Nursing Best Practice Guideline Revised.

- Romeo G., (2019), Appropriatelyzza degli ausili/presidi per l'incontinenza. Responsabilità infermieristica, Bologna, Forum della Non Autosufficienza e dell'Autonomia Possibile.
- Serati M, Ghezzi F., (2016), The epidemiology of urinary incontinence: a case still open, in Annals of Translational Medicine, March, Vol. 4, .n.6.
- Shenot PJ., (2018), Incontinenza urinaria negli adulti, in Manuale MSD.
- SIU (Società Italiana di Urologia), (2019), Linee Guida EAU -European Association of Urology- sull'Incontinenza Urinaria negli Adulti