

BUONE PRATICHE PER L'INFERMIERE NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CHE NECESSITA DI CATETERISMO INTERMITTENTE

**La persona con lesione al midollo spinale
come esempio paradigmatico.
L'esperienza di un gruppo
infermieristico multicentrico**

Giuseppina Gibertini¹
Catia Baroni²
Roberta Brentegani³
Luciana Colangiulo⁴
Vincenzo De Nisi⁵
Carlo Genova⁶
Lorena Magnaguagno⁷
Isabella Magoni⁸
Monica Mantelli⁹
Ilaria Rossi¹⁰

Con il contributo
di Helaglobe S.r.l.

Aziende Sanitarie:

1. AOU Citta' Della Salute E Della Scienza Di Torino; 2. Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia, Perugia; 3. Ospedale Sacro Cuore Don Calabria, Negrar, Verona; 4. Istituto Scientifico di Cassano delle Murge, Fondazione Salvatore Mauge-ri, Cassano delle Murge (BA); 5. Ospedali Riuniti di Ancona; 6. Centro Riabilitativo Villa delle Ginestre, Azienda Ospedaliera Provinciale di Palermo (PA); 7. AULSS 8 S. Bortolo, Vicenza; 8. Fondazione Teresa Camplani, Casa di cura Domus Salutis, Brescia; 9. Azienda Ospedaliera Nazionale SS. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria; 10. Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze.

SOMMARIO

| | |
|--|----|
| PREFAZIONE | 5 |
| 1. RELAZIONE TRA VESCICA E SISTEMA NERVOSO | 8 |
| 1.1 I centri di controllo | 8 |
| 1.2 I nervi periferici | 8 |
| 2. ALTERAZIONI VESCICO - URETRALI | 12 |
| 2.1 Incontinenza | 12 |
| 2.2 Ritenzione urinaria | 13 |
| 3. IL CATETERISMO VESCICALE | 16 |
| 4. L'AUTOCATETERISMO INTERMITTENTE | 29 |
| 5. APPROCCIO ALLA PERSONA | 29 |
| 6. EDUCAZIONE SANITARIA PER IL PAZIENTE O PER IL CAREGIVER | 29 |
| 6.1 Le infezioni urinarie | 12 |
| 6.2 Eseguire esami su indicazione medica | 13 |
| 6.3 Apporto idrico | 12 |
| 6.2 Corretta gestione farmacologica | 13 |
| 7. TECNICHE PER LA CORRETTA ESECUZIONE DEL CATETERISMO | 29 |
| 7.1 Contenuti del primo intervento educativo | 12 |
| 7.2 Contenuti del secondo intervento educativo | 13 |
| 7.3 Cosa fare se... | 12 |
| 8. IL PAZIENTE NELLA SOCIETÀ | 29 |
| 9. LA FORNITURA DEL PRESIDIO | 29 |
| 9.1 Il percorso dalla prescrizione all'erogazione | 12 |
| 9.2 Extra-tariffario | 13 |
| 9.3 Libera scelta e riconducibilità | 12 |
| BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE | 30 |

PREFAZIONE

Se vi capitasse di chiedere a un paraplegico, che abbia dietro sé una lunga storia di lesione midollare, che cosa resti nella sua memoria dei primi mesi o anche dei primi anni immediatamente successivi al trauma, è molto probabile che ascoltereste una storia drammatica. Quel paraplegico vi parlerà del trauma psichico nato dallo stupore prima e dallo sconforto poi per la perdita dell'uso degli arti, della perdita dell'autosufficienza e della necessità di dipendere da altre persone e da ausili di vario genere. Soprattutto vi parlerà dell'irreversibile alterazione di molte delle sue funzioni cosiddette autonome, con il suo enorme carico di ansia, di depressione, di scoramento, della perdita di quel normale e automatico controllo delle funzioni intestinali, urinarie, sessuali, tanto scontato per la persona sana da non porci neppure mente.

Il documento nasce dalla diretta esperienza di infermieri che da anni operano nel settore della mielolesione e del trattamento delle disfunzioni vescico-sfinteriche ferma restando la procedura standard, le decisioni riguardanti l'assistenza sanitaria devono essere valutate caso per caso mediante il giudizio clinico dei professionisti e la conoscenza delle risorse e/o limitazioni del paziente. L'obiettivo di questo elaborato è di definire le "buone pratiche" per la presa in carico di un paziente che necessita di cateterismo intermittente, partendo dall'esempio paradigmatico della persona con lesione midollare.

La messa in atto di buone pratiche permette di prevenire effetti dannosi indesiderati come ad esempio le infezioni urinarie e di migliorare l'autosufficienza e l'indipendenza del paziente. Tale miglioramento ha un effetto diretto sulla qualità di vita del paziente e di conseguenza sulla percezione del proprio stato di salute.

1. RELAZIONE TRA VESCICA E SISTEMA NERVOSO

L'apparato urinario è formato dai reni, dagli ureteri, dalla vescica e dall'uretra e mediante la funzione dei diversi organi che lo compongono, si occupa della produzione dell'eliminazione dell'urina.

Affinché la minzione possa svolgersi correttamente, la vescica e il cervello devono comunicare tra loro.

Infatti, il processo coinvolge le seguenti parti del sistema nervoso: cervello, tronco encefalico, midollo spinale nonché alcuni nervi periferici.

1.1 I CENTRI DI CONTROLLO

Vi sono tre centri di comando coinvolti nella minzione¹:

- **il centro cerebrale della minzione (CMC)**, ubicato nel lobo frontale del cervello. È responsabile della decisione attiva di consentire o posticipare lo svuotamento della vescica mediante l'invio di un segnale al PMC;
- **il centro pontino della minzione (PMC)**, ubicato nel tronco encefalico. Il PMC coordina l'attività degli sfinteri e della vescica agendo come un interruttore on/off. Se desideriamo rimandare lo svuotamento della vescica, il PMC invia dei segnali lungo il midollo spinale attraverso il centro del riflesso sacrale, per mantenere la vescica rilassata e gli sfinteri contratti. Quando decidiamo che è il momento di urinare, il PMC consente alla vescica di contrarsi e allo sfintere di rilassarsi.
- **il centro del riflesso sacrale**, ha sede nella parte inferiore del midollo spinale. È il centro da cui dipartono dal midollo spinale i nervi che concorrono al funzionamento della vescica.

1.2 I NERVI PERIFERICI

Il PMC è coadiuvato da tre nervi che partono dal midollo spinale²:

- **Il nervo ipogastrico** è responsabile del rilassamento attivo dei muscoli della vescica durante il riempimento: quando la vescica è piena, i recettori che si trovano nella vescica si attivano e il PMC provoca una sensazione di tensione;
- **Il nervo pelvico** si attiva in relazione allo svuotamento della vescica. Esso contrae la muscolatura della vescica e rende possibile l'espulsione dell'urina;
- **Il nervo pudendo** è responsabile del rilassamento e della contrazione dello sfintere esterno.

2. ALTERAZIONI VESCICO-URETRALI

Esistono numerose condizioni che possono influire sulla capacità dell'organismo di riempire e svuotare la vescica.

Le cause più comuni delle alterazioni vescico-uretrali sono danni fisici, invecchiamento, tumori, infezioni del tratto urinario e disturbi neurologici³.

Esistono tre tipi principali di disfunzioni vescicali:

- **incontinenza**: l'incapacità della vescica di trattenere l'urina;
- **ritenzione urinaria**: presenza di urina nella vescica, come conseguenza dell'incapacità della stessa di svuotarsi;
- **una combinazione di forme di incontinenza e ritenzione**⁴.

2.1 INCONTINENZA

Classificazione:

L'incontinenza può essere così classificata^{5,6}:

- **incontinenza urinaria**: definita dall'International Continence Society (ICS) come: "qualunque perdita involontaria di urine";
- **incontinenza da sforzo**: la perdita involontaria di urine sotto sforzo o con i colpi di tosse o starnuti;
- **incontinenza da urgenza**: la perdita involontaria di urine accompagnata o immediatamente preceduta dalla voglia impellente di mingere;
- **incontinenza mista**: combinazione delle due precedenti;
- **incontinenza continua**: incontinenza urinaria periodica che il soggetto con deficit cognitivo ha riferito di essersi verificata senza esserne a conoscenza;
- **incontinenza urinaria da ridotta mobilità**: incapacità di raggiungere il bagno in tempo a causa di disabilità fisiche o cliniche;
- **incontinenza urinaria situazionale**: qualunque perdita involontaria di urina legata a particolari eventi quali per esempio rapporto sessuale, spavento, risata, ecc;
- **incontinenza urinaria come conseguenza di alterata funzionalità detrusoriale neurologica**.

¹ *La Vescica Neurologica*, Giulio Del Popolo, SODS di Neuro-Urologia, Unità Spinale, A.O.U. Careggi, Firenze

² Vodusek DB. *Anatomy and neurocontrol of the pelvic floor*. Digestion. 2004;69(2):87-92. Epub 2004 Apr 14. Review.

³ Tanagho EA, McAninch JW: *Smith's General Urology*, ed 17. New York, McGraw Hill Medical, 2008 and prevention., in Drug Saf, vol. 31, n. 5, 2008, pp. 373-88

⁴ Lapidus J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean, intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease. J Urol. Mar 1972;107(3):458-461.

⁵ Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. *The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the international continence society*. Neurourol Urodynam. 2002; 21:167-78.

⁶ Tanagho EA, McAninch JW: *Smith's General Urology*, ed 17. New York, McGraw Hill Medical, 2008

2.2 RITENZIONE URINARIA

La ritenzione urinaria è una condizione patologica che può essere dovuta a una ipo/acontrattilità detrusoriale (parete muscolare della vescica) e/o a un'alterata funzione uretrale (ostruzione organica o funzionale) durante la fase di svuotamento della vescica. In accordo con la definizione dell'International Continence Society (ICS) una funzione uretrale alterata "può essere dovuta a un'ostruzione secondaria o a iperattività uretrale o a un'alterazione anatomica come l'ipertrofia prostatica o la stenosi uretra/e"⁷.

La ritenzione urinaria può essere incompleta, quando rimane un residuo di urina in vescica al termine della minzione, oppure completa, e in tal caso può insorgere in modo brusco o essere l'esito di una precedente ritenzione urinaria incompleta.

EPIDEMIOLOGIA

La ritenzione urinaria è più frequente nel sesso maschile rispetto al femminile. All'età di 60 anni un maschio, con un'aspettativa di vita di almeno 20 anni, ha circa il 23% di probabilità di andare incontro a un episodio di ritenzione acuta d'urina. Le probabilità aumentano con l'aumentare dell'età. La maggior parte degli episodi di ritenzione sono correlati a interventi chirurgici in anestesia generale e alla storia naturale della iperplasia prostatica benigna.⁸

SINTOMI

In generale, in presenza di ritenzione urinaria, la vescica è maggiormente soggetta a infezioni causate dal ristagno dell'urina. La forma cronica di ritenzione urinaria si manifesta in modo graduale e progressivo, con disturbi della minzione di lunga durata (mesi o anni)⁹.

Si manifesta, inoltre, con un aumento della frequenza minzionale, specialmente notturna, minzione dolorosa, difficoltà nell'iniziare la minzione, tempi di attesa minzionale prolungati, minzione in più tempi, getto minzionale debole. La sintomatologia dolorosa che caratterizza la forma acuta è solitamente assente in quella cronica, ma le cause sono pressoché le stesse in entrambe le forme. Trascurare i sintomi e ritardare le cure può sfociare anche in una seria alterazione della funzione renale. Il termine "iscuria paradossa" viene utilizzato per definire una ritenzione di urina, con emissione di gocce di urina causata da una vescica troppo distesa. È un reperto classico dell'iperplasia prostatica benigna.

CLASSIFICAZIONE

La ritenzione urinaria in base alle cause può essere così classificata¹⁰:

Ritenzione ostruttiva: è causata da ostacoli nel passaggio dell'urina, come ad esempio un ingrossamento prostatico, un restringimento dell'uretra, la presenza di calcoli che occludono parzialmente l'uretra;

Ritenzione non ostruttiva: può insorgere in seguito a situazioni patologiche nelle quali si verifica un danno neurologico (Sclerosi multipla, traumi del midollo spinale, ictus cerebrale, malattia di Parkinson, neuropatia diabetica, tumori cerebrali ecc.). È determinata da alterazioni funzionali della vescica che possono essere così schematicamente classificate:

- **Iperattività detrusoriale neurogena:** contrazione involontaria della vescica con o senza emissione di urine. Ciò si traduce in situazioni di incontinenza urinaria, oppure di stimolo frequente (pollachiuria) o di urgenza minzionale;
- **Dissinergia vescico-sfinterica:** l'iperattività detrusoriale neurogena può portare alla perdita della normale coordinazione tra detrusore e apparato sfinterico che determina una contrazione della vescica senza però la concomitante apertura del collo vescicale. Questa è una situazione piuttosto pericolosa per le vie urinarie, in quanto all'interno della vescica si producono pressioni elevate, nel tentativo di realizzare lo svuotamento. La conseguenza può essere un reflusso di urine dalla vescica verso gli ureteri e i reni, con la possibilità di provocare danni importanti alla funzione renale;
- **Acontrattilità detrusoriale neurogena:** è dovuta a una conduzione alterata degli stimoli provenienti dalla vescica e diretti ai centri nervosi. La vescica tende a riempirsi eccessivamente senza che possano partire gli impulsi nervosi necessari al suo svuotamento. Il continuo ristagno di urine nella vescica predispone allo sviluppo di infezioni, di calcoli vescicali e può determinare danni importanti alla funzione renale.
- **Altre cause** sono collegabili alla perdita di tono muscolare della vescica, oppure ad altri fattori come: eventi traumatici, stenosi del collo vescicale, assunzione di alcune tipologie di farmaci¹¹ (antipsicotici, antidepressivi, antimuscarinici, benzodiazepine, calcioantagonisti, anestetici, rilassanti del muscolo detrusore della vescica, morfina e altri oppiacei).

⁷ *La Vescica Neurologica*, Giulio Del Popolo, SODS di Neuro-Urologia, Unità Spinale, A.O.U. Careggi, Firenze

⁸ P. Boyle, *Some remarks on the epidemiology of acute urinary retention.*, in *Arch Ital Urol Androl*, vol. 70, n. 2, aprile 1998, pp. 77-82

⁹ *La Vescica Neurologica*, Giulio Del Popolo, SODS di Neuro-Urologia, Unità Spinale, A.O.U. Careggi, Firenze

¹⁰ *La Vescica Neurologica*, Giulio Del Popolo, SODS di Neuro-Urologia, Unità Spinale, A.O.U. Careggi, Firenze

¹¹ KM. Verhamme, MC. Sturkenboom; BH. Stricker; R. Bosch, *Drug-induced urinary retention: incidence, management and prevention.*, in *Drug Saf*, vol. 31, n. 5, 2008, pp. 373-88

3. IL CATETERISMO VESCICALE

Il cateterismo vescicale è un intervento utile in caso di alterazioni vescico-sfinteriche, quali l'incontinenza e la ritenzione urinaria. Esso comporta l'inserimento nella vescica di un catetere, di materiale flessibile che consente di svuotare manualmente la vescica dall'urina. Si parla di catetere permanente o a dimora quando la sonda resta nella vescica per un periodo di tempo prolungato. Invece il cateterismo intermittente comporta l'inserimento e la rimozione di un catetere diverse volte al giorno per svuotare la vescica¹². Il cateterismo può essere eseguito da terzi (genitori, parenti, operatori sanitari) oppure può essere eseguito direttamente dal paziente: in questo caso è definito autocateterismo.

4. L'AUTOCATETERISMO INTERMITTENTE

L'autocateterismo intermittente è una tecnica, eseguita dal paziente stesso, che permette un regolare svuotamento vescicale in sostituzione della normale minzione. Esso prevede l'introduzione di un catetere a una via autolubrificato attraverso l'uretra sino alla vescica. Dopo lo svuotamento il catetere viene rimosso e gettato via. Tale manovra viene quindi eseguita più volte al giorno, a intervalli prestabiliti (es. ogni 4, 6, 8 ore), secondo le modalità indicate dal piano terapeutico¹³.

Il cateterismo intermittente può essere **evacuativo** (sostituzione dell'atto minzionale) o **post-minzionale** (a completamento dello stesso).

Rappresenta il trattamento d'elezione nella riabilitazione della persona mielolesa in quanto consente un adeguato drenaggio delle urine nel rispetto dell'integrità anatomo-funzionale. Per questi motivi è indicato anche nel trattamento riabilitativo delle varie patologie neurologiche (sclerosi multipla, spina bifida, mielomeningocele, ecc.), nella ritenzione urinaria post operatoria, nei disturbi di ritenzione, nei disturbi misti di incontinenza con residuo e nel trattamento dell'incontinenza urinaria associato a terapia farmacologica¹⁴.

I cateteri possono essere di varia tipologia, dimensione e materiale.

Il calibro si misura in Charrière, che corrisponde al diametro; nel cateterismo intermittente negli adulti solitamente si usa un catetere con CH 12 o CH 14.

I cateteri sono di diverse lunghezze: per l'uomo 40 cm, per la donna 15-20 cm, per il ragazzo 30 cm.

I cateteri possono avere punte diverse:

- **Nelaton**, punta arrotondata;
- **Tiemann**, punta conica e angolata, per uomini con problemi prostatici e/o stenosi;

- **Ergothan/Olivare**, punta conica e flessibile/olivare.

Inoltre, possono essere: **idrofilici**, cioè dotati di un rivestimento che trattiene l'acqua e riduce l'attrito con l'uretra durante l'inserimento e la rimozione del catetere, **pre-gellati** o **non idrofilici**.^{15,16}

I cateteri idrofilici sono quelli più utilizzati e possono essere:

- **autolubrificati con grip scorrevole** che facilita la presa e il controllo della manovra consentendo di eseguire la tecnica no-touch;
- **autolubrificati con guaina protettiva**;
- **autolubrificati con sacca integrata**;
- **autolubrificati in confezione ripiegabile e tascabile** per ottenere la massima discrezione¹⁷.

¹² Maria Hälleberg Nymana,b*, Margareta Gustafsson b, Ann Langius-Eklof c, Jan-Erik Johansson b,d, Rolf Norlin a,b, Lars Hagberg, *Intermittent versus indwelling urinary catheterisation in hip surgery patients: A randomised controlled trial with cost-effectiveness analysis*, 2013

¹³ Lapidus J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. Clean, *intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease*. J Urol. Mar 1972;107(3):458-461.

¹⁴ Z Zhang and L Liao, *Risk factors predicting upper urinary tract deterioration in patients with spinal cord injury: a prospective study*, 2014

¹⁵ Stensballe J, Looms D, Nielsen PN, Tvede M. *Hydrophilic-coated catheters for intermittent catheterisation reduce urethral micro trauma: a prospective, randomised, participant-blinded, crossover study of three different types of catheters*. Eur Urol. Dec 2005; 48(6): 978-983

¹⁶ Chartier-Kastler E, Denys P. *Intermittent catheterization with hydrophilic catheters as a treatment of chronic neurogenic urinary retention*. NeuroUrol Urodyn. Jan 2011; 30(1):21-31

¹⁷ Hedlund H, Hjelmas K, Jonsson O, Klarskov P, Talja M. *Hydrophilic versus non-coated catheters for intermittent catheterization*. Scand J Urol Nephrol. Feb 2001; 35(1):49-53

5. APPROCCIO ALLA PERSONA

Tra gli operatori e il paziente si instaura una relazione fondamentale volta ad aiutare la persona a individuare le proprie forze e capacità per divenire parte attiva all'interno del processo riabilitativo.

Tale relazione deve essere costruita seguendo alcuni passi:

- rassicurare la persona mettendola a proprio agio: la persona deve trovare un ambiente accogliente, dove potersi esprimere, e deve sentire che l'operatore sarà pronto a dedicargli il proprio tempo per raggiungere insieme gli obiettivi di autonomia prefissati. La disabilità mette in crisi la fiducia che la persona ha in se stessa e nelle proprie capacità di far fronte alle difficoltà, quindi è fondamentale che possa fidarsi dell'operatore sanitario. Il paziente deve sentirsi importante e al centro della sua attenzione, per il suo cammino verso l'autonomia;
- rispettare i tempi di elaborazione e di accettazione: il processo di elaborazione e di accettazione della nuova condizione è lungo e doloroso e necessita di rispetto e benevolenza. La riabilitazione e l'addestramento devono tenere conto dei tempi necessari a tale percorso emotivo;
- accettare che la persona abbia dei momenti di negatività: spesso il paziente sentirà di non farcela e avrà la tentazione di arrendersi. In questi casi il supporto psicologico diviene fondamentale. Bisogna infondere fiducia nel paziente, rassicurarlo sulle proprie capacità, aiutarlo a superare gli ostacoli presenti. È importante rafforzare il concetto dell'obiettivo finale: il miglioramento della qualità di vita;
- essere sempre presenti: è necessario che l'operatore sia presente e disponibile in tutte le fasi e che accolga e condivida le difficoltà e le azioni corrette fino al completamento dell'addestramento. La conclusione dell'addestramento va programmata e il paziente ne deve essere informato in precedenza, per evitare che il distacco venga vissuto come un abbandono e possa dare luogo a sentimenti depressivi o aggressivi.

6. EDUCAZIONE SANITARIA PER IL PAZIENTE O PER IL CAREGIVER

Il percorso riabilitativo coinvolge non solo la persona ma anche la famiglia. Quest'ultima è una risorsa fondamentale e deve essere considerata parte integrante del team riabilitativo. Conoscere la famiglia del paziente permette all'operatore di avere presenti i punti di forza su cui lavorare e comprendere in che modo possa essere di sostegno. Per la corretta esecuzione dell'autocatereterismo e per evitare complicanze, è necessario che l'operatore sanitario fornisca gli elementi di educazione sanitaria al paziente e/o al caregiver effettuando ulteriori controlli periodici prescritti per valutare la corretta gestione vescicale nel tempo. Infatti, non solo è importante che la manovra venga eseguita correttamente ma è fondamentale che la vescica stessa venga mantenuta in condizioni ottimali¹⁸.

6.1 LE INFEZIONI URINARIE

Tra le numerose infezioni di origine batterica vi sono le Infezioni alle Vie Urinarie (IVU O UTI in inglese). In particolare, si definisce infezione urinaria l'insorgenza di segni e sintomi accompagnati dal riscontro di laboratorio di batteriuria, leucocituria ed urinocoltura positiva. Queste infezioni innanzitutto provocano disagio a chi ne è affetto, ma possono anche provocare un danno renale nel caso in cui siano trascurate o mal curate¹⁹.

I più comuni segni e sintomi delle infezioni urinarie sono febbre, comparsa o aumento di incontinenza, aumento della spasticità, malessere, letargia, senso di disagio, urine torbide e maleodoranti, dolore o dolenzia in sede vescicale o renale, disuria, ematuria, disreflessia autonoma.

Non è necessaria l'esecuzione routinaria di esame urine ed urinocoltura, ma è indicata in presenza della sintomatologia.

Per contrastare l'instaurarsi di IVU risulta importante una buona gestione intestinale. La stipsi, infatti, determina una stasi protratta delle feci in ampolla rettale che, per contiguità o per via linfatica, può determinare una contaminazione batterica delle basse vie urinarie.

Nel caso di persone con lesioni midollari è consigliabile rivolgersi all'ambulatorio di neuro-urologia in caso di IVU ricorrenti²⁰.

¹⁸ Lamin E, Newman DK. *Clean intermittent catheterization revisited*. Int Urol Nephrol. Mar 8 2016; 48(6):931-939.

¹⁹ Lapidis J, Diokno AC, Silber SJ, Lowe BS. *Clean, intermittent self-catheterization in the treatment of urinary tract disease*. J Urol. Mar 1972;107(3):458-461.

²⁰ Gligkman S, Kamm M. *Bowel dysfunction in spinal cord injury patients*. Lancet 1996; 347(9016): 1651-3

6.2 ESEGUIRE ESAMI SU INDICAZIONE MEDICA

Tutti gli esami che devono essere effettuati vanno prescritti esclusivamente dal medico. Alcuni vanno eseguiti periodicamente per controllare la funzionalità renale e prevenire l'insorgenza di complicanze e altri vanno riservati a situazioni particolari, quali *l'insufficienza renale, il reflusso vescico-uretrale, la calcolosi vescicale*.

6.3 APPORTO IDRICO

Per una corretta idratazione e per una corretta gestione della vescica, consigliare alla persona di assumere con regolarità liquidi e alimenti per almeno 1500-2000 cc nelle 24/h. **I volumi di ogni cateterismo devono essere intorno a 400 cc.**

Durante il primo periodo di presa in carico alla persona viene raccomandata la compilazione di un diario vescicale che permette di monitorarne la funzionalità durante le attività quotidiane tramite la registrazione di dati oggettivi: il numero e l'ora delle minzioni o dei cateterismi e possibili squilibri tra l'apporto idrico e la diuresi giornaliera e/o notturna.

6.4 CORRETTA GESTIONE FARMACOLOGICA

La corretta gestione farmacologica riguarda sia la prevenzione delle infezioni batteriche che la loro cura. Infatti, la cosiddetta “aderenza” alla terapia, cioè il rispetto della stessa, risulta fondamentale per ottenere un risultato pieno e soddisfacente. D'altra parte, l'uso inappropriato di terapie, come quelle antibiotiche, può diminuire la loro efficacia.

Antibiotici prescritti in modo errato, per esempio per malattie non causate da batteri (come l'influenza), in dosi non corrette e per periodi di tempo non congrui provocano la cosiddetta antibiotico-resistenza: i batteri diventano insensibili ai farmaci, rendendo inefficaci le cure. L'uso scorretto può avvenire in ambito ospedaliero, ma anche a causa di prescrizioni inappropriate dei medici e del fai da te casalingo²¹.

²¹ Saturnino P, Mannelli MP, Ravasio R. *Il costo della terapia antibiotica e dell'antibiotico-resistenza nelle infezioni intraddominali e urinarie complicate: l'esperienza di un grande presidio ospedaliero campano*. Glob Reg Health Technol Assess 2017; 4(1): e235-e242

7. TECNICHE PER LA CORRETTA ESECUZIONE DEL CATETERISMO

Mentre la prescrizione per il cateterismo intermittente è di competenza medica, responsabile del processo di educazione e addestramento fino a che tale manovra non diventa naturale è l'infermiere. Quest'ultimo deve anche fornire strumenti idonei per valutare nel tempo il percorso educativo (cartella infermieristica, diario minzionale) e fissare appuntamenti a breve termine per valutare la corretta esecuzione del cateterismo. Deve inoltre valutare la motivazione del paziente e la sua capacità di gestire l'autocateterismo o eventualmente individuare nell'ambiente familiare un caregiver²². È quello che avviene nelle Unità Spinali, dove un addestramento personalizzato permette al paziente mieloso e/o al caregiver di entrare in possesso di un'adeguata manualità per eseguire l'autocateterismo. In generale l'infermiere illustra e descrive i vari tipi di cateteri, le loro caratteristiche e il percorso anatomico che deve compiere il catetere, avvalendosi di foto, dèpliant e filmati o siti web affidabili. In sessioni apposite può far svolgere delle prove simulate con manichini e presidi di prova. Il catetere idoneo deve avere una lunghezza e un diametro adeguati all'anatomia del singolo paziente, consentendo la sua introduzione in modo rapido, comodo e semplice. È necessario educare e addestrare il paziente affinché possa acquisire le tecniche per eseguire l'autocateterismo senza difficoltà²³. Chi esegue la manovra, l'ambiente in cui si esegue e il tipo di dispositivo a disposizione (kit sterile, catetere o catetere pronto all'uso) incide sul tipo di tecnica da utilizzare (Tabella 1).

Tabella 1. Indicazioni tecniche sull'utilizzo

| | OSPEDALE | SETTING DIFFERENTI | DOMICILIO |
|-----------------------------------|---------------------------|--|---|
| TECNICA | Sterile | Asettica (Standard EAUN) No touch | Pulita No touch |
| DISPOSITIVO | Kit sterile | Kit cateterismo Catetere pronto all'uso | Catetere |
| AMBIENTE | Sterile | Non sterile | Non sterile |
| GUANTI | Sterili | Sterili No guanti | No guanti (se effettuato dal caregiver guanti non sterili) |
| LAVAGGIO DELLE MANI | Clorexidina o iodofori | Gel alcolico Acqua e sapone (LG Ministeriali) | Acqua e sapone (LG Ministeriali) |
| IGIENE PERSONALE | Disinfettante | Disinfettante Acqua e sapone | Acqua e sapone |
| TOCCO DEI GENITALI E DEL CATETERE | Tocco con guanti | Tocco con guanti o con pinza/ Tocco senza guanti ma senza mai toccare la parte del catetere che verrà inserita | Tocco senza guanti ma senza mai toccare la parte del catetere che verrà inserita |

²² Wilson M. Clean intermittent self-catheterisation: working with patients. Br J Nurs. Jan 22 2015; 24(2):76-85

²³ Prieto JA, Murphy C, Moore KN, Fader MJ. Intermittent catheterisation for long-term bladder management (abridged Cochrane Review). Neurourol Urodyn. Jun 5 2015; 34(7):648-653

Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

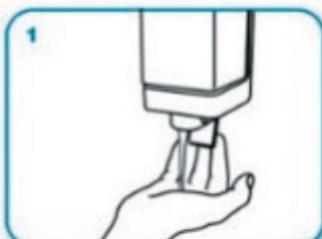
LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!



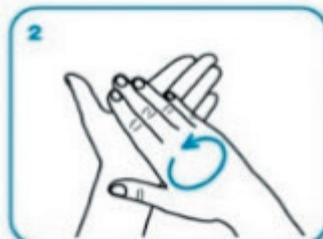
Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



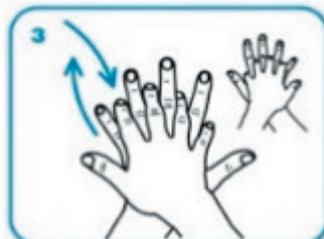
Bagna le mani con l'acqua



applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



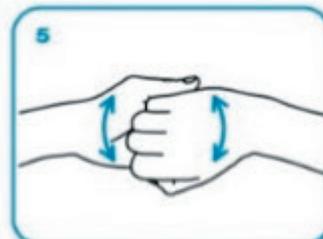
friziona le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



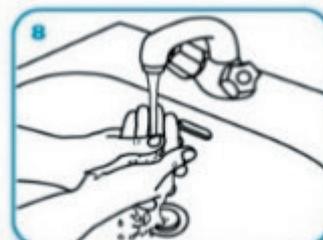
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



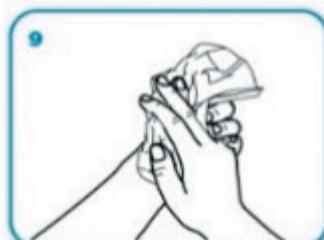
frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



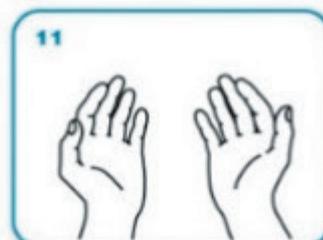
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

Come **frizionare** le mani con la soluzione alcolica?

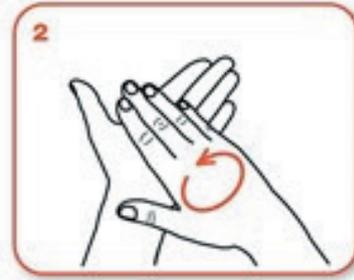
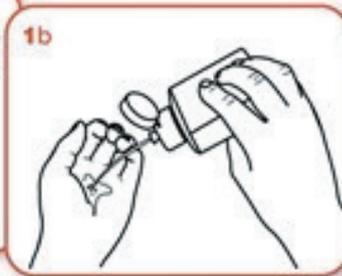
**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!
LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**



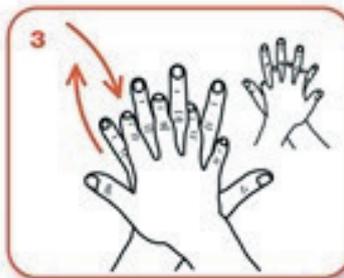
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



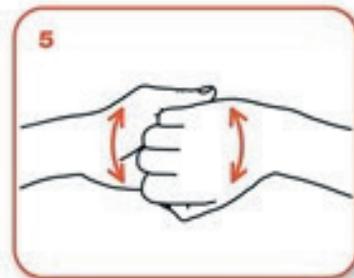
frizionare le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



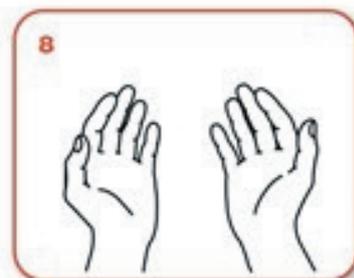
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

PROCEDURA DI CATETERIZZAZIONE VESCICALE A INTERMITTENZA CON UN OPERATORE, SENZA L'UTILIZZO DI UN KIT STERILE

MATERIALE OCCORRENTE PER L'IGIENE INTIMA

- Telino
- Detergente neutro per la toilette dei genitali esterni
- Traversa monouso
- Manopola monouso o garze 20x20 non sterili
- Guanti in lattice monouso
- Salviette monouso o garze 20x20 cm non sterili.

MATERIALE OCCORRENTE PER IL LAVAGGIO ANTISETTICO DELLE MANI

- Detergente antiseptico in bustina
- Salviette monouso

MATERIALE OCCORRENTE PER LA CATETERIZZAZIONE

- Carrello mobile servitore
- Telino
- N. 2 o 3 paia di guanti sterili di idonea misura
- Antiseptico (clorexidina al 3%, tintura di iodopovidone in soluzione acquosa)
- Diverse compresse e almeno n.4 batuffoli di garze sterili
- Lubrificante monodose
- Soluzione fisiologica
- Siringa da 10 ml
- Cateteri vescicali prelubrificati (gel, paraffina, soluzione fisiologica gelificata, ..) e autolubrificanti (idrofilici o con gel), per uomo o per donna, di diverso calibro e punta (Nelaton, Olivare, Tiemann), con o senza sacca integrata
- Dispositivo per tenere allargate le gambe
- Specchietto (per le donne)
- Pinza (per i tetraplegici più impediti)
- Contenitori per rifiuti speciali

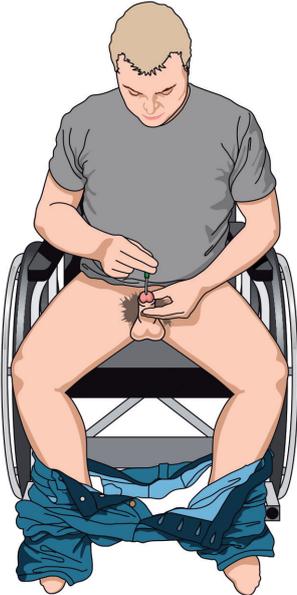
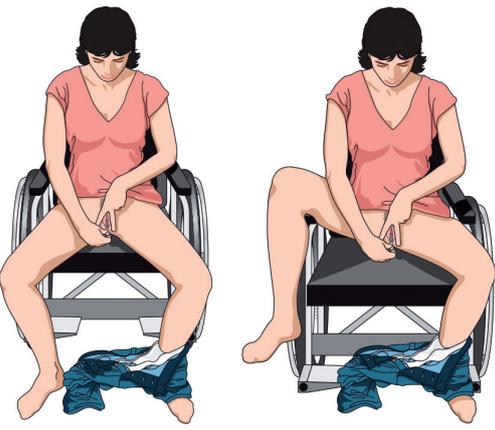
| AZIONI | MOTIVAZIONI |
|--|---|
| Verificare l'esistenza della prescrizione medica alla cateterizzazione e conoscere la relativa indicazione | La cateterizzazione è una manovra invasiva che necessita della prescrizione medica |
| Informare e spiegare la procedura al paziente, con l'obiettivo di addestrarlo all'autocateterizzazione o al cateterismo assistito (in tal caso sarà presente anche l'assistente) | Ottenere il consenso e la collaborazione del paziente. Insegnare la tecnica al paziente |
| Predisporre tutto il materiale necessario sul piano d'appoggio | Ottimizzare i tempi d'assistenza |
| Creare un ambiente protetto | Garantire la privacy del paziente |
| Effettuare un'accurata igiene intima del paziente (se questi non è autosufficiente) o farla eseguire allo stesso. Riordinare il materiale utilizzato | Detergere i genitali e ridurre la flora batterica |
| Lavaggio antisettico delle mani | Ridurre la flora batterica della cute delle mani |
| Aprire il telo sterile afferrandolo dalle punte e poggiarlo sul carrello ripiegando il bordo in basso | Creare un campo sterile |
| Aprire le confezioni dei presidi sterili (guanti, garze o batuffoli e siringa), lasciandoli cadere sul campo sterile, mentre, allargata appena la parte superiore dell'involucro del catetere vescicale, si può innestare il tubo di drenaggio al cono del catetere che va poggiato fuori il campo sterile | Evitare la contaminazione con le mani nude. |
| Indossare il primo paio di guanti sterili | Procedimento in asepsi |
| Mantenendo una mano col quanto sterile per usare i presidi sterili, con l'altra prendere i materiali non sterili per: riempire la siringa con soluzione fisiologica, spargere l'antisettico sui batuffoli sterili, versare la soluzione fisiologica nell'involucro del catetere vescicale (attendere almeno 30 secondi per l'autolubrificazione) | Mantenere la sterilità dei materiali |
| Cambiare i guanti sterili indossandone un secondo paio | Evitare la contaminazione dei materiali sterili e procedere in asepsi |
| Far assumere al paziente una posizione corretta: nell'uomo quella supina o seduta, nella donna quella supina o seduta a gambe divaricate | Facilitare l'esecuzione della procedura |
| Posizionare il telino fenestrato sui genitali del paziente: nell'uomo attorno alla base del pene; nella donna attorno alle grandi labbra | Delimitare un campo sterile attorno alla sede d'introduzione del catetere |

>>>

| AZIONI | MOTIVAZIONI |
|---|--|
| <p>Eseguire un'accurata disinfezione dei genitali.</p> <p>Nell'uomo: sollevare il pene con una garza sterile e restrarre il prepuzio. Con l'altra mano utilizzare il batuffolo o la garza, imbevute d'antisettico, ed eseguire la disinfezione, procedendo dal meato urinario alla base del glande, per tre volte cambiando sempre la garza. Adagiare il pene sullo scroto tenendolo avvolto in una garza sterile. In assenza del telino fenestrato, stendere una garza sterile 40x40cm. sullo scroto, prima di adagiarvi il pene, ed una sul pube</p> <p>Nella donna: separare le grandi labbra e utilizzare il batuffolo o la garza, imbevute d'antisettico, per eseguire la disinfezione delle grandi e delle piccole labbra nonché del meato uretrale, procedendo con un solo movimento dall'alto verso il basso e rinnovando sempre la garza per tre volte. L'ultima garza con il disinfettante, non utilizzata, deve essere posta sotto l'uretra per evitare che il catetere, nella fase dell'introduzione, strisci sui genitali. In assenza del telino fenestrato, stendere una garza sterile 40x40cm. sotto il perineo e sopra le cosce ed un'altra sul pube.</p> | <p>Ridurre o eliminare la carica batterica del meato uretrale</p> |
| <p>Introdurre delicatamente il catetere vescicale nel meato uretrale:</p> <p>Nell'uomo: mantenere con la mano sinistra il pene avvolto nella garza sterile ed introdurre il catetere per circa 20 cm. fino al deflusso dell'urina. In caso di difficoltà nell'introduzione, iniziare col pene perpendicolare all'addome, poi inclinarlo e stirarlo un po' nel momento del passaggio dall'angolo dell'uretra prostatica.</p> <p>Nella donna: ancorare tra due dita le grandi labbra, sollevarle per tenere separate le piccole labbra e visualizzare il meato uretrale nel quale va introdotto il catetere vescicale, per circa 10 cm., fino al deflusso dell'urina. In assenza del telino fenestrato, apporre due garze 10x10 cm. sotto le dita, ai lati delle grandi labbra.</p> | <p>Consentire lo svuotamento della vescica</p> |
| <p>Mantenere in sede il catetere, senza ancoraggio, fino allo svuotamento della vescica</p> | <p>Ottimizzare i tempi d'assistenza</p> |
| <p>Rimuovere il catetere dal meato uretrale ed eliminarlo, insieme alla sacca di raccolta e ai guanti, nel contenitore per rifiuti speciali</p> | <p>Evitare le contaminazioni ambientali. Garantire la raccolta differenziata dei rifiuti</p> |
| <p>Effettuare un accurato lavaggio delle mani</p> | <p>Evitare le infezioni crociate</p> |
| <p>Registrare la quantità d'urine smaltite, se richiesto</p> | <p>Monitorare la diuresi</p> |

TECNICHE PER LA CORRETTA ESECUZIONE DELL'AUTOCATETERISMO: POSIZIONAMENTO DELLA PERSONA

Ci sono diverse posizioni possibili. Ognuno può trovare quelle più adatte alla propria condizione.

| UOMO | DONNA |
|--|---|
| <p>In piedi davanti al wc</p>  | <p>In piedi al wc</p>  |
| <p>In carrozzina: fare avanzare con il bacino e sistemare comodamente le gambe</p>  | <p>In carrozzina: far avanzare il bacino e sistemare le gambe (sollevate con i piedi appoggiati sulla fascia di sostegno per i polpacci)</p>  |
| <p>In bagno in carrozzina: fare avvicinare il più possibile davanti al wc, avanzare con il bacino e sistemare in posizione comoda le gambe</p> | <p>In bagno in carrozzina: fare avvicinare il più possibile davanti al wc, avanzare con il bacino e sistemare in posizione comoda le gambe</p> |

>>>

TECNICHE PER LA CORRETTA ESECUZIONE DELL'AUTOCATETERISMO: POSIZIONAMENTO DELLA PERSONA

Ci sono diverse posizioni possibili. Ognuno può trovare quelle più adatte alla propria condizione.

UOMO

A letto: posizione semiseduta



DONNA

A letto: posizione semiseduta con le gambe divaricate e il bacino leggermente extra ruotato



Seduto sul wc



Seduta sul wc: in questa posizione è necessario che la persona sia stata addestrata a individuare il meato uretrale tramite la palpazione digitale



IGIENE E INSERIMENTO DEL CATETERE

| UOMO | DONNA |
|--|--|
| Effettuare igiene delle mani con soluzione detergente | Effettuare igiene delle mani con soluzione detergente |
| Effettuare igiene dei genitali con soluzione detergente con un solo movimento circolare dal meato al glande (per la zona genitale di norma è sufficiente eseguire un'igiene accurata la mattina e dopo l'evacuazione) | Effettuare igiene dei genitali con soluzione detergente con un movimento dall'alto verso il basso con un solo passaggio (per evitare che i germi vaginali e perianali vengono portati nella sede del meato urinario) |
| Far aprire la confezione del catetere in maniera asettica dall'estremità superiore per evitare contaminazione | Far aprire la confezione del catetere in maniera asettica dall'estremità superiore per evitare contaminazione |
| Far raccordare la sacca del catetere (nel cateterismo eseguito a letto o in carrozzina fuori dal wc) | Far raccordare la sacca del catetere (nel cateterismo eseguito a letto o in carrozzina fuori dal wc) |
| Far impugnare con la mano dominante il catetere e con l'altra mano far tenere sollevato verso l'addome il pene | Far impugnare con la mano dominante il catetere e con l'altra mano far divaricare le grandi e le piccole labbra |
| Far inserire il catetere, lentamente, fino a che l'urina inizia a defluire; Nota: In caso di difficoltà nel passaggio consigliare di tossire o respirare profondamente per aiutare a rilassare lo sfintere (nel caso in cui non si riuscisse lo stesso MAI introdurre il catetere con forza perché ciò potrebbe essere motivo di traumatismo) | Far inserire il catetere lentamente nell'uretra, fino a che l'urina inizia a defluire |
| Far riposizionare il pene verso il basso | |
| Quando l'urina si arresta estrarre leggermente il catetere e nel caso vi sia ulteriore fuoriuscita di urina attendere che questo termini | Quando l'urina si arresta estrarre leggermente il catetere e nel caso vi sia ulteriore fuoriuscita di urina attendere che questo termini |
| Pizzicare o piegare il catetere ed estrarlo lentamente (questa manovra fa in modo che le ultime poche gocce di urina rimangano nel catetere) | Pizzicare o piegare il catetere ed estrarlo lentamente (questa manovra fa in modo che le ultime poche gocce di urina rimangano nel catetere) |
| Pulire i genitali | Pulire i genitali |
| Aiutare la persona a rivestirsi | Aiutare la persona a rivestirsi |
| Compilazione/aggiornamento della scheda infermieristica | Compilazione/aggiornamento della scheda infermieristica |

7.1 CONTENUTI DEL PRIMO INTERVENTO EDUCATIVO

Durante il primo incontro l'infermiere addestra la persona o il caregiver a effettuare l'autocateterismo e fornisce una serie di informazioni²⁴.

- L'infermiere consegna il diario vescicale, fornendo tutte le indicazioni per la compilazione della quantità giornaliera di liquidi assunti, la frequenza di cateterismi e la quantità di urina drenata a ogni cateterismo;
- Fornisce indicazioni sul corretto apporto di liquidi (1500cc giornalieri) riducendo l'assunzione di liquidi e alimenti che stimolano la diuresi nelle ore serali per prevenire la distensione vescicale durante la notte.
- Consiglia di limitare il consumo di bevande a base di caffeina perché possono irritare la vescica;
- Fornisce indicazioni su una corretta alimentazione e corretta gestione intestinale;
- Informa sulle eventuali difficoltà che possono presentarsi successivamente al cateterismo;
- Fornisce un numero telefonico dell'ambulatorio per eventuali chiarimenti;
- Fornisce chiarimenti sulla procedura e le modalità per reperire gli ausili di utilizzo;
- Per facilitare la scelta del catetere più idoneo all'autocateterismo a domicilio, Consegna le varie tipologie di catetere concordando la scelta con la persona previa descrizione delle principali caratteristiche dei cateteri;
- Consegna il materiale informativo ed educativo delle ditte produttrici;
- Stabilisce con il paziente un nuovo appuntamento dopo circa 4 giorni per valutare l'esecuzione del cateterismo.

7.2 CONTENUTI DEL SECONDO INTERVENTO EDUCATIVO

Nel secondo incontro l'infermiere controlla come il soggetto o il caregiver esegue il cateterismo, controlla il diario vescicale e valuta i tempi più idonei di cateterizzazione. Inoltre, parla con la persona o il caregiver per informarsi sulle eventuali difficoltà riscontrate nella settimana precedente e fornisce indicazioni su come superarle. Compila la richiesta provvisoria degli ausili da inviare alla ditta produttrice per fornire gratuitamente al domicilio della persona una campionatura del catetere scelto. Il medico effettuerà quindi la prescrizione definitiva degli ausili.

²⁴ Saturnino P, Mannelli MP, Ravasio R. *Il costo della terapia antibiotica e dell'antibiotico-resistenza nelle infezioni intraddominali e urinarie complicate: l'esperienza di un grande presidio ospedaliero campano*. Glob Reg Health Technol Assess 2017; 4(1): e235-e242

7.3 COSA FARE SE...

L'infermiere addestra la persona a fronteggiare situazioni difficili e/o impreviste:

| SITUAZIONE | AZIONE RACCOMANDATA |
|---|---|
| Ciclo mestruale | si consiglia, prima di eseguire il cateterismo, igiene con acqua e sapone delicato e il posizionamento di un tampone in vagina |
| Difficoltà nell'inserimento del catetere (ostruzione, stenosi) | rivolgersi al medico |
| Erezione | in caso di erezione prima del cateterismo attendere la regressione e procedere al cateterismo. Se l'erezione si presenta durante il cateterismo, senza togliere il catetere attendere la regressione e in seguito terminare il cateterismo. Se l'erezione persiste per un tempo prolungato contattare il medico |
| Ematuria | in caso di lieve ematuria durante il cateterismo, se non si ripresenta ai cateterismi successivi, continuare la cateterizzazione. In caso di ematuria che persiste anche nei cateterismi successivi, mettersi in contatto con il medico |
| Incontinenza urinaria fra un cateterismo e l'altro | rivolgersi al medico |
| Infezione batterica | in caso di batteriuria asintomatica procedere con i cateterismi e contattare il medico. In caso di infezione del tratto urinario che presenta sintomi come febbre, urine maleodoranti/presenza di sangue, pollachiuria/disuria, fughe urinarie, contattare il medico e se possibile posizionare un catetere a permanenza |
| Infezione da funghi | si possono verificare infezioni da funghi dopo un'assunzione di terapia antibiotica o per scarsa igiene dei genitali. Tali infezioni si presentano con arrossamento e gonfiore della mucosa dei genitali, secrezioni biancastre e maleodoranti, con coinvolgimento della zona inguinale e perianale. Rivolgersi al medico per una mirata terapia antimicotica |
| Infezioni urinarie | rivolgersi al medico |
| Presenza di calcoli nella punta del catetere | rivolgersi al medico |
| Presenza di ematuria | rivolgersi al medico |
| Sanguinamento da lesioni ureterali | in caso di presenza persistente di sangue sul meato, sul catetere ma con urine chiare, contattare il medico |
| Stipsi | rivolgersi al medico |
| Termine delle scorte di cateteri | in caso di scarsa scorta di cateteri contattare l'infermiere dell'ambulatorio e la ditta produttrice |
| Viaggio | il cateterismo non impedisce di viaggiare. Esistono in commercio cateteri autolubrificati pronti all'uso che facilitano il cateterismo fuori casa. Inoltre le ditte produttrici rilasciano idonea documentazione alla dogana. |

8. IL PAZIENTE NELLA SOCIETA'

Le limitazioni imposte dalla presenza del catetere vescicale a permanenza si ripercuotono nelle attività di vita di natura sociale, lavorativa, sessuale.

Gestire autonomamente la funzione vescicale tramite cateterismi intermittenti e la possibilità di farlo non solo in un contesto protetto come quello del proprio domicilio ma anche in setting differenti, semplifica la vita, in termini di indipendenza, privacy e dignità, migliorando in modo sostanziale la qualità della vita²⁵.

Nel complesso, le evidenze dei benefici derivati dalle manovre di cateterismo intermittente possono essere rilevate rispetto:

- alle attività sociali, come la possibilità di viaggiare comodamente e partecipare alle attività quotidiane;
- ai benefici emotivi, dati dalla restituzione di un senso di normalità alle loro vite;
- alla sicurezza, in quanto viene percepita una diminuzione del numero di infezioni del tratto urinario e dei ricoveri correlati²⁶.

Pertanto le best practice della *Registered Nurses' Association of Ontario* affermano che “la cateterizzazione intermittente è l'alternativa preferita al cateterismo a permanenza per gli individui in cui lo svuotamento della vescica è “incompleto” supportate dalla *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) nel Regno Unito, *l'Associazione Europea degli Infermieri di Urologia*, i *Centers for Disease Control* negli Stati Uniti e *l'American Urological Association*, che confermano la stessa raccomandazione.

²⁵ Bolinger R, Engberg S. *Barriers, complications, adherence, and self-reported quality of life for people using clean intermittent catheterization*. J Wound Ostomy Continence Nurs. Jan-Feb 2013;40(1): 83-89

²⁶ Wyndaele JJ, Maes D. *Clean intermittent self-catheterization: a 12-year follow up*. J Urol. May 1990; 143(5): 906-908

9. LA FORNITURA DEL PRESIDIO

Gli strumenti normativi con cui sono regolate e amministrare le prestazioni di assistenza integrativa di dispositivi medici monouso ad utilizzo ripetuto e giornaliero, come i cateteri per cateterismo intermittente, sono:

- **Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017** (guri N.65/2017); Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- **Chiarimenti e indicazioni Min. Salute 19/06/2017**;
- **Decreto Ministeriale N°332, 27 Agosto 1999**; regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale;
- **Decreto Ministeriale N°321, 31 maggio 2001**; modifica del regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

La novità più rilevante del DPCM e dei conseguenti chiarimenti è stata la possibilità di ottenere l'erogazione di ausili per l'incontinenza mediante la certificazione dello specialista, senza il riconoscimento dell'invalidità civile.

9.1 IL PERCORSO DALLA PRESCRIZIONE ALL'EROGAZIONE

Il percorso dell'erogazione dell'ausilio è subordinato al preliminare svolgimento delle seguenti attività.



La prescrizione: è parte del programma riabilitativo individuale redatto da un medico specialista competente.

Si articola in: diagnosi con l'indicazione della patologia, programma riabilitativo individuale, indicazione dell'ausilio attraverso il codice ISO e prescrizione.

Ad esempio, per ottenere l'erogazione di Cateteri Autolubrificanti Idrofili con sacca integrata, particolarmente utili per effettuare un cateterismo anche in condizioni igieniche non ottimali e in assenza di servizi igienici, è necessario semplicemen-

te che nella prescrizione venga indicato che il soggetto svolge attività esterna di studio o di lavoro. Sarà cura della Asl verificare tale condizione.

L'autorizzazione alla fornitura del dispositivo è rilasciata dall'Azienda Asl di residenza dell'assistito. Questa deve verificare se il richiedente rientra fra gli aventi diritto e se vi è corrispondenza tra la prescrizione medica ed i dispositivi codificati dal Nomenclatore.

L'autorizzazione alla fornitura del dispositivo è rilasciata dall'Azienda Asl di residenza dell'assistito. Questa deve verificare se il richiedente rientra fra gli aventi diritto e se vi è corrispondenza tra la prescrizione medica ed i dispositivi codificati dal Nomenclatore.

L'Asl deve pronunciarsi tempestivamente sulla richiesta di autorizzazione e, comunque, in occasione di prima fornitura, entro venti giorni dalla richiesta. In caso di silenzio della Asl, trascorso tale termine l'autorizzazione alla prima fornitura si intende concessa (silenzio assenso).

Può accadere che la persona che ha necessita o urgenza di un ausilio sia ricoverata presso una struttura accreditata non ubicata presso l'Asl di residenza. In tal caso la prescrizione è inoltrata dalla struttura alla Asl di residenza, che rilascia l'autorizzazione tempestivamente, anche a mezzo fax.

Se si tratta di prodotti su misura, trascorsi cinque giorni dal ricevimento della prescrizione, l'autorizzazione si intende concessa (silenzio assenso).

In nessun caso l'autorizzazione può modificare la prescrizione indicando un diverso tipo di ausilio o quantità differenti da quelle indicate dal medico prescrittore.

Alcune tipologie di ausili cosiddetti "di serie", sono caratterizzati da un uso intensivo, frequente e invasivo per cui per la qualità di vita dell'utilizzatore e per la sua riabilitazione diventa importante la disponibilità di un'ampia gamma di marche e modelli fra cui scegliere (così come la continuità nella sua fornitura).

9.2 EXTRA-TARIFFARIO

Per i dispositivi di serie vengono fissati dei quantitativi massimi di rimborso. Alcune Regioni e alcune Asl, utilizzando appieno la loro facoltà di erogare prestazioni aggiuntive a quelle sancite dai LEA (ovvero le prestazioni 'minime' che devono essere garantite), hanno deliberato delle linee guida per il cosiddetto "extra-tariffario" cioè per l'erogazione di un numero maggiore ausili rispetto a quella indicata nei decreti legislativi. Tuttavia anche in assenza di linee guida regionali le singole Asl possono gestire l'extra-tariffario come prestazione aggiuntiva secondo il proprio regolamento.

9.3 LIBERA SCELTA E RICONDUCEBILITÀ

L'utilizzatore ha facoltà e diritto di scegliere, congiuntamente al suo medico (e quindi al team riabilitativo), l'ausilio che meglio si adatta alle sue specifiche esigenze. Secondo il D.M. 332/99 le Regioni devono emanare delle direttive al fine di garantire il rispetto di standard di qualità e la disponibilità di una gamma di modelli idonea a soddisfare specifiche esigenze degli assistiti.

10. BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- European Association of Urology Nurses. *Evidence-based Guidelines for Best Practice in Urological Health Care. Catheterisation Urethral intermittent in adults*. 2013.
- Health Quality Ontario. *Intermittent Catheters for Chronic Urinary Retention: A Health Technology Assessment*. Ont Health Technol Assess Ser. 2019.

La versione integrale del documento è stata realizzata nell'ambito di incontri di confronto tra infermieri afferenti a unità spinali e centri di riabilitazione, rappresentativi della realtà nazionale, grazie al contributo incondizionato di Wellspect. Il lavoro ha ricevuto il patrocinio della Fondazione Italiana Continenza (FIC), della Federazione delle Associazioni Italiane delle Persone con lesione al midollo spinale (FAIP) e della Associazione Infermieri di Urologia Ospedaliera (AIURO).

Il presente documento "BUONE PRATICHE PER L'INFERMIERE NELLA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CHE NECESSITA DI CATETERISMO INTERMITTENTE - La persona con lesione al midollo spinale come esempio paradigmatico. L'esperienza di un gruppo infermieristico multicentrico" viene pubblicato online in data 10 settembre 2021 e concesso in licenza con CC BY-NC 4.0[®]. E' consentita la riproduzione parziale purchè venga citata la fonte.

