



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

**APPROPRIATEZZA D'USO DEI PRESIDI ASSORBENTI IN UN
SETTING MEDICO: STUDIO OSSERVAZIONALE E STRATEGIE
DI SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO**

Relatore:
Dott.ssa Elisabetta Simonetti

Tesi di Laurea di:
Cecilia Eugenia Pandolfi

A.A. 2019/2020

ABSTRACT

BACKGROUND: Il sistema di assorbenza è un dispositivo che permette di contenere e assorbire le urine prevenendo la perdita sugli indumenti e nel letto, solitamente utilizzato in soggetti istituzionalizzati o ricoverati con incontinenza urinaria (IU). La decisione di applicare all'assistito un dispositivo assorbente deve essere presa attenendosi a criteri specifici, presenti in letteratura, che ne giustificano l'utilizzo (demenza, condizioni che non permettano al paziente di verbalizzare il bisogno di eliminazione e incontinenza).

SCOPO DELLO STUDIO: Valutare l'appropriatezza d'uso dei presidi assorbenti in una popolazione di pazienti degenti in un setting assistenziale medico e aumentare la percentuale di appropriatezza d'uso attraverso strategie di sensibilizzazione del personale sanitario sulla corretta gestione dei presidi assorbenti.

MATERIALI E METODI: Studio osservazionale correlazionale realizzato presso n.13 unità operative di specialità medica degli Ospedali Riuniti di Ancona basato sull'osservazione diretta dei pazienti e audit sulle cartelle infermieristiche. Sono stati inclusi nello studio 435 pazienti e di questi il 25,3% (110 pazienti) indossava un dispositivo assorbente.

Per valutare l'appropriatezza d'uso dei presidi sono state create dagli sperimentatori delle schede di rilevazione dei dati che hanno permesso di analizzare per ogni paziente le variabili di appropriatezza.

RISULTATI: I dati ottenuti dallo studio hanno evidenziato una non appropriatezza d'uso nel 36,4% dei pazienti, prevalentemente con mobilitazione compromessa nei quali sarebbe stato più opportuno utilizzare ausili come il pappagallo, la padella o la comoda.

Per quanto riguarda l'eliminazione urinaria soltanto il 21,8% dei pazienti è risultato incontinente urinario mentre una grandissima parte del campione (61,8%) indossava dispositivi di continenza come catetere vescicale, urocondom o presentava urostomia.

Si è inoltre rilevato che il 43,6% dei pazienti portatori di dispositivi assorbenti risultavano continenti al momento del ricovero.

CONCLUSIONI: Dallo studio è emerso che un'importante percentuale di pazienti indossa un dispositivo assorbente senza la presenza di indicazioni. Tale risultato ha determinato la necessità di progettare e attuare strategie di sensibilizzazione del personale sanitario volte a migliorare le percentuali di appropriatezza d'uso; a tale scopo sono stati implementati interventi educativi e progettata formazione in aula con metodologia PBL sulla corretta gestione dei presidi assorbenti per il personale sanitario delle unità operative coinvolte nello studio.

Parole chiave: Pannoloni, bisogno di eliminazione, incontinenza urinaria, incontinenza intestinale.

INDICE

	Pag.
INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1 - CONTESTO DELLO STUDIO	
1.1 Accertamento infermieristico	2
1.2 Il modello di eliminazione	3
1.3 Gestione dell'eliminazione urinaria e fecale	3
1.4 Ipotesi di studio	5
CAPITOLO 2 - OBIETTIVI	
2.1 Obiettivo primario	6
2.2 Obiettivo secondario	6
2.3 Obiettivi specifici	6
CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI	
3.1 Percorso progettuale	7
3.2 Disegno dello studio	7
3.3 Campionamento	7
3.4 Strumenti	8
3.5 Raccolta e organizzazione dei dati	9
3.6 Analisi dei dati	9
CAPITOLO 4 - RISULTATI	
4.1 Descrizione del campione	11
4.2 Appropriatazza nel campione generale	12
4.3 Appropriatazza in relazione alle variabili considerate	14
4.4 Descrizione del campione con non appropriatazza d'uso dei presidi assorbenti ...	18
4.5 Descrizione dei risultati nei Dipartimenti considerati	20
4.6 Descrizione dei risultati nelle singole Unità Operative	21
4.7 Risultati nell'Unità Operativa "pilota"	22
CAPITOLO 5 - STRATEGIE DI SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO	
5.1 Interventi educativi	24
5.2 Interventi formativi	27
5.2.1 Le tecniche di insegnamento attive	27
5.2.2 Problem Based Learning (PBL)	28
5.3 Progettazione formativa con metodologia PBL	34
5.3.1 Core curriculum Corso di Laurea Infermieristica	34
5.3.2 Definizione degli obiettivi attesi	35
5.3.3 Casi clinici	36
5.3.4 Esposizione a piccoli gruppi e in plenaria	39

CAPITOLO 6 – DISCUSSIONE	
6.1 Dati generali	40
6.2 Limiti dello studio	42
CONCLUSIONI	43
BIBLIOGRAFIA	45
ALLEGATI	47
◆ Allegato 1: Schema ‘Fasi raccolta dati’	
◆ Allegato 2: Schema ‘Indicazioni per gli osservatori’	
◆ Allegato 3: Scheda 1A “Osservazione Struttura Organizzativa”	
◆ Allegato 4: Scheda 1B “Osservazione Struttura Organizzativa”	
◆ Allegato 5: Scheda 2A “Esclusione/Inclusione persone assistite e indicazioni compilazione Scheda 2B”	
◆ Allegato 6: Scheda 2B “Osservazione persona assistita”	

INTRODUZIONE

Il sistema di assorbenza è un dispositivo che permette di contenere e assorbire le urine prevenendo la perdita sugli indumenti e nel letto, solitamente utilizzato in soggetti istituzionalizzati o ricoverati con incontinenza urinaria (IU).¹

Durante il ricovero l'infermiere è chiamato ad operare una scelta in merito alla gestione del modello di eliminazione della persona assistita. Nella fase di accertamento vengono infatti valutati i modelli funzionali e successivamente considerate le possibilità di intervento in base alle condizioni dell'assistito. L'infermiere deve garantire la migliore qualità dell'assistenza ai pazienti che presentano alterazioni dell'eliminazione urinaria e fecale, attraverso l'adozione e il rispetto dei protocolli standard ed imparando ad acquisire una mentalità improntata sulla ricerca.

La decisione di applicare all'assistito un dispositivo assorbente viene spesso considerata pratica e priva di conseguenze, senza considerare che è necessario attenersi a dei criteri che ne giustifichino l'utilizzo (demenza, condizioni che non permettano al paziente di verbalizzare il bisogno di eliminazione e incontinenza).^{2,3,4}

Un uso non appropriato dei sistemi di assorbenza può influire negativamente sulle condizioni dell'assistito, sia dal punto di vista emotivo che di quello fisico con conseguenze anche severe (ulcere da pressione, dermatiti da pannolone, incontinenza secondaria all'utilizzo improprio di dispositivi assorbenti). Alcuni studi hanno dimostrato come l'utilizzo dei presidi assorbenti in pazienti continenti possa portare ad incontinenza urinaria e fecale, in particolare in pazienti anziani.^{2,4,5}

Presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Ancona", la spesa annua per l'acquisto di presidi assorbenti per adulti dal 2013 al 2017 è aumentata progressivamente fino a raddoppiare.

Si è posta pertanto la necessità di approfondire le cause di questo incremento, mediante uno studio osservazionale descrittivo, volto a comprendere il fenomeno e a valutare l'appropriatezza d'uso dei presidi assorbenti.

CAPITOLO 1 - CONTESTO DELLO STUDIO

1.1 ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

In passato la pratica infermieristica consisteva in azioni fondate prevalentemente sul buon senso e sull'esempio dato dai colleghi più esperti; oggi non è più così, gli infermieri sono responsabili, anche sul piano giuridico, di un'assistenza al paziente sicura e appropriata, che rifletta gli standard attualmente accettati per la pratica infermieristica.⁶

Tutti gli esseri umani condividono alcuni modelli funzionali che contribuiscono alla salute, alla qualità di vita e alla realizzazione del potenziale umano; tali modelli comuni sono il centro di interesse dell'accertamento infermieristico.

La descrizione e valutazione dei modelli di salute consentono all'infermiere di identificare i modelli funzionali (punti di forza) e i modelli disfunzionali (diagnosi infermieristiche).⁷

Nel 1985 è stato proposto da Marjory Gordon un *data set* per stilare il profilo dello stato funzionale di salute del paziente al momento del ricovero.

L'accertamento secondo i **modelli funzionali di Gordon**, indirizza gli infermieri nella raccolta di dati sui comportamenti normali e prevede la valutazione di 11 modelli funzionali:

- 1- Modello di percezione e gestione della salute;
- 2- Modello nutrizionale e metabolico
- 3- Modello di eliminazione
- 4- Modello di attività ed esercizio fisico
- 5- Modello di riposo e sonno
- 6- Modello cognitivo e percettivo
- 7- Modello di percezione di sé e concetto di sé
- 8- Modello di ruolo e relazioni
- 9- Modello di sessualità e riproduzione
- 10- Modello di coping e di tolleranza allo stress
- 11- Modello di valori e convinzioni

Utilizzando questa struttura concettuale è possibile mettere in evidenza i modelli funzionali prevalenti e determinare, per ognuno di essi, se il comportamento dell'assistito è normale o disfunzionale.⁸

I modelli funzionali implicano la salute mentre quelli disfunzionali, o problemi reali, descrivono un insieme di comportamenti che non corrispondono alla norma, o ai dati di base di salute dell'assistito e che hanno un influsso negativo sul funzionamento complessivo, limitando l'autonomia della persona.

1.2 IL MODELLO DI ELIMINAZIONE

Il modello di eliminazione descrive i modelli della funzione escretoria (intestino, vescica, cute). Comprende le modalità in cui l'individuo percepisce la funzione escretoria, l'uso di lassativi o le abitudini connesse con l'eliminazione intestinale e qualunque cambiamento o disturbo del modello del tempo, le modalità di escrezione, la qualità, la quantità.

Include infine qualunque dispositivo impiegato per il controllo delle escrezioni.

La regolarità e il controllo dei modelli di eliminazione sono importanti nella vita delle persone; i dati di interesse sono le descrizioni soggettive, i problemi avvertiti e la descrizione dei problemi da parte dell'assistito.

L'accertamento consiste nelle descrizioni che la persona assistita fa di regolarità, controllo, quantità e altre caratteristiche dei modelli di eliminazione urinaria e fecale.⁷

1.3 GESTIONE DELL'ELIMINAZIONE URINARIA E FECALE

Alterazioni dell'eliminazione possono essere riscontrate in diverse situazioni assistenziali; per la gestione di queste, sono richieste molta attenzione e sensibilità in quanto la persona assistita può affrontare questi argomenti con disagio, per pudore o perchè li considera come eventi inevitabili.

Se in seguito all'accertamento l'infermiere rileva **incontinenza urinaria o fecale**, si procede con un accertamento mirato della gravità e degli effetti sulla persona.

Per rilevare il grado di severità dell'incontinenza possono essere utilizzate delle scale al fine di prevederne la progressione nel tempo e gli esiti dei trattamenti educativi e riabilitativi.

L'accertamento si propone anche di rilevare le conseguenze che l'incontinenza causa sulla persona:

- effetti psico-emozionali come ansia, stress e paura di essere umiliati in pubblico;
- presenza di sintomi fisici come irritazione e della cute e presenza di dolore;
- impatto sulle relazioni sociali, in famiglia e con gli amici;
- impatto sulla propria immagine corporea.

In caso di incontinenza urinaria o fecale, gli interventi devono perseguire due obiettivi principali: ridurre alla continenza e garantire il comfort.

Per raggiungere questi obiettivi occorre una presa in carico multidisciplinare.

E' necessario inoltre creare le condizioni che agevolino il paziente, con lo scopo di mantenere la massima autonomia possibile, come l'utilizzo della comoda vicino al letto, il supporto negli spostamenti se ha un

ridotto grado di mobilità, incentivarlo a richiedere l'aiuto del personale sanitario in particolare nelle persone affette da deficit cognitivi in cui un ambiente fisico o sociale avverso può ridurre l'abilità a mantenere la continenza.⁹

Tra gli interventi comunemente adottati per la gestione dell'incontinenza urinaria e fecale, vi è l'uso dei **dispositivi assorbenti** (pannoloni, traverse assorbenti monouso, strisce assorbenti).

I dati relativi all'uso di questi dispositivi, in particolare le modalità di analisi del bisogno, di prescrizione e di valutazione di appropriatezza da parte dell'infermiere, sono assai difficili da documentare, se non per quanto riguarda strettamente il consumo in termini di costo, facilmente recuperabile analizzando i costi.¹⁰

Nei contesti assistenziali per acuti le ragioni che giustificano l'uso dei presidi assorbenti sono:

- transitoria incontinenza associata a delirium acuto o demenza;
- condizioni che non permettano al paziente di verbalizzare il bisogno di eliminazione;
- perdita involontaria di urina e feci;
- trattamenti o procedure che possono causare temporanea incontinenza.

L'uso di tali dispositivi non è invece raccomandato nel caso di limitata mobilità, di richiesta da parte del paziente o di carenza di personale.⁹

Alcuni studi hanno valutato un'elevata incidenza di utilizzo dei pannoloni in pazienti che prima del ricovero non li utilizzavano.^{2,9,11,12}

I fattori associati all'uso di pannoloni sono l'età, il genere femminile, la presenza di comorbidità, i giorni di ospedalizzazione¹² e la limitata mobilità.¹¹

Le ragioni più frequenti per cui gli infermieri decidono di usare questo presidio sono il disorientamento spazio-temporale del paziente, seguito da una limitata mobilità, una richiesta del paziente stesso, carenza di personale e perdite involontarie non percepite.²

Un utilizzo non appropriato dei dispositivi assorbenti negli adulti può influenzare negativamente la salute psico-emotiva dei pazienti, in particolare può incidere sull'autostima, la qualità della vita e indipendentemente dal paziente, aumentare il carico di lavoro e provocare eventi avversi¹² come l'alterazione della distribuzione della pressione dei materassi con conseguenti ulcere da pressione¹³ dermatiti, infezioni e il disagio correlato all'umidità, all'aumento della temperatura e all'attrito.¹⁰

Altri studi hanno dimostrato come l'utilizzo del pannolone in persone continenti prima del ricovero, può portare ad incontinenza che persiste dopo la dimissione.^{4,5}

1.4 IPOTESI DI STUDIO

L'ipotesi di studio è un utilizzo non appropriato di tali dispositivi nei casi in cui sarebbe possibile scegliere alternative più adeguate (padella, urinale, comoda di fianco al letto del paziente).

CAPITOLO 2 - OBIETTIVI

2.1 OBIETTIVO PRIMARIO

Valutare l'appropriatezza d'uso dei presidi assorbenti in una popolazione di pazienti degenti in un setting assistenziale medico.

2.2 OBIETTIVO SECONDARIO

Aumentare la percentuale di appropriatezza d'uso dei presidi assorbenti in una popolazione di pazienti degenti in un setting assistenziale medico attraverso strategie di sensibilizzazione del personale sanitario sulla corretta gestione dei presidi assorbenti.

2.3 OBIETTIVI SPECIFICI

- Analizzare la presenza di correlazioni tra la variabile dipendente (appropriatezza) e le altre variabili indipendenti osservate.
- Sensibilizzare il personale sanitario sull'importanza di un corretto utilizzo dei presidi assorbenti e sui possibili esiti che questi possono avere sul paziente
- Favorire comportamenti assistenziali appropriati rispetto alla gestione dei presidi assorbenti

Criteri di valutazione dell'obiettivo specifico (appropriatezza):

Riscontro nel paziente di almeno uno dei seguenti criteri: inconsciente/sedato/soporoso, disorientato/confuso/non collaborante, incontinente occasionale, incontinente, incontinente per trattamenti terapeutici (scheda n. 2B, Allegato 6).

CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI

3.1 PERCORSO PROGETTUALE

Il percorso progettuale si sviluppa nel rispetto delle seguenti fasi:

1. Definizione del campione di indagine: popolazione e strutture operative da coinvolgere;
2. Elaborazione delle schede di raccolta dati;
3. Rilevazione del livello di appropriatezza d'uso dei presidi assorbenti;
4. Analisi ed elaborazione statistica dei dati raccolti;
5. Progettazione e realizzazione degli interventi di sensibilizzazione del personale sanitario
6. Valutazione dell'efficacia degli interventi di sensibilizzazione mediante indagine nell'unità operativa pilota.

3.2 DISEGNO DELLO STUDIO

Studio osservazionale correlazionale per valutare l'appropriatezza d'uso dei presidi assorbenti negli adulti ricoverati presso un setting assistenziale medico dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona basato sull'osservazione diretta dei pazienti e audit sulle cartelle infermieristiche.

Variabili osservate:

- Indipendenti: variabili di natura organizzativa e clinico-assistenziali (Allegati 3 e 5);
- Dipendenti: appropriatezza d'uso dei presidi assorbenti.

3.3 CAMPIONAMENTO

È stato utilizzato un campionamento non probabilistico con modalità di convenienza.

La popolazione di riferimento è rappresentata dagli assistiti ricoverati presso 13 unità operative di specialità medica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona nel periodo di riferimento.

Criteri di inclusione:

- Persone ricoverate da almeno 12 ore in posti letto di degenza ordinaria.

Criteri di esclusione:

- persone ricoverate per prestazioni in regime di DH o DS, prestazioni ambulatoriali;

- persone ricoverate nelle Strutture di Rianimazione e Terapie Intensive, Area Materno Infantile, Strutture per l'assistenza di Salute Mentale;

- persone in particolari situazioni emotive e/o cliniche (urgenza, gravi patologie psichiche) e/o organizzative (assenza per esami o altro);
- persone ricoverate in strutture in cui siano accorpate U.O. chirurgiche e mediche.

3.4 STRUMENTI

La prima fase del lavoro, nel febbraio 2019, si è strutturata in base all'esigenza di approfondire l'argomento, attraverso la ricerca del maggior numero di informazioni presenti in letteratura contemporanea. La ricerca bibliografica è stata condotta prendendo in considerazione articoli e testi redatti negli ultimi anni così da risultare il più possibile aggiornata e attuale.

Nel periodo febbraio – marzo 2019 il progetto è stato definito e condiviso durante riunioni a cui hanno partecipato le diverse figure professionali coinvolte nello studio (Dirigente Infermieristico, Posizioni Organizzative, componenti dell'area professioni sanitarie, due studenti tirocinanti del CLM in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università politecnica delle Marche di Ancona).

Non essendo reperibili strumenti validati in letteratura, le schede utilizzate per l'indagine sono state create dagli sperimentatori:

- **Schema “Fasi Raccolta Dati”:** descrive le modalità operative e la sequenza delle attività previste in fase di raccolta dati: contiene le indicazioni per uniformare il comportamento degli osservatori all'ingresso delle SOD e stanze di degenza (Allegato 1);
- **Indicazioni per i componenti del Gruppo di Ricerca:** Scheda che contiene le indicazioni per uniformare il comportamento degli osservatori all'ingresso delle SOD e Stanze di degenza (Allegato 2);
- **Scheda n.1A - Osservazione Struttura Organizzativa (Allegato 3):** appositamente creata per ottenere dati di natura strutturale/organizzativa: numero posti letto di degenza ordinaria, presenza e funzionalità del lavapadelle, numero padelle e pappagalli, presenza di copripadelle e comode. Tale scheda è stata distribuita nelle diverse strutture un mese prima dell'inizio della raccolta dati (Marzo 2019) e la sua compilazione spettava al Coordinatore della struttura o ad un suo referente;
- **Scheda n.1B - Osservazione Struttura Organizzativa (Allegato 4):** Strumento di verifica corrispondenza dei dati contenuti nella scheda n.1A. La sua compilazione spettava all'osservatore in fase di raccolta dati in quella struttura.

- **Scheda n.2A - Esclusione/Inclusione Persone Assistite e Indicazioni alla compilazione della Scheda n. 2B (Allegato 5):** strumento per codificare le corrette modalità di osservazione svolte da soggetti differenti;
- **Scheda n.2B - Osservazione Persona Assistita (Allegato 6):** Strumento di rilevazione delle variabili oggetto di studio e di valutazione dell'appropriatezza di utilizzo dei presidi assorbenti. In base alla letteratura si è deciso di ritenere appropriato l'uso del pannolone quando fosse stato presente almeno uno dei seguenti criteri: inconsciente/sedato/soporoso, disorientato/confuso/non collaborante, incontinente occasionale, incontinente, incontinente per trattamenti terapeutici.

3.5 RACCOLTA ED ORGANIZZAZIONE DEI DATI

La raccolta dei dati è avvenuta secondo calendarizzazione prestabilita, nel periodo Aprile - Maggio 2019, con due osservazioni presso ognuna delle 13 unità operative coinvolte nello studio.

Al fine di non alterare l'analisi dell'appropriatezza e ridurre i possibili fattori di confondimento, sono stati informati della realizzazione del progetto solo i Coordinatori dei Dipartimenti di Area Infermieristica-Ostetrica, condividendo tra gli osservatori una sequenza di attività e precise indicazioni per uniformare il comportamento all'ingresso delle SOD e delle stanze di degenza (Allegati 1 e 2)

Ogni raccolta dati prevedeva il controllo della corrispondenza dei dati (Scheda n.1B), richiesti precedentemente ai coordinatori delle varie strutture (Scheda n.1A), riguardo la disponibilità e la funzionalità del lavapadelle e delle comode, la disponibilità di padelle, copripadelle e pappagalli.

La compilazione della scheda di osservazione della persona assistita si è realizzata solo sui pazienti che al momento dell'osservazione erano ricoverate da almeno 12 ore e indossavano un dispositivo assorbente; in questa fase sono state rilevate le variabili oggetto di studio: stato di coscienza, mobilizzazione, eliminazione urinaria e intestinale.

Il successivo audit sulle cartelle infermieristiche dei pazienti inclusi nello studio ha permesso di estrapolare i dati anagrafici e i dati relativi all'ultima valutazione del bisogno di eliminazione utili ai fini di una verifica della corrispondenza dei dati e dell'analisi di eventuali correlazioni tra le variabili osservate.

3.6 ANALISI DEI DATI

I dati raccolti sono stati inseriti, nel periodo aprile - giugno 2019, in un database appositamente predisposto.

Sono stati create due tabelle formato excel, una per l'inserimento dei dati relativi alle caratteristiche strutturali delle unità operative ed una per i dati relativi ai pazienti portatori di dispositivi assorbenti.

I dati ottenuti sono stati elaborati con statistica descrittiva tramite un foglio di calcolo elettronico Excel per poterli rappresentare graficamente.

CAPITOLO 4 - RISULTATI

4.1 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

I dati presentati in questo studio sono stati raccolti presso n.13 Unità Operative di specialità medica dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona nel periodo compreso tra il 2 aprile e il 30 maggio 2019.

Ciascuna Unità Operativa è stata oggetto di due osservazioni durante le quali sono state incluse 435 persone assistite degenti ed escluse 119 in quanto ricoverate presso l'U.O. da meno di 12 ore o assenti al momento della raccolta dati oppure perché presentavano una particolare situazione emotiva/psicologica/clinica da non permettere un'intervista (es. urgenza-emergenza in corso, patologie psichiche importanti).

Dei 435 assistiti osservabili il 25,3% (110 pazienti) indossava un dispositivo assorbente al momento dell'osservazione ed è entrato a far parte dello studio come campione.

Si osserva nella seguente tabella che il campione incluso nello studio, è costituito da 110 pazienti, prevalentemente uomini (55,5%) di un'età compresa fra 47 e 97 anni (media di 76,5 anni), ricoverati mediamente da 13,6 giorni presso l'U.O. di riferimento.

Caratteristiche	Opzioni di risposta	N.	%	
Genere	Femminile	49	44,5	
	Maschile	61	55,5	
	Totale	110	100	
	Media	DS	Min	Max
Età	76,5	10,3	47	97
Giorni di degenza	13,6	14,9	1	85

Tab.1: Descrizione del campione per caratteristiche generali

Dalla tabella 2 si rileva che la maggior parte del campione (57,3%) era ricoverato da un periodo di tempo inferiore ai 10 giorni, circa un terzo del campione tra 11 e 30 giorni e soltanto il 10% si trovava presso l'unità operativa considerata da un periodo superiore a 30 giorni.

Giorni di degenza	<3	3-10	11-30	> 30
N.	19	44	36	11
%	17,3	40	32,7	10

Tab.2: Valori assoluti e percentuali dei pazienti portatori di dispositivi assorbenti suddivisi in fasce di tempo di degenza

4.2 APPROPRIATEZZA NEL CAMPIONE GENERALE

Il campione selezionato è stato valutato mediante la compilazione della scheda 2B (allegato 6) con intervista diretta al paziente o al caregiver; le variabili considerate sono state: lo stato di coscienza, la mobilitazione, l'eliminazione urinaria e l'eliminazione intestinale, ognuna delle quali prevedeva diverse opzioni di risposta.

Le opzioni di risposta sono state evidenziate con un codice colore diverso nel caso in cui si trattasse di variabili che rendessero l'applicazione del dispositivo assorbente appropriato; ciò ha permesso agli osservatori coinvolti nello studio di compilare agevolmente la scheda e valutare se il posizionamento del presidio assorbente fosse appropriato o non appropriato.

Nella tabella successiva (tabella 3) si evidenzia come, nel campione osservato su un totale di 110 assistiti il 63,6% (70 pazienti) indossasse un dispositivo in maniera appropriata mentre 40 assistiti (pari al 36,4%) lo indossasse in maniera non appropriata senza che, nessuna delle variabili considerate ne giustificasse l'utilizzo.

	Opzioni di risposta	N.	%
APPROPRIATEZZA DI UTILIZZO	Appropriatezza	70	63,6
	Non appropriatezza	40	36,4
	Totale	110	100

Tab. 3: Valori di appropriatezza di utilizzo dei dispositivi assorbenti, nel campione osservato, in valori assoluti e percentuali

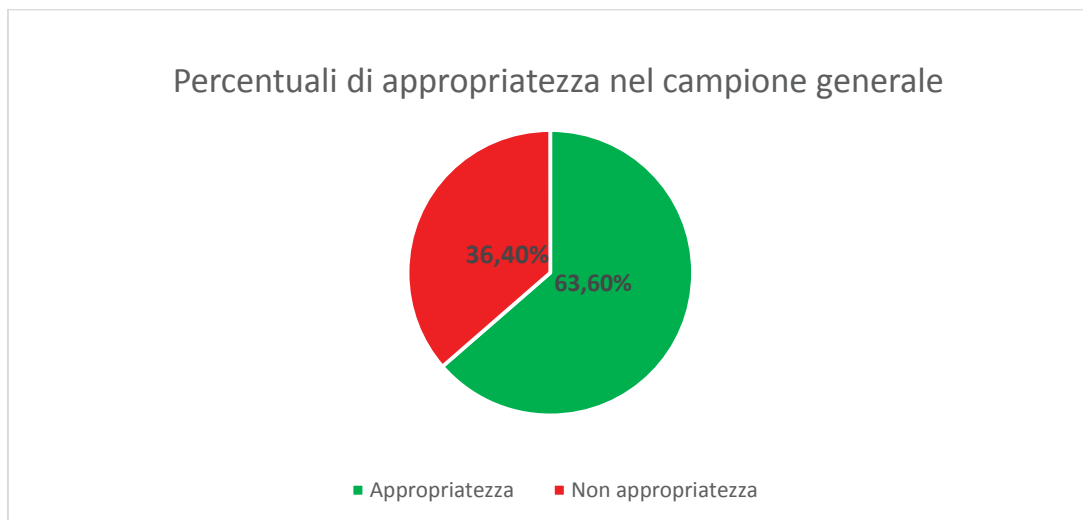


Grafico 1: Rappresentazione grafica delle percentuali di appropriatezza nel campione generale

Le percentuali di appropriatezza variano in relazione all'età dei pazienti; suddividendo il campione generale in 4 fasce d'età, si può notare (tabella 4) come la percentuale di non appropriatezza sia minima nelle fasce di età limite quindi inferiore a 60 anni e superiore ad 80 anni in cui abbiamo percentuali di non appropriatezza comprese tra 27,9% e 28,6%.

Le maggiori criticità si hanno invece nelle fasce di età intermedie, quelle comprese tra i 60 e i 69 anni e tra i 70 e 79 anni, dove si sono osservati i livelli più bassi di appropriatezza come si evidenzia nel grafico 2.

ETÀ	APPROPRIATEZZA		NON APPROPRIATEZZA		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
< 60 anni	5	71,4	2	28,6	7	100
60-69 anni	8	57,1	6	42,9	14	100
70-79 anni	25	55,6	20	44,4	45	100
> 80 anni	31	72,1	12	27,9	43	100

Tab.4: Valori di appropriatezza e non appropriatezza nell'utilizzo dei presidi assorbenti, in diverse fasce d'età, valori assoluti e percentuali

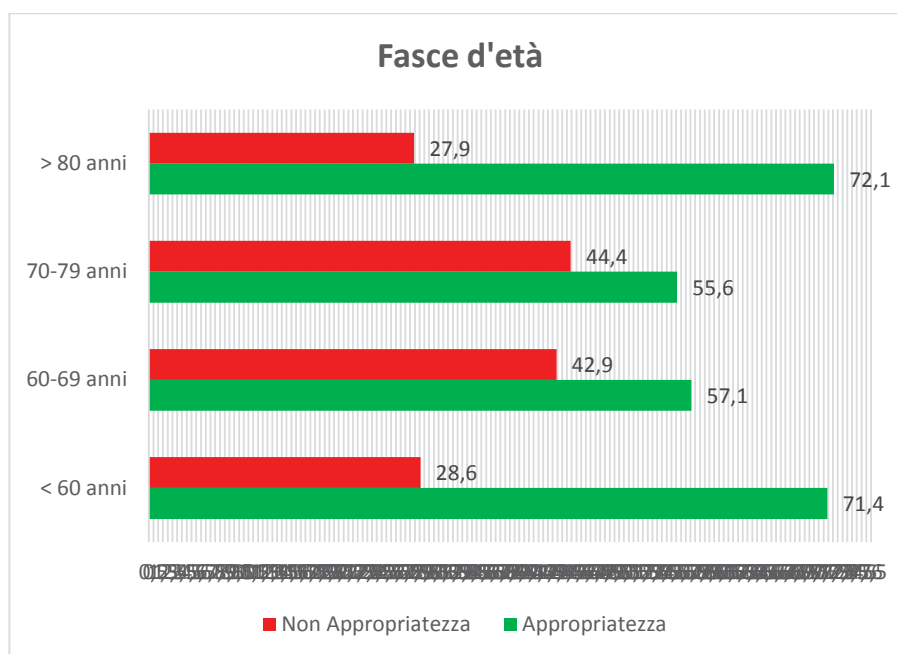


Grafico 2: Rappresentazione grafica delle percentuali di appropriatezza e non appropriatezza nelle diverse fasce d'età

4.3 APPROPRIATEZZA IN RELAZIONE ALLE VARIABILI CONSIDERATE

a) Stato di coscienza

Il 66,4% del campione (73 pazienti) è risultato essere vigile, orientato e collaborante mentre il restante 33,6% presentava uno stato di coscienza alterato (disorientato/confuso/non collaborante o incosciente/sedato/soporoso) tale da giustificare l'utilizzo del dispositivo assorbente.

Variabile indagata	Opzioni di risposta	N.	%
Stato di coscienza	Incosciente/sedato/soporoso	17	15,4
	Disorientato/confuso/non collaborante	20	18,2
	Vigile/orientato/collaborante	73	66,4
	Totale	110	100

Tab. 5: Descrizione della variabile stato di coscienza nel campione, valori assoluti e percentuali

Nei pazienti con alterazione dello stato di coscienza, l'utilizzo dei dispositivi assorbenti è sempre considerato appropriato, nel caso di pazienti vigili, orientati e collaboranti, come si evidenzia nella tabella 6, solo nel 45,2% dei pazienti vigili, orientati e collaboranti è stata rilevata una appropriatezza d'uso mentre nel restante 54,8% (pari a 40 pazienti) l'uso di tali presidi è risultato non appropriato.

STATO DI COSCIENZA	APPROPRIATEZZA		NON APPROPRIATEZZA		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Incosciente/sedato/soporoso	17	100	0	0	17	100
Disorientato/confuso/non collaborante	20	100	0	0	20	100
Vigile/orientato/collaborante	33	45,2%	40	54,8	73	100

Tab. 6: Valori di appropriatezza e non appropriatezza nell'utilizzo dei presidi assorbenti in relazione alla variabile stato di coscienza, in valori assoluti e percentuali

b) Mobilizzazione

Il 97,3% dei pazienti portatori di sistemi di assorbenza, è risultato essere dipendente o semidipendente mentre una piccolissima percentuale, inferiore al 3% era in grado di muoversi autonomamente (Tabella 7).

Variabile indagata	Opzioni di risposta	N.	%
Mobilizzazione	Dipendente	81	73,7
	Semidipendente	26	23,6
	Autonomo	3	2,7
	Totale	110	100

Tab.7: Descrizione della variabile mobilizzazione nel campione, valori assoluti e percentuali

Valutando la relazione tra grado di mobilizzazione e appropriatezza d'uso dei presidi assorbenti si è riscontrato che nei pazienti semidipendenti la percentuale di non appropriatezza (46,2%) è maggiore rispetto ai pazienti totalmente dipendenti (32,1%). I pazienti autonomi sono risultati in numero molto ridotto (3 pazienti) e di questi un solo paziente indossava un dispositivo assorbente in maniera appropriata.

	APPROPRIATEZZA		NON APPROPRIATEZZA		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Mobilizzazione						
Dipendente	55	67,9	26	32,1	81	100
Semidipendente	14	53,8	12	46,2	26	100
Autonomo	1	33,3	2	66,7	3	100

Tab.8: Valori di appropriatezza e non appropriatezza nell'utilizzo dei presidi assorbenti in relazione al grado di mobilizzazione del paziente, valori assoluti e percentuali

c) Eliminazione urinaria

Per quanto riguarda l'eliminazione urinaria il 21,8% risultava continente mentre il 61,8% era portatore di un dispositivo di continenza come catetere vescicale, stomia urinaria o uro-condom, questi pazienti sono stati considerati ai fini dello studio come continenti. Soltanto il 16,4% del campione presentava incontinenza urinaria (inclusa l'incontinenza occasionale e quella dovuta a trattamenti terapeutici).

Variabile indagata	Opzioni di risposta	N.	%
Eliminazione urinaria	Continente	24	21,8
	Presenza di CV o stomie urinarie e/o dispositivo urinario esterno (tipo uro-condom)	68	61,8
	Incontinente occasionale	3	2,7
	Incontinente	11	10
	Incontinente per trattamenti terapeutici	4	3,7
	Totale	110	100

Tab.9: Descrizione della variabile eliminazione urinaria nel campione, valori assoluti e percentuali

Nei pazienti con incontinenza urinaria, anche se occasionale o dovuta ad interventi terapeutici, l'uso del pannolone o di altri dispositivi assorbenti è considerato appropriato; si considera invece non appropriato applicare tali presidi a pazienti con dispositivi di continenza quali il catetere vescicale, urostomia, urocondom.

Alla tabella 9A si osserva che nel 32,4% dei pazienti portatori di dispositivi di continenza, è stato applicato un presidio assorbente in assenza di altre alterazioni che ne giustifichino l'utilizzo, mentre nel 67,6% dei pazienti portatori di dispositivi di continenza l'appropriatezza è dovuta ad altre variabili.

	APPROPRIATEZZA		NON APPROPRIATEZZA		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Eliminazione urinaria						
Continente	6	25	18	75	24	100
Dispositivi di continenza	46	67,6	22	32,4	68	100
Incontinente	18	100	0	0	18	100

Tab. 9A: Valori di appropriatezza e non appropriatezza nell'utilizzo dei presidi assorbenti in relazione al grado di continenza urinaria.

d) Eliminazione intestinale

Nel caso della variabile eliminazione intestinale, il 45,5% è risultato continente mentre il 55,5% è risultato incontinente (incontinente, incontinente occasionale o per trattamenti terapeutici).

Variabile indagata	Opzioni di risposta	N.	%
Eliminazione intestinale	Continente	50	45,5
	Incontinente occasionale	19	17,3
	Incontinente	35	31,8
	Incontinente per trattamenti terapeutici	6	5,4
	Totale	110	100

Tab.10: Descrizione della variabile eliminazione intestinale nel campione, valori assoluti e percentuali

Nei pazienti con incontinenza fecale, anche se occasionale o dovuta ad interventi terapeutici, l'uso dei sistemi di assorbenza è considerato appropriato, infatti nella tabella successiva, in cui i diversi gradi di incontinenza sono stati accorpati nella voce incontinente, si osserva una appropriatezza del 100%.

Per quanto riguarda i pazienti con normale eliminazione fecale, si è evidenziata una appropriatezza soltanto del 20% mentre nel restante 80% del campione i dispositivi di assorbimento non erano applicati in maniera appropriata.

	APPROPRIATEZZA		NON APPROPRIATEZZA		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Eliminazione intestinale						
Continente	10	20	40	80	50	100
Incontinente	60	100	0	0	60	100

Tab.11: Valori di appropriatezza e non appropriatezza nell'utilizzo dei presidi assorbenti in relazione all'eliminazione intestinale

Valutazione del bisogno di eliminazione

L'ultima sezione della scheda 2B (allegato 6) è stata compilata verificando il dato dell'ultima valutazione del bisogno di eliminazione registrato nella cartella infermieristica.

Nella maggior parte dei pazienti la valutazione del bisogno è stata fatta al momento del ricovero, tranne nei rari casi di rivalutazione del bisogno durante lo stesso ricovero o di pazienti trasferiti da altre unità operative.

Dalla tabella successiva (tabella 12) si osserva come circa il 51% dei pazienti nell'ultima valutazione fatta risultasse continente, mentre il 43,6% presentasse una incontinenza urinaria o fecale; nel 5,5% dei casi tale valutazione non era stata registrata in cartella.

Bisogno di eliminazione	Opzioni di risposta	N.	%
		Continente per feci e urine	56
	Incontinente per feci e /o urine	48	43,6
	Non valutato	6	5,5

Tab.12 Descrizione della valutazione del bisogno di eliminazione del campione. Ultima valutazione registrata nella cartella infermieristica in valore assoluto e percentuale

L'analisi dei dati evidenzia come il 57,1% dei pazienti continenti per feci e urine all'ultima valutazione del bisogno di eliminazione, indossasse un sistema di assorbimento in modo non appropriato, mentre nel caso di pazienti incontinenti tale valore scende al 10,4% (Tabella 13).

	APPROPRIATEZZA		NON APPROPRIATEZZA		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Bisogno di eliminazione						
Continente per feci e urine	24	42,9	32	57,1	56	100%
Incontinente per feci e/o urine	43	89,6	5	10,4	48	100%
Non valutato	3	50	3	50	6	100%

Tab.13: Valori di appropriatezza e non appropriatezza nell'utilizzo dei presidi assorbenti in relazione all'ultima valutazione del bisogno di eliminazione

4.4 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE CON “NON APPROPRIATEZZA” D'USO DEI PRESIDII ASSORBENTI

Dai dati raccolti è emerso che i 40 pazienti con “non appropriato” utilizzo dei presidi assorbenti (Tabella 14), avevano un'età media ed un tempo di degenza media completamente sovrapponibile a quella del campione totale, così come la proporzione tra uomini (55%) e donne (45%).

Caratteristiche	Opzioni di risposta	N.	%
Genere	Femminile	18	45
	Maschile	22	55
	Media	DS	Min
Età	76,7	10,1	49
Giorni di degenza	13,6	14,9	1
Variabili	Opzioni risposta	N.	%
Stato di coscienza	Vigile/orientato/collaborante	40	100
	Totale	40	100
Mobilizzazione	Dipendente	26	65
	Semidipendente	12	30
	Autonomo	2	5
	Totale	40	100
Eliminazione urinaria	Continente	18	45
	Presenza di CV o dispositivi di continenza	22	55
	Totale	40	100
Eliminazione intestinale	Continente	40	100
	Totale	40	100
Valutazione bisogno di eliminazione	Continente per feci e urine	32	80
	Incontinente per feci e/o urine	5	12,5
	Non rilevato	3	7,5
	Totale	40	100

Tab. 14: Caratteristiche generali e descrizione delle variabili indagate, nei pazienti in cui l'applicazione dei dispositivi assorbenti è risultata non appropriata

Suddividendo il campione di 40 pazienti con “non appropriata” applicazione del sistema di assorbenza in fasce d’età, si osserva come la metà del campione (50%) sia rappresentato da assistiti con un’età compresa tra 70 e 79 anni, il 30 % di età superiore ad 80 anni, soltanto il 20% di età inferiore a 70 anni.

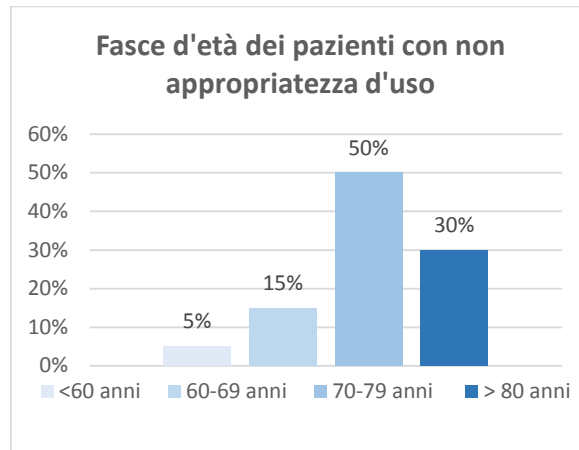


Grafico 3: Rappresentazione grafica delle percentuali relative all’età dei 40 pazienti con uso non appropriato dei dispositivi assorbenti

Il 100% di questi pazienti è risultato vigile, orientato e collaborante; di questi, il 95% presentava una mobilità ridotta (dipendente e semidipendente) mentre soltanto il 5% dei pazienti era autonomo (grafico 4).

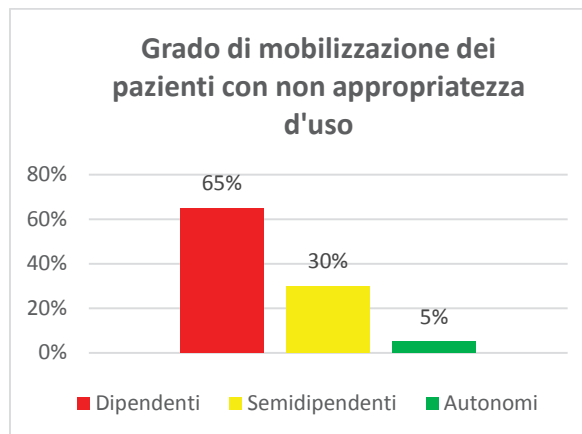


Grafico 4: Rappresentazione grafica delle percentuali relative al grado di mobilitazione dei 40 pazienti con uso non appropriato dei dispositivi assorbenti

Relativamente alla variabile “Eliminazione fecale” la totalità del campione con uso “non appropriato” dei dispositivi assorbenti (40 pazienti) presentava una continenza fecale mentre per la variabile “eliminazione urinaria”, illustrata al grafico 5, il 45% del campione (18 pazienti) risultava continente e

il restante 55% indossava al momento della raccolta dati un dispositivo di continenza (catetere vescicale, urostomia, urocondom).

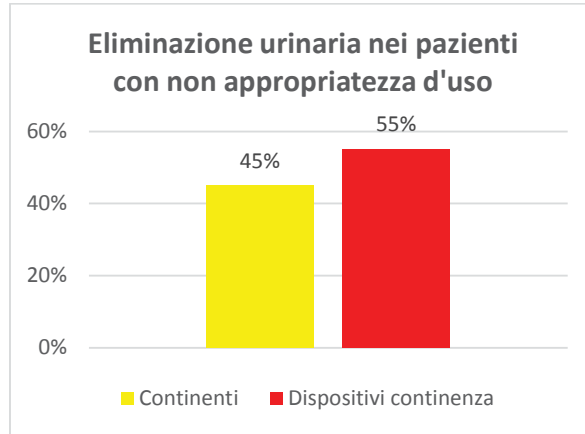


Grafico 5: Rappresentazione grafica delle percentuali relative alla variabile “eliminazione urinaria” dei 40 pazienti con uso non appropriato dei dispositivi assorbenti

4.5 DESCRIZIONE DEI RISULTATI NEI DIPARTIMENTI CONSIDERATI

Nei 5 Dipartimenti coinvolti nello studio la percentuale di appropriatezza registrata è stata disomogenea, da un minimo del 53,8% fino ad un massimo del 75%.

In particolare si evidenzia come nel Dipartimento E, su 13 pazienti osservati soltanto 7 indossassero un dispositivo in modo appropriato; il Dipartimento D, risultato tra i più virtuosi, ha rispettato i criteri di appropriatezza nel 75% dei casi.

DIPARTIMENTO	PAZIENTI DIP		APPROPRIATEZZA		NON APPROPRIATEZZA	
	N	%	N.	%	N.	%
A	44	40	28	63,6	16	36,4
B	25	22,7	17	68	8	32
C	20	18,2	12	60	8	40
D	8	7,3	6	75	2	25
E	13	11,8	7	53,8	6	46,2

Tab.15: Valori di appropriatezza e non appropriatezza dei dispositivi assorbenti, nei Dipartimenti indagati, in valori assoluti e percentuali

4.6 DESCRIZIONE DEI RISULTATI NELLE SINGOLE UNITÀ OPERATIVE

La tabella successiva riporta i risultati di appropriatezza delle singole Unità Operative, che in generale riflettono i dati Dipartimentali, con Unità Operative che si distinguono per alti valori percentuali di appropriatezza, come ad esempio la n.12 che si attesta al 100%.

Da segnalare inoltre che il bassissimo numero di dispositivi assorbenti osservati nelle unità operative n.9, n.10 e n.11 non permette di dare particolare significato statistico alle percentuali di appropriatezza registrate.

UNITÀ OPERATIVA	PAZIENTI UO		APPROPRIATEZZA		NON APPROPRIATEZZA	
	N	%	N.	%	N.	%
U.O. 1	23	20,9	14	60,9	9	39,1
U.O. 2	21	19,1	14	66,7	7	33,3
U.O. 3	10	9,1	6	60	4	40
U.O. 4	7	6,4	5	71,4	2	28,6
U.O. 5	3	2,7	2	66,7	1	33,3
U.O. 6	5	4,5	4	80	1	20
U.O. 7	10	9,1	6	60	4	40
U.O. 8	7	6,4	5	71,4	2	28,6
U.O. 9	2	1,8	0	0	2	100
U.O. 10	1	0,9	1	100	0	0
U.O. 11	2	1,8	0	0	2	100
U.O. 12	6	5,5	6	100	0	0
U.O. 13	13	11,8	7	53,8	6	46,2

Tab.16: Valori di appropriatezza dei dispositivi assorbenti, nelle unità operative indagate, in valori assoluti e percentuali

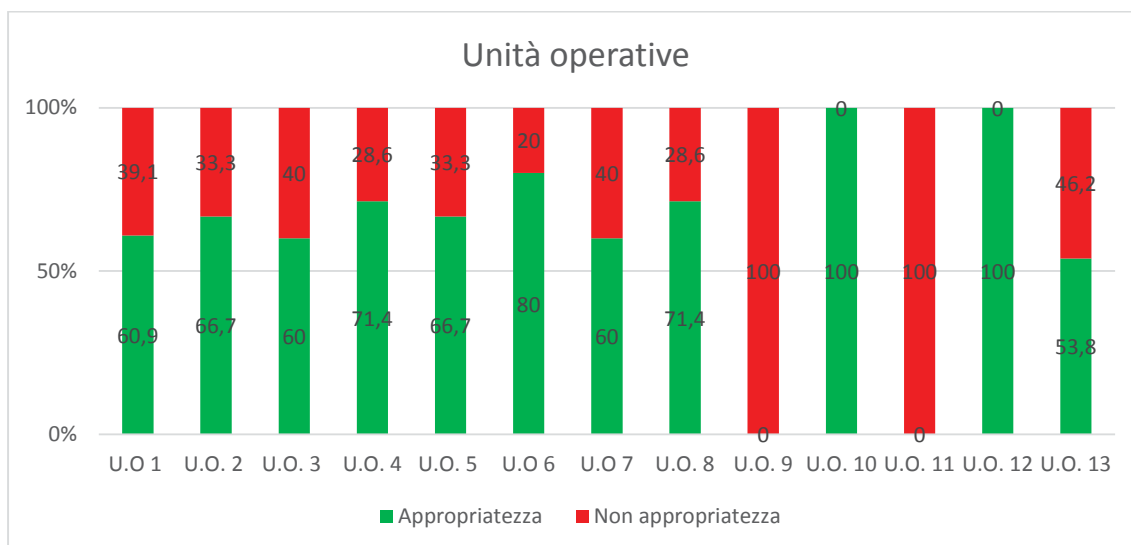


Grafico 6: Istogramma rappresentante le percentuali di appropriatezza nelle diverse unità operative

4.7 RISULTATI NELL'UNITÀ OPERATIVA "PILOTA"

I risultati emersi dallo studio hanno evidenziato la necessità di realizzare degli interventi volti ad aumentare la percentuale di appropriatezza dei presidi assorbenti nella popolazione degente presso gli Ospedali Riuniti di Ancona.

Nello specifico si intende raggiungere tale obiettivo aumentando il livello di consapevolezza del personale sanitario coinvolto nello studio attraverso strategie di sensibilizzazione sulla corretta gestione del bisogno di eliminazione e dei presidi assorbenti.

Sulla base dei dati di appropriatezza registrati nelle singole U.O. si è deciso di rivolgere gli interventi di sensibilizzazione ad una U.O. pilota (la n.7) selezionata sulla base dei criteri di bassa appropriatezza e alta numerosità campionaria.

Nella suddetta unità operativa sono stati osservati 64 pazienti; di questi il 15,6% (10 assistiti) indossava un presidio assorbente al momento dell'osservazione.

Il campione era composto da 10 assistiti con prevalenza del genere maschile (60%) rispetto al femminile (40%), di età compresa tra 69 e 92 anni (media 77 anni), ricoverati da un periodo di tempo compreso tra 1 ed 11 giorni (media 4,9 giorni).

L'80% del campione osservato è risultato vigile, orientato e collaborante.

Per quanto riguarda l'eliminazione urinaria, il 10% è risultato continente, un altro 10% incontinente per trattamenti terapeutici e il restante 80% (8 pazienti) è risultato portatore di presidio di continenza (catetere vescicale, urocondom o urostomia), che ai fini dello studio è stato considerato come "continente".

Analizzando i dati relativi alla mobilizzazione è emerso che l'80% dei pazienti era totalmente dipendente e un 20% semidipendente.

CAPITOLO 5 - STRATEGIE DI SENSIBILIZZAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Dallo studio sull'appropriatezza dei presidi assorbenti è stato evidenziato come nel 36,4% dei pazienti osservati, l'applicazione del presidio assorbente fosse non appropriata, ossia non aderente ai criteri di appropriatezza riportati in letteratura.

Le strategie individuate per sensibilizzare il personale sanitario riguardo la gestione del bisogno di eliminazione ed in particolare sul corretto utilizzo dei dispositivi assorbenti sono rappresentate da:

- 1- interventi educativi mirati ad illustrare i risultati dello studio e al confronto sull'argomento;
- 2- interventi formativi con metodologia PBL sulla corretta gestione del bisogno di eliminazione.

La prima strategia di sensibilizzazione per il miglioramento di questo aspetto assistenziale è consistita nella restituzione dei dati alle unità operative coinvolte nello studio attraverso incontri educativi con i coordinatori e una rappresentanza di infermieri durante i quali sono stati esaminati i criteri di appropriatezza e discussi i risultati emersi dallo studio nonché le criticità organizzativo - assistenziali presenti.

La seconda strategia individuata è rappresentata dalla formazione in aula del personale sanitario. Da una preliminare disamina delle diverse tecniche e metodologie didattiche è stata selezionata la metodologia basata sul Problem Based Learning (PBL).

Purtroppo a seguito dell'emergenza sanitaria Covid-19 gli interventi di sensibilizzazione attraverso la formazione in aula si sono potuti concretizzare solo nella parte progettuale poiché non consentita dalle misure di distanziamento sociale previste dalle vigenti normative. Per la stessa motivazione la valutazione dell'efficacia degli interventi di sensibilizzazione mediante indagine nell'unità operativa "pilota" verrà realizzata successivamente.

5.1 INTERVENTI EDUCATIVI

Il primo step per un miglioramento delle percentuali di appropriatezza d'uso dei presidi assorbenti è rappresentato dagli interventi educativi rivolti al personale sanitario delle singole unità operative oggetto dello studio pianificati nel periodo marzo – aprile 2020.

Gli interventi educativi si propongono di sensibilizzare il personale sanitario sull'importanza di un corretto utilizzo dei presidi assorbenti e sui possibili esiti che questi possono avere sulla persona assistita.

Gli interventi educativi si sono rivolti al personale coordinatore e ad uno - due infermieri di ogni unità operativa con setting medico mediante convocazione a riunione; sono state coinvolte tutte le unità

operative coinvolte nello studio, comprese le più virtuose e quelle in cui, nei giorni di osservazione, non si è registrata la presenza di pazienti portatori di presidio assorbente.

Le unità operative sono state suddivise in 3 categorie e associate ad un codice colore:

- rosso per le unità operative con risultati più critici,
- giallo per quelle con risultati di criticità intermedia,
- verde per le unità operative più virtuose,

E' stata inoltre prevista la categoria "non valutabile" per le unità operative in cui non è stato osservato nemmeno un paziente con dispositivo assorbente.

I criteri osservati per l'assegnazione ad una categoria sono stati: la numerosità campionaria e la percentuale di appropriatezza.

Ogni incontro educativo è stato presidiato dalla dirigente dell'Area Professioni Sanitarie e dalle titolari degli Incarichi Organizzativi aziendali "Rischio Clinico e Qualità" e "Formazione Profili Sanitari e Sviluppo Professionale". Per ogni unità operativa si è avuta la partecipazione del Coordinatore Infermieristico, di uno o due Infermieri e di un Operatore Socio Sanitario quando previsto in organico a rappresentanza dell'équipe assistenziale. La presenza dei due infermieri non è stata sempre possibile per esigenze organizzative legate all'emergenza sanitaria.

Ai partecipanti è stato consegnato del materiale bibliografico, il report con i dati numerici e una copia dello strumento utilizzato per la raccolta dei dati e sono stati esplicitati gli obiettivi dell'incontro. In particolare si è puntualizzata la finalità dell'incontro volta ad attivare un confronto intra e interprofessionale propositivo nell'ottica di un miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica piuttosto che a formulare giudizi (positivo o negativo) sul comportamento del personale.

Ogni incontro ha avuto la durata di un'ora circa e si è aperto con una parte introduttiva di descrizione del rationale dello studio e dei riferimenti in letteratura circa i criteri di appropriatezza e gli esiti legati all'uso dei presidi assorbenti. Successivamente veniva illustrata nel dettaglio la metodologia e i risultati del progetto di studio al termine del quale si apriva un dibattito volto ad evidenziare le possibili alternative /approcci nella risposta al bisogno di eliminazione e le variabili organizzativo-strutturali-assistenziali ivi compreso il corretto utilizzo dei presidi quali padelle, pappagalli, comoda per favorire il mantenimento e/o il recupero dell'autonomia della persona assistita.

In particolare l'attenzione si è concentrata, piuttosto che sui risultati percentuali, sui singoli casi mediante il supporto delle schede di raccolta dati per consentire di approfondire l'attività di analisi e di confronto

dei dati clinico-assistenziali e verificare le cause dell'eventuale inappropriata e i potenziali bias nella raccolta dati.

Dal confronto intercorso con il personale delle singole unità operative sono emerse diverse criticità legate a fattori organizzativo - assistenziali e alla persona assistita.

Fattori organizzativo-assistenziali:

- Criticità in termini di risorse umane e carichi di lavoro;
- Guasti a lavapadelle e a tritapadelle monouso;
- Consolidamento di prassi inadeguate adottate per superare problemi organizzativi;
- Comportamenti dei professionisti che autonomamente si discostano dalle indicazioni del reparto ed applicano il dispositivo quando non necessario;
- Maggior coinvolgimento della figura dell'OSS e inadeguata supervisione

Fattori legati alle caratteristiche dei pazienti:

- Bisogno di privacy/intimità del paziente portatore di catetere vescicale;
- Bisogno di sicurezza nel paziente che avverte un'urgenza minzionale;
- Resistenza dell'assistito all'utilizzo delle padelle monouso (in cartone).

Al termine degli incontri è stato trasmesso un report ai Coordinatori di Dipartimento allegando le schede di restituzione dei risultati.

La fase educativa di promozione dell'appropriatezza d'uso dei presidi assorbenti ha registrato un buon livello di partecipazione stante il periodo critico legato alla gestione della pandemia da COVID-19. Durante le riunioni educative il personale intervenuto ha espresso interesse nei confronti di tale tematica rivolgendo quesiti legati alle modalità organizzative di lavoro dalle quali si sono ricavate preziose informazioni che hanno permesso di ipotizzare interventi correttivi, nello specifico legati alla gestione del presidio assorbente e alla tempistica di risposta al bisogno di eliminazione. Di particolare interesse alcune osservazioni emerse, nello specifico legate alla tempistica di erogazione dell'assistenza e al rapporto operatore/paziente, soprattutto nella fascia oraria notturna, che per non permettono di gestire in maniera adeguata il bisogno di eliminazione; ulteriori condizioni critiche richiamate sono invece legate alla gestione assistenziale di particolari tipologie di pazienti come ad es. con politrauma dove il dolore rende disagiata l'utilizzo della padella e con grave dispnea dove la sintomatologia può aggravarsi in caso di mobilitazione.

Tutti i casi e le condizioni evidenziate dal gruppo dei partecipanti sono state analizzate e le ipotetiche motivazioni sono state discusse come possibili concause del fenomeno senza tuttavia giustificarle.

5.2 INTERVENTI FORMATIVI

Gli interventi formativi si propongono di favorire comportamenti assistenziali appropriati rispetto alla gestione dei presidi assorbenti.

Ai fini della progettazione sono stati esaminati diverse tecniche e metodologie didattiche in termini di risultato atteso, ossia aumentare il livello di consapevolezza degli operatori sanitari e socio-sanitari rispetto alla gestione del bisogno di eliminazione. Tra le diverse tipologie di insegnamento attivo è stato selezionato il metodo del Problem Based Learning (PBL).

Un ulteriore aspetto di rilievo ai fini della progettazione formativa è rappresentato dal background conoscitivo della componente professionale infermieristica; il “core curriculum formativo” del Corso di Laurea in Infermieristica ha permesso di individuare i contenuti formativi trasmessi agli studenti sulla tematica oggetto di studio “gestione del bisogno di eliminazione”.

Per la progettazione formativa è stato selezionato una unità operativa “pilota” rappresentativo in termini di numerosità campionaria e di percentuale di appropriatezza.

5.2.1 Le tecniche di insegnamento attive

La formazione, in ambito sanitario, è considerata una grande leva di orientamento dei comportamenti per rendere sempre più aderente il comportamento dell’operatore alle richieste assistenziali.

In tutte le organizzazioni sanitarie vengono rilevate discrepanze tra le migliori evidenze scientifiche disponibili e la pratica professionale. Spesso si assiste alla mancata applicazione di interventi sanitari efficaci o viceversa (come in questo caso) al sovra-utilizzo di interventi inefficaci e non appropriati, che generano un ingente spreco di risorse e aumentano e il rischio clinico per il paziente.

Le tecniche attive di insegnamento si sono dimostrate utili nella modifica dei comportamenti in quanto respingono il ruolo passivo, dipendente e sostanzialmente ricettivo del discente; esse, al contrario, comportano la partecipazione sentita e consapevole del professionista, poiché contestualizzano le situazioni di apprendimento in ambienti reali analoghi a quelli che il discente ha sperimentato nel passato (attualizzazione dell’esperienza), che vive attualmente (integrazione qui e ora della pluralità dei contesti) o che vivrà in futuro (previsione e virtualità).

Le suddette tecniche si caratterizzano per la partecipazione "vissuta" dei discenti (coinvolgono la personalità), il controllo costante e ricorsivo (feed-back) sull'apprendimento e l'autovalutazione, la formazione in situazione e la formazione in gruppo.¹⁴

5.2.2 Problem based learning (PBL)

L'apprendimento basato sui problemi o PBL (Problem Based Learning) è un metodo di apprendimento che, attraverso la presentazione a piccoli gruppi di discenti, di problemi realistici ma incompleti, fa in modo che essi si attivino personalmente nella ricerca delle informazioni necessarie e in modo collaborativo discutano tra loro per risolvere il problema affrontato.¹⁵

Il metodo didattico del PBL è stato proposto negli anni 60 in Canada presso l'Università di Medicina di McMaster, allo scopo di favorire l'applicazione delle nozioni teoriche apprese nei corsi universitari attraverso il confronto tra "casi", successivamente chiamati "problemi", che riproducono il contesto professionale nei quali gli studenti dovranno calarsi nel futuro.

Nel PBL il "problema", strutturato in base ad elementi "trigger" legati ad obiettivi di apprendimento individuati dal docente, viene presentato sempre all'inizio del corso di apprendimento, senza che esso sia preceduto da alcuna lezione introduttiva.

I discenti sono invitati da un facilitatore ad analizzarlo e a condividere le proprie conoscenze, nonché ad evidenziare i propri bisogni formativi in relazione alla problematica proposta.¹⁶

I benefici del PBL sono da ascrivere principalmente al fatto che i discenti hanno l'occasione di applicare sia il pensiero critico che il pensiero creativo, giungendo alla risoluzione del problema attraverso un lavoro di riflessione, confronto e rielaborazione di gruppo sui contenuti appresi.

Con questa metodologia il discente è posto al centro del processo di conoscenza, è lasciato libero di scegliere quali obiettivi di studio perseguire e di essere responsabile del proprio apprendimento.¹⁵

L'acquisizione e la strutturazione delle conoscenze nel PBL si ottengono attraverso i seguenti processi cognitivi:

- ✓ analisi iniziale del problema e attivazione delle conoscenze preve attraverso la discussione in piccoli gruppi;
- ✓ approfondimento delle conoscenze pregresse ed elaborazione attiva di nuove informazioni;
- ✓ costruzione di nuove conoscenze.¹⁷

Il ruolo del Tutor

Il ruolo del docente non è più quello di trasmettitore di conoscenze ma di facilitatore di apprendimento.

Svolge essenzialmente 4 funzioni:

- Tutor metacognitivo del gruppo: conduce il gruppo per tutta la durata del modulo, presidia il successo dei sette passi ponendo domande apposite e chiede agli studenti di esplicitare a voce alta i processi cognitivi
- Pianificatore del modulo: partecipa ai gruppi di pianificazione fissando gli obiettivi irrinunciabili e contribuisce alla costruzione dei problemi da sottoporre agli studenti
- Valutatore: prepara prove di valutazione a fine modulo per una valutazione oggettiva degli studenti
- L'esperto dei contenuti disciplinari: tiene alcune lezioni su temi chiave al modulo e partecipa agli incontri di chiarificazione con gli studenti, quando alla fine della discussione del secondo incontro necessitano di chiarimenti ulteriori. Il tutor a questo punto si troverà a rispondere a studenti motivati e preparati¹⁸

Il problema

I problemi sono lo specchio delle domande che emergono nel mondo del lavoro reale o della pratica professionale, gli studenti si motivano se comprendono che i problemi da affrontare sono simili a quelli che incontreranno nella loro vita.¹⁹

Per Barrows il problema deve avere 5 caratteristiche principali:

1. Deve essere autentico: deve quindi rappresentare problemi frequenti e di lato impatto nel mondo del lavoro
2. Deve presentare solo le informazioni effettivamente disponibili in un primo incontro reale
3. Deve essere costruito in modo tale da consentire una libera indagine
4. Deve essere coinvolgente e stimolare i discenti a farsene carico
5. I discenti devono capire il tipo di ruolo che gli è richiesto di assumere.²⁰

Il gruppo

I gruppi sono di solito costituiti da 6-8 studenti i quali partecipano attivamente alla discussione del problema sotto la guida del tutor il quale chiede a due studenti di svolgere il ruolo di presidente e di segretario. Questi ruoli ruotano ad ogni incontro.

Il moderatore è colui che, oltre a partecipare alla discussione, si preoccupa che tutto il gruppo funzioni bene, che ogni studente partecipi e intervenga in modo equilibrato, garantisce la procedura sistematica delle fasi del PBL

I segretario è colui che scrive alla lavagna e redige il verbale degli incontri e si occupa di farli avere a tutto il gruppo.²⁰

Il setting formativo

L' ambiente di apprendimento è molto importante per la buona riuscita del percorso, esso deve avere gli adeguati spazi e le giuste risorse perchè gli alunni possano compiere le operazioni necessarie al raggiungimento dello scopo.

È importante che ci sia una grande aula per i momenti di lavoro in plenaria, ma essa non basta perché l'ottimale sarebbe che ogni piccolo gruppo possa avere anche uno spazio separato dagli altri, quindi tante piccole aule fornite almeno di una lavagna.

I sette salti

Il tutor svolge un ruolo di facilitatore e dopo aver presentato il problema ai discenti, li guida secondo la procedura dei sette salti (Fig. 1).

1. **CHIARIRE I TERMINI:** Gli studenti devono comprendere i contenuti del testo, è necessario individuare i termini ed i concetti di dubbio significato e chiarirli.
2. **DEFINIRE IL PROBLEMA:** Il gruppo deve condividere il tema da affrontare e la tipologia dell'incarico (spiegazione, discussione, studio, elaborazione di una strategia e applicazione pratica della strategia). Il docente dovrebbe chiedere ad ogni membro del gruppo di definire il problema dando spazio ad ogni opinione e cercando insieme di definirne l'argomento.
3. **FORMULARE IPOTESI ESPLICATIVE:** Mediante il "brainstorming" lo studente attiva o riattiva le conoscenze in precedenza acquisite da altre fonti o dall'esperienza (background culturale) ed espone al gruppo ciò che pensa di quell'argomento. Gli studenti si confrontano senza confutare le idee altrui.

In questa fase i discenti vengono lasciati liberi di esprimere le proprie idee in merito al problema. È il momento in cui gli studenti devono formulare le proprie ipotesi utilizzando le conoscenze pregresse sulla materia di studio e confrontandosi anche in maniera non organizzata.

Il facilitatore, in questo caso, può utilizzare delle domande come: “Tenendo conto della vostra esperienza, cosa ne sapete di questo argomento?”, “Chi vuole aggiungere altro?”, “Quali possono essere secondo voi le cause del fenomeno descritto nel problema?”, “Cosa intendevi precisamente quando hai detto...?”, “Quali sono le vostre opinioni?”, “Siete d’accordo con quello che ha detto

il vostro collega?”, “Potresti dire qualcosa in più su questo punto?”, “Possono esserci altre motivazioni per spiegare il fenomeno?”.¹⁷

4. SCHEMATIZZARE LE IPOTESI E METTERLE IN ORDINE DI PRIORITÀ: con l'aiuto del facilitatore si dovrà riorganizzare in maniera metodica tutto ciò che possa essere emerso dalla discussione di gruppo, ponendo attenzione ai concetti chiave e riassumendoli in maniera chiara a tutti. In questa fase può essere utile creare mappe concettuali e schemi che possano fungere da supporto nelle fasi successive. Questa fase, infatti, è utile per facilitare i discenti nella definizione degli obiettivi di apprendimento necessari, per decidere quali argomenti approfondire e quindi per orientarsi nella ricerca del materiale da studiare per poter risolvere il problema.
5. FORMULARE GLI OBIETTIVI DI STUDIO: focalizzare l'attenzione su ciò che si dovrà apprendere per affrontare il problema
6. EFFETTUARE LO STUDIO INDIVIDUALE: Lo studente ricerca, individualmente, le informazioni necessarie per raggiungere gli obiettivi di studio, guidato dalla bibliografia scelta dal docente: studia su testi, su motori di ricerca, cerca di reperire ulteriore bibliografia.
7. SINTETIZZARE LE INFORMAZIONI E RISOLVERE IL PROBLEMA: In questa fase i discenti si scambiano le conoscenze acquisite durante lo studio individuale. La discussione ha lo scopo di chiarire i contenuti, porli in relazione con le conoscenze già acquisite e consolidare l'apprendimento.

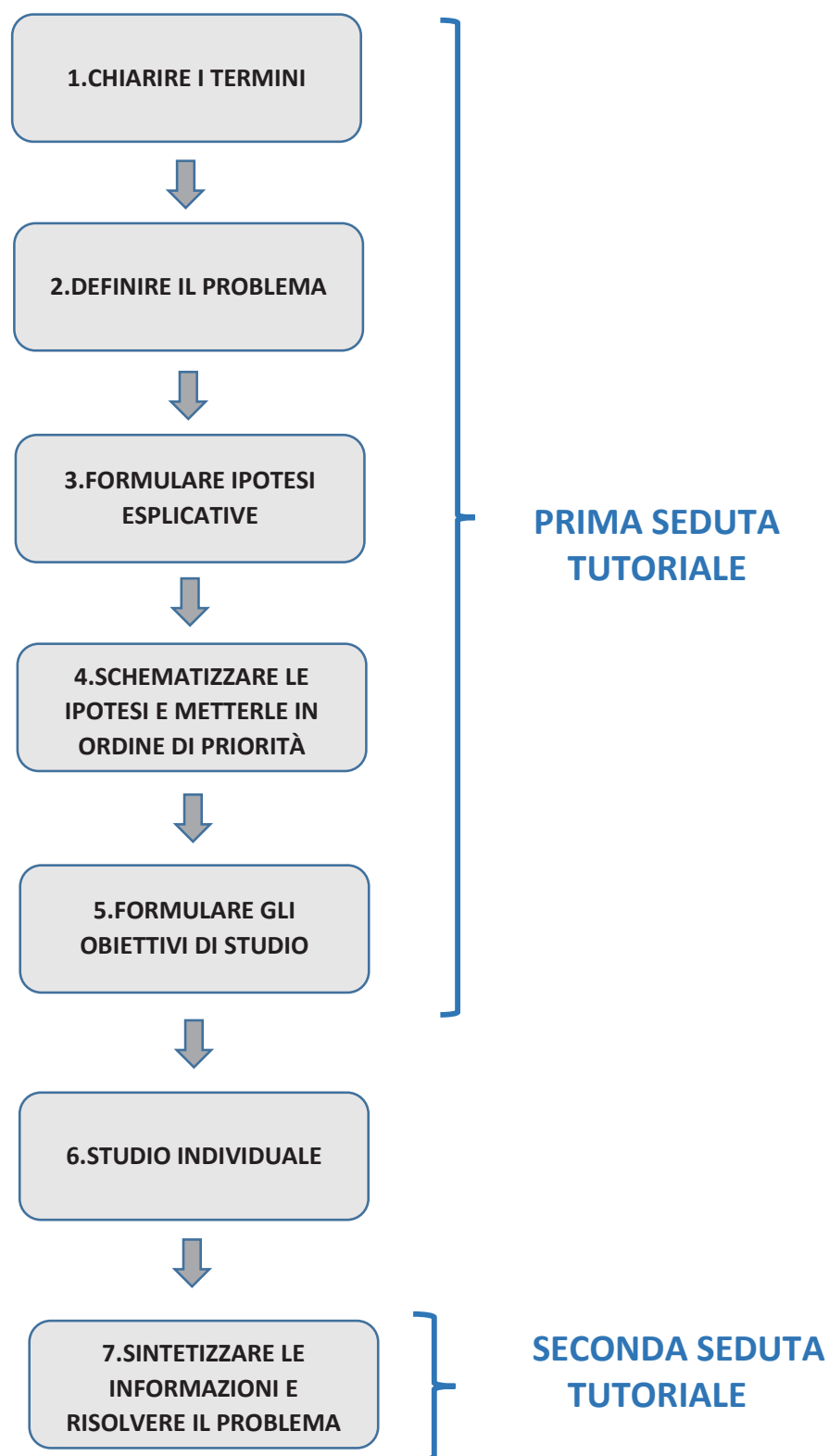


Figura 1 – Fasi principali del PBL

I discenti forniscono soluzioni individuali che vanno discusse all'interno del proprio gruppo per giungere ad una risoluzione che metta tutti d'accordo. Questa soluzione andrà poi presentata in plenaria a tutti gli altri gruppi. In questa fase il facilitatore può stimolare il gruppo a presentare le conclusioni con un media in particolare, o si possono lasciare liberi sulla presentazione da eseguire.

Nel primo incontro, della durata di circa un paio d'ore, si apre il problema e si procede dal salto 1 al salto 5. Successivamente vi è il tempo per lo studio indipendente in biblioteca o sui testi per un periodo che può variare, secondo l'organizzazione curriculare, tra tre e sette giorni, o anche nella stessa giornata formativa, garantendo in questo caso gli strumenti per approfondire gli argomenti.

Il secondo incontro, in cui verranno sintetizzate le informazioni raccolte grazie allo studio indipendente, necessita di circa un'altra sessione di un'ora o poco più.¹⁷

In *plenaria* il tutor chiede ai gruppi di presentare il contenuto delle loro ricerche e le soluzioni trovate, agli altri gruppi. In pratica, chiede loro di illustrare nuovamente il problema, il compito iniziale, i dati acquisiti, l'analisi dei dati e i supporti per le soluzioni.

Lo scopo è di proporre non solo il risultato ma l'intero percorso seguito per arrivare alla conclusione presentata.

Ogni gruppo sceglie un portavoce che dovrà:

- Definire chiaramente sia il problema sia la soluzione del gruppo;
- Spiegare il processo seguito, le scelte e le difficoltà incontrate;
- Presentare la documentazione in maniera chiara e convincente;
- Rispondere alle domande degli altri studenti;
- Essere disponibile e approfondire nel caso si riscontrino nuove lacune.¹⁷

5.3 PROGETTAZIONE DI UN CORSO DI FORMAZIONE CON METODOLOGIA PBL

Per la realizzazione del progetto è stata scelta l'unità operativa n.7 presso la quale sono stati osservati 10 pazienti con presidi assorbenti con una percentuale di appropriatezza del 60%.

Questa unità operativa è stata selezionata come reparto "pilota" per la realizzazione del progetto formativo, perché rappresentativa in termini di numerosità campionaria e di percentuale di appropriatezza.

Presso questa unità lavorano attualmente 30 infermieri e 10 OSS che parteciperanno al corso di formazione in piccoli gruppi.

Si è scelto di organizzare 5 gruppi ognuno formato da 6 infermieri e 2 OSS, gli incontri verranno organizzati nell'arco temporale di un mese.

A differenza di quanto avviene in ambito universitario, in cui il PBL prevede l'apertura e la chiusura nell'arco di una settimana, in questo si modifica il suo formato originale, con apertura e chiusura delle sedute tutoriali nell'ambito della stessa giornata.

Durante la prima seduta tutoriale, verranno svolti i primi 5 passi, seguirà una pausa durante la quale i discenti si occuperanno dello studio individuale attraverso strumenti multimediali e ci sarà successivamente una seconda seduta tutoriale in cui si arriverà al punto 7 e i discenti si scambieranno le informazioni acquisite durante lo studio individuale e arriveranno alla risoluzione del caso.

Potranno poi preparare una presentazione che verrà illustrata in plenaria dai 5 gruppi, con una discussione per ciascun gruppo.

5.3.1 Core curriculum Corso di Laurea Infermieristica

Ai fini della progettazione dell'attività formativa si è ritenuto importante individuare le conoscenze trasmesse agli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica sulla gestione del bisogno di eliminazione.

Ai fini dell'individuazione sono stati contattati i docenti del Modulo didattico "Infermieristica Clinica di Base" programmato al primo anno di corso primo semestre presso l'Università Politecnica delle Marche, i quali si sono resi disponibili a fornire il materiale documentale del programma didattico e i libri di testo consigliati.

Dai riscontri forniti dai docenti di Infermieristica canale A e canale B emerge:

- una approfondita disamina della tematica legata alla gestione del bisogno di eliminazione con riferimento ai presidi di continenza quali catetere vescicale e urocondom e ai presidi assorbenti quali pannoloni e traverse;
- la trattazione dei criteri di appropriatezza in particolare l'incontinenza fecale con diarrea legata a trattamenti o a nutrizione enterale;
- l'indicazione delle strategie di continenza da considerare prioritarie in caso di incontinenza prima di posizionare i presidi assorbenti;
- il richiamo delle problematiche connesse all'uso dei presidi assorbenti quali, ad esempio, stipsi, diarrea e incontinenza.

Da precisare inoltre che nel periodo di insegnamento gli studenti non hanno ancora svolto tirocinio pratico per cui, al fine di rendere maggiormente espliciti i concetti, vengono richiamate realtà che alcuni studenti possono aver vissuto al di fuori del contesto ospedaliero (ad es. attività di volontariato).

I testi consigliati trattano nel dettaglio la gestione del bisogno di eliminazione compresi i criteri di appropriatezza dei presidi assorbenti.

Nonostante non emergano difformità nella trasmissione dei contenuti formativi, a fronte dei livelli di inappropriatezza d'uso dei presidi assorbenti registrati dallo studio osservazionale, si potrebbe ipotizzare di suggerire ai Direttori delle Attività Didattiche Professionalizzanti del Corso di Laurea in Infermieristica, un maggiore approfondimento di tale aspetto.

5.3.2 Definizione degli obiettivi attesi

Gli obiettivi del corso di formazione in aula sono:

- Sensibilizzare il personale sanitario sull'importanza di un corretto utilizzo dei presidi assorbenti e sui possibili esiti che questi possono avere sul paziente.
- Favorire comportamenti assistenziali appropriati rispetto alla gestione dei presidi assorbenti.

5.3.3 Casi clinici

I casi clinici progettati per gli incontri formativi sono due.

CASO 1

Il Signor Luigi ha 78 anni, vive con la moglie e, nonostante l'età, è in buona salute ed autonomo nelle ADL e IADL. Mentre è in casa, improvvisamente avverte dei fortissimi crampi all'addome e, a seguito del forte dolore, ha una sincope vasovagale. Dopo pochi minuti riprende conoscenza e viene trasportato in ambulanza al pronto soccorso, dove gli viene somministrato un antidolorifico e viene sottoposto ad esami diagnostici e di laboratorio. Durante la sincope il Sig. Luigi ha avuto una modesta perdita di urina e l'infermiere del pronto soccorso gli toglie gli abiti sporchi ed applica un pannolone.

Nel frattempo arrivano i risultati degli esami e viene confermato che Luigi ha una pancreatite acuta per la quale viene deciso il ricovero presso il reparto di Gastroenterologia.

Luigi è vigile, orientato e collaborante, è in grado di verbalizzare il bisogno di eliminazione ma non si sente ancora pronto per alzarsi dal letto. Una volta arrivato in reparto gli infermieri gli cambiano il pannolone che gli era stato precedentemente applicato in pronto soccorso e gli dicono di suonare il campanello se ha bisogno di qualcosa.

La storia del Sig. Luigi è l'esempio classico di ciò che avviene nella pratica quotidiana. Nella fase dell'emergenza viene presa una decisione: mettere un presidio assorbente. Il Sig. Luigi ha i vestiti bagnati e appena arrivato in P.S. l'infermiere che non lo conosce, pensa subito a farlo stare asciutto. Luigi ha molto dolore, si è appena ripreso da una sincope; non è questo il momento di indagare su una eventuale incontinenza o meno.

Il problema si presenta quando Luigi arriva in reparto: la fase dell'emergenza è terminata, il dolore è controllato. L'infermiere che lo accoglie lo vede già con il pannolone indosso e non gli chiede se a casa lo ha sempre portato o se ne ha davvero bisogno; tra l'altro, Luigi in questo momento non può ancora alzarsi, è anziano, è notte e nessuno si pone il problema di cosa può significare quel pannolone.

Questo è il tipico esempio di un evento acuto che può portare ad una drastica riduzione dell'autonomia in un paziente che prima di entrare in ospedale era completamente autonomo. Lasciare quel pannolone a Luigi significa ridurre la sua spinta ad alzarsi, a comunicare il bisogno di eliminazione; significa esporlo ad un aumentato rischio di sviluppare lesioni da pressione e, come molti studi hanno dimostrato, probabilmente portarlo a sviluppare un'incontinenza indotta dal pannolone.

Come indicato al capitolo 5.2.2 il tutor, dopo avere illustrato il caso clinico, guida i discenti secondo la procedura dei sette salti:

1. CHIARIRE I TERMINI: es. cosa significa sincope vasovagale? Cos'è la pancreatite acuta? Che sintomi avrà il paziente? Come viene trattata?
2. DEFINIRE IL PROBLEMA: In questa fase il gruppo dovrebbe definire il problema, il facilitatore può chiedere ad ogni membro di descriverlo.
Il signor Luigi non è ancora in grado di alzarsi per raggiungere la toilette.
Al signor Luigi è stato applicato il presidio assorbente nel momento dell'urgenza, nessuno ha rivalutato la necessità o meno del pannolone
Il Signor Luigi abituato a fare tutto da solo potrebbe sentirsi a disagio con indosso il pannolone, non lo ha mai portato
3. FORMULARE IPOTESI ESPLICATIVE; in questa fase tramite il "brainstorming" il discente lo studente riattiva le conoscenze in precedenza acquisite da altre fonti o dall'esperienza (background culturale) i discenti si confrontano.
“Luigi ha bisogno del pannolone?”
“Non sarebbe più corretto utilizzare padella e pappagallo?”
“Perché non devo usarlo sempre a quali esiti può portare?”
“Potrebbe essere inutile se non dannoso aver messo il pannolone a Luigi?”
4. SCHEMATIZZARE LE IPOTESI E METTERLE IN ORDINE DI PRIORITÀ: a questo punto le ipotesi fatte verranno messe in ordine di priorità.
5. FORMULARE GLI OBIETTIVI DI STUDIO: i discenti devono focalizzare l'attenzione su ciò che devono sapere per risolvere il problema, e che in questo caso saranno: le caratteristiche della patologia del Sig. Luigi, le terapie che dovrà affrontare, i criteri di appropriatezza all'uso dei presidi assorbenti, possibili conseguenze fisiche e psicologiche legate all'utilizzo del pannolone e possibili alternative.
6. STUDIO INDIVIDUALE
7. SINTETIZZARE LE INFORMAZIONI E RISOLVERE IL PROBLEMA: Una volta che i discenti hanno tutti gli elementi possono risolvere il problema, discuteranno tra loro scambiandosi le informazioni acquisite.

CASO 2

La Signora Maria Luisa ha 69 anni, negli ultimi mesi ha avuto frequenti episodi di vomito post-prandiale ed una drastica riduzione del peso corporeo, si trova nel reparto di Gastroenterologia per accertamenti.

Maria Luisa vive con la figlia da quando ha scoperto, circa 2 anni fa, di essere affetta dal morbo di Parkinson, per il quale è in terapia con levodopa per OS.

Maria Luisa manifesta marcata bradicinesia e rigidità muscolare, che la limitano nei movimenti e per questo necessita di aiuto per lavarsi, vestirsi e per raggiungere i servizi igienici, risultando comunque ancora continente per feci e urine.

Una volta ricoverata Maria Luisa manifesta la sua preoccupazione per la gestione del bisogno di eliminazione “Voi infermieri avete tanto da fare, e io per andare in bagno ho bisogno di molto tempo, ho paura di non fare in tempo ad arrivaci. Mettetemi un pannolone così mi sentirò più sicura...”

L’infermiera di reparto accoglie la sua richiesta.

Il secondo caso richiama un altro esempio frequentissimo di grave errore nella gestione del bisogno di eliminazione. La Sig.ra Maria Luisa, affetta da uno stadio ancora precoce del morbo di Parkinson, ha necessità di aiuto per lavarsi, vestirsi e utilizzare la toilette ma si impegna per mantenere al massimo la sua autonomia. Il problema della Sig.ra Luisa è legato alla sua patologia che le fa compiere i movimenti molto lentamente e, una volta ricoverata, questo le genera grande preoccupazione; si chiede come farà a raggiungere la toilette in tempo quando avrà necessità, si preoccupa del tempo che porterà via agli infermieri, già molto gravati di lavoro. Per tale motivo, affinché la sua patologia non pesi sugli altri, chiede di poter indossare il pannolone.

Anche per Maria Luisa, non ci sono le indicazioni per l’applicazione di un dispositivo assorbente: è vigile, orientata e collaborante, non è incontinente ed è in grado di verbalizzare il bisogno di eliminazione. Maria Luisa presenta solo qualche difficoltà di movimento e la sua richiesta non rappresenta una indicazione al posizionamento del presidio assorbente.

In questo caso gli interventi assistenziali da attuare sulla Signora sono finalizzati a rassicurarla sulle modalità di risposta ai suoi bisogni da parte del personale sanitario e sull’importanza di mantenere la maggiore autonomia possibile e a sensibilizzarla sui potenziali rischi legati all’uso del pannolone come ad esempio l’incontinenza. Le andrebbe consigliato di utilizzare la comoda vicino al letto o la padella.

Di seguito il caso clinico seguendo la metodologia dei sette salti:

1. **CHIARIRE I TERMINI:** Chiedere se nella storia ci sono termini poco chiari come: morbo di Parkinson, se si conoscono i sintomi e l'evoluzione, il farmaco levodopa indicazioni ed effetti collaterali,
2. **DEFINIRE IL PROBLEMA:** chiedere ad ogni membro del gruppo di illustrare il problema che si presenta nella storia.
La Signora ha difficoltà di movimento, è preoccupata di come potrà gestire il bisogno di eliminazione, visto che in ospedale non può essere sempre presente la figli che di solito la assiste. Richiede l'applicazione di un pannolone di cui non ha bisogno.
3. **FORMULARE IPOTESI ESPLICATIVE:** in questa fase tramite il "brainstorming" il discente lo studente riattiva le conoscenze acquisite in passato
"Maria Luisa necessita del pannolone?"
"In caso di Morbo di Parkinson possiamo giustificare l'uso e quando invece dobbiamo utilizzare comoda vicino al letto, padella e pappagallo?"
"Perché non va applicato sempre? A quali esiti può portare?"
"Quale alternativa è più adeguata in un paziente che si muove con difficoltà?"
4. **SCHEMATIZZARE LE IPOTESI E METTERLE IN ORDINE DI PRIORITÀ**
5. **FORMULARE GLI OBIETTIVI DI STUDIO:** i discenti devono concentrarsi sulle conoscenze che devono acquisire per risolvere il problema, e che in questo caso saranno: caratteristiche della patologia ed effetti collaterali dei farmaci, criteri di appropriatezza all'uso dei presidi assorbenti, possibili conseguenze fisiche e psicologiche legate all'utilizzo del pannolone, possibili alternative all'uso del pannolone, che meglio di adattino al caso in questione.
6. **STUDIO INDIVIDUALE**
7. **SINTETIZZARE LE INFORMAZIONI E RISOLVERE IL PROBLEMA:** durante la seconda seduta tutoriale, i discenti, acquisiti tutti gli elementi per risolvere il problema, si confronteranno scambiandosi le informazioni e preparando una presentazione tutti insieme.

5.3.4 Esposizione a piccoli gruppi e in plenaria

Ogni singolo gruppo (cinque in totale) composto da 8 persone di cui 6 infermieri e 2 OSS, preparerà una presentazione di pochi minuti da esporre in plenaria, in cui verrà illustrato il problema e le soluzioni stabilite dal gruppo.

Al termine dell'esposizione seguirà un discorso di chiusura in cui verrà descritto tutto il percorso intrapreso e in cui verranno richiamati i punti fondamentali.

CAPITOLO 6 – DISCUSSIONE

6.1 DATI GENERALI

Presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, al momento della raccolta dei dati, il 25,3% dei pazienti indossava un dispositivo assorbente.

Sono state valutate per ognuno di questi assistiti le caratteristiche generali e la presenza di condizioni che potessero giustificare l'uso, attraverso la scheda 2B, una scheda di osservazione della persona assistita, che ha permesso la rilevazione delle variabili oggetto di studio e la valutazione dell'appropriatezza di utilizzo dei sistemi assorbenti (Allegato 6).

Il campione è risultato rappresentativo in termini di età media (76,5 anni) e di diagnosi di ricovero rispetto ai campioni di altri studi^{2,21,11,12} mentre per quanto riguarda il genere, negli studi considerati risultava una prevalenza del genere femminile, in questo caso sono state osservate percentuali più elevate di assistiti di genere maschile (44,5% femminile e 55,5% maschile). Le maggiori percentuali di non appropriatezza si sono osservate nelle fasce di età intermedie tra 60 e 79 anni, mentre le fasce limite (<60 anni e > 80 anni) hanno avuto percentuali di appropriatezza migliori.

In uno studio del 2011¹¹, Ziesberg ha rilevato come la ridotta mobilità sia un fattore predittivo per il posizionamento di un sistema di assorbenza, più di altri fattori come lo stato cognitivo, l'età il sesso e la patologia di ingresso; anche nel presente studio si è evidenziato come i pazienti portatori di dispositivi assorbenti abbiano per la quasi totalità (97,3%) problemi di mobilizzazione e solo una percentuale inferiore al 3% sia in grado di muoversi autonomamente.

Analizzando i dati si è visto come la percentuale di non appropriatezza sia maggiore nei pazienti con mobilità ridotta rispetto a pazienti totalmente dipendenti, questo è dovuto probabilmente al fatto che i pazienti con mobilità completamente compromessa hanno in genere anche altre alterazioni, mentre nel semidipendente, le condizioni generali migliori permetterebbero, l'utilizzo di alternative ai sistemi di assorbenza.

Per quanto riguarda l'eliminazione urinaria, soltanto il 21,8% dei pazienti è risultato incontinente urinario mentre una grandissima parte del campione (61,8%) indossava dispositivi di continenza come catetere vescicale, urocondom o urostomia; nel caso di questi pazienti in particolare si è visto come nel 32,4% l'utilizzo dei presidi assorbenti risultasse non appropriato.

Attraverso la consultazione delle cartelle infermieristiche è stato possibile verificare l'ultima valutazione del bisogno di eliminazione del paziente, questa generalmente ha coinciso con la valutazione all'ingresso

tranne nei rarissimi casi di rivalutazioni intermedie all'interno della stessa unità operativa e nei casi di pazienti trasferiti da altre unità operative. Si è potuto osservare che nel 43,6% dei casi, i pazienti portatori di dispositivi assorbenti, all'ultima valutazione risultavano continenti per feci e urine. Un fenomeno simile era già stato osservato in precedenti studi^{2,11,12} anche se i risultati non sono completamente sovrapponibili, perché, in questi studi la valutazione era riferita all'ingresso in ospedale, mentre in questo studio all'ultima valutazione registrata in cartella.

Riguardo a questi dati è importante sottolineare che in alcune unità operative, nella scheda di accertamento non è stato possibile distinguere tra pazienti incontinenti e pazienti portatori di catetere vescicale o altri dispositivi di continenza, in quanto presentavano lo stesso punteggio.

Un dato osservabile in tabella 6 alla sezione "valutazione del bisogno di eliminazione", sono 5 pazienti incontinenti per feci e/o urine all'accertamento che sono poi stati considerati con una non appropriatezza. In questi casi si è trattato probabilmente di pazienti incontinenti all'accertamento cui era stato poi applicato un dispositivo di continenza, e che in assenza di altre indicazioni non necessitavano dei presidi assorbenti.

Proprio osservando le cartelle infermieristiche per la valutazione del modello di eliminazione, si è potuto notare come la scheda di accertamento, nella quasi totalità dei casi, venisse compilata solo al momento del ricovero.

Sono rarissimi i casi di valutazioni intermedie per verificare se al variare delle condizioni cliniche del paziente permanesse la necessità di tali presidi.

Alla luce dei risultati emersi si può affermare che un'importante percentuale (36,4%) dei pazienti indossa un dispositivo assorbente in maniera non appropriata, e che la percentuale di non appropriatezza nell'utilizzo dei presidi osservata in questo studio è sovrapponibile a quella di altri lavori internazionali in cui si sono osservate percentuali di 34,4%¹² e 38%.²¹

Osservando questi dati sarebbe utile capire come viene presa la decisione di applicare un dispositivo assorbente, nelle diverse unità operative; se vengano rispettati dei criteri e se la scelta venga poi rivalutata nel tempo.

Andrebbero indagate le motivazioni che spingono il personale sanitario ad optare per questa soluzione, e andrebbe chiarito se si tratti di una decisione del singolo o valutata a livello multidisciplinare.

Sarebbe interessante capire se c'è una consapevolezza delle conseguenze che un inappropriato utilizzo dei dispositivi assorbenti può comportare e delle strategie di continenza che andrebbero valutate in prima istanza.¹

Tra le note accessorie riportate nella scheda di osservazione della persona assistita, è più volte riportata la motivazione “richiesta dell’assistito di applicare il dispositivo assorbente”. Questa non è una indicazione all’utilizzo dei presidi assorbenti in quanto può favorire l’insorgenza di incontinenza urinaria in soggetti continenti e lo sviluppo di dermatiti, lesioni perineali e infezioni delle vie urinarie.²¹

6.2 LIMITI DELLO STUDIO

I limiti dello studio sono stati: l’inclusione nello studio di una sola realtà (studio monocentrico), la mancanza di strumenti validati in letteratura e la ridotta numerosità campionaria.

CONCLUSIONI

Presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona la spesa per l'acquisto dei presidi assorbenti è raddoppiata in pochi anni; si è posta pertanto la necessità di comprendere se si facesse un uso appropriato di questi dispositivi.

I dati raccolti durante lo studio hanno evidenziato una non appropriatezza d'uso nel 36,4% dei casi, questo dato potrebbe sottostimare il problema in quanto, se da un lato l'incontinenza urinaria e quella fecale costituiscono una indicazione, andrebbero prima escluse tutte le strategie di continenza e i dispositivi assorbenti andrebbero presi in considerazione come ultima alternativa.

Dall'analisi dei dati è emerso che la non appropriatezza si è registrata prevalentemente in pazienti con mobilitazione dipendente o semidipendente, casi in cui l'utilizzo di pappagallo, padella o comoda sarebbe stata più corretta.

Un altro dato emerso è l'applicazione dei dispositivi assorbenti in una buona percentuale di pazienti con un dispositivo di continenza per le urine (catetere vescicale, urocondom, urostomia).

In questi casi non sarebbe stato assolutamente necessario l'utilizzo di ulteriori presidi in quanto i dispositivi di continenza, se correttamente gestiti sono sufficienti a garantire una corretta eliminazione urinaria.

Dall'audit sulle cartelle infermieristiche è emerso come la scheda di accertamento per l'eliminazione urinaria, venisse compilata, nella maggior parte delle osservazioni, solo al momento del ricovero con rarissimi casi di rivalutazione intermedia.

I dati ottenuti hanno reso indispensabile progettare ed attuare strategie di sensibilizzazione del personale sanitario volte a migliorare le percentuali di appropriatezza attraverso l'implementazione di interventi educativi e di formazione in aula sulla corretta gestione dei presidi assorbenti rivolti al personale delle unità operative coinvolte nello studio.

La metodologia PBL pur nascendo come metodo per la formazione dei futuri professionisti si è dimostrata una valida metodologia didattica in contesti di formazione permanente e di educazione continua, di cui esistono numerosi esempi internazionali e nazionali.

La suddetta metodologia ha dimostrato vantaggi significativi, in particolare nella ritenzione delle conoscenze nel tempo, nel miglioramento delle capacità di ricercare informazioni e nel trasferimento dei contenuti nella pratica clinica, caratteristiche ritenute fondamentali per tale progetto finalizzato a favorire la modifica dei comportamenti professionali e il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Come già evidenziato, il progetto originariamente prevedeva, tra le strategie di sensibilizzazione del personale, interventi di formazione in aula rivolti al personale sanitario di un reparto “pilota” e, a distanza di circa due mesi, la valutazione dell’efficacia in termini di miglioramento delle percentuali di appropriatezza ipotizzando eventualmente l’estensione di tale metodologia alle restanti unità operative coinvolte.

Purtroppo, a seguito dell’emergenza sanitaria da Covid-19, gli interventi di sensibilizzazione progettati si sono potuti realizzare solo in parte in quanto le misure di contrasto alla diffusione della pandemia non hanno permesso l’attuazione della formazione in aula e l’attività di valutazione dell’efficacia nei tempi stabiliti.

BIBLIOGRAFIA

1. Dingwall L and McLafferty E. Do nurses promote urinary continence in hospitalized older people? an exploratory study. *J Clin Nurs* 2006; 15(10):1276-86.
2. Palese A, Regattin L, Venuti F, Innocenti A, Benaglio C, Cunico L, Saiani L. Incontinence Pad Use in Patients Admitted to Medical Wards: An Italian Multicenter Prospective Cohort Study, *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007; 34(6): 649–54.
3. Savin-Braden, M., Problem-based Learning in Higher Education: Untold Stories. 1a Ed. *The Society for Research into Higher Education* 2000: 87.
4. Zisberg A, Sinoff G, Gur-Yaish N, Admi H, Shadmi E. In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. *J Am Geriatr Soc* 2011a; 59(6):1099-104.
5. Junqueira JB, Santos VL, CG. Urinary incontinence in hospital patients: prevalence and associated factors. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 8 (25): 2970
6. Timby B.K. Fondamenti di assistenza infermieristica. Concetti e abilità cliniche di base. 1 ed. Milano: McGraw-Hill, 2011: 34.
7. Gordon M. Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni. 1 ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2009: 91-2, 111-12, 138.
8. Wilkinson JM. Processo infermieristico e pensiero critico. 1 Ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2004.
9. Saiani L. and Brugnolli A. Trattato di cure infermieristiche. 2a Ed. *Sorbona* 2014: 714-15, 752,756
10. Vanzetta M and Casati M. Eventi avversi nell'utilizzo di pannoloni e di guaine urinarie in soggetti incontinenti: revisione della letteratura. *L'Infermiere* 2011;48(1): 28, 33
11. Zisberg A. Incontinence Brief Use in Acute Hospitalized Patients With No Prior Incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011b; 38(5): 559–64
12. Fernandez-Lasquetty Blanc B, Lorente Granados G, Tenías Burillo JM, Racionero Montealegre AL, Alcañiz Octavio I, Gigante LA. Adecuación del uso de absorbentes de incontinencia urinaria en pacientes adultos ingresados en un hospital. *Enf Clín* 2015; 25 (4): 198-203
13. Fader M, Bain D, Cottenden A. Effects of absorbent incontinence pads on pressure management mattresses. *J Adv Nurs* 2004; 48(6):569-574
14. Tessaro F. Metodologia e didattica dell'insegnamento secondario, *Armando Editore.* 2002: 255
15. Mansolillo F. Metodologie didattiche innovative nell'orientamento lifelong. L'apprendimento per problem (PBL) come strumento di orientamento. *ECPS Journal* 2012; (8): 154-157

16. Bonciani M., Barbina D., Guerrera D, Mazzaccara A. Problem Based Learning nella formazione a distanza in ambito sanitario. *TD Tecnologie Didattiche* 2013; 21 (3): 145.
17. Bedetti C., M.C.Barbaro e A. M.Rossi. Il problem Based Learning a scuola. L'uso e l'abuso degli animali: spunti per un'azione didattica. Istituto Superiore di Sanità Roma 2008: 99-107
18. Cappola P. Problem Based Learning. *Science&Philosophy* 2013; 1(2): 97
19. Lotti A., Pavan S. Inter-professional education (IPE) con problem-based learning (PBL) per favorire la pratica inter-professionale. *MeTis. Mondi educativi. Temi, indagini, suggestioni* 2019; 9(1): 576-579
20. Crisafulli F. E.P. Educatore Professionale. Competenze, formazione e ricerca, strumenti e metodologie. *Maggioli Editore* 2016: 137-138,143,146
21. Bitencourt GR, Alves LAF, Santana RF. Practice of use of diapers in hospitalized adults and elderly: cross-sectional study. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(2):343-9.
22. Nazarko L. Use of continence pads to manage urinary incontinence in older people, *Br J Community Nurs.* 2015; 20(8):379-380.

ALLEGATI

Allegato 1: Schema 'Fasi raccolta dati'

Allegato 2: Schema 'Indicazioni per gli osservatori'

Allegato 3: Scheda 1A

Allegato 4: Scheda 1B

Allegato 5: Scheda 2A

Allegato 6: Scheda 2B

ALLEGATO 1 - FASI RACCOLTA DATI

OPERAZIONI PRELIMINARI

- IDENTIFICARE UN REFERENTE (Coordinatore/Infermiere) per:
 - conferma dati sui requisiti strutturali (n. padelle, urinali, comode)
 - conferma funzionamento lavapadelle e comode
- IDENTIFICARE IL LUOGO DI GIACENZA DELLE CARTELLE INFERMIERISTICHE
- RIPORTARE SULLA SCHEDA RILEVAZIONE DATI (CRF):
 - il numero di degenti nella SOD (compresi eventuali "appoggi" di altre SOD)
 - i nominativi dei pazienti ricoverati da ≥ 12 ore e chiedere se vi sono pazienti con particolare stato emotivo /clinico da escludere dall'indagine

PAZIENTI DEGENTI ≥ 12 ORE

- PRESENTAZIONE AL PAZIENTE (vedi allegato)
- IDENTIFICARE I PAZIENTI PORTATORI DI DISPOSITIVI ASSORBENTI
- COMPILARE LA SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI (CRF) AL LETTO DEI PAZIENTI SELEZIONATI (EVENTUALMENTE CON L'AIUTO DEL CAREGIVER)

CARTELLA INFERMIERISTICA

- RACCOGLIERE I DATI DEI PAZIENTI PORTATORI DI PANNOLONE: diagnosi, età, genere, data di ingresso nell'unità operativa
- COMPILARE LA SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI (CRF) NELLA PARTE RIGUARDANTE LE INFORMAZIONI UTILI PRESENTI NELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

ALLEGATO 2 – INDICAZIONI PER GLI OSSERVATORI

INDICAZIONI PER I COMPONENTI DEL GRUPPO DI RICERCA GESTIONE DEL BISOGNO DI ELIMINAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA

La figura di chi raccoglie i dati mediante intervista alla persona assistita è determinante per una buona riuscita e per gli esiti stessi dell'indagine. Al fine di ottenere elevati standard di oggettività e allo scopo di abbassare la probabilità che il proprio comportamento conduca a risposte "distorte" è importante presentarsi alle persone ricoverate nel modo più neutrale e valutativo possibile, utilizzare un linguaggio chiaro, comprensibile, non pilotante e un tono adeguato.


Quando si arriva in reparto presentarsi al Coordinatore (o al suo referente infermieristico) per:


- conferma dei dati sul numero di padelle, urinali, comode;
- conferma del funzionamento del lavapadelle/comode;
- individuare la stanza in cui sono conservate le cartelle infermieristiche;
- individuare eventuali pazienti con particolare situazione emotiva/psicologica/clinica (es. urgenza-emergenza in corso, patologie psichiche importanti) che non consente l'intervista.

Quando si entra in una stanza di degenza:

1. Presentarsi alla persona ricoverata come ***"Componente di un gruppo di lavoro della Direzione Infermieristica che si occupa di valutare e migliorare la qualità dell'assistenza"***;
2. Chiedere alla persona assistita (e al caregiver se presente) se è disponibile a rispondere a delle domande che richiederà circa 5 minuti.
3. Prima di iniziare l'intervista:
 - chiedere conferma se degente in quel reparto da almeno 12 ore;
 - rassicurarlo sulla riservatezza del colloquio (non verrà mai indicato il suo nominativo).
4. Iniziare l'intervista, ponendo le seguenti domande:
 - "Interessa sapere in modo particolare se riceve aiuto/ha bisogno di aiuto":
 - a) "per mangiare a colazione, a pranzo e a cena"; SI NO _____
 - b) "per camminare" SI NO _____
 - c) "per andare in bagno durante il giorno e la notte" SI NO _____
 - "Utilizza il pannolone qualche volta SI NO o sempre?" SI NO
 - _____
 - Lo utilizzava anche a casa (o prima)? SI NO _____

ALLEGATO 3 – SCHEDA 1 A

 <p>AREA PROFESSIONI SANITARIE</p>		<p>Scheda n 1 A</p>
<p>DIP:</p>		<p>SOD:</p>
<p>N. Posti Letto di Degenza Ordinaria:</p>		<p>Compilatore (Coordinatore Struttura o suo referente) Cognome e Nome: _____ Firma: _____</p>
<p>Lavapadelle</p>	<p>Presenza Lavapadelle <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente</p> <p>Totale monouso in deposito: (n.) _____ Totale in deposito: (n.) _____ Totale stanze di degenza: (n.) _____ Totale complessive: (n.) _____</p>	<p>Controllo Lavapadelle <input type="checkbox"/> Funzionante <input type="checkbox"/> Non funzionante (dal _____)</p>
<p>Padelle</p>	<p>Presenza Copripadelle <input type="checkbox"/> Presenti <input type="checkbox"/> Assenti</p>	<p>Note</p>
<p>Pappagalli</p>	<p>Totale monouso in deposito: (n.) _____ Totale in deposito: (n.) _____ Totale stanze di degenza: (n.) _____ Totale complessive: (n.) _____</p>	<p>Note</p>
<p>Comode</p>	<p>Presenza Comode <input type="checkbox"/> Presenti: (n.) _____ <input type="checkbox"/> Assenti</p>	<p>Controllo Comode <input type="checkbox"/> Funzionante/i _____ <input type="checkbox"/> Non funzionante/i (dal _____)</p>
		<p>Note</p>

	AREA PROFESSIONI SANITARIE Bisogno di Eliminazione della Persona Assistita	Scheda n 1 B <i>Osservazione SOD</i>
DIP:	SOD	N. Posti Letto di Degenza Ordinaria:

CORRISPONDENZA con i dati della Scheda 1A

	Data:		Note	Data:		Note
	Osservatore:			Osservatore:		
Lavapadelle	Presenza LavaPadelle <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Funzionalità Lavapadelle <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Presenza LavaPadelle <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Funzionalità Lavapadelle <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Padelle	Presenza Padelle <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Presenza CopriPadelle <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Presenza Padelle <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Presenza CopriPadelle <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Pappagalli	Presenza Pappagalli <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			Presenza Pappagalli <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
Comode	Presenza Comode <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Funzionalità Comode <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		Presenza Comode <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Funzionalità Comode <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	



AREA PROFESSIONI SANITARIE

Bisogno di Eliminazione della Persona Assistita

Scheda n 2 A

Esclusione/Inclusione Persone Assistite e
Indicazioni alla compilazione della Scheda n 2 B

Esclusione/Inclusione Persone Assistite	
DIP:	SOD: Note
Data Osservazione:	Osservatore 1: Osservatore 2 (se previsto):
N. Assisti Ricoverati Totali (considerare tutti coloro che SONO FISICAMENTE NELLA SOD OSSERVATA: che occupano un posto letto, posto letto bis, compresi eventuali assistiti in dimissione, sia in carico alla SOD osservata, che ad altre SOD):	
N. Assisti Ricoverati da almeno 12 ore:	
N. Assisti Ricoverati da almeno 12 ore NON osservabili/ intervistabili per particolari situazioni emotive e/o cliniche (urgenza, gravi patologie psichiche) e/o organizzative (assenza per esami):	
N. Assisti Osservabili:	

Indicazioni alla compilazione della Scheda n 2 B

Inserire "Cognome e Nome" degli Assisti Osservabili, poi recarsi nelle stanze di degenza e procedere con l'osservazione (compilando le sezioni grigie della scheda 2 B")

Presenza del pannolone o traversa monouso (a contatto con l'Assistito)

Stato di coscienza (riferimento a descrizione Scala di Norton)

Mobilizzazione (riferimento a descrizione Scala di Norton)

Eliminazione Urinaria (riferimento a descrizione Scala di Norton)

NB. Incontinente per trattamenti terapeutici (se fa diuretici o liquidi ev > 1000 cc/die) → visionare scheda di terapia

Eliminazione Intestinale (riferimento a descrizione Scala di Norton)

NB. Incontinente per trattamenti terapeutici (se fa preparazione per esami diagnostici o come effetto collaterale di altre terapie, es. chemio) → visionare scheda di terapia

Appropriatezza utilizzo (scrivere sì se nelle sezioni Stato di Coscienza, Eliminazione Urinaria, Eliminazione Intestinale si è barrata almeno una volta opzione scritta in nero)

Compilare le sezioni rosa della scheda 2 B con i dati rilevati attraverso la Documentazione Infermieristica

Dati Generali: Età (indicare numero intero in anni, arrotondando per difetto; es. 58 anni e 9 mesi= 58)

Dati Generali: Genere

Dati Generali: Diagnosi D'ingresso (reperire il dato dall'apposita sezione della Documentazione Infermieristica, se assente, reperire da documentazione clinica)

Dati Generali: Data d'ingresso nella SOD di Osservazione (può non coincidere con la data di ingresso nella SOD di ricovero)

Valutazione Bisogno di Eliminazione all'ingresso o ultima rivalutazione (osservare quanto riportato sulla Scheda di Accertamento Infermieristico)

NB. Non compilare l'ultima colonna (N.pr): verrà compilata al termine dell'inserimento dei dati nel database, quando si genera un numero progressivo



AREA PROFESSIONI SANITARIE

Bisogno di Eliminazione della Persona Assistita

Scheda n 2.B

Osseervazione Persona Assistita

Pag n. _____

DIP:	SOD:	Data Osservazione:	N. Assistenti Osservabili (Ricovertati da almeno 12 ore):	Osservatore 1: Osservatore 2 (se previsto):
-------------	-------------	---------------------------	--	--

Dati Generali		Presenza del pannolone o traversa monouso	Stato di coscienza	Mobilizzazione	Eliminazione Urinaria	Eliminazione Intestinale	Appropriatezza utilizzo	Valutazione Bisogno di Eliminazione	N. pr
Cognome e nome: _____		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (sospendere osservazione)	<input type="checkbox"/> Incosciente/sedato/soporoso (Norton 1) <input type="checkbox"/> Disorientato/ Confuso/ Non collaborante (Norton 2) <input type="checkbox"/> Vigile/ Orientato/ Collaborante (Norton 3-4)	<input type="checkbox"/> Dipendente (Norton 1) <input type="checkbox"/> Semidipendente (Norton 2-3) <input type="checkbox"/> Autonomo (Norton 4)	<input type="checkbox"/> Continente (Norton 4) <input type="checkbox"/> Presenza di catetere vescicale e/o stomie urinarie o dispositivo urinario esterno (tipo condom) (Norton 4) <input type="checkbox"/> Incontinente occasionale (Norton 3) <input type="checkbox"/> Incontinente (Norton 2) <input type="checkbox"/> Incontinente per trattamenti terapeutici	<input type="checkbox"/> Continente (Norton 4) <input type="checkbox"/> Incontinente occasionale (Norton 3) <input type="checkbox"/> Incontinente (Norton 1) <input type="checkbox"/> Incontinente per trattamenti terapeutici	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Continente per feci e urine <input type="checkbox"/> Incontinente per feci e/o urine <input type="checkbox"/> Non valutato	
Età: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F									
Diagnosi di ingresso: _____									
Data di ingresso nella SOD di osservazione: _____									
Cognome e nome: _____		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (sospendere osservazione)	<input type="checkbox"/> Incosciente/sedato/soporoso (Norton 1) <input type="checkbox"/> Disorientato/ Confuso/ Non collaborante (Norton 2) <input type="checkbox"/> Vigile/ Orientato/ Collaborante (Norton 3-4)	<input type="checkbox"/> Dipendente (Norton 1) <input type="checkbox"/> Semidipendente (Norton 2-3) <input type="checkbox"/> Autonomo (Norton 4)	<input type="checkbox"/> Continente (Norton 4) <input type="checkbox"/> Presenza di catetere vescicale e/o stomie urinarie o dispositivo urinario esterno (tipo condom) (Norton 4) <input type="checkbox"/> Incontinente occasionale (Norton 3) <input type="checkbox"/> Incontinente (Norton 2) <input type="checkbox"/> Incontinente per trattamenti terapeutici	<input type="checkbox"/> Continente (Norton 4) <input type="checkbox"/> Incontinente occasionale (Norton 3) <input type="checkbox"/> Incontinente (Norton 1) <input type="checkbox"/> Incontinente per trattamenti terapeutici	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Continente per feci e urine <input type="checkbox"/> Incontinente per feci e/o urine <input type="checkbox"/> Non valutato	
Età: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F									
Diagnosi di ingresso: _____									
Data di ingresso nella SOD di osservazione: _____									
Cognome e nome: _____		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (sospendere osservazione)	<input type="checkbox"/> Incosciente/sedato/soporoso (Norton 1) <input type="checkbox"/> Disorientato/ Confuso/ Non collaborante (Norton 2) <input type="checkbox"/> Vigile/ Orientato/ Collaborante (Norton 3-4)	<input type="checkbox"/> Dipendente (Norton 1) <input type="checkbox"/> Semidipendente (Norton 2-3) <input type="checkbox"/> Autonomo (Norton 4)	<input type="checkbox"/> Continente (Norton 4) <input type="checkbox"/> Presenza di catetere vescicale e/o stomie urinarie o dispositivo urinario esterno (tipo condom) (Norton 4) <input type="checkbox"/> Incontinente occasionale (Norton 3) <input type="checkbox"/> Incontinente (Norton 2) <input type="checkbox"/> Incontinente per trattamenti terapeutici	<input type="checkbox"/> Continente (Norton 4) <input type="checkbox"/> Incontinente occasionale (Norton 3) <input type="checkbox"/> Incontinente (Norton 1) <input type="checkbox"/> Incontinente per trattamenti terapeutici	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Continente per feci e urine <input type="checkbox"/> Incontinente per feci e/o urine <input type="checkbox"/> Non valutato	
Età: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F									
Diagnosi di ingresso: _____									
Data di ingresso nella SOD di osservazione: _____									
Cognome e nome: _____		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (sospendere osservazione)	<input type="checkbox"/> Incosciente/sedato/soporoso (Norton 1) <input type="checkbox"/> Disorientato/ Confuso/ Non collaborante (Norton 2) <input type="checkbox"/> Vigile/ Orientato/ Collaborante (Norton 3-4)	<input type="checkbox"/> Dipendente (Norton 1) <input type="checkbox"/> Semidipendente (Norton 2-3) <input type="checkbox"/> Autonomo (Norton 4)	<input type="checkbox"/> Continente (Norton 4) <input type="checkbox"/> Presenza di catetere vescicale e/o stomie urinarie o dispositivo urinario esterno (tipo condom) (Norton 4) <input type="checkbox"/> Incontinente occasionale (Norton 3) <input type="checkbox"/> Incontinente (Norton 2) <input type="checkbox"/> Incontinente per trattamenti terapeutici	<input type="checkbox"/> Continente (Norton 4) <input type="checkbox"/> Incontinente occasionale (Norton 3) <input type="checkbox"/> Incontinente (Norton 1) <input type="checkbox"/> Incontinente per trattamenti terapeutici	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Continente per feci e urine <input type="checkbox"/> Incontinente per feci e/o urine <input type="checkbox"/> Non valutato	
Età: _____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F									
Diagnosi di ingresso: _____									
Data di ingresso nella SOD di osservazione: _____									