Come gestire l'incontinenza urinaria: indicazioni per il paziente ed il caregiver

Quando l'incontinenza non è trattabile, si può ricorrere all'educazione terapeutica del caregiver e all'impiego di ausili assorbenti, che possono contribuire in modo significativo alla gestione del ridotto controllo sfinterico urinario.

Di Marina Simoncelli *(MD Direttore UOC Medicina Riabilitativa - Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord)*, Lucia Paoloni *(MD UOC Medicina Riabilitativa - Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord")*

L'incontinenza urinaria è una condizione altamente invalidante per la persona, comporta un cospicuo onere assistenziale per le famiglie e per il personale di assistenza (caregiver) nonché un costo economico per la collettività (Berto, 2000). In particolare ha un impatto negativo sulla vita quotidiana della persona interessata: paura di bagnarsi, disagio legato all'odore e alla sensazione di scarsa igiene determinano ripercussioni sullo stato di salute complessivo, provocando depressione, ansia, alterazione delle relazioni sociali, peggioramento della qualità della vita.

L'incontinenza urinaria è un problema sanitario e sociale di grandi dimensioni generalmente sottostimato, per questo motivo, accanto agli sforzi del sistema sanitario nazionale nel prevenire, diagnosticare e curare alcune forme di incontinenza urinaria, è necessario mettere in campo azioni informative- educative che coinvolgano le diverse figure professionali e nello specifico il caregiver, al fine di diffondere le principali nozioni e informazioni educative per migliorare la gestione della persona con disturbi di incontinenza urinaria (Elenskaia et al., 2011).

Caratteristiche epidemiologiche e cause

La categoria di **soggetti maggiormente interessata** all'incontinenza sono le **donne**. Circa una donna su tre soffre di questa patologia in quanto l'anatomia degli organi pelvici femminili predispone a problemi dei meccanismi di tenuta. Le principali cause di incontinenza nella donna sono il parto naturale e l'invecchiamento. Un altro fattore importante per le donne è rappresentato dal sovrappeso corporeo. Inoltre, il rischio d'incontinenza raddoppia se la donna è soggetta ad infezioni urinarie ricorrenti o è stata sottoposta ad interventi chirurgici delle vie urinarie (Serati, Ghezzi, 2016).

Nell'uomo, invece, il problema è meno frequente, ma si calcola che una percentuale variabile dal 2 al 10% della popolazione maschile sia affetta da qualche forma di incontinenza. Le principali cause di incontinenza nell'uomo sono infiammazione, asportazione della prostata e l'invecchiamento (Clemens, 2019). Ci sono patologie come la demenza arteriosclerotica o l'Alzheimer, che pur colpendo entrambi i sessi, costituirebbero un fattore di rischio maggiore per gli uomini.

L'insorgenza dell'incontinenza urinaria cresce all'aumentare dell'età: per i soggetti non ospedalizzati di età superiore ai sessant'anni, infatti, la prevalenza dell'incontinenza urinaria varia dal 15% al 35%. Inoltre, diversi studi hanno dimostrato come la prevalenza e la maggior gravità **dell'incontinenza urinaria in anziani residenti in strutture di lunga degenza sia nettamente superiore** (dal 75% al'85%) **rispetto a coloro che risiedono al proprio domicilio** (circa il 15%) (RNAO, 2005).

Da ultimo, sono da tenere in considerazione i molteplici fattori di rischio, molto diversi tra loro, variamente associati nel singolo caso, che possono variamente favorire i diversi tipi di incontinenza urinaria. In proposito, sono da ricordare: le malattie croniche (broncopatie, diabete mellito, cardiovasculopatie, infezioni delle vie urinarie, obesità..); alcuni fattori

comportamentali, attitudinali (fumo, stipsi, eccessiva introduzione di liquidi o di bevande come caffè, tè, coca-cola o alcolici, ridotta mobilità del corpo…); impiego di taluni farmaci (diuretici, sedativi…); e situazioni ambientali (inaccessibilità rapida ai servizi per la presenza di scale, l'uso di poltrone da cui è difficile alzarsi, gli indumenti stretti o allacciati con numerosi bottoni) (Shenot, 2018).

Cosa si intende per incontinenza urinaria e quanti tipi di incontinenza esistono

L'incontinenza urinaria è l'incapacità a ritenere l'urina (perdita involontaria di urina) per alterazioni anatomiche e/o funzionali degli sfinteri della vescica.

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

- **Incontinenza da sforzo o "da stress"**: tra le forme più comuni, si verifica quando si compie un movimento che richieda uno sforzo, anche minimo (uno starnuto, una risata, salire le scale). Colpisce di più le donne, anche giovani, perché anatomicamente hanno un'uretra più corta ed inoltre le gravidanze, i parti e la menopausa riducono la capacità di chiusura dell'uretra.
- **Incontinenza da urgenza**: è associata ad uno stimolo impellente di urinare. Se non si raggiunge il bagno in tempo, lo svuotamento della vescica può avvenire ovunque, ciò può accadere anche nel sonno, con quantità variabile da poche gocce, fino a vere e proprie minzioni complete. Una delle cause più frequenti è l'aumento della contrattilità della vescica; può essere correlata a patologie croniche sia neurologiche (demenza, Alzheimer, morbo di Parkinson, Lesioni del Sistema nervoso centrale) che da infezioni urinarie, cancro e obesità; sono più interessati gli uomini, soprattutto con l'avanzare dell'età.
- **Incontinenza mista**: spesso è la combinazione di più cause tra le due forme di incontinenza urinaria precedentemente indicate.
- **Incontinenza neurogena**: la continenza è subordinata ad una precisa coordinazione di attività tra il cervello, il midollo spinale e la vescica. Quando questa coordinazione viene a mancare, insorge il fenomeno dell'incontinenza, generalmente in anziani con confusione mentale e turbe della idratazione e/o con importanti problemi intestinali.
- **Incontinenza da reflusso**: si manifesta con perdite più o meno abbondanti, seguite da un forte costante desiderio di urinare ancora. Questo perché la vescica non si svuota mai completamente per cause ostruttive o neurologiche (ipertrofia prostatica, traumi del midollo spinale).
- **Incontinenza urinaria continua goccia a goccia**: è dovuta a lesione dello sfintere.
- **Enuresi**: è la perdita di urina che avviene nel sonno, con minzione involontaria, in soggetti non pediatrici.
- **Forme transitorie d'incontinenza urinaria**: possono essere causate da infezioni delle vie urinarie, infezioni o irritazioni vaginali, stipsi, diabete scompensato, scompenso cardiaco, confusione mentale acuta, assunzione di alcuni farmaci come diuretici, antidolorifici, sedativi o antipertensivi, abuso di alcool, caffè, tabacco, gravidanza e/o dopo il parto (Muth, 2017).

Cenni di anatomia e funzionamento del sistema urinario e del perineo
Per affrontare un tema complesso come l'incontinenza è necessario conoscere gli organi e le funzioni fisiologiche che questa coinvolge. L'apparato urinario è l'insieme di organi deputati alla formazione, trasporto, raccolta ed eliminazione dell'urina. Un adulto ne produce circa 1,5 litri al giorno. Tutto comincia nei reni, che filtrano l'urina e poi la fanno defluire attraverso gli ureteri nella vescica, il serbatoio dove si deposita. Forma, dimensioni e posizione della vescica dipendono dal suo stato di riempimento; esso in condizioni normali è compreso tra i 250-350 ml. Dalla vescica l'urina viene espulsa attraversando l'uretra, un condotto lungo mediamente 18 cm nell'uomo e 3-4 cm nella donna. Il processo di eliminazione, la minzione, è regolato dal sistema nervoso. Quando si avverte il bisogno di urinare, avvengono una serie di reazioni. Un esempio ci aiuterà a capire. Se riempiamo un palloncino di gomma con acqua, esso si dilata e, per evitare che l'acqua fuoriesca, dobbiamo schiacciarne il collo con le dita; se riduciamo la pressione delle dita, il liquido fuoriuscirà. Questo è esattamente ciò che accade nel nostro organismo. Il palloncino è la vescica e la sua elasticità dipende principalmente dal muscolo detrusore, che, contraendosi, imprime la forza necessaria ad espellere il liquido. Le dita corrispondono all'azione dei muscoli sfintere della vescica e dell'uretra ed a quelli del pavimento pelvico (un gruppo di muscoli che sostengono la vescica, l'utero (nelle donne) e il retto, contribuendo a controllare la minzione e la defecazione). Quando viene alterata l'azione coordinata di queste strutture anatomiche, si determina l'incontinenza urinaria.

Fonte: elaborazione degli autori

Tabella 1 – Il sistema urinario: cenni descrittivi di funzionamento

Indicazioni al paziente: trattamenti disponibili

Ciascuna tipologia di incontinenza è trattabile con una o più modalità specifiche. In casi selezionati sono possibili trattamenti multidisciplinari. Tra i principali trattamenti, che vengono suggeriti al paziente dal medico specialista (urologo, ginecologo, fisiatra…) si ricordano:

- **Terapia farmacologica**: somministrazione di ormoni, antispasmodici e parasimpaticolitici. Tratta efficacemente l'incontinenza nei casi in cui l'indebolimento del tono sfinterico sia dovuto principalmente alla carenza ormonale causata dalla menopausa o ad iperattività detrusoriale. In quest'ultimo caso si parla di incontinenza da urgenza e la terapia farmacologica si basa principalmente sulla somministrazione di farmaci che modulano l'iperattività del muscolo detrusore, migliorando il controllo della vescica.
- **Rieducazione pelvica**: esecuzione di esercizi fisici specifici o con l'utilizzo di apparecchiature elettromedicali per il biofeedback ed elettrostimolazioni, al fine di tonificare e rinforzare la muscolatura pelvica. Questa metodica è indicata per le incontinenze da sforzo e da urgenza. Nel caso dell'incontinenza da urgenza il programma di rieducazione pelvica può comprendere la rieducazione vescicale mirata a riacquistare progressivamente il controllo della vescica.

Occorre aggiornare un diario quotidiano delle minzioni per controllare la quantità di urina eliminata in relazione alla quantità di liquidi assunti, aumentando gradualmente l'intervallo di tempo che intercorre tra una minzione e l'altra fino a raggiungere le due ore.

- **Terapia chirurgica**: la chirurgia tradizionale tratta il problema per via addominale, ricostruendo le strutture di sostegno della vescica. E' indicata principalmente nelle incontinenze da sforzo. Altre tecniche mini-invasive limitano l'apporto traumatico dell'intervento agendo con l'ausilio di strumenti tecnologicamente avanzati come le sonde e introducendo materiali di sostegno biocompatibili (es. bande o reti di sostegno), con un più rapido recupero completo post-intervento. Ad esempio la tecnica TVT (Tension-free Vaginal Tape Procedure), consiste nel posizionamento di una "bendarella" di un materiale sintetico che faccia da sostegno all'uretra.
- **Altre forme di trattamento**: neurostimolazione sacrale, impianto chirurgico di sfinteri artificiali, infiltrazioni peri-uretrali di collagene, utilizzo di coni vaginali (SIU, 2019).

Indicazioni al caregiver: gestione dell'incontinenza urinaria nel paziente fragile

Quando l'incontinenza non è trattabile, come spesso accade nel paziente fragile e/o anziano si può ricorrere alla presa in carico attraverso **l'educazione terapeutica del caregiver e l'impiego di ausili assorbenti.** L'educazione terapeutica del caregiver, riguardante interventi sia comportamentali (quali il fare pipì correttamente e lo svuotamento guidato) che su fattori contestuali (personali e ambientali), è finalizzata all'apprendimento ed all'adozione di semplici regole di vita quotidiana, applicabili in un'ampia popolazione di pazienti fragili, che possono contribuire in modo significativo alla gestione del ridotto controllo sfinterico urinario.

INTERVENTI COMPORTAMENTALI

Gli interventi comportamentali per l'incontinenza urinaria, aventi l'obiettivo di salvaguardare l'indipendenza e la dignità della persona, cercano di modificare il modo di reagire di una persona alla perdita di urine. Da parte sua il caregiver assume un ruolo fondamentale in primis nell'incoraggiare l'assistito a prendere coscienza della propria condizione, e poi a renderlo partecipe e guidarlo nella gestione del problema.

L'obiettivo è quello di coinvolgere direttamente il paziente con consegne pratiche; ad esempio: il "Fare pipì correttamente" che comprende lo svuotamento della vescica prima della perdita di urina; o interessare prioritariamente il caregiver come accade nello "svuotamento guidato". Un programma comportamentale individualizzato di svuotamento vescicale, è determinato sulla base di una registrazione delle evacuazioni di tre giorni per un periodo adeguato (come spiegato nel paragrafo specifico), ed è basato sul modello normale di eliminazione e/o incontinenza della persona.

Fare pipì correttamente

- Fare pipì non più di 5-7 volte al giorno e non trattenere l'urina oltre il secondo stimolo di bisogno
  – se si urina spesso (intervalli tra le pipì meno di due ore) piccole quantità (meno di 150 cc per volta), cercare di rimandare di qualche minuto il momento in cui fare pipì ogni volta;
  – se al contrario si urina troppo poco (meno di una volta ogni 3-4 ore) e negli intervalli si perde l'urina, cercare di urinare un po' più spesso, anche se non si ha lo stimolo.
- Sedersi correttamente sul water ed attendere il rilassamento della muscolatura perineale. **Non spingere** per accelerare l'inizio della minzione o per fare prima.
- Svuotare completamente la vescica perché il residuo d'urina all'interno della vescica può favorire il rischio di infezioni urinarie.

Svuotamento guidato

Lo svuotamento guidato differisce dall'esempio sopra riportato in quanto è la risposta dell'operatore, piuttosto che quella dell'individuo incontinente, ad essere cambiata rispetto all'incontinenza urinaria. Lo svuotamento guidato è usato per il trattamento di persone incontinenti che, per vuotare la vescica, richiedono opportuni solleciti da parte del caregiver. Per poter intraprendere uno svuotamento guidato è necessario che il paziente sia continente per almeno due ore e partecipe al trattamento.

Il caregiver dovrà infatti **intervenire preventivamente sullo svuotamento indesiderato della vescica**. Gli individui che potenzialmente traggono beneficio dallo svuotamento guidato sono quelli che:

- Riconoscono il bisogno di evacuare
- Richiedono, su propria iniziativa, un alto numero di interventi per l'eliminazione
- Presentano una abilità di evacuare con successo quando vi è assistenza
- Mostrano una abilità a deambulare autonomamente
- Dimostrano una buona integrità cognitiva.

Il miglior fattore predittivo di una risposta individuale allo svuotamento guidato è il suo successo durante il periodo di prova dell'intervento stesso (che consiste nel compilare un diario minzionale per almeno 3 giorni a settimana per un periodo di tempo non inferiore a 3 settimane e non superiore a 8). Ogni volta che viene iniziato lo svuotamento guidato, l'operatore /il caregiver deve mettere in atto tre comportamenti principali:

- **Monitoraggio**: consiste nel chiedere all'individuo incontinente, ad intervalli regolari, se ha bisogno di urinare. Il caregiver può ricercare i comportamenti messi in atto dal paziente che necessita di urinare (es. inquietudine, agitazione, spogliazione, ecc.) e condurlo all'eliminazione ad intervalli regolari, specificati nel programma, piuttosto che abitudinariamente ogni due ore. Questo processo include il sollecito alla minzione ad intervalli regolari ed incoraggia a mantenere il controllo della vescica tra uno svuotamento e l'altro.
- **Elogio**: questo importante provvedimento è un rinforzo positivo alle evacuazioni pulite ed appropriate ed è la risposta degli operatori al successo dell'individuo che riesce a mantenere il controllo della vescica.

Il suddetto svuotamento guidato non richiede un equipaggiamento costoso per essere implementato, è facile da imparare, pur richiedendo dedizione personale e coerente applicazione del protocollo. E' documentato che, incoraggiare all'uso dei servizi igienici, diminuisce gli episodi di IU nei pazienti anziani con e senza demenza (Lyons, Specht, 1999).

INTERVENTI SUI FATTORI CONTESTUALI PERSONALI ED AMBIENTALI

Il paziente con ridotto controllo sfinterico, grazie talvolta anche alle sollecitazioni, la supervisione o l'assistenza del caregiver (se non autonomo sotto il profilo motorio e/o cognitivo), è opportuno che persegua un **corretto stile di vita** e che sia inserito in un **ambiente "facilitatore**". Importante pertanto in presenza di ridotto controllo sfinterico urinario:

- Evitare l'aumento di peso, considerato che l'aumento della pressione nell'addome può peggiorare l'incontinenza dopo chirurgia della prostata, ed in generale l'incontinenza da sforzo può accentuarsi perché il peso corporeo grava ulteriormente sulla regione perineale
- Ridurre l'assunzione rispettivamente di caffè, thè, coca-cola, ed alcolici che costituiscono degli irritanti vescicali
- Rispettare un corretto apporto idrico: non esagerare con i liquidi se non prescritto dal medico, un litro e mezzo di acqua al giorno è generalmente sufficiente; ma allo stesso tempo non scendere sotto questa soglia in quanto la ridotta assunzione di liquidi renderebbe le urine più concentrate e potrebbe contribuire allo sviluppo di infezioni delle

vie urinarie
- Migliorare la mobilità, in quanto bassi livelli di attività fisica provocano limitazione delle abilità del corpo, aumentando il rischio di decadimento delle condizioni generali, deterioramento cognitivo e fisico
- Prevenire e ridurre la costipazione: l'identificazione precoce di stipsi severa o fecalomi rappresenta un intervento chiave nella prevenzione e gestione dell'incontinenza urinaria
- Utilizzare indumenti facili da rimuovere, larghi, con elastici piuttosto che bottoni.

E nell'abitazione da non sottovalutare:

- Vicinanza, disponibilità e accessibilità del bagno prossimo
- Illuminazione soddisfacente.

Da parte sua il caregiver deve dedicare tempo e fornire disponibilità ad accompagnare e assistere il paziente durante l'evacuazione. Viene richiesto più tempo ad assistere una persona durante l'evacuazione, che nel cambiare un pannolone. E soprattutto il paziente ed il caregiver non devono partire dalla convinzione che l'incontinenza è una inevitabile conseguenza della senilità e che esistono pochi interventi di promozione della continenza.

IMPIEGO DI AUSILI ASSORBENTI: QUANDO, QUALI E COME UTILIZZARLI

L'impiego di assorbenti, salvaslip si può accompagnare a spiacevoli disturbi di pelle e mucosa. Devono essere pertanto impiegati nel momento in cui sono giudicati indispensabili e/o qualora gli altri interventi sopra illustrati non risultino efficaci. Deve essere selezionato il prodotto più utile in base alla quantità di perdite, alla loro frequenza (transitoria, stabilizzata), alla capacità motoria del soggetto (es. allettamento), all'utilizzo di farmaci diuretici, ed allo stile di vita del soggetto.
I presidi/ausili utilizzati per la gestione dell'incontinenza si possono suddividere in: **ausili assorbenti monouso, cateteri esterni, sacche di raccolta e catetere intravescicale a dimora.**

- **Ausili Assorbenti monouso**

Gli ausili assorbenti contengono all'interno polimeri in grado, a contatto con l'urina, di trasformarsi in gel. La superficie dell'ausilio rimane asciutta, viene così evitato il contatto tra cute e gel e ridotto il rischio di macerazione della cute. L'assorbenza varia da prodotto a prodotto e si va dai 60 ai 2.000 ml.

Principali tipologie di presidi assorbenti disponibili

- ✓ **Pannolini pull-up**: sono ausili assorbenti monouso che si indossano come normali capi di biancheria intima, rappresentando la soluzione ideale per incontinenza moderata e grave.
- ✓ **Pannolini per incontinenza leggera**: sono la soluzione migliore per contenere le piccole perdite di urina, assicurando la massima discrezione, comfort e sicurezza, sono disponibili in diversi formati e livelli di assorbenza.
- ✓ **Pannoloni mutandina:** costituiscono una soluzione efficace per la gestione della persona anche con incontinenza moderata e grave fecale, in particolare se sono presenti perdite di feci liquide ed abbondanti.
- ✓ **Pannoloni Sagomati**: rappresentano la soluzione ideale per qualsiasi tipo e livello di incontinenza, da moderata a grave. L'assenza di materiale di rivestimento a copertura dei fianchi rende il pannolone sagomato la soluzione più fresca e igienica per il mantenimento del benessere della persona. La forma anatomica dell'ausilio lo rende confortevole durante l'uso ed estremamente pratico per il cambio e grazie al supporto delle speciali mutandine a rete, il pannolone sagomato è la soluzione più dignitosa e pratica per tutte le persone che soffrono di incontinenza.
- ✓ **Pannoloni mutandina a cintura**: sono un ausilio assorbente dotato di una cintura di fissaggio addominale.
- ✓ **Pannoloni rettangolari**: sono indicati per incontinenza leggera e moderata ed esistono in due versioni con barriera (rivestimento esterno impermeabile) senza barriera (senza rivestimento esterno impermeabile).

È importante riconoscere **il livello di assorbenza**:

- ✓ **Plus:** livello d'incontinenza leggera
- ✓ **Extra:** livello d'incontinenza moderata
- ✓ **Super:** livello d'incontinenza grave
- ✓ **Ultra +:** livello d'incontinenza grave/molto grave
- ✓ **Maxi**: livello d'incontinenza gravissimo

Da prendere in considerazione anche la taglia:

- ✓ **S:** Piccola/Taglia 38-40
- ✓ **M**: Media/Taglia 42-46
- ✓ **L:** Large/Taglia 48-52
- ✓ **XL**: Extra Large/Taglia 54-58

Fonte: elaborazione degli autori

Tabella 2 – Presidi per l'incontinenza

L'uso di questi ausili non può e non deve prescindere dall'attuazione di interventi di altro tipo per favorire il controllo volontario degli sfinteri. Secondo i dati forniti dalla letteratura più recente, l'uso del pannolone assorbente provoca una sorta di dipendenza e in circa il 70% dei casi causa una riduzione nella motivazione del controllo degli sfinteri con altre tecniche. E' importante quindi, **accompagnare il soggetto ai servizi a intervalli di tempo regolari**, in caso di incontinenza urinaria da sforzo praticare esercizi di rinforzo dei muscoli pelvici.

Il pannolone va cambiato non appena ci si accorge, o il malato avvisa, che **è sporco** e comunque occorre **sostituirlo ogni 3 ore**, salvo di notte che, per non interrompere il sonno, può essere tenuto per un tempo più lungo. I cambi frequenti aiutano a ridurre il rischio di irritazione della cute. E' importante ispezionare regolarmente la cute nella zona perineale in tutti i soggetti incontinenti per rilevare lesioni eritemato-desquamative o crostose, vescicole, ovvero segni di dermatite da contatto, infestazioni micotiche conseguenti alla perdita di urine.

La cute va detersa dopo ogni evacuazione intestinale o minzione per evitare il contatto prolungato con le urine e le feci. Possono essere usati creme che agiscono da barriera per mantenere la pelle asciutta. Le lesioni già formate vanno protette dalla contaminazione urinaria con medicazioni impermeabili all'acqua.

- **Urocondom (o Cateteri esterni)**

Dispositivi di raccolta che costituiscono una valida alternativa al catetere vescicale nel **maschio**. Si tratta di guaine morbide in lattice o in materiale sintetico che si inseriscono a cappuccio sul pene (tipo profilattico) e che presentano all'estremità un raccordo rigido lungo circa 10 cm al quale viene poi applicato il dispositivo di raccolta (una sacca da fissare con lacci alla gamba nel caso di pazienti che camminano, oppure una sacca più capiente, con lungo tubo di raccolta, da appendere con apposito supporto al letto).

Nell'uomo per favorire l'adesione al pene possono essere fissati con mastice adesivo per pelle oppure con fascette adesive. Il metodo raccomandato è il mastice adesivo per pelle disponibile in diverse combinazioni, adattate alle esigenze cutanee individuali, i cui elementi base sono caucciù mastizzato come adesivo, eptano come solvente per regolare la viscosità, ossido di zinco per ammorbidire e lanolina per curare la pelle. **La pelle va preparata** al fissaggio con una scrupolosa tricotomia e igiene intima. Si deve evitare l'uso di emollienti oleosi o cremosi che riducono l'adesività dei collanti usati, così come di saponi troppo aggressivi che possono irritare ed essiccare eccessivamente la cute.

In caso di fissaggio troppo stretto si possono provocare ulcerazioni o problemi circolatori. E' importante, infatti, **la verifica frequente della tenuta e della comparsa di eventuali arrossamenti**. In quest'ultimo caso si deve rimuovere il dispositivo per non riapplicarlo fino a completa guarigione della parte. **Il condom va sostituito quotidianamente** e il pene deve essere sempre controllato dal caregiver e/o dal paziente stesso quando possibile. Possono con una certa frequenza infatti verificarsi casi di macerazione o irritazione, provocati dallo sfregamento del glande contro l'estremità interna del condom. Non sono rari i casi di infezione delle vie urinarie, anche se l'incidenza è nettamente inferiore rispetto alle infezioni riscontrate con l'uso del catetere transuretrale.

- **Sacche di raccolta**

Si tratta di dispositivi condom per la **donna**, in realtà poco utilizzati. Le sacche di raccolta si collegano direttamente alla vulva con pasta adesiva; permettono di raccogliere le urine delle 24 ore. In commercio ne esistono di due tipi: quelle da letto, indicate nei pazienti che non si muovono e caratterizzate da un tubo di raccordo più lungo, e quelle da gamba, più piccole e

con tubo più corto, che vengono bloccate alla gamba o alla coscia del paziente deambulante.

La maggior parte di queste sacche ha all'interno un meccanismo a valvola antireflusso che evita la risalita dell'urina in vescica, riducendo così il rischio di contaminazione batterica. Sono riutilizzabili solo i dispositivi con valvola antireflusso. Uno studio condotto su oltre 2.000 donne ha riportato un'incidenza di batteriuria pari a 3 episodi su 100 giorni di uso, e l'aderenza del sistema dopo 24 ore nell'80% dei casi.

- **Catetere intravescicale "a dimora"**

Si tratta di un trattamento invasivo e proprio per questo costituisce il **metodo meno apprezzato** per gestire l'incontinenza urinaria, secondo quanto indicato dalla letteratura scientifica e direttamente riferito dal paziente e dai familiari. Deve essere considerato esclusivamente per coloro che presentano una ritenzione urinaria (Romeo, 2019).

Utili accorgimenti

- Lavare al più presto le lenzuola o gli indumenti imbrattati. Se non è possibile, metterli in ammollo nell'acqua fredda, risciacquare e lasciare asciugare fino al bucato successivo. Può essere utile per eliminare batteri e cattivo odore impiegare un disinfettante per il bucato, in vendita nei comuni supermercati.
- Il paziente, dopo un episodio di incontinenza, si deve lavare o essere lavato bene con acqua calda e un sapone delicato. In seguito deve essere asciugato con cura e indossare vestiti puliti. E' controindicato l'impiego di polvere di talco.
- Utilizzare un solo altro strato protettivo sopra al materasso antidecubito, per permettere la sua azione massaggiante. Il numero di strati (traverse, lenzuola, pannoloni...) presenti tra il paziente e il materasso riducono l'efficacia nella prevenzione delle ulcere da decubito, quindi:
  - ✓ Non usare le traverse monouso per proteggere le lenzuola (es. sotto la testa o sotto i piedi del paziente);
  - ✓ Utilizzare solo una traversa per il paziente cateterizzato o portatore di condom;
  - ✓ Controllare ogni 2 o al massimo 3 ore, la condizione della cute del paziente, se è bagnata, detergerla con acqua e sapone, idratarla con apposite creme od oli, riposizionando poi il paziente;
  - ✓ Utilizzare per il paziente non cateterizzato il solo pannolone sagomato senza la traversa.

Fonte: elaborazione degli autori

Tabella 3 – Accorgimenti per la gestione dell'incontinenza urinaria

Come ottenere gli ausili assorbenti

Le regioni e le ASL (Aziende Sanitarie Locali), grazie al Decreto del Ministero della Salute n. 332/99 e successive modifiche (Decreto min. Sanità 321 del 31 maggio 2001), regolamentano le modalità per ottenere gratuitamente i presidi di assorbenza.

Questi rientrano nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero tra le «prestazioni» che il Servizio sanitario nazionale deve garantite a tutti. Dunque tali ausili assorbenti devono essere forniti gratuitamente a chi ne ha diritto, cioè chi è affetto da «grave incontinenza urinaria o fecale cronica», come recita ilDPCM sui Lea, aggiornato nel 2017, che definisce anche l'iter da seguire per riceverli.

L'iter per ottenere rispettivamente i cateteri (vescicali ed esterni), i raccoglitori per l'urina per incontinenti, ma anche gli "Accessori per letti" e traverse assorbenti, prevede questi step:

1. **Prescrizione da parte di un medico specialista del SSN** (generalmente urologo o geriatra…), dipendente o convenzionato, che deve indicare sulla "ricetta rossa" (divenuta oggi informatizzata) "i dispositivi medici necessari e appropriati" di cui la persona ha bisogno, definire il loro numero, stabilire il periodo di validità della prescrizione, che comunque non può essere superiore a un anno, né è rinnovabile. Per la prescrizione dei pannoloni basta in genere il parere del medico di famiglia, mentre per tutti gli altri ausili serve il parere di uno specialista abilitato.
2. **Autorizzazione alla fornitura da parte dell'ASL** (per la durata massima di un anno, poi rinnovabile).
3. **L'ASL dispone la consegna degli ausili** assorbenti in farmacia oppure al domicilio in modalità frazionate e diverse da Asl ad Asl. In alcune Regioni non è richiesta la certificazione dello stato di invalidità per ottenere tramite SSN gli ausili assorbenti monouso, mentre in altre sì.

Il panorama nazionale è dunque caratterizzato da eterogeneità nella prescrizione, nelle modalità di accesso al servizio di prescrizione e le modalità di distribuzione degli ausili assorbenti. Inoltre sono talvolta diversi anche i criteri seguiti nella scelta degli ausili che possono variare da regione a regione e talvolta anche fra i distretti appartenenti ad una stessa regione. Preso atto dei diversi comportamenti, la scelta più saggia per il paziente e/o caregiver risulta quella di rivolgersi direttamente alla propria ASL di competenza per ricevere indicazioni specifiche e certe. Sul territorio, il primo presidio in grado di fornire le indicazioni utili è proprio il medico di base.

Riferimenti normativi
1. Ministero della Sanità. Decreto agosto 1999, n. 332. Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe. (GU Serie Generale n.227 del 27-09-1999 - Suppl. Ordinario n. 176)
2. Ministero della Sanità. Decreto 31 maggio 2001, n. 321."Modifica del regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale". (G U n. 183 del 8 agosto 2001)
3. Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017)

Fonte: elaborazione degli autori
Tabella 4 – Normativa di riferimento

BIBLIOGRAFIA

Berto P., (2000), *Qualità della vita e cost-of-illness della incontinenza urinaria femminile: i risultati di uno studio italiano*, in Giornale di farmacoeconomia, 4(15), 91–97

Clemens QJ., (2019), *Urinary incontinence in men 2016*, in Uptodate.

Decreto del Presidente del Consiglio Dei Ministri 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 – Suppl. Ordinario n. 15).

Elenskaia K., Haidvogel K., Heidinger C., Doerfler D., Umek W., Hanzal E., (2011), *The Greatest Taboo: Urinary Incontinence as a Source of Shame and Embarrassment*, in Wien Klin Wochenschr, Oct;123(19-20):607-10.

Lyons SS. & Specht JKP., (1999), *Prompted voiding for persons with urinary incontinence evidence-based protocol*, in M. G. Titler (Series Ed.), Series on Evidence-Based Practice for Older Adults, Iowa City, IA: The University of Iowa Nursing College of Nursing Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core.

Ministero della Salute, Decreto 7 agosto 1999, n. 332 , *Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalita' di erogazione e tariffe* (GU Serie Generale n.227 del 27-09-1999 – Suppl. Ordinario n. 176).

Ministero della Sanità, Decreto 31 maggio 2001, n. 321, *Modifica del regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale* (GU Serie Generale n.183 del 08-08-2001).

Muth CC., (2017), *Urinary Incontinence in Women*, in JAMA, October 24/31.

Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), (2005), *Promoting continence using prompted voiding*, in Nursing Best Practice Guideline Revised.

Romeo G., (2019), *Appropriatezza degli ausili/presidi per l'incontinenza. Responsabilità infermieristica*, Bologna, Forum della Non Autosufficienza e dell'Autonomia Possibile.

Serati M, Ghezzi F., (2016), *The epidemiology of urinary incontinence: a case still open*, in Annals of Translational Medicine, March, Vol. 4, .n.6.

Shenot PJ., (2018), *Incontinenza urinaria negli adulti,* in Manuale MSD.

SIU (Società Italiana di Urologia), (2019), *Linee Guida EAU –European Association of Urology- sull'Incontinenza Urinaria negli Adulti*