L’incontinenza urinaria, l’anziano e la struttura residenziale

L’incontinenza urinaria interessa persone di qualsiasi età, ma l’incidenza aumenta nelle fasce d’età più alte. Nell’articolo l’autore offre una panoramica sugli strumenti professionali di valutazione dell’incontinenza urinaria e sulle strategie che possono aiutare la persona, anche affetta da demenza, ad affrontare questa condizione che, se non supportata, può generare delle ripercussioni pesanti e negative nella percezione di sé.

Di Stefano Mantovani *(Direttore Esecuzione Contratto, Coordinatore Servizi Domiciliari, Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona, Magenta -MI)*

Le persone che quotidianamente assistiamo nei setting di cura residenziali (RSA) e domiciliari sono persone anziane (mediamente con più di 80 anni) che hanno 4 o 5 grosse patologie. Sono spesso persone “fragili” cioè ad alto rischio di istituzionalizzazione, di ospedalizzazione e di morte con una comorbilità grave, con polifarmacoterapia e dipendenze funzionali e socio ambientali critiche.

Il S.S.N. e regionale per i soli ausili ad assorbenza e cateteri spende 444.148.147 milioni di euro annui, di cui: **ausili per incontinenza 374.365.607 milioni di euro, cateteri 69.782.540 milioni di euro** (Fincopp, WFIP, 2021). Dalle proiezioni ISTAT, anno 2020, emerge come, a fronte di una popolazione complessiva in lieve crescita (+3,1% al 2050), la fascia di popolazione over 65, che ad oggi rappresenta poco più del 20% della numerosità totale, possa superare la soglia del 30% entro il 2040 e spingersi intorno al 33% nel 2050 (ISTAT, 2020). In Italia sono stimati in 5 milioni le persone affette da incontinenza, di cui il 60% sono donne, principalmente sopra i 40 anni. **Nelle strutture residenziali il problema legato all’incontinenza sfiora circa il 60% della popolazione** (Fincopp, WFIP, 2021).

Valutazione dell’incontinenza

La difficoltà di riconoscere l’incontinenza urinaria come una patologia crea una notevole complessità relativa alla sua gestione. Se consideriamo ancora valida la definizione di anziano per gli over 65, popolazione per altro rara nelle RSA dove l’età media è superiore gli 80-85 anni, l’individuazione della incontinenza urinaria dell’anziano residente passa spesso attraverso la raccolta anamnestica (valutazione funzionale e cognitiva), o all’utilizzo dei presidi assorbenti.

La valutazione quindi si basa sulla indagine dei seguenti punti:

- **Valutazione funzionale**: fisiologica (es. età, peso, altezza, alvo, attività lavorativa precedente, ecc.) e patologica (es. diabete, patologie neurologiche, ipertensione arteriosa, patologie tiroidee, condizioni psicotiche, chirurgia pelvica, assunzione di farmaci, ecc.).
- **Osservazione della persona anziana nel contesto** in cui vive sia residenziale che domiciliare;
- **Valutazione cognitiva**: (es. patologie psichiatriche, presenza di disturbi del comportamento, patologie neurodegenerative);
- **Pratiche auto-assistenziali e loro efficacia assistenziali** (es. posizioni forzate o difficoltà di movimento);
- **Utilizzo di presidi assorbenti o di altri dispositivi** (es. uridom, catetere vescicale);
- **Uso di farmaci** (es. diuretici, farmaci anti-ipertensivi, ecc.);

- **Regime dietetico** (es. cibi ad alto contenuto di acqua, cibi ad alto contenuto di sale non accompagnati da abbondante assunzione di acqua, uso di alcool e/o caffeina);
- **Elementi ambientali e costrittivi** (es. accessibilità alla toilette, abiti costrittivi, uso di contenzione, barriere ambientali);
- **Alterazioni legate all'età**: ipertrofia prostatica (uomo), alterazioni dovute a debolezza dei muscoli perineali nella donna (cistocele o rettocele), diminuito flusso renale, ritenzione urinaria;
- **Fattori psicologici**: stress, ansia, privacy.

Come affrontare l'incontinenza

In RSA è sempre problematico affrontare la tematica relativa all'**incontinenza urinaria** perchè essa è **spesso motivo di angoscia, umiliazione e vergogna**; i bisogni legati alla eliminazione di feci e urina sono considerati tabù in molte culture e nel vissuto di molte persone ancora oggi. **L'incontinenza è spesso il primo segnale che l'anziano "fragile e non" percepisce sulla sua autosufficienza**, che viene ad essere minata e che rende l'anziano consapevole che la vita che era abituato a fare deve essere rivista e che spesso richiederà l'aiuto o la supervisione di una altra persona. L'accettazione di una sfera di vita legata ai bisogni corporali getta nello sconforto e nella vergogna tutte le persone non più autosufficienti. Questo senso di disagio è caratteristico anche di chi assiste, quindi il problema non è facile da gestire: caregiver può sentirsi disgustato o imbarazzato e chiedersi come riuscirà mai a farcela. Spesso l'incontinenza non è mai esclusivamente dovuta solo a cause fisiche bensì può essere causata da altri problemi, come la perdita di memoria, il disorientamento, le difficoltà di comunicazione o una malattia concomitante.

Di solito, seguendo con molta attenzione l'anziano e modificando certi aspetti dell'ambiente di vita, si può ridurre il numero degli "incidenti" legati all'incontinenza urinaria e/o limitarne le spiacevoli conseguenze. Si tratta di una problematica difficile da gestire sia per i caregiver che per gli operatori: risulta pertanto fondamentale cercare di avere un atteggiamento pratico e rassicurante nei confronti dell'anziano. Spesso in RSA la rilevazione dell'incontinenza urinaria è talvolta associata all'utilizzo di un presidio assorbente, soluzione proposta non sempre per mantenere l'autonomia residua dell'ospite o favorire il suo benessere nella vita quotidiana, ma per sopperire a carenze organizzative o assistenziali.

E' utile usare strumenti semplici di misurazione delle minzioni giornaliere come:

- **La carta dei tempi di minzione** che riporta l'orario delle minzioni, di notte e di giorno per un periodo di 24 ore;
- **La carta frequenza /volume** che riporta l'orario e il volume delle minzioni, di giorno e di notte per un periodo di 24 ore;
- **Diario vescicale** (*bladder diary*) che riporta l'orario e il volume delle minzioni, episodi di incontinenza e loro intensità, episodi di urgenza e loro entità, numero di *pad* utilizzati e quantità di liquidi ingeriti.

Incontinenza e demenza

Se è difficile rilevare e pianificare la corretta assistenza relativa alla gestione dell'incontinenza, discorso diverso è la rilevazione della incontinenza con persone affette da demenza che hanno grossi problemi legati alla comunicazione e alla corretta individuazione del bagno o del water. In questi casi diventa **essenziale fare in modo che la toilette sia identificata con chiarezza** (colorare i bordi o le porte con colori intensi, dipingere la porta della toilette di un colore diverso è per alcuni di aiuto). Se la toilette è confortevole e facile da usare e l'ambiente riscaldato, l'ospite può essere più incline a fermarvisi per tutto il tempo necessario. **Predisporre delle maniglie di sostegno e una seduta leggermente rialzata possono rendere il water più accessibile e facile da usare.** Utile colorare il water con colori vivaci per esempio rosso, blu o simili.

Molte volte bastano piccoli accorgimenti come l'**aiuto di figure o segnali appesi sulla porta del bagno per facilitare**

l'orientamento dell'ospite. Se il bagno è troppo lontano o se ci sono ostacoli nel cammino per raggiungerlo è bene **rimuovere tutti gli impedimenti sul percorso verso la toilette**/bagno, come ad esempio porte difficili da aprire. Quando il bagno non è occupato, occorre **tenere la porta aperta**, affinché l'interessato possa vedere che il bagno sia libero, illuminare bene il bagno e lasciare le luci accese lungo il percorso sia di notte come di giorno. Il WC è abbastanza comodo? **Maniglie poste ai due lati o un sedile rialzato favoriscono l'autonomia.** L'operatore deve valutare se l'ospite è in grado di svestirsi in tempo: è consigliabile fare in modo che indossi indumenti pratici e non attillati, con chiusure semplici come per esempio, pantaloni e gonne retti da elastici o chiusure velcro che accelerino la svestizione. Importante **lasciare bene in vista la carta igienica**.

A volte l'anziano rifiuta di sottoporsi ai trattamenti necessari alla sua igiene personale sostenendo di essere già stato lavato nell'arco della giornata. Quella che potrebbe sembrare solo una scusa per evitare un momento sgradevole è in realtà una profonda convinzione del soggetto, ciò soprattutto quando si trova in uno stadio piuttosto avanzato del decadimento cognitivo, pertanto è normale che anche il ricordo di azioni o attività molto recenti venga rimosso. Per ridurre la confusione che si produce nella mente dell'ospite è opportuno **creare una routine, cercando di fissare un orario preciso e sempre uguale per il momento destinato all'igiene e per i momenti delle minzioni programmate.**

Inoltre, gli operatori devono avere il tempo necessario a svolgere tutte le operazioni con calma per creare una atmosfera serena e tranquilla e alcune strategie risultano particolarmente funzionali per questo scopo:

- descrivere alla persona anziana quali azioni si stanno per compiere e per quale ragione;
- attuare strategie distrattive, come una passeggiata, un'attività ludica o un cibo appetitoso;
- aiutare a servirsi del bagno. È possibile che una persona affetta da demenza non sia più in grado di recarsi e servirsi autonomamente del bagno. In questi casi potete esserle di aiuto;
- l'ospite non riesce più a comunicare che ha bisogno della toilette? Prestate attenzione a segni e gesti indicativi, per esempio un comportamento insolito, agitazione o irrequietezza, la tendenza a tirare i vestiti, ecc;
- l'ospite dimentica che ha bisogno della toilette? Date una mano alla sua memoria, suggerendogli di andare in bagno. Questo invito può essere ripetuto in occasioni abituali, come il risveglio al mattino, prima di coricarsi, prima di uscire di casa o dopo i pasti. Oppure a intervalli regolari, per esempio ogni due ore;
- l'ospite può alzarsi o recarsi in bagno da sola? Se non è così, aiutatela e accompagnatela se necessario alla toilette. Rispettate però la sua volontà se desidera essere lasciata sola mentre sbriga le incombenze fisiologiche. Uscite dal locale del bagno dicendole che aspettate fuori dalla porta;
- lasciategli tutto il tempo necessario. L'acqua del rubinetto che scorre aiuta in caso di difficoltà a urinare, mentre se la persona è irrequieta un po' di musica in sottofondo o un oggetto da prendere in mano o da osservare la aiuta a rilassarsi;
- in caso di incontinenza notturna, può essere utile bere di meno un paio d'ore prima di coricarsi. Fate comunque in modo che l'ospite beva una quantità sufficiente di liquidi durante il giorno, circa 1,5 litri. Un insufficiente apporto di liquidi può provocare costipazione e favorire infezioni delle vie urinarie.

Il fattore vergogna

Un altro aspetto da considerare riguardo la possibile ansia provata dalla persona affetta da demenza durante l'igiene personale è quello del pudore. **Il momento del bagno assistito, infatti, rappresenta anche una violazione dell'intimità per l'anziano, che non solo non comprende che cosa sta accadendo intorno a lui, ma si trova collocato in un contesto ignoto e in una condizione di vulnerabilità, nudo in balia di una serie di eventi che fatica a riconoscere e che per lui non hanno più alcun significato.**

Con l'imbarazzo e la sensazione di fragilità e violazione della propria sfera più intima inevitabilmente si acuiscono le difficoltà

a riconoscere il caregiver/operatore e si ha quindi la convinzione di doversi spogliare in presenza di un estraneo. L'uomo parla dell'incontinenza solo con il coniuge e con lo specialista e prova molta vergogna per la malattia; la donna ha maggiori difficoltà nell'affrontare clinicamente il problema ma si confida più facilmente con amiche e conoscenti sia in presenza di una situazione naturale che fisiologica. Per entrambi però gli aspetti socio culturali possono trasformare la patologia fisica in una mancanza psicologica irrazionale che può condurre ad un senso di colpa per la perdita del controllo sfinterico.

Ausili che migliorano la qualità di vita

Se l'incontinenza diventa un problema duraturo e fastidioso, gli **ausili specifici possono rendere più facile la vita**, sia dell'interessato che della persona che lo assiste. Soprattutto di notte quando diventa difficile raggiungere il bagno, **una "comoda" o un pappagallo vicini al letto** possono risolvere il problema. Il materasso può essere protetto da un mollettone impermeabile. **Protezioni assorbenti e riutilizzabili** mantengono asciutte le superfici su cui l'anziano si siede o si corica. Esistono prodotti specifici anche per piumini e cuscini. In caso di lieve incontinenza spesso è sufficiente un assorbente speciale da sistemare sotto la normale biancheria intima. Nei casi di incontinenza urinaria, da moderata a grave, possono tornare utili pannoloni o assorbenti più grandi da indossare con mutandine a rete/elasticizzate.

La scelta di prodotti è vasta e soddisfa le più svariate esigenze: sono disponibili ausili in diverse misure, con differenti modi di applicazione e vari gradi di capacità assorbente, per il giorno o per la notte, per le donne o per gli uomini. Nelle persone affette da demenza, il catetere urinario costituisce solo una soluzione estrema. In genere viene mal accettato e comporta il rischio di lesioni. Va ricordato che gli ausili per l'incontinenza presentano molti vantaggi: infondono sicurezza nell'interessato e agevolano il lavoro di chi l'assiste. Tuttavia, anch'essi non sono sempre accettati senza problemi, perciò all'inizio occorre trattare delicatamente l'argomento, per esempio suggerendo un periodo di prova. Esistono presidi assorbenti costruiti come uno Slip Assorbente, che spesso il paziente riconosce come indumento intimo e quindi non rimuove.

Non esistono a oggi studi comparativi tra efficacia di un pannolone rispetto a un altro, tuttavia quando si deve scegliere l'ausilio assorbente è importante che l'infermiere effettui un assessment puntuale e rigoroso considerando:

- il tipo di incontinenza (da sforzo, urgenza, funzionale, doppia incontinenza, ecc.);
- la gravità (in base alla quantità);
- la frequenza (transitoria, stabilizzata);
- la capacità motoria del soggetto (es. allettamento);
- l'utilizzo di farmaci diuretici;
- lo stile di vita del soggetto.

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, 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** e, nel caso di incontinenza urinaria da sforzo, **praticare esercizi di rinforzo dei muscoli pelvici.** Il pannolone va cambiato non appena ci si accorge o l'ospite avvisa che è sporco e comunque occorre garantire 3 cambi nelle 24 ore e almeno altri 3 controlli con intervento al bisogno, ricordando di favorire il sonno notturno.

È importante ispezionare regolarmente la cute nella zona perineale in tutti i soggetti incontinenti per rilevare segni di dermatite da contatto o infestazioni micotiche conseguente all'incontinenza. La cute va detersa dopo ogni evacuazione intestinale o minzione per evitare il contatto prolungato con le urine e le feci. Possono essere usate creme che agiscono da barriera per mantenere la pelle asciutta. Le lesioni già formate vanno protette dalla contaminazione urinaria con medicazioni

impermeabili all'acqua.

Nel sesso maschile il condom/uridom sono dispositivi di raccolta che costituiscono una valida alternativa al catetere vescicale. 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 questi dispositivi possono essere fissati con mastice oppure con fascette adesive: il metodo prevalentemente raccomandato è il mastice, previa preparazione della pella al fissaggio, con una scrupolosa tricotomia e igiene intima. Inoltre, 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.

Conclusione

La gestione dell'incontinenza nella persona anziana istituzionalizzata interessa sia il soggetto interessato, sia l'intera équipe assistenziale: solo così si possono raggiungere e pianificare stili di vita migliori.

BIBLIOGRAFIA

Fincopp, WFIP (2021), *2° Libro Bianco dell'incontinenza. L'inferno dell'incontinenza*.

ISTAT, 2020.