



Fondazione italiana
continenza

Daniele Grassi
Sandro Sandri

INCONTINENZA URINARIA

Qualità di Vita e ausili



*Quello che ognuno
vorrebbe e dovrebbe sapere*



L'INCONTINENZA URINARIA

Qualità di Vita e ausili

*Quello che ognuno
vorrebbe e dovrebbe sapere*

a cura di:

**Daniele Grassi
Sandro Sandri**

Introduzione

La consapevolezza dei problemi è la chiave che apre la porta alle possibili soluzioni.

L'incontinenza urinaria rappresenta oggi uno degli ultimi tabù in un'epoca che ha pressochè demolito tutti i restanti.

Di perdita involontaria di urina si parla poco e mal volentieri, e questo atteggiamento aumenta la percezione di umiliazione personale e di rassegnazione che spesso ingabbia chi ne è affetto.

Questo opuscolo informativo, sulla qualità della vita, ha lo scopo principale di aiutare chi soffre di incontinenza non risolvibile ad orientarsi nel mondo degli ausili.

Conoscere vuol dire migliorare la qualità di vita propria o delle persone vicine.

L'auspicio è che il lettore realizzi che si tratta non di un tabù da occultare ma di un problema come molti altri, da valutare e trattare con molte frecce che abbiamo oggi al nostro arco.

Siamo grati a Daniele Grassi e Sandro Sandri, che hanno saputo produrre un testo che combina alla facile comprensione e semplice fruibilità la completezza e l'appropriatezza dei contenuti.

Ringraziamo anche Chiara Martina, Caposala dell'Unità Spinale dell'Ospedale "G. Fornaroli" di Magenta, per il suo contributo alla stesura dei testi, e il Comitato Scientifico della Fondazione italiana continenza per la preziosa opera di revisione e validazione dei contenuti.

Questo opuscolo è il quarto, dopo quelli dedicati all'incontinenza femminile, maschile e in età pediatrica, di una serie di opuscoli divulgativi a cura della Fondazione italiana continenza, con lo scopo dichiarato di informare e diffondere consapevolezza sul tema dell'incontinenza urinaria, che può interessare tutti i pazienti senza distinzione di età e di sesso.

Fondazione italiana continenza

Presidente
W. Artibani



Presidente Comitato Scientifico
R. Carone



L'INCONTINENZA URINARIA: COS'È ED IN QUALI FORME SI PUÒ PRESENTARE



L'incontinenza urinaria non è una malattia che altera lo stato di salute dell'individuo, ma è una condizione invalidante in quanto limita le attività sociali e deprime per la perdita di dignità che comporta.

È quindi un problema importante sia per le donne sia per gli uomini che ne sono affetti, ma è confessato solamente da pochi.

Eppure, questo disturbo, se affrontato in modo adeguato, può essere prevenuto, sconfitto o tenuto sotto controllo in modo molto efficace.

Che cos'è l'Incontinenza Urinaria?

L'incontinenza urinaria rappresenta qualsiasi perdita di urine ed è dovuta all'incapacità di controllare e trattenere l'urina.

Può manifestarsi con gravità variabile da perdite minime (poche gocce) fino alla perdita completa del contenuto vescicale.

Fughe d'urina, anche piccole, costituiscono però un problema igienico e una causa di disagio sociale che può compromettere in misura rilevante la qualità della vita.

Le donne sono maggiormente colpite rispetto agli uomini.

Si stima che circa 1 donna su 4 soffra di questo disturbo, e che una percentuale variabile tra il 2 e il 10% della popolazione maschile presenti delle perdite di urina.

Tipi di incontinenza

L'incontinenza può essere classificata sulla base delle modalità con cui si presentano i sintomi:

- incontinenza urinaria da sforzo, è la più frequente e si verifica dopo un colpo di tosse, uno starnuto, uno sforzo, un movimento brusco, ecc.
- incontinenza da urgenza, quando la perdita si verifica dopo la comparsa di uno stimolo imperioso ed improvviso di urinare (vescica iperattiva)
- incontinenza mista, è la situazione che si verifica quando i sintomi dei due precedenti tipi sono contemporaneamente presenti
- incontinenza da rigurgito, in cui la vescica è incapace di svuotarsi in modo sufficiente e rimane troppo piena facendo traboccare l'urina
- incontinenza urinaria di tipo continuo, ovvero la perdita di urina continua, goccia a goccia
- sgocciolamento postminzionale, cioè la perdita di urina a gocce che compare dopo aver finito di urinare
- enuresi notturna, ossia la perdita involontaria di urina durante il riposo notturno, tipica dell'età pediatrica

Quali sono le cause dell'incontinenza?

La vescica è l'organo "a forma di sacca" deputato al contenimento dell'urina. L'uretra è il canale che collega la vescica all'esterno.

Questo canale viene mantenuto chiuso da un meccanismo sfinterico.

L'incontinenza può essere dovuta a un problema di malfunzionamento della vescica, dell'uretra o di entrambe.

La vescica può contrarsi e spingere fuori l'urina quando dovrebbe stare a riposo oppure non lasciarsi dilatare dalla urina che dovrebbe raccogliere.

L'uretra invece può non avere una chiusura sufficiente per garantire la tenuta dell'urina quando aumenta la pressione in vescica, come per esempio alzandosi

in piedi, tossendo, camminando, facendo uno sforzo, accovacciandosi o, nei casi più gravi, anche a riposo. Oppure la chiusura dell'uretra può essere troppo forte, a causa di una ostruzione, tanto da provocare il mancato svuotamento della vescica con conseguente "sovradistensione" (aumento delle dimensioni della vescica sempre piena) e perdita di urina per rigurgito.

Quest'ultima può verificarsi anche per una incapacità di contrarsi della vescica al momento della minzione. L'incontinenza urinaria è più frequente nella donna perché l'anatomia degli organi femminili predispone a problemi dei meccanismi di tenuta. Questi organi vengono spesso messi a dura prova durante il parto naturale. L'incontinenza d'urina è più frequente proprio nelle donne che hanno avuto uno o più figli partoriti per via vaginale. Inoltre, nelle donne in menopausa, vescica ed uretra sono bersaglio di importanti trasformazioni che portano ad un progressivo decadimento delle loro funzioni.

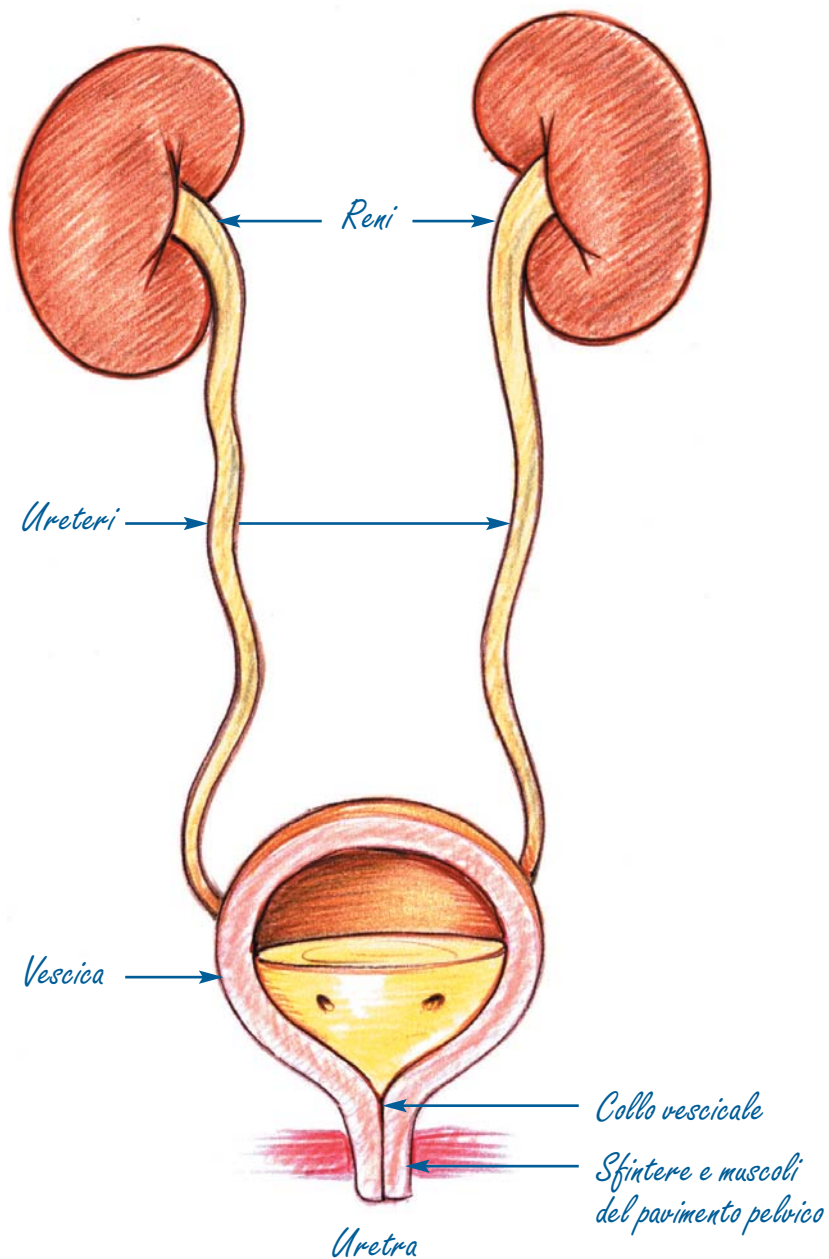
La più frequente forma di incontinenza è quella da sforzo, in genere dipende da una lesione o indebolimento dei muscoli della zona pelvica che circondano l'uretra, come può avvenire in seguito al parto naturale, ad un intervento chirurgico (in particolare nell'uomo) o, molto più semplicemente, all'invecchiamento dei tessuti favorito dalla menopausa o da predisposizioni individuali.

L'incontinenza da urgenza è provocata spesso da contrazioni irrefrenabili e incontrollabili della vescica, la cosiddetta iperattività vescicale.

Si tratta di una condizione che può insorgere senza un motivo preciso, ma che può far seguito a problemi neurologici (tant'è che l'incidenza aumenta con l'avanzare dell'età in entrambi i sessi), o situazioni locali come prolapsi e ostruzioni. L'incontinenza da rigurgito è più rara nelle donne rispetto agli uomini, nei quali l'ingrossamento della prostata può ostacolare lo svuotamento normale della vescica durante la minzione.

In questa situazione, la perdita di urina può avvenire in modo continuo, a goccia a goccia, con minzioni conservate di piccole quantità ed è solitamente presente sia di giorno che di notte, durante il sonno.

Come è fatto l'apparato urinario?



L'INCONTINENZA URINARIA, UNA PATOLOGIA MOLTO DIFFUSA



L'incontinenza urinaria è molto più diffusa di quanto comunemente si pensi. La sottovalutazione del fenomeno deriva dal forte "tabù" che ancora lo circonda, cioè la ritrosia e la vergogna a parlarne sia da parte di chi ne soffre o di chi assiste persone che ne sono affette, ma anche dell'opinione pubblica in generale. Esistono numerosi studi nazionali ed internazionali sulla diffusione del problema, che ovviamente si presenta in modo abbastanza simile ovunque, senza distinzioni geografiche particolari.

La Fondazione italiana continenza ha effettuato e divulgato nel 2005 una ricerca demoscopica sulla popolazione italiana che evidenzia come, complessivamente, l'incontinenza urinaria interessi il 7% della popolazione italiana di età compresa tra i 18 e i 70 anni.

Nella fascia più anziana (55-70 anni) la percentuale raggiunge il 10%.

Il disturbo colpisce prevalentemente le donne (12%) e, in misura minore, gli uomini (2%).

Fra le diverse tipologie di incontinenza urinaria, quella da sforzo si conferma essere la più diffusa; tuttavia, la forma di incontinenza urinaria che rivela le conseguenze più problematiche sia dal punto di vista psicofisico che gestionale è l'incontinenza mista.

Il campione di questa ricerca non comprendeva la fascia più anziana (oltre 70 anni), che è poi quella con prevalenza maggiore.

Solo in Italia, si stima che le persone affette da una qualche forma di incontinenza urinaria siano oltre 4 milioni, di cui quasi 1 milione affette da incontinenza grave.

Stime recenti valutano in 30 milioni il numero di persone incontinenti in Europa.

Il processo di invecchiamento della popolazione nella società moderna rende l'incontinenza una patologia in continuo aumento: si pensi solo che in Europa gli ultra 65enni erano circa 71 milioni nel 2000, si stima saranno 107 milioni nel 2025 e 136 milioni nel 2050.

Uno dei dati più rilevanti, evidenziato dalla Fondazione italiana continenza con la ricerca del 2005, è relativo ai livelli di informazione inerenti la malattia.

Solamente un quarto circa degli Italiani ha infatti ammesso di avere qualche informazione in merito, percentuale che sale di pochissimo (28%) fra le persone che soffrono di incontinenza urinaria.

INCONTINENZA URINARIA E QUALITÀ DELLA VITA



Le persone affette da incontinenza, quando finalmente trovano il coraggio di confrontarsi col medico, raccontano un vissuto di grande disagio, non solo fisico ma anche e soprattutto psicologico e relazionale.

Ecco alcune affermazioni esemplificative del disagio, raccolte da persone affette da incontinenza :

- “Quando mi alzo da letto, non faccio in tempo ad arrivare al bagno: mi scappa e mi bagno tutta!”
- “Dopo poco che sono uscita di casa, sento già il bisogno di urinare. Devo cercare un bagno a tutti i costi. Non sono libera di andare dove voglio!”
- “Se sollevo un peso da terra, mi scappa e mi trovo bagnata!”
- “Devo stare attenta al colore degli abiti che mi metto. Mi è capitato di perderla indossando dei vestiti chiari, e mi sono accorta che si vedeva che mi ero bagnata. Che vergogna!”
- “Avevo cominciato ad andare in palestra, ma ho smesso poco dopo. Facendo gli esercizi di ginnastica, perdevo ancora di più che a casa!”
- “Il mio nipotino vuole sempre che lo prenda in braccio. Quando lo faccio, però, sento che mi bagno. Ho paura che lui se ne accorga, o che si senta l'odore! Che imbarazzo!”
- “Mi lavo tante volte. Tutte le volte che posso. Ma ho sempre paura di puzzare!”
- “Quando mio marito “mi cerca”, io gli dico di no. Mi vergogno troppo!”
- “Devo sempre portare un salvaslip o un assorbente da ciclo, e cambiarli più volte al giorno! Mi sento molto irritata, e mi metto molte creme”
- “Non mi sento a mio agio in mezzo alle persone. Ho sempre paura che gli altri si accorgano del mio problema!”

Il timore di non riuscire a trattenere l'urina e di perderla, il disagio di trovarsi bagnati, la paura che gli altri se ne accorgano, la necessità di indossare una protezione assorbente non sempre adeguata: le persone con incontinenza urinaria possono trovarsi a vivere situazioni come queste e ad affrontare vergogne e timori quotidiani che disturbano la qualità della loro vita.

L'incontinenza urinaria non è una malattia grave, non è cioè in grado di mettere in pericolo la vita, ma sicuramente è capace di colpirne duramente la qualità.

La percezione che ognuno di noi ha della propria "Qualità della Vita" (QdV) è in relazione alla sensazione di "benessere globale", e rappresenta un concetto molto personale, regolato ed influenzato da numerosi aspetti ("domini"). Questi comprendono il benessere fisico e quello psicologico, la percezione personale del proprio stato di salute, la qualità del sonno, il grado di soddisfazione per la propria vita sociale, sessuale, lavorativa.

Pur trattandosi di un concetto molto soggettivo, esso può, tuttavia, essere misurato in maniera oggettiva tramite l'utilizzo di questionari appositamente predisposti per esplorare tale complesso fenomeno multidimensionale.

Com'è noto, la definizione di "Qualità della Vita" (QdV) data dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) suona così:

"La QdV è in relazione ad uno stato di benessere fisico, emozionale, e sociale, e non meramente ad una condizione di assenza di malattia o infermità".

La QdV delle persone che presentano incontinenza urinaria è affidata alla percezione che esse hanno del proprio benessere e al loro sentirsi a proprio agio, pur in presenza del problema.

La loro QdV è affidata al fatto se esse siano in grado, e a che livello, di conservare le proprie abitudini di vita fisica, affettiva, intellettuale, e di mantenere inalterati i propri rapporti personali all'interno della famiglia, dell'ambiente lavorativo e, più in generale, della propria cerchia di affetti e conoscenze.

Esistono studi volti a misurare e confrontare, attraverso Questionari ampiamente validati, la QdV percepita da parte di persone che soffrono di patologie diverse, rispetto alla QdV percepita da individui sani.

In questi studi, l'incontinenza emerge come una patologia ad elevato impatto sulla QdV percepita, similmente a patologie normalmente considerate ben più gravi quali infarto, ictus, artrosi, cancro.

L'essere costretti ad utilizzare e "gestire" gli ausili per la continenza, a programmare e limitare i propri spostamenti in relazione alla disponibilità di servizi igienici, a cambiare le proprie abitudini di vita e di relazione, costituiscono significative limitazioni alla propria autonomia.

Tali limitazioni colpiscono dapprima le attività "non indispensabili", ma molto importanti per la QdV (relazioni sociali, viaggi, sport, vacanze, sessualità), inducendo un atteggiamento di rinuncia ed isolamento.

Possono arrivare a causare anche un danno economico diretto, attraverso un condizionamento, sempre in senso limitativo, delle proprie scelte per il lavoro e la carriera professionale.

Di incontinenza urinaria non si muore, ma lo "stigma" che l'accompagna ha un grande impatto sulla QdV percepita da chi ne soffre.

- "No, no, non sento male, eppure... eppure non mi sento a posto. Non sono a mio agio, non sono più me stessa. Non sto per niente bene".

Questa frase è un modo per dire: "la mia qualità della vita non è buona".

Ti ritrovi in qualcuna di queste situazioni?

L'incontinenza urinaria si può risolvere e non deve essere tabù: parlane con il tuo medico.

POSSIBILITÀ DI PREVENZIONE E CURA DELL'INCONTINENZA



Contrariamente all'opinione comune, l'incontinenza urinaria può essere trattata nella maggioranza dei casi, con l'obiettivo di risolverla o quantomeno di ridurre l'impatto sulla qualità di vita.

La prima e fondamentale difesa contro l'insorgere del problema è innanzitutto la prevenzione, che è a sua volta favorita da un'opportuna **informazione** ed **educazione sanitaria** circa la diffusione, le cause ed i rimedi per questa disfunzione, così diffusa ma di cui così poco si parla, per vergogna o fatalismo. La **prevenzione** dell'incontinenza pone le sue basi sul mantenimento di uno stile di vita e di una dieta sani ed equilibrati, cui affiancare un programma mirato di ginnastica dei muscoli pelvici, in particolare nei soggetti più a rischio (le donne in gravidanza e post-partum, in pre-menopausa o menopausa, con prolasso o debolezza del pavimento pelvico).

Altro elemento vincente per combattere l'incontinenza urinaria è il **consulto immediato con il proprio medico** già alla comparsa dei primi sintomi, anche se molto leggeri o sporadici.

Sottovalutare il problema perché è ancora limitato, o per ritrosia a parlarne, costituisce un rischio importante per la qualità di vita presente e futura.

Presente, perché l'incontinenza è frequentemente causa di disagio ed isolamento sociale, che possono trovare giovamento già nel confronto sereno con figure qualificate a fornire supporto.

Futura, perché rimandare il consulto con il medico significa posticipare la "presa in carico" del problema, proprio nella fase iniziale in cui maggiori sono le possibilità di recupero.

Il medico di famiglia è la prima persona a cui rivolgersi con fiducia, il prima possibile, per avviare insieme il percorso di diagnosi e valutazione delle soluzioni

più opportune. Il medico di famiglia saprà indirizzare alle figure o ai centri specialistici dove approfondire la diagnosi ed attivare i trattamenti del caso, e fornire le prime indicazioni per l'accesso agli ausili eventualmente necessari durante il trattamento.

Gli **ausili** (di cui parleremo dettagliatamente più avanti), infatti, non andrebbero considerati come un'alternativa al trattamento, se non nei casi più gravi e non migliorabili, quanto piuttosto un supporto aggiuntivo e complementare alla cura, volto a facilitare il mantenimento di una buona qualità di vita fintanto che il problema non sia stato risolto.

Tra le possibilità di trattamento dell'incontinenza, non di rado complementari tra loro, rientrano la **rieducazione vescicale**, la **riabilitazione del pavimento pelvico**, il **trattamento farmacologico**, la **stimolazione elettrica**, il **trattamento chirurgico**.

A seconda dei casi, diversi saranno il trattamento o la combinazione di trattamenti più indicati che verranno proposti dal medico specialista attraverso una diagnosi circostanziata e personalizzata, che terrà conto del quadro complessivo della persona affetta da incontinenza.

Se il problema viene affrontato per tempo, nella maggior parte dei casi sono possibili progressi significativi.

GLI AUSILI PER UNA MIGLIORE QUALITÀ DI VITA



“Ausilio” letteralmente vuol dire “aiuto”. Gli ausili, infatti, non hanno l’obiettivo di “curare” l’incontinenza, ma di aiutare a gestire il problema per renderlo il più tollerabile e meno invalidante possibile.

In alcuni casi l’utilizzo degli ausili, come ad esempio il cateterismo ad intermittenza, costituisce la soluzione terapeutica ottimale e definitiva.

Gli obiettivi del trattamento con ausili dell’incontinenza urinaria sono:

- proteggere la pelle dei genitali dall’azione irritante dell’urina e dall’aggressione dell’umidità
- proteggere gli indumenti e biancheria da letto da danni talora irreversibili
- controllare la diffusione di cattivi odori
- migliorare la vita sociale preservando la discrezione e la dignità personali

Prima di consigliare o di approvvigionarsi di un ausilio bisogna tener conto dell’appropriatezza dello stesso per il singolo caso, tenendo conto di diversi aspetti quali:

- il sesso
- l’età
- l’entità e la frequenza delle perdite
- se l’incontinenza è solo diurna, solo notturna o persistente
- le condizioni della cute
- le condizioni generali della persona (stato cognitivo, mobilità, capacità di autogestione, acuità visiva, destrezza manuale) in relazione alla gestione pratica dell’ausilio
- la reperibilità dell’ausilio
- il trattamento dei rifiuti

Gli ausili per l’incontinenza si dividono innanzitutto in ausili contenitivi, ovvero che suppliscono all’incapacità di trattenere l’urina, ed in ausili che rimediano ad una incapacità di svuotamento vescicale (cateteri) che comporterebbe la comparsa di perdite di urina come conseguenza della ritenzione urinaria.

Gli ausili contenitivi comprendono tre gruppi:

- 1) sistemi per la raccolta esterna delle urine
- 2) dispositivi occlusivi
- 3) prodotti assorbenti

Sono disponibili diversi **sistemi per la raccolta delle urine**.

Il “*condom urinario*” è il più usato nell’uomo sia per la praticità, l’economicità e la facile eliminazione.



Si tratta di un dispositivo a forma di preservativo collegato ad una borsa di raccolta delle urine.

Il condom deve essere anallergico, trasparente per controllare meglio lo stato

della cute, sigillante a prova di liquido, facile da indossare e rimuovere, non irritante e disponibile in diverse dimensioni.

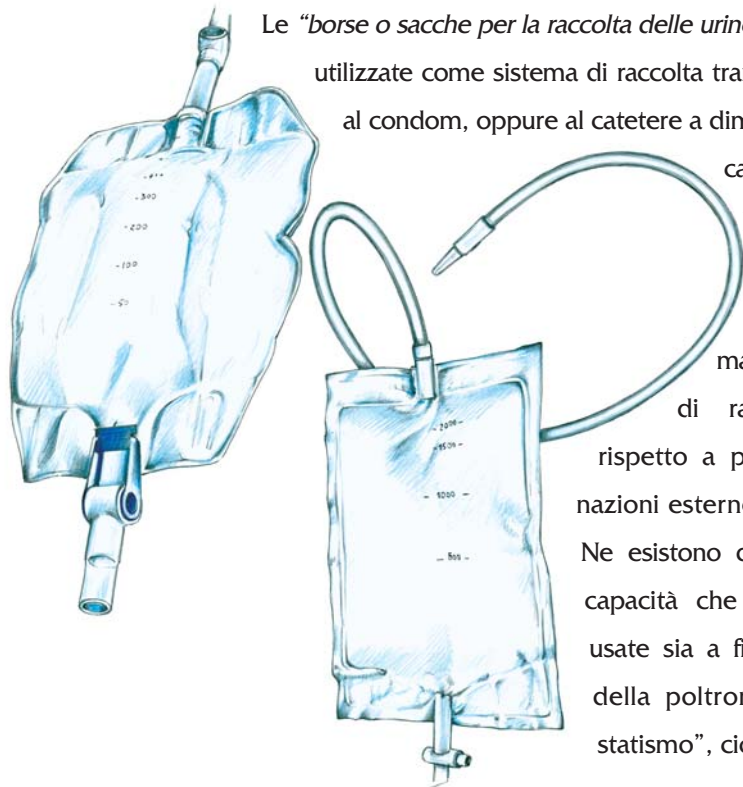
In commercio sono disponibili condom in 3 materiali:

- 1) lattice,
- 2) lattice sintetico,
- 3) silicone.

Il sistema di fissaggio può essere interno attraverso un collante che fa aderire la guaina alla cute (strisce biadesive, condom autocollanti o condom con colla applicata a parte) o esterno attraverso una fascetta aderente.

La sua estremità terminale deve essere costruita in modo da non ripiegarsi su se stessa. Esistono tuttavia complicanze legate all'impiego di questi prodotti, quali la perdita improvvisa di aderenza con conseguente uscita dell'urina soprattutto durante l'addestramento che può comportare l'abbandono dell'ausilio oppure dermatiti da allergia o infezione batterica, ischemia e/o necrosi della cute peniena, erosione uretrale e aumentata incidenza di infezioni urinarie. L'attenzione a non esercitare eccessiva pressione o trazione sul pene è particolarmente importante nei soggetti con alterata sensibilità cutanea.

Un pene piccolo o retrattile o un prepuzio esuberante possono limitarne l'uso. In alcuni casi risulta necessario attuare preventivamente una circoncisione. Oggi esiste un dispositivo (sacca per pene retratto) che consente di essere applicato in questi casi particolari come una placca da urostomia, che richiede una preventiva tricotomia e può rimanere in sede fino a 24 ore.



Le "borse o sacche per la raccolta delle urine" possono essere utilizzate come sistema di raccolta tramite connessione al condom, oppure al catetere a dimora. Nel secondo caso devono essere preferibilmente sterili e devono consentire di mantenere il sistema di raccolta "chiuso" rispetto a possibili contaminazioni esterne.

Ne esistono di diverso tipo e capacità che possono essere usate sia a fianco del letto o della poltrona, sia in "ortostatismo", cioè devono essere

applicate alla gamba o all'addome. Le borse delle urine da gamba possono avere capacità diverse da 300 a 750 ml con tubi di connessione di diversa lunghezza ma in genere estensibili, e diversi sistemi di fissaggio (lacci con bottoni o velcro) alla coscia o alla gamba.

Le borse delle urine da letto sono in genere più capaci (solitamente 2 litri) e possono essere fissate con un apposito supporto.

Per ridurre il rischio di infezioni urinarie, la borsa deve avere un rubinetto sottostante che ne permetta lo svuotamento senza dover sconnettere direttamente il catetere (circuito chiuso).

Per soggetti con catetere fisso che preferiscono non portare borse, esistono dei tappi appositi per catetere ed in particolare tappi con una valvola che quando viene schiacciata con le dita consente il passaggio dell'urina senza dover togliere il tappo e inquinare il sistema.

Quando necessario la borsa delle urine può essere connessa direttamente alla valvola aperta.

I **dispositivi occlusivi** attualmente disponibili sono solo per uso maschile e permettono, in alcuni casi, di evitare l'incontinenza consentendo alla vescica di riempirsi. Sono dunque indicati allorché sia necessario prevenire un deterioramento vescicale da insufficiente riempimento.

I più comunemente usati sono gli "stringipene", che si applicano sul pene per occludere l'uretra. Un tipo è costituito da una molletta regolabile con branche ricoperte da gommapiuma, utile a ridurre il traumatismo.

È lavabile, riutilizzabile, abbastanza efficace, ma tuttavia spesso intollerato. Deve essere stretto il meno possibile per ottenere la continenza al fine di evitare complicazioni come necrosi cutanee, erosioni uretrali o soprattutto ascessi, possibili se lo si indossa per lungo tempo.

Un altro modello è in tessuto e presenta un cuscinetto che preme sull'uretra e viene tenuto in sede da un laccetto in velcro.

È più piccolo e leggero e pertanto meglio tollerato, ma anche meno efficace.

AUSILI ASSORBENTI



I **prodotti assorbenti** danno una risposta semplice, rapida, pratica ed efficiente ai problemi indotti dall'incontinenza e permettono di riacquisire quell'autonomia che è fondamentale per la qualità di vita. Occorre tuttavia evitarne l'abuso, che può essere indotto dalla facilità d'uso, evitandone un uso continuativo sui soggetti per i quali, con opportuni trattamenti e/o con adeguata assistenza, si possa risolvere l'incontinenza. Sono gli ausili più comunemente utilizzati e diffusi, divenuti via via più confortevoli e sicuri grazie alle continue innovazioni apportate dall'industria. Esistono in moltissime tipologie e formati, alcuni più moderni ed innovativi di altri.

Quando sono indicati

Gli ausili assorbenti per incontinenza, spesso chiamati impropriamente "pannolini" o "pannoloni" a seconda delle dimensioni, costituiscono un supporto pratico per la persona incontinente, e per chi eventualmente la assiste, nella "gestione" del problema delle perdite.

Non avendo di per sé particolari controindicazioni, se usati correttamente, sono indicati ogni volta che si sia in presenza di perdite che è necessario assorbire prontamente per rimuovere le urine dalla cute.

In caso di incontinenza grave e non risolvibile in via definitiva, scegliere ed utilizzare correttamente l'ausilio assorbente "giusto" è un fattore determinante nel favorire il recupero della continenza (ad esempio facilitando il "toilet training" nei programmi di riabilitazione) o nel ritardare il più possibile la perdita della continenza e dell'autonomia residue.

La funzione primaria degli ausili assorbenti per incontinenza è quella di **contenere ed assorbire** al proprio

interno le perdite, riducendone quanto più possibile gli spiacevoli effetti indesiderati: l'umidità a

contatto della cute, le fuoriuscite

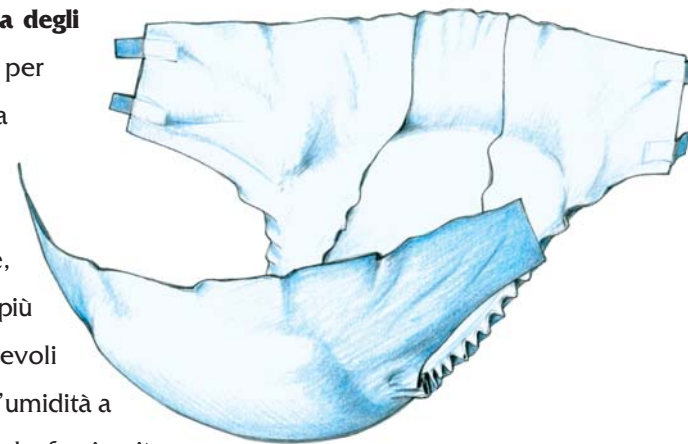
esterne a bagnare gli indumenti, la diffusione di odori sgradevoli. Mentre l'eliminazione delle fuoriuscite e degli odori inopportuni interessa principalmente la dignità, il benessere psicologico e le necessità igieniche della persona, l'**eliminazione dell'umidità cutanea** è molto importante anche per l'integrità stessa della pelle, e dunque per la salute fisica.

Il contatto con le urine ed il prolungato stato di umidità della cute sono, infatti, tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di problemi cutanei quali arrossamenti, macerazione, eruzioni cutanee e, soprattutto in soggetti a ridotta mobilità, lesioni da pressione (decubiti).

Se un ausilio assorbente non è in grado di mantenere la cute asciutta per tutto il tempo del suo utilizzo, probabilmente il prodotto scelto non è adatto per tipologia, oppure è di qualità non sufficiente.

Non solo assorbenza, ma benessere individuale

Oltre a svolgere le funzioni primarie di **contenimento** e di **mantenimento dell'asciutto** appena descritte, che sono evidentemente le più importanti, ogni assorbente dovrebbe al contempo permettere di raggiungere altri obiettivi fondamentali, quali:



- **Facilità di utilizzo:** posizionare, rimuovere, smaltire l'ausilio, da parte della persona incontinente o di chi la assiste, deve essere il più possibile facile e veloce.
- **Confortevolezza:** intesa come comodità generale ed assenza di fastidio per chi indossa l'ausilio.
- **Discrezione:** in particolare per le persone socialmente attive, il fatto che l'ausilio non riveli la sua presenza (ridotta voluminosità, assenza di fruscio e di odori) è di enorme importanza per non influenzare la sfera sociale della persona e la sua autostima.
- **Rispetto dell'ambiente:** gli ausili con un design più moderno e meno ingombrante, e con una durata in uso maggiore, generano nel tempo meno rifiuti da smaltire.

Come scegliere

Numerose sono le marche ed i modelli a disposizione.

In assoluto, comunque, non esiste l'assorbente ideale, o "il migliore".

In funzione della situazione e delle esigenze specifiche di ogni persona incontinente, è possibile ed opportuno identificare la soluzione migliore per quel caso. Essendo gli ausili assorbenti dei dispositivi ad uso personale, al di là di alcune raccomandazioni e criteri di selezione più generali che esporremo di seguito, il criterio migliore di valutazione e scelta è la prova diretta da parte della persona incontinente, se necessario sotto la guida e con il supporto informativo di chi presta assistenza.

La possibilità e la libertà di scegliere in modo informato, caso per caso, è la miglior garanzia per una risposta assistenziale adeguata.

Le tipologie di ausili assorbenti

Esistono vari tipi di ausili assorbenti, che differiscono per forma, design e dimensioni, tecnica di posizionamento e soprattutto destinazione d'uso.

All'interno di una stessa tipologia esistono spesso più taglie fisiche e più livelli di assorbenza.

Presentiamo i diversi tipi di ausilio in ordine crescente di gravità dell'incontinenza alla quale possono dare risposta.

Incontinenza lieve o leggera

Sono disponibili in commercio dispositivi molto simili, per forma e dimensioni, ai normali assorbenti "da ciclo" femminili.

Questi pannolini, detti "*sagomati leggeri*", seguono la forma del corpo e sono dotati di elastici in zona inguinale per aiutare il materassino ad assumere una forma anatomica e più contenitiva.



Differiscono però dagli assorbenti da ciclo, e sono molto più efficienti in termini di assorbenza e asciutto superficiale nella gestione dell'incontinenza.

Esistono in vari formati, dal tipo "salvaslip" (per perdite di poche gocce) a formati simili agli assorbenti da ciclo "notte" (per perdite pari ad una tazza da tè). Si indossano all'interno della biancheria intima, fissandoli allo slip tramite una fascia adesiva.

Sono frequentemente confezionati singolarmente per favorirne il trasporto e lo smaltimento. I sagomati per incontinenza leggera esistono anche in versione specifica per uomo, con sagomatura “a tasca” o “a conchiglia”, che si adatta molto meglio alla conformazione genitale maschile rispetto ai sagomati femminili. È inoltre disponibile per piccole perdite nel maschio il cosiddetto “salvagocce”, piccolo assorbente che avvolge il pene e assorbe piccole fughe di urina.

I **pannolini rettangolari** (detti anche “strisce”) sono prodotti di vecchia concezione, comparsi negli anni '70, che menzioniamo per dovere di completezza. Sono per l'appunto degli assorbenti piatti di forma rettangolare, spessi 1 o 2 cm circa, senza alcuna sagomatura, né adesivi di fissaggio, né elastici.

Con una capacità assorbente sufficiente solo per incontinenza leggera, risultano molto più ingombranti e fastidiosi, e meno sicuri, rispetto ai sagomati descritti precedentemente.

Incontinenza media

Per soggetti con incontinenza non più leggera, che necessitano dunque di maggior sicurezza in uso, ma ancora attivi e dinamici, sono disponibili, in più assorbenze e taglie fisiche, delle “mutandine assorbenti elasticizzate” (o *Pull-ups*) costituite da un materassino assorbente sagomato incorporato all'interno di una mutanda elasticizzata monouso.

Si indossano come normale biancheria intima, e possono essere alzati ed abbassati più volte. Chi lo indossa può continuare ad utilizzare i servizi igienici ma, in caso di episodi di incontinenza, è protetto.



Molto utili anche in occasioni speciali quali riabilitazione o altre situazioni di attività fisica.

Non sono adatti alla gestione di soggetti incontinenti non autonomi, allettati o non deambulanti, in quanto vanno indossati infilandoli dai piedi e comportano la rimozione di ogni altro indumento (pantaloni o pigiama).

Questo tipo di dispositivo si è rivelato molto efficace anche per la gestione di soggetti affetti da demenza senile (ad es. Alzheimer) che molto spesso rifiutano e rimuovono qualsiasi altro tipo di pannolone: la forte somiglianza con la biancheria normale ne facilita l'accettazione nella maggior parte di questi soggetti.

Incontinenza grave

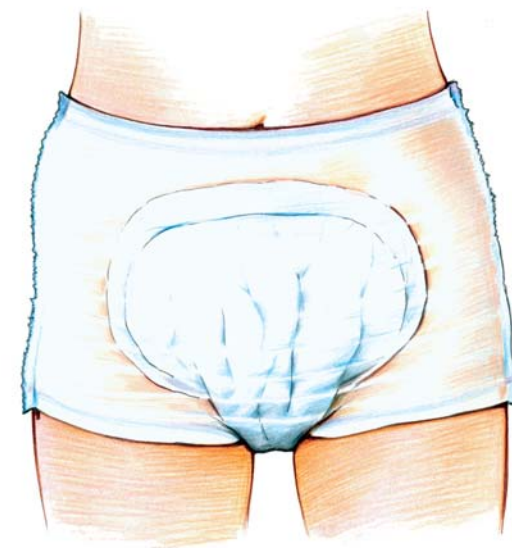
I “Pannoloni sagomati” per incontinenza grave sono simili a quelli per incontinenza leggera, ma hanno dimensioni maggiori.

Coprono infatti non solo la zona pubica ed i genitali, ma anche la zona anale fino al sacro.

Per le maggiori dimensioni, vengono indossati con apposite mutandine a rete elasticizzate, disponibili in più taglie fisiche.

Anche questi pannoloni sono dotati spesso di elastici o barriere aggiuntive e permettono un'ampia flessibilità di gestione grazie alle molteplici combinazioni possibili di assorbenza data dal pannolone e taglia fisica della mutandina.

Quasi tutte le marche offrono infatti più formati (piccolo, medio, grande, grandissimo), destinati a gestire l'incontinenza da moderata a molto grave.

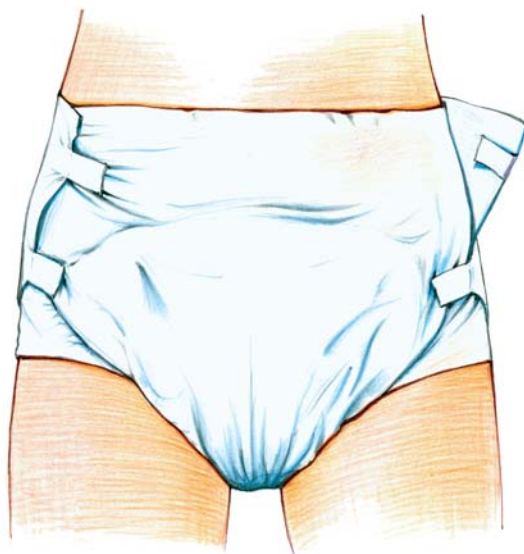


I "Pannoloni a Mutandina" sono il sistema più noto, del tutto simili ai pannolini per bambino classici, ma ovviamente più grandi.

Si fissano al corpo chiudendoli tramite quattro adesivi in zona addominale in modo da formare una sorta di mutandina.

Esistono in più taglie fisiche, solitamente almeno tre, e ciascuna taglia fisica può essere disponibile in più livelli di assorbenza.

Il Pannolone a Mutandina, sebbene migliorato negli anni dalle aziende produttrici, risulta ancora essere il più "invasivo" in quanto copre un'ampia porzione del



corpo, fasciando completamente i glutei ed i fianchi nel rivestimento plastico esterno. Questo comporta la necessità di cambi più frequenti, per ridurre i rischi di problematiche cutanee.

Inoltre, a causa della tecnica di posizionamento non semplice, penalizza di molto l'autonomia del soggetto che molto difficilmente potrà gestire l'ausilio senza assistenza esterna.

La principale situazione in cui il Pannolone a Mutandina classico può risultare necessario è la presenza di incontinenza fecale con feci liquide.

Evidentemente, dopo ogni scarica fecale il prodotto va immediatamente cambiato, in quanto la presenza di feci abbinata all'umidità cutanea rappresenta un gravissimo fattore di danno per la cute.

I "Pannoloni con fissaggio a cintura" (*Belt-pad*) sono il tipo di ausilio assorbente, per incontinenza da moderata a molto grave, di più recente invenzione.

Pensati per ridurre gli svantaggi del Pannolone a Mutandina, anche questi ausili

assumono la forma di una mutanda, ma ciò avviene tramite la chiusura in vita di una cintura integrata al prodotto, a cui poi si fissa in zona addominale l'estremità anteriore del materassino assorbente tramite fascette adesive o velcri.

Il risultato è una mutandina molto più "sgambata" rispetto al Pannolone a Mutandina classico, e dunque meno invasiva a livello cutaneo.



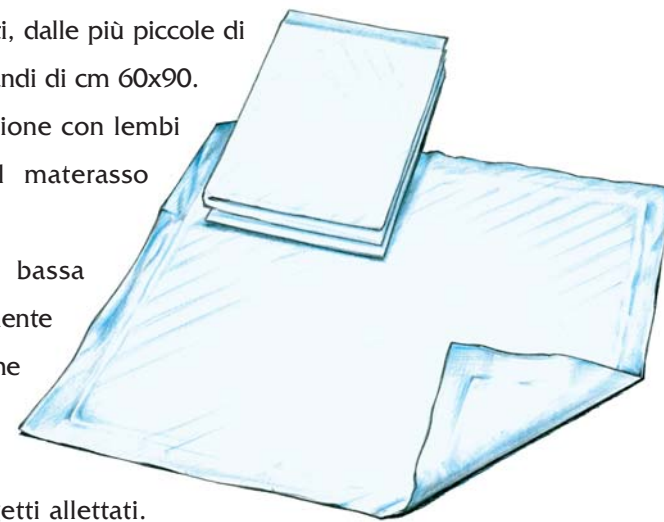
La tecnica di posizionamento risulta molto più semplice e non pregiudica l'autonomia dell'utilizzatore. In caso di gestione di paziente allettato, si riduce il numero di movimentazioni dello stesso, il che risulta in minor tempo e fatica per chi presta assistenza. Esistono in più taglie fisiche, e ciascuna taglia fisica può essere disponibile in più livelli di assorbenza.

Le "Traverse salvaletto" monouso sono ausili assorbenti non indossabili, ma da utilizzare quale protezione del letto, sedie o poltrone.

Esistono in vari formati, dalle più piccole di cm 40x60 fino alle grandi di cm 60x90.

Esiste anche una versione con lembi riboccabili sotto il materasso (cm 80x180).

Sono prodotti di bassa assorbenza e normalmente vengono impiegati come sicurezza aggiuntiva in combinazione all'uso dei pannolini su soggetti allettati.



Linee Guida Generali per la scelta della tipologia

1. Deve essere sempre garantito il miglior livello di **asciutto cutaneo** possibile.
2. Deve essere possibile mantenere uno **stile di vita il più possibile normale**, tutelando la dignità, la discrezione e l'autonomia della persona
3. Nel rispetto delle esigenze del soggetto in termini di assorbenza e contenimento, **preferire i prodotti più piccoli, leggeri e dignitosi** (Sagomati leggeri, Pull-ups)
4. Compatibilmente col tipo di incontinenza, **preferire i sistema aperti** e meno invasivi (**Assorbente con fissaggio a cintura, Pannolone Sagomato**), utilizzando il sistema chiuso (Pannolone a Mutandina) solo qualora strettamente necessario (incontinenza fecale e/o doppia cronica).
5. Optare, ogni volta che è possibile, per soluzioni che **promuovano l'indipendenza** ed eventualmente il recupero del soggetto ad una vita quanto più normale possibile (Sagomati leggeri, Pull-ups).

Iter logico per la scelta della tipologia

Incontinenza urinaria da lieve a leggera	▶	Pannolino sagomato leggero, femminile o maschile
Incontinenza urinaria o doppia (anche fecale), da moderata a grave, in soggetto autonomo ed attivo	▶	Mutanda assorbente elasticizzata (pull-up)
Incontinenza urinaria o doppia (anche fecale), da moderata a gravissima, in soggetto assistito	▶	Pannolone con fissaggio a cintura, oppure pannolone sagomato + mutanda a rete
Incontinenza doppia (anche fecale), o incontinenza solo fecale, con feci liquide ed abbondanti	▶	Pannolone a mutandina

NB: La scelta della taglia fisica corretta è molto importante, per assicurare la giusta aderenza e l'efficacia del presidio. La scelta del livello di assorbenza, tra i vari disponibili per ciascuna tipologia, può essere effettuata tramite la prova diretta delle alternative disponibili, fino ad individuare la combinazione migliore tra sicurezza e discrezione.

I CATETERI



In questo capitolo ci occuperemo di alcuni presidi sanitari, i cateteri, utilizzati come mezzi esclusivi od in associazione ad altre modalità terapeutiche, per il raggiungimento della continenza.

I cateteri hanno assunto, grazie a ormai consolidate caratteristiche di maneggevolezza di facile approntamento e di semplice adattabilità, notevole importanza nella terapia delle disfunzioni vescico-sfinteriche.

L'utilizzo di catetere, che è detto "cateterismo", può essere distinto in:

- Cateterismo a intermittenza
- Cateterismo a permanenza

Cateterismo a intermittenza

Il cateterismo a intermittenza rappresenta la prima opzione terapeutica per lo svuotamento programmato della vescica.

Questo può avvenire con frequenza variabile mediante l'utilizzo di cateteri monouso, che vengono introdotti in vescica attraverso l'uretra e quindi gettati una volta terminata l'evacuazione vescicale.

In presenza di disturbi di svuotamento, attraverso lo svuotamento programmato della vescica, si ripristina il regolare ciclo minzionale, cioè l'alternanza regolare del riempimento/svuotamento vescicale.

La frequenza della manovra è il punto chiave per il raggiungimento degli scopi terapeutici o riabilitativi che sono lo svuotamento vescicale e la continenza urinaria: la frequenza corretta viene identificata sulla base dell'inquadramento clinico, dei risultati dell'esame urodinamico e del diario minzionale compilato dal paziente o da un suo assistente.

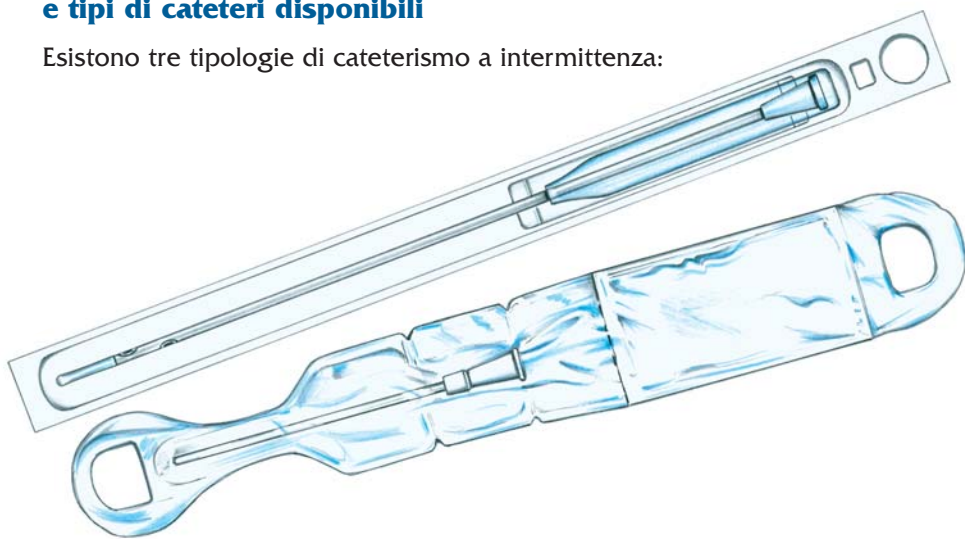
La manovra è eseguibile anche a lunghissimo termine (a volte anche per tutta la vita) senza la comparsa di complicanze significative.

Attraverso l'autosomministrazione (concetto di "autocaterismo a intermittenza") viene garantita alla persona una soddisfacente autonomia sociale, per lo meno per quanto riguarda la sfera urinaria: in rapporto al proprio grado di disabilità il soggetto può, con questa manovra, svuotare la vescica in una comune toilette, o in luoghi opportuni fornendosi di sacche di raccolta di urine, oggi disponibili anche in unico kit con il catetere.

Come accennato, quindi, il cateterismo a intermittenza è indicato primariamente nei disturbi di svuotamento, ma ha di rimando valore anche per ovviare all'incontinenza, qualora questa sia conseguenza dell'incapacità di svuotare la vescica attraverso normali minzioni.

Tipologie di cateterismo a intermittenza, e tipi di cateteri disponibili

Esistono tre tipologie di cateterismo a intermittenza:



"Cateterismo Intermittente Sterile", praticato in ambiente ospedaliero dove maggiore è il rischio di contaminazione batterica, o nel domicilio del paziente

nelle prime fasi del training, attraverso cateteri sterili, con modalità di applicazione sterile.

"Cateterismo Intermittente Pulito", che è la modalità con la quale viene eseguito a lungo termine dal paziente, da un suo familiare o dal personale di assistenza. In questi casi pur utilizzando sempre cateteri sterili, non è necessario l'utilizzo di accessori sterili ma è sufficiente, come vedremo avanti, la semplice pulizia delle mani e dei genitali.

"Cateterismo Intermittente No Touch": grazie a guide incluse nelle confezioni dei cateteri di questo gruppo, si ottiene un cateterismo più igienico poiché non avviene contatto diretto tra il catetere e le mani dell'utilizzatore.

Si ottiene anche maggiore sicurezza grazie alla presa più salda con cui si maneggia il catetere. I diversi ausili disponibili, inoltre possono essere suddivisi in base al tipo di lubrificazione:

"Cateteri non lubrificati": richiedono l'uso di un gel lubrificante esterno e quindi la manipolazione di più oggetti con un maggior rischio di contaminazione batterica.

"Cateteri autolubrificanti con lubrificante a base di gel": il gel lubrificante è già adeso alla superficie del catetere o è incorporato nella confezione in un apposito serbatoio attraverso il quale il catetere passa, autolubrificandosi, al momento della sua introduzione in uretra.

"Cateteri autolubrificanti idrofilo": non richiedono l'uso di alcun materiale lubrificante in quanto il loro strato più superficiale è rivestito da un particolare materiale che, a contatto con l'acqua, assume proprietà lubrificanti.

Esistono anche confezioni nelle quali è già contenuta la soluzione acquosa per l'attivazione della superficie.

Sia i cateteri autolubrificanti con lubrificante a base di gel che i cateteri autolubrificanti idrofilo sono disponibili anche in confezioni sterili integrate con una sacca graduata di raccolta.

Alcune confezioni di cateteri sono inoltre tali da consentire l'effettuazione della tecnica "No Touch" (descritta in precedenza).

La possibilità di avere dispositivi “pronti per l'uso”, cioè con un contenitore di soluzione bagnante integrato nella confezione, rende le operazioni ancora più agevoli.

L'uso dei cateteri autolubrificanti offre maggiori vantaggi, in termini di attrito, e quindi minori traumi sulla mucosa uretrale, rispetto ai cateteri che richiedono l'uso di un lubrificante esterno.

Controindicazioni per il cateterismo a intermittenza

1. Inadeguata destrezza manuale del paziente (per l'autocateterismo)
2. Difficoltà di adattamento psicologico del paziente o delle persone dedicate all'assistenza nel manipolare l'area genitale
3. Indisponibilità assistenziale nei casi in cui non sia praticabile l'autocateterismo
4. Inadeguatezza del presidio nel fronteggiare la patologia vescico-sfinterica (insorgenza o persistenza di infezioni genito-urinarie, ureteroidronefrosi, sepsi, reflusso vescico-ureterale)
5. Difficoltà o impossibilità ad eseguire la manovra del cateterismo per le condizioni anatomiche del canale uretrale (stenosi uretrale, prostata di grandi dimensioni,...)

Le complicanze di maggior rilievo, nell'ambito comunque di una incidenza complessivamente bassa, sono le stenosi dell'uretra nel 8% dei pazienti, la calcolosi vescicale nel 5% dei casi, infezioni genito-urinarie conclamate nel 15% dei casi. A questo riguardo è importante sottolineare che vanno trattate con antibioticotapie mirate solo le infezioni clinicamente conclamate.

Le semplici positività colturali in soggetti che effettuano l'autocateterismo non richiedono l'uso di antibiotici, pena una ingiustificata spesa sanitaria e un incremento di antibioticoresistenza da parte dei batteri patogeni che si osserva a seguito di indiscriminate somministrazioni di questa classe di farmaci.

Precauzioni

Il training è fondamentale, soprattutto nell'adozione dell'autocateterismo. Indispensabile è al riguardo fornire al paziente elementari nozioni di anatomia e fisiologia. L'istruzione alla pratica del cateterismo a intermittenza pulito autosomministrato prevede l'insegnamento di poche e semplici regole.

Per le donne:

1. Lavarsi le mani prima di ogni cateterizzazione
2. Lavare le parti intime (è sufficiente due volte al giorno anche se si pratica il cateterismo con una frequenza superiore)
3. Aprire la confezione del catetere dall'estremità superiore
4. Per le prime introduzioni sarà utile l'impiego di uno specchio per localizzare il meato uretrale esterno: in seguito sarà sufficiente il tatto divaricando le gambe magari con l'ausilio di un cilindro tra le ginocchia
5. Allargare le labbra della vulva con le dita di una mano
6. Introdurre con l'altra il catetere nel meato uretrale esterno fino alla fuoriuscita delle prime gocce di urina
7. Estrarre lentamente il catetere fino a quando non si osservi più la fuoriuscita di urina
8. È buona norma prima di estrarre del tutto il catetere chiuderne il lume comprimendo le pareti del catetere con due dita della mano
9. Gettare il catetere

Per gli uomini, i punti 1, 2, 3 sono analoghi a quanto esposto per il sesso femminile. Per il resto si sottolineano i seguenti punti:

1. Sollevare il pene in direzione della parete addominale allo scopo di facilitare il transito uretrale del catetere
2. Non comprimere centralmente l'uretra
3. Introdurre lentamente il catetere
4. Nel caso si incontrino resistenze all'introduzione, non forzare il transito, ma fermarsi, eventualmente inspirare profondamente e quindi procedere nella manovra

Le norme finali esposte per le donne (punti 6,7,8) sono valide anche per i maschi. Il soggetto dovrà essere istruito sull'ideale posizionamento da assumere sul letto o in bagno, in posizione distesa, seduta o in piedi, sulla preparazione del materiale necessario per effettuare una buona igiene intima, sulla conoscenza del proprio apparato genitale.

Cateterismo a permanenza

Si fa qui riferimento al catetere a permanenza, cioè costantemente inserito in vescica, come presidio "cronico" nel paziente ostruito quando non è possibile la disostruzione chirurgica, nella ritenzione cronica quando non è possibile attuare il cateterismo intermittente, nei pazienti debilitati, paralizzati o in coma in presenza di lesioni cutanee e nell'incontinenza urinaria intrattabile ove la cateterizzazione migliora la qualità di vita (come "ultima spiaggia" quando gli altri approcci non invasivi per l'incontinenza hanno fallito o non sono soddisfacenti). Il catetere deve essere rimosso non appena possibile, in quanto tanto più dura la sua permanenza tanto maggiore è il rischio di infezioni.

In pratica, il catetere a permanenza è indicato quando non sia possibile effettuare cateterismo a intermittenza.

Il maggior rischio associato al cateterismo a permanenza è l'infezione urinaria: esso è responsabile dell'80% delle infezioni urinarie sorte in ospedale.

A lungo termine può inoltre produrre altre complicazioni quali la batteriemia (potenzialmente fatale), uretriti, epididimiti, prostatiti, pielonefriti; danni da decubito come stenosi del meato o uretrali, alterazioni infiammatorie croniche (cistite interstiziale e fibrosi) o neoplastiche della vescica; calcoli vescicali; spasmi vescicali con dolori, incontinenza a lato o espulsione del catetere; incrostazioni del catetere con ostruzioni o difficoltà alla rimozione del catetere stesso; alterazione dell'immagine corporea e inibizione della sessualità.

Raccomandazioni

Solo le persone che conoscono la tecnica corretta dell'inserimento e gestione sterile del catetere (personale ospedaliero, familiari, paziente stesso) possono maneggiarlo.

Il catetere a permanenza deve essere inserito solo se strettamente necessario e per il tempo più breve possibile.

Non deve essere posto per supplire ad una inadeguata assistenza infermieristica. In casi selezionati altre alternative al catetere a dimora possono essere più convenientemente utilizzate, come il condom urinario, il cateterismo intermittente e il catetere sovrapubico.

È indispensabile lavarsi le mani prima e dopo la manipolazione del catetere o dell'apparato di drenaggio delle urine.

Il catetere deve essere inserito con tecnica asettica e con materiale sterile monouso.

Devono essere utilizzati guanti, telini, tamponcini, lubrificante e disinfettante non alcolico in set monouso.

Deve essere utilizzato un lubrificante appropriato e monodose nell'atto della cateterizzazione per minimizzare il traumatismo uretrale.

La dimensione del catetere deve essere la più piccola possibile, il palloncino deve essere gonfiato con 10 ml di acqua sterile (nei bambini 3-5 ml).

La scelta del materiale di costruzione del catetere va fatta tenendo conto della durata del cateterismo oltre che della sensibilità dell'ospite, preferendo se possibile i cateteri in silicone 100% (meglio se con scanalature longitudinali) ed evitando l'utilizzo di cateteri contenenti lattice che potrebbero causare reazioni allergiche. Il catetere va ancorato rivolto verso l'addome nel maschio e alla coscia nella femmina per prevenire movimenti e trazioni.

Il catetere deve essere connesso ad un sistema di drenaggio sterile (borsa urine) che va mantenuto chiuso.

L'adozione del sistema di drenaggio urinario sterile a circuito chiuso è fondamentale per la prevenzione dell'infezione.

Il tubo del drenaggio di raccolta va disconnesso dal catetere solo in caso di lavaggio del catetere.

Se si verifica una disconnessione accidentale oppure una perdita del sistema di drenaggio, il catetere va sostituito con tecnica asettica e previa disinfezione del padiglione del catetere stesso.

Il flusso dell'urina all'interno del sistema deve essere mantenuto libero, salvo ostruzioni temporanee per la raccolta di campioni di urina.

Per mantenere un flusso libero è necessario che:

- 1) il catetere ed il tubo di connessione alla borsa di raccolta non facciano pieghe o inginocchiamenti o siano schiacciati,
- 2) il rubinetto della borsa di raccolta non stia appoggiato sul pavimento, la borsa di raccolta sia svuotata regolarmente utilizzando un contenitore separato per ciascun paziente (evitare tappi e borse urine non sterili)
- 3) il catetere ostruito o malfunzionante va lavato e se necessario sostituito
- 4) la borsa di raccolta deve essere sempre mantenuta ad un livello più basso della vescica, per assicurare un buon drenaggio ed evitare reflussi.

I lavaggi vanno eseguiti solo se necessario, in modo asettico, con materiale monouso.

I cateteri a permanenza non devono essere rimossi ad intervalli prefissati.

La loro sostituzione dipende dal materiale di cui sono costituiti e dalle necessità cliniche: quando il paziente è a rischio di frequenti incrostazioni si dovrebbero accertare i relativi tempi di insorgenza e provvedere alla sostituzione del catetere prima del loro verificarsi.

L'ACCESSO ALLE CURE E AGLI AUSILI



Le procedure diagnostiche e terapeutiche dell'incontinenza urinaria possono essere richieste da tutti coloro che ne hanno necessità, senza limitazione di categoria o riconoscimento.

Per avere diritto alle prestazioni è necessario presentare la richiesta alla propria ASL di residenza con un certificato, rilasciato dal medico specialista, con la diagnosi, l'esame o la terapia richiesta.

Le attività diagnostiche e terapeutiche possono essere svolte in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di breve ricovero ospedaliero in base alle indicazioni prescritte.

La gestione ambulatoriale è generalmente quella più diffusa; l'iter consigliato all'utente è quello di presentarsi, munito di impegnativa medica, all'Ufficio Prenotazioni del Presidio Ospedaliero o direttamente presso l'ambulatorio del Centro, per fissare la data di presa in carico.

La terapia chirurgica ovviamente richiede un ricovero in struttura ospedaliera.

Accesso agli ausili per la gestione dell'incontinenza

Il Decreto Ministeriale n. 332 del 27/08/99, noto come Nomenclatore Tariffario, costituisce la normativa nazionale di riferimento per quanto riguarda la fornitura degli ausili.

Il Nomenclatore indica chi sono gli aventi diritto alle prestazioni di assistenza protesica e contiene, tra l'altro, l'elenco dei dispositivi erogabili agli assistiti.

Le Regioni hanno però facoltà di ampliare le possibilità previste dalla normativa nazionale, ed alcune di esse l'hanno effettivamente fatto.

È dunque consigliabile che ogni cittadino si rivolga alla propria ASL per conoscere le norme locali di accesso all'erogazione degli ausili.

In generale, comunque, la prescrizione deve essere effettuata dal Medico specialista della ASL o di un presidio sanitario pubblico, utilizzando l'apposito modulo rilasciato dalla ASL stessa.

La prescrizione deve comprendere:

- Generalità del paziente
- Diagnosi
- Descrizione dell'ausilio e relativo codice di riferimento del Nomenclatore
- Programma terapeutico

Non è più necessario il riconoscimento di invalidità civile per aver diritto all'erogazione degli ausili da parte del SSN come avveniva in passato.

Fasi di erogazione dell'ausilio

Il percorso di erogazione dell'ausilio viene distinto in quattro fasi:

1. prescrizione: a cura del Medico specialista
2. autorizzazione: ASL di residenza
3. fornitura: distribuzione (ASL, Farmacie, Ospedale o Sanitarie)
4. controllo: Medico specialista

Il paziente in possesso della prescrizione e del programma terapeutico, deve richiedere alla propria ASL l'autorizzazione alla fornitura del dispositivo richiesto.

L'ASL deve verificare se la domanda è compilata correttamente e se vi è corrispondenza tra la prescrizione medica e i dispositivi codificati nel Nomenclatore. Il ritiro dei prodotti prescritti può avvenire direttamente nella struttura della propria ASL se la distribuzione è "diretta" o presso le strutture autorizzate, farmacie o sanitarie, se la distribuzione è "indiretta".

In base alle direttive regionali, il ritiro degli ausili generalmente avviene trimestralmente presso i punti di distribuzione, mentre annualmente viene richiesto il rinnovo della prescrizione a cura del medico specialista.

È talvolta prevista, soprattutto per gli ausili assorbenti, anche la distribuzione diretta al domicilio degli assistiti, per conto della ASL, da parte dell'Azienda produttrice aggiudicataria di un appalto di fornitura.

Particolari prescrizioni "extra-tariffario"

Una delle principali criticità del Nomenclatore Tariffario è rappresentata dalla rigidità per quanto concerne i casi particolari.

Per alcuni tipi di patologie infatti si può rendere necessaria l'erogazione di una quantità maggiore di ausili rispetto a quella indicata nei quantitativi normativi previsti. A questo proposito alcune Regioni e alcune ASL hanno deliberato delle linee guida per l'extra-tariffario per garantire ugualmente la fornitura di ausili in quantità maggiore.

Un'altra seria problematica deriva dal fatto che il Nomenclatore Tariffario prevede e definisce alcuni tipi di ausili, basandosi su quanto era disponibile oltre dieci anni fa, ma ne esclude molti altri oggi disponibili in commercio, più innovativi e spesso meglio rispondenti alle esigenze dei pazienti.

Fortunatamente, l'Art 1 comma 5 prevede la possibilità di "riconducibilità", ovvero l'accesso ad ausili non specificatamente descritti dal Nomenclatore, ma ritenuti "riconducibili" allo stesso e migliorativi per il paziente.

Questo giudizio di riconducibilità deve essere espresso dal Medico specialista, e l'erogazione dell'ausilio "riconducibile" deve essere poi approvata dalla ASL. In teoria, grazie alla riconducibilità il Nomenclatore, di per sé rigido, diviene flessibile ed aperto agli ausili innovativi, purché ritenuti necessari dal Medico prescrittore e approvati dalla ASL.

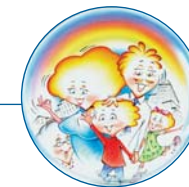
Ciò che rende molto difficile l'accesso a questi ausili è l'iter burocratico che l'avente diritto ed il medico sono spesso costretti ad intraprendere.

Alcune Regioni Italiane hanno però integrato la normativa nazionale, introducendo nuove tipologie di ausili tra quelli rimborsabili, così favorendo in modo lungimirante la "libertà di scelta" dei pazienti, che sono poi i soggetti meglio indicati alla valutazione e scelta dell'ausilio più adatto, dopo aver ricevuto necessario supporto informativo.

Ancora una volta, la raccomandazione è di informarsi preventivamente presso la propria ASL circa le normative vigenti a livello locale, che possono essere migliorative, e mai più restrittive rispetto a quelle nazionali.

Mentre questo opuscolo è in fase di ultimazione (estate 2008), sono in discussione alcune proposte di modifica della normativa nazionale.

IL COSTO SOCIALE DELL'INCONTINENZA



L'incontinenza urinaria, come ogni patologia ad ampia diffusione, comporta dei costi significativi per la società.

Calcolare questi ultimi in modo preciso è un esercizio impossibile, ma è possibile stimarne l'ordine di grandezza attraverso i principi di analisi dell'economia sanitaria, ad esempio l'approccio del "cost of illness", ovvero una metodica di analisi economica nata per confrontare i costi e i benefici delle possibili alternative nelle politiche sanitarie pubbliche, per aiutare a definire le priorità di intervento.

Riflettendo sugli elementi che compongono il costo sociale dell'incontinenza, si possono identificare i **costi diretti** ed **indiretti**.

I primi, sono quelli correlati alla diagnosi e trattamento della patologia: i costi per la fase diagnostica, i farmaci, la riabilitazione e le terapie ambulatoriali od ospedaliere, la chirurgia, gli ausili.

Alcuni studi hanno provato a quantificare questi costi, identificando sia in Europa (uno studio del 2005) che in USA (uno studio del 2004) un costo approssimativo medio di circa, rispettivamente, 528€ e 480€ per paziente/anno.

Tra i **costi indiretti**, di ancor più difficile identificazione e stima, si possono collocare i **costi consequenziali**, cioè quelli delle patologie che si sviluppano quale conseguenza dell'incontinenza, ad esempio le lesioni cutanee, le infezioni delle basse vie urinarie, le fratture da caduta (l'incontinenza per vescica iperattiva, che costringe persone già fragili a "corse" verso il bagno, di giorno come di notte, è una delle cause più frequenti di fratture al femore o al bacino a seguito di cadute).

Un altro elemento di costo indiretto è la perdita di produttività, intesa come la perdita di capacità lavorativa dei soggetti incontinenti a cui si aggiunge la capacità lavorativa investita per prestare loro assistenza.

Tra i due studi sopra citati, solo quello statunitense ha stimato in modo significativo i costi indiretti, identificando un valore indicativo medio di altri 337€, per un totale (costi diretti ed indiretti) stimato in 820€.

Occorre tener presente che i valori identificati dai due studi si riferivano, rispettivamente, all'anno 2000 (Europa) e al 1995 (USA), ed andrebbero rivalutati.

Inoltre, nessuno studio ha finora provato a valorizzare il valore-costo della sofferenza e del disagio sociale, che come detto nel capitolo precedente relativo all'impatto sulla Qualità di Vita, è di grande rilevanza e manca completamente dai valori sopra riportati, che verosimilmente rappresentano una stima per difetto dei costi reali.

Da ultimo, è evidente come le cifre sopra esposte siano delle stime, per quanto frutto di studi statisticamente solidi e metodologicamente rigorosi.

Fatte tutte queste considerazioni precauzionali, se proviamo a proiettare i valori identificati dallo studio Europeo sui dati di prevalenza dell'incontinenza urinaria in Europa nel 2000 (30 milioni di soggetti stimati), il costo sociale della patologia in Europa era stimabile nel 2000 in circa 16 miliardi di Euro l'anno (solo costi diretti).

Se proiettiamo invece i dati dello studio statunitense, comprensivo della stima almeno dei costi consequenziali (ma non del costo della ridotta Qualità di Vita) sui dati di prevalenza (17 milioni di persone) dell'incontinenza negli Stati Uniti nel 2000, si ottiene una stima di 14 miliardi di Euro.

È interessante confrontare questo importo con la stima del 1995 dei costi sociali annui negli USA, in miliardi di Euro, di altre patologie: 6,4 per il cancro al seno, 7,7 per i disturbi alimentari, 11,3 per l'influenza, 12,6 per l'artrite, 18,2 per l'ictus, 19,3 per il fumo.

Applicando il costo-stima europeo alla popolazione incontinente italiana (4 milioni di persone), si ottiene una stima di oltre 2 miliardi di Euro l'anno.

Stime di questo tipo collocano senza dubbio l'incontinenza urinaria tra le patologie sociali più gravi, e maggiormente degne di attenzione.

La consapevolezza che tali costi possono essere significativamente contenuti attraverso la prevenzione, il trattamento basato sulla multidisciplinarietà ed una adeguata qualità della risposta assistenziale, porta ad attribuire un'elevata priorità alle politiche sanitarie di intervento per questa patologia.

*Questo libretto non può esaurire
tutti gli aspetti
dell'Incontinenza Urinaria,
della Qualità della Vita e degli ausili.*

Per ulteriori informazioni contatta:



Fondazione italiana continenza

La Fondazione italiana continenza nasce nel 2000 dalla volontà di alcuni fra i massimi esperti in Italia in materia di incontinenza, che già da tempo avevano identificato il bisogno di lavorare per l'affermazione della rilevanza socio-sanitaria di una patologia sempre più diffusa.

La Fondazione italiana continenza si propone di combattere i pregiudizi che circondano l'incontinenza per contribuire al superamento del disagio nei confronti di una patologia che, per i pazienti e per i loro familiari, comporta un serio impatto psicologico, spesso aggravato dalla mancanza di informazioni puntali e approfondite.

La Fondazione italiana continenza raggruppa al suo interno rappresentanti di tutte le parti che compongono l'universo incontinenza: medici, associazioni dei pazienti, infermieri, fisioterapisti, aziende, enti ed organizzazioni, tutti con il comune obiettivo di far sì che i temi chiave di "consapevolezza" ed "educazione" in materia di incontinenza abbiano lo spazio di cui necessitano all'interno del sistema Italia.

Missione

La Fondazione italiana continenza è un ente senza fini di lucro che si propone di essere il principale referente in materia di incontinenza per tutti i pubblici interessati.

Inoltre, la Fondazione italiana continenza lavora per migliorare l'educazione sanitaria dei cittadini, contribuire alla preparazione degli operatori sanitari e sostenere il principio della qualità dei servizi delle strutture sanitarie in termini di prevenzione, riabilitazione e cura.

Oltre a promuovere la ricerca, l'istituzione di figure professionali specifiche e la sperimentazione scientifica, la Fondazione italiana continenza vuole svolgere un ruolo attivo in qualità di interlocutore del Ministero della Salute, delle Regioni e delle altre istituzioni governative e sanitarie, per tutti i temi relativi all'incontinenza.

Obiettivi

- Sensibilizzare sulle tematiche dell'incontinenza;
- identificare i bisogni dei pazienti e le possibili soluzioni;
- aiutare i pazienti a migliorare la qualità di vita e a superare il tabù;
- migliorare l'educazione sanitaria dei cittadini;
- contribuire alla preparazione degli operatori sanitari e all'istituzione di figure professionali specifiche;
- sostenere il principio della qualità dei servizi delle strutture sanitarie in termini di prevenzione, riabilitazione e cura;
- promuovere la ricerca;
- svolgere un ruolo attivo in qualità di interlocutore del Ministero della Salute, delle Regioni e della altre istituzioni governative, per tutti i temi relativi all'incontinenza.

Pubblici di riferimento

La Fondazione italiana continenza si rivolge e riunisce tutti i soggetti coinvolti nella prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza:

- Ministero della Salute, Regioni e altre istituzioni governative e sanitarie;
- pazienti e loro associazioni;
- comunità medica (medici di medicina generale, specialisti, infermieri, fisioterapisti, farmacisti, farmacoeconomisti);
- associazioni scientifiche;
- aziende del settore (produttori di farmaci, presidi chirurgici e dispositivi medici).

Networking

La Fondazione italiana continenza aderisce al **Continence Promotion Committee** dell'**International Continence Society** (<http://www.continenceworldwide.com>), organismo internazionale che riunisce circa trenta organizzazioni con il comune obiettivo di promuovere la conoscenza e le risposte socio/sanitarie in tema di incontinenza.

Fondazione italiana continenza Corso Sempione, 44 - 20154 Milano
E-mail: info@contenuti-web.com • Web site: www.contenuti-web.com

a cura di:

Dottor Daniele Grassi

Centro di Urologia femminile funzionale
e Chirurgia ricostruttiva pelvica
Hesperia Hospital - Modena

Dottor Sandro Sandri

Unità Operativa di Urologia e Unità Spinale
Ospedale G. Fornaroli - Magenta (Mi)



Pubblicato da: GPAnet s.r.l.
Corso Sempione, 44 - 20154 Milano

Stampato da: MAGICGRAPH
Via Galvani, 2bis - 21052 Busto Arsizio (Va)

Finito di stampare nel mese di Luglio 2008

I dati, le informazioni e le immagini, di cui al presente documento, possono essere trascritte da terzi, alla condizione che ne venga espressamente citata la fonte e data comunicazione scritta all'Editore.