

Approccio all'anziano incontinente: il progetto

Arianna Meriggi, Infermiera u.o. Tutela e Salute degli Anziani , Distretto n.1, A.S.S. n.,1 Triestina

L'incontinenza urinaria è la fuoriuscita d'urina in luoghi e tempi non socialmente convenzionali, cioè il mancato controllo dello sfintere uretrale che, quindi, non consente al soggetto di raggiungere i servizi igienici per espletare le proprie funzioni corporali.

Nelle donne in età compresa tra i 15 ed i 64 anni, la presenza di incontinenza è nell'8,5%, mentre negli uomini è presente, nello stesso arco di età, nell'1,6%. Diventa un problema sociale e psichico, igienico ed economico alterando i rapporti familiari e sociali dell'individuo.

Si verifica per questi soggetti una riduzione delle interazioni sociali con progressivo isolamento all'interno del gruppo di appartenenza. Chi soffre di IU tende progressivamente a evitare tutte le situazioni "collettive" che potrebbero rendergli difficile o addirittura impedirgli di obbedire agli ordini imperiosi di una vescica che ignora la virtù della pazienza. Sempre di pertinenza sociale è la modificazione degli spostamenti abituali: tipicamente, la persona affetta da IU pianifica i propri movimenti in base alla localizzazione e disponibilità delle toilette, rinunciando (anche con grave sacrificio) a trasferte che comporterebbero periodi più o meno lunghi – ma comunque imprecisati – "senza rete". Tutto questo comporta spesso l'abbandono di alcuni hobby, specie quando tali occupazioni richiedono la prolungata permanenza fuori casa e/o lo stretto contatto con altre persone. Ed è noto come la rinuncia forzata a un hobby può nuocere a chi è psicologicamente più fragile, come il pensionato che non ha più lavoro né figli, sposati e trasferiti altrove.

Il piano psicologico è forse quello più sensibile agli effetti dell'incontinenza urinaria. Basti pensare alla frequente diagnosi concomitante di IU e alla depressione, quanto meno nella sua forma più benigna o reattiva. In ogni caso, anche se questi spunti depressivi tendono a regredire una volta risolta la patologia che li ha causati (come avviene, per esempio, in seguito alla "elaborazione" di un lutto), si tratta comunque di sintomi che peggiorano gravemente il vissuto soggettivo e necessitano spesso di un'apposita terapia. Ancora più frequente è la perdita dell'autostima: è il caso tutt'altro che raro di coloro che sono ancora in buona efficienza psicofisica, malgrado l'età relativamente avanzata, ma che si vedono costretti a rinunciare ad attività gratificanti per l'insorgere o l'aggravarsi di un disturbo che si crede (erroneamente!) incontrollabile. Ai due punti precedenti fanno spesso seguito apatia, senso di colpa e negazione, che nel loro insieme tendono a cronicizzare il problema anziché favorirne la risoluzione. Sempre in ambito psicologico, la sensazione di mancato controllo della funzionalità vescicale, per altro in parte corrispondente al vero, viene spesso enfatizzata fino a tradursi in sensazione di essere di peso e di emettere odore di urina. Di solito entrambi questi "feeling" sono invece ben lontani dalla realtà, in quanto chi soffre di incontinenza urinaria si vergogna tipicamente dei propri sintomi (pertanto impedisce a chiunque altro di occuparsene) e pratica di solito un'igiene personale di livello quasi maniacale (cambiando la biancheria intima e l'eventuale pannolone più e più volte al giorno).

Dopo i 65 anni si arriva: nelle donne all'11,6% mentre negli uomini aumenta al 6,9%. Oltre gli 85 anni le donne che soffrono di I.U. sono il 16,2% mentre gli uomini arrivano al 15,4%.

L'incontinenza spesso negli anziani insorge a seguito di una malattia e dell'allettamento prolungato. In questi casi, la mancata attività fisica, il cambiamento di ritmi e azioni della vita quotidiana, deprimono l'anziano che perde progressivamente anche il controllo dello stimolo. La soluzione più comoda per chi gli sta vicino è il ricorso all'uso del pannolone. Questa scelta spesso è una via senza ritorno. La persona passa da un'incontinenza saltuaria, dovuta allo stress della malattia, ad un'incontinenza cronica e ad uno stato generale di regressione e rassegnazione che incoraggia il suo isolamento. L'incontinenza frequentemente si associa ad un significativo aumento della prevalenza di infezioni delle vie urinarie e a lesioni della cute.

Le negative ripercussioni sulla qualità di vita delle persone e gli elevati costi sociali del fenomeno richiedono interventi di formazione del personale d'assistenza, educazione sanitaria della popolazione, terapia comportamentale, finalizzati al recupero dello stimolo minzionale.

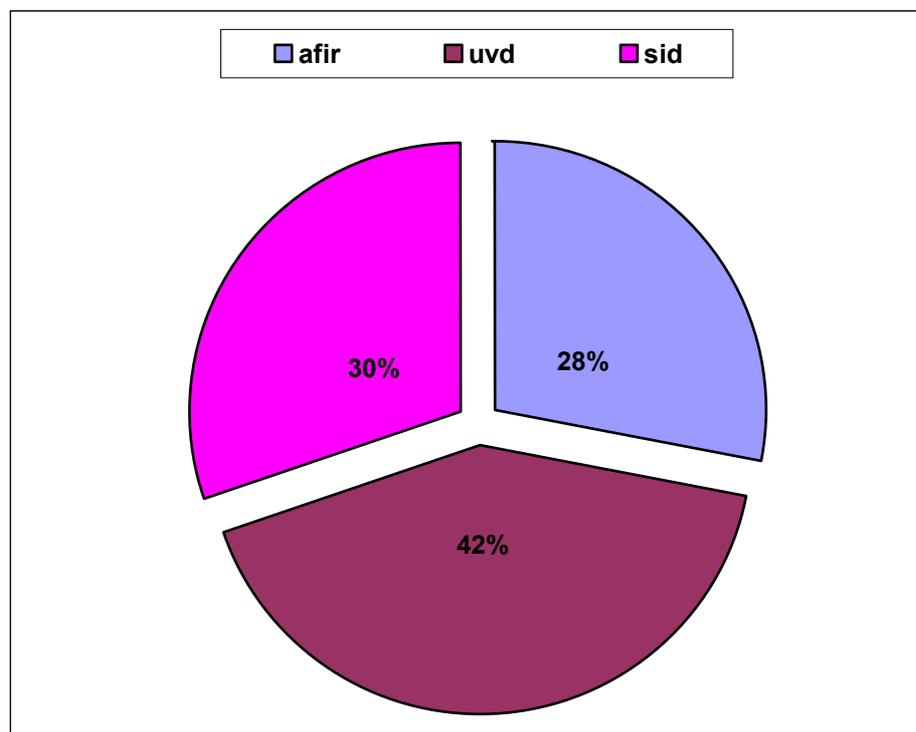
Il S.S.N. Italiano, spende oltre 600 miliardi di lire per pannoloni, senza considerare i costi del personale sanitario.

La provincia di Trieste, su una popolazione di circa 245.000 abitanti di cui 15.000 over85enni, conta circa 6.500 soggetti affetti da incontinenza urinaria prevalentemente grandi anziani. Ogni anno le nuove autorizzazioni AFIR per l'erogazione gratuita di presidi di assorbimento sono circa 700.

Dalla rilevazione di questi dati, si è avvertita la necessità di formare il personale sanitario sull'argomento incontinenza urinaria. Dopo la formazione, si è ravvisata la necessità di mettere in pratica le nozioni acquisite, dando origine, a fine luglio 2002, al "Progetto incontinenza urinaria", finalizzato a studiare le azioni più idonee a ridurre l'incidenza dell'incontinenza urinaria attraverso la terapia comportamentale negli over65enni inseriti nei programmi di assistenza domiciliare.

Si è realizzato un corso di formazione per infermieri che ha consentito di approfondire l'argomento, identificare e gestire le forme reversibili d'incontinenza, acquisire capacità di counsellor per l'addestramento dei soggetti. Ogni Distretto ha individuato tra i partecipanti al corso un "referente di progetto" con la funzione di trait d'union tra le unità operative del Distretto e il Servizio infermieristico aziendale.

E' quindi nato un gruppo di persone che tramite diversi incontri ha identificato le "porte" di accesso delle persone affette da incontinenza urinaria ai distretti sanitari.



Le unità di analisi sono state selezionate tra i soggetti incontinenti presi in carico dal Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) che presentavano per la prima volta richiesta di autorizzazione per la fornitura di presidi di assorbimento, incontinenti segnalati attraverso il progetto di "continuità assistenziale" o dai medici di medicina generale, incontinenti valutati dalle Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) per il ricovero in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Il gruppo di referenti, sulla base dell'evidenza scientifica, ha individuato i seguenti criteri di esclusione dal progetto:

- *incontinenza urinaria > a 3 mesi*
- *patologia (malati terminali, danno neurologico, grave prolasso pelvico)*
- *presenza di grave deficit cognitivo*
- *rifiuto dell'assistito*

Si è identificato il limite temporale di incontinenza urinaria da insorgenza precedente ai tre mesi, in quanto dopo tale periodo di tempo le persone anziane tendono a non essere più in grado di riprendere il controllo dello sfintere.

Per quanto riguarda l'esclusione per patologia, si è deciso di non agire sui malati terminali in modo da non porre agli stessi ed alle loro famiglie un problema che la nostra società non è abituata affrontare, in quanto ci è sembrato che avessero già diverse problematiche con cui confrontarsi. Riguardo alle persone con danno neurologico e/o grave prolasso pelvico si è deciso di far intervenire i medici specialisti, poiché le patologie non sono facilmente risolvibili a domicilio senza avere effettuato tutte le indagini necessarie.

Le persone con grave deficit cognitivo sono state escluse dal progetto in quanto spesso perdono il controllo della minzione, ma non è affatto possibile agire su chi non è in grado di collaborare.

Ci sono stati alcuni casi di persone che noi avevamo ritenuto idonee a rientrare nel progetto, ma che hanno deciso di voler convivere con la propria incontinenza, anziché affrontare il problema assieme a noi e cercare di risolverlo.

I soggetti ritenuti idonei sono stati accolti dal Servizio infermieristico domiciliare in regime di assistenza continuata per un tempo di osservazione di otto settimane. Gli infermieri hanno garantito un piano di recupero dello stimolo minzionale per ogni assistito.

Tecniche comportamentali

L' infermiere entra a casa della persona, ed a questo punto incontra una realtà singolare: ogni individuo, ed ogni famiglia, vivono l'incontinenza urinaria in modo differente ed accettano l'intromissione di un estraneo in modo diverso. Uno dei fattori più importanti per la buona riuscita dell'azione dell'infermiere è la determinazione, nonché la capacità di comprendere quali siano i piccoli cambiamenti che si possono suggerire e che verranno accettati senza che siano considerati una violenza.

La prima domanda che ci si deve porre è se ci si trova di fronte ad una reale incontinenza urinaria oppure se il presidio ad assorbenza viene utilizzato "per comodità" oppure "per sicurezza". In questo caso è molto utile l'aiuto del Medico di Medicina Generale, che ci può illustrare le patologie che possono indurre ad una falsa incontinenza urinaria, come ad esempio una ridotta mobilità o l'assunzione di diuretici la sera.

Ma entrando a casa della persona, l'infermiere si può rendere conto che è molta la distanza tra la poltrona od il letto ed il servizio igienico, oppure che ci sono mobili o tappeti che rendono difficoltoso il tragitto, oppure che l'illuminazione è insufficiente, o che la temperatura soprattutto in inverno è molto differente fra una stanza e l'altra, oppure ancora che per raggiungere il gabinetto la persona è costretta a fare una o più rampe di scale.

L'infermiere può anche osservare che la persona indossa un abbigliamento che può rendere difficoltoso svestirsi: ad esempio guaine molto strette, oppure mutandoni di lana con calze collant e pantaloni. Non bisogna dimenticare di osservare le calzature: una pantofola che si indossa poco agilmente può occupare secondi preziosi quando lo stimolo alla minzione è imperioso, rubando tempo al trasferimento od allo svestirsi.

E' poi necessario comprendere la disponibilità di tempo di chi assiste la persona e la "confidenza" che questa ha con chi lo assiste: ci si trova di fronte alle volte a genitori che non vogliono essere visti svestiti dai figli, e quindi è impensabile che questi li possano aiutare nell'atto della minzione utilizzando qualche presidio alternativo quale ad esempio la sedia comoda o la padella o l'orinale. Ci sono dei casi in cui la persona viene lasciata da sola per lunghi periodi di tempo e, magari, non essendo molto stabile sulle gambe si preferisce utilizzare un pannolone anziché rischiare che cada a terra incorrendo in traumi o fratture. In altri casi la persona dorme nel letto matrimoniale con il coniuge che, piuttosto di dover lavare continuamente le lenzuola e rischiare di rovinare il materasso, ricorre a presidi ad assorbenza anche in caso di sporadiche fughe d'urina.

In tutti questi casi l'infermiere ha l'obbligo di far osservare questi problemi e di cercare la soluzione assieme alla persona interessata ed ai care givers.

Un altro piccolo consiglio può essere quello di andare ad urinare ad orario: le persone che hanno modeste fughe di urina spesso ne traggono benefici, aggiustando il tempo tra una minzione e l'altra secondo le proprie esigenze.

Bisogna ricordare che non è corretto ridurre l'assunzione di liquidi al fine di evitare fuoriuscite di urina, anche se può essere utile bere molto fino a 4/5 ore prima di coricarsi, e poi bere giusto quanto sia necessario: evitare di bere 1litro di tè prima di andare a letto.

E' perciò importante che l'infermiere sia capace di coinvolgere anche i parenti della persona affetta da incontinenza urinaria, e che illustri esaurientemente i rischi dovuti all'utilizzo dei pannoloni, parlando ad esempio dell'aumentato rischio di infezioni urinarie e piaghe da decubito.

Bisogna offrire varie possibilità alternative, in modo che siano la persona incontinente ed i suoi care givers a scegliere quella più adatta alla loro situazione.

Non bisogna dimenticare, che nei casi in cui si trovi molta diffidenza, l'intervento dell'infermiere sarà comunque stato un successo anche avendo consigliato il presidio ad assorbenza più idoneo, facendo abbandonare alla persona l'utilizzo del pannolone a mutandina 24 ore su 24.