



# L'INCONTINENZA URINARIA: LA CENERENTOLA DEI PROBLEMI DI SALUTE

Infermiere D'Ercole Francesca e Bondioli Annarosa

## INTRODUZIONE

La nostra ricerca voleva avventurarsi in un'area poco conosciuta nella realtà bolognese. In seguito ad alcune intuizioni personali abbiamo avvertito l'esigenza di verificare quanto esse fossero reali. In Italia esistono alcune esperienze riguardo a tale problematica, ma sono ancora scarsamente pubblicizzate e poco note agli operatori sanitari "non addetti" e quindi alle persone potenzialmente interessate.

**L'incontinenza urinaria viene definita come la perdita involontaria di urina attraverso il meccanismo sfinterico, dimostrabile oggettivamente, in luoghi e/o tempi inappropriati tali da costituire un problema igienico e sociale (International Continence Society)<sup>1,29</sup>. Rappresenta un sintomo, un segno ed una condizione<sup>17,18</sup>. (Tabella 1)**

L'incontinenza urinaria (IU) coinvolge noi infermieri come professionisti nella realtà lavorativa, ma può anche coinvolgerci in prima persona di fronte a parenti o amici che con un certo imbarazzo ci chiedono consiglio. L'obiettivo che ci siamo proposte era di esplorare la letteratura attraverso la metodologia dell'EBN, per conoscere quanto fossero incidenti le problematiche connesse all'IU sia su un piano di qualità di vita sia sotto un aspetto economico e sociale. Volevamo avere un'idea documentata di quale fosse la popolazione coinvolta e della sua tipologia.

Aprire le nostre menti, attraverso l'esperienza di altri, ed iniziare a capire che l'IU porta con sé una serie di problemi che non sempre si risolvono nel solo uso di un presidio o nella corretta gestione del catetere vescicale e che è davvero necessario avere personale qualificato e luoghi adeguati.

Nel corso della ricerca, abbiamo trovato pubblicata poca letteratura italiana in merito, necessaria soprattutto per effettuare un confronto socio-culturale.

La ricerca si è presentata ardua per due sostanziali motivi: la letteratura in cui appariva la parola-chiave IU è imponente, ma è stato indispensabile operare un'ulteriore selezione utilizzando altre parole-chiave per rispondere più precisamente ai nostri quesiti; inoltre tali argomenti sono affrontati e diffusi in maniera molto precisa ed approfondita nella realtà anglosassone e per questo affrontare l'argomento appare pionieristico in Italia.

Questa ricerca vorrebbe costituire una base di riferimento per i lettori ed individuare e attivare risorse per dare risposte a chi nel 2000 affronta il problema IU. L'IU è un problema molto discusso, ma forse ancora in gran parte sconosciuto, soprattutto se considerato sotto l'aspetto umano e non solo di patologia. Tutto questo consente di riaffermare alla professionalità infermieristica una specificità nell'affrontare queste problematiche che colpiscono anche una popolazione ancora giovane-adulta.

## MATERIALI E METODI

### STRATEGIA DI RICERCA

1. La ricerca è stata effettuata, attraverso Internet, prettamente sulle pagine di EBM del GIMBE;
2. Gli abstract di documenti non disponibili in versione full-text on-line sono stati reperiti nella Biblioteca Centralizzata S.Orsola-Malpighi;
3. Nella ricerca sono stati utilizzati i termini MeSH (vedi parole-chiave).

#### PREMESSA ALLA GRIGLIA:

1. i documenti reperiti in più banche dati sono citati solamente in una di esse;
2. la ricerca di documenti full-text non reperiti non è stata ulteriormente approfondita, poiché gli argomenti trattati dagli stessi sono stati comunque compensati da altre trattazioni;
3. la scelta dei documenti è stata guidata da: PERTINENZA all'argomento della ricerca (ossia escludendo a priori i documenti sui trattamenti farmacologici e chirurgici dell'IU), POPOLAZIONE statistica e rappresentatività del campione (outpatients), DATAZIONE (1990-2000), TIPO DI DOCUMENTO (randomized controlled studies, systematic reviews, guidelines, ecc...);
4. esiste una tabella analitica dei documenti rilevati/selezionati.

RICERCA	DOCUMENTI RILEVATI	DOCUMENTI SELEZIONATI
<b>SCANNING (LETTERATURA)</b>		
RIVISTE BIOMEDICHE A-Z	32	14
MEDWEBPLUS	2	1
PUBBLICAZIONI SECONDARIE	//	//
NEWSLETTER	//	//
<b>SEARCHING (BD)</b>		
MEDLINE (motore di ricerca PUBMED)	31	14
COCHRANE LIBRARY	30	11
DARE/HTA database	4	3
NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE	7	1
CMA INFOBASE	2	//
SIGN	Elenco di 45 linee- guida	//
HSTAT Collection	1	//
NEW ZELAND GUIDELINES GROUP	Nessun risultato al termine MeSH "urinary incontinence"	//
Technology assessment	//	//

#### CRITERI DI SELEZIONE

La selezione dei materiali è stata guidata, oltre che dall'obiettivo sopracitato, dall'intento di recuperare evidenze con cui:

- Rendere gli infermieri consapevoli dell'esistenza del problema IU e risvegliare in loro la consapevolezza della centralità della qualità della vita del paziente
- Delineare i passi di una appropriata gestione dell'IU: diffondere la conoscenza delle diverse alternative nei trattamenti dell'IU all'utenza ed agli operatori sanitari/ Selezionare gli interventi appropriati/Documentare
- Quando appropriato, adottare una linea comune di gestione, pur mantenendo la flessibilità per personalizzare il trattamento ad ogni individuo
- Provvedere a programmi di prevenzione/Educare l'utenza a riferire i problemi legati all'IU non appena si verificasse l'evento
- Provvedere a programmi di educazione diversi ed individualizzati, facilmente avvicinabili, anche attraverso i mezzi di comunicazione, poiché il problema riguarda tutte le classi sociali ed economiche, le diverse razze ed entrambi i sessi/Rivolgere l'educazione all'individuo, ma anche alla famiglia e agli amici che potrebbero essere coinvolti nell'assistenza del paziente.
- Definire la necessità di collaborazione tra le figure professionali coinvolte
- Incoraggiare la ricerca infermieristica

#### RISULTATI

L'IU è un problema comune, che distrugge regolarmente l'esistenza di milioni di persone. L'alta prevalenza dell'IU ed i significativi effetti negativi sulla sfera fisica, psicologica e finanziaria delle persone che ne sono affette, giustifica fortemente più energici sforzi nell'identificazione, valutazione e trattamento in tutti gli ambiti. Sempre maggiori evidenze indicano che una appropriata gestione può ridurre la morbilità e il costo dell'IU.

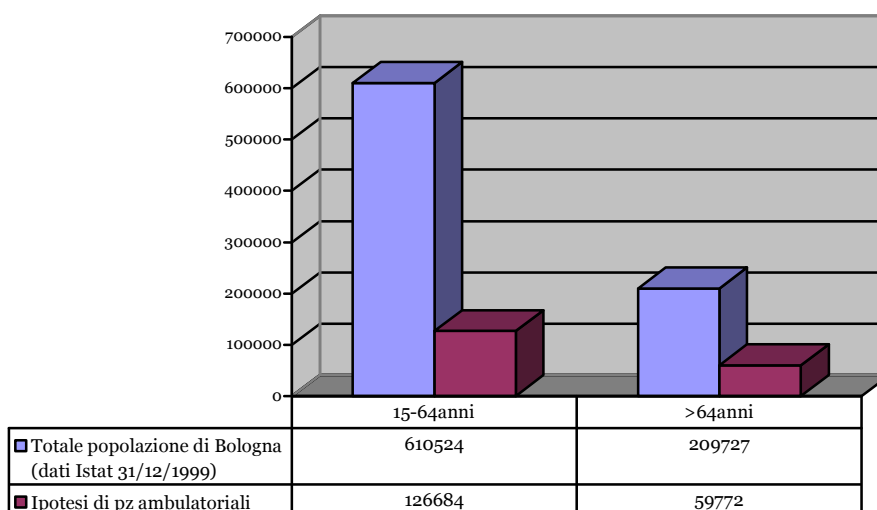
La stima dell'IU varia considerevolmente, in funzione della popolazione studiata, della

definizione che le si dà e di come le informazioni sono ottenute. Sebbene affligga in particolare la popolazione anziana, oltre i 60 anni di età, considerando nello specifico le persone non istituzionalizzate, ed il doppio delle donne rispetto agli uomini, questo non esclude la popolazione in età giovanile ed adulta<sup>2</sup> (Figura 1).

ATTACHMENT A <sup>2</sup>		
ETA'/anni	MASCHI	FEMMINE
15-64	1,5-5%	10-25%
> 64	19%	38%

Nonostante la prevalenza dell'IU aumenti con l'età, la stessa non deve essere considerata una normale parte del processo di invecchiamento (ATTACHMENT A).

Figura 1



### QUALITA' DELLA VITA

L'IU impone un significativo impatto psico- sociale sugli individui, le loro famiglie e gli operatori sanitari. L'IU porta alla perdita di auto- stima<sup>30</sup> e alla diminuita capacità di mantenere uno stile di vita indipendente. Conseguentemente, le uscite di casa, l'interazione sociale con amici e famiglia e l'attività sessuale<sup>27</sup> potrebbero risultare limitate o addirittura del tutto evitate.

L'IU è la seconda causa di istituzionalizzazione negli anziani: causa cadute, fratture, ulcere da decubito, infezioni delle vie urinarie e depressione.

Questionari circa la qualità della vita sono stati validati per l'uso<sup>32</sup>.

### SOTTOSTIMA/NON ADEGUATO TRATTAMENTO

#### ➤ Dalla parte delle persone affette da IU

Molti individui non riconoscono l'IU come un problema e non cercano aiuto dal loro medico o dall'infermiere; piuttosto fanno affidamento a pratiche auto- gestite.

Le ragioni potrebbero essere la disponibilità di prodotti assorbenti, le basse aspettative sui vantaggi di riferire la condizione al curante e la scarsità di informazione circa le diverse possibilità di gestione, atteggiamenti talvolta tipici delle fasce di popolazione meno istruite.

Molti credono che l'IU non sia curabile e che sia conseguenza dell'invecchiamento.

Molti media pubblicizzano indumenti e prodotti assorbenti per adulti che portano il consumatore a credere che il contenimento dell'urina con i migliori prodotti sia il trattamento migliore.

Spesso una persona che confessa il problema racconta che la causa è semplicemente la sua età è avanzata e che il suo corpo sta cambiando e che ricorda di avere assistito genitori o nonni anziani incontinenti.

Molti perciò credono che l'IU sia inevitabile.

Esiste anche la credenza che l'IU sia una normale conseguenza del parto e della menopausa.

➤ **Dalla parte degli operatori sanitari**

Per contro, da parte degli operatori sanitari, studi mostrano significative differenze nel modo di effettuare le visite, di valutare e gestire l'IU.

Essa spesso non è scoperta e non è riportata e documentata, mascherando la sua reale estensione e l'impatto clinico e riducendo l'opportunità di una efficace gestione.

Le tipiche visite ambulatoriali sono di breve durata, in un ambiente che non rispetta a pieno la privacy delle persone e con un medico sotto pressione poiché deve vedere molti pazienti in poco tempo. Così quando ci sono più problemi di salute urgenti, le domande sull'incontinenza non sono effettuate. Potrebbe essere difficoltoso per i pazienti discutere di incontinenza a meno che non siano rivolte specifiche domande, a causa dell'imbarazzo o della sfiducia. Talvolta deve essere chiesto direttamente a molti se c'è mai stata una accidentale perdita d'urina ed anche allora le persone potrebbero essere riluttanti ad ammettere la loro incontinenza.

L'IU ha lo stigma di una condizione socialmente inaccettabile a causa di una pubblica mancanza di conoscenza, equivoci ed intolleranza. Questo porta ad isolamento personale, imbarazzo sociale e a rinviare la ricerca di aiuto.

Il pubblico ha bisogno di sapere che esistono molte terapie e molti modi di gestire i problemi legati all'incontinenza.

In aggiunta quando le persone raccontano del loro problema, **molti medici ed infermieri, che necessitano di essere educati** in questo ambito, **falliscono nel portare avanti il percorso diagnostico- terapeutico ed assistenziale.**

**Nessuno muore di incontinenza:** i pazienti spesso non vogliono parlarne e raccogliere l'anamnesi può fare perdere tempo e la visita potrebbe essere imbarazzante.

Eppure questo comune e costoso problema è assolutamente affrontabile nell'ambito della comunità.

Come risultato il problema è sottostimato e non adeguatamente trattato.

#### *FATTORI DI RISCHIO E PREVENZIONE*

L'incidenza dell'IU è sufficientemente alta che lo sviluppo di un efficace **programma di prevenzione** potrebbe ridurre nuovi casi di incontinenza nella comunità.

Ci sono buone evidenze che specifici fattori di rischio possono essere identificati e che può essere posto rimedio con interventi mirati (**ATTACHMENT B**). Tuttavia non esistono dati di CT che mostrino che questi interventi riducano l'incidenza, la severità o la prevalenza dell'incontinenza.

#### *COSTI*

Il costo dell'IU ha ricevuto rinnovata attenzione dalla diffusione delle linee- guida AHCPR.

Essa impone un significativo onere finanziario agli individui, alle loro famiglie e al servizio sanitario.

Concettualmente, il costo economico dell'IU è il valore totale di tutte le risorse usate o perse da tutti gli individui ammalati, dagli operatori sanitari o da altri settori della società come risultato della malattia.

Al fine di una stima, i costi sono suddivisi in diretti, indiretti ed intangibili<sup>7</sup>.

I **costi diretti** per l'IU ed una frazione attribuibile a patologie correlate (es. infezioni del tratto urinario) includono test diagnostici, servizi ospedalieri, servizi ambulatoriali, servizio di lavanderia e farmaci e presidi.

I **costi indiretti** riguardano il valore dei guadagni persi a causa dell'incontinenza urinaria e del tempo speso dalla persona o da amici e dalla famiglia per il paziente.

I **costi intangibili** riguardano la stima monetaria del dolore e della sofferenza risultanti dall'IU.

La grande parte dei costi sono diretti, ossia risorse spese per trattare o mitigare gli effetti dell'IU.

I costi nelle diverse fasce d'età cambiano.

Solitamente esiste incertezza in tutte le analisi di costo, poiché esiste incertezza circa la prevalenza, i fattori di rischio ed i costi dei diversi trattamenti<sup>7</sup>.

#### ATTACHMENT B

##### **FATTORI DI RISCHIO:**

- Immobilità/condizioni cronico/degenerative;
- deficit cognitivi;
- farmaci/diuretici;
- obesità;
- fumo;
- fecalomi;
- delirio;
- inadeguata assunzione di liquidi;
- barriere ambientali;
- attività ad alto impatto fisico;
- diabete;
- stroke;
- diminuzione degli estrogeni;
- debolezza dei muscoli pelvici;
- enuresi infantile;
- razza;
- gravidanza/parto vaginale/episiotomia

Dato che l'incontinenza urinaria rimane sottostimata, i costi reali non possono che essere sottostimati essi stessi, anche e soprattutto in termini di qualità della vita.

I ricercatori stanno implementando un altro metodo di valutazione economica, la cui validità è ancora da stabilire con chiarezza, detto di "disponibilità a pagare" (per diminuire i sintomi e gli episodi di IU), allo scopo di circoscrivere la trascuratezza nel documentare i costi legati al peggioramento della esistenza delle persone. Tuttavia esistono ancora dei limiti legati ai risultati, che si basano su domande ipotetiche, ed alla natura "monetaria" di tali studi<sup>7,9</sup>.

Un RCT del 1996 compara compliance delle persone, efficacia e costi dei trattamenti per l'IU in regime ambulatoriale e di ricovero. L'autore conclude che il trattamento ambulatoriale è efficace quanto il secondo ed è addirittura più economico<sup>10</sup>.

#### DIRITTI DELLE PERSONE AFFETTE DA IU

In Italia per avere diritto alla fornitura gratuita di ausili e/o presidi bisogna essere riconosciuti invalidi civili (con invalidità maggiore di 2/3) da una apposita Commissione.

Tale procedura è regolamentata dal D.M. 332/agosto 1999, pubblicato sulla GAZZETTA UFFICIALE del 27/9/1999<sup>46</sup>.

Questa legge definisce nello specifico gli ausili e/o presidi e la quantità mensile o annuale di cui si può usufruire. Quello che non è compreso nella nomenclatura o se si necessita di un quantitativo superiore a quello previsto è a pagamento, ossia a carico del singolo e/o della sua famiglia.

A Bologna la procedura di attivazione e la successiva fornitura coinvolge il medico curante, gli uffici (Commissione sanitaria invalidi civili e Ufficio protesi) e la farmacia dell'Azienda USL della città di Bologna, in giorni ed orari prestabiliti e secondo l'ambito territoriale di competenza. È in uso specifica modulistica.

Nella provincia esistono modalità diverse per singola realtà.

#### IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Negli ultimi 10 anni negli USA gli infermieri si stanno impegnando in modo indipendente a fornire un servizio di valutazione e trattamento dell'IU in collaborazione con altre figure professionali o come liberi professionisti.

Tradizionalmente gli infermieri sono stati gli operatori sanitari primariamente responsabili della gestione e dell'assistenza delle persone incontinenti sia istituzionalizzate che nella comunità. Storicamente, le strategie infermieristiche sono state centrate sul mantenere la persona asciutta e pulita. Ora, gli infermieri ricercatori stanno sviluppando metodologie di valutazione e modalità di trattamento basate sull'evidenza (Tabella 5).

Esistono notevoli differenze fra i percorsi formativi degli infermieri in Italia e negli USA, di cui bisogna tenere conto nell'affrontare tale lavoro di ricerca: i "continence nurse specialists" sono "advanced practise nurses" qualificati per gestire l'assistenza di pazienti incontinenti da casi relativamente semplici e non complicati a casi caratterizzati da sintomatologie complesse in cui spesso precedenti trattamenti sono falliti; possono prevedere esami e decidere per svariate possibilità di trattamento (ATTACHMENT C)<sup>3,4,5</sup>.

Inoltre sono già state previste verifiche dei moduli formativi di specializzazione<sup>6</sup>.

#### ATTACHMENT C<sup>4,5</sup>

##### SETTING AMBULATORIALE

- LIVELLO 1: valutazione e gestione di base:** è effettuata da un "nurse practitioner" (NP) che non ha nessuna specializzazione; si occupa di condizioni facili da trattare e di eliminare i fattori che possono contribuire all'IU
- LIVELLO 2: valutazione e gestione mirata:** può essere effettuata da un NP o da un infermiere specialista della continenza; successivamente alle prime visite si occupa di evidenziare e trattare forme più complesse, reversibili e persistenti di IU
- LIVELLO 3: valutazione e gestione completa:** è effettuata dall'infermiere specialista della continenza; si occupa anche di casi molto complessi, effettua una valutazione iniziale ed un esame obiettivo più approfonditi ed esami circa la funzionalità vescicale

Comunque gli obiettivi comuni di un approccio al problema sono:

1. Accertarsi se l'IU ha avuto un esordio acuto ed ha una qualche potenziale causa reversibile, o se è divenuta stabile (es. più che qualche settimana senza chiari fattori precipitanti) (Tabella 2 e 3);
2. Identificare possibili cause sottostanti;
3. Determinare una appropriata gestione (Tabella 4).

Nel processo decisionale rispetto al trattamento bisogna considerare le condizioni cognitive e fisiche del paziente (Tabella 6), il tipo di IU (Tabella 7), le preferenze del singolo e/o della famiglia, i costi- benefici (Algoritmo).

Esistono più trattamenti, ma le linee-guida AHCPR raccomandano di attuare le tecniche considerate meno invasive o dannose, salvo condizioni che richiedano l'intervento dello specialista.

Le opzioni in genere riguardano terapie conservative che includono tecniche comportamentali e stimolazione elettrica e interventi supportivi.

Le tecniche comportamentali sono raccomandate come prima scelta nella gestione dei casi non complicati di IU lieve o moderata. Possono essere usate da sole o combinate.

## RIFLESSIONI CIRCA LA REALTA' LOCALE

A Bologna è documentata una esperienza, proprio all'interno dell'Azienda Ospedaliera, presso gli ambulatori di urologia, di riabilitazione del piano pelvico perineale dopo chirurgia pelvica demolitiva e non<sup>44</sup>.

Esistono anche strutture distrettuali per la distribuzione di presidi ed il mercato prevede la vendita di prodotti per il contenimento delle urine .

Perché non se ne parla?

I documenti rilevati fanno presupporre che i disagi della popolazione anglo- americana affetta da IU possano essere riconducibili a quelli della popolazione italiana:

- vergogna e imbarazzo
- basse aspettative sui vantaggi di riferire la condizione al curante
- scarsità di informazione circa le diverse possibilità di gestione

Perché non parlarne?

Questi dati, poiché ci hanno fatto pensare a una proposta specifica per il territorio bolognese:

l'implementazione di un ambulatorio infermieristico per la prevenzione e la gestione dell'IU. Gli obiettivi di questo ambulatorio sono:

1. Sostegno: per l'utenza, sul piano emotivo ed assistenziale per il mantenimento di un livello di qualità della vita alto
2. Promozione: della qualità di vita per l'individuo e la sua famiglia, attraverso la diffusione di trattamenti e presidi specifici ed innovativi e la formazione del personale infermieristico
3. Protezione: della dignità umana e dei diritti dell'individuo affetto da IU

## CONCLUSIONI

L'incontinenza urinaria: sulla base di quali evidenze scientifiche può un ambulatorio a gestione infermieristica essere dedicato alla prevenzione e all'assistenza dei problemi fisici, psico- sociali e talora economici della persona e della sua famiglia?

## PROPOSTA

In questa parte troverete la spiegazione di come abbiamo immaginato di implementare l'ambulatorio, sulla base della ricerca condotta.

## DICHIARAZIONE DI INTENTI

L'ambulatorio per l'IU deve nascere per rispondere alle esigenze di tutte quelle persone che solitamente ignorano culturalmente il problema e che spesso sono ignorate clinicamente rispetto ad esso dai medici di base. Ossia a quelle persone che, non trattate o seguite da altre Cliniche (urologica, ginecologica, neurologica, geriatrica), per patologie di particolare rilevanza, anche invalidanti, non sappiano a chi rivolgersi per trovare supporto, consigli, certezze, speranze: i "pazienti non pazienti" ("outpatients"). L'obiettivo primario è la prevenzione rispetto ai fattori di rischio, l'educazione e l'informazione in senso lato e l'educazione alle diverse tecniche di gestione.

La cura dell'IU infatti, allo stato attuale, è affidata a specialisti provenienti da discipline diverse che si occupano di essa incidentalmente, principalmente in corso di altre problematiche, poiché non esiste alcuna specialità che la riguarda interamente.

Un possibile obiettivo futuro, ambizioso ed a lunghissimo termine, che coinvolga anche l'Università, potrebbe essere la creazione di un Servizio per l'Incontinenza Urinaria, con medici ed infermieri specializzati e dedicati alla ricerca, alla diagnosi e al trattamento esclusivamente in questo ambito.

## STRUTTURA

L'ambulatorio deve:

- essere facilmente raggiungibile (Azienda Ospedaliera S. Orsola- Malpighi);

- avere orari di apertura al pubblico flessibili (dalle 9.00 alle 14.00 e dalle 14.30 alle 18), previo appuntamento, per garantire maggiori possibilità alle persone che sono ancora in età lavorativa;
- avere un numero telefonico diretto; una segreteria telefonica attiva 24 ore per dare brevi informazioni;
- garantire due ambienti distinti:
  - salottino: dove sono presenti due poltrone, una libreria, materiale informativo, una televisione con videoregistratore per momenti informativi strutturati, un tavolo, qualche seggiola, e oggetti di arredo come quadri, piante. Deve avere una finestra ed una porta in legno. Ha la funzione di dare all'utente la sensazione di un ambiente accogliente, privato, che possa garantire l'anonimato;
  - ambulatorio: sono presenti scrivania, archivio, telefono, computer connesso ad Internet, lettino, paravento, armadio contenente presidi, in particolare per la gestione dell'IU, materiali per la disinfezione e detergenti. In questo luogo viene tenuto il colloquio e si attuano prove pratiche e dimostrative. Si può verificare la necessità di un ulteriore ambiente idoneo ad effettuare le consulenze, nell'ottica di un'équipe multidisciplinare dedicata alle persone affette da IU (composta da urologo, ginecologo, psicologo, ecc...). In questo ambiente si può inoltre proseguire la ricerca, anche relativamente ai dati acquisibili dall'attività ambulatoriale.

### **STRUMENTI**

- linee guide
- protocolli
- procedure
- riviste
- video cassette
- strumenti informativi orientati al pubblico (volantini, depliant, ecc...)
- sito Internet aziendale dell'ambulatorio IU orientato al pubblico (Carta dei Servizi) ed Intranet aziendale
- implementazione di un sito italiano di informazione sull'IU orientato al pubblico (sul tipo MEDLINEplus)
- indirizzo di posta elettronica
- iscrizione a siti Internet infermieristici e medici
- cataloghi informativi di case produttrici dei presidi utilizzati
- finanziamenti

### **PERSONALE**

Il personale che gestisce l'ambulatorio è infermieristico ed è inserito in un team, nell'ottica di un confronto continuo e costruttivo. Il team è vissuto come risorsa; deve essere costituito anche da un urologo, ginecologo, psicologo comportamentale, sessuologo, neurologo, internista, geriatra, assistente sociale ed un referente della formazione<sup>13</sup>. È necessario il raccordo con il Servizio di urodinamica.

Il personale deve composto da almeno due infermiere/i, in carico 36 ore settimanali.

Le qualità professionali che devono contraddistinguerle/i devono essere conoscenza, interesse e sensibilità al problema IU e capacità di comunicative spiccate. Inoltre è necessario che siano dotate/i di curiosità innata, conoscenza della metodologia della ricerca e disponibili ad informarsi ed aggiornarsi. Questo per garantire all'utenza risposte sempre corrette ed appropriate agli specifici bisogni, tenendo conto dei costi-benefici in ogni singolo caso.

### **FORMAZIONE**

La formazione degli infermieri interessati e coinvolti in tale problematica ha inizialmente attinto dalla esperienza estera.

Pertanto potrebbe essere utile un'esperienza nelle strutture anglo- americane, al fine di aggiornarsi e reperire materiale didattico.

Sarà indispensabile una attenzione continua alla letteratura.

Il personale infermieristico inoltre sarà in contatto costante con le case farmaceutiche produttrici di presidi e medicinali specifici per l'IU.

Questo garantirà caratteristiche di spiccata professionalità alle proposte di soluzione ai problemi da parte del team.

Il personale dell'ambulatorio sarà di aiuto e sostegno al personale infermieristico dei reparti e del territorio sia rispetto alle tecniche che alle conoscenze (consulenti infermieristici).

Personale in continua formazione per informare e formare.

### **RICONOSCIMENTO**

L'ambulatorio deve essere riconosciuto legalmente dalle autorità Comunali e Sanitarie per consentire :

- accesso diretto dell'utenza,

- rispetto del diritto alla fornitura gratuita dei presidi  
Questo garantirebbe l'anonimato ed eviterebbe lungaggini burocratiche (file dal medico o nelle strutture distrettuali comunali, ecc...) all'utenza.

## PROMOZIONE

Un ambulatorio di questo tipo deve considerare sul suo nascere la necessità di una informazione capillare, perché coinvolge una popolazione che si nasconde per la vergogna ed è a volte sottovalutata dal personale sanitario.

L'informazione quindi deve essere fornita ai medici di base ed in sede DUSI e attraverso cartelli od opuscoli in luoghi come sale di attesa (CUP, farmacie, medici di base, medici specialistici), circolari aziendali, audiovisivi (giornali locali, radio, televisione locale) e, poiché gli interessi e l'attenzione delle persone nell'ultimo decennio si sono ampliati parecchio, Internet.

Nell'informare è sempre necessario sottolineare il rispetto della privacy da parte del servizio ed inoltre che il problema è diffuso e trattabile.

## VALUTAZIONE

Per verificare e valutare l'efficienza del servizio è necessario raccogliere dati in modo formalizzato.

Allo scopo di instaurare un dialogo costruttivo ed un rapporto di fiducia, che risponda alle esigenze reali dell'utenza, si possono pianificare momenti per la raccolta di informazioni (ad esempio durante la prima visita ed ai successivi follow-up). Oltre ad indagare gli aspetti clinici del problema, bisogna consentire alle persone di esprimere come le attività quotidiane siano state influenzate dall'IU, le aspettative e le speranze, la eventuale comprensione e percezione di miglioramento, la soddisfazione o meno rispetto all'esperienza di accesso e di riferimento formale al servizio; accogliere suggerimenti e critiche, anche in modo anonimo.

In letteratura esistono questionari strutturati di : impatto dell'IU sulla vita quotidiana e sulla sua qualità<sup>17,18(Appendice III), 32 (Appendici I-II)</sup>, qualità ed efficienza del servizio dal punto di vista degli utenti (percezione del problema, motivazione, esperienza rispetto al servizio offerto, aspettative o speranze rispetto ai risultati), impatto finanziario per le persone, soddisfazione.

Possono essere presi come riferimento e modificati se necessario.

Esistono anche standards di efficacia per la valutazione e la gestione dei risultati del servizio (numero dei pazienti visti e trattati, confronto dei dati relativi alle valutazioni pre- trattamento e post- trattamento, pazienti che hanno abbandonato il programma e le ragioni)<sup>17,18(Appendice II)</sup>.

### PUNTI CHIAVE

- L'incontinenza urinaria affligge milioni di persone, anche in età giovanile ed adulta
- L'incontinenza urinaria è un "peso" che grava sulla salute fisica e psicologica delle persone
- Le persone spesso non cercano aiuto a causa dell'imbarazzo che l'incontinenza crea loro oppure perché non sono informati che l'aiuto è disponibile
- Quando gli individui cercano aiuto, esistono evidenze che gli operatori sanitari sono spesso esitanti o mal preparati a discutere, diagnosticare e trattare il problema; non esiste una linea comune di gestione del problema
- Esistono varie possibilità di trattamento conservativo, ad hoc per ogni situazione sia clinica che in termini di qualità della vita che di possibilità funzionali e cognitive della persona
- Gli "outpatients" considerati nei diversi documenti sono prevalentemente persone senza deficit cognitivi e/o funzionali, di età adulta o anziana, donne o uomini
- La ricerca non è entrata nel merito dell'IU nei bambini, dell'IU extrauretrale e delle "vesciche neurologiche"
- Nella realtà sanitaria estera esistono almeno 3 livelli di approccio infermieristico alla valutazione e gestione dell'incontinenza urinaria: di base, mirato e specialistico, che corrispondono alla diversa preparazione e competenza dell'infermiere e alle diverse necessità assistenziali del paziente
- Le maggiori organizzazioni infermieristiche riconoscono l'impatto dell'incontinenza urinaria nella società ed il ruolo vitale dei professionisti infermieri. È in progetto la stesura di una linea- guida infermieristica
- Esiste un urgente bisogno di educare operatori sanitari e pubblico circa questa condizione

## BIBLIOGRAFIA

1. U.S. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Managing Acute and Chronic Urinary Incontinence (Quick Reference Guide for Clinicians Number 2 – 1996 Update) (AHCPR Pub. No. 96-0686). March 1996 (+ Figures: Figure 2. Sample bladder record)
2. U.S. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Urinary Incontinence In Adults: Acute and Chronic Management (Clinical Practice Guideline Number 2 – 1996 Update) (AHCPR Pub. No. 96-0682). March 1996
3. Kaschak Newman D. Urinary incontinence management in the USA: the role of the nurse. *British Journal of Nursing*, 1996; Vol 5, No. 2: 78-88
4. Pearce K. L. Levels I and II- Care in the Outpatient Setting. *Nurse Practitioner Forum*, 1994; Vol 5, No. 3: 146-151
5. Wyman J. F. Level 3: Comprehensive Assessment and Management of Urinary Incontinence by Continence Nurse Specialists. *Nurse Practitioner Forum*, 1994; Vol 5, No. 3: 177-1
6. Williams KS, Assassa RP, Smith NKG, Shaw C, Carter E. Educational preparation: specialist practice in continence care. *British Journal of Nursing*, 1999; Vol 8, No 18: 1198-1207
7. Todd H. Wagner, Teh-Wei Hu Economic costs of urinary incontinence in 1995. *Urology*, 1998; Vol 51, No. 3: 355-361
8. Wyman J. F. The “Costs” of Urinary Incontinence. *European Urology*, 1997; Vol 32 (suppl 2): 13-19
9. Johannesson M., O’Conor R. M., Kobelt-Nguyen G., Mattiasson A. Willingness to pay for reduced incontinence symptoms. *British Journal of Urology*, 1997; Vol 80: 557-562
10. Ramsay I. N., Ali H. M., Hunter M., Stark D., McKenzie S., Donaldson K., Major K. A prospective, randomized controlled trial of inpatient versus outpatient continence programs in the treatment of urinary incontinence in the female. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 1996; Vol 7, No. 5: 260-3
11. Miller J. M., Ashton-Miller J. A., De Lancey J. O. L. A Pelvic Muscle Precontraction Can Reduce Cough-Related Urine Loss in Selected Women with Mild SUI. *JAGS*, 1998; Vol 46: 870-874
12. Millard R. J., Moore K. H. Urinary incontinence: the Cinderella subject. *MJA*, 1996; Vol 165: 124-125
13. McDowell B. J., Burgio K. L., Dombrowski M., Locher J. L., Rodriguez E. An Interdisciplinary Approach to the Assessment and Behavioral Treatment of Urinary Incontinence in Geriatric Outpatients. *JAGS*, 1992; Vol 40: 370-374
14. Palmer R. M. Ambulatory management of urinary incontinence in the frail elderly. *Geriatrics*, 1990; Vol 45, No. 3: 61-66
15. Burgio K. L., Goode P. S. Behavioral interventions for incontinence in ambulatory geriatric patients. *The American Journal of the Medical Sciences*, 1997; Vol 314, No. 4: 257-261
16. Lagace E. A., Hansen W., Hickner J. M. Prevalence and severity of urinary incontinence in ambulatory adults: an UPRNet study. *The Journal of Family Practice*, 1993; Vol 36, No. 6: 610-614
17. Fantl J. A. Behavioral intervention for community- dwelling individuals with urinary incontinence. *Urology*, 1998; Vol 51 (Suppl 2A): 30-34 + Appendici I-II-III: 15-19
18. Payne C. K. Biofeedback for community- dwelling individuals with urinary incontinence. *Urology*, 1998; Vol 51 (Suppl 2A): 35-39 + Appendici I-II-III: 15-19
19. Payne C. K. Behavioral therapy for overactive bladder. *Urology*, 2000; Vol 55 (Suppl 5A): 3-6
20. Bo k., Berghmans L. C. M. Nonpharmacologic treatments for overactive badder- Pelvic floor exercises. *Urology*, 2000; Vol 55 (Suppl 5A): 7-11
21. Cardozo L. D. Biofeedback in overactive bladder. *Urology*, 2000; Vol 55 (Suppl 5A): 24-28
22. Elser D. M., Wyman J. F., McClish D. K., Robinson D., Fantl J. A., Bump R. C., Continence Program for Women Research Group. The effect of bladder training, pelvic floor muscle training, or combination training on urodynamic parameters in women with urinary incontinence. *Neurology and Urodynamics*, 1999; Vol 18: 427-436
23. Wyman J. F., Fantl J. A., ., McClish D. K., Bump R. C., Continence Program for Women Research Group. Comparative efficacy of behavioral interventions in the management of female urinary incontinence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998; Vol 179, No 4
24. Visco A. G., Weidner A. C., Cundiff G. W., Bump R. C. Observed patient compliance with a structured outpatient bladder retraining program. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199; Vol 181, No 6
25. Burgio K. L., Locher J. L., Goode P. S., Hardin M., McDowell B. J., Dombrowski M., Candib D. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women. *JAMA*, 1998; Vol 280: 1995-2000

26. Burgio K. L., Locher J. L., Goode P. S. Combined behavioral and drug therapy for urge incontinence in older women. *JAGS*, 2000; Vol 48: 370-374
27. Stanford J. L., Feng Z., Hamilton A. S., Gilliland F. D., Stephenson R. A., Eley W., Albertsen P. C., Harlan L. C., Potosky A. L. Urinary and sexual function after radical prostatectomy for clinically localized cancer. *JAMA*, 2000; Vol 283, No 3
28. Clayton J., Smith K., Qureshi H., Ferguson B. Collecting patients' views and perceptions of continence services: the development of research instruments. *Journal of Advanced Nursing*, 1998; Vol 28, No 2: 353-361
29. McGhee M., O'Neill K., Major K., Twaddle S. Evaluation of a nurse-led continence service in the south-west of Glasgow, Scotland. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; Vol 26: 723-728
30. Johnson T. M., Kincade J. E., Bernard S. L., Busby-Whitehead J., Hertz-Picciotto I., DeFries G. H. The association of urinary incontinence with poor self-rated health. *JAGS*, 1998; Vol 46: 693-699
31. Roberts R. O., Jacobsen S. J., Rhodes T., Reilly W. T., Girman C. J., Talley N. J., Lieber M. M. Urinary incontinence in a community-based cohort: prevalence and healthcare-seeking. *JAGS*, 1998; Vol 46: 467-472
32. DuBeau C., Kiely D. K., Resnick N. M. Quality of life impact of urge incontinence in older persons: a new measure and conceptual structure. *JAGS*, 1999; Vol 47: 989-994 + Appendici I-II: 985-988
33. Brazzelli S. E. Absorbent products for the containment of urinary and/or faecal incontinence in adults. *The Cochrane Library*, 2000; Issue 2
34. Roe B., Williams K., Palmer M. Bladder training for urinary incontinence in adults. *The Cochrane Library*, 2000; Issue 2
35. Moore K. N., Cody D. J., Glazener C. M. A. Conservative management of post prostatectomy incontinence. *The Cochrane Library*, 2000; Issue 2
36. Eustice S., Roe B., Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *The Cochrane Library*, 2000; Issue 2
37. Herbison P., Plevnik S., Mantle J. Weighted vaginal cones for urinary incontinence. *The Cochrane Library*, 2000; Issue 2
38. Hunskaar S., Emery S., Jeyaseelan S. electrical stimulation for urinary incontinence in women [protocol]. *The Cochrane Library*, 2000; Issue 2
39. Frazer M., Lose G., Kozman E., Boos K., Tincello D. Mechanical devices for urinary incontinence in women [protocol]. *The Cochrane Library*, 2000; Issue 2
40. Hay-Smith EJ, Berghmans LC, Hendrinks HJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women [protocol]. *The Cochrane Library*, 2000; Issue 2
41. Berghmans LC, Hendrinks HJ, Bo K, Hay-Smith EJ, de Bie RA, van Waalwijk van Doorn ES. Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *The Cochrane Library. British Journal of Urology*, 1998; Vol 82, No 2: 181-191
42. Bo K. Effect of electrical stimulation on stress and urge urinary incontinence: clinical outcome and practical recommendations based on randomized controlled trials. *The Cochrane Library. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1998; Vol 77 (Suppl 168): 3-11
43. de Kruif Y P, van Wegen E E. Pelvic floor muscle exercise therapy with myofeedback for women with stress urinary incontinence: a meta-analysis. *The Cochrane Library. Physiotherapy*, 1996; Vol 82, No 2: 107-113
44. Ruggeri M., Bracci S., Di Prima D. La gestione infermieristica di un ambulatorio per urostomie e per la rieducazione del piano pelvico perineale. *Professione Infermiere*, 2000; Vol 3: 33-35
45. Palermo P., Carta G., Spacca G., Bernardi A., Patacchiola F., Mascaretti G., Caserta D., Moscarini M. Pelvic floor rehabilitation in women affected with stress urinary incontinence. Authors' experience. *Minerva ginecologica*, 1998; 50 (11):455-8
46. D.M. 332/agosto 1999; *GAZZETTA UFFICIALE* 27/9/1999

**Tabella 1. Sintomi e principali sotto- tipi di incontinenza urinaria<sup>1,2</sup>**

Tipo di IU	Definizione	Fisiopatologia	Sintomi e segni
<p style="text-align: center;"><i>DA URGENZA</i></p>	<p>Involontaria perdita di urina associata a una forte sensazione di urgenza ad urinare che si verifica quando la pressione detrusoriale supera quella uretrale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilità del detrusore (ID)</li> <li>• Iperreflessia detrusoriale (neurologica); a cui può associarsi dissinergia detrusoriale nelle lesioni vertebrali soprasacrali e sclerosi multipla</li> <li>• Iperattività del detrusore con deficit contrattile (IDDC)</li> </ul>	<p>ID--perdita di urina con un brusco e forte desiderio di urinare (urgenza motoria); solitamente perdita di urina sulla strada per il bagno                      Involontaria perdita di urina senza sintomi (incontinenza inconsapevole)                      Sintomi di urgenza senza concomitante IU                      IDDC- - elevato volume residuo post-minzionale</p>
<p>Da sforzo (o da stress)</p>	<p>Deficit dello sfintere uretrale associato ad aumentata pressione endoaddominale in assenza di attività detrusoriale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dislocazione della statica pelvica (ipermobilità uretrale) 1° e 2° (molto comune nelle donne)</li> <li>• Insufficienza sfinterica intrinseca 3° (congenita o acquisita: prostatectomia, traumi, radioterapia, lesioni spinali sacrali; nelle donne associata a parti, interventi chirurgici, ipoestrogenismo, invecchiamento)</li> </ul>	<p>Piccola quantità di urina persa tossendo, starnutando, ridendo o durante altre attività fisiche (aumentata pressione endoaddominale)                      Continua (goccia a goccia) perdita a riposo o con minimo sforzo (cambi posturali)</p>
<p>Mista</p>	<p>Associazione di incontinenza urinaria da urgenza e da sforzo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associazione delle caratteristiche da urgenza e sforzo come sopra</li> <li>• Comune nelle donne, specialmente anziane</li> </ul>	<p>Associazione dei sintomi di incontinenza urinaria da urgenza e sforzo come sopra. Un sintomo (da urgenza o sforzo) spesso più fastidioso di un altro per il paziente</p>
<p>Da sovrariempimento</p>	<p>Involontaria perdita di urina associata a iperdistensione della vescica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detrusore acontrattile</li> <li>• Detrusore ipoattivo                      Secondari a farmaci, patologie neurologiche (neuropatia diabetica, lesioni del midollo spinale basse o interruzione dell'innervazione motoria del detrusore in seguito a chirurgia radicale pelvica); cause idiopatiche</li> </ul>	<p>Vari sintomi, inclusi frequente o costante dribbling (rigurgito), svuotamento vescicale incompleto, minzione con sforzo (compressione esterna/Valsalva), pollacchiuria; sintomi di incontinenza da urgenza o da stress</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negli uomini- - da ostruzione, secondaria a iperplasia prostatica, carcinoma prostatico o stenosi uretrale</li> <li>• Nelle donne- - da ostruzione, più rara, da severo prolasso genitale o ipercorrezione chirurgica</li> <li>• Da dissinergia detrusore- sfintere (lesioni spinali soprasacrali, sclerosi multipla)</li> </ul>	Cronicamente rischio di reflusso vescico-ureterale e idronefrosi
Altro			
Funzionale	Perdita di urina associata all'impossibilità o all'assenza di motivazione di raggiungere in tempo i servizi igienici causata da fattori legati ad un cronico deficit fisico e/o cognitivo, a motivi psicologici o a fattori ambientali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronico deficit funzionale e mentale (demenza, patologie neurologiche, depressione, ostilità)</li> <li>• Coesistenza con i fattori funzionali di altri tipi e cause di IU (instabilità o iperreflessia detrusoriale)</li> </ul>	<p>Incapacità di recarsi in bagno con accidentale perdita di urina a causa di limitazioni funzionali</p> <p>Incontinenza da urgenza</p>
Riflessa	Perdita di urina secondaria a iperattività detrusoriale senza percezione di perdita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesioni midollari soprasacrali</li> <li>• Contrazioni riflesse non inibite della vescica (iperreflessia detrusoriale)</li> </ul>	Dribbling continuo o postminzionale
Da bassa compliance	Perdita di urina secondaria a diminuita compliance vescicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secondaria a terapia radiante, cistiti, condizioni infiammatorie della vescica, neuropatie secondarie a chirurgia pelvica radicale o mielomeningocele</li> </ul>	In molti casi non neurogenici, severa urgenza con ipersensibilità vescicale e non dimostrabile instabilità del detrusore (urgenza sensoria)

**Tabella 2. Identificazione e gestione delle condizioni reversibili che causano o possono contribuire all'incontinenza urinaria<sup>1,2</sup>**

Condizione patologica	Commento	Gestione
Condizioni riguardanti le basse vie urinarie		
Infezioni delle vie urinarie	Disuria ed urgenza da infezione sintomatica possono impedire alle persone anziane di raggiungere il bagno in tempo, causando incontinenza da urgenza. L'infezione asintomatica, sebbene più comune che quella sintomatica, è raramente causa di incontinenza.	Antibioticoterapia nelle infezioni sintomatiche.
Uretrite o vaginite atrofica	L'ipoestrogenismo causa atrofia del basso tratto genito-urinario. Sebbene la sua associazione con l'incontinenza e sintomi sensoriali sia stata a lungo sospettata, la diretta causa- effetto non è stata ancora provata.	Terapia sostitutiva con estrogeni.
Gravidanza/parto vaginale/episiotomia	Cambiamenti anatomici e fisiologici del pavimento pelvico (pressione del feto, modificazioni ormonali) possono alterare temporaneamente la fisiologia della continenza.	Intervento comportamentale. La condizione potrebbe essere auto- limitata. Il trattamento conservativo è raccomandato.
Post-prostatectomia	Il disturbo del meccanismo sfinteriale potrebbe o no essere permanente.	Intervento comportamentale. Evitare interventi chirurgici finché non sia chiaro se il disturbo possa essere risolto.
Fecalomi	I pazienti con fecalomi presentano incontinenza da urgenza o da sovrariempimento. I fecalomi possono indurre anche incontinenza fecale.	L'eliminazione dei fecalomi può restituire la continenza in molti casi, se questa era la causa. Implementare un "regime intestinale": uso appropriato di emollienti fecali, di agenti formanti massa e, se necessario, di lassativi; implementare l'assunzione di fibre e liquidi e un'adeguata mobilità.
Effetti collaterali dei farmaci		
Diuretici	L'incremento della diuresi indotto dai diuretici può precipitare l'incontinenza. Questo è particolarmente rilevante negli anziani e in coloro per cui la continenza è già problematica. È noto che i diuretici incrementano la severità dell'incontinenza urinaria nelle persone già incontinenti. Effetti collaterali: poliuria, frequenza ed urgenza.	Interrompere o modificare la terapia se clinicamente possibile. Modificare l'ora di assunzione del diuretico.
Caffeina	L'effetto diuretico può aggravare o far precipitare l'incontinenza urinaria.	Eliminare l'assunzione di caffeina o sostituirla con prodotti decaffeinati.
	I farmaci con proprietà anticolinergiche prescritti così	

Anticolinergici	come da banco sono comunemente assunti dai pazienti con insonnia, corizza, prurito, vertigini ed altri sintomi e condizioni. Gli effetti collaterali includono ritenzione di urina con pollacchiuria e incontinenza da sovradistensione e stipsi.	Interrompere l'assunzione se clinicamente appropriato.
Farmaci psicotropi		
Antidepressivi Antipsicotici  Sedativi/ipnotici/sedativi del SNC	Causano effetti anticolinergici e sedazione. In aggiunta, gli antipsicotici come l'aloiperidolo possono causare rigidità e immobilità. Negli anziani le benzodiazepine, specialmente quelle ad azione prolungata come fluorazepam e diazepam, possono accumularsi e provocare confusione ed incontinenza secondaria. Effetti collaterali: sedazione, delirio, immobilità, effetto miorilassante.	Interrompere l'assunzione se clinicamente appropriato.
Narcotici/analgesici	Effetti collaterali: ritenzione urinaria, stipsi, sedazione, delirio.	Interrompere l'assunzione se clinicamente possibile.
Alfa-stimolanti Alfa-bloccanti Beta-stimolanti	Gli alfa-stimolanti incrementano il tono uretrale causando ritenzione urinaria e gli alfa-bloccanti lo riducono. I beta-stimolanti causano ritenzione urinaria.	Interrompere l'assunzione se clinicamente possibile.
Calcioantagonisti	I calcioantagonisti possono ridurre la contrattilità dei muscoli lisci nella vescica e occasionalmente possono causare ritenzione urinaria e incontinenza da sovradistensione.	Interrompere l'assunzione se clinicamente possibile.
Alcool	L'alcool può obnubilare il sensorio, influenzare negativamente la mobilità e indurre la diuresi (poliuria, frequenza, urgenza), che si esplicita in incontinenza.	Interrompere l'assunzione se clinicamente possibile.
Aumentata produzione di urina		
Metaboliche (iperglicemia, ipercalcemia) Eccesso di assunzione di liquidi Sovraccarico di volume: insufficienza venosa con edemi, insufficienza venosa congestizia	Eccessiva assunzione di liquidi, patologie endocrine che obnubilano il sensorio e inducono la diuresi (es. ipercalcemia, iperglicemia e diabete insipido) e aumentano il volume dei liquidi corporei come scompenso cardiaco congestizio, insufficienza venosa degli arti inferiori, edema delle caviglie farmaco-indotto (es. indometacina) e stati carenziali di albumina possono causare poliuria e indurre incontinenza da rapido ed eccessivo riempimento della vescica.	Trattamento delle condizioni scatenanti. Incentivare la rieducazione vescicale da assistere con frequenza. Calze elastiche Arti inferiori in scarico Restrizione di sale

Carente capacità o volontà di recarsi in bagno		
Delirio	Nei pazienti deliranti, l'incontinenza urinaria è usualmente un sintomo associato che si elimina con una diagnosi appropriata e un trattamento delle cause alla base della confusione.	Rivalutare il paziente per una possibile rieducazione vescicale una volta che il delirio è stato eliminato.
Psicologiche	La relazione tra condizioni psicologiche e incontinenza urinaria è ancora scarsamente conosciuta così come causa-effetto è ancora controversa.	Trattamento dei disordini psicologici.
Mobilità limitata	La limitata mobilità è una causa aggravante o precipitante dell'incontinenza che può frequentemente essere corretta o migliorata dal trattamento delle sottostanti condizioni quali patologie croniche o lesioni (es. artriti, cattiva vista, malattia di Parkinson o ipotensione ortostatica). Presidi per urinare o una seggetta accanto al letto e minzioni pianificate spesso aiutano a risolvere l'incontinenza che deriva dall'ospedalizzazione e dalle correlate barriere ambientali (sponde, mezzi di contenzione e luce bassa).	Trattamento delle condizioni sottostanti, modificazioni ambientali e uso di presidi per l'eliminazione.

**Tabella 3. Criteri per un'ulteriore valutazione (a) <sup>1,2</sup>**

- Diagnosi incerta e incapacità di sviluppare un ragionevole piano di gestione basato sulla valutazione diagnostica di base. L'incertezza nella diagnosi potrebbe capitare quando ci sia mancanza di correlazione fra sintomi e risultati clinici.
- Insuccesso nel rispondere alla soddisfazione del paziente con un adeguato percorso terapeutico e il paziente sia interessato a proseguire un'ulteriore terapia.
- Considerazione di intervento chirurgico, particolarmente se la precedente chirurgia è fallita o il paziente è ad alto rischio chirurgico.
- Ematuria senza infezione.
- La presenza di altre condizioni concomitanti, come:
  1. Incontinenza associata a ricorrenti e sintomatiche infezioni urinarie
  2. Sintomi persistenti di difficoltoso svuotamento vescicale
  3. Storia di precedente chirurgia contro l'incontinenza o di radicale chirurgia pelvica
  4. Prolasso pelvico sintomatico
  5. Nodulo prostatico, asimmetria o altri sospetti di cancro della prostata
  6. Anormale volume residuo post-minzionale
  7. Condizioni neurologiche, quali sclerosi multipla e lesioni o traumi della colonna vertebrale

(a) Qualche paziente che incontra i criteri potrebbe non essere appropriato per un'ulteriore valutazione e trattamento se tale valutazione e/o trattamento non è desiderato o fattibile per il paziente.

**Tabella 4. Possibilità di gestione: interventi comportamentali<sup>1,2</sup>**

Tipo di intervento	Definizione	Popolazione target
Programmi minzionali		
Programmazione della minzione/addestramento secondo le abitudini	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minzioni prefissate a intervalli regolari (minzioni programmate)</li> <li>• Programma variabile fissato in base agli schemi di minzione tipici del singolo paziente (addestramento secondo le abitudini)</li> <li>• Dipendente dall'operatore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deficit cognitivi</li> <li>• Deficit funzionali</li> <li>• Dipendente dall'operatore</li> </ul>
Tecniche di induzione alla minzione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minzioni prefissate che richiedono il suggerimento dell'operatore</li> <li>• Dipendente dall'operatore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funzionalmente abile a usare il bagno o gli ausili sostitutivi dei servizi igienici</li> <li>• Capacità di sentire la sensazione di urgenza</li> <li>• Capacità di chiedere assistenza per urinare</li> <li>• Disponibilità dell'operatore</li> </ul>
Addestramento vescicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacità sistematica a rimandare la minzione attraverso l'inibizione dell'urgenza</li> <li>• Riabilitazione attiva e educazione alle tecniche</li> <li>• Dipendente dal paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No deficit cognitivi</li> <li>• Capacità a discernere la sensazione di urgenza</li> <li>• Capacità cognitiva a capire o imparare come inibire l'urgenza</li> <li>• Capacità ad andare in bagno da solo o con aiuto</li> </ul>
Riabilitazione dei muscoli pelvici		
Esercizi per la muscolatura pelvica (esercizi di Kegel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esercizi attivi e pianificati dei muscoli pelvici per incrementare la forza dei muscoli periuretrali</li> <li>• Riabilitazione attiva ed educazione alle tecniche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacità ad identificare e contrarre i muscoli pelvici</li> <li>• Adesione alle istruzioni</li> </ul>
Addestramento con coni vaginali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ritenzione attiva di pesi vaginali crescenti per indurre l'incremento della forza dei muscoli pelvici</li> <li>• Riabilitazione attiva ed educazione alle tecniche</li> <li>• Controindicazione: prolasso degli organi pelvici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non deficit cognitivi</li> <li>• Adesione alle istruzioni</li> <li>• Capacità di stare in piedi</li> <li>• Sufficiente forza nei muscoli pelvici per potere contrarre i muscoli e mantenere i pesi dai più leggeri ai più pesanti</li> </ul>
Biofeedback	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tecnica di insegnamento che prevede un feedback visivo e/o uditivo riguardo una risposta fisiologica del paziente attraverso un dispositivo elettronico o meccanico. Esistono vari metodi: manometrico o elettromiografico con sonde intravaginali o rettali, elettromiografico con elettrodi di superficie; il più sofisticato rilevando la pressione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abilità a capire i segnali analogici o digitali dei sistemi uditivi o visivi</li> <li>• Persone motivate capaci di imparare il controllo volontario dei muscoli attraverso l'osservazione del biofeedback</li> <li>• Operatore sanitario che può valutare appropriatamente il problema dell'incontinenza urinaria e provvedere a</li> </ul>

	<p>detrusoriale<sup>18</sup>. Può essere usato in associazione con altri programmi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riabilitazione attiva ed educazione alle tecniche.</li> </ul>	interventi comportamentali
Stimolazione elettrica funzionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicazione di corrente elettrica (5-50 Hz) alle fibre sacrali e del pudendo attraverso elettrodi intra-anali e/o intravaginali o elettrodi esterni per inibire l'instabilità vescicale e migliorare la contrattilità e l'efficienza dello sfintere striato e del muscolo elevatore dell'ano</li> <li>• Riabilitazione attiva ed educazione alle tecniche</li> <li>• Effetti collaterali: vaginiti, costipazione, dolore.</li> <li>• Controindicazioni: gravidanza, denervazione perineale completa, storia di aritmia cardiaca, pacemaker cardiaco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utile come terapia aggiuntiva nell'identificazione dei muscoli pelvici</li> <li>• Capacità di discernere la stimolazione</li> </ul>

**Tabella 5. Sommario delle raccomandazioni delle linee- guida1,2**

Le valutazioni fra parentesi indicano le evidenze scientifiche che supportano ogni raccomandazione, in accordo con la seguente scala:

- A- L'affermazione della raccomandazione è convalidata da evidenze scientifiche a partire da CT (controlled trials) propriamente progettati ed attuati, fornendo risultati statistici che sostengono coerentemente l'affermazione delle linee- guida.
- B- L'affermazione della raccomandazione è convalidata da evidenze scientifiche a partire da clinical series propriamente progettati ed attuati che sostengono l'affermazione delle linee- guida.
- C- L'affermazione della raccomandazione è sostenuta dall'opinione degli esperti.

	Raccomandazione	Raccomandazione di senso contrario
Valutazione di base	Anamnesi e diario minzionale (B) Esame obiettivo (B) Determinazione del residuo post-minzionale (B) Esame delle urine(B) Visualizzazione diretta (C )	
Esami di laboratorio supplementari	Esame del sangue (azoto, creatinina, glucosio e calcio) se è sospettata insufficienza renale o se è presente poliuria (in assenza di diuretici)	Citologico delle urine(B)
Fattori di rischio/prevenzione	Identificare i fattori di rischio associati all'incontinenza urinaria e cercare di modificarli (B) Insegnare alle donne gli esercizi per la muscolatura pelvica (C ) Insegnare gli esercizi per rafforzare i muscoli del pavimento pelvico (C )	Esami specialistici come parte della valutazione di base (B)
	Per i pazienti che falliscono la	

Ulteriore valutazione	gestione sperimentata dopo la valutazione di base o che non sono appropriati per un trattamento basato su una diagnosi presuntiva ( C )	
Test urodinamici	Cistometria semplice per indagare la compliance e la contrattilità del detrusore, misurare il residuo post-minzionale e determinare la capacità (A) Test urodinamici più complessi appropriati in situazioni diagnostiche o terapeutiche complesse(B) Valutazione dello sfintere uretrale (es. studi pressione-flusso, misura della pressione di perdita) quando appropriato ( C ) Tentare di riprodurre i sintomi dei pazienti durante l'esecuzione degli studi urodinamici ( C )	
Endoscopia	Cistoscopia in presenza di ematuria in assenza di infezione o piuria (B); quando i test urodinamici falliscono nel ripetere i sintomi ( C ); ripresa di sintomi irritativi della minzione, dolore vescicale, cistiti ricorrenti o sospetto di corpo estraneo (B)	Cistoscopia nella valutazione di base dell'incontinenza urinaria (B)
Esami ad immagini	Esami radiografici, ultrasonografici ed altri ad immagini dovrebbero essere effettuati per la valutazione delle condizioni anatomiche associate all'incontinenza urinaria quando clinicamente necessario ( C )	
Interventi comportamentali		
Programmazione della minzione	Programmazione della minzione, pianificabile su un apposito diario per i pazienti che non possono essere indipendenti nell'eliminazione ( C )	
Addestramento secondo le abitudini	Addestramento secondo le abitudini per i pazienti per i quali può essere determinato un naturale schema di minzione (B)	
Induzione della minzione	Induzione della minzione nei pazienti che possono imparare a riconoscere vari gradi di riempimento vescicale o la necessità di urinare o che possono chiedere assistenza o possono rispondere quando sollecitati ad urinare. I pazienti che sono appropriati per l'induzione alla minzione potrebbero non avere sufficienti funzioni cognitive per partecipare ad altre, più complesse terapie comportamentali (A)	

Addestramento vescicale	L'addestramento vescicale è fortemente raccomandato per la gestione dell'incontinenza da urgenza e mista. È anche raccomandato per la gestione dell'incontinenza urinaria da stress (A)	
Riabilitazione dei muscoli pelvici	<p>Gli esercizi per la muscolatura pelvica sono fortemente raccomandati nelle donne con incontinenza urinaria da stress (A)</p> <p>Gli esercizi per la muscolatura pelvica sono raccomandati negli uomini e nelle donne in associazione con l'addestramento vescicale per l'incontinenza da urgenza (B)</p> <p>Gli esercizi per la muscolatura pelvica potrebbero anche recare beneficio agli uomini che sviluppano l'incontinenza urinaria in seguito alla prostatectomia (C)</p> <p>Riabilitazione dei muscoli pelvici e inibizione della contrattilità vescicale usando il biofeedback per i pazienti con incontinenza urinaria da stress, da urgenza e mista (A)</p> <p>Addestramento con coni vaginali per l'incontinenza urinaria da stress nelle donne in premenopausa (B)</p> <p>La stimolazione elettrica del pavimento pelvico ha mostrato di ridurre l'incontinenza nelle donne con incontinenza urinaria da stress (B) e potrebbe essere utile per l'incontinenza da urgenza e mista (B)</p>	
Trattamento farmacologico		
Trattamento chirurgico		
Altre misure e presidi di supporto		
Cateterismo intermittente	<p>Cateterismo intermittente come misura di supporto per i pazienti con lesioni della colonna vertebrale, incontinenza urinaria persistente o con ritenzione urinaria cronica secondaria a vescica ipocontrattile o da ostruzione (B)</p> <p>Tecnica pulita per il cateterismo intermittente in individui giovani, di sesso maschile, con deficit neurologici (B)</p> <p>Tecnica sterile per il cateterismo intermittente nei pazienti anziani e nei pazienti con sistema immunitario compromesso (C)</p>	<p>L'uso routinario di terapia soppressiva con antibiotici a lungo termine nei pazienti che effettuano cronicamente cateterismo intermittente con tecnica pulita (B)</p> <p>Nella popolazione ad alto rischio, per esempio coloro con protesi interna o immunodepressi a causa dell'età o di patologie, l'uso di terapia antibiotica per la batteriuria asintomatica deve essere rivisto individualmente (C)</p>
	Come misura di supporto per i	

Cateteri a dimora	pazienti nei quali l'incontinenza è causata da un'ostruzione o per i quali altri interventi non siano fattibili (B) Pazienti incontinenti in fase terminale o pazienti con ulcere da decubito come trattamento a breve termine (B) Negli individui con severi deficit cognitivi nei quali interventi alternativi non sono possibili e quando un paziente vive da solo e un operatore non è disponibile a provvedere con altre misure di supporto (C)	
Cateteri sovrapubici	Per uso a breve termine in seguito a chirurgia ginecologica, urologica o altro o come alternativa all'uso di cateteri a lungo termine (B)	Gestione a lungo termine delle persone con instabilità o iperreflessia detrusoriale e insufficienza sfinterica intrinseca (B)
Dispositivi esterni	Per uomini e donne incontinenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Che hanno un adeguato svuotamento vescicale</li> <li>• Che hanno cute integra a livello genitale e</li> <li>• Nei quali altre terapie sono fallite o non sono appropriate (C)</li> </ul>	
Dispositivi di compressione peniena	I dispositivi di compressione peniena sono conosciuti per essere usati nella pratica clinica nel trattamento dell'incontinenza urinaria. Non è stata trovata letteratura scientifica a supportare l'uso di questi presidi. Gli esperti riconoscono l'uso temporaneo dei dispositivi di compressione peninea negli uomini in circostanze selezionate sotto la supervisione di un operatore sanitario (C)	
Dispositivi di supporto degli organi pelvici	Pessario per le donne che abbiano un prolasso sintomatico degli organi pelvici (C)	I dati non sono validi per raccomandare o scoraggiare l'uso del pessario per il trattamento dell'incontinenza urinaria nella donna (C)
Prodotti assorbenti	Durante la valutazione (C). Come aggiuntivo ad altre terapie (C). Per l'assistenza a lungo termine dei pazienti con incontinenza urinaria cronica e non trattabile (C)	
Gestione a lungo termine dell'incontinenza urinaria cronica non trattabile		
Cambiamenti fisici o dell'ambiente	Valutazione da parte dell'operatore delle condizioni in cui l'anziano o il paziente disabile vive. Semplici cambiamenti o l'aggiunta di presidi per l'eliminazione o la	

	deambulazione per eliminare o ridurre gli episodi di involontaria perdita d'urina (C) Strategie che mantengano o migliorino la mobilità per prevenire o ridurre gli episodi di incontinenza negli anziani fragili (B)	
Gestione dei liquidi e della dieta	Una dieta basata su un adeguato apporto di fibre e liquidi. L'eliminazione di fecalomi e la conseguente pressione sulla vescica e l'uretra come necessario primo passo nel trattamento dell'incontinenza urinaria cronica (C)	
Gestione della enuresi notturna	Misure preventive per ridurre le perdite d'urina notturne. Semplici presidi elettronici per la rilevazione di urina per un monitoraggio più efficiente ed efficace del paziente circa le perdite d'urina notturne (B)	
Interventi per la protezione e il comfort	I prodotti più assorbenti e dermatologicamente testati per la pelle. Tuttavia, non è stata trovata letteratura scientifica per guidare nella selezione dei prodotti più efficaci (C) Il cateterismo intermittente è preferibile ai cateteri a dimora per la gestione della ritenzione urinaria e l'incontinenza da sovradistensione (B) I cateteri sovrappubici come alternativa ai cateteri uretrali a dimora quando il paziente preferisca o le circostanze richiedano l'uso di un presidio di drenaggio vescicale (B)	
Assistenza della cute	Misure di pulizia della cute immediatamente prima e dopo la perdita d'urina (B) Pannoloni e indumenti intimi più assorbenti e dermatologicamente testati per la protezione dai danni alla cute (C)	
Educazione pubblica e professionale		
	Educazione esauriente e multidisciplinare al paziente circa l'incontinenza e tutte le alternative di gestione (C) Più ricerche per testare l'efficacia delle attività di educazione al paziente (C) Inclusione dell'insegnamento circa la valutazione ed il trattamento dell'incontinenza urinaria nei programmi di base dei piani di	

	tirocinio universitari e di perfezionamento degli operatori sanitari(C ) Formazione permanente circa l'incontinenza urinaria per gli operatori sanitari ( C )	
--	--	--

**TABELLA 6. Gestione infermieristica dell'IU ed "outpatients"3,4,5,13,14,15**

INTERVENTO INFERMIERISTICO	CARATTERISTICHE
Creare un ambiente confortevole per la visita ambulatoriale	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Provvedere alla privacy</li> <li>2. Creare occasioni e un'atmosfera che incoraggi il paziente a parlare del problema</li> <li>3. Prevedere appuntamenti di follow-up per rivalutare il paziente.</li> </ol>
Anamnesi	<p>OBIETTIVO: determinare esordio, durata, frequenza, severità e progressione per individuare causa e tipo di IU e stabilire i trattamenti più adeguati, anche attraverso la valutazione del diario minzionale</p> <p>Indagare<sup>4,5</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fattori precipitanti (interventi chirurgici, terapia radiante pelvica, traumi, ecc...)</li> <li>• Sintomi a carico delle basse vie urinarie (disuria, ematuria, dolore, ecc...)</li> <li>• Caratteristiche degli episodi di IU e delle minzioni (frequenza e volume)</li> <li>• Problemi clinici/interventi chirurgici (in particolare ostetrici e/o genito- urinari)</li> <li>• Farmaci assunti</li> <li>• Regime alimentare/assunzione di liquidi</li> <li>• Alvo (costipazione cronica, fecalomi)</li> <li>• Stato mentale e funzionale</li> <li>• Caratteristiche dell'ambiente di vita della persona</li> <li>• Effetti dell'IU sulla qualità della vita</li> <li>• Precedenti e/o correnti trattamenti dell'IU</li> <li>• Preferenze rispetto ai trattamenti</li> <li>• Aspettative</li> </ul>
Esame obiettivo* (cenni)	<p>Esame obiettivo pelvico, rettale e neurologico.</p> <p>Esame pelvico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nella donna include valutazione della cute perineale, problemi a carico del pavimento pelvico (prolasso uterino e vaginale, cistocele, enterocele, rettocele), modificazioni atrofiche della mucosa;</li> <li>• Nell'uomo valuta le condizioni della cute ed indaga anomalie del prepuzio, del glande e del perineo;</li> <li>• In entrambi effettuare la palpazione dei muscoli puborettale e pubococcigeo (viene chiesto alla persona di contrarre i muscoli pelvici contro il dito dell'operatore durante l'esame vaginale/rettale; perineometro); sono disponibili diverse scale cliniche per valutare la forza contrattile dei muscoli pelvici: tale valutazione è utile per l'iniziale prescrizione di esercizi e per la prognosi</li> </ul> <p>Esame rettale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valuta nella donna e nell'uomo: integrità dell'innervazione sacrale; sensibilità perianale, tono sfinterico; fecalomi; nell'uomo: riflesso bulbocavernoso e dimensioni e contorni della prostata</li> </ul> <p>Esame addominale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valuta distensione vescicale; dolorabilità sovrapubica; presenza di masse</li> </ul> <p>Esame neurologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stato mentale/umore e mobilità/abilità nei movimenti per valutare la capacità di provvedere autonomamente alla minzione; disordini neurologici (malattia di Parkinson, spondilosi lombare e cervicale, sclerosi multipla, neuropatia</li> </ul>

	<p>diabetica, idrocefalo normoteso, ecc...).</p> <p>Altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edemi agli arti inferiori; segni di insufficienza cardiaca congestizia (nicturia; enuresi notturna)</li> </ul>
Diario minzionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per 3-4 giorni: frequenza, ora e quantità delle minzioni e degli episodi di incontinenza. Momento importante nell'approccio iniziale poiché fornisce utili informazioni. Inoltre negli "outpatients" può avere effetti terapeutici: le persone, diventando più consapevoli dei loro schemi minzionali e delle circostanze che precipitano l'incontinenza, possono modificarli per migliorare effettivamente i sintomi.</li> <li>• Nelle successive settimane, fino al successivo controllo, può essere utile che il paziente tenga il diario minzionale.</li> </ul> <p>Il diario minzionale può avere diverse versioni<sup>1(Figure2)</sup>.</p>
Valutazione dei fattori ambientali e funzionali	Distanza dal bagno, altezza del water; abbigliamento; uso di bastoni e deambulatori, carrozzina.
Tests	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esami di laboratorio sulle urine</li> <li>2. Residuo post-minzionale: da determinare attraverso palpazione, cateterismo, ecografia pelvica. Range nella norma: 50-60 ml</li> <li>3. Test con assorbente perineale(PAD TEST): per documentare obiettivamente la presenza e la quantità della perdita di urina durante le regolari attività della giornata. Sono descritte varie modalità in letteratura, sia ambulatoriali che al domicilio.</li> <li>4. Stress test: durante l'esame obiettivo, per visualizzare direttamente la perdita di urina ed effettuare diagnosi differenziale di IU da stress. Viene chiesto alla persona di compiere, a vescica piena, alcuni sforzi in posizione litotomica o in piedi.</li> <li>5. Tests urodinamici</li> </ol>
Terapia conservativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Addestramento secondo le abitudini: nelle persone con deficit cognitivi. È basato su una scheda ad orari ed il paziente è addestrato ad andare in bagno ad urinare, se è presente o meno la sensazione d'urgenza. L'obiettivo è che il paziente urini prima dell'usuale episodio di incontinenza. La scheda è basata sugli schemi di minzione del singolo e sulla loro relazione con gli episodi di incontinenza (diario minzionale);</li> <li>2. Addestramento vescicale: nelle persone cognitivamente intatte e motivate (generalmente "outpatients"). Incoraggia ad adottare un più lungo intervallo fra le minzioni insegnando a resistere o inibire la sensazione di urgenza. TECNICA: un metodo consiste in un lento e profondo respiro per rilassarsi e ridurre o eliminare l'urgenza; oppure si insegna al paziente a fare cinque o sei veloci contrazioni dei muscoli pelvici ("flicks"). L' "inibizione appresa" deve essere praticata a casa quando si verifica l'urgenza ad urinare o prima di urinare. Il protocollo consiste in sei settimane di programma con visite ambulatoriali di controllo settimanali (progressi, aggiustamento del diario minzionale, tecniche di rinforzo positivo e supporto). Gli intervalli sono gradualmente aumentati per ripristinare la continenza e/o un normale schema minzionale. EDUCAZIONE: discussione sulla fisiologia e fisiopatologia della minzione<sup>22</sup>; descrizione del protocollo; sottolineare la capacità personale di ciascuno a controllare l'urgenza.</li> <li>3. Esercizi per la muscolatura pelvica (nello specifico muscolo pubococcigeo): nelle persone con incontinenza da stress e da urgenza (in particolare dopo il parto). I pazienti (generalmente "outpatients") vanno istruiti ad usare tale tecnica prima di starnutire, tossire, fare sforzi o alzarsi, oppure quando è percepita una forte urgenza ad urinare. Questo aiuta a rinviare l'urgenza, così che la persona possa recarsi in bagno. TECNICA: sviluppare una prescrizione di esercizi individualizzata basata sulla capacità della persona di eseguire la contrazione (durata e forza); può variare rispetto al tipo (corta o prolungata), durata, numero, frequenza e posizione della pratica, associazione con il biofeedback o con i coni vaginali e durata del programma. L'esercizio prevede da 50 ad 80 contrazioni prolungate (10 secondi) con un uguale periodo di riposo, per 2 o 3 volte al giorno, per un</li> </ol>

	<p>periodo che vada dalle 12 alle 24 settimane. In aggiunta si possono eseguire i “flicks”. Esiste anche una tecnica (utilizzabile nella lieve o moderata IU da stress) definita “Knack”<sup>11</sup>, che consiste nel contrarre intenzionalmente i muscoli pelvici prima e durante una attività fisica stressante (come può essere un colpo di tosse). <b>EDUCAZIONE:</b> è la chiave per il successo dell’intervento. Pochi sono capaci di contrarre correttamente i loro muscoli pelvici solo sulla base di un addestramento verbale: gli errori principali includono l’uso della manovra di Valsalva e la contrazione di addominali, glutei e cosce con il rischio di peggiorare l’IU. Perciò si associano biofeedback e stimolazione elettrica. È comunque altrettanto importante che l’infermiere incoraggi il paziente ad avere fiducia in sé e nella buona riuscita.</p> <p>4. <b>Biofeedback:</b> nelle persone cognitivamente intatte e motivate, che vogliono essere coinvolte attentamente nel percorso terapeutico. Spesso usato in combinazione con l’addestramento vescicale o altre tecniche comportamentali per identificare ed isolare i muscoli pelvici. Permette ai pazienti di verificare la risposta di ciò di cui hanno poco o nessuna conoscenza o consapevolezza e li aiuta ad imparare a contrarre i muscoli pelvici ed a inibire le contrazioni della vescica. <b>TECNICA:</b> è di solito una terapia intensiva ed individualizzata effettuata con sedute settimanali o più frequenti. Può essere effettuato in ambulatorio o al domicilio. In letteratura non emerge un modello univoco di trattamento.</p> <p>5. <b>Coni vaginali</b><sup>37</sup>: nelle donne in pre- menopausa. Usati per aiutare nell’addestramento dei muscoli pelvici. I 5 coni hanno identica forma, ma il loro peso va da 20 gr a 100 gr. <b>TECNICA:</b> viene insegnato alle donne di inserire il peso più leggero in vagina e di trattenerlo per massimo 15 minuti, due volte al giorno. Si passa ai più pesanti quando la forza dei muscoli aumenta;</p> <p>6. <b>Stimolazione elettrica:</b> nel trattamento dell’incontinenza da stress e da urgenza e nell’instabilità del detrusore (aumenta la resistenza uretrale, la forza dei muscoli pelvici e inibisce la contrattilità vescicale). È utile nell’insegnare ai pazienti come contrarre correttamente i loro muscoli pelvici, in particolare in coloro con muscoli deboli o con poca consapevolezza di dove si trovino. Poiché la bassa dose di corrente elettrica causa l’involontaria contrazione dei muscoli pelvici, la stimolazione elettrica offre una forma passiva di esercizio degli stessi e quindi aumenta nella persona la consapevolezza di tali muscoli. Può essere utilmente combinata al biofeedback (che invece rinforza la contrazione volontaria e può essere praticata indipendentemente dalla stimolazione elettrica) o ad altre tecniche comportamentali. <b>TECNICA:</b> a domicilio 15-30 minuti 2 volte al giorno; in ambulatorio per un breve periodo di tempo intensivamente o per alcune settimane.</p> <p>7. <b>Interventi di supporto</b><sup>33</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dieta:</b> ridurre o eliminare la caffeina (consigliare prodotti decaffeinati), contenuta negli alimenti (cioccolata) e nelle bevande (caffè, te, Pepsi, Coca Cola); adeguato apporto di liquidi (restrizione serale nelle persone con nicturia ed enuresi notturna);</li> <li>• Nelle persone con edemi declivi: giacere distesi e sollevare le gambe durante il giorno;</li> <li>• <b>Prodotti assorbenti</b> di vari tipi e dimensioni; <b>indumenti intimi specifici;</b> pessari e dispositivi meccanici vaginali (educare ad inserire, rimuovere e pulire il presidio; prevedere controlli regolari per valutare problemi conseguenti all’uso: infezioni del tratto urinario, difficoltà ad urinare, disagio, lesioni); cateterismo intermittente/a permanenza; dispositivi esterni (condom urinari) solo negli uomini.</li> </ul>
--	---

\*l’intervento è stato descritto, ma non fa propriamente parte dell’ambito di competenza infermieristica italiano

**TABELLA 7. Gestione infermieristica per sotto- tipo di IU ed “outpatients”<sup>1,2,3,5</sup>.**

TIPO DI INCONTINENZA	INTERVENTO
Stress	Interventi comportamentali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Addestramento vescicale, induzione della minzione</li> <li>• Esercizi per i muscoli pelvici</li> <li>• Biofeedback</li> <li>• Coni vaginali</li> <li>• Stimolazione elettrica</li> </ul>
Urgenza	Interventi comportamentali: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Addestramento vescicale (anche nella urgenza- frequenza senza sintomi), programmazione della minzione, addestramento secondo le abitudini, induzione della minzione</li> <li>• Esercizi per i muscoli pelvici</li> <li>• Biofeedback</li> <li>• Stimolazione elettrica</li> <li>• Altro (es. gestione dei liquidi)</li> </ul>
Mista (da urgenza e stress)	Combinazione degli interventi come sopra: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Addestramento vescicale</li> <li>• Biofeedback</li> <li>• Stimolazione elettrica</li> </ul>
Da sovradistensione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rieducazione vescicale</li> <li>• Cateterismo intermittente</li> <li>• Cateteri a permanenza</li> </ul>
Funzionale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi comportamentali (dipendenti dall'operatore: programmazione della minzione, addestramento secondo le abitudini, induzione della minzione)</li> <li>• Cambiamenti ambientali</li> <li>• Indumenti intimi e assorbenti specifici per l'incontinenza</li> <li>• Dispositivi esterni</li> <li>• Cateteri a permanenza (solo pazienti selezionati)</li> </ul>