

Testo tratto da:

"Un percorso integrato verso livelli di qualità essenziale dell'assistenza erogata". La proposta della Fondazione Italiana Continenza.

Revisione 2013 a cura di A. V. Bono

L'incontinenza urinaria, definita come perdita involontaria di urina, interessa, secondo i dati del 2006, più di cinque milioni di cittadini in Italia : il 20-30% delle donne e il 2-11% dei maschi in età adulta. Tale percentuale nelle donne sale al 32-64% durante la gravidanza e al 55% nella popolazione anziana istituzionalizzata di entrambe i sessi. Nonostante la diffusione del problema, nel 2006 risultava che solo il 43% delle persone affette richiedeva un parere ad un professionista confermando che questo problema era ed è ancora un tabù che si accompagna a senso di colpa e vergogna portando all'isolamento dei soggetti affetti e all'istituzionalizzazione degli anziani. I costi sono importanti sia da un punto di vista psico-sociale, per il livello di sofferenza dell'individuo e dei famigliari, sia dal punto di vista socio-economico.

Evidentemente l'incontinenza comporta costi per l'approccio terapeutico, anche se solo poco più di un terzo dei pazienti accede alle terapie disponibili. Se ne può dedurre che la percentuale più sopra citata (43%) è probabilmente approssimata per difetto. Pur non essendo direttamente menzionata tra gli obiettivi di salute del 2006-2008 e successivi, l'incontinenza urinaria è una condizione morbosa correlata ad alcune patologie citate e trasversale rispetto all'invecchiamento, alla disabilità, alla prevenzione, alla salute della donna e dell'infanzia.

L'elevata diffusione e la trasversalità del problema creano la necessità di delineare percorsi di diagnosi e cura basati sui presupposti dell'appropriatezza, sicurezza e prove di efficacia omogenei e condivisi nell'ambito delle reti assistenziali integrate. Questo permetterebbe di declinare i Livelli Essenziali di Assistenza in qualità ed appropriatezza dell'assistenza erogata, omogeneità territoriale dell'offerta, accessibilità dei cittadini alle prestazioni.

Attualmente in Italia esiste un modello organizzativo di riferimento costituito dalla Rete Regionale dei Centri per l'incontinenza Piemontese che realizza una efficace ed efficiente gestione di questa condizione morbosa incentrata sulla adozione di linee di indirizzo condivise, sulla appropriatezza delle prestazioni erogate e sull'interscambio di informazioni tecniche ed operative in linea con le linee guida internazionali.

A tal proposito la Fondazione Italiana Continenza ha approntato un documento che specifica i compiti e le caratteristiche di tali Centri suddividendoli in tre livelli sulla base delle prestazioni erogate. La creazione di tali reti ha come obiettivo primario l'appropriatezza delle prestazioni e delle forniture di ausili e cateteri e pertanto di migliorare la risposta socio-sanitaria alla persona con incontinenza, tenendo in conto da un lato dell'esistente, dall'altro della limitatezza contingente delle risorse finanziarie.

Secondo i principi della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, nota come ICF [1], l'Incontinenza Urinaria rappresenta una grave perdita di abilità sia in termini di perdita di funzione sia di limitazione di attività e restrizione della partecipazione alla vita sociale. I fattori contestuali, ambientali e individuali, hanno un notevole impatto sulla persona, in particolare quando l'Incontinenza Urinaria interessa soggetti che richiedono un alto grado di protezione socio-sanitaria, quali pazienti con disabilità neurologiche o soggetti anziani non autosufficienti. La determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ha introdotto un forte sistema di garanzia riguardante le erogazioni delle prestazioni sanitarie che devono essere fornite dal Servizio Sanitario Nazionale e, al tempo stesso, ha posto le basi per l'uniforme distribuzione dei servizi su tutto il territorio nazionale. I servizi per la Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'Incontinenza Urinaria sono compresi a vari livelli nell'Assistenza Distrettuale e nell'Assistenza Ospedaliera, ma resta da definire la reale soddisfazione dei bisogni dei cittadini per quanto riguarda l'equità del sistema, le modalità degli interventi in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni.

Inquadramento della patologia: epidemiologia e impatto economico L'Incontinenza Urinaria, definita dall'International Continence Society come perdita involontaria di urina, rappresenta una condizione in grado di compromettere la qualità della vita di chi ne è affetto e, nei casi più complessi, mettere a repentaglio la vita stessa delle persone. Tale patologia ha risvolti medici, sociali e relazionali rilevanti. Essa investe la popolazione sia femminile sia maschile, in età adulta, geriatrica e pediatrica e, con più alta incidenza, la popolazione affetta da patologie neurologiche.

L'incontinenza è un tema infrequentemente affrontato, sovente sottovalutato, considerato poco attraente e persino tabù: infatti il 57,2% di chi soffre di incontinenza urinaria non ha mai parlato del problema con la famiglia, né con amici/amiche.

Spesso l'incontinenza viene trascurata, non diagnosticata e trattata inadeguatamente. Cruciale è in questo senso la diffusione della conoscenza dei possibili trattamenti dell'incontinenza, anche attraverso campagne per una scelta informata. A questo proposito risulta da una ricerca della Fondazione che 71,4% degli Italiani si dichiarano poco o per niente informati circa l'incontinenza urinaria ed i suoi problemi. Ricerche epidemiologiche svolte in Italia rilevano che le persone affette da Incontinenza Urinaria difficilmente chiedono un parere competente. Le ricerche relative alla popolazione di una azienda sanitaria del Veneto, evidenziavano che solo il 25% delle persone affette da incontinenza si era rivolto ad un medico; la ricerca SWG- Fondazione italiana continenza, svolta nel 2005 e relativa a 3.000 italiani, indicava inoltre che solo il 43% delle persone colpite dalla patologia aveva richiesto un parere ad un professionista. Tale situazione non appare sostanzialmente mutata in tempi recenti.

Anche se legata prevalentemente all'invecchiamento, l'incontinenza non dovrebbe esserne considerata una conseguenza inevitabile, ma potrebbe essere prevenuta e correttamente gestita con modalità adeguate a preservare il più possibile la qualità della vita e ad evitare complicanze. La componente legata alla maternità - la gravidanza ed il parto rappresentano fattori di rischio per l'insorgenza dell'incontinenza urinaria, sia nell'immediato che negli anni successivi. L'alterazione dell'immagine di sé della donna, legata all'insorgere dell'incontinenza, può contribuire al peggioramento della componente depressiva post-partum.

I segnali del disagio sono perdita di autostima, vergogna e silenzio. Parlarne quindi è utile, soprattutto per la parte di popolazione più giovane, per la necessità di abbattere il tabù, per trovare conforto e per attivarsi verso una soluzione del problema nelle fasi precoci, quando intervenire in via risolutiva è ancora possibile. Il danno psicologico in queste fasce di età, colpite da incontinenza lieve e moderata, può essere considerato il danno maggiore. Solo in tempi molto recenti si è iniziato ad affrontare il tema e quindi a proporre alcune soluzioni moderne nel settore dell'assorbente talora veicolato attraverso i grandi mezzi di comunicazione, quale la televisione.

Le ricerche fino ad oggi condotte riguardano prevalentemente la donna, in quanto la patologia interessa maggiormente la popolazione femminile, e gli studi sull'incontinenza maschile si sono intensificati solo negli ultimi anni. Le differenze tra i risultati riportati in letteratura possono dipendere dal diverso campionamento della popolazione, dalla differente definizione e misurazione dell'Incontinenza Urinaria, dalla metodologia della ricerca (telefonica, postale, ordine delle domande), dall'inclusione o meno nel campione della popolazione residente in strutture assistenziali. Tutte queste variabili creano difficoltà ai tentativi di sintetizzare i dati delle ricerche epidemiologiche, che offrono risultati con ampie variazioni della stima di prevalenza, anche nei casi in cui sono state utilizzate definizioni di incontinenza comparabili.

Prevalenza dell'incontinenza nella donna

Dalle più recenti analisi della prevalenza dell'incontinenza nella donna risulta come sia difficile ottenere dati epidemiologici precisi, in quanto tra le varie analisi sussistono importanti differenze tra le popolazioni considerate ed anche le metodologie di ricerca sono spesso diverse. Infatti la prevalenza risulta compresa tra circa il 14% ed oltre il 68%.

Prevalenza dell'incontinenza nell'uomo

È stata oggetto di studi recenti, volti principalmente ad analizzarne la correlazione con la prostatectomia in quanto, insieme all'invecchiamento, è il principale fattore di rischio nell'uomo. È noto che, al di sopra dei 70 anni la maggioranza degli uomini presenta, in misura variabile, una iperplasia prostatica istologicamente rilevabile. Questa condizione talora determina sintomi anche rilevanti a carico del basso sistema urinario (LUTS) che

possono condurre all'incontinenza. Nei soggetti sottoposti a prostatectomia radicale (RP), l'incontinenza urinaria permane a distanza di un anno dall'intervento, nel 10-15% dei casi. L'incontinenza iatrogena riconosce altre cause oltre alla RP: la resezione endoscopica della prostata (TURP) e la radioterapia con prevalenza dell' 1-16% [14]. I risultati dei vari studi presentano ampie variazioni della prevalenza globale, comprese fra il 2% e il 11% [12]. Anche per l'uomo gli studi dimostrano un incremento della prevalenza e della gravità dell'incontinenza urinaria al crescere dell'età, con una curva di crescita ancor più rapida che nella donna.

Prevalenza dell'incontinenza nella popolazione italiana

I dati disponibili portavano a stimare nel 2006 in oltre quattro milioni il numero delle persone affette da Incontinenza Urinaria a vari livelli (vedi oltre). La ricerca epidemiologica di Pagano sulla prevalenza dell'incontinenza Urinaria tra la popolazione dell'asl di Padova, effettuata tramite l'invio postale di un questionario, a soggetti di età superiore a 5 anni, ha riportato una prevalenza della incontinenza urinaria nella popolazione generale del 13%: rispettivamente del 17% nel sesso femminile e del 9% in quello maschile. La distribuzione rilevata per classi di età conferma la preminenza nella donna anziana. Riguardo alla richiesta di consulenza, solo il 24,3% delle donne incontinenti aveva consultato il medico; il 14,2% si era sottoposta ad accertamenti e il 6,9% aveva eseguito cure mediche specifiche. La Ricerca Demoscopica della Fondazione italiana continenza, svolta da SWG a luglio 2005 [4], con interviste telefoniche a 3.000 italiani fra i 18 e i 70 anni (1480 uomini e 1520 donne), ha riportato una prevalenza sulla popolazione esaminata del 7,1%. La suddivisione per sessi rivela una prevalenza del 12,3% per la popolazione femminile e del 1,8% per quella maschile. La ricerca evidenzia inoltre che solo il 43% degli intervistati che soffrono di incontinenza ha parlato con un medico della propria patologia.

Gli interventi di prevenzione nell'ambito dell'incontinenza urinaria riguardano sia la possibilità di identificare e combattere i fattori di rischio (Prevenzione Primaria) che la presa in carico precoce (Prevenzione Secondaria). L'Incontinenza Urinaria riguarda, come è noto, prevalentemente il sesso femminile, può affliggere le donne durante la gravidanza e può perdurare, insorgere successivamente al parto o comparire negli anni seguenti. Le alterazioni che fisiologicamente avvengono durante la gravidanza e la possibile lesione durante il parto delle strutture muscolari, nervose e fascio legamentose, creano le condizioni per l'insorgere della patologia. La salute delle donne ha una rilevanza centrale anche nel New Deal per la Salute [21] presentato dal Ministro Turco nel 2006, e una particolare attenzione potrebbe essere dedicata al problema dell'incontinenza urinaria correlata alla maternità; il progetto sulla Salute della donna dovrebbe tenere conto di tale

patologia che colpisce molto frequentemente la donna in un momento particolare della sua vita, come la gravidanza ed il post partum. E auspicabile che in futuro i Piani Sanitari Nazionali possano riservare all'incontinenza urinaria un' enfasi adeguata, sottolineandone l' elevata diffusione e la necessità di delineare percorsi idonei di Prevenzione, Diagnosi e Cura. A questo proposito il concetto di reti assistenziali integrate, ribadito nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, potrebbe ben adattarsi alla necessità di assicurare una risposta adeguata sul piano quantitativo e qualitativo ad una patologia di interesse multidisciplinare, l' incontinenza urinaria, che presenta una incidenza e prevalenza molto rilevanti, nel contesto della popolazione generale.

La Fondazione italiana continenza ha collaborato con la Regione Piemonte per la realizzazione di un modello assistenziale ed organizzativo che, attraverso la costruzione della Rete dei Centri per la Prevenzione Diagnosi e Cura dell'Incontinenza Urinaria garantisce l' assistenza ai pazienti al meglio delle attuali potenzialità, diffondendo protocolli diagnostico- terapeutici consolidati.

Tale Rete di Centri ha avuto come conseguenza e conduce prospetticamente alla adeguatezza delle prestazioni erogate ed ha un impatto positivo sulla appropriatezza clinica mediante l' ottimizzazione dell'attività assistenziale. La Rete dei Centri consente inoltre la discussione e l' adozione di protocolli diagnostici e terapeutici condivisi e promuove l' integrazione delle competenze garantendo non solo un approccio multidisciplinare, ma anche lo sviluppo di programmi di ricerca per l' acquisizione di nuove conoscenze trasferibili alla pratica clinica, migliorando le possibilità di cure laddove oggi inadeguate. In sintesi la Fondazione italiana continenza auspica che tutte le Regioni attivino Gruppi di approfondimento tecnico, laddove assenti, per promuovere le linee di indirizzo, qui di seguito riassunte per impostare una efficace ed efficiente gestione della patologia, volta alla ricerca della appropriatezza delle prestazioni. Tali linee possono essere così riassunte.

Modello organizzativo di una Rete Regionale dei Centri, realizzato nella Regione Piemonte

1. Il modello della Rete Regionale dei Centri, realizzato nella Regione Piemonte Nel 2003, dalla collaborazione fra Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte e Fondazione italiana continenza, è iniziata un' esperienza, approvata nell'approvazione del DGR n. 40/12566 del 2004, riguardante la creazione di una Rete transdisciplinare e multi professionale di Centri per la Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'incontinenza Urinaria, i cui obiettivi sono individuabili in tre grosse categorie. Quantificazione della domanda e definizione delle sue caratteristiche Qualificazione della risposta in termini di competenza specifica e di multidisciplinarietà e della valutazione della sua efficacia terapeutica Diagnosi precoce ed intervento tempestivo L' idea di partenza è stata quella di individuare un modello assistenziale ed organizzativo che fosse adeguato alla realtà italiana. La

popolazione di riferimento per la Rete Regionale di Centri è rappresentata dalle persone affette da Incontinenza Urinaria residenti nella Regione Piemonte. La costituzione della Rete Regionale dei Centri in Piemonte prevede i seguenti passaggi: istituzione di una commissione costituita da funzionari della Regione e membri della Fondazione definizione del modello organizzativo e Centri dei requisiti per l'identificazione dei Centri, con deliberazione della Giunta Regionale, del Progetto di Rete di Centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria identificazione dei Centri della rete secondo i criteri previsti dal modello incontri periodici tra i presidi della rete per la condivisione e diffusione dei protocolli

verifica periodica della rispondenza dei centri ai requisiti richiesti elaborazione di un sistema informatico per il monitoraggio demografico e clinico e della attività della rete valutazione periodica dell'attuazione delle procedure, dei risultati terapeutici e dell'efficienza del modello organizzativo nel suo complesso condivisione di un piano formativo per personale medico, infermieristico e fisioterapico sviluppo di azioni per migliorare le possibilità di cura, attivando una collaborazione tra clinici e ricercatori nel campo dell'applicabilità, efficacia, sicurezza, impatto clinico, economico ed organizzativo di nuove evidenze Il progetto mira a ricercare la fattibilità di un modello assistenziale ed organizzativo e le modalità di realizzazione dello stesso. Con la costruzione di tale modello è possibile acquisire una conoscenza sull'impatto che tale organizzazione può avere sulla appropriatezza clinica e sulla adeguatezza delle prestazioni erogate, monitorando ed ottimizzando l'attività assistenziale. Le conoscenze acquisite in merito al funzionamento di tale modalità organizzativa dovrebbero porre le basi per l'esportazione di tale modello anche ad altre Regioni In particolare la costruzione della Rete per la Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'incontinenza Urinaria deve garantire l'assistenza ai cittadini al meglio delle attuali potenzialità, diffondendo e consolidando protocolli diagnostici e terapeutici. D'altro canto la valutazione dell'efficacia ed appropriatezza degli stessi non si esaurisce in un singolo progetto e la rete può fornire il tessuto di continuità necessario per il futuro. Inoltre la rete deve promuovere l'integrazione delle competenze, non solo per garantire un approccio multi e transdisciplinare, ma anche per perseguire maggiori possibilità di successo nella ricerca. In tal senso la creazione di un network di strutture consente di sviluppare programmi di ricerca per l'acquisizione di nuove conoscenze trasferibili alla pratica clinica della rete e del Servizio Sanitario Nazionale, migliorando le possibilità di cura laddove oggi inadeguate. La realizzazione di una Rete multidisciplinare Regionale di Centri consente di ottenere informazioni sulla popolazione di incontinenti che si rivolgono ai centri stessi e sulle risposte sanitarie fornite, consentendo sia il trasferimento di tali informazioni agli elementi della rete che di adeguare nel tempo la risposta sanitaria, grazie ad un costante interscambio tra gli specialisti. Il modello organizzativo della Rete di servizi per la Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'incontinenza ha come scopo il raggiungimento degli obiettivi enunciati. Il modello regionale Piemontese si basa sulla costituzione di una Rete di Centri a tre livelli.

Il primo livello comprende Centri ambulatoriali periferici multispecialistici per l'incontinenza, che prevedono la contestuale presenza di: specialista urologo e/o ginecologo (centri solo per incontinenza femminile, in caso di presenza del solo specialista ginecologo), dedicato per almeno 6 ore alla settimana specialista fisiatra, dedicato per almeno 6 ore alla settimana infermiere professionale con specifiche competenze in uro-

riabilitazione fisioterapista esperto in riabilitazione perineale Tali centri prevedono un attività di diagnosi e trattamento espletata in tempi e spazi specificamente dedicati all incontinenza. I centri devono inoltre essere in grado di effettuare una valutazione urodinamica e disporre di strumenti per la riabilitazione perineale. Infine devono essere direttamente collegati ad una struttura di Urologia e/o Ginecologia per il trattamento chirurgico delle forme meno complesse di incontinenza. E inoltre auspicabile la collaborazione con altri specialisti, quali il proctologo. I Centri costituiscono il riferimento per i medici di medicina generale, per gli altri specialisti e figure professionali, in caso di non gestibilità del paziente da parte degli stessi.

Il secondo livello prevede Centri mono-specialistici per la risoluzione di casi a maggiore complessità clinica, così articolati: centri urologici di riferimento per il trattamento di casi complessi di incontinenza maschile e femminile, con almeno due posti letto dedicati. Tali Centri, individuati nell'ambito delle varie strutture di Urologia, devono essere in grado di affrontare sia a livello diagnostico che terapeutico i casi più complessi di incontinenza maschile e femminile, quali quelli che prevedono una chirurgia maggiore (impianto di sfintere artificiale, enterocistoplastica di ampliamento e di sostituzione) centri ginecologici di riferimento per i casi di maggiore complessità uroginecologica, quali quelli secondari ad una grave alterazione della statica pelvica. Anche tali Centri, individuati nell ambito delle varie strutture di Ginecologia, devono prevedere almeno due posti letto dedicati centri fisiatrici di riferimento, in grado di affrontare dal punto di vista riabilitativo i casi più complessi, quali quelli secondari a patologie neurologiche congenite o acquisite (ad eccezione di quelle di pertinenza dell'unità spinale), con almeno due posti letto dedicati. Tali Centri, individuati nell'ambito di strutture di Medicina Fisica e Riabilitazione devono prevedere almeno tre posti letto dedicati e devono essere inseriti in Aziende Ospedaliere o ASL dotate di una struttura di Urologia.

Il terzo livello è costituito da un Centro di Neuro-Urologia/Unità Spinale dedicato ai casi più complessi, quale ad esempio la mielolesione, ed in grado di prevedere terapie più complesse, quali la neuromodulazione sacrale ed interventi di neuro-urochirurgia. Lo stesso deve inoltre coordinare l'intera Rete e collaborare con l'Assessorato alla Sanità per la raccolta dei dati provenienti da tutti i Centri con le seguenti finalità: raccogliere i dati clinico-epidemiologici provenienti da tutti i Centri (osservatorio) monitorare e quantificare le attività svolte dai Centri diffondere ed implementare l'utilizzo di linee guida e raccomandazioni concordare le attività formative per il personale sanitario concordare piani educazionali per i cittadini.

Riabilitazione.

**La proposta della Fondazione Italiana Continenza per una rete nazionale di centri per la riabilitazione dell Incontinenza Urinaria
a cura di Antonella Biroli ed Elena Maria Bertolucci**

Il progetto della Fondazione italiana continenza in merito all'argomento della Riabilitazione prevede l'istituzione di una Rete nazionale di Centri, accreditati dalla Fondazione stessa, dedicati specificatamente alla attività di tipo riabilitativo nei pazienti incontinenti, cercando così di colmare una evidente carenza in tale ambito. Premesse Da oltre 10 anni la Fondazione italiana continenza si configura come ente senza fini di lucro con l'obbiettivo di contribuire a sensibilizzare i pubblici di riferimento sulle tematiche dell'Incontinenza, patologia che affligge milioni di persone, giovani ed anziani, uomini e donne, che necessitano di informazioni e strumenti atti a comprendere la patologia stessa, combattere i pregiudizi che la circondano, contribuire ad alleviare il serio impatto psicologico della patologia sugli stessi pazienti e sui loro famigliari. Un disagio psicologico spesso aggravato dalla mancanza di informazioni puntuali ed approfondite. Gli obbiettivi della Fondazione italiana continenza sono: sensibilizzare tutti i pubblici di riferimento sulle tematiche dell'Incontinenza identificare i bisogni dei pazienti e le possibili soluzioni aiutare i pazienti a migliorare la qualità di vita ed a superare gli aspetti più critici della patologia migliorare l'educazione sanitaria dei cittadini in materia di Incontinenza contribuire alla preparazione degli Operatori Sanitari e sostenere il principio della qualità dei servizi e delle strutture sanitarie ed istituzionali in termini di prevenzione, riabilitazione e cura promuovere la ricerca organizzata, l'istituzione di figure professionali specifiche e la sperimentazione scientifica svolgere un ruolo attivo in qualità di interlocutore del Ministero della Salute e delle altre istituzioni governative, per tutti i temi relativi all'Incontinenza Urinaria. Nell'ambito dei propri scopi statutari la Fondazione si è posta come obbiettivo quello di stimolare e collaborare con le istituzioni governative regionali per la creazione di Reti regionali di Centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria. Purtroppo le difficoltà incontrate a livello politico locale hanno reso il compito di difficile e lenta attuazione ed a tutt'oggi (Aprile 2013) tale obbiettivo è stato raggiunto solo nella Regione Piemonte.

Per questo motivo, pur conservando come obbiettivo principale quello di cui sopra, in considerazione della evidente e notevole carenza a livello nazionale di strutture che assolvano ai bisogni riabilitativi delle persone con incontinenza urinaria, a fronte di una discreta copertura delle richieste di intervento in ambito Urologico ed Uro-Ginecologico, la Fondazione propone l'istituzione di Centri, accreditati dalla Fondazione stessa, dedicati specificatamente alla attività di tipo riabilitativo nei pazienti incontinenti. Tali Centri, per poter ottenere l'accreditamento, dovranno essere in possesso di precisi requisiti minimi stabiliti dalla Fondazione che si pone come obbiettivo anche quello di aiutare le strutture motivate a raggiungere tali criteri. Il supporto può essere orientato sia a livello organizzativo ed amministrativo, sia a livello di formazione del personale. Le istituzioni regionali non saranno coinvolte direttamente per il raggiungimento di tale obbiettivo ma potrebbero essere utilizzate come veicolo di diffusione di questionari, decaloghi, mappatura dell'esistente, ecc. La Rete deve anche assicurare la possibilità di mantenere relazioni tra i Centri per la definizione, condivisione, implementazione di modalità organizzative, di procedure e protocolli comuni.

1. Descrizione dei requisiti

Il Centro deve essere caratterizzato dalla presenza di una équipe interprofessionale per la variabilità e la peculiarità delle competenze di ciascuna delle figure necessarie: Fisiatra esperto in ambito pelvi-perineale Fisioterapista esperto in riabilitazione pelvi-perineale

Infermiere esperto in uro-riabilitazione Il Centro deve inoltre avere un collegamento funzionale con una struttura di Urologia e di Uro-Ginecologia che possano assicurare un valido percorso valutativo e diagnostico per quanto di loro competenza per i pazienti che accedono al Centro direttamente inviati dal Medico di Medicina Generale. Nel caso in cui il Centro di riabilitazione fosse direttamente collegato con una struttura urologica, esso potrà occuparsi di pazienti di sesso maschile e femminile mentre, ovviamente, sarà dedicato al solo sesso femminile se sarà in relazione con una struttura di Uro-Ginecologia. Il Centro riabilitativo dovrà disporre di spazi e tempi dedicati adeguati all'attuazione delle visite mediche ed alla riabilitazione della incontinenza, di ambulatori per il trattamento individuale e di uno spazio più grande da adibire a palestra per le attività di gruppo. Dovranno infine essere disponibili attrezzature adeguate (uroflussimetro, bladder-scan, apparecchiature di Bio-Feedback, elettrostimolatori, ecc.).

Al Centro afferiscono le persone affette da incontinenza urinaria e da disfunzioni del basso apparato urinario, indirizzate direttamente dal Medico di Medicina Generale (MMG) oppure inviate da strutture di Urologia o di Ginecologia presso le quali sia stata già delineata, a seguito di un percorso diagnostico adeguato, una diagnosi clinica e posta l'indicazione ad una valutazione riabilitativa. Qualora il paziente sia stato inviato dal MMG, il necessario inquadramento diagnostico sarà attuato dallo specialista urologo e/o uroginecologo presso il centro stesso o nella struttura di Urologia e/o Uroginecologia di riferimento. Lo specialista Fisiatra, poi, porrà o meno indicazione al trattamento riabilitativo stilando il progetto terapeutico/riabilitativo più idoneo. In sintesi, nell'ambito dell'organizzazione la definizione delle competenze professionali consente una corretta indicazione del percorso riabilitativo valutativo e terapeutico: Il triage effettuato anche telefonicamente dall'infermiere permette di caratterizzare per gravità/urgenza ogni singolo caso e di fornire eventuali prime indicazioni da attuare in attesa della visita. Il ruolo dell'infermiere continuerà ad essere fondamentale anche nel corso dell'intero iter riabilitativo per quanto di sua competenza (diario minzionale, terapia comportamentale, flussimetria, valutazione del residuo vescicale post-minzionale, ecc.) La valutazione urologica/ginecologica (eseguita presso strutture funzionalmente collegate al Centro) consente l'inquadramento clinico/diagnostico specialistico, la richiesta di ulteriori accertamenti e l'eventuale proposta di presa in carico riabilitativa. La valutazione fisiatrica consente di inquadrare il paziente dal punto di vista riabilitativo, di porre l'indicazione ad una presa in carico riabilitativa e ad eventuali ulteriori accertamenti, di definire il progetto riabilitativo, di effettuare il counseling ed altre terapie di tipo medico; lo specialista Fisiatra effettua anche valutazioni periodiche nel corso dell'iter riabilitativo ed al termine dello stesso il trattamento effettuato dal Fisioterapista comprende anche le valutazioni funzionali mirate al raggiungimento dell'obiettivo terapeutico e nell'ambito della scelta delle tecniche più idonee per il singolo paziente. Al termine del trattamento la rivalutazione clinica fisiatrica definirà la conclusione/prosecuzione/variazione del percorso riabilitativo l'eventuale nuovo invio all'Urologo o al Ginecologo di riferimento per la individuazione di altre soluzioni terapeutiche (interventi chirurgici, neuromodulazione, ecc.)

La valutazione fisiatrica consente di inquadrare il paziente dal punto di vista riabilitativo, di porre l'indicazione ad una presa in carico riabilitativa e ad eventuali ulteriori accertamenti, di definire il progetto riabilitativo, di effettuare il counseling ed altre terapie di tipo medico; lo specialista Fisiatra effettua anche valutazioni periodiche nel corso dell'iter

riabilitativo ed al termine dello stesso Il trattamento effettuato dal Fisioterapista comprende anche le valutazioni funzionali mirate al raggiungimento dell'obbiettivo terapeutico e nell'ambito della scelta delle tecniche più idonee per il singolo paziente Al termine del trattamento la rivalutazione clinica fisiatrica definirà la conclusione/prosecuzione/variazione del percorso riabilitativo I eventuale nuovo invio all'Urologo o al Ginecologo di riferimento per la individuazione di altre soluzioni terapeutiche (interventi chirurgici, neuromodulazione, ecc.)

Conclusioni.

Le Linee guida internazionali identificano il trattamento riabilitativo come una terapia efficace e non invasiva della incontinenza urinaria. In particolare nella incontinenza urinaria femminile le linee guida prevedono con un grado di raccomandazione A (il più alto) di proporre un approccio riabilitativo nella gestione iniziale della paziente, ma anche negli algoritmi per le incontinenze maschili, in età pediatrica e geriatrica e in alcuni casi di origine neurologica il trattamento riabilitativo trova un suo spazio. Nonostante questi alti livelli di evidenza, resta ancora attualmente difficile in Italia per un soggetto con incontinenza accedere ad una valutazione e ad un percorso riabilitativo. La distribuzione di centri esperti nella riabilitazione della incontinenza è tuttora frammentaria e poco diffusa, comportando così lunghe lista di attesa anche laddove vi sia una disponibilità degli stessi. La Fondazione si propone quindi di promuovere una diffusione di tali centri al fine di garantire accessibilità alle strutture e omogeneità di trattamento a tutta la popolazione.