



**Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute
Dipartimento incontinenza**

Rimini, 21-23 Novembre 2014

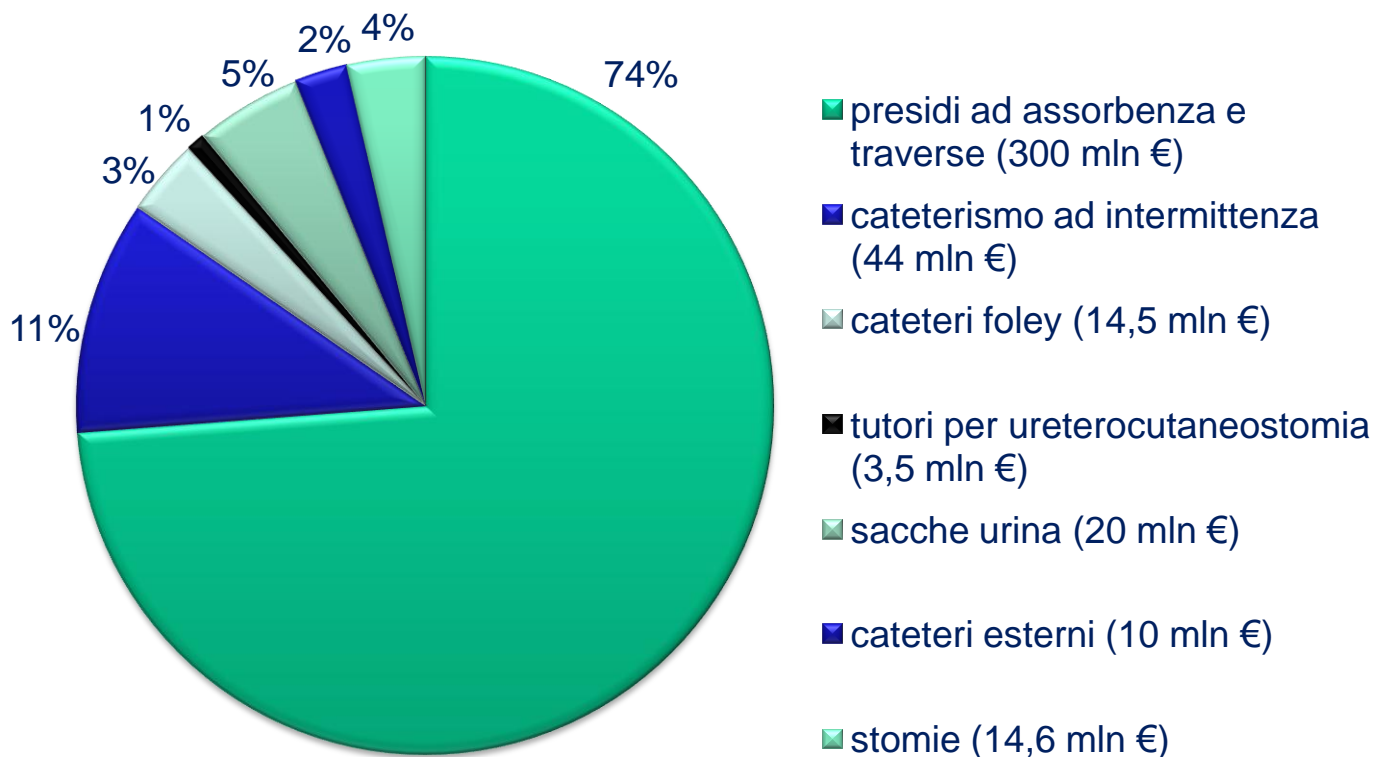
- **Rossana Alloni**
 - **Donato Altomare**
 - **Corrado Asteria**
 - **Paola Bertapelle**
 - **Tommaso Bianchi**
 - **Maurizio Bologna**
 - **Luca Bordoni**
 - **Roberto Carone**
 - **Andrea Ceresoli**
 - **Maria Angela Cerruto**
 - **Mauro Cervigni**
 - **Giulio Del Popolo**
 - **Achille Gallina Toschi**
 - **Enzo Gigli**
 - **Salvatore La Manna**
 - **Jacopo Martellucci**
 - **Gabriele Naldini**
 - **Edoardo Ostaro**
 - **Salvatore Scotto di Fasano**
 - **Fiammetta Torelli**
 - **Guido Zanandrea**
 - **G.Carlo Zuccarelli**
 - **Marzio Zullo**
- e con la partecipazione della
Sig.ra Rosa Concudu*

Quali Criticità?

- **Non in tutte le Regioni esiste una Rete di Centri per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento della Incontinenza**
- **Non vi è omogeneità territoriale nella presa in carico delle persone con Incontinenza**
- **Non esiste un numero sufficiente di Centri dedicati alla riabilitazione pelvica** che permette nella maggioranza dei casi di risolvere o migliorare i sintomi
- **L'accesso alla terapia chirurgica e/o protesica** (mini invasiva, neuromodulazione sacrale, sfinteri artificiali) **non trova un corrispettivo economico** o una sicura e omogenea identificazione all'interno dei LEA
- La mancata gestione comporta un peggioramento delle comorbidità e l'insorgenza di complicanze : infezioni urinarie, dermatiti , ulcere cutanee, depressione etc.
- **I farmaci per il trattamento dell'Incontinenza non sono rimborsati dal SSN, quindi a totale carico del cittadino (Italia unica nazione europea).**

Costi dell'Incontinenza Urinaria

Nell'anno 2011, i costi per **la gestione** (e non la terapia) dell'incontinenza urinaria risultano:



- **Costituzione in ogni Regione (o macroarea) con delibere regionali, di una Rete integrata di Centri di Riferimento (I,II,III livello) con budget dedicati per rendere adeguata la prevenzione, la diagnosi, la terapia e l'assistenza delle persone affette da incontinenza e dalle varie patologie disfunzionali dell'area pelvica.**
- **Definizione dei Centri di Riferimento** con criteri stabiliti nel P.I.S. del 20 marzo 2014 ed applicati a livello regionale da una commissione nazionale formata da: 3 delegati delle società scientifiche del settore (AIUG+SIUD+SICCR/SIUCP), 1 delegato della Fond. Ital. Cont., 1 delegato regionale Federanziani e una delegazione della Regione .
- **Tali Centri di Riferimento saranno monitorati annualmente da parte di Federanziani** per valutare la qualità percepita e la continuità assistenziale dei servizi erogati
- **Definire con delibere regionali adeguati budget e DRG/rimborsi adeguati per trattamento**, anche in funzione della risorsa utilizzata.
- **Definire specifici PDTA** condivisi dai MMG (formazione ECM), dagli specialisti e dalla Regione stessa.

La diagnosi ed il Trattamento dell'Incontinenza dovrebbe essere effettuata in Centri specializzati nell'incontinenza.

I centri sono individuati e suddivisi in due livelli in base alle potenzialità di diagnosi e cura.

Tali livelli sono definiti in base ad alcuni requisiti organizzativi ed attività specifici dei diversi livelli (di seguito definiti «Requisiti di Eccellenza»)

CENTRI

OBIETTIVI

Centri I Livello

- Inquadramento clinico adeguato*
- Diagnosi presunta*
- Primo trattamento

Centri Livello II A

- Attività sui livelli specialistici

Centri Livello IIB

- Attività su tutti i possibili livelli di intervento specialistici

* Per l'inquadramento clinico, la diagnosi ed il trattamento farmacologico i centri possono essere integrati da MMG e strutture territoriali

Centri I Livello (Obiettivi)

- Inquadramento clinico adeguato
- Diagnosi presunta
- Primo trattamento

Attività e requisiti principali

- Casistica congrua e continuativa
- Presenza di un professionista dedicato all'incontinenza
- Somministrazione del diario urinario/fecale e valutazione della QOL
- Esecuzione della valutazione obiettiva corretta
- Esecuzione di accertamenti diagnostici di esclusione di altre patologie concomitanti
- Definizione di una diagnosi presuntiva e capacità di avviare trattamenti:
 - Comportamentali
 - FKT e riabilitazione strumentale
 - Farmacologico
- In caso di incontinenza complicata o non risolta: invio a centri di II livello

Centri Livello II A

- Attività sui livelli specialistici

Attività e requisiti principali

- **Presenza di ambulatori di incontinenza dedicati e diversificati con più di un medico e di un operatore sanitario esperto**
- **Esecuzione di Diagnostica morfofunzionale strumentale (Spec)**
- **Trattamenti di tipo chirurgico con I seguenti requisiti:**
 - **Nell'adulto/anziano donna:**
 - Trattamento dei casi di incontinenza complicata
 - Metodiche di neurostimolazione impiantabile
 - Trattamento chirurgico delle dislocazioni anatomiche perineali complesse
 - **Nell'adulto/anziano maschio:**
 - Trattamento di metodiche diversificate di protesizzazione
 - Metodiche di neurostimolazione impiantabile
 - **Anziano fragile:**
 - Valutazione della componente funzionale e cognitiva
 - Possibilità di adottare trattamenti di tipo comportamentale specifici
 - Attivazione della valutazione in ambiente RSA
 - Attivazione della consulenza specialistica

Centri Livello II B

- Attività su tutti i possibili livelli di intervento specialistici

Attività e requisiti principali

- Tutte le attività del livello II A

Inoltre:

- **Coordinamento network regionale**
- **Team interdisciplinare in grado di gestire i casi più complessi (es. paziente neurologico, paziente con plurirecidue...)**

Prevenzione

- Individuazione precoce dei soggetti a rischio incontinenza
- Implementazione medicina di iniziativa
 - Pre-post parto
 - Diagnosi precoce
- Monitoraggio soggetti con fattori potenzialmente complicanti (pz neurologici, post chir., ...)
- Programmi di riabilitazione pavimento pelvico post-partum
- Comunicazione

Diagnosi

- Anamnesi e valutazione generale del paziente (I)
- Esame Obiettivo (I)
- Questionario (I)
- Valutazione QOL (I)
- Compilazione Diario minzionale-fecale (I)
- Diagnostica morfofunzionale strumentale (II)

Trattamento

- Educazione terapeutica (I)
- Riabilitazione del Pavimento Pelvico (I)
- Terapia farmacologica (I - II)
- Terapie specialistiche (II)
- Terapia chirurgica (II)
 - Chirurgia miniinvasiva
 - Chirurgia maggiore
 - Neuromodulazione

Monitoraggio

- Verifica dell'aderenza ai trattamenti e dei risultati
- Supporto dieta e stili di vita

ATTIVITÀ CHIAVE

ATTORI

- MMG
- Ostetrica
- Ginecologo
- Farmacista
- Geriatra
- Neurologo
- Istituzioni
- Associazioni e Media

- I LIVELLO (I):
 - MMG
 - Consultori
- II LIVELLO (II):
 - Ginecologo
 - Urologo
 - Colonproctologo
 - Altri specialisti

- I LIVELLO (I)
 - Fisiatra
 - Fisioterapista
 - Ostetrica
 - MMG
- II LIVELLO (II)
 - Ginecologo
 - Urologo
 - Coloproctologo

- MMG
- Infermiere
- Caregiver
- Ginecologo
- Urologo
- Coloproctologo

Storia

Incontinenza durante l'attività fisica

Incontinenza con sintomi misti

Incontinenza-frequenza con urgenza

Incontinenza complicata:

- Incontinenza ricorrente o totale
- Incontinenza associata con:
 - Dolore
 - Ematuria
 - Infezioni ricorrenti
 - Sintomi minzionali significativi
 - Irradiazione pelvi
 - Chirurgia pelvica radicale
 - Sospetta fistola

Valutazione clinica

- Valutazione generale
- Valutazione dei sintomi urinari (inclusi i diari frequenza-volume e questionari)
- Valutazione della qualità della vita e del desiderio di trattamento
- Esame fisico: addominale, pelvico e perineale
- Test del colpo di tosse per dimostrare incontinenza da stress, se appropriato
- Analisi delle urine e urinocoltura → se infezione: trattare e rivalutare
- Valutare lo status estrogenico e trattare come appropriato
- Valutare le funzione dei muscoli del pavimento pelvico
- Valutare il residuo post minzionale

Diagnosi presunta

Incontinenza da stress presumibilmente da incompetenza sfinterica

Incontinenza mista trattare il sintomo più fastidioso per primo

OAB con o senza incontinenza da urgenza presumibilmente iperattività detrusoriale

Qualsiasi altra anomalia trovata:

- Residuo post minzionale significativo
- Significativo prolasso organi pelvici
- Massa pelvica
-

Gestione

Discutere le opzioni terapeutiche con il paziente:

- Interventi sullo stile di vita
- Training dei muscoli del pavimento pelvico per SUI, MUI e OAB
- Retraining della vescica per OAB
- Antimuscarinici (OAB † incontinenza da urgenza o duloxetina)

Altri adiuvanti come stimolazione elettrica
Dispositivi vaginali

GESTIONE SPECIALISTICA IN CASO DI FALLIMENTO

Storia

Incontinenza durante l'attività fisica

Incontinenza con sintomi misti

Incontinenza-frequenza con urgenza

Incontinenza complicata:

- Incontinenza ricorrente o totale
- Incontinenza associata con:
 - Dolore
 - Ematuria
 - Infezioni ricorrenti
 - Sintomi minzionali significativi
 - Irradiazione pelvi
 - Chirurgia pelvica radicale
 - Sospetta fistola

Valutazione clinica

- Valutare mobilità organi pelvici/prolasso
- Considerare imaging vie urinarie
- Urodinamica

Diagnosi

Incontinenza da stress all'urodinamica

Incontinenza mista trattare il sintomo più fastidioso per primo

Incontinenza da iperattività detrusoriale

Incontinenza associata a scarso svuotamento vescicale

Considerare

- Uretrocistoscopia
- Ulteriore imaging
- Urodinamica

Ostruzione vescicale

Iperattività detrusoriale

Anomalie/patologie basse vie urinarie

Gestione

- Se le terapie iniziali falliscono:
- Chirurgia per incontinenza da stress
- Bulking agents
- Tape e sling colposospensione

- Tossina botulinica
- Neuromodulazione
- Augmentation vescicale

- Correggere l'ostruzione vescicale (es. prolasso genito-urinario)
- Cateterismo intermittente

- Correggere l'anomalia
- Trattare la patologia

Storia

Gocciolamento post minzionale

Incontinenza durante lo sforzo

Incontinenza con sintomi misti

Urgenza/frequenza con o senza incontinenza da urgenza

Incontinenza complicata:

- Incontinenza ricorrente o totale
- Incontinenza associata con:
 - Dolore
 - Ematuria
 - Infezioni ricorrenti
 - Irradiazione della prostata
 - Chirurgia pelvica radicale

Valutazione clinica

- Valutazione generale
- Valutazione dei sintomi urinari e degli score sintomatologici (inclusi i diari frequenza-volume e questionari)
- Valutazione della qualità della vita e del desiderio di trattamento
- Esame fisico: addominale, rettale, sacrale e neurologico
- Analisi delle urine e urinocoltura → se infezione: trattare e rivalutare
- Valutare le funzioni dei muscoli del pavimento pelvico
- Valutare il residuo post minzionale

Diagnosi presunta

Incontinenza da stress presumibilmente da incompetenza sfinterica

Incontinenza mista trattare il sintomo più fastidioso per primo

Incontinenza da urgenza presumibilmente da iperattività detrusoriale

Qualsiasi altra anomalia trovata es Residuo post minzionale significativo

- Milking uretrale
- Contrazione dei muscoli del pavimento pelvico

Discutere le opzioni terapeutiche con il paziente:

- Interventi sullo stile di vita
- Training ± biofeedback dei muscoli del pavimento pelvico
- Minzioni programmate (training vescicale)
- Prodotti per l'incontinenza
- Antimuscarinici (OAB ± incontinenza da urgenza) e antagonisti alfa-adrenergici (se è sospettata un'ostruzione vescicale)

Gestione

GESTIONE SPECIALISTICA IN CASO DI FALLIMENTO

