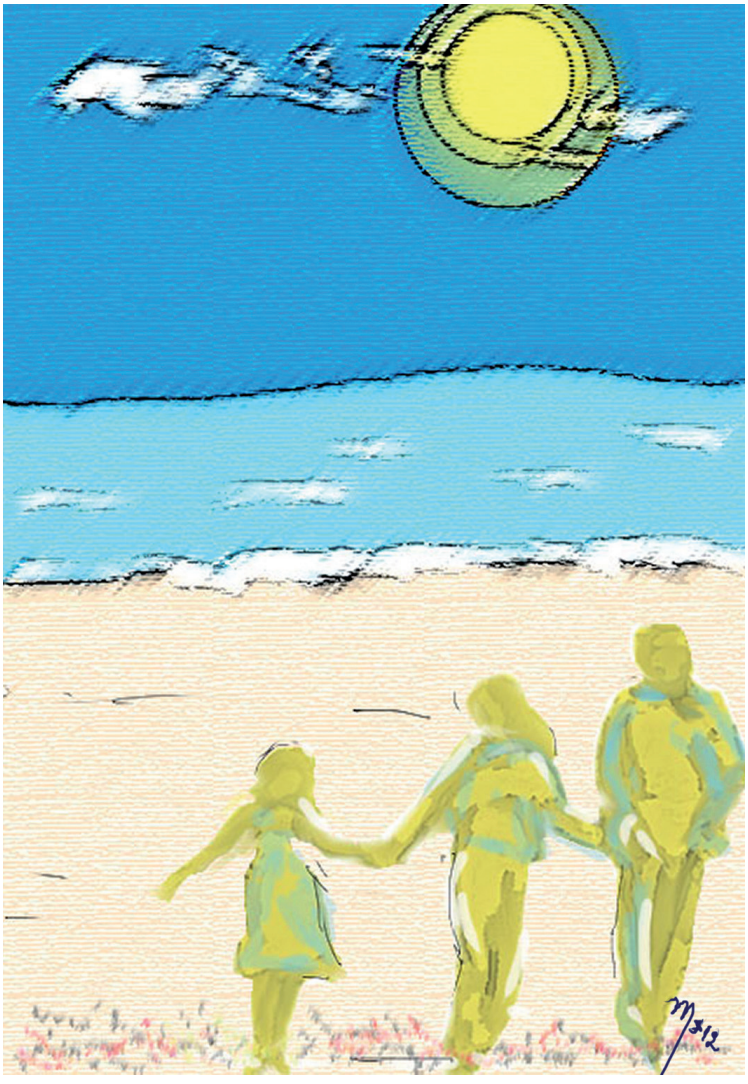
Finco
Federazione Italiana INCOntinenti
onlus

28 Giugno
Giornata nazionale
per la prevenzione e la
cura dell'incontinenza

WFIP
World Federation of Incontinent Patients

Libro Bianco sull'incontinenza urinaria



Libro Bianco sull'incontinenza urinaria

© by **FINCO**
Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico o altro, senza l'autorizzazione scritta della **Federazione Italiana Incontinenti**, ad eccezione dell'articolo "La gestione dell'incontinenza urinaria nell'anziano: appropriatezza e sostenibilità" la cui proprietà è della Fondazione Italiana Continenza.

Promotore del Progetto
FINCO
Federazione Italiana Incontinenti

Responsabile Scientifico
Prof. Lucio Miano

Capo Redattore
Dott. Ivan Martines

Direttore Editoriale
Dott. Aldo Franco De Rose

Comitato Editoriale
Lucio Miano (Coordinatore), Arianna Bortolami, Carmela Crescenzo, Nadia Crotti, Aldo Franco De Rose, Antonio Di Giorgio, Francesco Diomede, Vincenzo Falabella, Rosa Lagreca, Ivan Martines, Renato Poddi, Maria Ripesi, Marcello Stefanì, Maddalena Strippoli.

Foto di copertina concessa dall'Avv. Marcello Stefanì.

Tutti i diritti riservati.

Finito di stampare nel mese di ottobre 2012
presso Di Canosa Stampa Editoriale
Cassano delle Murge (Ba)

Presentazione

L'incontinenza è un **tabù** che non si riesce ancora a debellare. È un segreto da non riferire a nessuno. Non se ne parla con il medico di famiglia, con gli amici e persino con il proprio partner. Si stima che nei 27 Paesi dell'Europa siano oltre **36 milioni** le persone che soffrono di incontinenza; il 60% sono donne. In Italia il fenomeno riguarda **5milioni** di persone. Nella relazione 2009-2010, sullo stato sanitario del Paese, viene evidenziato che la popolazione italiana residente è di 60milioni e i soggetti con più di 65 anni rappresentano il 20,3% della popolazione degli italiani. Il trend d'invecchiamento della popolazione è dovuto sia all'incremento della speranza di vita, che pone l'Italia tra i primi paesi in Europa (78,8 anni per gli uomini e 84,1 anni per le donne), sia alla progressiva riduzione della mortalità, con riferimento non solo alla mortalità generale, che dal 1980 si è quasi dimezzata, ma anche alla mortalità infantile, che mostra un andamento del fenomeno in continua diminuzione. Il secondo capitolo del **"Libro Bianco"della Commissione Europea** (23 ottobre 2007) dal titolo **"Insieme per la salute: un approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"**, definisce la salute **"il più prezioso dei beni"**. Orbene, nonostante detto fondamentale principio e l'elevato numero di persone che soffrono di incontinenza, la condizione, ancora oggi, viene sottovalutata. È vista come una normale conseguenza dell'età avanzata o di patologie che la causano (conseguenze post-parto, diabete, obesità, infiammazioni vaginali e uretrali, demenza senile, Alzheimer, etc.) e non invece come patologia altamente invalidante. Esistono altri due tipi di incontinenza urinaria di cui si parla molto raramente: l'enuresi notturna dei bambini e l'incontinenza (goccia a goccia) che colpisce gli uomini operati di tumore alla prostata. Ciò è dovuto anche dal fatto che la stragrande maggioranza degli operatori del settore hanno una limitata conoscenza delle problematiche e per tale motivo non forniscono consigli utili alle persone incontinenti, dimostrando così di non prestare la dovuta attenzione alle problematiche stesse. Il **2012** è l'**Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo e della Solidarietà tra Generazioni**. Le indicazioni fornite dal "Gruppo di lavoro" internazionale sull'invecchiamento sono andate nella giusta direzione: *facilitare l'istituzione di nuovi contatti sociali e impegno nella comunità; promuovere la consapevolezza sociale; sviluppare competenze e abilità che rinforzano la partecipazione sociale degli anziani; aiutare a diminuire la tendenza all'isolamento degli anziani; promuovere la cooperazione intergenerazionale, essere un'opportunità d'orgoglio e soddisfazione nel rendersi utili alla società; avvalersi del potenziale non utilizzato nell'anziano, contribuire al mantenimento della salute fisica ed emotiva degli anziani*, etc.

Nel terzo millennio vogliamo gridare al mondo intero che di incontinenza è possibile guarire recuperando il **diritto alla vita**. L'incontinenza, infatti, incide notevolmente in ambito sociale, psicologico, lavorativo, familiare, scolastico, sportivo, sessuale ed economico. Queste persone sarebbero abbandonate al proprio destino

se non fosse stato per le azioni poste in essere dall'Associazione pazienti **FINCO**, che sin dal 1999 si è fatta carico di tali problematiche rivendicando leggi nazionali e normative regionali a tutela, non è un caso se oggi, ad esempio, per ottenere i dispositivi medici (pannoloni, traverse, sacche raccolte urine, ecc.) non serve più il **riconoscimento dell'invalidità civile** e la **prescrizione medica è valida sino ad un anno**. Oggi in Italia la riabilitazione post-parto è una chimera, raramente i **Centri contro l'Incontinenza** sono istituzionalizzati, i farmaci contro l'incontinenza sono a pagamento, i dispositivi medici, pannoloni, sono quasi sempre al limite dell'assorbenza e non esiste la "libera scelta". A dirla in breve il servizio sanitario (nazionale e regionale), erroneamente, pensa soltanto a dispensare pannoloni e nei LEA che dovrebbero entrare in vigore nulla è previsto sulla riabilitazione.

L'Associazione, in occasione della "**Giornata nazionale sull'incontinenza**" ha ricevuto messaggi augurali da tutti i Ministri della Salute (S. Berlusconi Ministro ad interim, L. Turco, M. Sacconi, F. Fazio) e dal Presidente della Repubblica **Giorgio Napolitano**, che nel 2009 ha assegnato alla **FINCO** una medaglia personalizzata per il lavoro sociale svolto in due lustri di attività (1999-2009). Questi importanti riconoscimenti, abbinati alle forze del volontariato socio-sanitario ci stimolano a proseguire il cammino intrapreso nel'interesse sovrano della Cittadinanza.

L'idea del "Libro Bianco" nasce per richiamare l'attenzione al "problema" ed alla "ricerca che non c'era". Il Consiglio Direttivo e il Comitato scientifico della FINCO, infatti, tre anni fa hanno ritenuto opportuno convocare a Roma i "Centri accreditati" al fine di decidere, unitariamente, la pubblicazione del "**Libro Bianco sull'incontinenza urinaria**"; un "Libro" di facile lettura, che documenti le problematiche e le possibili soluzioni.

Tale pubblicazione è risultata necessaria atteso che il problema dell'incontinenza sembra non interessare nessuno mentre, dato il numero di persone coinvolte, sempre più rilevante, nonchè gli elevati oneri economici e sociali (badanti, RSA, dispositivi medici, farmaci, assistenza, etc.), dimostrano che la patologia merita attenzione.

La **Federazione** è impegnata a divulgare le problematiche sull'incontinenza a 360° ed a tale scopo è accreditata presso il **Ministero della Salute** tra le Associazioni che possono formare gli Operatori socio-sanitari e assegnare crediti formativi (E.C.M.). Nel 2011 ha ottenuto la **Certificazione UNI EN ISO 9001:2008**, il riconoscimento assicura all'utenza e alle Istituzioni il rispetto e il controllo dei vari processi, che hanno un impatto diretto sulla qualità della formazione e vita associativa. L'Associazione, inoltre, ha stimolato la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, ottenendo la **"Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza"**, che si svolge ogni anno il **28 giugno**.

La Finco ha anche creato la **"Rete Nazionale degli Avvocati"**, ha istituito la **"Scuola Nazionale di Formazione Professionisti Sanitari della continenza e del pavimento pelvico"** e il **"Registro Nazionale per Professionisti Sanitari per Continenza e il Pavimento Pelvico"**.

Il "Libro", certamente non esaustivo del problema, è una ennesima iniziativa intrapresa dalla FINCO affinché le storiche lacune di settore siano colmate. Pertanto, è destinato alle Istituzioni, alla classe politica, ai mass-media, ai professionisti della

salute, ma sopratutto ai pazienti. Il “Libro” è un vero “fiume in piena”, **patrimonio** di tutti gli italiani.

L’Associazione, su questi temi vuole proseguire e confrontarsi, uniti nella ricerca e tutela dei diritti.

Si ringraziano tutti coloro che hanno contribuito alla sua stesura e ricerca di settore (volontari e Operatori socio-sanitari). Grazie alla loro attenzione e professionalità oggi anche l’incontinenza ha il suo fiore all’occhiello.

Prof. Lucio Miano
Coordinatore Comitato Scientifico **FINCO**

Cav. Francesco Diomede
Presidente **FINCO**

INDICE

Indice alfabetico degli autori 8

1. Considerazioni introduttive 13

1.1 Considerazioni introduttive 13
1.2 A chi è destinato il Libro Bianco 15
1.3 La struttura del Libro Bianco 15
1.4 Gli organismi coinvolti 16

2. La natura e le dimensioni sanitarie del problema 19

2.1 Incontinenza urinaria – definizione, fisiologia e fisiopatologia della minzione 19
2.2 Epidemiologia: dati internazionali 28
2.3 Epidemiologia: dati nazionali 31
2.4 Quali e quanti sono i Centri **FINCO** in Italia 33
2.4.1. Dati questionario Centri FINCO 33
2.5 Costi dell'incontinenza in Italia 39
2.6 Rapporto Istat spesa interventi e servizi sociali 40

3. Bisogni terapeutici, sociali e psicologici 41

3.1 Bisogni Terapeutici 41
3.1.1. Aspetti preventivi 41
3.1.2. La Gestione dell'Incontinenza Urinaria nell'Anziano: Appropriatezza e Sostenibilità 48
3.1.3. I presidi anti-incontinenza 52
3.1.4. La gestione di I e II livello 55
3.1.5. Flow Chart Clinico-Diagnostica dell'incontinenza urinaria femminile 64
3.1.6. La riabilitazione del pavimento pelvico 65
3.1.7. Terapia medica con premesse diagnostiche 82
3.1.8. Introduzione all'incontinenza urinaria funzionale dell'età pediatrica 89
3.1.9. Terapia chirurgica della incontinenza urinaria femminile 95
3.1.10. Terapia chirurgica della incontinenza urinaria maschile 102
3.1.11. Neuromodulazione Sacrale 107
3.1.12. Il cateterismo intermittente nella donna 109
3.1.13. Il cateterismo intermittente nel bambino 111
3.1.14. Il cateterismo intermittente nell'uomo 115
3.1.15. Terapia delle disfunzioni sessuali correlate 118

3.1.16. Incontinenza urinaria e masturbazione femminile 121
3.1.17. La carta dei diritti sessuali 125
3.1.18. La cartella integrata 126

3.2 Bisogni Sociali e Psicologici 132

3.2.1. Le problematiche sociali legate alla incontinenza urinaria; aspetti psicologici e sociali 132

4. Aspetti Legislativi 141

4.1 I diritti dell'incontinente 141
4.2 Le "Carte dei servizi" 144
4.3 Principali tipologie di ausilii assorbenti 145
4.4 Nomenclatore protesico (D.M. n. 332/99) 146
4.5 Carta dei diritti delle persone incontinenti 151
4.5.1. Carta dei diritti delle persone incontinenti in Italia 151
4.5.2. Carta dei diritti delle persone incontinenti nel mondo 152
4.6 Attività ed intenti della Finco 153
4.7 Vivere l'incontinenza 157

5. Il Sommerso 161

5.1 Incontinenza e sommerso: un binomio da cancellare 161

6. Considerazioni conclusive 165

Cariche Istituzionali **FINCO** 167

Appendice A – Questionario Centri **FINCO** 168
Appendice B – Censimento Centri **FINCO** 172
Appendice C – Glossario 200

INDICE AUTORI

Sig.ra Anna Baldo
Coordinatore Infermieristico U.O. Medicina
Ospedale di Argenta – Azienda AUSL di Ferrara

Dott. Francesco Battaglino
Dirigente Medico
U.O. di Chirurgia Pediatrica – Ospedale di Vicenza

Prof. Aldo Bono
Componente del comitato scientifico della Fondazione Italiana Continenza e coordinatore della Ricerca
Primario Urologo Emerito dell'Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese, già Presidente SIU, Società Italiana di Urologia

Dott.ssa Arianna Bortolami
Fisioterapista, Responsabile G.I.S. AIFi Riabilitazione Pavimento Pelvico – Padova

Dott. Mario Leo Brena
Medico Chirurgo
U.O.C. Chirurgia Pediatrica – Ospedali Riuniti di Bergamo

Prof. Roberto Carone
Presidente della Fondazione Italiana Continenza
Direttore della Struttura complessa di Neuro-Urologia dell'ospedale CTO/Maria Adelaide di Torino

Dott.ssa Marika Colombi
Responsabile DIT Dipartimento Medico e Chirurgico
Azienda AUSL di Ferrara

Dott.ssa Nadia Crotti
Psicologo Clinico e Psicoterapeuta IRCCS A.O.U. San Martino – IST
Istituto Nazionale Ricerca sul Cancro – Genova

Dott. Stefano Dati
Uroginecologo
Responsabile Unità di Chirurgia Uro ginecologica
Policlinico Casilino – Roma

Dr. Mario De Gennaro
Vice Presidente e Presidente del Comitato Scientifico della Fondazione Italiana Continenza
Urologo Pediatra, Direttore Urodinamica Ospedale Bambino Gesù di Roma
Direttore Formazione (educational, committee) dell'International Children Continence Society

Dott. Matias I. De la Calle
Psicologo – Psicoterapeuta
Ufficio Ricerca e Innovazione – Azienda AUSL di Ferrara

Dott. Davide De Vita
Uro-ginecologo
Ambulatorio di Uro-ginecologia – P.O. di Oliveto Citra (Salerno)

Dott. Antonio Di Giorgio
Dirigente Medico Presidio Unico Ospedaliero
Direzione Sanitaria – Azienda AUSL di Ferrara

Cav. Francesco Diomede
Presidente **FINCO –** Past-president **WFIP**

Avv. Vincenzo Falabella
Consigliere Nazionale **FINCO** – Consigliere **FISH** – Presidente **FAIP**

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Ginecologa, Oncologa
Direttore Centro Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati – Milano

Dott.ssa Martina Landucci
Psicologa e Psicoterapeuta
Centro Oncologico Ligure – Genova

Dott.ssa Rosa Lagreca
I/AFD/E.T./Professionista della continenza
U.O. Urologia Universitaria II – A.O. Policlinico – Bari
Coordinatrice Scuola Nazionale di formazione "Professionisti sanitari della continenza e del pavimento pelvico" **FINCO**

Dott. Simone Mariani
Urologo
Cattedra Urologia II Facoltà Medicina e
Psicologia – Università "La Sapienza" – Roma
Ospedale Sant'Andrea

Dott. Ivan Martines
Urologo – Direttore scientifico Scuola Nazionale di formazione "Professionisti sanitari della continenza e del pavimento pelvico" **FINCO**
U.O. Urologia Universitaria II – A.O. Policlinico – Bari

Prof. Lucio Miano
Professore Ordinario Urologia
Università "La Sapienza" Roma
Ospedale Sant'Andrea

Dott. Cristiano Pelati
Responsaibile DIT del Presidio Unico Ospedaliero
Azienda AUSL di Ferrara

Dott. Antonio Perrone
Primario U.O.C. Ostetricia – Ginecologia
Ospedale "San Giuseppe da Copertino" – Copertino (LE)
Presidente **AIUG** – Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico

Dott. Alessandro Ragone
Fisioterapista
Fisio Salus s.r.l – Modugno (BA)

Dott.ssa Maria Ripesi
Fisioterapista, Coordinatore Area riabilitativa
IRRCS Fondazione Maugeri – Cassano delle Murge (BA)
Coordinatrice Scuola Nazionale di formazione "Professionisti sanitari della continenza e del pavimento pelvico" **FINCO**

Sig.ra Donatella Rossetti
Coordinatore Infermieristico U.OI. LPA
Ospedale di Copparo – Azienda AUSL di Ferrara

Dott.ssa Audrey Serafini
Psicosessuologa,
IRRCS San Raffaele – Milano

Dott. Giovanni Sessa
Direttore U.O. Sviluppo Qualità e Accreditamento, Formazione, Ricerca e Innovazione
Azienda AUSL di Ferrara

Avv. Marcello Stefanì
Vice Presidente **FINCO** – Segretario **FAVO Puglia** – Consulente legale – Bari

Dott.ssa Maddalena Strippoli
I/AFD – Segretario/Tesoriere **FINCO** – Bari

Prof. Alberto Trucchi
Urologo
Cattedra Urologia II Facoltà Medicina e Psicologia
Università "La Sapienza" Roma – Ospedale Sant'Andrea

1.
Considerazioni introduttive

1.1 *Considerazioni introduttive*
di F. Diomede, L. Miano

L'incontinenza è l'ultimo **tabù medico che non è ancora stato sconfitto**, un segreto da non svelare a nessuno, neanche al proprio partner, al medico di famiglia e all'amica del cuore. Si stima che nell'Europa dei 27 Paesi siano oltre **36 milioni** le persone che soffrono di incontinenza urinaria, tra questi il 60% sono donne e il numero delle persone colpite è in costante aumento a causa dell'allungamento della vita.

Il secondo capitolo del "**Libro Bianco" della Commissione Europea** (del 23 ottobre 2007), dal titolo "**Insieme per la salute: un approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013**", definisce la salute "**il più prezioso dei beni**"; ma nonostante questa splendida definizione e il dato che in Italia il fenomeno riguarda non meno di **5 milioni** di persone, l'incontinenza è "sommersa" e vissuta come una normale conseguenza dovuta all'avanzare dell'età o di patologie che la causano (diabete, obesità, infiammazioni vescicali e uretrali, demenza senile, Alzheimer, etc.). Spesso in medicina **i medici e i professionisti sanitari che dovrebbero fornire consigli alle persone incontinenti** prestano poca attenzione ai disturbi correlati all'incontinenza e in molti casi hanno una conoscenza molto limitata del problema, dimostrando scarso interesse verso il "**pianeta incontinenza**". Esistono anche altri tipi di incontinenza urinaria, di cui si parla molto raramente: l'enuresi notturna nei bambini e l'incontinenza che spesso insorge successivamente alla chirurgia prostatica, ma nel terzo millennio vogliamo gridare al mondo che di incontinenza oggi è possibile guarire recuperando la "**qualità e dignità di vita**".

È indubbio che la patologia incide notevolmente in ambito sociale, psicologico, lavorativo, familiare, scolastico, sessuale, sportivo ed economico e queste persone sarebbero abbandonate al proprio destino se non fosse stato per le azioni poste in essere dall'Associazione pazienti **FINCO**, che sin dal 1999 si è fatta carico di queste problematiche stimolando in cinque legislature innumerevoli proposte di leggi (Camera e Senato) trasversali agli schieramenti politici, due Atti Camera e normative regionali di tutela. Infatti, avviandoci verso uno stato federalista crescenti sono le responsabilità e il ruolo che hanno le regioni e vitale è il loro potere legiferativo verso le nostre non facili problematiche. Oggi in Italia la riabilitazione post parto è una chimera, raramente i "**Centri contro l'Incontinenza**" sono istituzionalizzati, i farmaci contro l'incontinenza sono tutti a carico del paziente, i dispositivi medici (presidi ad assorbenza, traverse, etc.) che for-

niscono gratuitamente le ASL sono quasi sempre al limite dell'assorbenza e dignità umana, oggi, in Italia non esiste la "libera scelta" e sembra che il servizio sanitario nazionale e regionale preferisca l'utilizzo di pannoloni e la terapia chirurgica e riabilitativa. A tal proposito, nell'elaborazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nulla è previsto sulla riabilitazione dell'incontinenza e sinceramente parlando tutto ciò appare come un diritto "negato". Per la formazione professionale la **Federazione Italiana Incontinenti** per l'E.C.M. è accreditata al **Ministero della Salute** col numero **1417** ed è tra le prime Associazioni in Italia ad aver ottenuto la **Certificazione UNI EN ISO 9001: 2008**, a conclusione di un lungo e meticoloso procedimento durato poco meno di un anno. Il conseguimento della Certificazione di Qualità, ottenuta per la Formazione degli ECM prevista per legge dal **Ministero della Salute** (AGENAS) rappresenta la nuova sfida didattica, sociale, riabilitativa, culturale e politica che l'attuale Dirigenza **FINCO** ha voluto intraprendere affinché il mondo della formazione e del volontariato, non sempre propenso a "pensarsi, aggiornarsi e rigenerarsi" diventi protagonista del bene pubblico e titolare del bene più prezioso che abbiamo: **la salute**.

Un altro importante traguardo raggiunto dall'Associazione pazienti **FINCO** è che nel 2006, grazie alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 186, dell'11 Agosto 2006, ha ottenuto la **Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza"**. La "Giornata" è stata ottenuta grazie alla sensibilità del **Ministero della Salute** e ogni anno si svolge il **28 giugno** col prezioso lavoro di urologi, uro-ginecologi, medici di famiglia, farmacisti, ostetriche, fisioterapisti, geriatri e infermieri professionali, che operano nei **"Centri Accreditati per la Giornata"**. Grazie poi alla Creazione della **Rete Nazionale degli Avvocati FINCO**, l'Associazione tutela gratuitamente gli associati e tutti coloro che soffrono di incontinenza e non hanno denaro a sufficienza per tutelare i propri diritti.

La FINCO ha ricevuto messaggi di apprezzamento dai differenti Ministri della Salute (L. Turco, M. Sacconi e F. Fazio) e dal nostro amato **Presidente della Repubblica**, il Sen. **Giorgio Napolitano**, che nel 2009 ha assegnato alla FINCO una ***medaglia in bronzo personalizzata***, per il meritorio lavoro volontaristico e sociale svolto in due lustri di attività (1999/2009) associativa, mentre nel 2012 ha dato "l'Adesione" alla "Giornata". Questi importanti riconoscimenti istituzionali, abbinati alle molteplici iniziative delle associazioni del volontariato socio sanitario, ci stimolano a proseguire il cammino intrapreso nel lontano 1999, nell'interesse sovrano della Cittadinanza.

Infine, grazie all'istituzione della **"Scuola Nazionale di Formazione Professionisti Sanitari della continenza e del pavimento pelvico"** e del **"Registro Nazionale per Professionisti Sanitari per Continenza e il Pavimento Pelvico"**, la FINCO dal 2013 si è dotata di una **"Scuola Nazionale",** specializzata per infemerieri, ostetriche e fisioterapisti.

1.2 *A chi è destinato il Libro Bianco*

Il Libro Bianco intende coinvolgere:

- le istituzioni sanitarie e l'intera classe politica (nazionale, regionale e locale) da cui possono e devono venire le risposte organizzative e le risorse necessarie per la soluzione del problema;
- la classe medica, infermieristica e tecnica non sempre preparata o sostenuta ad affrontare i nuovi bisogni assistenziali delle persone incontinenti che necessitano di riabilitazione;
- i mass-media e gli organi di pubblica opinione, o quanti, a vario titolo sono o si ritengono opinion-leader, perché vogliano contribuire a diffondere la cultura della riabilitazione.

1.3 *La struttura del Libro Bianco*

Il Libro Bianco cercherà di chiarire cosa si intende per incontinenza urinaria, fornendo indicazioni sulla dimensione quantitativa e qualitativa del bisogno (la domanda da soddisfare) e sulle istituzioni sanitarie che attualmente si occupano di erogare le cure (la risposta istituzionale).

Alla tipologia e dimensioni sanitarie del problema è dedicato il Capitolo 2. Grazie al contributo di professionisti esperti nel settore sono state illustrate le varie tipologie di incontinenze urinarie in rapporto anche all'età ed al sesso. Vengono altresì illustrati i principali bisogni terapeutici di ordine medico, riabilitativo e chirurgico, nonchè le strette correlazioni con i disturbi della sessualità e della sfera psichica e relazionale.

Ma poiché il Libro Bianco intende avere un'impostazione pragmatica ed intende essere uno strumento operativo e non il "libro dei sogni", grande rilevanza è attribuita agli aspetti economico-gestionali, che mettono in rapporto le necessità terapeutiche con la sostenibilità (Capitolo 3).

Il Libro Bianco, cosi concepito, vuole essere il "volano" per richiamare l'attenzione sull'argomento, coinvolgendo tutti i possibili attori. Molti dati presenti sono probabilmente incompleti ed alcune rilevazioni autoreferenziali, ma questo è tutto ciò che è possibile recuperare oggi sull'argomento poiché una rarità sono le regioni dotate di dati. In materia di "incontinenza & sommerso", ancora oggi esiste il problema ed è oggettivamente e quantitativamente rilevante, dovuto ai costi indiretti dei presidi sanitari elargiti o no dal sistema sanitario nazionale e regionale, sommerso che è assolutamente inaccettabile ed al quale viene dedicato un apposito capitolo (Capitolo 4).

Va dato atto al sistema informativo sanitario di avere predisposto l'impianto strutturale e le regole metodologiche per raccogliere, attraverso l'intermediazione e la validazione qualitativa dei dati da parte dei livelli intermedi (ASL e Regioni), informazioni più puntuali e articolate sull'andamento delle attività sanitarie del Paese. Ma è indubbio che ancora oggi la strada da percorrere è lunga ed attualmente non

è possibile rapportare adeguatamente domanda ed offerta nel complesso ambito dei bisogni terapeutici intesi come il diritto alla migliore qualità della vita possibile.

1.4 *Gli organismi coinvolti*

WHO – World Health Organization

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS, o World Health Organization), **WHO** in inglese, è una agenzia specializzata dell'ONU per la salute, con sede a Ginevra. L'obiettivo dell'OMS, cosi come precisato nella parte costitutiva è il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute, definita nella medesima costituzione come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia o di infermità. L'**OMS** è governata da 193 stati membri attraverso l'Assemblea mondiale della sanità (**WHA**), che è convocata annualmente in sessioni ordinarie nel mese di maggio. Questa è composta dai rappresentanti degli stati membri scelti fra i rappresentanti dell'amministrazione sanitaria di ciascun paese (ministeri della sanità). Le principali funzioni dell'Assemblea consistono dell'approvazione del programma dell'organizzazione e del bilancio preventivo per il biennio successivo, e nelle decisioni riguardanti le principali questioni politiche. È un soggetto di diritto internazionale vincolato, come tale, da tutti gli obblighi imposti nei suoi confronti da norme generali consuetudinarie, dal suo atto istitutivo o dagli accordi internazionali di cui è parte. La giurisprudenza internazionale ha precisato che esiste, a carico degli stati, un "obbligo di cooperare in buona fede per favorire il perseguimento degli scopi e degli obiettivi dell'Organizzazione espressi nella sua costituzione".

ICF – Classificazione internazione del funzionamento, della salute e della disabilità

Nel maggio 2011 l'OMS ha pubblicato la **"Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità",** l'ICF, riconosciuto da 191 Paesi come il nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni. La **Classificazione ICF** rappresenta un'autentica rivoluzione nella definizione e quindi nella percezione di salute e disabilità, i nuovi principi evidenziano l'importanza di un approccio integrato, che tenga conto dei fattori ambientali classificandoli in maniera sistematica. Il nuovo approccio permette la correlazione fra stato di salute e ambiente arrivando cosi alla **definizione di disabilità** come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole. Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il progetto **"ICF in Italia"** ha avviato un'azione sperimentale di stimolo affinchè il più ampio numero di persone che operano nel settore della disabilità sia formato ad una diversa cultura e filosofia della disabilità, all'uso ed ai **vantaggi della nuova classificazione dell'OMS** e degli strumenti ad essa collegati. Accettare la filosofia dell'**ICF** vuol dire considerare la disabilità un problema che non riguarda i singoli cittadini che ne sono colpiti e le loro famiglie ma coinvolge di tutta la comunità e innanzitutto le istituzioni.

Convenzione ONU sulle persone con disabilità

La convenzione dell'**ONU** sui diritti delle persone con Disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, è stata ratificata dal Governo Italiano con Legge nr. 18 del 3 marzo 2009. È il primo grande trattato sui diritti umani siglato nella storia dell'umanità. Anche il protocollo aggiuntivo che accompagna il testo è vincolante dal punto di vista giuridico. Il documento è "*un potente strumento per sradicare gli ostacoli affrontati dalle persone disabili come la discriminazione, l'isolamento dalla società, la marginalizzazione economica, la mancanza di partecipazione alle decisioni in campo sociale, politico ed economico*". La Convenzione non ha introdotto nuovi diritti ma ha lo scopo di promuovere, proteggere ed assicurare alle persone disabili il pieno ed eguale godimento del diritto alla vita, alla salute, all'istruzione, al lavoro, ad una vita indipendente, alla mobilità, alla libertà di espressione e in generale alla partecipazione alla vita politica e sociale.

ICS – International Continence Society

L'**International Continence Society (ICS)** è un'organizzazione multidisciplinare di urologi, ginecologi, geriatri, infermieri e ricercatori di base, con un interesse specifico nell'indagine e nel trattamento delle persone affette da incontinenza urinaria.

WFIP – World Federation of Incontinent Patients

È la federazione internazionale delle associazioni di pazienti incontinenti che da alcuni anni collabora, anche se in modo marginale con l'**ICS**. La **WFIP** nel 2009 ha approvato il primo documento internazionale sui "**Diritti delle persone incontinenti**".

2.
La natura e le dimensioni sanitarie del problema

2.1 *Incontinenza Urinaria: definizione, fisiologia e fisiopatologia della minzione*
di A. Trucchi

Incontinenza urinaria

L'organismo internazionale di riferimento per gli specialisti che si occupano del problema è rappresentato dall'International Continence Society (ICI). La definizione proposta da questa organizzazione definisce per incontinenza urinaria qualsiasi perdita di urine. Tale definizione introdotta nel 2005, sostituisce la precedente formula sempre proposta dall'ICI che, in modo più estensivo, intendeva qualsiasi perdita di urina tale da rappresentare un problema igienico o sociale. L'esigenza di modificare la vecchia definizione è emersa dalla impossibilità di uniformare l'importanza nelle diverse realtà sociali quando l'incontinenza urinaria sia vissuta come un problema igienico o sociale. Infatti la perdita di urina vissuta come disagio da una donna a capo di un consiglio di amministrazione di una importante società sarà ovviamente diverso da una donna che lavora nei campi come bracciante. Tale semplificazione nel definire il problema dovrebbe anche riflettersi positivamente negli studi epidemiologici atti a individuare la reale incidenza dell'incontinenza urinaria che a tutt'oggi rappresenta ancora un fenomeno sottostimato. Per capire quali sono le cause che portano alla perdita involontaria delle urine dobbiamo capire quali sono i meccanismi alla base del normale funzionamento del basso apparato urinario che assicurano la continenza urinaria.

La vescica è l'organo dove si raccolgono le urine che in modo continuo vengono prodotte dai reni. Quando la vescica raggiunge un certo grado di riempimento, essa invia il segnale dello stimolo di urinare che può essere controllato affinché, in tempi e in luoghi appropriati la vescica possa essere svuotata nell'atto della minzione. La minzione avviene grazie alla contrazione della parete muscolare della vescica (muscolo detrusore) ed al rilasciamento della componente sfinterica che rappresenta il meccanismo muscolare di chiusura uretrale (l'uretra è il condotto che porta le urine dalla vescica all'esterno; nella sua porzione vicino alla vescica l'uretra è specializzata grazie ad apparati muscolari, detti sfinteri, alla chiusura del condotto uretrale. La contrazione tonica e fasica delle fibre muscolari degli sfinteri impediscono lo scolo involontario delle urine).

La continenza delle urine si realizzerà fintanto che la pressione all'interno della vescica risulterà inferiore alla pressione di chiusura uretrale. Quindi condizioni necessarie per ottimizzare la continenza saranno una vescica che durante la fase di riempimento si comporti come serbatoio passivo a pareti elastiche ed una componente sfinterica in grado di mantenere un costante tono contrattile ed in grado di

opporsi, con eventuali repentini aumenti pressori di chiusura uretrale, a momentanei aumenti pressori endovescicali.

Per il normale funzionamento della vescica e degli sfinteri risulta di fondamentale importanza il controllo esercitato del sistema nervoso che grazie a complessi riflessi nervosi periferici e centrali consente al sistema vescico-sfinterico di operare in totale autonomia (sistema nervoso autonomo) ma con la possibilità di essere controllato dalla nostra volontà (sistema nervoso volontario). Vediamo brevemente i vari livelli di controllo neurologico esistenti. Il sistema nervoso autonomo grazie alle sue due componenti, parasimpatico e simpatico, è alla base dei meccanismi automatici di funzionamento e controllo dell'intero ciclo minzionale.

Il sistema simpatico agisce sulla vescica rilasciando il muscolo detrusore e aumentando il tono di contrazione dello sfintere uretrale, il sistema parasimpatico agisce sulla vescica attivando la contrazione del muscolo detrusore per indurre la contrazione di svuotamento vescicale. Infatti durante la fase del riempimento vescicale al fine di assicurare la continenza dove la vescica deve rimanere rilassata e gli sfinteri attivi la componente del sistema autonomo attivo è rappresentato dal sistema simpatico mentre durante la fase di svuotamento vescicale il sistema simpatico si disattiva rilasciando gli sfinteri e consentendo alla contestuale attivazione del sistema parasimpatico di contrarre diffusamente la vescica per consentire un rapido e completo svuotamento vescicale. Le cellule nervose (i motoneuroni) che costituiscono il centro simpatico e parasimpatico sono localizzati rispettivamente nel midollo spinale toraco lombare (metameri T10-L2) e sacrale (metameri S2-S4). I due centri midollari sono connessi al complesso vescico sfinterico da nervi periferici che partono dal midollo spinale e raggiungo la periferia mediante i nervi che costituiscono il plesso ipogastrico per il sistema simpatico e i nervi pelvici per il sistema parasimpatico. I due centri midollari a loro volta sono in collegamento mediante fibre che decorrono in alto lungo il midollo con il centro del ponte situato nel midollo alla base del cervello. Il centro pontino è il luogo di integrazione delle informazioni sensoriali provenienti dalla vescica (stato di riempimento vescicale) ed è la cabina di regia per il corretto funzionamento dei sistemi simpatico e parasimpatico per il fondamentale meccanismo di coordinazione nel funzionamento dell'una e dell'altra componente del sistema neurovegetativo. A questo punto abbiamo visto come l'intero sistema sia in grado di funzionare nel modo corretto ad assolvere le funzioni della continenza urinaria e della minzione.

Ma affinché il controllo del ciclo minzionale sia gestibile dalla nostra attività cosciente ed asservito alle esigenze igieniche e sociali del nostro vivere quotidiano vediamo quali sono i meccanismi di controllo del sistema nervoso volontario sul sistema involontario. Dalla corteccia cerebrale del lobo frontale esistono delle vie nervose che raggiungono il centro pontino ed attraverso queste connessioni l'attività cosciente è in grado di influenzare, ed entro certi limiti sopprimere, l'attivazione di una minzione involontaria. Inoltre a supporto di questa attività di inibizione sul centro pontino un altro punto di incontro tra il sistema volontario e quello involontario è rappresentato dalla possibilità di contrazione della componente volontaria di una parte dello sfintere uretrale. In particolare l'impulso di contrazione dello sfintere volontario origina da un punto specifico della corteccia motoria ed attraverso le vie nervose discendenti del fascio piramidale midollare raggiungono il

midollo sacrale (metameri S2-S4). Da qui attraverso il nervo pudendo le fibre nervose raggiungono la muscolatura del perineo ed in particolare lo sfintere uretrale volontario. L'attivazione dello sfintere ci consente di interrompere una minzione già attivata o di supportare lo sfintere uretrale involontario nelle condizioni di stimolo urinario imperioso nelle condizioni di urgenza minzionale.

Da questa complessa organizzazione neurologica si evince facilmente come numerose malattie del sistema nervoso centrale e/o periferico possano in varia misura portare a disfunzioni del controllo del complesso vescico sfinterico che possono esitare i varie forme di incontinenza urinaria. Ma la grande maggioranza delle forme di incontinenza urinaria si realizzano in assenza di un danno neurologico e vanno ricercate in alterazioni dell'anatomia muscolo legamentosa del piccolo bacino, alterazione della struttura parietale della vescica, esito di interventi sul basso apparato urinario ecc.

Tutte queste diverse condizioni morbose possono essere comunque raggruppate, dal punto di vista clinico, in tre macro categorie di incontinenza urinaria: incontinenza urinaria da sforzo (stress incontinence), incontinenza urinaria da urgenza (urge incontinence) ed incontinenza urinaria di tipo misto (mixed incontinence). Per incontinenza urinaria da sforzo si intende la perdita involontaria di urina durante uno sforzo in assenza di attività contrattile del detrusore; tale forma di incotinenza è secondaria ad una disfunzione sfinteriale, comunque legata ad un'alterazione dei meccanismi di chiusura uretrale. Il brusco aumento della pressione addominale in occasione di uno sforzo (colpo di tosse, starnuto ecc.) si trasmette alla parete vescicale che compressa dall'esterno determina un aumento della pressione interna del viscere in grado di superare la pressione di chiusura uretrale. Per incontinenza urinaria da urgenza si intende la perdita involontaria di urina secondaria a contrazioni detrusoriali non inibite; tale forma di incontinenza (vescica iperattiva) è quindi secondaria ad un disfunzione del detrusore che va incontro ad attivazione involontaria di parti più o meno estese della muscolatura vescicale con conseguente aumento pressorio intravescicale tale da superare la pressione di chiusura uretrale. Generalmente tale forma di incontinenza è associata all'improvvisa sensazione di dover urinare. Per incontinenza di tipo misto si definisce la coesistenza di incontinenza urinaria da sforzo e di incontinenza da urgenza in percentuale variabile a seconda delle alterazioni patologiche esistenti nello stesso paziente.

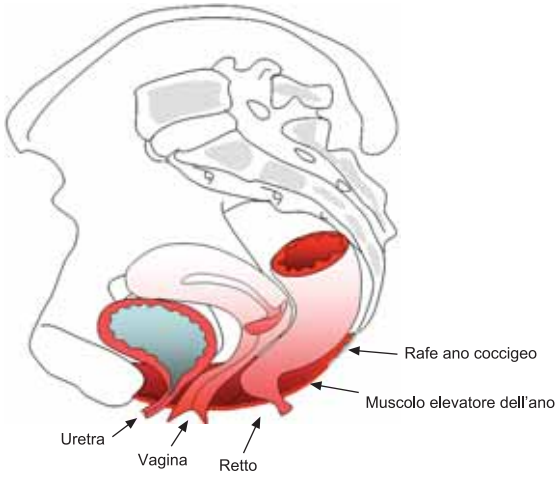
L'incontinenza urinaria femminile

L'incontinenza urinaria è l'incapacità a trattenere correttamente le urine.

Fughe d'urina, anche piccole, possono costituire un problema di disagio sociale, oltre che di igiene.

Le donne rappresentano la popolazione maggiormente afflitta dall'incontinenza urinaria e si stima che circa una donna su tre soffra di questo disturbo in quanto l'anatomia degli organi pelvici femminile predispone a problemi dei meccanismi di tenuta.

Nella donna, ad esempio, questi organi vengono spesso messi a dura prova durante il parto naturale e l'incidenza della patologia aumenta nelle donne che hanno avuto più parti per via vaginale. Altri eventi fisiologici come la menopausa indeboliscono l'uretra e le strutture coinvolte nella continenza per il venir meno del supporto ormonale al trofismo di queste strutture.



Schema A: *visceri pelvici e loro rapporti con il muscolo elevatore dell'ano.*

L'incontinenza urinaria non è solo un problema della terza età ma colpisce con varia incidenza tutte le fascie di età, si calcola che in circa il 20% dei casi i disturbi compaiono addirittura prima dei 30 anni ed in oltre il 40% dei casi il sintomo si manifesta tra i 30 e i 50 anni anche se il disturbo è certamente più diffuso nelle donne dopo i 60 anni.

Almeno un terzo delle donne anziane lamenta questo problema, che è presente in oltre la metà di coloro che sono assistite in casa di riposo.

La più frequente forma di incontinenza è quella da sforzo, cioè la perdita che avviene durante un'attività fisica, un colpo di tosse, un movimento, uno sforzo appunto (50% circa dei casi).

L'incontinenza da urgenza, che è preceduta da un intenso ed impellente desiderio di urinare, è meno frequente (circa il 15% dei casi), ma nel rimanente 35% delle donne incontinenti sono presenti entrambe le forme in modo associato (incontinenza mista).

L'incontinenza urinaria rimane comunque un disturbo ancora molto sommerso e si stima che il numero delle donne incontinenti si almeno dalle 2 alle 4 volte maggiore rispetto alla percentuale di pazienti che giungono all'attenzione sanitari.

L'incontinenza è classificata sulla base delle modalità con cui si presentano i sintomi.

1. L'**incontinenza da sforzo**, che si manifesta quando aumenta la pressione dell'addome sulla vescica in occasione di uno sforzo fisico, ma anche quando semplicemente si ride, si tossisce, si starnutisce o durante un movimento; in genere dipende da una debolezza della muscolatura perineale pelvica che circonda l'uretra che non riesce più a supportare con la propria contrazione lo sfintere

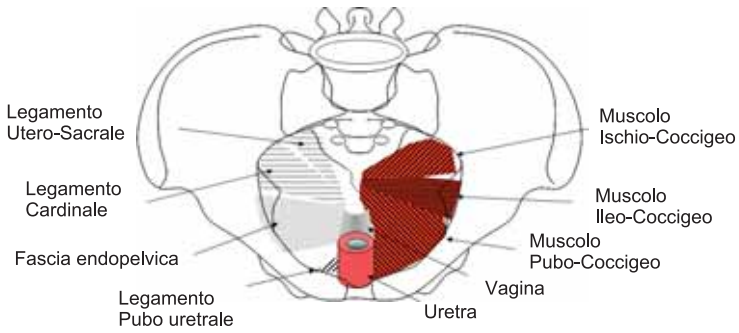
uretrale. La perdita di efficienza di questa muscolatura si può realizzare a seguito una sofferenza del perineo nei travagli prolungati durante il parto naturale, o molto più semplicemente, all'invecchiamento dei questi tessuti, fenomeno accelerato dalla la menopausa.

2. L'**incontinenza da urgenza**, spesso associata all'impellente sensazione di dovere urinare, è generalmente provocata da contrazioni irrefrenabili ed incontrollabili della vescica. Tali contrazioni involontarie della vescica (vescica iperattiva) possono manifestarsi in presenza di lesioni del sistema di controllo neurologico della vescica, o in alcune patologie infiammatorie, ostruttive o neoplastiche della vescica. Non sempre si può riconoscerne la causa specialmente quando il disturbo insorge dopo interventi chirurgici sugli organi vicini alla vescica.
3. L'**incontinenza mista**, nella quale sono presenti i sintomi caratteristici di entrambi i tipi. Tra le altre possibili forme di incontinenza, vi è la cosiddetta **incontinenza da rigurgito**, con la vescica che diventa incapace di svuotarsi facendo trabboccare l'urina con una perdita goccia a goccia continua.

Incontinenza urinaria nell'uomo

Abbiamo già visto che per incontinenza urinaria intendiamo il sintomo che porta all'incapacità di trattenere correttamente le urine. Tale sintomo può manifestarsi con gravità variabile dalla perdita di poche gocce alla perdita completa delle urine. Nell'uomo il problema è sicuramente meno frequente che nella donna ma si calcola che una percentuale variabile dal 2 al 10% della popolazione maschile sia affetta di una qualche forma di incontinenza. Esiste anche per l'uomo il problema del sommerso e quindi della scarsa attitudine a parlare di questo inconfessabile disturbo nonostante le grosse opportunità terapeutiche a disposizione.

Anche nell'incontinenza maschile le cause del disturbo sono da ricondurre a malfunzionamento della vescica (incontinenza da urgenza), dello sfintere uretrale



Schema B: *sistemi fascio-legamentosi e muscolari perineali coinvolti nei meccanismi di sostegno e supporto dei visceri pelvici.*

(incontinenza da sforzo) o alla coesistenza in percentuali variabili di entrambi i problemi (incontinenza mista). Inoltre, più frequentemente che nella donna, una causa particolare è l'incontinenza da rigurgito (overflow incontinence) rappresentata da una perdita di urina goccia a goccia continua. Tale è quella secondaria alla perdita di capacità di svuotamento vescicale per l'instaurarsi in modo più o meno acuto di ostacoli uretrali allo svuotamento (ipertrofia prostatica o stenosi uretrali).

Incontinenza da sforzo: le cause più frequenti di incontinenza da sforzo nell'uomo si rilevano generalmente dopo gli interventi chirurgici a carico della prostata. Oggi giorno l'intervento maggiormente associato a questo problema è la prostatectomia radicale, intervento eseguito per la cura del tumore prostatico e dove l'incontinenza urinaria si manifesta in circa il 20% dei casi. Più raramente il problema si può manifestare dopo interventi per l'ingrossamento benigno della prostata con un'incidenza di circa il 2%. Più raramente un trauma dello sfintere uretrale si può realizzare in paziente generalmente politraumatizzati dopo incidenti che causano fratture del bacino con lacerazioni dell'uretra. Esistono poi cause di deficit sfinterico in presenza di patologie o lesioni del sistema nervoso che causano un'alterazione del controllo neurologico dello sfintere.

Incontinenza da urgenza: spesso associata all'impellente sensazione di dovere urinare, è generalmente provocata da contrazioni irrefrenabili ed incontrollabili della vescica. Tali contrazioni involontarie della muscolatura vescicale (vescica iperattiva) possono manifestarsi in presenza di lesioni del sistema di controllo neurologico della vescica, o in alcune patologie infiammatorie della vescica, in presenza di cause ostruttive dell'uretra o in presenza di lesioni neoplastiche della vescica.

A differenza che nella donna le cause di vescica iperattiva in presenza di ostruzione uretrale sono sicuramente più frequenti in quanto tale condizione ostruttiva e frequentemente associata all'ipertrofia prostatica. L'ostruzione uretrale è responsabile di una progressiva ipertrofia delle cellule muscolari della vescica per l'aumentato sforzo durante lo svuotamento vescicale. Le cellule muscolari ipertrofiche subiscono una serie di alterazioni della parete che le rende ipereccitabili e soggette ad autoeccitarsi al di fuori del normale controllo neurologico della minzione.

L'incontinenza in età pediatrica

L'incontinenza nei bambini rappresenta un problema molto particolare in quanto il disagio vissuto dai piccoli pazienti si traduce in un sentimento di diversità nei confronti dei coetanei e di sensi di colpa nei confronti dei genitori. Tale condizione quindi se non affrontata nei modi e nei tempi giusti può alterare dal punto di vista psicologico il percorso formativo della propria personalità innescando turbe caratteriali con riflessi negativi sull'autostima.

Il problema è meno frequente che nell'età adulta, ma si calcola che una percentuale variabile tra il 5 e il 10% dei bambini in età scolare presenta perdite di urina di giorno o di notte, di carattere 'funzionale'. Più raramente, 1-2 bambini su 1000 nati, è invece affetto da incontinenza di carattere organico generalmente secondaria ad una malformazione congenita delle vie urinarie (ad es. estrofia vescicale) o del sistema nervoso (es. spina bifida).

Incontinenza funzionale

Il controllo volontario della vescica si ottiene intorno ai 2-3 anni, le femmine prima dei maschi, ma il completo controllo può protrarsi anche sino ai 5 anni. L'acquisizione del controllo vescicale è segnata da una progressiva riduzione del numero di minzioni/giorno e dalla maturazione di una serie di capacità. Il ruolo dei genitori è fondamentale in questa fase accompagnando il bambino nella crescita, e tranquillizzarlo di fronte a episodi di perdite di urina e insistere sull'acquisizione di corrette abitudini minzionali.

Se al gli episodi di incontinenza si dovessero protrarre oltre l'età dei 5 anni e corretto indagare più a fondo per evidenziare una delle possibili cause di incontinenza urinaria di tipo funzionale:

- Infezioni Urinarie: rappresentano, soprattutto nelle bambine una frequente causa di saltuari episodi di incontinenza urinaria.
- Vescica Iperattiva: come nell'adulto può manifestarsi con sintomi di pollachiuria, urgenza minzionale associata o meno ad incontinenza urinaria. Il disturbo può condizionare il bambino ad assumere posizioni particolari nel tentativo di impedire la fuoriuscita di pipì come accovacciarsi sulle gambe e sedersi sui talloni.

Minzione Disfunzionale

Tale disturbo, che comporta uno svuotamento vescicale incompleto, è generalmente accompagnato dal diradarsi degli eventi minzionali (3 volte o meno al giorno). Più frequente nelle bambine, il disturbo è dovuto all'instaurarsi di un'abitudine a rimandare lo svuotamento vescicole, meccanismo sostenuto da un ipertono della muscolatura perineale che in un primo momento aiuta a sopprimere lo stimolo urinario ma che successivamente porta alla incapacità rilasciare correttamente il perineo al momento della minzione. I muscoli perineali, abituati ad essere contratti spesso e fuori luogo, divengono incapaci a rilasciarsi correttamente al momento della minzione (in coordinazione vescica-sfinterica) impedendo una corretta apertura dell'uretra con conseguente ostacolo alla minzione. In casi estremi la sforzo eccessivo della vescica durante lo svuotamento può portare ad un danno della muscolatura vescicale con decadimento della forza contrattile e sfiancamento del viscere. A completamento di questo disturbo và ricordata la coesistenza della stitichezza che si realizza con le medesime modalità della minzione disfunzionale ma a carico della funzione intestinale.

L'Enuresi

È una forma di incontinenza che si manifesta generalmente durante il sonno. Si definisce primaria se non è mai stato acquisito il controllo notturno della continenza e secondario se il disturbo compare dopo almeno un periodo di sei mesi consecutivi di notti asciutte.

L'incontinenza organica è generalmente dovuta a malformazioni congenite che colpiscono direttamente (valvole dell'uretra, epispadia, eutrofia della vescica) o indirettamente (spina bifida) l'apparato urinario comportando un danno anatomico e/o neurologico del basso apparato urinario.

Generalmente queste forme di incontinenza urinaria richiedono una correzione chirurgica del problema con interventi di chirurgia neonatale da eseguire nei primi mesi di vita.

Inoltre qualsiasi lesione che dovesse colpire l'integrità del sistema neuro-urologico del bambino rientra, come per l'adulto può divenire cause di incontinenza urinaria.

Incontinenza urinaria neurologica

L'incontinenza urinaria nel paziente neurologico rappresenta un problema particolare in quanto oltre a rappresentare un'ulteriore elemento di disagio alla disabilità di base, può diventare anche causa di insufficienza renale con conseguente riduzione della aspettativa di vita di questi pazienti.

Abbiamo già visto che per incontinenza urinaria intendiamo il sintomo che porta all'incapacità di trattenere correttamente le urine. Sebbene anche in questi pazienti può valere la classificazione clinica dell'incontinenza urinaria suddivisa nell'incontinenza da urgenza (malfunzionamento della vescica) incontinenza urinaria da sforzo (lesione dello sfintere uretrale) e forme miste (contemporanea alterazione della vescica e dello sfintere), la particolare gravità con cui queste alterazioni possono essere presenti richiede uno studio più approfondito del paziente è una classificazione del problema più esaustiva.

Per comprendere come le varie lesioni del sistema neurologico possono alterare la funzione urinaria e la continenza, dobbiamo prima comprendere come è organizzato il controllo neurologico del vescica e degli sfinteri. Iniziamo con dire che la funzione del basso apparato urinario (vescica e sfinteri uretrali) è sotto il controllo del sistema neurologico involontario con i suoi due comparti il sistema parasimpatico e simpatico che generalmente assolvono a funzioni antagoniste nel governare la funzione dei visceri. Il sistema nervoso volontario è in grado di interferire con il sistema involontario soltanto modulando l'attività di quest'ultimo che è comunque in grado di controllare la funzione vescicale in modo autonomo. Il controllo neurologico, dal punto di vista funzionale, lo potremmo immaginare come organizzato in tre livelli. Il primo livello, il meno complesso, è costituito dai due nuclei di motoneuroni (cellule nervose che governano l'attività del muscolo vescicale) del sistema autonomo uno situato a livello del midollo sacrale (metameri S2-S4) e l'altro situato a livello del midollo toraco-lombare (T10-L2); il nucleo sacrale (appartenente al comparto parasimpatico) ha il compito di attivare la contrazione della muscolatura vescicale per lo svuotamento del viscere; il nucleo toracolombare (appartenente al comparto simpatico) ha il compito invece di facilitare il rilasciamento della muscolatura vescicale per facilitare la fase del riempimento vescicale e di contrarre la componente involontaria dello sfintere uretrale per migliorare la continenza. Esiste inoltre un altro nucleo, chiamato di Onuf in stretta vicinanza del nucleo sacrale che invece appartiene al sistema nervoso volontario che innerva la muscolatura volontaria dello sfintere uretrale.

Un secondo livello funzionale, decisamente più complesso, è rappresentato da una serie di connessioni che un altro centro di controllo localizzato a livello del mi-

dollo cervicale (nucleo pontino) ha sia con il centro sacrale che con il centro toraco lombare.

Il nucleo pontino, una vera e propria cabina di regia, è di fondamentale importanza nel coordinare l'attività degli altri centri motori per ottimizzare la continenza urinaria e soprattutto la minzione. Infatti l'integrità di queste connessioni assicura durante la fase di riempimento una vescica rilasciata che si lascia riempire senza opporre resistenza, la componente sfinteriale involontaria e volontaria che aumenta il tono di contrazione all'aumentare del grado di replezione vescicale. All'atto della minzione infine alla contrazione vescicale si deve realizzare un completo rilasciamento degli sfinteri al fine di avere una minzione rapida con flusso urinario veloce e a bassa pressione endovescicale condizioni fondamentali per un completo svuotamento vescicale.

Il terzo livello funzionale è costituito dalle connessioni di aree specializzate della corteccia cerebrale ed il centro pontino della minzione. Tali connessioni rappresentano quindi il livello di integrazione della coscienza, e quindi del controllo volontario, con il sistema involontario. Queste connessioni raggiungono la completa maturazione in età pediatrica verso i 5/6 anni con l'acquisizione del potere di controllo sulla vescica consentendoci di rinviare, entro certi limiti, l'atto minzionale secondo le convenienze igieniche e sociali.

A questo punto possiamo cercare di capire come le diverse patologie che possono colpire il sistema nervoso siano in grado di alterare questo complesso meccanismo e portare all'incontinenza urinaria.

In caso di lesioni del primo livello funzionale si assiste ad un danno da denervazione che può interessare la vescica e/o l'innervazione volontaria dello sfintere; la vescica perderà la capacità di contrarsi (vescica areflessica) e quindi di svuotarsi e lo sfintere perderà la capacità di trattenere le urine. L'incontinenza urinaria secondaria a questo tipo di lesione sarà quindi o un'incontinenza da rigurgito (areflessia vescicale) o un'incontinenza da sforzo (danno sfinteriale). In caso di lesioni del secondo livello funzionale si assiste ad un danno del controllo volontario del riflesso minzionale (iperreflessia vescicale) e in misura più o meno importante della coordinazione tra la contrazione vescicale e il rilasciamento sfinteriale (dissinergia vescica-sfinterica). Quindi la vescica raggiunto un certo grado di riempimento si attiverà autonomamente con la perdita involontaria delle urine. Questa condizione si può ulteriormente complicare se alla iperreflessia vescicale si associa la perdita di coordinazione con lo sfintere uretrale che invece di rilasciarsi permettendo la fuoriuscita delle urine senza sforzo dalla vescica, risponde in maniera patologica contraendosi anch'esso durante la contrazione vescicale (dissinergia vescica sfinterica). In questa situazione durante la contrazione vescicale la pressione all'interno della vescica si innalza a valori estremamente alti portando ad un danno della funzione renale.

Nelle lesioni del terzo livello funzionale si assiste alla perdita di inibizione da parte dell'attività cosciente del riflesso minzionale configurandosi il quadro dell'incontinenza da urgenza.

Bibliografia

1) Abrams P., Cardozo L., Khoury S., *Incontinence, 3rd International Consultation on Incontinence*, June 26/29, 2004; Edition 2005, Vol. 1-2.
2) Cardozo L., Staskin D., *Textbook of Female Urology and Urogynecology*, Second Edition, June 2006, ISIS Medical Media.
3) Di Benedetto P., Pesce F., Tubaro A., *Urodinamica Clinica*, McGraw-Hill, Milano 2003.

2.2 *Epidemiologia: dati internazionali*
di S. Mariani

L'incontinenza urinaria risulta essere un sintomo che può influenzare il benessere fisico, psicologico e sociale delle donne in qualsiasi fascia di età. Di fondamentale importanza ai fini scientifici risultano essere i parametri di riferimento per la definizione di incontinenza urinaria.

La prevalenza dell'incontinenza urinaria, "definita" come perdita involontaria di urina che si è manifestata "sempre" o "qualche volta" o "almeno una volta" negli ultimi 12 mesi, varia tra il 5% e il 69% con la maggior parte degli studi che riferiscono una prevalenza variabile tra il 25% e il 45%. Da questi studi si evince che le donne più anziane riferiscono maggiormente una incontinenza da urgenza o di tipo misto, mentre nelle donne più giovani è più facilmente riscontrabile una incontinenza da stress. In uno studio di Hannested è stato dimostrato come la prevalenza dell'incontinenza di tipo misto aumenti con l'aumentare delle fasce d'età mentre la prevalenza dell'incontinenza da stress diminuisca con il passare dalla fascia di età compresa tra i 40-49 anni verso la fascia di età 60-69 anni. Da uno studio che ha confrontato la prevalenza dell'incontinenza urinaria femminile in 4 nazioni europee si è dimostrato che tale prevalenza, variabile tra il 41% e il 44%, è risultata praticamente simile in 3 su 4 di queste nazioni (Francia, Germania e gran Bretagna) mentre in Spagna, senza una apparente ragione, tale prevalenza è risultata inferiore (23%).

Svariati studi hanno dimostrato come la prevalenza e la maggior gravità dell'incontinenza urinaria in donne residenti in strutture di lunga degenza sia nettamente superiore rispetto alle donne che svolgono le loro "attività" nella comunità. Tale quadro è da correlare alla maggior prevalenza di patologie quali demenza, ridotta mobilità e altre co-morbidità che impediscono una "normale" vita relazionale e che impediscono le normali attività quotidiane. La prevalenza in tale popolazione varia tra il 50% e l'80%.

Studi effettuati tra donne in "gravidanza" hanno mostrato una prevalenza di incontinenza urinaria (da urgenza e/o da stress) variabile tra il 32% e il 64%, con una percentuale di incontinenza da stress variabile tra il 40% e il 59%. Nelle nullipare la prevalenza è nettamente inferiore rispetto alla pluripare, mentre la insorgenza di nuova incontinenza urinaria è maggiormente presente nella donne alla loro prima gravidanza. In relazione al periodo di gravidanza l'incontinenza urinaria in-

crementa notevolmente la sua prevalenza nel secondo e terzo trimestre. La prevalenza di incontinenza urinaria di "ogni tipo" nell'anno post-partum varia tra il 15% e il 30%, mentre l'incontinenza giornaliera si attesta a meno del 5%. Inoltra pazienti sottoposte a parto cesareo mostrano una minor incidenza di incontinenza urinaria rispetto alle paziente che hanno avuto un parto vaginale.

In relazione al gruppo razziale di appartenenza è stata dimostrata una minor prevalenza di incontinenza da stress nelle donne afro-americane e asiatiche rispetto alle donne caucasiche. Le donne afro-americane, in particolare, mostrano una minor prevalenza, pari al 25-50%, di incontinenza da stress rispetto alla donne caucasiche ma una lieve maggior prevalenza di incontinenza da urgenza. Anche altri studi, prendendo in considerazione anche il numero di gravidanze, età, BMI, isterectomia, uso di estrogeni e altre variabili legate alla razza di appartenenza mostrano un significativo aumentato rischio di incontinenza da stress per le donne caucasiche rispetto alla donne afro-americane o asiatiche.

Alcune ricerche hanno cercato di evidenziare quali parametri fisiologici potessero essere alla base di questa minor prevalenza di incontinenza da stress nelle donne afro-americane dimostrando solamente, senza peraltro poter spiegare efficacemente, una maggior pressione di chiusura uretrale, una maggior lunghezza uretrale e una maggior forza dei muscoli pubo-coccigei da parte di queste donne rispetto alle loro corrispettive caucasiche.

Tra i fattori di rischio da prendere in considerazione quali cofattori nella genesi dell'insorgenza dell'incontinenza urinaria in particolar modo menzionati: l'età (e quindi i cambiamenti ormonali post menopausa), il numero di gravidanze e l'obesità.

Con l'avanzare dell'età, in relazione alle modificazioni ormonali post menopausali, sia la vescica sia le strutture pelviche subiscono delle "trasformazioni" che possono contribuire all'insorgenza dell'incontinenza urinaria.

Anche il numero delle gravidanze, il tipo di parto effettuato e il peso dei neonati contribuiscono alla patogenesi della incontinenza da stress; infatti il possibile meccanismo con cui il parto può contribuire a tale fenomeno consiste in un danneggiamento da "stiramento" del nervo pudendo e del tessuto connettivo del pavimento pelvico che risulta da supporto alla competenza sfinteriale uretrale.

Risulta ben dimostrato come l'obesità possa causare o contribuire all'insorgenza della incontinenza urinaria: l'aumento di peso comporta un cronico stiramento ed indebolimento delle strutture muscolari, nervose e tendinee del pavimento pelvico. Alcuni studi hanno dimostrato come con l'aumento della Body Mass Index ci sia una stretta associazione non solo con l'aumento della incontinenza da stress ma anche da urgenza testimoniando il fatto che l'obesità può agire non solo con l'aumento della pressione intra-addominale ma anche attraverso altri meccanismi.

Altri fattori favorenti l'incontinenza urinaria sono da considerarsi alcune malattie concomitanti quali il diabete, infezioni delle vie urinarie, malattie croniche polmonari, alterazioni cognitive, pregresse isterectomie, depressione oltre che ad alcune abitudini quali il fumo di sigaretta e l'inattività fisica.

L'epidemiologia dell'incontinenza urinaria maschile non è stata investigata come quella femminile: solamente negli ultimi anni sono stati fatti dei progressi in tal senso in relazione all'aumentatao numero di prostatectomie radicali effettuate.

La prevalenza dell'incontinenza urinaria continua ad essere 1:2 tra uomo e donna. Il tipo e la distribuzione per fasce di età dell'incontinenza risultano essere differenti tra i due sessi e i fattori di rischio, benché meno studiati rispetto al sesso femminile, sembrano essere differenti dalle donne.

In relazione alla differente anatomia e fisiopatologia dell'incontinenza tra la donna e l'uomo anche la distribuzione sul tipo di incontinenza tra i due sessi risulta differente. In uno studio del 1990 è stato dimostrato come l'incontinenza da urgenza vari dal 40% all'80%, seguita dalla incontinenza di tipo misto (10-30%) e da quella da stress (<10%). Inoltre la prevalenza della forma da urgenza risulta sempre maggiore con l'avanzare delle fasce d'età'. Anche la severità dell'incontinenza risulta essere 2 volte più alta nella donna che nell'uomo. In relazione alla razza non esistono studi che dimostrino come l'incontinenza urinaria sia più presente in una etnia che non in un'altra.

Una sostanziale remissione dell'incontinenza urinaria è presente nel 27-32% della popolazione maschile rispetto all'11-13% di quella femminile: una possibile spiegazione di tale aspetto è la prevalenza dell'incontinenza da urgenza nell'uomo rispetto alla donna.

I fattori di rischio per l'uomo sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli delle donne ma in più la prostatectomia radicale risulta essere il fattore di rischio con maggior impatto sull'incontinenza. I possibili effetti iatrogeni della prostatectomia radicale risultano essere per l'uomo il fattore di rischio più importante per la incontinenza da stess: l'incidenza di tale sintomatologia nei pazienti prostatectomizzati risulta essere in media intorno al 10-15% con un range compreso tra il 25 e il 60%. Un recente studio ha dimostrato come l'incontinenza post prostatectomia si attesti intorno al 13% al primo anno e al 7% al secondo anno post intervento chirurgico. Le percentuali d'incontinenza post prostatectomia radicale laparoscopica risultano essere leggermente superiori rispetto alla tecnica a cielo aperto anche se al termine del primo anno post chirurgia l'incidenza risultano sovrapponibili

Con una incidenza di incontinenza da stress nettamente inferiore rispetto alla prostatectomia radicale risulta la TURP che si attesta intorno all'1%.

Bibliografia

- Thom Dions et al., *Differences in prevalence of urinary incontinence by race/ethnicity*, J. Urol. 2006; 175: 259.
- Waetjen L.E. et al., *Factors associated with prevalent and incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal analysis of data: study of women's healt across the nation,* Am J. Epidemiol., 2007, 165: 309.
- Dimpfl T., Hesse U., Schussler B., *Incidence and cause of postpartum urinary stress incontinence,* Eur. J. Obstet Gynecol. Eeprod. Biol. 1992; 42, 29.
- Nygaard I. et al., *Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women,* Obstet Gynecol. 2003; 101: 149.
- Dooley Y. et al., *Urinary incontinence prevalence: results from the national Health and Nutrition Examination Survey,* J. Urol. 2008; 179: 656.

– Fenner De et al., *Establishing the prevalence of incontinence study: racial differences in women's patterns of urinary incontinence*, J. Urol. 2008; 179: 1445.
– Landi F. et al., *Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community*, Age and Aging 2003 32: 194.
– Jacobsen N.B. et al., *Open versus laparoscopic radical prostatectomy: a prospective comparison of postoperative urinary incontinence rates*, J. Urol. 2007; 177: 615.

2.3 *Epidemiologia: dati nazionali*
di S. Mariani

I dati in letteratura relativi alla prevalenza dell'incontinenza urinaria variano ampiamente in relazione alla definizione utilizzata per "incontinenza urinaria" e alla popolazione studiata.

La prevalenza dell'incontinenza urinaria risulta molto variabile in relazione, come già accennato, alla non univoca definizione, dalle differenti modalità di raccolta dati, dai diversi metodi di sorveglianza sulla popolazione. Globalmente da tali studi si è giunti a conclusione che la prevalenza dell'incontinenza urinaria abbia un andamento in crescendo durante la vita adulta (20-30%) con un rapido incremento in corrispondenza della media età (30-40%) e quindi un costante incremento dopo i 65 anni (30-50%).

In relazione ai tipi di incontinenza urinaria si apprezza che quella "da sforzo" sia maggiormente prevalente nelle donne in età sostanzialmente giovane, con un picco durante l'età della menopausa; mentre l'incontinenza da urgenza aumentata proporzionalmente con l'aumentare dell'età anagrafica.

Agli inizi degli anni 90 è stato condotto in Veneto, precisamente nella provincia di Padova, uno studio sulla prevalenza dell'incontinenza analizzando 2778 soggetti (1438 donne e 1340 uomini) stratificati per età. Dallo studio è emersa una significativa prevalenza globale del fenomeno pari al 13% raggiungendo il 17% nel sesso femminile, una netta prevalenza nel soggetto anziano con percentuali elevatissime nei pazienti oltre gli 85 anni di età (64% nel sesso femminile). Nel 20% delle donne intervistate la gravità dell'incontinenza è risultata grave con i gradi più severi oltre i 65 anni in entrambe i sessi. Tale gravità è stata testimoniate dai dati relativi alla restrizione delle normali attività lavorative (10% delle donne in età avanzata e media) e dalle percentuali di donne con utilizzo di presidi anti-incontinenza (21% delle donne intervistate con il 66% delle donne oltre i 65 anni di età).

In uno studio effettuato nel 2000 in 6 aree geografiche italiane (Roma, Milano, Bari, Modena, Udine e Varese) sono stati intervistati 5488 soggetti (2767 donne, 2721 uomini) in cui è stato evidenziato come il 3% degli uomini e l'11% delle donne risultava affetto da incontinenza urinaria (definita come "almeno un episodi di perdita di urina nell'ultimo anno"). Anche in questo studio è stato evidenziato come la frequenza dell'incontinenza urinaria aumentasse con l'età sia negli uomini che nelle donne (2% e 11% rispettivamente per uomini e donne nella fascia di età compresa tra 50-60 anni e 7% e 16% per una fascia di età ≥ 70 annidi età). Nel 6% degli uo-

mini e il 55% delle donne è stata riscontrata una incontinenza da stress, nel 20% e nel 12% una incontinenza da urgenza, mentre una incontinenza di tipo mista è stata rilevata rispettivamente nel 20% e nel 24% dei pazienti. Storia di infezioni recidivanti delle vie urinarie è risultata associata con l'incontinenza urinaria maggiormente negli uomini rispetto alle donne nelle quali, invece, l'incremento del Body Mass Index e il numero di gravidanze risultano essere fattori favorenti l'incontinenza urinaria. Una pregressa chirurgia urologia, prostatectomia radicale negli uomini e isterectomia nelle donne, broncopatia cronica ostruttiva e disordini neurologici sono risultati fattori predisponenti ad aumentare il rischio di incontinenza urinaria.

Tali dati sono stati sostanzialmente confermati da uno studio effettuato nel 2002 dove su un campione 13365 donne di età superiore ai 40 anni (media 60,3 anni) il 10,2% ha riferito incontinenza urinaria. Mentre per gli uomini di età superiore ai 40 anni (media 64,8 anni) una percentuale discretamente superiore rispetto ai precedenti dati (8,3% vs 3%) ha manifestato una incontinenza urinaria. Tale discrepanza è verosimilmente legata al fatto che nello studio di Bortolotti A. et al. del 2000 non sono stati arruolati uomini di età compresa tra i 40 e i 50 anni, come avvenuto invece per le donne.

Altro aspetto fondamentale è valutare la gestione dei pazienti istituzionalizzati in case di riposo, residenze sanitarie assistite, case di cure per lunga degenza: spesso proprio l'incontinenza urinaria (e/o fecale) risulta essere il fattore chiave che spinge i familiari a "ricoverare" i propri familiari anziani in queste strutture. In uno studio effettuato nel Nord Italia nel 2000 su un campioni di 839 soggetti, di cui il 74% donne, ospiti in 14 diverse strutture per anziani, si è appurato che più della metà dei soggetti fosse affetto da incontinenza urinaria (54,5%) con una netta prevalenza nel sesso femminile (59,8% vs 39,2%). Anche in questo studio la prevalenza di incontinenza urinaria è risultata aumentare con l'avanzare dell'età e associata con maggior frequenza a condizioni mediche quali disordini dell'orientamento spazio/temporale, alterata mobilità e costipazione. Ultimo aspetto interessante è che solamente il 15,5% dei pazienti incontinenti seguiva una terapia specifica perl'incontinenza.

Bibliografia

- Giustini A. et al., *Incontinenza urinaria: stato dell'arto in ambito riabilitativo*, Atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – Vol. LXXXI.
- Pagano F., Artibani W., Cisterinono A., *Ricerca epidemiologica sulla prevalenza dell'incontinenza urinaria nell'ULSS 21*; CLEUP, Novembre 1991.
- Bortolotti A., Bernardini B., Colli E. et al., *Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy*, Eur. Urol. 2000; 37: 30-35.
- Parazzini F. et al., J. Fam. Pract. 2002; 51.
- Aggazzotti G., Pesce, et al., *Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiological study in a midsized city in northern Italy*, Urology 2000, 56(2): 245-249.

2.4 *Quali e quanti sono i centri*

2.4.1 *Dati Questionario Centri Finco*

di M. Ripesi, A. Ragone

Introduzione

Il Comitato Scientifico FINCO in occasione della stesura del "Libro Bianco sull'Incontinenza Urinaria" ha elaborato un questionario di tipo conoscitivo, quale strumento di rilevazione di dati utili alla comprensione del panorama nazionale in quanto ad attività svolta dai Centri dediti alla prevenzione, cura e riabilitazione dell'incontinenza urinaria.

Sono stati raccolti i dati da 65 questionari selezionati tra quelli giunti e compilati in modo idoneo; in seguito riportiamo l'elenco delle strutture che hanno collaborato a tale raccolta.

Il questionario, appendice A, richiedeva, oltre i dati generali del centro, informazioni riguardo le figure professionali impiegate (Tab. 1), la quantità e la tipologia delle prestazioni erogate (Tab. 2) suddivise in trattamenti chirurgici e riabilitativi con la specifica degli ulteriori strumenti riabilitativi ed opzioni terapeutiche utilizzati ed esami diagnostici effettuati, le modalità di svolgimento delle prestazioni (Tab. 3), l'attività di ricerca svolta, le altre disfunzioni pelvi-perineali trattate.

Analisi ed elaborazione dei dati del questionario

Totale questionari analizzati: 65 tra cui 35 provenienti dal Nord Italia, 15 dal Centro e 15 dal Sud.

Qualifiche del personale sanitario (Tab. 1)

Personale addetto	**Tot.**
Medici	241
Fisioterapisti	46
Infermieri	150
Ostetriche	52
Altro personale sanitario*	104
Altri collaboratori**	14

** = psichiatra, psicologo, operatore socio-sanitario, ass. sociale, tec. neurofis.*
*** = segretari, volontari anche con compiti di assistenza domiciliare.*

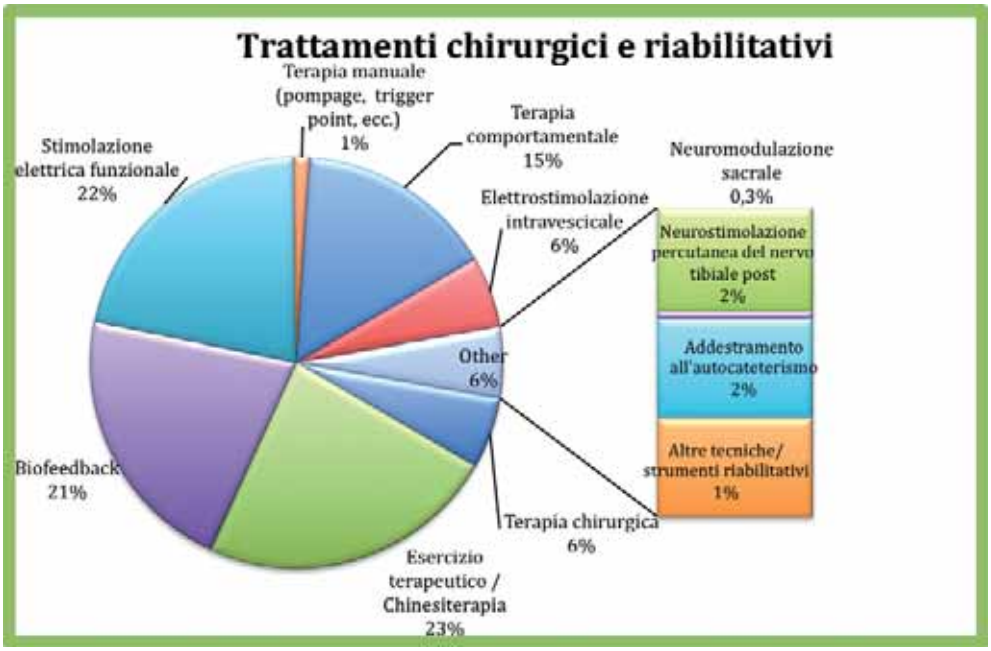
Le percentuali evidenziano una notevole prevalenza del personale medico specializzato con una percentuale del 40%, così suddivisi per specializzazione: Urologi 103, Ginecologi 68, Fisiatri 19, Coloproctologi 17, Uroginecologi 12, Neurologi 10, Chirurghi 7, Neurofisiologi 3, Urodinamista 1, Reumatologo 1; seguono gli infermieri con il 25%, altro personale sanitario con il 17%, ostetriche e fisioterapisti 8%.

Il suddetto personale, per lo più, non è dedicato esclusivamente all'attività riguardante l'incontinenza urinaria.

Prestazioni erogate (Tab. 2)

Trattamento		**Tot.**
Terapia chirurgica	n. interventi	*6.481*
Terapia riabilitativa del pavimento pelvico		*32.578*
Esercizio terapeutico/chinesiterapia	n. sedute	*26.976*
Biofeedback	n. sedute	*24.542*
Stimolazione Elettrica Funzionale	n. sedute	*24.888*
Terapia manuale	n. sedute	*1.441*
Terapia comportamentale	n. sedute	*17.925*
Elettrostimolazione intravescicale	n. sedute	*6.473*
Neurostimolazione percutanea del nervo tibiale posteriore	n. sedute	*2.115*
Neuromodulazione sacrale	n. interventi	*170*
Addestramento all'autocateterismo		*2.007*
Altre tecniche o strumenti riabilitativi***		*2.017*

*** = *rieducazione pre e post partum; rieducazione posturale; stimolazione magnetica; ultrasuonoterapia; coni vaginali; tossina botulinica.*

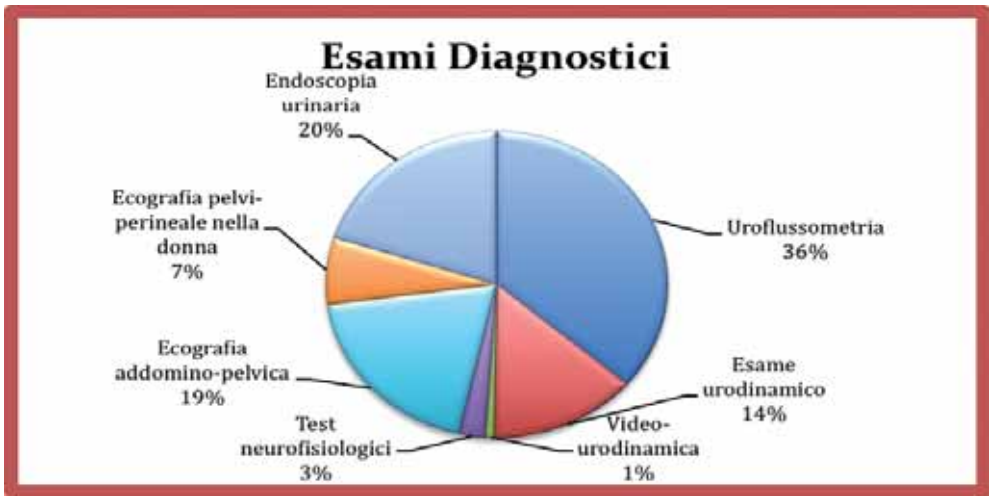


I dati evidenziano come la terapia riabilitativa del pavimento pelvico (capitolo principale), assieme all'esercizio terapeutico/chinesiterapia (23%), la SEF (22%), le tecniche di BFB (21%) e la terapia comportamentale (15%) che ne fanno parte, siano le opzioni terapeutiche maggiormente utilizzate; l'elettrostimolazione intravescicale è utilizzata nel 6% dei programmi riabilitativi, la stimolazione del nervo tibiale posteriore nel 2%, la terapia manuale nell'1%.

La terapia chirurgica copre il 6% del totale dei trattamenti, ma va precisato che le tecniche riabilitative sono conteggiate per singola seduta, non singolo paziente, i trattamenti chirurgici per singolo intervento, quindi singolo paziente.

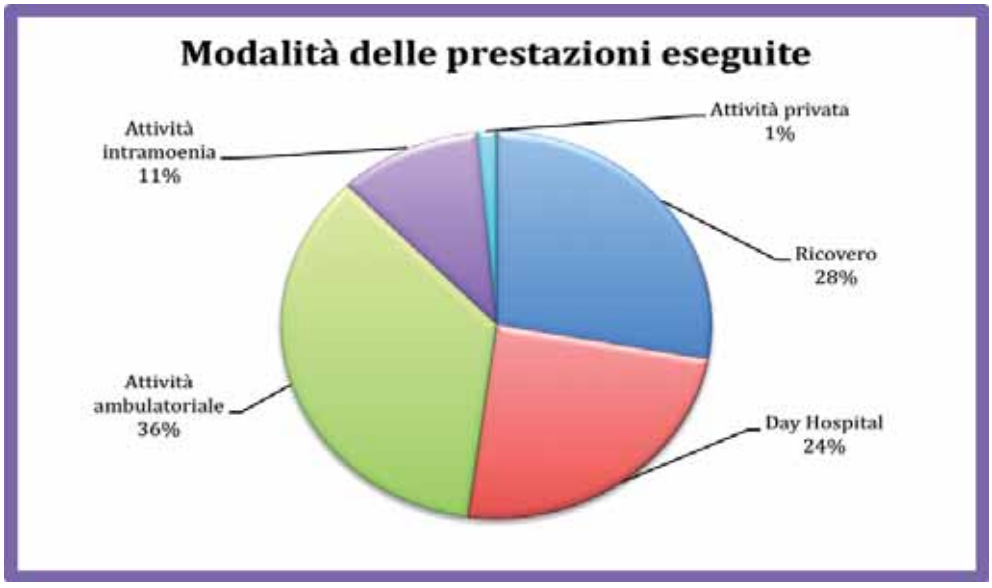
Altre tecniche ed opzioni terapeutiche utilizzate hanno un valore intorno all'1% e sono rappresentate prevalentemente dalla terapia farmacologica.

Esami diagnostici	**Tot.**
Uroflussometria	*27.257*
Esame urodinamico	*10.444*
Video-urodinamica	*647*
Test neurofisiologici	*1.852*
Ecografia addomino-pelvica	*14.523*
Ecografia pelvi-perineale nella donna	*5.288*
Endoscopia urinaria	*15.082*



Modalità delle prestazioni eseguite (Tab. 3)

Modalità delle prestazioni	Tot.
Ricovero	*39*
Day hospital	*34*
Attività ambulatoriale	*50*
Attività intramoenia	*15*
Attività privata	*2*



Il grafico evidenzia come nel maggior numero di casi si tratti di prestazioni eseguite ambulatorialmente (36%), ma sono ancora elevati i valori delle prestazioni eseguite in regime di ricovero (28%) e Day Hospital (24%). Attività intramoenia (11%) e privata (1%) completano il quadro delle modalità di prestazione.

Attività di ricerca

L'attività di ricerca dei centri è principalmente di tipo chirurgico ricostruttivo, e relativo a patologie neoplastiche urologiche (centri 22, 37, 42, 45, 57); altresì vengono dati ampi spazi ad attività congressuali formative e alla pubblicazione di lavori scientifici in merito (centri 22, 15, 7, 14, 61, 63, 65) a protocolli farmacologici.

Altre disfunzioni

Il prolasso genitale, unitamente a problemi di incontinenza fecale, risulta essere la maggior causa di intervento dopo la IU (centri 16, 29, 32, 37, 44, 46, 47, 54, 56, 55). In maniera minore si affrontano casi di CPP (Chronic Pelvic Pain), cistiti interstiziali e disturbi sessuali.

Risultati e Conclusioni

Ci preme sottolineare che l'estrema variabilità dei centri e degli operatori afferenti ad essi, nonché l'eterogeneità dei dati richiesti, a volte risultati non completamente chiari, l'assenza in alcuni centri di data base di raccolta dei dati riguardanti le prestazioni effettuate; hanno generato dei dati non completamente precisi e controllabili, ma senz'altro più che orientativi rispetto alla necessità di disegnare un'analisi dell'esistente.

Dai dati elaborati si possono desumere tali risultati:

- La situazione nazionale di presenza dei Centri sul territorio non è omogenea e, soprattutto, vi sono ancora zone non servite.
- La tipologia delle strutture dedicate è rappresentata prevalentemente da Aziende Ospedaliere, Presidi Ospedalieri e Ambulatori pubblici; sono presenti alcuni Ospedali Universitari, 1 IRCCS, 2 Poliambulatori convenzionati.
- Qualche centro non è ancora attrezzato per la riabilitazione.
- C'è una prevalente presenza di personale medico rispetto alle altre figure professionali.
- I centri sono comunque orientati al trattamento della maggior parte delle disfunzioni pelvi-perineali ed utilizzano tecniche e opzioni terapeutiche a disposizione, tra cui è prevalente l'esercizio terapeutico.

In conclusione è indispensabile approfondire la conoscenza e favorire la formazione e l'informazione per poter incrementare i servizi esistenti e crearne di nuovi, ma anche per formare operatori afferenti a sempre più profili professionali, in modo da garantire equipe multidisciplinari.

Ciò faciliterebbe un approccio globale alla persona e ai suoi bisogni, amplierebbe la schiera di operatori specializzati nel settore, infittirebbe la rete di continuità assistenziale ospedale-territorio e la rete dei Centri sul territorio nazionale.

Di seguito riportiamo l'elenco dei Centri che hanno partecipato con la compilazione del questionario alla raccolta dei dati esposti e li ringraziamo per il contributo.

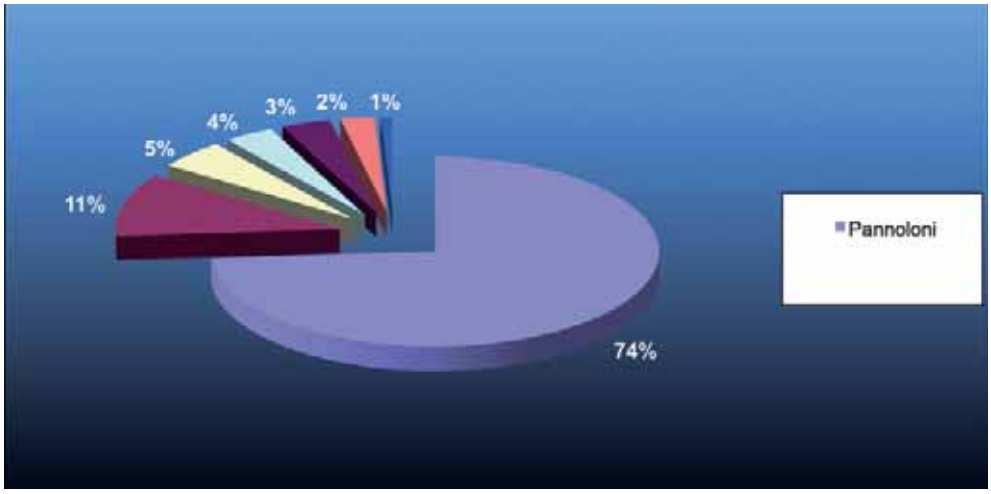
Università Az.Ospedaliera Policlinico **Bari**	Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS **Cassano delle Murge (Ba)**	Ospedale S. Famiglia Fatebenefratelli **Erba (Co)**
Ambulatori Uosd Uroginecologia Ospedale S. Giovanni **Roma**	ASL Salerno P.O. San F. D'Assisi **Oliveto Citra (Sa)**	Ospedale Madonna Delle Grazie **Matera**
Sod Urologia Università Careggi **Firenze**	Studio Medico Specialistico Colombo **Roma**	Osp. S. Maria Annunziata U.O. Ginec. Urol. **Bagno a Ripoli Firenze**
Ospedale San Paolo Ostetricia e Ginecologia **Savona**	Az. Ospedaliera Luigi Sacco **Milano**	Ente Osp.Osped. Galliera Amb. Ur. Ost. Ginec. **Genova**
Osped. Castelfranco Veneto e Montebelluna U.O. Ostetricia e Ginecologia **Castelfranco Veneto**	Ospedale Civile Campo di Marte **Lucca**	ASL Bari Pres. Osped. S. Giacomo U.O. Urologia **Monopoli**
Ospedale S. Giacomo U.O. Ostetricia e Ginecologia **Novi Ligure (Alessandria)**	Ambulatorio Niagara Ospedale S. Croce **Fano (PU)**	Osped.Centrale Divisione Ginec.Ostetr. **Bolzano**
Ospedale G. Fornaroli **Magenta (Milano)**	ASL TO 1 Ospedale Martini **Torino**	II Univ. di Napoli Az. Univ. Policlinico **Napoli**
Presidio S. Camillo Centro Rieducazione Pavimento Pelvico **Torino**	Hesperia Hospital Centro di Urologia Femminile Funzionale e Chirurgia **Modena**	Ospedale Molfetta U.O. Urologia **Molfetta (Ba)**
Ambulatorio Ginecologico San Carlo Borromeo **Milano**	Az. Ospedaliera Umberto I **Siracusa**	Ospedale Civile dell'Annunziata U.O. Urologia **Sulmona (Aq)**
U.O. di Urologia Asur Marche **Ancona**	Az. Osped. Univers. Senese Divisione U.O.C. di Urologia **Siena**	Presidio Osped. Macedonio Melloni **Milano**
Poliambulatorio Roncati **Bologna**	Studio CIEFFEMME Urolog **Marano di Napoli**	Az. Osp. Villa Sofia CTO **Palermo**
ASL 1 Imperiese **Imperia**	Azienda ULSS17 Este U.O. complessa Urologia **Este (Pv)**	Az. Osped. Univers. di **Sassari**
Az. Ospedaliera Univers. S. Maria della Misericordia **Udine**	Ospedale **Frosinone** Reparto Urologia	Pr. Osp. Santa Barbara **Carbonia Iglesias**
Az. Ospedaliera Ospedale di **Lecco**	Ospedale **Schio** U.O. Urologia	Ospedale di **Borgomanero (No)**
A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia **Palermo**	Az. San.Osp. S.G. Battista Le Molinette **Torino**	Az. Osp. "S.S. Antonio e Biagio" **Alessandria**
U.O. Urologia ASUIR Marche Zona Territoriale n° 5 – **Jesi Ancona**	Ospedale Civile **Isola della Scala (Vr)**	Nuovo Ospedale del Mugello **Borgo San Lorenzo (Fi)**
GINTEAM Studio Associato Del Tetto/Camanni **Torino**	Pres. Osp. U.O. Ginec. e Ostetric. **Sanremo**	Ospedale di **Biella** Ambul. Urodinamica
A.O. Treviglio Unità di Urodinamica Neuro Urologica e Andrologica **Treviglio (Bg)**	Ospedale **Genova Voltri** U.O. Ginec. Ostetr.	Policlinico Multimedia **Sesto S. Giovanni**
Ospedale SS. Annunziata ASL CN1 **Savigliano (Cn)**	Presidio Osp. Capilupi Amb. Uroginec. **Capri**	Urologia ASL **Bassano**
Az. U.L.SS. N°8 Asolo Ospedale di Castelfranco e Montebelluna **Treviso**	Az. Osp. Papardo U.O. Urologia **Messina**	Policlinico Casilino **Roma**
Politerapica-Terapie Poliambulatorio **Seriate (Bg)**	Az. Osped. Cannizzaro **Catania**	UOC Urologia Osp. San Bortolo **Vicenza**
Ospedale Civile Rep. Urologia **Bressanone**	Az. Osped. Rummo **Benevento**	

2.5 *Costi dell'incontinenza in Italia*
di F. Diomede

I costi dell'incontinenza per il servizio sanitario nazionale al 2011

- **Presidi ad assorbenza** e **traverse 300.000.000** di euro (fonte **FINCO**)
- **Cateterismo** a **intermittenza 43.550.000** euro (fonte **Assobiomedica**)
- **Cateteri foley 14.500.000** euro (fonte **FINCO**)
- **Tutori** per **ureterocutaneostomia 3.500.000** euro (fonte **FINCO**)
- **Sacche urina 20.000.000** euro (fonte **FINCO**)
- **Cateteri esterni**: **condom 10.000.000** euro (fonte **FINCO**)
- **Stomie:**
  Sacche per **urostomia monopezzo 5.600.000** euro (fonte **Assobiomedica**)
  Urostomia 2 pezzi 9.000.000 euro (sacca + placca. Fonte **Assobiomedica**)

Per l'**urostomia** il totale è di **14.600.000** euro.



2.6 *Rapporto Istat 2009 (pubblicato nel 2012) sulla spesa pro-capite per interventi e servizi sociali*

Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e per regione e ripartizione geografica Anno 2009									
REGIONI	Area di utenza								
	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza	Totale	Spesa pro-capite
Totale euro pro-capite									
Piemonte	54,4	33	0,1	35,4	4,5	10,4	10,8	148,6	148,6
Valle d'Aosta	68,4	1,6	-	195,2	-	3	1,1	269,3	269,3
Liguria	63,2	18,6	1,3	34,2	2,1	11,2	9,1	139,5	139,5
Lombardia	51,7	28,3	0,5	23,8	2,6	8,9	7,7	123,5	123,5
Trentino-Alto Adige	62,9	97,8	3,1	60,6	8,4	18,9	10,5	262,2	262,2
Bolzano	27,2	111,5	6,2	49,6	14,6	19,4	-	228,4	228,4
Trento	97	85,5	-	71	2,4	18,3	20,6	294,7	294,7
Veneto	35,2	28,8	1,7	26,4	4	6,7	11	113,8	113,8
Friuli-Venezia Giulia	56,4	55,3	0,6	57,4	5,6	23,4	16,3	215,1	215,1
Emilia-Romagna	88,4	29,2	1,3	31,2	5,9	8,1	16	180,1	180,1
Toscana	54,8	22,5	0,7	33,8	3,7	11,4	10,1	136,9	136,9
Umbria	52,1	14,7	1	13,2	3,3	5,1	6,1	95,4	95,4
Marche	39,9	27,1	0,4	16	3,6	4,5	15,7	107,2	107,2
Lazio	62,2	24,7	2,5	23,5	6,2	18,3	3,1	140,5	140,5
Abruzzo	26,7	16,2	0,2	13	0,5	3,2	2,6	62,3	62,3
Molise	14,6	7,4	1,3	9,3	0,4	1,9	1,2	35,9	35,9
Campania	24,7	7,5	0,4	9,5	0,6	7,1	4,2	53,9	53,9
Puglia	24,4	8	2,1	9,1	1,3	6,1	3,8	54,7	54,7
Basilicata	26	14	1,8	11,7	2	5,2	2,3	63	63
Calabria	11,9	4,5	0,3	5	1,6	1,8	0,5	25,5	25,5
Sicilia	34,3	19,3	0,3	14,2	1,5	5,4	1,9	77	77
Sardegna	**47,8**	**77,4**	**1,2**	**34,4**	**1**	**30,7**	**6,6**	**199,1**	**199,1**
Nord-ovest	53,5	28,4	0,5	29,4	3,1	9,6	8,7	133,2	133,2
Nord-est	60,3	38	1,5	34,5	5,2	10,1	13,4	162,9	162,9
Centro	56	23,5	1,6	25	4,9	13,3	7,2	131,5	131,5
Sud	22,8	8,3	0,9	9,2	1	5,5	3,3	50,9	50,9
Isole	37,5	33,8	0,5	19,3	1,4	11,7	3,1	107,4	107,4
ITALIA	**46,4**	**25,1**	**1**	**23,6**	**3,1**	**9,7**	**7,3**	**116,3**	**116,3**

3.
BISOGNI TERAPEUTICI SOCIALI E PSICOLOGICI

3.1 *Bisogni Terapeutici*

3.1.1 *Aspetti preventivi*

La prevenzione nel post Partum

Il passaggio del feto durante il parto attraverso la valina, forza la muscolatura del pavimento pelvico (la fascia di muscoli che si estende da un capo all'altro del bacino) e del perineo (la zona che va dalla vagina all'ano). Determinando un cedimento strutturale di queste strutture e ciò potrebbe indurre l'incontinenza urinaria o creare le premesse perché il disturbo si verifichi in età più avanzata. Maggiore rischi si presentano poi se il parto è molto lungo e laborioso: in questo caso il bimbo rimane più tempo nel canale del parto e la muscolatura del bacino viene sottoposta a maggiore stiramento, con la conseguenza di perdere ulteriormente tonicità.

L'incidenza di incontinenza urinaria nel periodo della gravidanza è di circa il 10% e circa un 35% delle donne svilupperà l'incontinenza urinaria a distanza di anni dal parto a seconda di particolari fattori di rischio quali l'età durante la gravidanza, la tipologia del parto, il tipo di gravidanza (singola o gemellare) ed il numero di gravidanze avute durante l'età fertile.

Di qui, la necessità di operare su protoccolli precisi e il più possibile standardizzati, al fine di prevenire la stessa già dall'inizio di ogni singola gestazione così da ridurre significativamente l'incidenza in tarda età.

Il progetto Ob. Surve

di A. Di Giorgio, M. de la Calle, G. Sessa – AUSL Ferrara

L'Azienda USL di Ferrara, fra le proprie funzioni, annovera quella di innovazione e ricerca, ed in virtù di ciò ha partecipato nell'anno 2007 al 'Call for Proposal' bandito dall'Unione Europea, nella sezione 'Informazione Sanitaria'.

Valutata la bontà del progetto la Commissione ha finanziato il progetto *Ob. Surve* sull'incontinenza urinaria femminile della durata di 3 anni.

Il progetto "*Ob. Surve: Sistema di sorveglianza – Incontinenza urinaria nelle donne come conseguenza di cure ostetriche inefficienti o inappropriate*", propone, la realizzazione di un sistema di sorveglianza che monitori gli eventi di incontinenza urinaria nelle donne europee.

Il progetto ha visto coinvolti diversi paesi dell'Unione Europea: Italia, Slovenia, Germania, Ungheria, Svezia e Irlanda.

Obiettivi Generali

Oltre a proporre strategie, politiche ed azioni tese a garantire la tutela della salute ed il conseguente aumento della qualità della vita della popolazione femminile

affetta da incontinenza urinaria come conseguenza di cure ostetriche inefficienti o inappropriate, il progetto mirava a:

1) stimare l'entità del problema attraverso la raccolta di dati e di informazioni sulle condizioni di sofferenza legate all'incontinenza urinaria delle donne in Europa;
2) elaborare raccomandazioni operative per lo sviluppo di un sistema di sorveglianza e monitoraggio dell'incontinenza urinaria delle donne dell'Unione Europea, con particolare attenzione alle cure ostetriche.

Obiettivi Specifici:

1) Impostare un data base europeo e valutare le dimensioni del problema tra le donne europee;
2) Elaborare raccomandazioni operative per lo sviluppo di un sistema di sorveglianza;
3) Analizzare e creare il consenso sulla struttura di un sistema di sorveglianza per il monitoraggio dell'incontinenza urinaria.

Metodo

Per giungere alla pianificazione del sistema di sorveglianza si è effettuato, a partire dal settembre 2010, uno studio pilota con la somministrazione di un questionario su un campione di 957 donne dei paesi coinvolti nel progetto.

A tutte le donne del campione è stato somministrato, entro tre giorni dal parto, un questionario che rilevava aspetti socio-economici e clinici ed il questionario 'ICIQ Short Form' che rilevava l'impatto dei sintomi dell'incontinenza urinaria sulla qualità della vita e gli esiti del trattamento.

Il questionario ICIQ Short Form è stato poi somministrato nuovamente tramite intervista telefonica dopo 4, 8, e 12 settimane dal parto.

L'analisi dei dati ha consentito la predisposizione delle linee guida per la creazione di un sistema di sorveglianza che permetterà anche di migliorare la definizione degli aspetti socio-economici dell'incontinenza urinaria, aprire un dialogo pubblico sulle condizioni mediche dell'incontinenza urinaria, che sono sottovalutate e fonte di imbarazzo. Inoltre ha creato nuovi contatti tra le Istituzioni Europee, ha favorito lo scambio di informazioni tra Istituzioni Europee sulle buone pratiche che potrebbero essere applicate in altre realtà Europee, ha stabilito le condizioni per istituire un sistema di monitoraggio a livello Europeo, ha elaborato misure di prevenzione che tengano conto dei fattori socio-culturali.

Risultati

La prevalenza e l'incidenza dell'incontinenza urinaria femminile nella popolazione europea in generale, e specificatamente in quella gravida e post-parto sono state estratte in maniera standardizzata al fine di rispondere ai seguenti quesiti:

1. Qual è la prevalenza e l'incidenza dell'incontinenza urinaria delle donne in Europa?
2. In che maniera influiscono i fattori ostetrici sulla prevalenza e l'incidenza dell'incontinenza urinaria nelle donne dopo il parto in Europa?

C'è un'evidente eterogeneità nella definizione dell'incontinenza urinaria, negli esiti, nei metodi di rilevazione e nei criteri di validazione, che rendono impossibile la comparazione dei dati e dei risultati delle ricerche. È chiara la necessità di avviare studi osservazionali e d'intervento in Europa al fine di poter meglio rispondere alle domande della ricerca, utilizzando criteri standardizzati ed omogenei.

Lo studio pilota ha coinvolto n. 957 donne in gravidanza ricoverate presso i centri di Ostetricia-Ginecologia, così distribuite:

CENTRI COINVOLTI NEL PROGETTO	N. DONNE ADERENTI AL PROGETTO
Beckenboden Zentrum Muenchen, Urological Dep. (Germania)	91
Kreisklinik Ebersberg (Germania)	25
Zalaegerszeg Hospital (Ungheria)	72
Szeged University (Ungheria)	52
Ljubliana Medical Centre (Slovenia)	510
Karolinska Institutet (Svezia)	138
Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine (Italia)	69
TOTALE	**957**

Conclusioni

Il progetto ha la peculiarità di essere il primo a proporre un sistema di raccolta dati uniforme e confrontabile a livello europeo. Infatti, dalla ricerca bibliografica è emerso che le metodologie di raccolta nei vari paesi dell'Unione sono molto disomogenee e quindi non permettono un reale confronto.

L'incontinenza urinaria è una condizione molto comune e molte donne al mondo ne sono affette. Essa aumenta con l'età, e la prevalenza raddoppia nelle donne ricoverate. È una condizione spesso sottovalutata, costosa e che viene spesso sottaciuta.

Sarebbe utile migliorare la gestione di primo livello per superare tutti gli ostacoli possibili, creare un team multidisciplinare per gestire questa condizione e garantire un futuro migliore a molte donne. Tanto la gravidanza quanto il parto sono spesso responsabili dello sviluppo di incontinenza urinaria da sforzo e di danni al pavimento pelvico.

Lo studio pilota ha permesso di elaborare raccomandazioni operative per lo sviluppo di un sistema di sorveglianza per il monitoraggio dell'incontinenza urinaria delle donne dell'Unione Europea. Tra le raccomandazioni più rilevanti emerge che:

1) I termini "inefficienti" e "inappropriati" riportati nel titolo del progetto e riferiti alle cure ostetriche non dovrebbero essere utilizzati. Da un lato essi danno

una connotazione negativa all'assistenza sanitaria, dall'altro sono difficilmente traducibili in termini oggettivi e comprensibili ai soggetti coinvolti.

2) Il titolo del progetto dovrebbe essere non "*Incontinenza urinaria nelle donne come conseguenza di cure ostetriche inefficienti o inappropriate*", ma "*Incontinenza urinaria nelle donne in associazione alle cure ostetriche inefficienti o inappropriate*" in quanto dalla ricerca è emersa l'impossibilità di legare l'incontinenza urinaria alle cure ostetriche in maniera causale.
3) Nel sistema di sorveglianza dovrebbero essere incluse solo le donne che non hanno manifestato precedentemente episodi di incontinenza.
4) I dati sull'incontinenza urinaria devono essere disponibili a tutti i Centri che si occupano della patologia in oggetto.
5) I questionari e i relativi moduli di consenso informato devono essere tradotti nelle varie lingue europee e opportunamente valicati.
6) Deve essere uniformata la formazione dei professionisti coinvolti nella pratica clinica e riabilitativa.
7) Il sistema di raccolta dati deve poter essere fruibile nel tempo e nello spazio.
8) Nella raccolta dei dati, il campo "*status socio-economico della donna*" deve essere omesso per questioni etiche, di privacy e di variabilità del dato raccolto.
9) Deve essere creato un protocollo per l'aggiornamento dei dati raccolti.
10) Le interviste di follow-up dovrebbero essere ridotte da tre ad una sola, all'ottava settimana dopo il parto.
11) Il sistema di raccolta dati deve prevedere dei campi vuoti.
12) Il sistema di raccolta dati deve impedire l'inserimento di dati incongruenti.
13) Il peso rilevato nei parti gemellari deve essere registrato in campi separati.
14) La durata del travaglio deve essere rilevata in maniera più accurata.

Il progetto ha prodotto maggiore visibilità nel mondo scientifico e nella popolazione sul tema dell'incontinenza urinaria.

Il progetto ha visto la creazione di un sito web permanente a cui possono accedere sia utenti che professionisti: www.obsurve.ue/

In tale sito l'utente può accedere a tutte le informazioni relative al progetto, mentre i professionisti, dopo essersi registrati, possono consultare il data base sull'incontinenza urinaria femminile e scambiare informazioni con altri colleghi.

Sul piano divulgativo è stata data visibilità al progetto attraverso pubblicazioni su giornali nazionali e riviste specializzate del settore.

Al termine del progetto, inoltre, si sono tenute una conferenza stampa a Milano ed una conferenza finale a Verona in cui si sono descritti e condivisi con i partner gli esiti del progetto.

La prevenzione nell'anziano ospedalizzato

La prevalenza dell'incontinenza fecale tra la popolazione adulta è compresa tra l'1% e il 10% (NICE, 2007) mentre per la prevalenza dell'incontinenza urinaria (da urgenza e da sforzo) considerata una sindrome tipicamente geriatrica (Ianes ed al., 2007), varia dal 30% al 75%. Queste percentuali vanno differenziate per la persona anziana attiva,di tutte le fasce di età, che vive al domicilio (30%), per l'anziano

istituzionalizzato o ricoverato di età > 70 anni (60%) e per l'anziano con commorbilità (75%). Nello specifico per l'incontinenza urinaria viene riportata una incidenza dal 3 al 7% degli over 65 [Campbell A.J., Reinken J., McCosh L.; Talley N.J., O'Keefe E.A., Zinsmeister A.R., et al., 1992], che interessa almeno il 2,2% degli adulti non istituzionalizzati [Consensus Conference, 1999 in Whitehead W.E., Wald A., Norton N.J., 2001], arriva al 45-50% nelle nursing home[Nelson R., Furner S., Jesudason V., 1998; Royal College of Physicians 1995] e raggiunge il 60% nelle Lungodegenze [Royal College of Physicians 1995].

Nell'Azienda Usl di Ferrara il progetto è stato finalizzato alla ricerca dell'appropriatezza, in particolare su come le unità operative dell'area di Medicina e Lungodegenza da punto di vista assistenziale affrontano il tema dell'incontinenza e la gestione dei relativi presidi. La sfida dell'appropriatezza è stata lanciata precisando fin da subito che la qualità, la sicurezza e la personalizzazione delle cure dovevano mantenere gli standard attuali. L'obiettivo che ci si è posti pertanto è stato di rovesciare la tradizionale valenza negativa del termine appropriatezza, valorizzando in chiave positiva, ciò che garantiamo ai pazienti, in termini di obiettivi di salute conseguiti più che di mera sommatoria di prestazioni erogate.

Una nuova fornitura di presidi per incontinenza che ne consente la differenziazione in base al livello di gravità ed una formazione indirizzata al personale infermieristico sul tema dell'incontinenza sono stati il presupposto per avviare l'analisi di appropriatezza.

Si è scelto di lavorare nell'ambito ospedaliero in quanto la raccolta dati e la valutazione degli interventi di nursing erano maggiormente rilevabili dalla documentazione sanitaria ed i risultati nell'arco dell'anno di progetto sarebbero stati maggiormente oggettivabili.

Il progetto ha coinvolto attraverso iniziative di formazione/confronto l'intera rete degli infermieri e degli operatori di supporto in servizio nelle unità operative di Medicina e Lungodegenza, nell'audit per la valutazione di processo le Direzioni e i Coordinatori Infermieristici di riferimento.

Lavorare sul tema dell'incontinenza è stato il motivo per affrontare con il personale infermieristico e di supporto ciò che spesso viene "considerato un effetto fisiologico dell'età" e che "non è correggibile".

Il mandato professionale è stato nello specifico raggiunto ovvero che trattare di incontinenza urinaria significa intervenire sulla qualità di vita per garantire il mantenimento o il potenziamento delle autonomie residue dell'utente.

Progetto di Studio N.INC.O.: Nursing INContinenza urinaria in ambito Ospedaliero

di *C. Pelati, A. Baldo, D. Rossetti, M. Colombi* – AUSL Ferrara

Finalità del progetto

Negli anziani ospedalizzati trattare in modo inappropriato l'incontinenza urinaria può prolungare il tempo di degenza nonché incrementare il rischio di dimissione in strutture/servizi territoriali. L'incontinenza urinaria può avere effetti severi nella sfera psicosociale degli anziani. Nello studio esplorativo qualitativo di Din-

gwall e McLafferty E. (2006) la domanda posta era: "*Gli infermieri in ospedale possono promuovere la continenza urinaria?*". Il risultato emerso è che gli infermieri si occupano di contenere l'incontinenza piuttosto che promuovere la continenza. Per contenere l'incontinenza urinaria in ospedale l'infermiere utilizza presidi quali presidi ad assorbenza, cateteri vescicali e cateteri esterni. Il progetto avviato alle fine 2010 nell'ambito del Dipartimento Medico del Presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda Usl di Ferrara aveva l'obiettivo di attivare uno studio sulle modalità di utilizzo di presidi ad assorbenza e cateteri vescicali da parte del personale infermieristico sui pazienti ospedalizzati prima e dopo un intervento formativo specifico di buone pratiche sugli operatori stessi.

Background

In letteratura non si sono reperiti studi quantitativi sull'utilizzo di presidi ad assorbenza in ambito ospedaliero mentre è ampia la letteratura sull'utilizzo del catetere vescicale. La presenza di un catetere vescicale si associa non solo a colonizzazione del tratto urinario, ma anche a disagio per il paziente (Kohler-Ockmore, Feneley, 1996), a durata maggiore del ricovero (The Joanna Briggs Institute, 2000), ad aumento di morbidità/mortalità (Landi et al., 2004) e a costi aggiuntivi (National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, 2003).

In una quota non trascurabile di casi la presenza del catetere urinario non trova invece giustificazione clinica: in circa il 50% delle donne studiate nella survey italiana del Progetto finalizzato "Invecchiamento", non c'era una motivazione valida per la presenza del catetere (Landi et al., 2004). Lo stesso studio riportava altre esperienze: in uno studio nord-americano l'indicazione all'inserimento del catetere era ingiustificata nel 21% dei pazienti ricoverati, mentre nel 47% dei casi risultava inappropriato il mantenimento in situ del catetere; l'errore più frequente era l'eccessivo protrarsi del cateterismo al fine di monitorare l'emissione di urine (Jain et al., 1995). L'incontinenza di per sé non costituisce un'indicazione al posizionamento del catetere vescicale.

L'inserimento o il protrarsi ingiustificato del cateterismo vescicale rappresenta inoltre un costo elevato evitabile (National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care, 2003; Hooton et al., 2010).

Metodi/Risultati

Nel corso dell'anno 2010 prima di effettuare lo studio si sono effettuati in modo sequenziale i seguenti interventi organizzativi:

1) È stato realizzato un corso di formazione rivolto al personale infermieristico sulla prevenzione e gestione dell'incontinenza urinaria.
2) È stata effettuata una analisi dei consumi e delle modalità di utilizzo dei presidi per incontinenza nelle diverse unità operative.
3) È stata effettuata una integrazione rispetto al materiale a gara di presidi per incontinenza per diversificarne maggiormente l'utilizzo.
4) È stato effettuato un incontro con una rete di referenti (infermieri ed operatori socio sanitari) delle unità operative del Dipartimento Medico per rinforzare la conoscenza delle buone pratiche.

Lo studio ha previsto la costituzione di un team di progetto costituito da due operatori della Direzione Infermieristica e due coordinatori (uno di lungodegenza e uno di medicina) con l'obiettivo di realizzare una forma di coordinamento del progetto, avviare una formazione sul campo dei diversi operatori nonché realizzare un audit sul tema della gestione del paziente con presidi per incontinenza in ospedale.

In particolare si è previsto di effettuare un audit sistematico su tutti i dimessi di una settimana campione del mese di Novembre anno 2010 da parte di tutte le unità operative del Dipartimento Medico (cinque UU.OO. di Medicina Generale, cinque UU.OO. di lungodegenza e due UU.OO. di cardiologia).

Per realizzare l'audit si è creata una maschera inserimento dati informatizzata che è stata testata prima su una decina di cartelle poi, una volta convalidata, estesa a tutti per la rilevazione. Terminata la prima rilevazione, da parte di due operatori (uno interno all'equipe ed uno esterno) si è attuata la formazione specifica nei diversi contesti con un approccio sul campo in cui sono stati coinvolti diversi infermieri ed operatori socio sanitari per circa 120 operatori complessivi.

Nel mese di Dicembre 2010 sono stati presentati i risultati della prima rilevazione a tutti i coordinatori delle unità operativa partecipanti al progetto. I coordinatori a loro volta hanno trasmesso nella riunione di èquipe di gennaio 2011 i risultati ai propri collaboratori. Nel mese di Marzo 2011 si è effettuata una seconda rilevazione sempre utilizzando la stessa metodologia dell'anno 2010. I risultati sono stati discussi e presentati ai coordinatori nel mese di Maggio 2011.

Nella tabella successiva sono indicati alcuni dei risultati dei due audit.

Tabella Risultati Studio	**NOVEMBRE 2010**	**MARZO 2011**
Pazienti/Cartelle Cliniche esaminate	**131**	**165**
Pazienti portatori di pannoloni al momento del ricovero/totale	*38%*	*31%*
Condizione di disorientamento abbinata ad allettamento nei portatori di pannolone all'Ingresso	*75%*	*86%*
Pazienti portatori di pannoloni al momento della dimissione/totale	*31%*	*29%*
Pazienti portatori di catetere vescicale all'ingresso/totale	*24%*	*16%*
Condizione di disorientamento al momento nei portatori di catetere vescicale all'ingresso	*52%*	*23%*
Pazienti portatori di catetere vescicale alla dimissione	*25%*	*12%*
Pazienti dimessi portatori sia di catetere vescicale che di pannolone alla dimissione	*15%*	*6%*
Percentuale di catetere vescicale gestiti evitabili definito ex post da parte dell'auditor	*25%*	*10%*

Conclusioni

I risultati dello studio condotto presso l'AUSL di Ferrara su tutte le UU.OO. afferenti al dipartimento medico nella prima fase di audit confermano che l'intervento formativo rivolto al personale infermieristico ha ridotto sensibilmente il numero di pazienti portatori di catetere vescicale alla dimissione (12% contro il 25% prima del progetto formativo).

Nonostante il reclutamento numerico dei pazienti coinvolti nello studio sia stato leggermente diverso nelle due fasi di audit (131 nel primo audit a fronte di 165 nel secondo), è possibile notare come nell'audit post si ricorra al posizionamento del pannolone al momento dell'ingresso per ben l'86% dei pazienti che presentano disorientamento e allettamento, così come si ricorra al 23% di cateterizzazioni vescicali all'ingresso in utenti disorientati contro il 52% nella prima fase di audit.

A supporto dell'importanza della formazione anche il dato relativo all'evitabilità del catetere vescicale: nell'audit che ha preceduto l'iniziativa formativa, ben il 25% dei cateteri posizionati era evitabile, contro appena il 10% successivo alla formazione. Una diminuzione significativa, anche considerando il breve spazio temporale intercorso tra il primo e il secondo audit.

Lo studio ha confermato quanto sostenuto nello studio di Dingwall e McLafferty citato in premessa: non si è avuta una riduzione significativa dei dimessi con presidio per incontinenza (pannolone) tra il primo ed il secondo audit (31% versus 29%).

Devono essere pertanto ipotizzate ulteriori ricerche per comprendere le misure per intervenire efficacemente sulla gestione dei presidi per incontinenza in ambito ospedaliero.

3.1.2 *La Gestione dell'Incontinenza Urinaria nell'Anziano: Appropriatezza e Sostenibilità*

di A. Bono, R. Carone, M. De Gennaro

Lombardia, Piemonte, Toscana e Campania sotto la lente per quantificare l'impatto economico e sociale dell'incontinenza urinaria nell'anziano fragile e nel suo nucleo familiare

La Fondazione italiana continenza

La Fondazione italiana continenza, ente senza fini di lucro, è nata dalla volontà di alcuni fra i massimi esperti in Italia in materia di incontinenza, che già da tempo avevano identificato il bisogno di lavorare per l'affermazione della rilevanza socio-sanitaria di una patologia sempre più diffusa e che da sempre dedicano a questo settore la propria attività clinica e scientifica. Dal 2000 si adopera per aumentare la sensibilità di istituzioni e media, per incrementare la conoscenza del problema con l'obiettivo di contribuire alla rimozione di uno degli ultimi tabù. Inoltre, la Fondazione italiana continenza contribuisce a migliorare l'educazione sanitaria dei cittadini in materia di incontinenza, contribuire alla preparazione degli operatori sanitari e sostenere il princi-

pio della qualità dei servizi delle strutture sanitarie in termini di prevenzione, riabilitazione e cura. Oltre a promuovere la ricerca, l'istituzione di figure professionali specifiche e la sperimentazione scientifica, la Fondazione italiana continenza svolge un ruolo attivo in qualità di interlocutore del Ministero della Salute, delle Regioni e delle altre istituzioni governative, per tutti i temi relativi a incontinenza urinaria e fecale.

All'interno di Fondazione riveste un ruolo fondamentale il Comitato Scientifico, composto da medici specializzati nei diversi ambiti dell'Incontinenza Urinaria ed esponenti di altrettante società scientifiche, e da rappresentanti delle categorie "non mediche". Il Comitato Scientifico valida tutti i contenuti e le linee guida strategiche seguite da Fondazione.

Attraverso il sito web www.contenuti-web.com, la Fondazione italiana continenza raccoglie informazioni utili per gli operatori, i cittadini e la stampa, aggiornandone costantemente i contenuti.

Razionale della ricerca

Fondazione italiana continenza, di concerto con l'Area Sanità e Salute di Fondazione ISTUD, ha realizzato lo studio "Gestione dell'Incontinenza nell'anziano: appropriatezza e sostenibilità" per conoscere e valutare l'incontinenza urinaria sotto il profilo dell'impatto socio-economico sulle persone affette da tale patologia, sui loro familiari e su chi se ne occupa, concentrandosi su quattro regioni italiane: Piemonte, Lombardia, Toscana e Campania.

L'incontinenza rappresenta infatti un problema socio-sanitario rilevante per il quale è importante trovare risposte soddisfacenti sia in termini di efficacia, sia di rapporto costo/beneficio, soprattutto in relazione all'invecchiamento della popolazione. È una patologia in continuo aumento, tenendo conto che nella sola Europa nel 2000 gli ultra65enni erano 71 milioni e si stima che arriveranno a essere 107 milioni nel 2025 e 165 milioni nel 2050. L'insorgenza d'incontinenza urinaria cresce all'aumentare dell'età: per i soggetti non ospedalizzati di età superiore ai sessant'anni, infatti, la prevalenza di incontinenza urinaria varia dal 15% al 35%. Nelle case di riposo, nelle residenze assistite e nelle corsie geriatriche fino al 70% dei degenti risulta incontinente, senza contare le persone anziane che vivono al proprio domicilio e ne sono frequentemente colpite.

La Fondazione ha progettato una ricerca articolata proprio per raccogliere dati riguardanti la fornitura degli ausili in relazione a **tre obiettivi principali**:

1) conoscere e confrontare la valutazione dell'efficacia e appropriatezza del servizio da parte della persona incontinente e del care-giver con quella delle stesse ASL fornitrici dei servizi, per identificare eventuali differenze nella percezione tra chi eroga le prestazioni e chi ne fruisce;
2) approfondire la conoscenza del carico assistenziale, sociale, economico in capo alla persona incontinente e al care-giver;
3) verificare le eventuali differenze nei risultati imputabili a diversi modelli distributivi e scelte strategiche operate dalle ASL nelle diverse realtà geografiche oggetto della ricerca, con l'ambizione di identificare possibili "migliori pratiche".

Metodi e Campione

Sono state scelte quali aree campione quattro regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Toscana e Campania) rappresentative di realtà socio-sanitarie e organizzative differenti e l'indagine sul campo è stata affidata alla Fondazione ISTUD, creata nel 1970 per iniziativa di Assolombarda con, tra l'altro, la mission di progettare e realizzare attività di ricerca organizzativa e formazione per la crescita delle imprese con una sezione riguardante la Sanità e la Salute[1].

In prima istanza è stato eseguito un inquadramento dell'incontinenza urinaria medio-grave nell'anziano acquisendo dati riguardanti l'epidemiologia e l'assistenza fornita dal sistema sanitario nazionale, concentrandosi sull'anziano d'età pari o superiore ai 65 anni, che, tra l'altro è spesso portatore di patologie associate che lo fanno qualificare come "anziano fragile" e quindi più bisognoso di cure.

Quindi si è proceduto alla raccolta dei dati presso le ASL e i relativi distretti sanitari nelle Regioni campione mediante apposito questionario che richiedeva in dettaglio: (a) informazioni sulle figure professionali preposte all'interno dell'ASL/Distretto alla diagnosi ed alle prescrizioni relative all'incontinenza urinaria; (b) dati relativi alla attività nell'anno 2009; (c) modalità di approvvigionamento degli ausili e tempi di consegna; (d) quantitativi dei prodotti; (e) informazioni sulle procedure per verificare la qualità dei prodotti; (f) valutazione dell'efficacia del servizio.

Si è successivamente realizzata, sempre a mezzo di questionari specifici, un'indagine presso le persone incontinenti e i loro care-givers intesa a determinare gli aspetti socio-demografici delle persone incontinenti, le caratteristiche dell'incontinenza e le comorbilità, le caratteristiche dei prodotti forniti dalle ASL, i dettagli riguardanti le forniture dei prodotti, i costi e genericamente la qualità della vita[2].

[1] Sezione che "crea, progetta e realizza attività di ricerca organizzativa e formazione per lo sviluppo del singolo professionista, dell'équipe e dell'organizzazione di appartenenza. Tutto ciò in funzione di un servizio sanitario in grado di rispondere alle reali necessità dei pazienti e del loro mondo di riferimento, con l'obiettivo di perseguire l'equilibrio tra efficacia delle cure ed efficienza delle organizzazioni sanitarie".

[2] È stato somministrato uno specifico questionario di QoL.

Risultati e Conclusioni

Dalla ricerca effettuata emerge che esistono forti asimmetrie nella valutazione del servizio e dei dispositivi erogati da parte della persona incontinente e del caregiver e da parte delle ASL responsabili del servizio stesso. Emerge un forte disagio sociale e un elevato carico assistenziale ed economico per pazienti e care-givers, di cui i responsabili del servizio presso le ASL risultano non consapevoli; ad accentuare la divergenza nelle valutazioni tra pazienti ed ASL, influiscono probabilmente la passività e mancanza di proattività dei pazienti nel segnalare il proprio disagio, per la paura di perdere quanto ad oggi riconosciuto, e il fatto che le ASL, dal canto loro, mostrano scarso interesse a valutare la soddisfazione dell'utenza per i servizi erogati.

Quanto al carico assistenziale, sociale, economico in capo alla persona incontinente e al care- giver, esso si conferma essere di grande rilevanza ed elevato impatto.

Per quanto concerne i diversi approcci strategici al problema, e le conseguenti diverse modalità di risposta sviluppati nelle Regioni analizzate, si conferma che il disagio da parte dell'utenza è minore e l'appropriatezza dei dispositivi e dei servizi è maggiore nelle realtà geografiche dove è garantita la libera scelta del dispositivo e del canale distributivo.

Tra le evidenze principali emerse dalla ricerca, che confermano quanto precede, si segnala:

- Più della metà dei pazienti dichiara di non essere stata coinvolta nella scelta della marca e tipologia di prodotto (61% per i prodotti assorbenti, 53% per i cateteri). Solo un'esigua parte delle ASL/distretti del campione lascia la possibilità di scelta della modalità distributiva all'utente (11,8% per i prodotti assorbenti e 6,7% per i cateteri). Questo dato è in linea con quanto affermano i pazienti, che nella maggior parte dei casi (58%) non hanno potuto decidere come ricevere o ritirare gli ausili.
- Oltre a non essere coinvolti nella decisione del prodotto di cui poi usufruiranno, e a non poter scegliere la modalità di ritiro, i pazienti lamentano anche una scarsa informazione sulle caratteristiche e il costo degli assorbenti che ricevono (il 61% del campione ne è all'oscuro).
- Solo il 18% del campione ASL dichiara di rilevare attivamente il grado di soddisfazione del servizio da parte degli utenti, somministrando un apposito questionario almeno una volta l'anno.
- Tra i criteri secondo i quali avviene l'approvvigionamento da parte delle ASL, la qualità del prodotto e del servizio, in genere, rivestono un ruolo minoritario nell'ambito della gara d'appalto: hanno rispettivamente un valore medio pari a 33,6% e 22,5%. Gare effettuate con criteri di aggiudicazione più orientati al risparmio che alla qualità della fornitura rappresentano una modalità "miope" di risparmio, perché non tengono conto dei numerosi risvolti economici legati alla scelta di un ausilio piuttosto che di un altro e soprattutto non tengono conto dell'aspetto principale, che è il punto di vista del paziente.
- Il quantitativo di ausili fornito dall'ASL è per il 31% dei pazienti insufficiente (14% per i cateteri), determinando un esborso personale per farvi fronte. Coerente con questi dati è la percentuale di persone che spesso o molto spesso acquistano di tasca propria prodotti aggiuntivi a quelli forniti dall'ASL (27%), a cui si aggiungono eventuali spese connesse a visite specialistiche e assistenza a pagamento da parte di una persona esterna (badante o infermiere). Oltre al carico di cura e assistenziale, dunque, le persone anziane fragili ed il loro nucleo familiare devono spesso fronteggiare anche un carico economico di rilievo.
- Un referente ASL intervistato per questo studio ha affermato: "Raramente viene qualcuno a lamentarsi dei prodotti che riceve quindi vuol dire che il servizio è buono." Questa frase è paradigmatica rispetto all'atteggiamento passivo che caratterizza molte realtà aziendali sanitarie, in cui il "silenzio" degli utenti è interpretato come qualità del servizio. Atteggiamento che si configura in una "mera esecuzione di una fornitura", più che in una presa in carico di un pa-

ziente, con esigenze molteplici e diversificate e un elevato grado di comorbidità, a cui erogare una prestazione sanitaria.

L'auspicio della Fondazione italiana continenza e della Fondazione ISTUD è che questa ricerca contribuisca ad un ripensamento dell'approccio alla erogazione degli ausili per incontinenza, che per essere efficace ed efficiente deve essere sistemico e porre il paziente al centro; è necessario che l'attenzione evolva da un "acquisto di beni al prezzo più basso" verso la erogazione di una "prestazione sanitaria appropriata". Puntare alla reale appropriatezza prescrittiva, promuovendo anche attraverso la libera scelta una corretta formazione ed informazione di operatori sanitari e pazienti, sembra essere la via da seguire, come i dati di questa ricerca evidenziano chiaramente.

La ricerca è consultabile sul sito della Fondazione italiana continenza all'indirizzo: http://www.contenuti-web.com/showPage.php?template=areainformativa&id=120

3.1.3 *I presidi anti-incontinenza*
di I. Martines

I presidi anti incontinenza possono essere utilizzati allorquando vi sia stato un fallimento di qualunque forma di trattamento, sia esso farmacologico, che chirurgico. In taluni casi è possibile ricorrere al loro utilizzo, come coadiuvante in alcuni trattamenti, per dare una sicurezza al paziente ed alla gestione della patologia.

I presidi di comune impiego nella pratica quotidiana sono i seguenti:

1) Presidi ad assorbenza ed assorbenti
2) Cateteri esterni (Condom)
3) Sacche di raccolta e salva goccia

1) ***Presidi ad assorbenza ed assorbenti***

Fonti statistiche nazionali ed internazionali dimostrano che l'utilizzo di tali presidi riguarda circa il 50% delle persone incontinenti (1, 2), in quanto consentono il controllo della patologia senza il ricorso a trattamenti farmacologici o chirurgici, garantendo una regolare vita sociale anche a coloro i quali non riescono ad ottenere continenza con altri trattamenti.

Non esistono ad oggi studi comparativi tra efficacia di un pannolone rispetto ad un altro, così come tra presidi ad assorbenza ed assorbenti. Ciò che emerge, tuttavia, è una vera e propria "dipendenza" che in circa il 70% dei casi provoca una riduzione nella motivazione del controllo della patologia con altre tecniche (3).

Parametri importantissimi da utilizzare nella scelta di un presidio assorbente sono: il tipo di incontinenza e la gravità della stessa, l'attività fisica e sociale dell'individuo, disponibilità ed assistenza, qualità e costo del prodotto.

Gli assorbenti possono essere indossati con il normale slip o con l'apposito slip a rete, mentre i presidi ad assorbenza, generalmente, presentano strisce adesive ai lati, per cui, anche senza l'utilizzo dello slip, possono essere indossati come quest'ultimo. All'interno tutti i presidi presentano polimeri capaci, al contatto con l'urina, di trasformarsi in gel. La superficie in TNT, restando asciutta, evita il con-

tatto tra cute e gel, garantendo così assenza di macerazione dei tessuti o dermatiti dovute al ristagno di urina.

L'assorbenza di questi presidi è variabile da prodotto a prodotto ma su range tra i 60 ed i 2000 ml. I presidi ad assorbenza a mutandina presentano la maggiore capacità assorbente. La scelta tra un presidio assorbente ed un altro varia a seconda del soggetto e del tipo di incontinenza.

Le mutandine sono utilizzate prevalentemente per le grandi incontinenze e nei pazienti allettati, in virtù del loro ingombro e della difficoltà di smaltimento negli spazi extra casalinghi, mentre le donne giovani o i pazienti prostatectomizzati, generalmente preferiscono l'utilizzo di presidi rettangolari o di veri e propri salvaslip, data la loro praticità di utilizzo e smaltimento.

2) ***Cateteri esterni (Condom)***

Con il termine cateteri esterni si intendono guaine in lattice e in alcuni casi in materiale sintetico, dotati di un tubo che a sua volta si collega con una sacca di raccolta urina. Sono utilizzati quasi esclusivamente da pazienti di sesso maschile e rappresentano una alternativa alla comune cateterizzazione, evitando la invasività della manovra e l'esposizione ad infezione tipica di questi ultimi. La facile applicabilità e la comodità d'uso ne fanno il primo presidio anti incontinenza nell'uomo. Sono cosparsi di talco o da sostanze in grado di permetterne lo srotolamento. Il loro fissaggio al pene può avvenire tramite mastice per pelle (il più utilizzato), fascette adesive che si avvolgono attorno al pene, a spirale, oppure in taluni tipi di cateteri esterni, recentemente in commercio, uno strato adesivo incollante intergrato nei cateteri esterni. Il sistema più sicuro è senza dubbio il mastice per cute, mentre gli altri sistemi non garantiscono una perfetta tenuta, specie nei pazienti meno esperti e nei più anziani. Infatti le fascette biadesive, principalmente indicate in pazienti con pene retratto o con alterazioni dermatologiche della cute prepuziale, necessitano di un tempo di almeno 30-40 secondi per garantire la buona adesione alle strutture cutanee e richiedono particolare manualità sia nell'applicazione che nella rimozione. I cateteri esterni auto incollanti, invece, sono sicuramente più facili da applicare e da rimuovere ed in commercio esistono sia con cappuccio removibile, particolarmente indicato nei pazienti che eseguono cateterismo intermittente, sia in pezzo unico. La frequenza di cambio è di uno al dì e per garantire una perfetta stabilità del dispositivo; è necessaria la perfetta detersione della cute dell'asta peniena e il fissaggio alla cute deve essere tale da non permettere la fuoriuscita di urine nel caso in cui una improvvisa perdita completa di tutto il contenuto vescicale, determini gonfiaggio del catetere esterno. Importante per evitare complicanze legate all'utilizzo del dispositivo è insegnare al paziente la gestione dello stesso: controllare quotidianamente le zone di contatto del catetere esterno, evitare le dermatiti che possono portare a macerazione della pelle e sovra infezione batterica. L'incidenza delle infezioni delle vie urinarie legate all'uso del catetere esterno sono decisamente più basse rispetto a quelle derivanti dal catetere vescicale transuretrale.

Se tutto quanto appena detto coinvolge il sesso maschile, esistono anche dispositivi condom per la donna, che sono differenti dai primi in quanto si tratta di una vera e propria sacca di raccolta di urine che si collega direttamente alla vulva

con pasta adesiva. In letteratura internazionale esistono lavori in cui è stata eseguita applicazione di tali dispositivi nelle donne e si è dimostrato una perfetta aderenza del sistema a 24 ore nell'85% delle pazienti e una incidenza di batteri uria pari al 3% (4, 5).

3) ***Sacche di raccolta urina***

Questi dispositivi sono estremamente importanti nella gestione del paziente incontinente. Permettono la raccolta delle urine delle 24 ore. In commercio ne esistono di due tipi: quelle da letto, particolarmente indicate nei pazienti allettati che sono caratterizzate da un tubo di raccordo più lungo, e quelle da gamba, più piccole e con tubo decisamente più corto e che presentano due anelli attraverso cui è possibile passare un fettuccia in latex o elastico, che garantisce il blocco alla coscia o al polpaccio. La capacità di questi ultimi dispositivi è di circa 1300 ml. La maggior parte di sacche presentano all'interno un meccanismo a valvola antireflusso che evita la risalita dell'urina in vescica, evitando così la contaminazione batterica di quest'ultima. Solo i dispositivi con valvola antireflusso sono riutilizzabili, previo lavaggio con acqua e detergente, mentre le sacche senza valvola sono generalmente monouso.

4) ***Contenitori salva goccia***

Dispositivo con minimo ingombro, raccoglie circa 100 ml di urine ed il suo utilizzo è possibile solo dopo aver svuotato la vescica. Non offre particolare agio al paziente in virtù della paura che lo stesso ha di bagnare e di emanare cattivo odore, anche se i dispositivi in commercio oggi contengono deodoranti e possono essere sostituiti, dato il loro basso costo, anche più volte al giorno.

5) ***Dispositivi di raccolta urine in pazienti stomizzati***

Per i pazienti sottoposti a derivazione urinaria esterna, sia ureterocutaneostomia, sia ureteroileocutaneostomia, i presidi di raccolta urine sono disparati. In commercio esistono sistemi monopezzo e sistemi a doppio pezzo cioè placca e sacca di raccolta urina separati. La scelta tra un tipo e l'altro è dettato principalmente dalla compliance del paziente, dalla sua manualità e dal tipo di stomia. In taluni casi, specie allorquando si verifica una introflessione della stessa, è necessario utilizzare sistemi a doppio pezzo in quanto la placca adesiva può essere convessa, garantendo così la perfetta adesione alla cute.

È necessario addestrare correttamente il paziente all'uso dei presidi, all'applicazione sulla cute ben detersa (acqua tiepida e sapone neutro) e la gestione del cambio della sacca di raccolta. In alcuni casi per garantire la migliore adesività del sistema alla cute è necessario ricorrere a paste da stomia. Il problema principale è lo sviluppo di dermatiti legate al contatto dell'urina con la cute. Tale situazione oltre ad essere particolarmente fastidiosa per il paziente data la guarigione lenta per l'inevitabile e continuo contatto con l'agente patogeno, impone in taluni casi di sospendere l'utilizzo del presidio ed utilizzare paste riepitelizzanti fino alla guarigione della ferita. Ogni sacca di raccolta urina è dotata di un dispositivo a rubinetto o tappo che permettono di svuotarne il contenuto senza necessariamente dover ri-

correrne alla sostituzione che comunque deve essere garantita almeno una volta al dì. Anche per questo tipo di dispositivo, così come per alcune sacche di raccolta urina da catetere, ci sono sistemi a valvola antireflusso che garantiscono la mancata risalita di urina verso la cute e la stomia.

Bibliografia

1. Jeter K.F., Wagner D.B., *Incontinence in the American home: a survey of 36500 people*, Am. J. Ger. Soc. 1990; 38: 379-83.
2. Herzog A.R. et al., *Methods used to manage urinary incontinence by older adults in the community*, J. Am. Ger. Soc. 1989; 37: 339-47.
3. Starer P., Libow L.S., *Obscuring urinary incontinence: diapering of the elderly*, Am. J. Ger. Soc. 1985; 113: 842-6.
4. Johnson D.E. et al., *Clinical evaluation of an external urine collection device for non-ambulatory incontinent women*, J. Urol. 1989; 141: 535-7.
5. Johnson D.E. et al., *An external urine collection device for incontinent women: evaluation of long term use*, J. Am. Ger. Soc. 1990; 38: 1016-22.

3.1.4 *La gestione di I e II Livello*

di S. Mariani

L'incontinenza urinaria è un sintomo della fase di riempimento vescicale ed è definita dall'ICS come "ogni perdita involontaria di urina".

Per ogni paziente con incontinenza urinaria esiste un primo livello (a carattere "generale") e un secondo livello (a carattere più "specialistico") di gestione.

Nella gestione di I livello la valutazione iniziale dovrebbe sempre comprendere:

- Anamnesi e valutazione generale:
  a) Raccolta dei sintomi: presenza, gravità, durata e impatto di ogni sintomi urinario sulla vita del paziente incontinente (utilizzando questionari validati)
  b) Anamnesi patologica remota: terapie farmacologiche o chirurgiche pregresse che abbiano interessato l'apparato uro-genitale e il basso intestino malattie coesistenti (es. asma); terapie farmacologiche abitualmente assunte
  c) Valutazione dello stile di vita del paziente e del contesto ambientale in cui vive
  d) Valutazione delle aspettative del paziente ed eventualmente dei familiari se lo stesso risulta non autosufficiente, valutazione cognitiva del paziente.
- Esame fisico:
  a) Stato generale: stato mentale, obesità (BMI), destrezza e mobilità
  b) Valutazione dell'addome: eventuale presenza di cicatrici chirurgiche, masse, distensione vescicale
  c) Valutazione dell'area pelvica: esame del perineo e dei genitali esterni, valutazione di eventuale prolasso, stress test
  d) Esame neurologico

- Esame urine.

Da una valutazione di primo livello si possono spesso intraprendere terapie semplici, non invasive e poco costose senza la necessità di dover intraprendere ulteriori valutazioni diagnostiche che invece saranno indispensabili in una valutazione di secondo livello.

Nella gestione di II livello ("specialistica") gli esami di seguiti riportati diventano altamente raccomandati in situazioni specifiche:

- Ulteriore valutazione dei sintomi e della qualità della vita:
  a) Utilizzo del diario minzionale
  b) Utilizzo dell'ICIQ test
  c) Test del pannolino delle 24 ore
- Valutazione della funzionalità renale:
  a) Esami biochimici di funzionalità renale (l'imaging dell'alto apparato urinario è espressamente richiesta in particolari circostanza di seguito descritte).
- Uroflussometria con valutazione del residuo post minzionale (RPM): raccomandata in caso di sintomi suggestivi di una disfunzione relativa alla fase di svuotamento vescicale o in caso di prolasso (la valutazione del RPM deve essere considerato un esame di I livello nei casi in cui si sospetta immediatamente la possibilità di disfunzione del basso apparato urinario come ad esempio nei pazienti neurologici).
- Imaging:
  a) la valutazione per immagini (ecografia, RX, TC, RM, cistografia, urografia) del basso apparato urinario e dell'area pelvica non è raccomandata nella gestioni di I livello, ma diviene indispensabile nel caso in cui si sospetti una patologia interessante tali distretti corporei, in caso di insuccesso chirurgico, sospetta disfunzione del pavimento pelvico.
  b) La valutazione per immagini dell'alto apparato urinario è altamente raccomandata in situazioni specifiche quali: ematuria, incontinenza su base neurologica, elevato RPM, dolore in sede lombare e/o renale, rilevanti prolassi pelvici, incontinenza urinaria in età pediatrica associata ad infezioni delle vie renali, ridotta compliance vescicale.
- Endoscopia: la uretrocistoscopia è fortemente raccomandata nelle seguenti condizioni:
  a) Presenza di ematuria
  b) Sospetto di lesioni vescicali
  c) Fistola vescico-vaginale
  d) Incontinenza extra uretrale
- Urodinamica: gli obiettivi dell'esame urodinamico consistono nel riprodurre i sintomi del paziente, valutare la sensibilità vescicale, la competenza uretrale durante la fase di riempimento, la funzione detrusoriale durante la fase di svuota-

mento, evidenziare una eventuale condizione di iperattività detrusoriale, valutare la funzione uretrale e sfinterica durante la fase di svuotamento. Tale esame è raccomandato in tali circostanze:

a) In previsione di una terapia invasiva per l'incontinenza urinaria e per il prolasso degli organi pelvici
b) Quando può modificare una terapia
c) In caso di fallimento di una terapia
d) In caso di disfunzioni vescico-sfinteriche su base neurologica che necessitano di lunghi follow up
e) Nelle incontinenze complicate

Incontinenza urinaria nell'uomo

Nella gestione iniziale (I livello) si devono identificare i pazienti con incontinenza urinaria "complicata" cioè che presentano:

- Ematuria
- Infezioni urinarie ricorrenti
- Sospetto o dimostrato incompleto svuotamento vescicale
- Incontinenza urinaria secondaria a radioterapia pelvica

Per tali pazienti è raccomandata una immediata gestione specialistica (II livello).

In questa prima fase si dovrebbero identificare 4 categorie di pazienti suscettibili di una gestione iniziale:

1) Pazienti con gocciolamento post minzionale
2) Pazienti con vescica iperattiva (urgenza con o senza incontinenza)
3) Pazienti con incontinenza da sforzo (pazienti di solito sottoposti a pregressa prostatectomia radicale)
4) Pazienti con incontinenza mista (pazienti di solito sottoposti a pregressa prostatectomia radicale)

La gestione iniziale di tali categorie di pazienti prevede:

1. Nel caso di paziento con gocciolamento post minzionale non sono richiesti ulteriori accertamenti ed il disturbo può essere trattato invitando il paziente a contrarre con forza i muscoli perineali e/o facendo comprimere manualmente l'uretra bulbare dopo la minzione; è ipotizzabile l'uso di farmaci alfa-litici nel caso si sospetti una ostruzione cervico-uretrale e/o un elevato RPM.
2. Nel caso di pazienti con vescica iperattiva è prevista una modifica dello stile di vita (riduzione del numero di caffè, eliminare/ridurre il numero di sigarette), instaurazione di un regime di svuotamento vescicale ad orario, possibile utilizzo di farmaci antimuscarinici.
3. Nel caso di pazienti con incontinenza da sforzo è possibile educare il paziente ad una corretta esecuzione degli esercizi del piano perineale.
4. Nel caso di pazienti affetti da incontinenza urinaria mista si possono prendere in considerazione i trattamenti previsti per i punti 2 e 3.

Una gestione di II livello è consigliabile nel caso in cui i trattamenti instaurati risultino inefficaci dopo 8-12 settimane o, come già precedentemente detto, in quei pazienti in cui la incontinenza risulti "complicata" sin dall'inizio.

La gestione specialistica di tali pazienti prevede l'esecuzione di alcuni accertamenti addizionali quali:

- Citologia urinaria su 3 campioni
- Uretrocistoscopia
- Indagini radiologiche: ecografia apparato urinario, urografia, URO-TC

Nel caso in cui tali accertamenti risultassero normali e persista una sintomatologia suggestiva di iperattività detrusoriale o di incompetenza sfinterica risulta necessaria l'esecuzione di:

- Esame urodinamico: lo scopo di tale accertamento è la definizione di una diagnosi precisa al fine di intraprendere una terapia invasiva.

Incontinenza urinaria nella donna

Come per gli uomini la valutazione iniziale dovrebbe identificare le pazienti con incontinenza urinaria "complicata" e che per tale motivo necessitano di una gestione immediata di II livello. In questa categoria rientrano le paziente che manifestano una sintomatologia caratterizzata da:

- Dolore e/o ematuria
- Infezioni ricorrenti
- Disturbi minzionali
- Prolassi genitali severi
- Incontinenza persistente o ricorrente dopo radioterapia pelvica, chirurgia pelvica radicale, chirurgia per l'incontinenza, sospette fistole

Dopo aver escluso tali categorie lo scopo della gestione di I livello è identificare 3 gruppi di pazienti:

1. Donne con incontinenza urinaria da sforzo
2. Donne con urgenza/frequenza minzionale con o senza incontinenza
3. Donne con incontinenza urinaria mista

Per queste pazienti nella valutazione iniziale dovrebbe essere effettuato:

- Esame obiettivo dell'addome e del perineo, esplorazione vaginale: valutazione del trofismo vaginale, valutazione del grado di eventuale prolasso genitale, valutazione della contrazione della muscolatura perineale.
- Stress test: identificazione di eventuale fuga di urina dopo colpo di tosse e manovra di Valsalva.

Nel caso di insuccesso della terapia dopo 8-12 settimane o in caso di incontinenza"complicata" è utile una gestione specialistica (II livello).

Nella gestione di II livello potrebbe essere necessario l'esecuzione della citologia urinaria, della uretrocistoscopia e la diagnostica per immagini dell'apparato urinario (ecografie, cistografie, TC, RM) nel caso di pazienti con incontinenza urinaria "complicata": se venissero riscontrate anomalie/patologie delle basse vie urinarie si deve correggere l'anomalia o trattare la patologia. In caso di negatività delle

precedenti indagini o nel caso di pazienti non responsive alle terapie di I livello deve essere opportuno ricorre ad una terapia invasiva.

In caso di eventuale intervento chirurgico è raccomandata l'esecuzione di:

- Esame urodinamico: scopo della valutazione urodinamica è definire il tipo di incontinenza urinaria per poter poi scegliere e programmare la strategia terapeutica più appropriata (lo studio della funzione uretrale, mediante l'esecuzione del profilo pressorio uretrale e/o della valutazione della pressione al punto di fuga, è opzionale).

Incontinenza urinaria nel bambino

L'incontinenza urinaria nel bambino richiede una gestione particolare poiché è necessario l'aiuto dei genitori e risulta difficile ottenere collaborazione sia nella valutazione che nel trattamento.

Nella gestione iniziale (I livello) devono essere inviati ad una gestione di II livello i bambini che presentano:

- Infezioni urinarie ricorrenti
- Sintomi di disfunzioni delle basse vie urinarie (difficoltà alla minzione, svuotamento vescicale incompleto)
- Malformazione dell'apparato urinario
- Pregressa chirurgia pelvica
- Neuropatie.

Insieme all'inquadramento generale devono sempre essere valutate:

- Esame obiettivo: addome, perineo, genitali esterni, regione sacrale, neurologico
- Abitudini minzionali: valutare il RPM con esame dell'addome (opzionale ecografia)
- Alvo: verificare sempre la presenza di eventuale stipsi ed eventualmente trattare
- Esame urine con urino coltura: trattare se presente infezione

Il trattamento iniziale rimane per quei pazienti con:

1) Enuresi notturna monosintomatica
   a) Colloquio con i genitori e spiegazione con instaurazione di terapia comportamentale
   b) Diario per enuresi
   c) Scelta tra "allarme" e desmopressina
2) Sintomatologia caratterizzata da frequenza/urgenza, urge incontinence (associata o meno ad incontinenza notturna)
   a) Colloquio e spiegazione
   b) Educazione vescicale (minzioni ad orario)
   c) L'utilizzo di farmaci antimuscarinici può essere preso in considerazione se i sintomi sono suggestivi di iperattività detrusoriale

Se dopo 8-12 settimane di trattamento non si raggiungono i risultati voluti o in caso di incontinenza "complicata" si passerà ad una gestione di secondo livello.

Nella gestione di II livello è altamente raccomandata l'esecuzione di:

- Esame urine con urinocoltura: trattare con antibioticoterapia e in caso di positività ripetuta effettuare ulteriori indagini per evidenziare eventuali anomalie dell'apparto urinario come la CUM (cistouretrografia minzionale)
- Ecografia dell'apparato urinario: per una valutazione del RPM e dell'alto apparto urinario
- Uroflussometria (con eventuale EMG): nei bambini più grandi e collaboranti per la valutazione quantitativa e semi-qualitativa della dinamica minzionale

Nel caso in cui dagli esami precedenti risultassero delle anomalie e necessario effettuare a secondo dei casi:

- CUM: in caso si sospettino anomalie del tratto urinario, neuropatie, minzione disfunzionale con alterato svuotamento vescicale con conseguenti infezioni urinarie ricorrenti
- Esame urodinamico: non è raccomandato se l'alto apparato urinario del bambino risulta normale e se la scelta terapeutica dovesse cadere su metodiche non invasive; trova indicazione l'esecuzione di tale procedura se:
  a) È presente dilatazione dell'alto apparato urinario
  b) È previsto trattamento invasivo
  c) Il tipo e la gravità delle disfunzione delle basse vie urinarie non trovano riscontro con i sintomi clinici
  d) RM colonna e/o RX colonna vertebrale: in caso si sospettino anomalie scheletriche o neurologiche
  e) Uretrocistoscopia: raramente viene eseguita
  f) Scintigrafia renale: se si sospettino pielonefrite in paziente con vescica neurologica

Il trattamento di questi pazienti prevede inizialmente un trattamento "conservativo" e nel caso di fallimento di tale procedure (qualità di vita del bambino ancora notevolmente compromessa, tratto urinario superiore a rischio) si passerà a trattamenti invasivi:

- Anomalie anatomiche: correzione chirurgica immediata dell'anomalia
- Stress incontinence: riabilitazione del pavimento pelvico e, in caso di insuccesso, iniezioni di bulking agent, impianto di sling uretrali, sfintere artificiale
- Urge incontinence (iperattività detrusoriale/bassa compliance): rieducazione vescicale associata a terapia farmacologica con antimuscarinici; in caso di insuccesso iniezione sottomucosa endovescicale di tossina botulinica o ampliamento vescicale
- Minzione disfunzionale: minzione ad orario, Biofeedback del piano perineale per insegnare il corretto rilasciamento del pavimento pelvico, uso di farmaci alfa-litici e/o antimuscarinici e antibiotici, cateterismo ad intermittenza; nell'eventualità il bambino non potesse effettuare autocateterismi può rendersi necessario il confezionamento di un canale cateterizzabile sec. Mitrofanoff.

Incontinenza urinaria nell'anziano

Gli anziani dovrebbero poter ricevere la stessa gestione dei pazienti più giovani. Ma nei casi in cui gli anziani risultino "fragili" i possibili trattamenti vanno adattati al loro caso.

Nel termine "fragile" non si intende solamente quella serie di comorbidità che possono alterare la qualità di vita del paziente e far si che non possano essere applicabili eventuali terapie idonee per paziente in migliori condizioni; ma anche tutte quelle condizioni, anche psicologiche, per cui il paziente non desideri essere sottoposto ad ulteriori indagini e/o trattamenti. Per tale motivo nell'inquadramento generale dell'anziano "fragile" in previsione di eventuali richieste di indagini e trattamenti dovranno essere sempre prese in considerazione:

- Grado di fastidio e di impedimento causato all'anziano e/o alle persone che se ne prendono cura
- Grado di motivazione del paziente a raggiungere eventuali obiettivi
- Livello di collaborazione
- Prognosi globale e aspettativa di vita

Nella gestione di I livello dovranno quindi essere presi in considerazioni i seguenti aspetti:

- Comorbidità e farmaci assunti che poterebbero essere la causa e/o peggiorare lo stato di incontinenza urinaria
- Valutazione del grado di mobilità, di destrezza manuale, di deambulazione, di capacità di autonomia nel raggiungere il bagno
- Valutazione delle capacità cognitive
- Valutazione di eventuale stato di depressione
- Valutazione, all'esame obiettivo, della presenza di eventuali fecalomi, vaginite atrofica
- Esame urine con urinocoltura ed eventuale terapia antibiotica in caso di positività (il trattamento della batteri uria asintomatica e della leucocituria restante non è utile e può essere un fattore di potenziale rischio di resistenza antibiotica con possibili gravi effetti collaterali come la colite da clostridium difficile
- Controllo ad intervalli regolari delle fughe di urine nei pazienti residenti in case di cura a lunga degenza; compilazione del diario minzionale nei pazienti collaboranti
- Valutazione del residuo post minzionale (RPM): in molti situazioni non risulta facilmente praticabile l'esecuzione di tale procedura e a tutt'oggi non esiste un unanime consenso nella definizione di residuo elevato; la valutazione del RPM è altamente raccomandato in gruppi selezionati di pazienti quali quelli con diabete mellito, pregressi episodi di ritenzione urinaria, infezioni urinarie recidivanti, farmaci che possono alterare lo svuotamento vescicale (es. oppiacei ee derivati), stipsi grave
- Alterazioni del sonno

Il trattamento di I livello nei pazienti fragili prevede fondamentalmente una terapia conservativa:

- Incontinenza da sforzo:
  a) Modifica dello stile di vita
  b) Chinesiterapia
- Incontinenza da urgenza:
  a) Cambiamento nello stile di vita
  b) Terapie comportamentali e training vescicale nei pazienti collaboranti
  c) Utilizzo, con molta cautela, di farmaci antimuscarinici
- Incontinenza da rigurgito (RPM elevato):
  a) Trattamento della stipsi
  b) Possibilità di modificare farmaci assunti
  c) Utilizzo di alfa-litici
  d) Cateterismo o autocateterismo se RPM > 200 cc

In caso di fallimento delle terapie sopra elencate o nel caso in cui l'incontinenza risulti complicata sin dall'esordio (presenza di dolore, ematuria, infezioni urinarie ricorrenti, masse pelviche, pregressa radioterapia a livello pelvico, pregressa chirurgia pelvica, prolasso di grado elevato, sospetta fistola) il paziente dovrebbe essere sottoposto ad una valutazione di II livello che prevede indagini e terapie invasive. In linea di principio l'età non costituisce una controindicazione assoluta al trattamento chirurgico per l'incontinenza purché vengano appurate le seguenti condizioni prima dell'intervento chirurgico:

- Valutazione ed eventuale modifica di tutte quelle condizioni favorenti l'incontinenza
- Riconsiderazione sulla reale necessità dell'intervento chirurgico
- Valutazione congiunta con chi assiste il paziente affinché i risultati auspicati siano in linea con gli obiettivi raggiungibili dalla procedura
- Attenta valutazione pre-operatoria e attenta gestione peri-operatoria

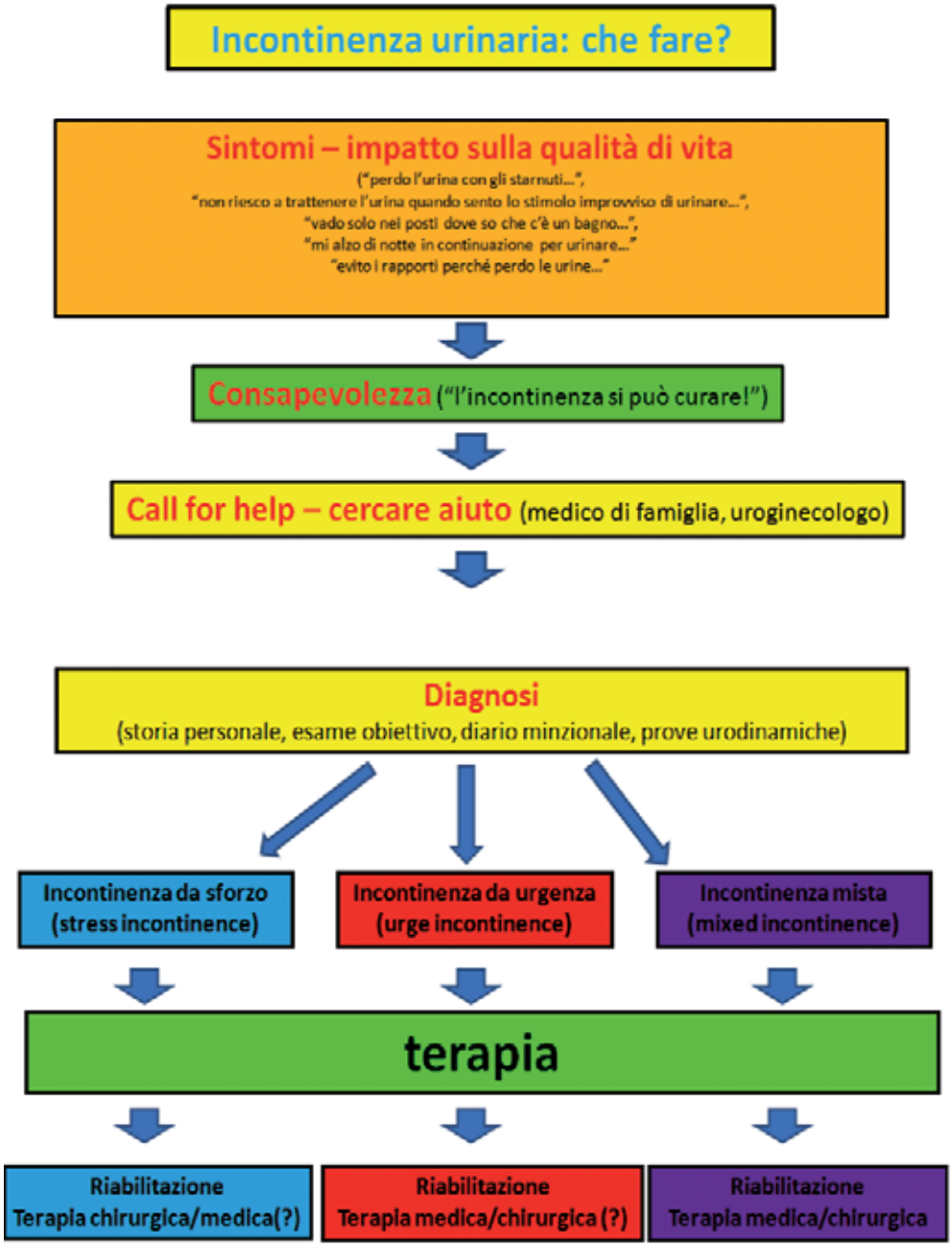
Bibliografia

- www.uroweb.org. Guidelines on urinary incontinence 2010
- www.contenuti-web.com
- Thüroff J.W., Abrams P., Artibani W., et al., *Clinical guidelines for the management of incontinence*. In: Abrams P., Khoury S., Wein A., (eds). «Incontinence». Plymouth: Health Publications Ltd., 1999, pp. 933-943.
- Herschorn S., Thuroff J., Bruschini H., et al., *Surgical treatment of urinary incontinence in men*. In: Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A., eds.: «Incontinence: Third International Consultation». Paris: Health Publications Ltd., 2005, pp. 1241-1296.
- Hilton P., *Long-term follow-up studies in pelvic floor dysfunction: the Holy Grail or a realistic aim?* BJOG 2008 Jan; 115(2): 135-43.
- Mallett V.T., Brubaker L., Stoddard A.M. et al., *Urinary Incontinence Treatment Network. The expectations of patients who undergo surgery for stress incontinence*. Am. J. Obstet. Gynecol. 2008 May; 198(3): 308.e 1-6.

- Corcos J., Collet J.P., Shapiro S., et al., *Multicenter randomized clinical trial comparing surgery and collagen injections for treatment of female stress urinary incontinence*. Urology 2005 May; 65(5): 898-904.
- Campeau L., Tu L.M., Lemieux M.C., et al., *A multicenter, prospective, randomized clinical trial comparing tension-free vaginal tape surgery and no treatment for the management of stress urinary incontinence in elderly women*. Neurourol. Urodyn. 2007; 26(7): 990-4.
- Brazzelli M., Murray A., Fraser C., *Efficacy and safety of sacral nerve stimulation for urinary urge incontinence: a systematic review*. J. Urol. 2006 Mar; 175(3 Pt 1): 835-41.
- Baztan J.J., Arias E., Gonzalez N., et al., *New-onset urinary incontinence and rehabilitation outcomes in frail older patients*. Age Ageing 2005 Mar; 34(2): 172-5.

3.1.5 *Percorso Clinico-Diagnostico dell'incontinenza urinaria femminile*

di A. Perrone



3.1.6 *La riabilitazione del pavimento Pelvico*

di A. Bortolami, M. Ripesi

La riabilitazione del pavimento pelvico è una opzione terapeutica indirizzata a sintomi correlati alla disfunzione di tale zona, tra i quali è compresa l'incontinenza urinaria.

Questo trattamento è considerato a tutt'oggi come primo approccio terapeutico per la gestione delle diverse forme di incontinenza urinaria di origine non neurogena (Abrams 2010).

La disfunzione del pavimento pelvico nei casi di incontinenza urinaria è relativa all'ipovalidità muscolare. Il sintomo è correlato alla condizione in cui la pressione di chiusura uretrale è inferiore alla pressione intravescicale, situazione che determina, come già indicato nei capitoli precedenti, la fuoriuscita involontaria di urina.

L'opzione terapeutica oggetto di questo capitolo va inoltre considerata all'interno di un approccio diagnostico-terapeutico di tipo multidisciplinare, nella quale trova collocazione in qualità di terapia a ridotta invasività, con scarse controindicazioni e con limitati effetti collaterali.

La riabilitazione del pavimento pelvico si sviluppa all'interno di un processo di ragionamento clinico, alla luce della medicina basata sulle evidenze e prevede i seguenti step, sequenziali tra loro e illustrati sucessivamente: la considerazione della diagnosi, la valutazione funzionale, la pianificazione dell'intervento, l'intervento terapeutico, la valutazione dei risultati.

Princìpi e razionale

I fondamentali principi e il razionale della riabilitazione del pavimento pelvico vanno individuati in:

- apprendimento motorio in condizioni patologiche;
- caratteristiche delle fibre muscolari del pavimento pelvico;
- rapporto funzionale del pavimento pelvico con le basse vie urinarie;
- step sequenziali in riabilitazione.

*Per quanto riguarda l'**apprendimento motorio** in condizioni patologiche, due tra i meccanismi regolatori sono di particolare interesse per questo contesto, e sono relativi al feedback e alla neuroplasticità.*

Il primo consiste nella capacità del sistema nervoso centrale di individuare eventuali errori nella programmazione e nella successiva effettuazione del movimento; tale processo ha l'obiettivo di poterne regolare l'esecuzione, ottenendo così un movimento preciso e corretto, e quindi funzionale.

La neuroplasticità è il meccanismo che permette l'interazione tra i tessuti e gli elementi chimici da un lato e i neuroni e le relative funzioni dall'altro. Attraverso questa proprietà il sistema nervoso centrale e le funzioni ad esso correlate, si riorganizza più e più volte, ai fini di soddisfare le funzioni necessarie all'uomo.

L'apprendimento motorio si realizza in tre fasi: acquisizione, perfezionamento, automatizzazione.

Durante l'*acquisizione* il soggetto comincia ad acquisire o a riacquistare un nuovo compito motorio; tale fase può essere caratterizzata da un numero alto di errori e per questo può essere presente frustrazione, che il Professionista della Salute dovrà aiutare a gestire, incitando il soggetto nell'acquisizione del compito prefissato. Durante il *perfezionamento* il soggetto, che riesce ad eseguire il compito richiesto solo per un numero limitato di volte e con l'utilizzo di una elevata attenzione, migliora la performance richiesta e la qualità di questa riducendo il numero di errori. Durante l'*automatizzazione*, infine, il soggetto trasferisce il compito motorio appreso nel contesto della vita quotidiana, rendendo quindi funzionale l'azione effettuata. Si tratta pertanto di una vera e propria riprogrammazione sensitivo-motoria ottenuta attraverso un programma di rieducazione neuromotoria.

Nell'utilizzo della riabilitazione del pavimento pelvico è necessario quindi rispettare le fasi sopracitate, ai fini di consentire al sistema nervoso centrale e ai meccanismi regolatori del movimento, il conseguimento e l'utilizzo di pattern motori funzionali. Tra questi, in relazione al contesto illustrato, possono costituire un esempio l'apprendimento della contrazione volontaria del pavimento pelvico e il suo utilizzo durante l'aumento di pressione intra addominale, acquisizione necessaria per il superamento dell'incontinenza urinaria da sforzo.

Caratteristiche delle fibre muscolari del pavimento pelvico

Esso è costituito sia da fibre destinate all'attività tonica, sia da fibre per l'attività fasica. Le prime risultano predominanti e sono responsabili del tono a riposo dell'elevatore dell'ano. Le seconde vengono reclutate in caso di aumento della pressione intra addominale (es.: tosse, starnuto, ecc.), cioè quando si rende necessaria una contrazione muscolare del pavimento pelvico che deve precedere tale evento, e necessaria ai fini di assicurare la continenza e la funzione di mantenere gli organi in situ.

Rapporto funzionale del pavimento pelvico con le basse vie urinarie

I rapporti funzionali del pavimento pelvico determinano il razionale della riabilitazione del pavimento pelvico per l'incontinenza urinaria di origine non neurogena. Essi sono individuabili nei seguenti concetti:

- la contrazione volontaria del pavimento pelvico determina un aumento di pressione attorno all'uretra, e tale componente è importante per la continenza urinaria;
- la contrazione volontaria del pavimento pelvico può inibire l'attività detrusoriale;
- è possibile per un soggetto apprendere la contrazione volontaria del pavimento pelvico;
- attraverso le tecniche e gli strumenti riabilitativi è possibile modificare i parametri muscolari del pavimento pelvico;
- è possibile per un soggetto effettuare la contrazione volontaria del pavimento pelvico prima di un aumento di pressione intra addominale e mantenere la contrazione durante tale attività;
- è possibile per un soggetto effettuare la contrazione volontaria del pavimento pelvico in concomitanza con lo stimolo minzionale ai fini di inibirlo per posticipare la minzione.

Step sequenziali in riabilitazione

L'utilizzo della riabilitazione del pavimento pelvico è dipendente dal ragionamento clinico, dalle evidenze scientifiche e dai successivi step sequenziali:

- la ***considerazione della diagnosi*** fornisce informazioni utili all'inquadramento generale del soggetto, ed indirizza le successive procedure, a partire da quella immediatamente seguente, la valutazione funzionale. Anche altri elementi ad essa correlati forniscono informazioni utili, come le indagini strumentali;
- la ***valutazione funzionale*** ha l'obiettivo di individuare la condizione specifica del paziente, facendo emergere le limitazioni funzionali e le disabilità;
- la ***pianificazione dell'intervento terapeutico*** è dedicata all'elaborazione degli obiettivi terapeutici a breve, medio e lungo termine e alla scelta dei mezzi per raggiungerli. Questi ultimi consistono in tecniche e strumenti disponibili e si distinguono tra loro per indicazioni e controindicazioni, modalità di utilizzo, evidenza scientifica; queste differenze li rendono specificatamente appropriati al paziente a seconda della sua condizione, dell'obiettivo terapeutico, delle diverse fasi del processo terapeutico in corso. La pianificazione del trattamento contribuisce pertanto a personalizzare la terapia, strategia fondamentale per porre la persona al centro del processo terapeutico;
- l'***intervento terapeutico***, viene realizzato in tre fasi, consecutive tra loro:
  a. *consapevolezza* dell'attività motoria dei muscoli del pavimento pelvico. L'obiettivo di questa fase consiste nel far apprendere al paziente le diverse attività motorie del pavimento pelvico, zona solitamente poco conosciuta da questo punto di vista;
  b. *normalizzazione* dei parametri muscolari alterati. Durante questa fase, vengono ripristinati i corretti parametri muscolari del pavimento pelvico (forza, endurance, rilassamento, coordinazione motoria con strutture ed organi ad esso correlati);
  c. *automatizzazione*. Lo scopo di questo momento si identifica nel miglioramento e/o nel ripristino della funzione alterata attraverso l'utilizzo di quanto precedentemente appreso e realizzato con tecniche e strumenti.

Inoltre per ogni fase l'operatore può utilizzare un diverso approccio alla zona genitale, scegliendo se osservare e/o toccare questa parte, ai fini di favorire nel paziente una condizione più confortevole e meno imbarazzante.

Le tecniche e gli strumenti che possono essere utilizzati nella riabilitazione del pavimento pelvico in caso di incontinenza urinaria sono:

1. l'esercizio terapeutico
2. l'autotrattamento e il trattamento domiciliare
3. il trattamento comportamentale e le modificazioni dello stile di vita
4. il biofeedback
5. la stimolazione elettrica funzionale
6. i coni vaginali
7. ausili assorbenti

1. Esercizio terapeutico

Per "esercizio terapeutico" si intende "il movimento del corpo, o di una parte di esso, al fine di alleviare i sintomi o di migliorare una funzione".

Nel caso dell'incontinenza urinaria, dapprima viene illustrato al paziente la relazione esistente tra i sintomi e la componente muscolare del pavimento pelvico, utilizzando immagini e modelli anatomici; ciò ai fini sia di favorire il processo di percezione e consapevolezza del pavimento pelvico, sia di far conoscere e favorire il raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Poi, attraverso esercizi terapeutici indirizzati alla regione genito-anale, corrispondente alla porzione muscolare del pavimento pelvico, vengono coscientizzate e/o apprese le diverse azioni del pavimento pelvico. Più specificatamente, in riferimento all'ipovalidità e all'incontinenza urinaria ad essa correlata, viene favorito il ripristino dei parametri muscolari relativi a forza ed endurance, enfatizzando l'azione di contrazione volontaria.

2. Autotrattamento e trattamento domiciliare

Con questi termini viene indicata l'attività consigliata al paziente da eseguire al di fuori della sede ambulatoriale, ai fini di favorire il raggiungimento degli obiettivi terapeutici (consapevolezza della zona genito-anale, modificazione dei parametri muscolari, ecc.).

Fanno parte quindi di questa attività, l'esecuzione sia di esercizi precedentemente appresi durante le sedute ambulatoriali, sia l'utilizzo di altri strumenti (biofeedback, stimolazione elettrica funzionale, coni vaginali, ecc.). Per la programmazione dell'autotrattamento e del trattamento domiciliare, il Professionista considera la condizione del soggetto, sia per gli aspetti soggettivi (influenza dei sintomi nella qualità di vita, ecc.), sia per quelli oggettivi (segni, collaborazione al trattamento, ecc.); essi inoltre saranno confrontati con il momento terapeutico, ai fini di mantenere nell'esecuzione del compito, un adeguato livello di difficoltà, così da favorire il raggiungimento degli obiettivi terapeutici precedentemente pianificati.

3. Trattamento comportamentale e modificazioni dello stile di vita

In caso di incontinenza urinaria, può essere utile l'individuazione di fattori di rischio che possano aver contribuito all'insorgenza del sintomo o che lo stanno mantenendo (tosse e starnuti ripetuti, sforzi frequenti, aumenti della pressione intra addominale, presenza di barriere architettoniche, ecc.), così come di compensi e abitudini conseguenti al sintomo stesso, che possano sostenere la condizione patologica (minzione preventiva per evitare la perdita involntaria di urina, riduzione nell'assunzione di liquidi, ecc.).

L'informazione verbale sugli effetti dei fattori di rischio e delle abitudini, e la correzione di questi, quando possibile, può contribuire alla risoluzione o alla gestione del sintomo.

4. Biofeedback

Il Biofeedback (BFB, "biology" "feedback", retroazione biologica) è la trasformazione di un segnale biologico debole e/o complesso (es.: l'attività elettrica mu-

scolare) in un segnale forte e semplice (es.: un suono o una luce) e rappresenta una modalità di apprendimento.

Il BFB, nella pratica clinica, è visto come mezzo in grado di facilitare l'acquisizione del controllo volontario di eventi fisiologici, come la contrazione muscolare, che, nel caso del pavimento pelvico, viene rilevata attraverso una sonda posta nello spazio intravaginale (sonda elettromiografica o pressoria). Questa rilevazione, relativa all'attività elettrica muscolare o alla pressione generata all'interno del canale vaginale, viene inviata ad una struttura computerizzata, che la trasforma in segnale visivo e/o uditivo.

A seconda delle funzioni, delle capacità di memoria e della praticità d'uso, lo strumento può essere utilizzato in ambito ambulatoriale, oppure autonomamente dalla paziente in sede domiciliare.

5. Stimolazione elettrica funzionale

Questa tecnica strumentale può essere utilizzato in caso di incontinenza urinaria correlata a ipovalidtà muscolare del pavimento pelvico, nonché in caso di iperattività detrusoriale.

Nel caso di ipovalidità muscolare, viene utilizzato il principio secondo il quale un muscolo stimolato elettricamente risponde con la contrazione. Attraverso tale stimolazione pertanto è possibile migliorare il tono e il trofismo muscolare, e i parametri muscolari relativi a forza ed endurance.

In caso invece di iperattività destrusoriale, l'utilizzo della stimolazione elettrica funzionale influenza in senso inibitorio la vescica, agendo positivamente sui sintomi relativi ad urgenza e frequenza urinaria.

La modalità di somministrazione prevede l'utilizzo di sonde intracavitarie, che vengono pertanto poste a contatto con il muscolo elevatore dell'ano.

6. Coni vaginali

Sono finalizzati al miglioramento dei parametri muscolari in caso di ipovalidità muscolare. Sono costituiti da un set di dispositivi a forma di cono, di numero compreso tra 3 e 5, di peso crescente uno rispetto all'altro. L'impiego prevede il posizionamento per alcuni minuti al giorno nel terzo inferiore del canale vaginale del cono che la donna riesce a mantenere in situ in posizione eretta. Questo posizionamento mette in atto un feedback sensitivo ed attiva la contrazione dei muscoli del pavimento pelvico, che cercano di trattenere il cono in sede. Il miglioramento dei parametri muscolari permette il passaggi al cono con peso superiore.

– la ***valutazione dei risultati***. La loro considerazione riguarda in primo luogo l'aspetto soggettivo, che viene riferito dalla persona, e che è costituito dai sintomi e dal loro impatto sulla qualità di vita. Questa valutazione viene realizzata sia con colloquio verbale, sia con la somministrazione di questionari già utilizzati nella valutazione funzionale e con il loro confronto. L'aspetto soggettivo va poi rapportato con dati oggettivi (segni, es.: parametri muscolari del pavimento pelvico), che le tecniche e gli strumenti hanno modificato. Nel caso in cui i risultati della riabilitazione non siano risultati soddisfacenti per il paziente e per la sua qualità di vita, questi potrà essere indirizzato verso altri approcci terapeutici (es.: farmacologico, chirurgico, ecc.).

Conclusioni

La riabilitazione del pavimento pelvico è una terapia indirizzata al sintomo incontinenza urinaria di origine non neurogena e viene a tutt'oggi riconosciuta come prima opzione terapeutica nella gestione di tale sintomo. Essa inoltre presenta una ridotta invasività, scarsità di effetti collaterali e di controindicazioni

Il suo impiego si colloca all'interno di un approccio terapeutico di tipo multidisciplinare.

Questa terapia inoltre si avvale di molteplici tecniche e strumenti, per l'uso dei quali è necessario rifarsi alle evidenze scientifiche e ad un processo di ragionamento clinico.

Bibliografia

- Ambrams et al., *Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence*, Neurourology and Urodynamics 29: 213-240, 2010.
- Bø K., Berghmans B., Mørkved S., Van Kampen M., *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor.* Edimburgo, Churchill Livingstone, Elsevier, 2007.
- Bortolami A., *Riabilitazione del pavimento pelvico,* Masson Elsevier, 2009.
- Di Benedetto P., *Riabilitazione Uro-Ginecologica*, 2a Ed. Minerva Medica, 2005.
- Haslam J., Laycock J., *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain*, 2a Ed. Springer 2008.
- Messelink B., Benson T., Berghmans B., Bo K., Corcos J., Fowler C., Laycock J., Limp HC., Van Lunsen R., Lycklama à Nijeholt G., Pemberton J., Wang A., Watier A., Van Kerrebroeck P., *Standardization of Terminology of Pelvic Floor Muscle Function and Dysfunction: Report From the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence Society*, Neurourology and Urodynamics 24: 374-380, 2005.

Fig. 1

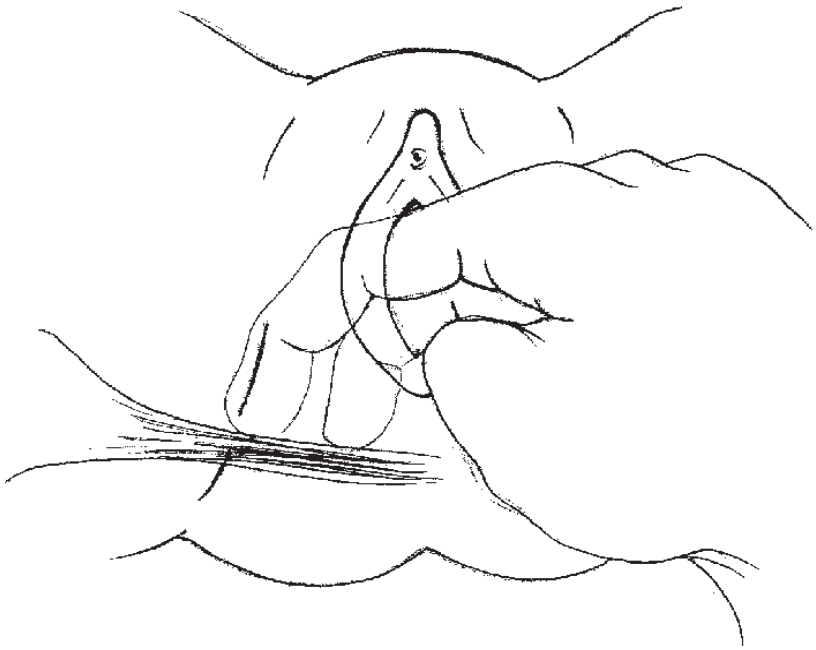


Fig. 2

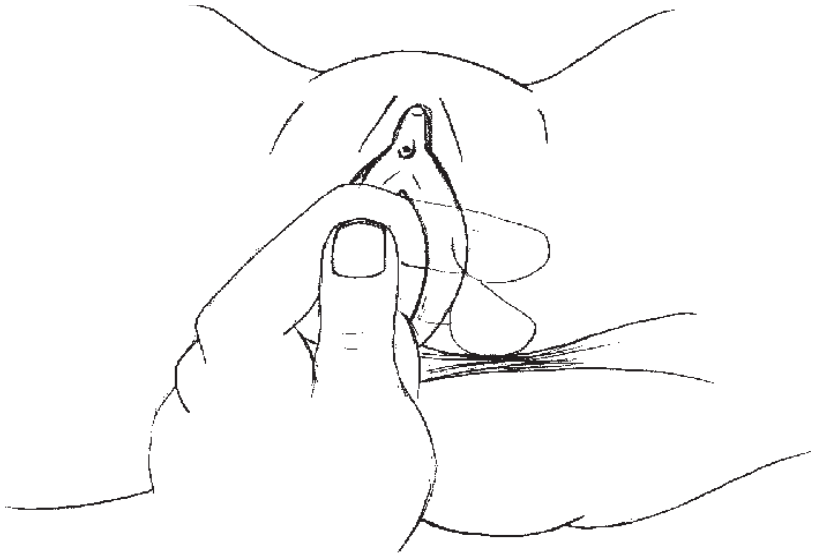
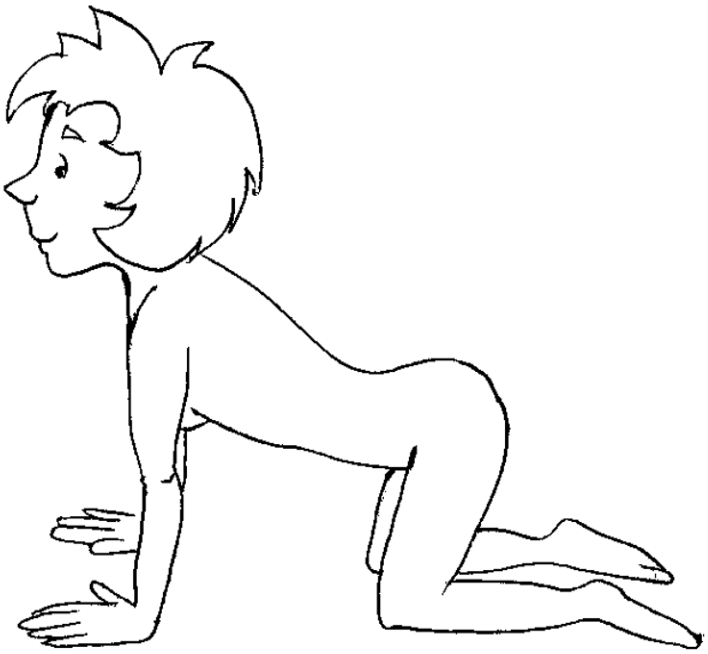
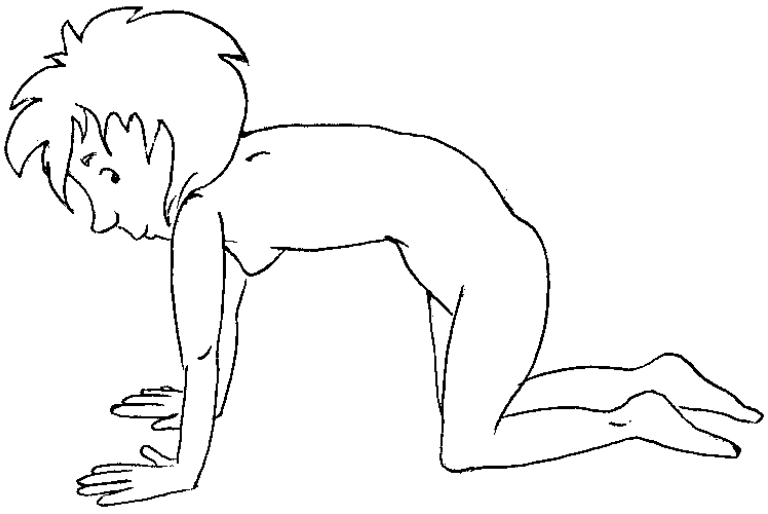


Fig. 1, 2 – TRATTAMENTO ENDOVAGINALE. Le dita dell'operatore prendono contatto con il fascio pubo-coccigeo del muscolo elevatore dell'ano. La richiesta al paziente è di contrazione volontaria e la successiva esecuzione determina uno spostamento delle dita verso l'alto e verso l'interno.



a.



b.

Fig. 3 – ESERCIZIO IN QUADRUPEDICA: a. Antiversione del bacino, rilassamento dei muscoli perineali; b. Retroversione del bacino, contrazione dei muscoli perineali.

Fig. 4 – ESERCIZIO IN DECUBITO SUPINO. Espirare e contrarre i muscoli perineali per 4"; inspirare e rilassare i muscoli perineali per 8".

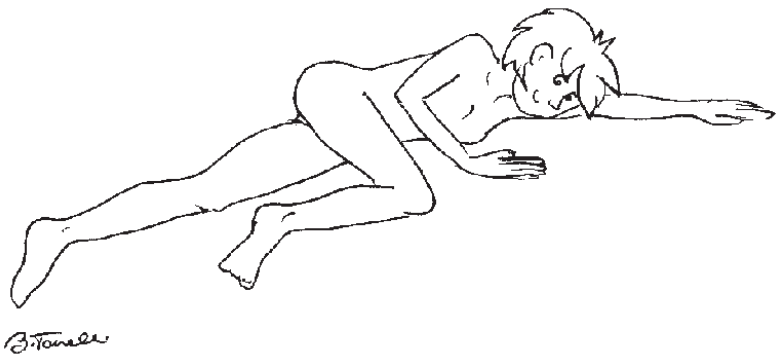
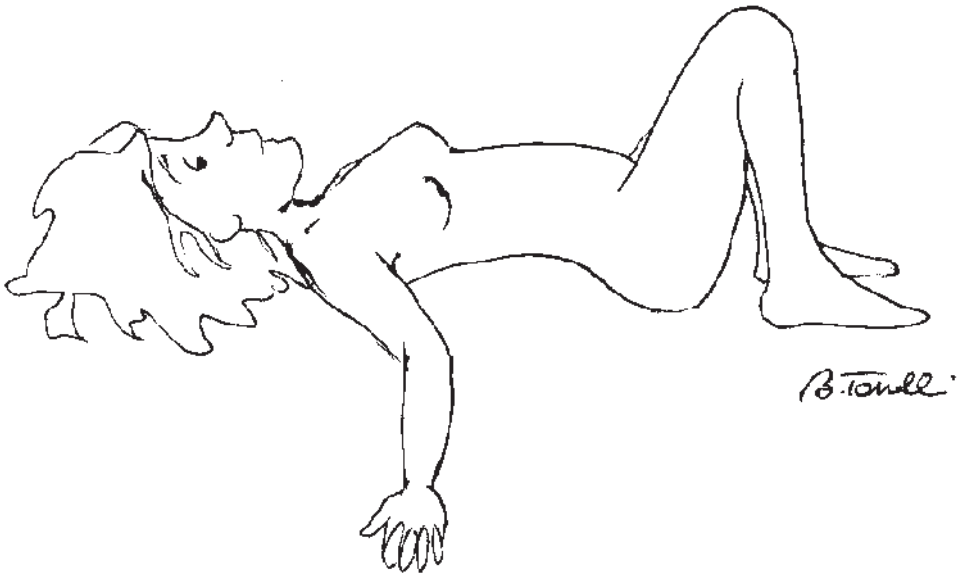
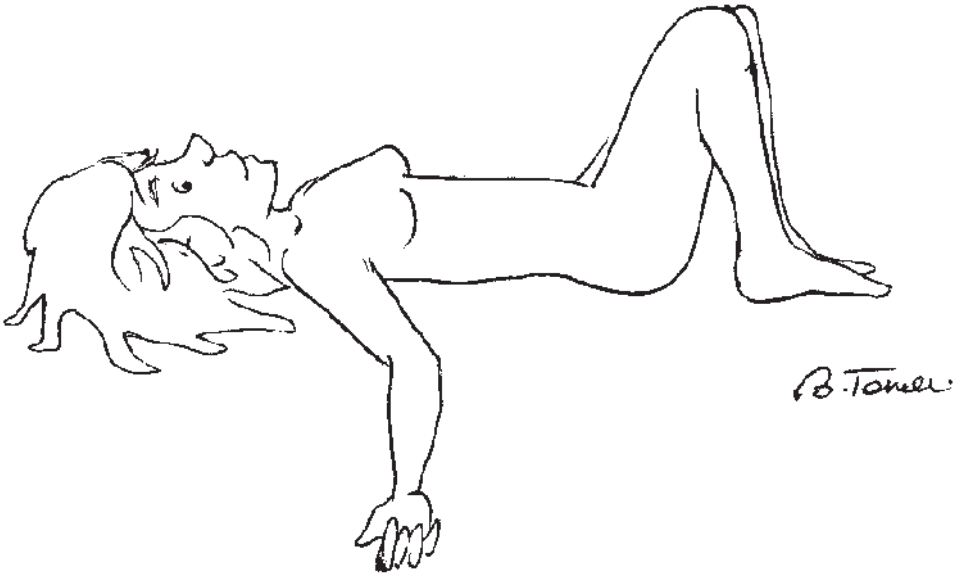


Fig. 5 – ESERCIZIO IN DECUBITO LATERALE. Contrazioni dei muscoli perineali per 5"; rilassamento dei muscoli perineali per 10".



a.



b.

Fig. 6 – ESERCIZIO IN DECUBITO SUPINO. a. Antiversione del bacino, inspirazione, rilassamento dei perineali per 8"; b. retroversione del bacino, espirazione, contrazione dei perineali per 4".

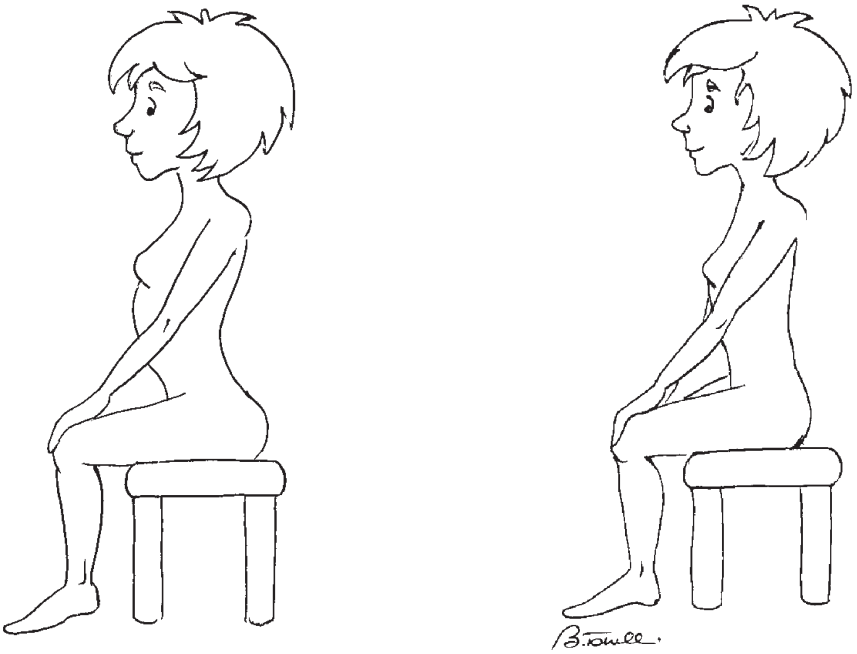


Fig. 7 – ESERCIZI IN POSIZIONE SEDUTA. Contrazione dei perineali per 5”; rilassamento dei perineali per 10”.

a.

b.

Fig. 8 – ESERCIZI IN DECUBITO SUPINO. a. adduzione, inspirazione, rilassamento per 8"; b. abduzione, espirazione, contrazione per 4".

Fig. 9 – Sollevare il bacino, espirare e contrarre per 4”; abbassare il bacino, inspirare e rilassare per 8”.

Fig. 10 – Sollevare gli arti e contrarre i perineali per 4”; abbassare gli arti e rilassare per 8”.

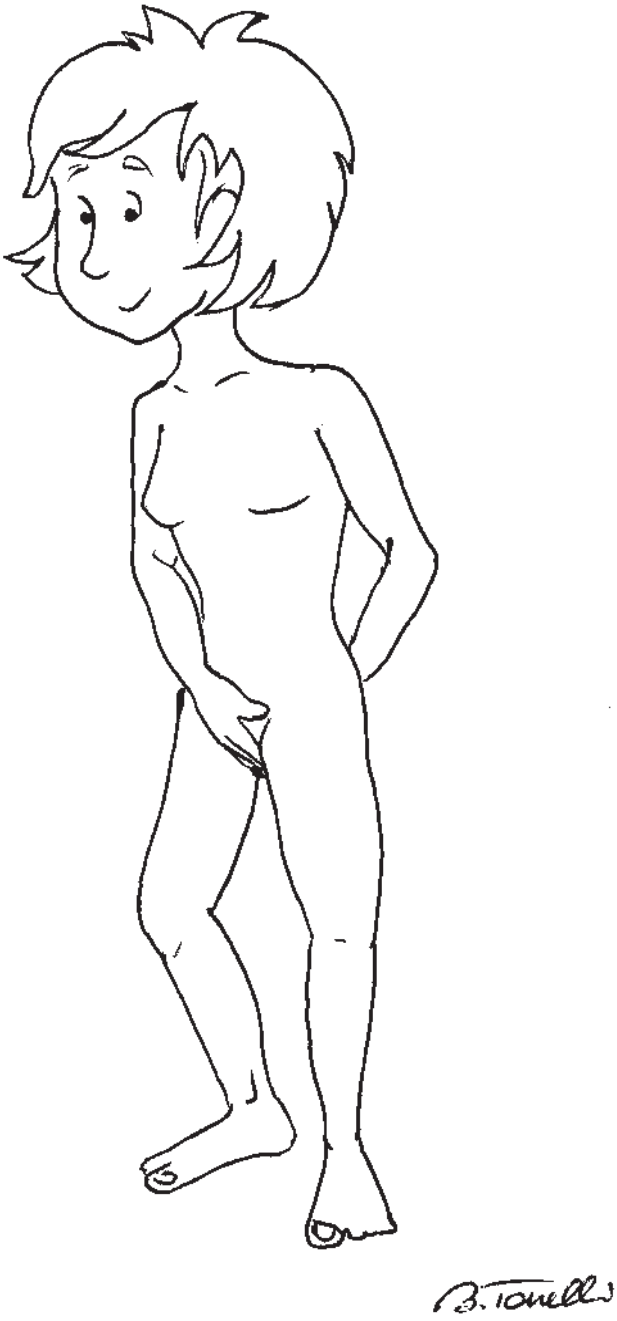


Fig. 11 – In piedi, arti inferiori leggermente divaricati, appoggiare le mani sulla parte anteriore e posteriore della zona genitale favorendo il contatto tra la punta delle dita. Effettuare una contrazione volontaria dei muscoli del pavimento pelvico, aiutando con le mani il fisiologico sollevamento verso l'interno della zona genitale, poi rilassare.

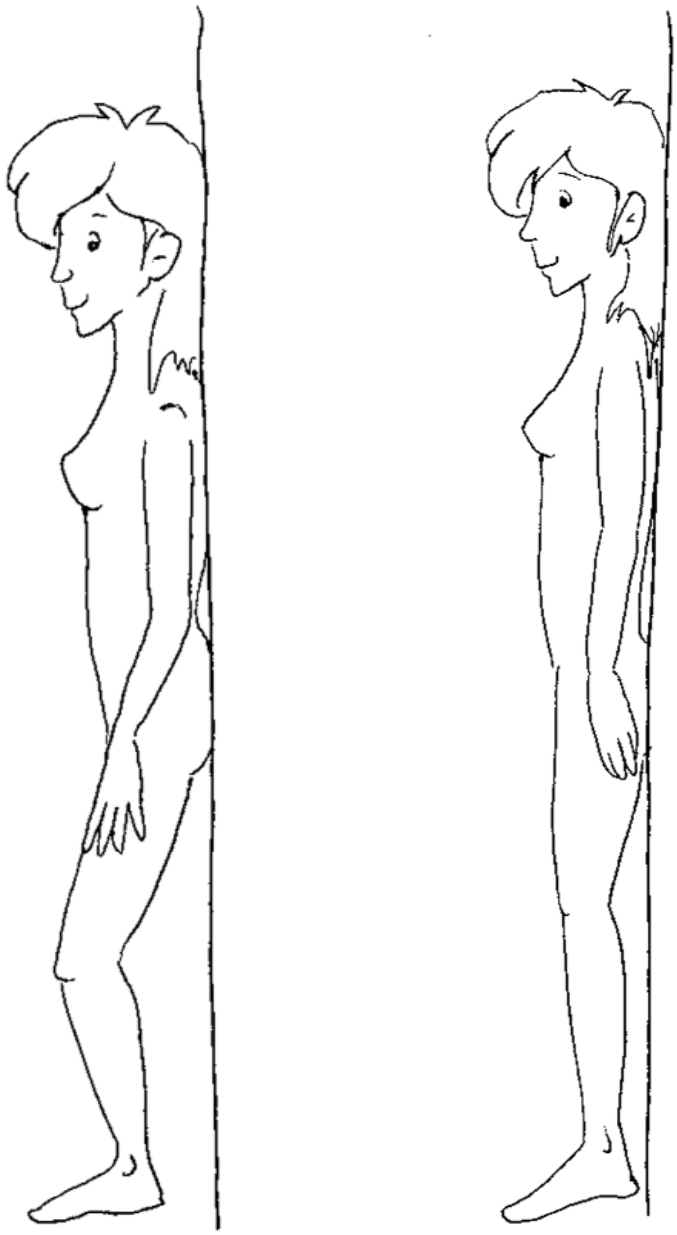


Fig. 12 – ESERCIZI IN STAZIONE ERETTA: a. Antiversione del bacino, rilassamento dei perineali per 10”; b. Retroversione del bacino, contrazione dei perineali per 5”.

Fig. 13

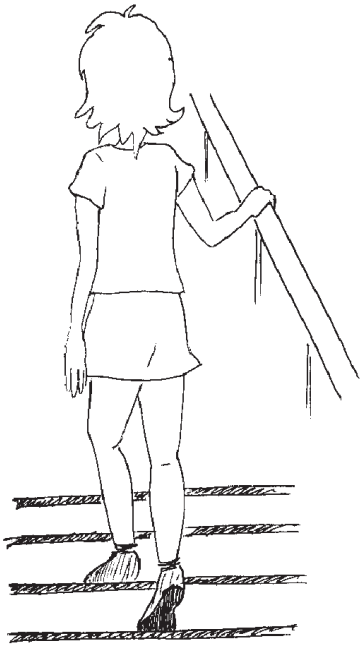


Fig. 14

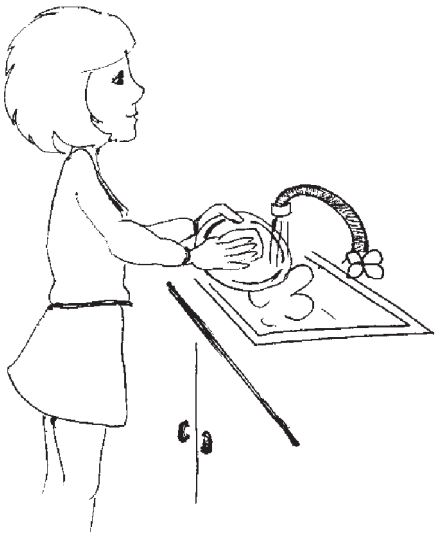


Fig. 13, 14 – ALLENAMENTO DURANTE LE ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA per promuovere l'automatizzazione dell'attività muscolare perineale. Il raggiungimento di questo traguardo presuppone un'applicazione costante, quotidiana e multi-ripetitiva.

3.1.7 *Terapia medica con premesse diagnostiche*
di S. Mariani

Premesse fisiopatologiche

Il complesso funzionale "vescica-uretra" ha il compito di raccogliere in maniera "continua" l'urina prodotta dai reni e permettere una sua emissione in maniera "periodica e programmata".

Quindi, grazie ad una complessa regolazione neurologica, il lavoro svolto dall'unità vescico-uretrale può essere distinto in 2 fasi:

1. Fase di riempimento: durante la quale si ha un aumento del volume di urina nella vescica senza modificazioni della pressione endovescicale.
2. Fase di svuotamento: durante la quale l'urina viene espulsa mediante contrazione volontaria del detrusore e contestuale rilasciamento coordinato delle strutture sfinteriche.

In condizioni di normalità il reflesso della minzione è assicurato da un arco riflesso vescio-spino-bulbo-spino-vescicale in cui entrano in gioco vie afferenti ed efferenti, che iniziano e terminano in vari distretti del sistema nervoso centrale e periferico, e svariati neurotrasmettitori.

Sistema nervoso centrale

Diverse aree del sistema nervoso centrale (SNC) sono coinvolte nel riflesso minzionale: in particolare sono state identificate l'area pontina (centro pontino della minzione o area di Barrington), l'ipotalamo, il giro frontale inferiore, il giro cingolato anteriore e ciascuna di queste aree utilizza vari neurotrasmettitori per modulare il riflesso minzionale.

Il GABA risulta essere il principale neurotrasmettitore inibitorio: l'utilizzo di agonisti non selettivi per i suoi recettori (tipo A e B) quali il baclofene determinano una inibizione del riflesso minzionale sia a livello spinale che sovra spinale.

La Serotonina agisce a diversi livelli del SNC. L'aumento della sua disponibilità a livello sinaptico, come per esempio con l'utilizzo di farmaci inibitori del reuptake come la paroxetina, determina una inibizione del detrusore e un'attivazione dello sfintere esterno.

Altro importante neurotrasmettitore è la Dopamina della quali si conoscono 2 tipi di recettori (D1 e D2). L'attivazione del recettore D1 determina l'inibizione del detrusore, mentre l'attivazione del D2 sembra facilitare lo svuotamento vescicale.

Altri neurotrasmettitori coinvolti a livello del SNC nella minzione ma dei quali non si conosce ancora a pieno il loro ruolo sono: glicina, glutammato, noradrenalina, neuro chinine.

Con questa breve premessa si può comprendere come l'utilizzo di farmaci neurolettici, antidepressivi e antiepilettici possa influenzare il riflesso minzionale.

Sistema nervoso periferico

Il normale riflesso minzionale è sotto il controllo del:

- Sistema somatico: garantisce l'innervazione dei muscoli scheletrici del piano perineale e dello sfintere uretrale esterno. Tale innervazione è garantita dal nervo pudendo che prende origine dai motoneuroni localizzati nel corno ventrale del midollo sacrale (a livello di S2-S4) in una regione denominata nucleo di Onuf. Il principale mediatore sinaptico risulta l'acetilcolina.
- Sistema autonomo comprende: componente parasimpatica, componente ortosimpatica, una componente sensoriale non adrenergica-non colinergica (NANC).

Il sistema parasimpatico rappresenta il principale artefice della contrazione detrusoriale e del rilasciamento del piano perineale e dell'uretra durante la minzione. I corpi cellulari delle fibre pregangliari sono situati nelle colonne intermedio-laterali del tratto sacrale del midollo spinale (S2-S4); le terminazioni assoniche pregangliari decorrono nel plesso pelvico e raggiungono i neuroni postgangliari della parete vescicale attraverso il nervo pelvico. Sia le fibre pregangliari che le postgangliari rilasciano acetilcolina (Ach) esplicando la loro azione a livello detrusoriale mediante l'attivazione dei recettori muscarinici M2 e M3. Tali recettori muscarinici vescicali sono accoppiati al sistema di proteine G la cui attivazione determina una maggiore disponibilità degli ioni calcio e nella chiusura dei canali del potassio. Si crede che il recettore muscarinico M3 sia il più importante per la contrazione detrusoriale, mentre l'M2 contribuisca alla contrazioni in particolari stati patologici (denervazione, ostruzione cervico-uretrale). Sembra inoltre che l'attivazione del recettore M2 si opponga al rilasciamento del muscolo liscio indotto dal sistema simpatico.

A livello uretrale il sistema parasimpatico determina, come già accennato, al rilasciamento dell'uretra e dei muscoli perineali mediante il rilascio dell'Ossido Nitrico.

Il sistema ortosimpatico prende origine dal nucleo intermedio-laterale della regione toraco-lombare (T10-L2) del midollo spinale. Gli assoni attraversano i gangli mesenterici inferiori per arrivare al nervo ipogastrico, o attraverso la catena gangliare paravertebrale fino a raggiungere il nervo pelvico. In questa maniera i segnali del sistema ortosimpatico possono essere convogliati sia a livello del nervo ipogastrico che pelvico. L'effetto predominate di tale sistema risulta essere l'inibizione del sistema parasimpatico a livello spinale e gangliare e la contrazione dell'uretra e della base vescicale. Il neurotrasmettitore rilasciato a livello pregangliare è sempre l'Ach, mentre a livello post sinaptico viene attivato un recettore nicotinico mediante il rilascio di noradrenalina. Sono stati identificati 2 tipi di recettori: e a loro volta ulteriormente suddivisi in $\alpha 1$, $\alpha 2$, $\beta 1$, $\beta 2$, $\beta 3$. Il recettore $\alpha 1$ regola il tono dell'uretra a livello della componente stromale della prostata. I recettori $\alpha 2$ svolgono un'azione inibitoria a livello del neurone colinergico presinaptico: a livello vescicale l'attivazione di tale recettore potrebbe portare ad una riduzione del rilascio di Ach con conseguente rilasciamento detrusoriale. I recettori agiscono inibendo il detrusore durante la fase di riempimento: una eventuale alterazione della funzione di tali recettori potrebbe portare ad una iperattività vescicale.

La maggior parte dell'innervazione sensitiva afferente della vescia e dell'uretra raggiunge il midollo spinale mediante il nervo pelvico e ipogastrico, mentre le af-

ferenze sensitive del piano perineale e dello sfintere uretrale raggiungono la regione sacrale del midollo spinale attraverso il nervo pudendo.

La componente sensoriale NANC risulta essere la più importante via afferenziale nel processo di minzione. Le informazione ottenute dai recettori presenti nella parete vescicale vengono convogliate attraverso fibre mielinizzate Aδ e fibre C amieliniche al nervo pelvico per poi raggiungere il midollo spinale a livello sacrale. Il sistema NANC partecipa alla regolazione del riflesso minzionale ed entra in gioco in condizioni patologiche. Le fibre Aδ rispondono alla distensione passiva della vescica e alla contrazione attiva del detrusore fornendo, in tal maniera, informazione sul grado di riempimento vescicale. Le fibre C amieliniche hanno un'alta soglia meccanica per essere stimolate, mentre rispondono principalmente ad insulti chimici della mucosa vescicale o al freddo (nocicezione): normalmente tali fibre sono inattive e per tale motivo vengono chiamate "fibre silenti". Le fibre NANC oltre ad avere funzione afferente presentano una funzione efferente intrinseca: infatti la liberazione di neurotrasmettitori dalle loro terminazioni nervose periferiche determinano, a livello vescicale, eventi motori, come la contrazione delle fibre muscolari lisce, e proinfiammatori, come la chemiotassi e la de granulazione delle mastcellule. L'utilizzo della capsaicina, molecola estratta dal peperoncino rosso, ha permesso oltre all'identificazione delle fibre NANC anche alla scoperta di un recettore specifico: il recettore vanilloide.

Ricerche su animale hanno portato alla scoperta che nelle lesioni midollari croniche sovraspinali il riflesso minzionale non è più regolato dalle fibre Aδ ma dalle fibre C amieliniche e che l'utilizzo sistemico della capsaicicna è in grado di creare una neurotossicità selettiva bloccando l'attività riflessa della vescica ma non il riflesso minzionale nell'animale normale.

Tra gli altri neurotrasmettitori del sistema NANC devono essere citati:

- Ossido Nitrico (NO): sembra garantire il riempimento vescicale a basse pressioni, mentre a livello uretrale sembra mantenere il tono della muscolatura liscia
- VIP (Vasoactive Intestinal Peptide), tachichinine, somatostatina, prostanoidi, altri.

Trattamento farmacologico dell'incontinenza urinaria

Si possono individuare 4 categorie di farmaci da poter utilizzare in caso di incontinenza urinaria:

1. Farmaci per il trattamento dell'iperattività detrusoriale/overactive bladder con o senza incontinenza
2. Farmaci per il trattamento della stress incontinence
3. Farmaci per il trattamento dell'incontinenza da rigurgito
4. Trattamento ormonale

1. Farmaci per il trattamento dell'iperattività detrusoriale/overactive bladder con o senza incontinenza

Benché circa il 30-60% dei pazienti oltre i 65 anni di età soffra di iperattività detrusoriale (DO), questa patologia non è esclusiva del paziente anziano.

I farmaci utilizzati per la DO possono essere classificati in:

- Farmaci antimuscarinici
- Farmaci ad azione mista
- Antidepressivi
- Alfa litici
- Farmaci ad azione sui canali di membrana
- Inibitori della sintesi delle prostaglandine (COX inibitori)
- Altri farmaci

Farmaci antimuscarinici

I farmaci antimuscarinici bloccano, più o meno selettivamente, i recettori muscarinici presenti a livello detrusoriale e uroteliale riducendo, durante la fase di riempimento, l'urgenza e aumentando la capacità vescicale. Generalmente gli antimuscaricni vengono divisi in amine terziarie e quaternarie: i composti terziari hanno una maggior lipofilicità e un peso molecolare maggiore dei composti quaternari e per tale motivo facilmente assorbibili dal tratto gastroenterico ma con maggior possibilità di diffusione al SNC attraverso la barriera emato-encefalica. Gli antimuscarinici quaternari pertanto hanno minor incidenza di effetto collaterali del SNC ma possono provocare altri effetti collaterali quali secchezza delle fauci, costipazione, tachicardia; hanno una controindicazione assoluta nei casi di glaucoma ad angolo acuto.

Benché gli antimuscarinici non siano ultraselettivi per la vescica ma possono interferire anche con altri organi (occhio, ghiandole salivarie, cuore, tratto gastro-intestinale) e quindi potenzialmente cause di effetti collaterali sopra citati, tali farmaci sono ampiamente utilizzati. Teoricamente la farmaco-selettività per la vescica potrebbe essere ottenuta se si riuscissero ad identificare ed isolare i sottotipi recettoriali mediatori esclusivamente della contrazione detrusoriale.

I farmaci antimuscarinici maggiormente utilizzati sono:

- Tolterodina (2-4 mg formulazione Retard 1 volta/die): amina terziaria, rapidamente assorbita e metabolizzata nel fegato dalla citocromo P450; il principale metabolita attivo (5-idrossimetil) ha una efficacia farmacologia simile al composto di partenza e per tale motivo contribuisce all'effetto terapeutico finale; presenta una bassa lipofilicità e questo spiega la bassa incidenza di effetti collaterali sulla sfera cognitiva; benché non sia selettiva per i sottotipi dei recettori mucarinici sembra avere una selettività funzionale per la vescica rispetto alle ghiandole salivarie anche se la secchezza delle fauci resta il principale effetto collaterale; deve essere considerata come terapia di prima linea.
- Fesoterodine (4-8 mg 1 volta/die): è un pro-farmaco che, dopo somministrazione orale, vie idrolizzato nello stesso metabolita attivo della tolterodina; può essere annoverata come farmaco di prima linea.
- Solifenacina (4 mg 1-2 volte/die): amina terziaria ben assorbita dal tratto gastro-intestinale; la maggior parte degli effetti collaterali è risultato di grado moderato con a secchezza delle fauci quale sintomo più frequentemente riportato; non si sono osservati effetti significativi sui parametri elettrocardiografici, su i valori di laboratorio, sui segni vitali ma nel contempo riducendo sia il numero di episodi di incontinenza che di urgenza; viene considerato farmaco di prima linea.

- Cloruro di Trospio (20-60 mg/die): amina quaternaria che passa con difficoltà la barriera emato-encefalica quindi con scarsi effetti collaterali a livello cognitivo; non è un farmaco selettivo per i sottotipi dei recettori muscarinici quindi si possono attendere effetto collaterali quali secchezza delle fauci (21-22%), stipsi (9-10%) e mal di testa (6-7%); efficace sia sulla DO neurogena che idiopatica; farmaco considerato terapia di prima linea.
- Darifenacina (7,5-15 mg/die): amina terziaria con moderata lipofilicità; è un antagonista selettivo del recettore muscarinico M3 per cui, teoricamente, non dovrebbe presentare effetti collaterali di rilevante importanza (secchezza delle fauci e costipazione i più frequenti anche se in alcuni trial le percentuali di effetti collaterali sono risultate paragonabili al gruppo placebo); assenza di eventi avversi a livello del SNC e cardiaco sono stati rilevato (percentuali sovrapponibili al gruppo placebo); la darifenacina, rispetto agli altri antimuscarinici, sembra poter allungare il "tempo di allerta" inteso come il tempo che intercorre tra il primo stimolo di urgenza minzionale e la minzione volontaria e/o incontinenza involontaria.
- Propantelina (15-30 mg 4 volte/die): composto di ammonio quaternario, non selettivo per i recettori muscarinici vescicali; non è routinariamente utilizzata poiché non esistono trials concordi sulla efficacia e soprattutto sulla sicurezza.
- Atropina: è utilizzato raramente e solamente per via endovescicale per evitare gli effetti sistemici.

Farmaci ad azione mista

Farmaci utilizzati per la DO che presentano più di un meccanismo di azione: di solito tendono a combinare un'azione antimuscarinica associata ad una presente azione sui canali di membrana del calcio. Tra quesi annoveriamo:

- Ossibutinina (5 mg 2-3 volte/die per os; 3,9 mg TTS ogni 3-4 giorni): amina terziaria metabolizzata a livello epatico il cui pricipale metabolita (DEO = N-desetilossibutinina) mantiene proprietà farmacologiche simile al composto principale e che inoltre risulta essere la maggior causa degli effetti collaterali (secchezza delle fauci, stipsi); oltre all'effetto antimuscarinico l'ossibutinina possiede effetti miorilassanti diretti e azione di anestetico locale, anche se per via sistemica agisce prevalentemente con azione antimuscaricnica; a causa dell'alta incidenza (circa 80%) degli effetti collaterali quali secchezza delle fauci, costipazione, sonnolenza, visione confusa si sono cercate nuove formulazioni quali la somministrazione per via trans-dermica (cerotto) con lo scopo di evitare il primo passaggio epatico e la conseguente riduzione del metabolita attivo con conseguente teorica riduzione degli effetti collaterali; le due formulazioni presentano una uguale efficacia mentre i principali effetti indesiderati per l'applicazione trans-dermica sono le reazioni locali sul luogo di applicazione del cerotto (prurito ed eritema in circa 8-9% dei casi).
- Propiverina: azione antimuscarinica e azione antagonista sui canali del calcio; ha un rapido primo passaggio epatico con la formazione di vari metaboliti che probabilmente contribuiscono agli effetti clinici del farmaco.

- Diciclomia: effetto antimuscarinico e miorilassante; utilizzato solamente in trial clinici.
- Flavoxato: meccanismo d'azione non conosciuto (nessun effetto antimuscarinico, probabile effetto anestetico locale e sui canali del calcio); effetti collaterali quasi assenti ma la sua efficacia non è ben documentata sulla DO.

Antidepressivi

Vari antidepressivi sembra abbiano effetti sulla DO ma solamente l'imipramina è stata clinicamente usata in modo ampio. L'imipramina agisce mediate una sistemica azione anticolinergica e bloccando il re-uptake della serotonina e della noradrenalina. È stata utilizzata per il trattamento dell'enuresi notturna, ma come con tutti gli anti-depressivi tricicli può avere effetti collaterali sul sistema cardiovascolare (ipotensione ortostatica, aritmie ventricolari, allungamento del tratto QT all'ECG).

Alfa-litici

Gli alfa litici (tamsulosina, alfuzosina, doxazosina, terazosina) possono migliorare i sintomi in pazienti con sintomi ostruttivi delle basse vie urinarie ma a tutt'oggi non esistono trials clinici controllati che provino la loro efficacia nella DO. Si ipotizza solamente una loro azione inibitoria a livello dei recettori 2 situati nel neurone colinergico pre-simpatico vescicale con conseguente riduzione del rilascio di Ach.

Farmaci ad azione sui canali di membrana

L'attivazione del detrusore richiede un influsso di calcio extracellulare attraverso l'attivazione dei canali del Ca: per tale motivo è stato in passato proposto l'utilizzo di calcio-antagonisti, come la nifedipina, ma senza ottenere successo terapeutico.

L'apertura dei canali del potassio e il seguente efflusso di ioni potassio produce una iperpolarizzazione di vari muscoli lisci, incluso il detrusore. Questo a sua volta comporta una riduzione dell'influsso di ioni calcio con riduzione dell'apertura dei canali del calcio con conseguente rilassamento muscolare. Sono stati utilizzati farmaci come il pinacidil ma con scarsi effetti clinici.

Inibitori della sintesi delle prostaglandine

Il muscolo e la mucosa vescicale umana hanno la capacità di produrre eicosanoidi in risposta a differenti tipi di traumi. Benché le prostaglandine possano causare la contrazione della muscolatura vescicale non è ancora chiaro il loro reale contributo nell'insorgenza dell'iperattività detrusoriale In passato è stato testato il flurbiprofene ma benché avesse discreti effetti benefici non riusciva ad abolire completamente la DO, inoltre si associavano importanti effetti collaterali.

Altri farmaci

- Desmopressina: analogo sintetico della vasopressina, viene utilizzato, per via nasale (20μg) nel trattamento dell'enuresi notturna.
- Baclofene: agisce come agonista del GABA, è stato utilizzato nei disordini vescicali, compresa la DO, secondari a lesione spinale.
- Capsaicina: interagendo con i recettori "vanilloidi" esplica la sua azione in maniera bifasica inizialmente eccitando dapprima le terminazione nervose

delle fibre C amieliniche presenti nella sottomucosa vescicale e di seguito rendendole resistenti a qualsiasi attivazioni da parte stimoli di varia natura; il razionale dell'instillazione endovescicale della capsaicina è basato sull'interessamento delle fibre C amieliniche nell'ipersensibilità e nell'iperattività neurogenica della vescica prevalentemente su base neurogenica (traumi spinali, sclerosi multipla); è prevista l'instillazione endovescicale di 1-2 mM di capsaicina che può comportare come effetti collaterali fastidio locale, sensazione di bruciore a livello pubico e uretrale durante l'instillazione (eventualmente evitato instillando della lidocaina nella vescica prima della capsaicina stessa).

- Resinifetatoxina: analogo della capsaicina 1000 volte più potente, stessa efficacia.
- Tossina botulinica: per l'iperattività detrusoriale viene utilizzato, "off label", solamente il sottotipo; l'iniezione sottomucosa della tossina botulinica provoca il blocco del rilascia dell'Ach con conseguente riduzione della contratilità vescicale; poiché il processo di denervazione è reversibile la procedura deve di solito essere ripetuta ogni 3-6 mesi.

2. Farmaci per il trattamento della stress incontinence

Molti fattori sono coinvolti nella patogenesi dell'incontinenza da sforzo: il supporto uretrale, la funzionalità del collo vescicale, la funzionalità dei muscoli del piano perienale. In linea generale donne che soffrono di stress incontinence presentano una minore pressione di resistenza uretrale. In passato sono stati utilizzato con scarso successo vari farmaci: attualmente il farmaco con maggior efficacia e sicurezza risulta la duloxetina.

La duloxetina (40-80 mg/die) è un inibitore del re-uptake della norepinefrina e della serotonina incrementando così l'attività del muscolo sfinteriale durante la fase di riempimento vescicale; inoltre sembra che la duloxetina esplichi un effetto anche a livello centrale contribuendo ad una maggior capacità di contenimento di urina da parte della vescica. Tali effetti comportano un a riduzione del numero degli episodi di incontinenza e un miglioramento della qualità della vita. Frequente effetto collaterale è la nausea che risulta essere di media entità e tende ad autorisolversi nel giro di una settimana.

3. Farmaci utilizzati per l'incontinenza da rigurgito

Esistono 2 tipi di incontinenza da rigurgito: uno legato all'ostruzione meccanica, l'altro legato a disordini funzionali.

Scopo del trattamento è proteggere l'alto apparato urinario.

Oltre all'autocateterismo, l'unica famiglia di farmaci proponibili sono gli alfalitici nei pazienti con RPM elevato secondario ad ostruzione cervico-uretrale.

4. Trattamento ormonale

L'uretra, la vescica e il pavimento pelvico, tutti tessuti estrogeno-sensibili, giocano un ruolo importante per la continenza. L'uretra presenta 4 strati sensibili agli estrogeni (epitelio, vascolarizzazione, tessuto connettivo, muscolatura) che hanno un ruolo fondamentale nel mantenere una pressione uretrale positiva.

L'utilizzo di derivati estro-progestinici è risultato efficace nella stress incontinence solamente se associato ad altre terapia, mentre può essere di aiuto sui sintomi di urgenza/frequenza.

E sulla urge incontinence non tanto per una azione diretta sul basso tratto urinario quanto per la sua capacità di far regredire una eventuale atrofia uro-genitale di solito presente nelle donne dopo la menopausa.

Bibliografia

- Chess-Williamms R., Chappel C.R. et al., *Theminor population of M3-receptors mediate contraction of human detrusor muscle in vitro,* J. Auton. Pharmcol., 21 (5-6): 243, 2001.
- Stevens L., Chess-Williamms R., Chappel C.R. et al., *Muscarinic receptor function in the idiopathic overactive bladder,* J. Urol., 171 (Suppl): 140 (abstract 527), 2004a.
- Stevens L., Chappel C.R. et al., *A comparison of muscarinic receptor-mediated function in the normal and neurogenic overactive bladder*, J. Urol. 171 (Suppl.): 143 (abstract 535), 2004b.
- Clemett D,, Jarvis B., *Tolterodine: a review of its use in the tratment of overactive bladder*, Drugs Aging 18(4): 277, 2001,
- Chapple C., van Kerrebroek P., Tubaro A. et al., *Clinical efficacy, safety and tolerability of once-daily fesoterodine in subjects with overactive bladder,* Eur. Urol. Oct. 52 (4): 1202-12, 2007.
- Chapple C.R., Arano P. et al., *Solifenacin appears effective and well tolerated in patients with symptomatic idiopathic detrusor overactivity in a placebo- and tolterodine- controlled phase 2 dose-finding study,* BJU Int., 93(1), 71, 2004a.
- Cardozo L., *Solifenacine succinate improves symptoms of an overactive bladder*, Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor. Dysfunct., 14 (Suppl.): S64, 2003.
- Cardozo L., Chapple C.R. et al., *Efficacy of trospium chloride in patients with detrusor instability: a placebo-controlled, randomized, doubled-bind, placebo-controlled multicentre clinical trial,* BJU Int., 85(6): 659, 2000.
- Haab F., Stewart L., et al., *Darifenacin, an M3 selective receptor antagonist, is an effective and well-tollerated once-daily treatment for overactive bladder*, Eur. Urol., 45(4): 420, 2004.
- Cardozo L., Prescott K. et al., *Can medication prolong warning time?*, Neurourol. Urodyn., 22(5): 468 (abstract 74), 2003.
- Andersson K.E., Chapple C.R., *Oxybutinin and the overactive bladder*, Worl. J. Urol., 19(5): 319, 2001.
- Dmochowoski R.R., Sand P.K., et al., *Transdermal Oxybutinin Study Group. Comparative efficacy and safety of transdermal oxybutinin and oral tolterodine versus placebo in previously treated patients with urge and mixed urinary incontinence*, Urology, 62(2): 237, 2003.
- Robinson D., Cardozo L., *The role of estrogens in female lower urinary tract dysfunction*, Urology, 62 (4 Suppl 1): 45, 2003.

3.1.8 *Introduzione all'incontinenza urinaria funzionale dell'età pediatrica*

di M.L. Brena

L'incontinenza urinaria è un problema multidisciplinare e interdisciplinare che rappresenta spesso, a lungo termine, fonte di disagio sia per i bambini che ne sono affetti che per i loro genitori.

Il sintomo di cui parliamo è la perdita involontaria di urina, ossia l'incontinenza urinaria. L'incontinenza urinaria notturna rientra quasi sempre nel quadro clinico definito col termine enuresi (l'ICCS – International Children's Continence Society – nel 2006 ha suggerito di indicare solo con il termine enuresi quella che una volta veniva chiamata enuresi notturna). Fino ai 5 anni di vita questo tipo di incontinenza urinaria è considerata fisiologica.

L'enuresi viene definita come "enuresi monosintomatica" quando vi è solo la problematica notturna senza alcun altro disturbo urologico associato (se non, appunto, il solo fare la pipì a letto). Viene invece definita "enuresi sintomatica" quando all'incontinenza notturna risultano associati altri disturbi come ad esempio l'incontinenza diurna. Infine, l'enuresi viene definita primitiva solo se non vi mai stato un periodo di continenza continuativo di almeno 6 mesi, altrimenti viene indicata come secondaria.

Per quanto riguarda le cause, quelle dell'incontinenza urinaria sono per lo più funzionali e solo più raramente sono riconducibili a condizioni anatomiche o neurologiche. È importante, qui, avere chiaro che i bambini sviluppano il controllo stabile della vescica fra il terzo ed il sesto anno di vita, inizialmente durante il giorno e successivamente anche durante la notte. All'età di 7 anni, nel 10% dei bambini, è ancora presente enuresi e tra questi, fino al 9% dei casi, presentano disturbi diurni (1). Il tasso di remissione spontanea dell'enuresi è di circa il 15% l'anno (2).

L'incontinenza urinaria è un'entità eterogenea che ha cause multifattoriali ed è influenzata da comorbilità. Essa viene definita come fisiologica, e quindi normale, quando tale sintomo si presenta nei primi anni di vita; viene invece definita come patologica solo dopo il 5° anno, ossia superata l'età entro la quale si presume che la maturazione del "sistema incontinenza" sia completata, oppure quando sono presenti cause che farebbero rientrare l'incontinenza fra quelle definite come organiche. Il range di normalità nello sviluppo della continenza è tuttavia molto ampio per cui questi limiti non sono mai statici e vanno applicati con attenzione a seconda del caso.

Come precedentemente riportato, l'incontinenza urinaria patologica viene distinta fra organica e funzionale. L'incontinenza urinaria funzionale include tutte le forme di incontinenza senza la presenza di un deficit anatomico o neurologico (3). L'incontinenza urinaria organica, che invece presenta questi deficit, è una forma più rara di incontinenza che deve comunque essere sospettata nei casi in cui un'incontinenza funzionale non risponda al trattamento medico. Per esempio, un'incontinenza minima e continua notturna e diurna, in pazienti femmine potrebbe indicare la presenza di un uretere ectopico (ossia che si inserisce a valle del collo ve-

scicale se non addirittura in vagina). La poliuria deve essere rivalutata anche in funzione di possibili malattie renali, come ad esempio le tubulopatie, l'insufficienza renale cronica o il diabete insipido, tutte condizioni che possono inizialmente presentarsi con un quadro di enuresi.

Fra i disordini neurologici, vanno ricordate le malformazioni congenite (per esempio il mielomeningocele/spina bifida) o quelle acquisite per problematiche neoplastiche o disturbi infiammatori del sistema nervoso. Alcuni di questi non hanno un'immediata manifestazione palese, oltre al disturbo legato all'incontinenza. In presenza di disraffismo spinale occulto (per esempio la spina bifida occulta, la sindrome del midollo ancorato, l'agenesia sacrale) i disturbi spesso restano silenti per un lungo periodo. Non rara, invece, è la condizione definita genericamente come "vescica neurogena non neuropatica" (Hinman syndrome) i cui sintomi assomigliano a quelli della vescica neurogena senza che siano presenti lesioni neurologiche.

L'enuresi monosintomatica presenta un'eziologia non ancora completamente nota. Può essere causata da una combinazione fra ritardo nello sviluppo del controllo neurologico della vescica e la regolazione nella produzione di urina da deficit di ormone ADH (4).

Nell'enuresi secondaria si ha invece l'associazione con disturbi diurni.

Questi, anche indipendentemente dall'incontinenza notturna, posso essere classificati in alcuni sottogruppi clinici:

- vescica iperattiva;
- svuotamento disfunzionale;
- minzione post-posta.

Nella **vescica iperattiva** il sintomo principale è l'urgenza minzionale. Il concetto fisiopatologico principale è quello di un bambino il cui controllo vescicale viene meno o non è pienamente maturato. Apparentemente non si è ancora trovata una correlazione tra i sintomi clinici da urgenza ed il quadro cistomanometrico di iperattività detrusoriale (5). È probabile che la vescica iperattiva nei bambini non sia fisiopatologicamente sovrapponibile con la vescica iperattiva degli adulti.

Con l'auto limitazione nell'assunzione di liquidi e l'aumento nella frequenza minzionale, molti bambini riescono comunque a rimanere continenti durante il giorno, ma una volta che questi meccanismi di controllo sono assenti, ad esempio durante il sonno o durante altre attività, questi bambini inizieranno a bagnarsi.

Lo **svuotamento disfunzionale** è caratterizzato da una continua attivazione del pavimento pelvico durante la minzione con conseguenti problemi di svuotamento della vescica (5). Per lo più la causa è di tipo acquisito, per esempio a seguito di una errata postura sulla comoda o come conseguenza ad una minzione dolorosa durante le infezioni del tratto urinario e, a volte, anche in presenza di lesioni dermatologiche. I sintomi cardinali sono un flusso urinario debole, con minzione staccata o interrotta.

Comune la concomitanza con appunto le infezioni delle vie urinarie ed i disturbi intestinali (in particolare la stipsi).

La **minzione post-posta** (**o ritenzionista)** può risultare essere la conseguenza dell'abitudine a ritardare sempre di più l'atto della minzione durante la giornata. Poiché anche i bambini sani possono naturalmente rinviare lo svuotamento, il momento in cui questo comportamento diventa patologico non è chiaramente definito e definibile.

In casi estremi il quadro può esitare in una vescica ipoattiva (in passato denominata anche come "sindrome della vescica pigra"). In questo caso la percezione di avere la vescica piena scompare o si attenua e, come risultato di queste distensioni vescicali prolungate, i muscoli detrusoriali perdono il loro potere contrattile.

La classificazione diagnostica in uno di questi tre sottogruppi è spesso non chiara. Le sovrapposizioni tra le diverse entità sono frequenti, i sintomi spesso sono molto soggettivi e possono cambiare nel tempo. La raccomandazione è quella di documentare i parametri oggettivabili con l'uso di carte minzionali ed eventualmente, almeno nelle prime fasi diagnostiche, con indagini di tipo non invasivo come l'uroflussometria (sempre con EMG) e l'ecografia.

Una delle problematiche più frequentemente associate all'incontinenza urinaria è l'incontinenza fecale, con o senza stipsi (6), che arriva ad interessare fino ad un terzo dei bambini che soffrono del disturbo urinario (7).

Anche le infezioni ricorrenti del tratto urinario devono essere considerate con attenzione. Sono esse stesse, infatti, indicazione della presenza di una disfunzione vescicale sottostante e possono verificarsi anche con un quadro di apiressia. Un'infezioni del tratto urinario con febbre rende però sempre obbligatorio l'invio del bambino al nefrologo o all'urologo pediatra al fine di escludere la presenza di concomitanti patologie quali, per esempio, il reflusso vescico-ureterale o le sindromi ostruttive.

Fino al 40% dei bambini con incontinenza urinaria presenta poi disturbi comportamentali clinicamente rilevanti (per esempio disturbi del comportamento sociale, ansia, disturbi depressivi) (8). Questi possono essere collegati al problema dell'incontinenza o precederla (per esempio un'enuresi dopo un cambio di scuola, il divorzio dei genitori, trasloco). Per i bambini con enuresi primitiva, però, l'associazione con questi disturbi non risulta in percentuali molto diverse da quelle dei bambini continenti. Cosa diversa invece per i bambini con frequenza minzionale diurna per i quali l'incidenza di disturbi comportamentali sale fino al 40%-50% dei soggetti (8).

Anche i disturbi del sonno (per esempio sindromi da apnea, parasonnie) e i disturbi dello sviluppo (per esempio i disturbi specifici dello sviluppo del linguaggio, dello sviluppo motorio) (9) possono esere associati all'incontinenza urinaria.

La qualità di vita dei bambini con incontinenza urinaria ed enuresi è paragonabile a quello di altre malattie croniche come ad esempio l'asma bronchiale o il diabete mellito (10) *e per questo deve avere pari dignità di trattamento.*

La valutazione diagnostica deve primariamente escludere la presenza di un disordine organico, e quindi poter classificare il problema nelle forme funzionali di incontinenza urinaria, identificando le possibili problematiche associate di cui si è parlato precedentemente (stipsi prima di tutto).

Le informazioni necessarie devono essere acquisite, per quanto possibile, tramite procedure non invasive.

L'anamnesi accurata, la storia medica, l'esame obiettivo e sopratutto la realizzazione accurata di carte minzionali possono essere sufficienti ad inquadrare quasi tutte le condizioni di incontinenza urinaria.

Le carte minzionali debbono consistere nella raccolta di dati per almeno due giorni consecutivi (per più rilievi) segnalando la frequenza minzionale, la presenza di urgenza o meno, il volume di urina ad ogni minzione, la presenza o meno di mutandine bagnate, la quantità di liquidi ingeriti ed il volume di urina notturna (eventualmente pesando il pannolino) ed il numero di volte in cui si è bagnato il letto a notte, il tutto sempre associato al diario fecale.

Durante la visita ambulatoriale si raccomanda l'osservazione di specifici segni che possono indicare la presenza di una causa organica dell'incontinenza, quali la presenza in regione lombo-sacrale di lipoma, pelosità atipica, emangioma, asimmetria delle pieghe dei glutei o anomalie all'estremità inferiore del corpo come un'atrofia muscolare, asimmetria nei riflessi, deformità dei piedi. La palpazione dell'addome può identificare masse fecali. I genitali esterni vanno valutati alla ricerca di dermatite da perdita di urine, vulvite, sinechie delle piccole labbra, fimosi. La regione anale (sopratutto se sporca), dovrebbe essere attentamente esaminata ma solo se il bambino è d'accordo.

Lo stato dello sviluppo psicofisico e le eventuli anomalie comportamentali debbono essere sempre valutati.

Ulteriori analisi possono comprendere l'analisi delle urine in modo tale da escludere delle infezioni del tratto urinario.

Questa prima valutazione di base può essere fatta dal pediatra o dal medico di famiglia, e solo successivamente inviati dallo specialista al fine di scegliere un percorso diagnostico, quando necessario, di secondo livello. Questi comprendono per esempio l'ecografia urologica che viene utilizzata per studiare le anomalie renali, vescicali e del retto. La presenza di un residuo post-minzionale abbondante (in più misurazioni!) (3) ed un ispessimento della parete detrusoriale sono indicatori di un disordine dello svuotamento della vescica. Un retto retrovescicale disteso indica invece stipsi.

Un'ulterore indagine è l'uroflussometria che registra la fase minzionale e va sempre eseguita (in età pediatrica) associata all'EMG perineale con elettrodi a piatto. Tale indagine ha il vantaggio di essere non invasiva, semplice e ripetibile. Altre metodiche diagnostiche più invasive sono poi necessarie fino a circa il 10% dei bambini con incontinenza urinaria.

La terapia per l'incontinenza urinaria deve essere sempre personalizzata.

I principi terapeutici di base sono:

- bambini e genitori devono essere motivati a sottoporsi al trattamento;
- i sintomi diurni devono essere trattati prima dei sintomi notturni;
- se è presente stipsi o incontinenza fecale questa deve sempre essere trattata;
- le problematiche psichiche in età pediatrica sono in genere trattate in parallelo o prima nei disturbi più gravi;
- le terapie combinate aumentano il tasso di successo terapeutico.

Con il termine uroterapia si intendono tutti i trattamenti per l'incontinenza urinaria che non coinvolgono farmaci o la chirurgia. Tali trattamenti vanno sempre personalizzati e comprendono metodiche che vanno dal biofeedback all'allarme acustico e, in tale processo, devono sempre essere coinvolti in eguale misura sia il bambino che i genitori. I suoi obiettivi sono un miglior controllo della vescica e una migliore qualità della vita rafforzando la responsabilità dai pazienti e riducendo le tensioni intrafamiliari.

Importante è la regolarizzazione nell'assunzione di liquidi e delle minzioni. Va insegnato al bambino a riconoscere gli stimoli urinari ed a recarsi in bagno alla comparsa del sintomo cercando di regolarizzare la frequenza minzionale. Importanti le minzioni al mattino ed alla sera come pure, nel bambino enuretico, la riduzione dell'assunzione di liquidi la sera.

Anche il controllo della quantità di liquidi ingeriti durante la giornata è importante, verificando che questa non sia eccesiva ma sopratutto che sia distribuita regolarmente lungo l'arco della giornata.

Nei bambini affetti da incontinenza urinaria si deve consigliare di andare in bagno ad intervalli regolari (ogni 3-4 ore) cercando sempre di responsabilizzare il bambino in tale trattamento. Questo controllo della minzione, soprattutto quando viene associato a diari minzionali, ha un impatto positivo nel potenziare l'effetto terapeutico.

In caso di minzione disfunzionale la terapia con il biofeedback è un metodo molto efficace e consiste nell'insegnare, tramite stimoli visivi e/o sonori, a riconoscere e rilasciare il piano perineale alla minzione. Altri tipi di terapie consistono nelle neuromodulazione tramite stimoli transcutanei/percutanei.

Nell'enuresi notturna il trattamento comportamentale consiste nell'utilizzo dell'allarme acustico notturno, ossia tramite il posizionamento di un sensore sulle mutandine che suona in presenza di umididà, segnalando al paziente che è iniziata la minzione. Prima di iniziare la terapia, è fondamentale una corretta informazione a tutta la famiglia. In genere, se ne consiglia l'utilizzo per un periodo di circa 3-6 mesi, e comunque sono necessarie dalle 30 alle 50 notti prima di ottenere dei risultati. I tassi di risposta sono intorno all'80%, sopratutto se associati ad un approccio comportamentale all'atto della minzione notturna (per esempio il rifarsi da solo il letto) (11).

Dal punto di vista farmacologico, nell'enuresi notturna si può utilizzare la desmopressina con risultati variabili attorno al 50-60%. Grazie però alla sua rapidità di risposta è utilizzata come farmaco assunto in caso di "necessità", per risolvere situazioni occasionali come ad esempio i viaggi scolastici.

Se la capacità della vescica è ridotta, o in caso di vescica iperattiva, possono risultare efficaci gli anticolinergici. Poche indicazioni esistono per la tossina botulinica A e gli alfa-bloccanti, anche se questi ultimi sembrano avere una certa utilità nella minzione disfunzionale. Pochi dati esistono per le terapie complementari come l'agopuntura, l'ipnosi, o la chiroterapia.

Indipendentemente dal tipo di scelta terapeutica, importa ricordare che il risultato è sempre correlato ad un corretto inquadramento della problematica, al colloquio col bambino e la famiglia e ad un regolare follow-up.

Bibliografia

1. Butler R., Heron J., *The prevalence of infrequent bedwetting and nocturnal enuresis in childhood. A large British cohort. Scand*, J. Urol. Nephrol. 2008; 42: 257-64.
2. Heilenkötter K., Bachmann C., Janhsen E., et al., *Prospective evaluation of inpatient and outpatient bladder training in children with functional urinary incontinence*, Urology 2006; 67: 176-80.
3. Nevéus T., von Gontard A., Hoebeke P., et al., *The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: report from the Standardisation Committee of the International Children's Continence Society*, J. Urol. 2006; 176: 314-24.
4. Nevéus T., Eggert P., Evans J., et al., *Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society*, J. Urol. 2010; 183: 441-7.
5. Van Gool J.D., de Jong T.P.V.M., Winkler-Seinstra P., et al., *A comparisonof standard therapy, bladder rehabilitation with biofeedback, and pharmacotherapy in children with non-neuropathic bladder sphincter dysfunction*, Neurourol. Urodyn. 1999; 18: 261-2.
6. Loening-Baucke V, *Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood*, Pediatrics 1997; 100: 228-32.
7. McGrath K.H., Caldwell P.H., Jones M.P., *The frequency of constipation in children with nocturnal enuresis: a comparison with parental reporting*, J. Paediatr. Child Health 2008; 44: 19-27.
8. Zink S., Freitag C.M., von Gontard A., *Behavioral comorbidity differs in subtypes of enuresis and urinary incontinence*, J. Urol. 2008; 179: 295-8.
9. Joinson C., Heron J., von Gontard A., Butler U., Golding J., Emond A., *Early childhood risk factors associated with daytime wetting and soiling in school-age children*, J. Pediatr. Psychol. 2008; 33.
10. Bachmann C., Lehr D., Janhsen E., et al., *Health related quality of life of a tertiary referral center population with urinary incontinence using the DCGM-10 questionnaire*, J. Urol. 2009; 182: 2000-6.
11. Glazener C.M., Evans J.H., Peto R.E., *Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children*, Cochrane Database Syst. Rev. 2004; 1.

3.1.9 *Terapia chirurgica dell'incontinenza urinaria femminile*

di D. De Vita, S. Dati

Introduzione

L'incontinenza urinaria ed il prolasso degli organi pelvici, spesso associati, sono determinati da specifiche alterazioni a carico delle strutture muscolari, fasciali del pavimento pelvico. Stabilito che la prevalenza dei disordini del pavimento pelvico cresce con l'età, il cambiamento demografico della popolazione con l'allungamento dell'aspettativa di vita ha determinato un aumento delle donne affette da tali disordini.

La prevalenza dell'incontinenza urinaria aumenta con l'aumentare dell'età della donna; un recente studio eseguito su una popolazione di 40.000 donne ha evidenziato una prevalenza del 12,8% a 18-22 anni, del 36,1% a 40-49 anni e del 35% a 70-74 anni (1). *L'incontinenza urinaria* è definita la perdita involontaria d'urina. Una stima reale del problema è difficile per la molteplicità delle manifestazioni cliniche e per la difficoltà delle donne a rendere manifesto questo disturbo. Sicuramente le donne che arrivano allo specialista per questo problema sono in numero decisamente inferiore a quelle affette realmente da incontinenza. L'incontinenza è un disturbo ingravescente che tende a peggiorare con l'età, rappresentando un problema sociale a volte talmente importante da compromettere la vita di relazione. Spesso tuttavia la soluzione del problema può essere semplice e definitiva.

Fig. 1 – *Incontinenza da sforzo*

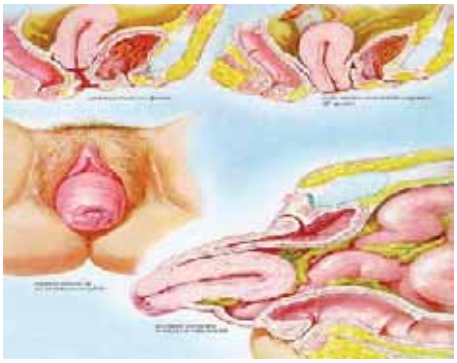


Fig. 2 – *Prolasso genitale*

Circa il 70-90% delle donne che perdono urina è affetta da incontinenza da sforzo o stress incontinence: tale difetto è causato dall'ipermobilità del tratto intermedio dell'uretra (figura 1). Spesso l'incontinenza urinaria è associata al prolasso genitale (figura 2), che può essere di grado lieve, moderato o severo (2). La paziente che si presenta con un prolasso del segmento anteriore, lamenta sintomatologia legata al prolasso quale senso di ingombro, pesantezza, difficoltà nei rapporti sessuali; ma anche sintomi associati come l'incontinenza urinaria o difficoltà nello svuotamento quando il prolasso raggiunge uno stadio avanzato.

Terapia

Modifiche dello stile di vita: nelle forme di incontinenza urinaria e/o di prolasso genitale lieve, può essere sufficiente all'inizio modificare lo stile di vita. Alcuni accorgimenti possono essere utili, soprattutto se il disturbo è agli stadi iniziali e se viene affiancata la riabilitazione della muscolatura pelvica. Queste norme di comportamento prevedono ad esempio la perdita di peso, un più attento controllo del consumo di liquidi, l'eventuale abolizione o riduzione del caffè, del tè e delle sigarette. Bisognerebbe cercare di non ingrassare poiché i chili di troppo "pesano" sul pavimento pelvico e lo indeboliscono. Un'assunzione di liquidi troppo abbondante costringerà ad un "superlavoro" la vescica accentuando il problema. Tuttavia anche un'assunzione di liquidi troppo scarsa rende l'urina più concentrata di sostanze che possono favorire irritazione della vescica e cistiti; bisogna bere una quantità giusta di liquidi (circa un litro e mezzo/due al giorno). Il fumo è da evitare, le fumatrici sono più esposte ai problemi di debolezza pelvica; le bronchiti ricorrenti, inoltre, provocano e aggravano i disturbi. La stitichezza costituisce un altro fattore favorente l'indebolimento delle strutture pelviche, per cui una dieta ricca di fibre (cereali integrali, crusca, frutta e verdure) da associare, quando possibile, ad una adeguata attività fisica ed ad un'assunzione di liquidi appropriata.

Rieducazione vescicale: è una tecnica per modificare il comportamento della vescica. Vengono date alle pazienti delle regole, consigliandole uno schema orario delle mizioni. Il programma aumenterà gradualmente l'intervallo di tempo tra due minzioni successive abituando la vescica a tenere di più. Con questa "ginnastica" della vescica, possono essere ottenuti alcuni benefici sui sintomi di frequenza e urgenza con incontinenza, in caso di vescica iperattiva.

Terapia farmacologica: esistono farmaci in grado di eliminare o ridurre le contrazioni involontarie della vescica, responsabili della perdita di urina nell'incontinenza da urgenza; si tratta di farmaci chiamati anticolinergici, talora dati in associazione con estrogeni locali per ridurre l'iperattività e l'ipersensibilità vescicale. Si dimostrano capaci di ridurre le perdite di urina e di mitigare la sensazione impellente di urinare.

Riabilitazione: gli esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico dovrebbero essere sempre il primo tentativo per risolvere il problema dell'incontinenza da sforzo e/o del prolasso lieve o moderato: servono a restituire tonicità ai muscoli del perineo. Gli esercizi vengono condotti dapprima con l'aiuto del fisioterapista od ostetrica od infermiera, e possono essere poi continuati dalla paziente a domicilio. Talora, agli esercizi viene aggiunta la terapia con elettrostimolatori, che tramite sonde vaginali emettono impulsi elettrici che controllano la vescica e fanno contrarre i muscoli del perineo.

Pessario: storicamente, l'uso del pessario era indicato per tutte le pazienti che rifiutavano o che non erano candidate per la chirurgia. Esistono diversi pessari, di misure differenti (da 60 a 90 mm) e di materiali differenti (silicone e/o plastica, gomma) adattabili al tipo di sintomatologia e segno clinico.

Fig. 3 – *Pessario vaginale*

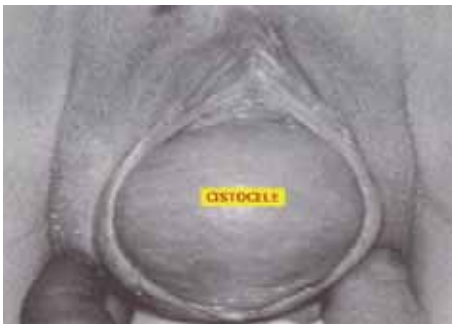


Fig. 4 – *Cistocele*

Il pessario può migliorare in alcuni casi l'incontinenza urinaria, ma in altri può peggiorarla, con il manifestarsi dell'incontinenza "latente" che si verifica nel 21% delle pazienti dopo il riposizionamento del prolasso nella sua sede naturale (figura 3). Naturalmente l'efficacia del pessario è non è duratura, e la percentuale di pazienti soddisfatte varia dal 44 al 67%. La scarsa soddisfazione delle pazienti è data dalle perdite maleodoranti che si possono formare in seguito ad infezioni o erosioni vaginali per l'aumento della vaginosi batterica. L'erosione si può determinare dallo spostamento del pessario dalla sua sede, nonché ulcerazioni, abrasioni e fistole (2).

Terapia chirurgica

La chirurgia spesso è necessaria nei casi più seri di incontinenza da sforzo (figura 1), quando sia contemporaneamente presente un prolasso genitale grave (figura 5) e quando le altre cure hanno fallito. Tutti gli interventi si prefiggono di curare definitivamente ed in modo completo l'incontinenza urinaria da sforzo ed il prolasso genitale ad esso associato. L'efficacia della chirurgia è elevata, ma necessita di ricovero, anestesia, una convalescenza più lunga ed il rischio di complicazioni post-operatorie (infezione, ritenzione urinaria, sanguinamento).

Esistono vari tipi di intervento, molti con l'obiettivo di sostenere la vescica e l'uretra, quando all'incontinenza urinaria vi è associato un prolasso genitale, si dovrà provvedere a correggere chirurgicamente anche il prolasso, congiungendo e rinforzando le fasce e ricollocando nella posizione migliore gli organi che vengono fissati con alcuni punti ai legamenti di sospensione alle pareti del bacino (3).

Correzione dell'incontinenza urinaria da sforzo

Alle tradizionali tecniche chirurgiche con un incisione chirurgica addominale, recentemente sono da preferirsi tecniche chirurgiche innovative mininvasive che consentono piccole incisioni vaginali, con una rapida ripresa post-operatoria.

Alle tecniche tradizionali come la colposospensione con tecnica retropubica: Burch, Richardson, Marshal-Marchetti-Krantz, si preferisce utilizzare le nuove tecniche di TVT "tension free vaginal tape" (figura 5) e di TOT ("tension free vaginal tape trans-otturatoria"), (figura 6).

La TVT (Tension-free Vaginal Tape)

È una nuova tecnica chirurgica per la correzione dell'incontinenza urinaria da sforzo (figura 5), messa a punto in Svezia e consiste nell'inserimento per via vaginale di un nastro di prolene con l'obiettivo di sospendere l'uretra a livello retro pubico. L'intervento può essere eseguito in anestesia locale e loco-regionale. Sono praticate due piccole incisioni nella cute sopra la sinfisi pubica, e una piccola incisione nella mucosa vaginale, sotto l'uretra. Con un apposito introduttore si posiziona con l'aiuto di due aghi un nastro in prolene sotto l'uretra, quindi si invita la paziente a tossire, stabilendo la tensione della banderella e verificare il successo dell'intervento.

TOT (Trans-Obturator Tape)

Al fine di ridurre il maggior rischio di lesioni vescicali, è stata introdotta una nuova tecnica, che prevede l'inserimento della sling sempre in sede sottouretrale con un diverso accesso dell'ago, che prevede un percorso prestabilito attraverso il forame otturatorio e non lo spazio retropubico. A differenza del TVT infatti, un ago elicoidale viene fatto passare, attraverso una breve incisione cutanea localizzata sulla piega inguinale, sino alla sua fuoriuscita digito-guidata a livello vaginale sottouretrale (figura 6).

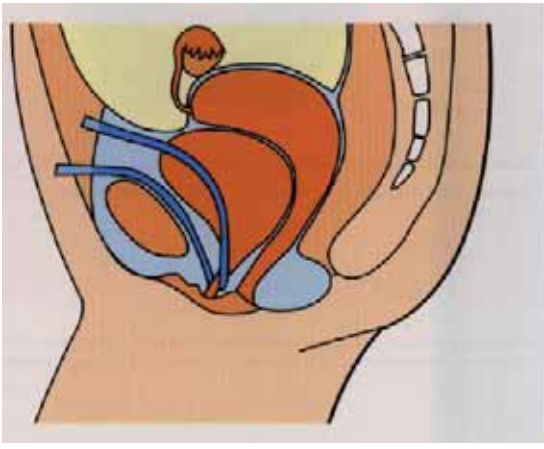


Fig. 5 – *TVT*

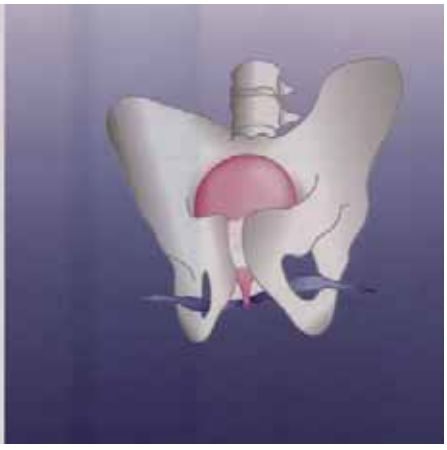


Fig. 6 – TVT

Minisling

La minisling, evoluzione della TVT e TOT, consiste nell'applicazione di una benderella simile alla TVT, con la differenza di essere molto più corta (pochi cm), nata nel tentativo di ridurre al minimo il trauma chirurgico. Seppure meno invasiva della TVT e TOT, i risultati riguardo l'efficacia e la tollerabilità sono ancora in fase di studio.

Risultati

Queste tecniche chirurgiche mini-invasive presentano molti vantaggi per la donna: il 90% delle pazienti guarisce o migliora sensibilmente dall'incontinenza urinaria da sforzo, l'intervento è rapido, richiede una breve degenza ospedaliera e una convalescenza postoperatoria alquanto limitata (48 ore).

Le attività quotidiane possono essere solitamente riprese nel giro di pochi giorni seppure è consigliabile astenersi dalle attivtà sportive e dai rapporti sessuali per alcune settimane (3). In pochissimi casi, si può rischiare di non curare del tutto il disturbo, oppure provocare il problema opposto, una continenza eccessiva con difficoltà di urinare, che si risolve con l'utilizzo dell'autocateterismo vescicale.

Trattamento chirurgico del prolasso genitale associato ad incontinenza urinaria da sforzo

Nel trattamento chirurgico del prolasso è importante definire i seguenti termini: per *cura del prolasso* si intende quando, dopo l'intervento, non ci sono più sintomi riferibili al prolasso, ovvero nessun segmento vaginale è prolassato oltre l'imene, per *recidiva* si intende una ricomparsa del prolasso a distanza di tempo dall'intervento chirurgico.

Isterectomia vaginale

L'isterectomia vaginale (figura 8) è stata la tecnica maggiormente utilizzata per la correzione del prolasso uterino completo (figure 2, 7).

Fig. 7 – *Prolasso uterino completo*

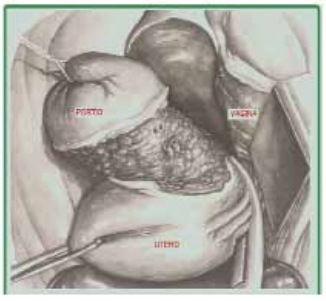


Fig. 8 – *Isterectomia vaginale*

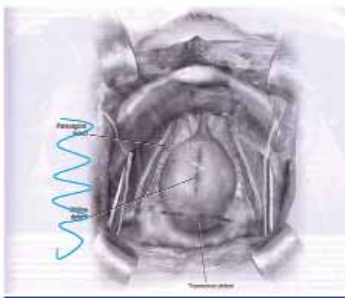


Fig. 9 – *Plastica anteriore*

Essa consiste nell'asportazione dell'utero prolassato e nella sospensione della vagina, che generalmente viene ancorata ai legamenti utero-sacrali o sacro spinosi (4, 5).

L'isterectomia, proprio per la sua ampia diffusione molto diffusa, efficace e ben tollerata, ma non priva di complicanze e svantaggi come le complicanze vascolari, vescicali (incontinenza urinaria), effetti psicologici, come la riduzione del tono dell'umore, la percezione dell'immagine del proprio corpo alterata e la riduzione del desiderio sessuale e l'anticipo della menopausa.

Laddove gli esami clinici (stress test) e strumentali (esame urodinamico) preoperatori abbiano evidenziato la coesistenza di incontinenza urinaria da sforzo all'intervento di correzione del prolasso genitale (isterectomia vaginale, plastica an-

teriore e/o posteriore) viene associata la correzione dell'incontinenza urinaria con le tecniche precedentemente menzionate.

Plastica vaginale per la correzione del cistocele e rettocele

La plastica vaginale anteriore (figura 9) e posteriore è l'intervento più diffuso per la correzione del cistocele e rettocele e consiste nella rimozione della parete vaginale anteriore e posteriore in eccesso, ricreando un supporto per la vagina, la vescica ed il retto, mediante l'apposizione di punti di sutura. Tali procedure, seppure facilmente eseguibili con basse percentuali di complicanze, presentano una alta incidenza di recidiva, ovvero in circa il 20-40% delle pazienti operate si ripresenta il prolasso genitale (6).

Utilizzo di protesi per la correzione del cistocele e rettocele

L'inserimento di una protesi nella correzione del cistocele e/o del rettocele, può ridurre significativamente il rischio di recidiva, portando la percentuale di cura dal 57% in caso di plastica vaginale al 75% in caso di aggiunta di una protesi sintetica (figura 10).

L'intervento può essere associato all'isterectomia vaginale, qualora vi sia un prolasso uterino severo o qualora vi sia il desiderio della paziente e del chirurgo a rimuovere l'utero. Attualmente la tecnica chirurgica maggiormente utilizzata è quella del posizionamento di una protesi per via vaginale con passaggio transotturatorio dei bracci (figura 10). Tra le complicanze della chirurgia protesica abbiamo: le erosioni del materiale protesico (<10%), che protrude in vagina e necessita di essere rimosso (7, 8).

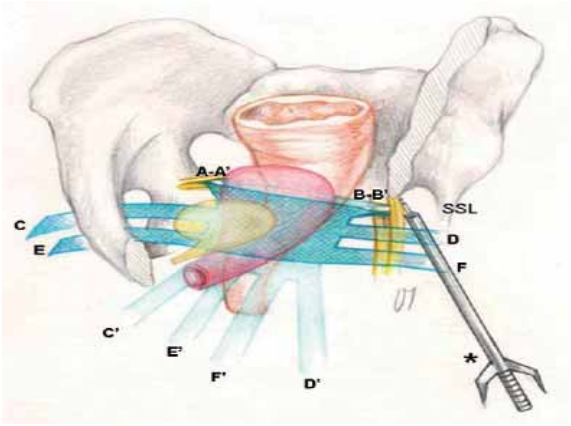


Fig. 10 – *Chirurgia protesica*

La conservazione dell'utero

Recenti studi mostrano come, nel trattamento del prolasso genitale, la conservazione dell'utero può essere considerata un'opzione valida in donne selezionate. Nell'opzione conservativa relativa al trattamento del prolasso uterino è necessario tenere conto dei seguenti fattori: età della paziente, desiderio di prole, preferenza della paziente, complessità del prolasso genitale, preferenza del chirurgo in relazione alle sue attitudini chirurgiche.

Purtroppo dobbiamo tristemente ammettere che la maggior parte delle isterectomie sono effettuate per la preferenza del chirurgo in relazione alle sue attitudini. In tale ottica va inquadrato il concetto rivoluzionario della conservazione dell'utero in paziente affette da prolasso che manifestino tale desiderio, e non solo nelle donne in età fertile desiderose di prole (7, 8, 9).

Conclusioni

I risultati ottenuti attraverso le tecniche chirurgiche mininvasive protesiche nella cura dell'incontinenza urinaria e del prolasso genitale, sono stati incoraggianti; mostrando tassi di cura, sia per l'incontinenza urinaria che per il prolasso genitale intorno al 95%. Inoltre, la chirurgia protesica ha consentito di operare prolassi uterovaginali severi conservando l'utero, con minimo dolore postoperatorio e con pochi giorni di ospedalizzazione. Tali tecniche protesiche si sono dimostrate sicure se eseguite da chirurghi vaginalisti esperti.

Alla luce degli insegnamenti del passato, l'impegno attuale sarà volto al miglioramento, all'innovazione continua, al progresso nella ricerca scientifica, fino ad arrivare a mettere in discussione le tecniche tradizionali come l'isterectomia, incoraggiando la concezione dell'importanza dell'utero e delle sue strutture di sostegno nei meccanismi di supporto pelvico.

Bibliografia

1. Haase P., Skibsted L., *Influence of operations for stress incontinence and/or genital descensus on sexual life*, Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 1988; 67(7): 659-61.
2. Clemons J., Aguilar V.C., Tillinghast T.A., et al., *Patient satisfaction and changes in prolapse and urinary symptoms in women who were fitted successfully with a pessary for pelvic organ prolapse*, Am. J. Obstet. Gynecol. 2004; 190: 1025.
3. Ulmsten U., Falconer C., Johnson P., Jomaa M., Lanner L., Nilsson C.G., Olsson I., *A multicenter study of tension-free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence*, Int. Urogynecol. J. Pelvic. Floor. Dysfunct. 1998; 9(4): 210-3.
4. Maher C., et al., *Surgical Management of pelvic organ prolapse in women*, Cochrane Database Syst. Rev. 2007 Jul 18;(3): CD004014.
5. Kahn M.A., Stanton S.L., *Posterior colporrhaphy: its effect on bowel and sexual function*, Br. J. Obstet. Gynecol. 1997; 104: 82.
6. Weber A.M., Walters M.D., Piedmonte M.R., Ballard L.A., *Anterior colporraphy: a randomized trial of three surgical techniques*, Am. J. Obstet. Gynecol. 2001; 185: 1299-1306.
7. D. De Vita, B. Farnsworth, *Nuovo approccio protesico della chirurgia ricostruttiva vaginale per il prolasso genitale*, Pelvi-Perineologia 2005; 24: 44-46.
8. De Vita D., Araco F., Gravante G., Sesti F., Piccione E., *Vaginal reconstructive surgery for severe pelvic organ prolapses: A 'uterine-sparing' technique using polypropylene prostheses*, Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2008 August; 139 (2): 245-51.
9. Hagen S., Stark D., Maher C., Adams E., *Conservative management of pelvic organ prolapse in women*, Cochrane Database Syst. Rev. 2006 Oct 18; (4): CD003882. Update of: Cochrane Database Syst. Rev. 2004; (2): CD003882.

3.1.10 *Terapia chirurgica dell'incontinenza urinaria maschile*
di L. Miano

L'incontinenza urinaria maschile determinata da disfunzione sfinterica è principalmente una conseguenza di interventi chirurgici alla prostata che possono causare un danno anatomico e funzionale alla sfintere uretrale esterno (muscolo della continenza). La chirurgia prostatica per carcinoma, sia a cielo aperto che laparoscopica o robotica, è particolarmente esposta a questo tipo di complicanza. Trattasi per lo più di incontinenza da sforzo transitoria che migliora e scompare nell'arco di alcune settimane o di alcuni mesi mediante una adeguata terapia riabilitativa del pavimento pelvico, associata a biofeedback ed a elettrostimolazione. La persistenza del fenomemo oltre i 6-12 mesi può rendere necessaria la terapia chirurgica.

I dati statistici indicano che l'incontinenza urinaria da sforzo è presente a 12 mesi dall'intervento primario per tumore maligno in percentuali variabili tra il 5 e il 15-20% dei pazienti, mentre l'incontinenza dopo resezione endoscopica (trans uretrale) o chirurgia a cielo aperto per ipertrofia benigna è di circa l'1% dei casi.

I presidi a nostra disposizione sono essenzialmente i seguenti:

1. *Iniezioni periuretrali* – Sono stati proposti diversi tipi di materiale biologico e sintetici da iniettare in corrispondenza dello sfintere uretrale esterno. Essi agiscono come agenti voluminizzanti ("Bulking agents") e quindi con meccanismo compressivo sull'uretra, cercando di ripristinare il meccanismo della continenza. La tecnica è piuttosto semplice e quasi ambulatoriale, ma i risultati sono il più delle volte temporanei (di alcuni mesi) per il possibile riassorbimento o dislocamento di dette sostanze; ciò vanifica il meccanismo compressivo con recidiva della incontinenza. Oggi sono sempre meno utilizzate e tendono ad essere abbandonate.

2. *Sistema proAct* – Il dispositivo consiste in due palloncini in silicone impiantabili ai lati dell'uretra nell'area del pregresso intervento chirurgico. La protesi è gonfiabile e regolabile fino ad ottenere il risultato desiderato. Il meccanismo di azione è di tipo compressivo sull'uretra con il vantaggio di poterne regolare il grado. Il funzionamento del sistema è legato al corretto e preciso posizionamento che in fase iniziale veniva eseguito sotto controllo fluoroscopico (radiologico) ma che oggi quasi sempre viene eseguito sotto guida ecografica in anestesia locale. L'intervento è mini invasivo, indicato per le incontinenze da sforzo lievi e moderate con risultati abbastanza buoni anche a distanza (70% dei casi) e con complicanze complessivamente trascurabili, anche se sono necessari molto spesso diversi riaggiustamenti nel tempo.

3. *Gli "Sling"* – La parola "sling" significa amaca ed in effetti questo tipo di intervento consiste nel posizionare con un breve intervento chirurgico in anestesia generale o periferica una benderella (di materiale autologo, eterologo o più spesso sintetico) sotto l'uretra. Si tratta di intervento relativamente nuovo nell'uomo ma già da tempo utilizzato nell'incontinenza da sforzo femminile. Esso può essere eseguito con diverse tecniche tramite l'ancoraggio della benderella all'osso pubico con viti al titanio (protesi Invance Ams) o con tecnica transotturatoria (protesi Advance Ams). Quest'ultima rappresenta la tecnica attualmente più congrua e con minori rischi di complicanze. L'intervento può essere eseguito in Day Surgery o al massimo

con un ricovero di 24 ore – ed è indicato nelle incontinenze lievi e moderate dell'uomo con risultati a distanza buoni in oltre il 70% dei casi e con sensibili miglioramenti nel rimanente 25%-30% dei casi. In particolare la protesi Advance fonda il suo presupposto sul fatto che l'incontinenza urinaria del soggetto sottoposto a prostatectomia radicale per neoplasia è legata non tanto a lesione dello sfintere uretrale esterno ma alla lassità o all'insulto dei sistemi di supporto con modificazione della posizione anatomica dello sfintere che, prolassato verso il basso cioè verso il piano perineale, non è più nelle condizioni anatomiche favorevoli per svolgere la sua funzione (figg. 11, 12, 13).

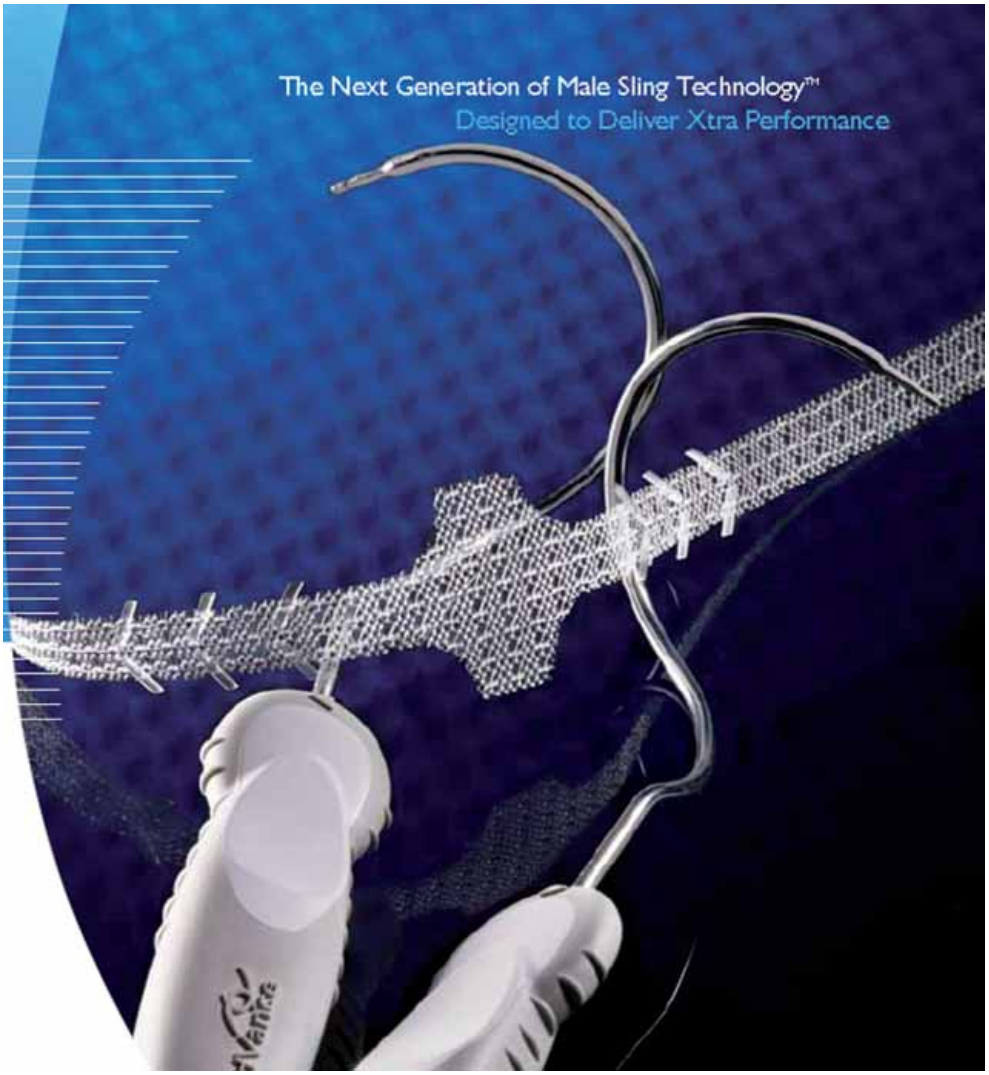


Fig. 11 – *Sling Advance Ams*

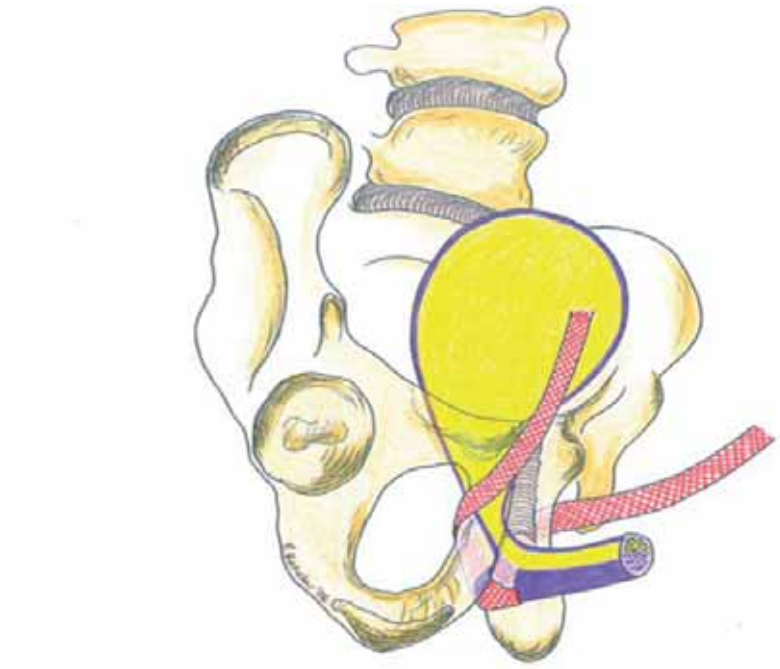


Fig. 12 – *Rappresentazione schematica del posizionamento di Sling Advance*

Fig. 13 – *Foto intraoperatoria di corretto posizionamento di Sling Advance*

4. *Sfintere urinario artificiale Ams 800* – Nei casi di incontinenza grave il trattamento di scelta rimane ancora oggi il posizionamento di uno sfintere urinario artificiale tipo Ams 800. Questo dispositivo è composto da una cuffia circolare che avvolge l'uretra chiudendola e da un serbatoio (collocato nella parte bassa dell'addome) che serve a trasferire il liquido presente nella cuffia.

Il passaggio del liquido dalla cuffia al serbatoio avviene tramite un meccanismo di attivazione (pompa) posizionato nello scroto che consente di urinare con facilità e svuotare la vescica (figg. 14, 15). L'intervento non è semplice e richiede una buona esperienza da parte dell'operatore e viene eseguito in anestesia generale o periferica. Al paziente viene richiesta una certa destrezza manuale per il controllo del meccanismo.

Sono possibili alcune complicanze di ordine tecnico per la verità oggi molto rare, legate al malfunzionamento del sistema protesico; le complicanze più serie e gravi (anch'esse rare) sono l'infezione della protesi e l'erosione dell'uretra (spesso associate) che il più delle volte costringe alla rimozione della protesi. Un fattore limitante l'utilizzo di questa protesi è rappresentato anche dall'elevato costo.

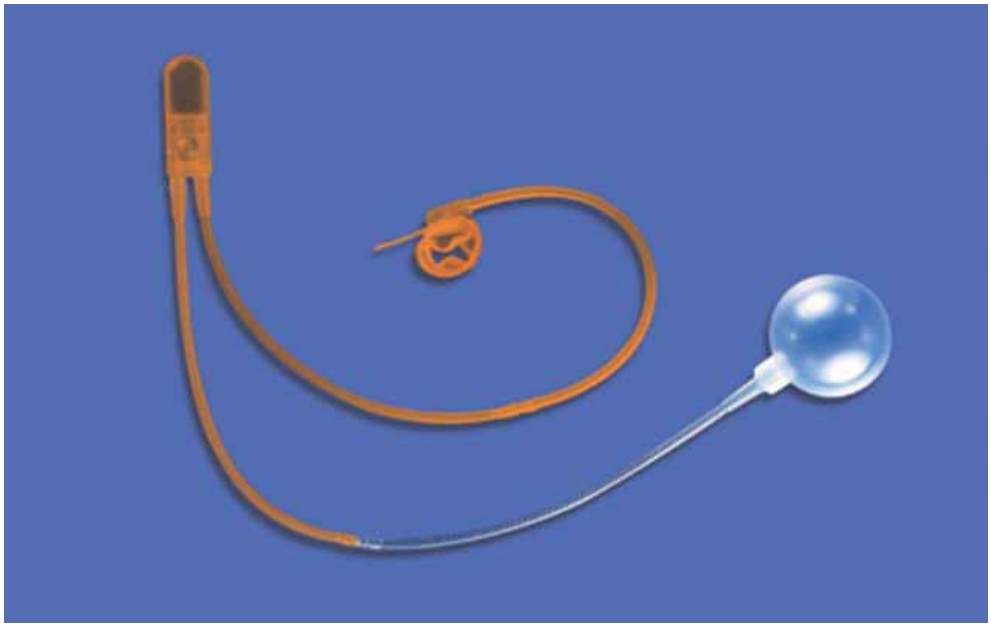


Fig. 14 – *Sfintere artificiale AMS 800*

In conclusione il trattamento chirurgico della incontinenza urinaria maschile è complesso ma oggi molto spesso risolvibile. Non esiste ancora un trattamento indicato per ogni tipologia di incontinenza. È necessario quindi avere una buona dimestichezza con tutte le tecniche più valide e dare le giuste indicazioni al singolo caso.

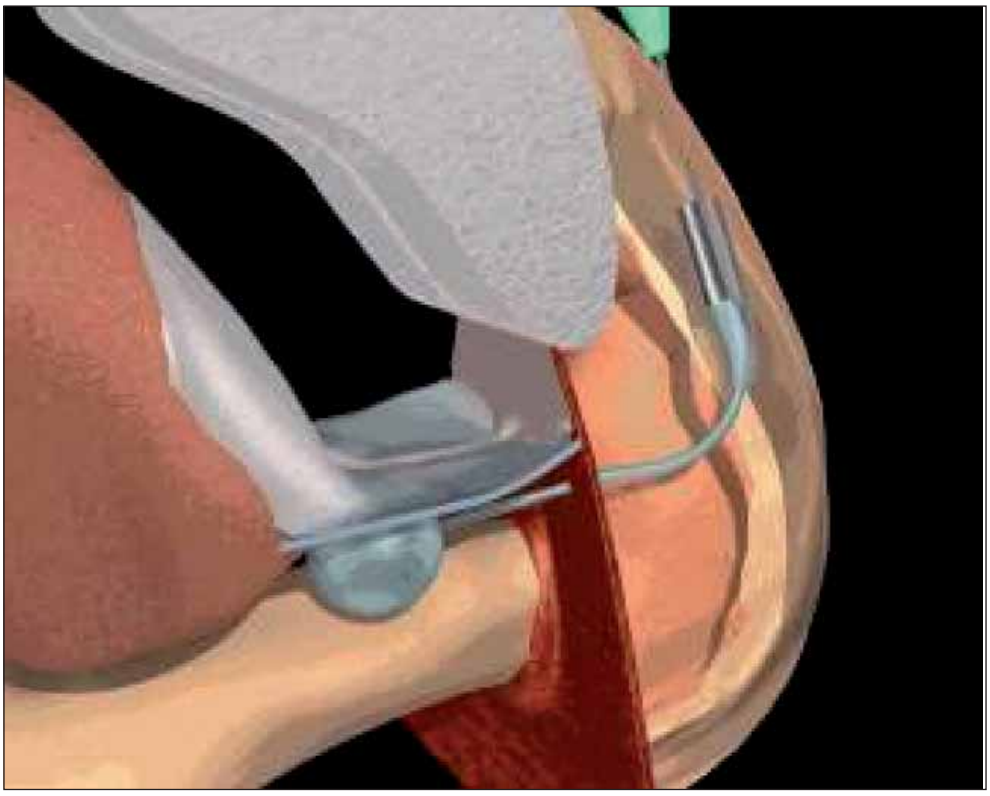


Fig. 15 – *Sfintere artificiale AMS 800*

Bibliografia

1. R.M. Bauer, C. Gozzi, W. Hubner, V.W. Nitti, G. Novara, A. Peterson, J.S. Sandhu, C.G. Stief, *Contemporary management of post prostatectomy incontinence*, Eur. Urol. 59, 985-996, 2011.
2. P. Render, C. Gozzi, *Transobturator sling suspension for male urinary incontinence including post prostatectomy*, Eur. Urol. 52, 860-867, 2007.
3. J.C. Gundian, D.M. Barret, B.G. Parulkar, *Mayo Clinic experience with use of Ams800 artificial urinary sphincter for urinary incontinence following radical prostatectomy*, J. Urol. 142, 1459-61, 1989.
4. T. Lebret, F. Cour, J. Benchetrit e al., *Treatment of post prostatectomy stress urinary incontinence using a minimally invasive adjustable continence balloon device proAct; results of a preliminary multicenter pilot study*, Urology 71, 256-260, 2008.
5. S. Herschorn, *The artificial urinary sphincter: is the treatment of choice fot post radical prostatectomy incontinence*, Can. Urol. Assoc. J 2, 536-9, 2008.

3.1.11 *La Neuromodulazione Sacrale*

di I. Martines

La neuromodulazione sacrale è un trattamento per disfunzioni vescicali croniche che si basa sulla stimolazione elettrica del 3° nervo sacrale. Un elettrostimolatore tipo pace maker controlla la funzione di questo nervo. Storicamente Schmidt e Tanagho nel 1981, applicarono questo principio ottenendo buoni risultati nelle disfunzioni vescicali.

Dal 1994 la NMS viene eseguita in tutto il mondo sia per le disfunzioni vescicali, sia per quelle proctologiche.

Indicazioni

Sono trattabili con la NMS numerose disfunzioni vescicali e rettali refrattarie alle terapie convenzionali. La refrattarietà può anche essere interpretata come la bassa compliance al trattamento da parte del paziente. Solo dopo avere accertato tale condizione è opportuno indicare tale trattamento.

Le indicazioni alla neuomodulazione sacrale per le patologie urologiche sono:

– incontinenza urinaria da urgenza;
– sindrome urgenza-frequenza;
– dolore pelvico cronico;
– ritenzione urinaria cronica su base neurogena.

Procedura di impianto

Il posizionamento del neuromodulatore sacrale, richiede due tempi:

a) un iniziale TEST DI STIMOLAZIONE SACRALE PERCUTANEO in cui si stimola elettricamente in un tempo di circa 3 o 4 settimane il 3° nervo sacrale per mezzo di un elettrodo metallico (collegato ad un modulatore temporaneo) introdotto attraverso la cute in anestesia epidurale. Tale test permette la valutazione della integrità dei nervi sacrali e le conseguenti risposte muscolari. Si valutano quindi alcuni parametri quali senso di tensione al retto, ai genitali esterni, flessione dell'alluce e contrazione anale, nonchè valutazioni soggettive sintomatologiche del paziente e del diario minzionale. Tali reperti sono utili per capire se la neuromodulazione può essere o meno efficace in un dato paziente e quindi procedere con il secondo tempo;

b) impianto definitivo

Nell'impianto definitivo l'elettrodo viene collegato ad un modulatore definitivo programmabile che viene collocato nella regione sovraglutea in una tasca opportunamente preparata chirurgicamente.

I parametri di stimolazione vengono successivamente personalizzati da tecnici delle ditte costruttrici e negli stimolatori di ultima generazione, possono essere modificati con un telecomando portatile tramite il quale il paziente regola l'attività del modulatore nonchè valuta lo stato tecnico del dispositivo.

Le possibili complicanze della Neuromodulazione sacrale sono infezioni, erosioni, allergie e dislocazioni dell'elettrocatetere. La neuromodulazione sacrale non ha particolari controindicazioni se non l'età del paziente e la concomitanza con patologie psichiatriche. Non vi è alcuna interferenza con dispositivi elettromedicali già impiantati in determinati pazienti. In ultimo è un trattamento reversibile e può essere associato ad eventuali trattamenti medici.

Risultati

I dati clinici derivati da studi eseguiti su pazienti a cui è stato impiantato un neuromodulatore sacrale dimostrano che le percentuali di successo nell'incontinenza urinaria da urgenza e nella sindrome urgenza-frequenza sono dell'ordine del 70-80%, con scomparsa degli episodi di incontinenza in circa il 50% dei casi. Nel trattamento della ritenzione urinaria ben il 61% dei pazienti ha eliminato gli autocateterismi vescicali

Il costo di tale metodica è completamente a carico del Sevizio Sanitario Nazionale, ma elettrodo e stimolatore hanno comunque un costo rilevante che impone allo specialista che indica il trattamento una selezione accurata dei soggetti da candidare a tale trattamento. I pazienti vanno indirizzati alla NMS dopo aver saggiato ogni altra terapia conservativa e aver quindi anche valutato la loro compliance psichica.

Bibliografia

1) Van Voskuilen et al., *Long Term results of Neuromodulation by Sacral Nerve Stimulation for Lower Urinary Tract Symptoms: A retrospective single Center Study*, Eur. urol. 2006; 49(2): 366-72.
2) Bolk et al., *Different brain effect during chronic and acute sacral neuromodulation in urge incontinent patients with implanted neurostimulators*, BJU Int. 2006: 98: 1238-1243.
3) Dasgupta et al., *Changes in brain activity following sacral neuromodulation for urinary retention*, J. Urol. 2005; 174(6): 2268-72.
4) Abrams P., Andersson K.-E., Brubaker L., Cardozo L., Cottenden A., Denis L., et al., *3rd International Consultation on Incontinence: Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal inconnence*. In Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A., *Incontinence*, 3rd ed. Paris: Health Publication Ltd. 2005 pp. 1589-1630.
5) Schmidt R.A., Jonas U., Oleson K.A., Janknegt R.A., Hassouna M.M., Siegel S.W., et al., *Sacral nerve stimulation for treatment of refractory urinary urge incontinence*, J. Urol. 1999; 162: 352-7.
6) Jonas U., Fowler C.J., Chancellor M.B., Elhilali M.M., Fall M., Gajewski J.B., et al., *Efficacy of sacral nerve stimulation for urinary retention: results 18 months after implantation*, J. Urol. 2001; 165: 15-9.

3.1.12 *Il cateterismo intermittente nella donna*

di A. Perrone

La continenza urinaria è la capacità di controllare lo svuotamento vescicale, facendo in modo che esso avvenga in un luogo socialmente conveniente e nel momento ritenuto più opportuno.

Normalmente l'urina viene convogliata dai reni verso la vescica attraverso dei condotti chiamati "ureteri", e qui si deposita. La vescica è una sorta di contenitore elastico, in grado di espandersi mano a mano che aumenta la quantità di urina depositata. La perdita di urine in questa fase di riempimento è impedita da un muscolo ad anello, lo sfintere uretrale, che avvolge l'uretra, il condotto che dalla vescica si apre verso l'esterno permettendo alle urine di essere eliminate dall'organismo. Questo muscolo è coadiuvato nella sua importantissima funzione dalla contrazione dei muscoli del pavimento pelvico, che lo circondano e creano un rinforzo a questa barriera che si oppone alla fuga di urina. Quando la vescica non riesce più ad immagazzinare altra urina partono degli stimoli che da essa giungono al Sistema Nervoso Centrale, dove vengono tradotti in desiderio di urinare. Normalmente una persona, sin dall'infanzia quando matura questa capacità di continenza, può rinviare la minzione fino a giungere nel luogo opportuno al momento opportuno. A questo punto il muscolo sfintere dell'uretra ed i muscoli del pavimento pelvico si rilassano, il muscolo vescicale, detto detrusore, si contrae e, non essendoci più ostacoli al deflusso, l'urina fuoriesce dalla vescica ed, attraverso il condotto uretrale, viene eliminata all'esterno. Finita la fase di svuotamento, l'uretra si richiude e l'urina torna a depositarsi nella vescica vuota.

I problemi che riguardano l'accumulo e lo svuotamento della vescica sono molto frequenti nelle donne.

Quando si hanno fughe involontarie di urine si parla di **incontinenza**. L'incontinenza può essere da **sforzo**, quando si manifesta in occasione di sforzo fisico, starnuti, tosse e generalmente si riconduce a lesioni dei muscoli dell'uretra o del pavimento pelvico (i parti naturali possono mettere a dura prova questi muscoli). L**'incontinenza da urgenza** si manifesta con il desiderio impellente di urinare e si riconduce ad un'instabilità del muscolo della vescica, che può derivare da problemi neurologici, interventi chirurgici, carenze ormonali in menopausa. I due tipi di incontinenza possono coesistere nell'**incontinenza mista**.

Quando si ha l'incapacità di svuotare la vescica si parla di **ritenzione urinaria**. Le cause possono essere diverse: malattie neurologiche, lesioni midollari, tumori, diabete, lesioni post-chirurgiche, ostruzioni a carico dell'uretra.

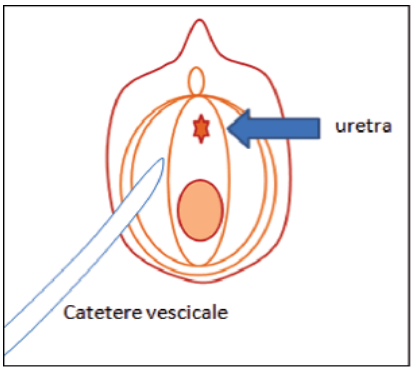
Quando la vescica è sovradistesa dal suo contenuto si può avere l'**incontinenza da rigurgito**, con perdite involontarie continue, goccia a goccia.

Qualunque sia il problema, incontinenza o ritenzione, le conseguenze sulla qualità della vita sono tali da renderlo un problema sociale notevole. E se l'incontinenza non arreca seri danni alla salute (se non nei casi più gravi, nei pazienti allettati in condizioni igieniche precarie), la ritenzione sì, in quanto l'urina ritenuta può infettarsi e può risalire in alto verso i reni, danneggiandoli.

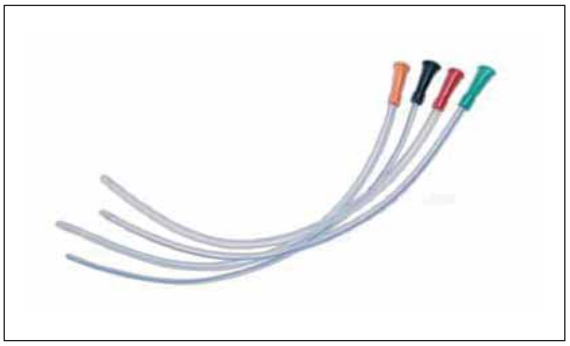
In queste circostanze si può intervenire con il **Cateterismo Intermittente Pulito** (**C.I.C.**, dall'inglese Clean Intermittent Catheterization), che consiste nell'inserire temporaneamente in vescica un piccolo catetere monouso per svuotarla. La vescica deve essere svuotata regolarmente, o seguendo lo stimolo o rispettando orari fissi, almeno quattro volte al giorno. Non bisogna superare i 400 cc di urine in vescica, per evitarne la sovradistensione. Nel caso in cui si abbiano problemi di incontinenza, è bene svuotare la vescica quando contiene massimo 250-300 cc, per evitare fughe involontarie di urina. La tecnica del CIC è di facile apprendimento e consente di migliorare notevolmente la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari. Quando è possibile, l'autocateterismo consente al paziente di svolgere una vita sostanzialmente "normale", grazie ai nuovi presidi che permettono di svolgere il cateterismo agevolmente anche fuori casa. È molto importante l'addestramento da parte di operatori sanitari e fondamentale è l'igiene, per evitare infezioni urinarie. Nella donna può essere utile inizialmente aiutarsi con uno specchio per individuare l'uretra, che si presenta come un piccolo foro sopra l'apertura della vagina. Dopo aver lavato le mani e preparato il catetere, si assume una posizione comoda a gambe divaricate, cercando di rilassarsi il più possibile. Con le dita della mano sinistra si divaricano le grandi labbra fino ad individuare l'uretra, quindi con la mano destra si inserisce il catetere in vescica, fino a veder defluire l'urina. Quindi si getta il catetere. È importante far defluire tutta l'urina senza lasciare residui in vescica. Può essere utile tenere un diario in cui scrivere quantità e qualità dell'urina.

I cateteri monouso oggi in commercio sono estremamente atraumatici, flessibili, sottili, con superficie idrofila che riduce al minimo l'attrito tra caterere ed uretra. Ciò ha permesso di diminuire notevolmente le complicanze quali lesioni traumatiche dell'uretra, creazione di false strade, sanguinamenti ed infezioni. La presenza di piccole quantità di sangue nelle urine non deve allarmare né far sospendere la procedura; può essere dovuta ad irritazione dell'uretra. È sempre bene comunque rivolgersi al personale sanitario in caso di dubbi ed effettuare controlli periodici ed urinocolture mensili. Se non si riesce ad inserire il catetere dopo diversi tentativi non insistere: cercare il modo per rilassarsi il più possibile e poi ritentare. Se non si riesce ad estrarre il catetere dopo lo svuotamento può essere utile effettuare dei colpi di tosse, che possono agevolare la fuoriuscita. Se l'urina è torbida probabilmente c'è un'infezione: rivolgersi al proprio medico. È importante ricordare di bere la giusta quantità di acqua.

È importante sapere che tutto il materiale occorrente è fornito da SSN, per cui non si possono giustificare in termini di costi atteggiamenti di rifiuto verso la metodica, che rappresenta il trattamento migliore per la ritenzione urinaria e va praticata sempre ove vi siano le condizioni permittenti.



Rappresentazione schematica della vulva.
La freccia indica l'orifizio uretrale.



3.1.13 *Il cateterismo intermittente nel Bambino*

di F. Battaglino

Il Cateterismo Vescicale Intermittente Pulito (CIP) è una metodica di svuotamento vescicale che si attua quando non è possibile ottenere una minzione volontaria, al fine di assicurare uno svuotamento regolare e completo della vescica.

Pensato ed applicato per la prima volta agli inizi degli anni 70 negli USA, in Italia si è diffuso nei primi anni 80 ed ha avuto applicazione in ambiente pediatrico prima ancora che nell'adulto.

Tale metodica, concettualmente semplice e di banale esecuzione ha rivoluzionato l'urologia degli ultimi 30 anni!

In età pediatrica il CIP trova indicazione principale nel trattamento della vescica neurologica (VN), altre indicazioni possono presentarsi dopo interventi ricostruttivi del basso tratto urinario per gravi malformazioni congenite.

La VN è una disfunzione vescicale che interessa il muscolo della vescica (detrusore) e gli sfinteri (interno ed esterno). Se i nervi che fanno funzionare bene queste strutture sono danneggiati, le funzioni vescicali di serbatoio e di svuotamento dell'urina sono alterati, talvolta con gravi conseguenze per la funzionalità renale.

Le cause principali di vescica neurologica nel bambino sono in ordine di frequenza:

– i Difetti di chiusura del Tubo Neurale (DTN), meglio conosciuti come Spina Bifida in tutte le sue varianti, aperta, chiusa e occulta (oltre il 90%);
– i Traumi Midollari, sempre più frequenti in pediatria come conseguenza di incidenti stradali o domestici;
– le cause infettive, Mieloradicoloneuriti;
– i Tumori come i Teratomi Sacro-Coccigei;
– le Malformazioni e gli Accidenti Vascolari.

Nella VN il CIP deve essere iniziato il più precocemente possibile, specialmente in quelle forme caratterizzate da ritenzione completa o parziale di urina.

Il CIP, quando eseguito regolarmente per 4-6 volte al giorno:

– consente uno svuotamento regolare della vescica a bassa pressione;
– previene le infezioni delle vie urinarie (IVU) perché elimina il residuo;
– favorisce il lavoro dei reni perché riduce la pressione all'interno della vescica;
– può controllare l'incontinenza urinaria (IU) in associazione ai farmaci anticolinergici;
– permette di poter misurare la quantità di urina emessa ad ogni svuotamento per compilare un diario dei cateterismi, molto utile nella gestione della VN.

Il CIP è una procedura che viene generalmente ben accettata dai genitori dei bambini con VN, specialmente in quelli che si sono potuti rendere conto delle difficoltà minzionali del loro bambino o delle complicanze secondarie alla disfunzione vescicale: IVU ricorrenti, IU, la presenza di dilatazione delle vie urinarie o di reflusso vescico-ureterale.

Bastano poche ore per apprendere la metodica e per realizzarla poi sul bambino!

Un'infermiera dell'Ambulatorio di Urodinamica, con l'aiuto di mezzi audiovisivi e cartacei insegna ai genitori la pratica del CIP.

Si inizia con la disinfezione dei genitali esterni, poi si passa al lavaggio delle mani, quindi all'inserimento del catetere attraverso il meato uretrale esterno.

La disponibilità di avere cateteri pre-lubrificati e pronti all'uso, riduce il numero dei passaggi e rende più facile e sicura la manovra. Il cateterismo coi cateteri di ultima generazione risulta atraumatico per l'uretra e ben accettato dal bambino con lesione midollare che ha una ridotta sensibilità della regione pelvica.

All'età di circa 6-8 anni si insegna al bambino la metodica dell'autocateterismo, primo passo verso la sua autonomia. Il compito è affidato all'infermiera uro-riabilitatrice e poi ai genitori che, a casa, dovranno accompagnare il bambino nel percorso di acquisizione della metodica.

La manovra di auto-cateterismo è indubbiamente più facile nel maschio che nella femmina.

Al bambino viene insegnato ad esporre il glande, a pulirlo con una salvietta disinfettata o a lavarlo con acqua e sapone, quindi a lavarsi le mani e ad afferrare saldamente il catetere prima di introdurlo attraverso il meato uretrale esterno fino in vescica. Appena fuoriesce l'urina ci si può fermare.

La manovra può essere espletata in posizione eretta o seduta, sul water o sulla comoda, portando il pene verso l'addome.

Alle bambine viene insegnato a praticare la manovra in posizione seduta, a cavalcioni, sul water o sul bidet. È molto importante aiutarsi con uno specchietto per imparare a conoscersi ed a riconoscere il meato uretrale esterno!

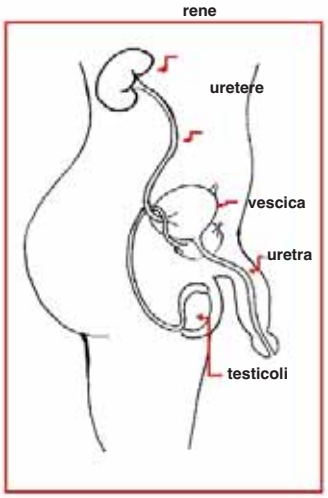
Le manovre successive ricalcano quelle del maschietto. La pulizia dei genitali, dall'alto verso il basso, è un momento fondamentale dell'insegnamento dell'autocateterismo, perché è una manovra importante nella prevenzione delle IVU.

Una volta diventati abili i ragazzi potranno eventualmente usare anche i cateteri con sacca di raccolta dell'urina integrata, per quando sono fuori casa (a scuola, in palestra, in viaggio), e i cateteri "no-touch" ossia quelli che si introducono senza il diretto contatto con le mani, mediante una guaina che scorre lungo il catetere.

Questi presidi sono importanti per migliorare la loro qualità di vita.

3.1.14 *Il cateterismo intermittente nell'uomo*

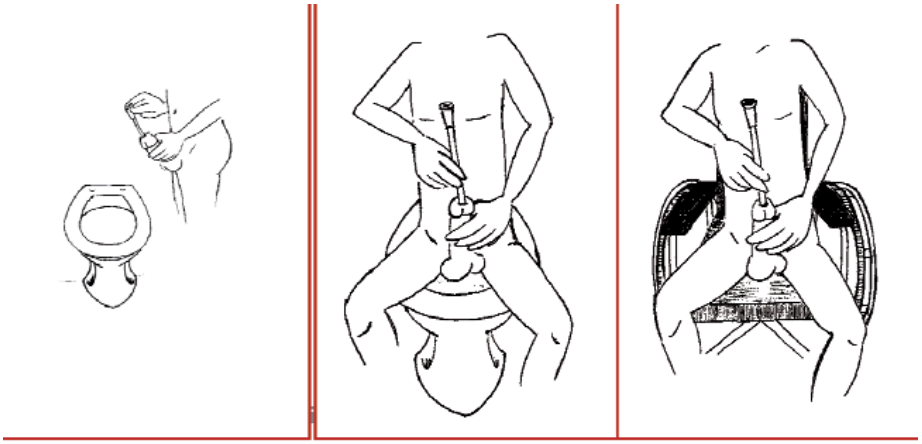
di R. Lagreca



Anatomia dell'uretra maschile

1

Lavarsi bene le mani prima di eseguire il cateterismo in modo che agenti patogeni e batteri vengano eliminati



Scegliere la posizione più consona alle proprie esigenze e comodità

2

3

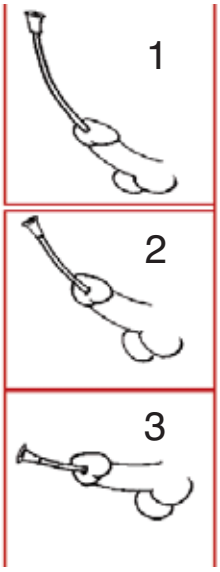
Aprire la confezione del catetere, fissarlo tramite la striscia adesiva alla parete o alla carrozzina

4

Prendere il pene avvicinarlo allo stomaco, retrarre con delicatezza il prepuzio, detergere la zona esterna intorno all'uretra

5

Prendere il catetere dall'involucro, direttamente con le mani o con l'apposita guaina protettiva e con cautela inserire il catetere nell'uretra. Proseguire l'introduzione del catetere e man mano abbassare il pene (come da sequenza disegno) per rendere più facile e meno doloroso l'ingresso in vescica. Alla fuoriuscita delle urine tenere il catetere in posizione orizzontale fino al termine del flusso.



PICCOLE RACCOMANDAZIONI

Eseguire i primi cateterismi in momenti tranquilli in un posto tranquillo.

Non forzare l'introduzione del catetere di fronte ad un ostacolo.

L'urina impiega molto tempo a uscire, si può aumentare il calibro del catetere dopo aver consultato lo specialista.

La presenza di piccole quantità di sangue è normale.

3.1.15 *Terapia delle disfunzioni sessuali correlate*

di A. Graziottin

Introduzione

I sintomi del basso tratto urinario sono un forte fattore di rischio per le disfunzioni sessuali femminili (FSD), che comprendono sia i disturbi dell'arousal sessuale sia i disturbi da dolore sessuale. I fattori fisiopatologici che portano ad una comorbilità tra incontinenza da urgenza e FSD molto spesso iniziano nella prima infanzia o nell'adolescenza.

Implicazioni psicosessuali dell'incontinenza urinaria

L'incontinenza urinaria, ad ogni età, si **ripercuote negativamente sull'equilibrio psicoemotivo** del soggetto, e della donna in particolare, in quanto **frustra**, a vari livelli, proprio i bisogni psicosessuali fondamentali: **attaccamento**, **autonomia**, **identità sessuale**, **autostima** e **autorealizzazione**.

Se **l'incontinenza persiste** o **ricompare** durante le prime fasi dello sviluppo psicosessuale, cioè durante **l'infanzia** o **l'adolescenza**, essa agisce come **noxa ritardante il raggiungimento della piena maturità**. Si **rallenta** infatti il processo di **autonomia** e si **incrina** la crescita dell'autostima, per la quale il controllo sfinterico rappresenta una pietra miliare già nella prima infanzia.

In parallelo il logorio dell'energia compensatoria familiare che il problema comporta spesso **compromette gli equilibri relazionali**, soprattutto se il problema viene erroneamente interpretato come risultato di una cattiva volontà o di scarso controllo e pigrizia, o insensibilità verso il carico di lavoro domestico che la gestione del problema comporta. Questo giudizio familiare negativo mina, soprattutto nell'adolescenza, il **grado di autostima** della ragazza, che si sente **colpevole** del problema senza che nessuno le fornisca gli strumenti terapeutici per fronteggiarlo.

Se, invece, **l'incontinenza** compare **nell'età adulta**, essa determina:

- **frustrazione progressiva** dei **bisogni psicosessuali**, interessando prima i più maturi e successivamente i più arcaici, ripercorrendo cioè in senso inverso (come succede per tutte le regressioni) l'ontogenesi dello sviluppo psicosessuale;
- **frustrazione del bisogno di autostima** e **autorealizzazione**: la riduzione del tempo interminzionale e della capacità di controllare volontariamente il momento della minzione stessa feriscono anzitutto questi bisogni, sia direttamente, sia perché comportano una progressiva riduzione degli spazi e del tempo di movimento libero da "urgenze". Le attività extradomestiche – viaggi, impegni affettivi, familiari e professionali, persino il fare la spesa – vengono progressivamente coartate fino a una vera e propria "autoghettizzazione" in casa, con inevitabili ripercussioni di tipo depressivo e autosvalutativo;
- **compromissione dell'immagine di sé**: si pensi, per quanto riguarda la percezione cenestesica, alla degradazione "olfattiva", per la persistenza dell'odore di urina, spesso soggettivamente e dolorosamente amplificata; al fastidio e al

dolore per la macerazione cutanea, più frequente nelle obese; all'umiliazione e all'imbarazzo di sentirsi "bagnata", ma di urina. Questa compromessa immagine di sé può portare la donna a viversi come un "**oggetto deteriorato**": la riduzione dell'autostima e l'autosvalutazione come oggetto di desiderio finiscono allora per ripercuotersi inevitabilmente anche sull'identità sessuale e sulla funzione sessuale. Una scadente percezione di sé **paralizza infatti il desiderio**, con la conseguente comparsa di un **atteggiamento** di **evitamento** nei confronti del rapporto sessuale, vissuto come ulteriore sorgente di frustrazione invece che di piacere. Atteggiamento rinunciatario **rinforzato** – in **postmenopausa** – dalla **fisiologica riduzione** della **lubrificazione vaginale** (con conseguente sensazione di "secchezza", fino alla dispareunia) e dalla frequente comparsa di cistiti post-coitali, la cui genesi distrofica (e psicosomatica) viene spesso sottovalutata. E con il rischio, a cascata, di un possibile deterioramento del rapporto di coppia;

- **frustrazione del bisogno di autonomia**, specie se l'incontinenza è grave. L'ospedalizzazione e la separazione della famiglia possono allora rappresentare per la paziente gravemente incontinente l'ultimo atto di un processo di abbandono e solitudine che va a minare anche il più essenziale dei bisogni umani, quello cioè di attaccamento affettivo a persone significative, soprattutto in età postmenopausale e senile;
- **aggravamento delle conseguenze psicosessuali** della **menopausa** e della **crisi di identità** secondaria all'involuzione dei caratteri sessuali secondari e all'accelerazione del processo di invecchiamento in tutte quelle donne che non facciano una terapia ormonale sostitutiva. Gli **estrogeni** sono infatti i **fattori permittenti** affinché il **VIP** (Vaso Intestinal Peptide) e gli altri **neurotrasmettitori** coinvolti nella risposta sessuale possano **"tradurre" il desiderio**, in senso psichico, **in risposta congestizia pelvica** e **lubrificazione vaginale**. In loro assenza, e con l'effetto sommatorio dell'involuzione dell'apparato pelvico di sostegno, la donna lamenta una difficoltosa lubrificazione, la sensazione di secchezza vaginale fino alla dispareunia, le cistalgie e le sindromi uretrali post-coitali, il viraggio insomma dal piacere al dolore nella percezione genitale;
- l'incontinenza da stress o da urgenza possono causare anche **disfunzioni dell'arousal sessuale e dell'orgasmo**, soprattutto per la paura di perdere urina durante i movimenti coitali nella prima forma di disturbo, e all'orgasmo, nella seconda;
- almeno il **10%** delle incontinenze di tipo **frequency** riconosce nei cofattori psicogeni un'importante elemento eziopatogenetico primario o di peggioramento del problema. Tra questi il più comune è un'ansia cronica di lunga durata. Ansia che può essere complicata da dinamiche autopunitive e dall'incapacità di controllare impulsi ostili. Non ultimo, va ricordata una "**diatesi funzionale**" urogenitale, rilevabile quando si conduca un'anamnesi psicosessuale accurata; molte pazienti affette da **urgency** rivelano l'incapacità di reggere elevate tensioni psicofisiche, tra cui anche un'elevata tensione vescicale e/o intense pulsioni erotiche;

- sarebbe proprio questa incapacità l'elemento eziopatogenetico critico, in grado di condizionare un abbassamento progressivo della soglia di contrazione detrusoriale, attraverso la progressiva depressione del controllo inibitorio corticale sugli archi riflessi midollari pertinenti alla funzione della continenza vescicale. Controllo cui normalmente partecipano **circuiti prefrontali e limbici**, importanti, com'è noto, nel mediare il "**tono affettivo**" delle funzioni neurovegetative e volontarie. La depressione tende invece a ridurre la motivazione al controllo. Forti **conflitti coniugali** possono **esasperare il sintomo**, che può diventare un alibi per evitare un'intimità sessuale non più desiderata o francamente detestata.

Prospettive terapeutiche

Le strettissime connessioni tra funzione urinaria e funzione sessuale suggeriscono nuove chiavi interpretative e applicative alle attuali strategie terapeutiche di tipo medico (endocrine, farmacologiche, fisioterapiche) proposte per il trattamento dell'incontinenza urinaria da stress e da urgenza.

È fondamentale garantire il miglior trofismo pelvico possibile, specie nelle donne in post-menopausa, mediante terapia sostitutiva estrogenica, per via locale o generale. Ansia e depressione potranno essere modulate sia farmacologicamente, almeno a breve termine, sia mediante tecniche di rilassamento e brevi psicoterapie a orientamento supportivo-espressivo, specie nei casi in cui l'anamnesi evidenzi una forte componente psicogena. Dati recenti suggeriscono che la combinazione fra terapia ormonale sostitutiva e antidepressivi dia risultati significativamente migliori in termini di miglioramento della depressione e qualità della vita (Graziottin e Serafini 2009). È possibile che questa sinergia si ripercuota anche sui sintomi urinari, ma a conoscenza delle Autrici non vi sono studi specifici al riguardo. L'utilizzo di tecniche di biofeedback e di terapie sessuali brevi può migliorare la capacità di controllo sulla minzione agendo a molteplici livelli. Oltre all'aumento del controllo volontario sui muscoli perineali e all'attivazione di alcuni riflessi pertinenti la continenza, tali strategie possono migliorare la percezione dello schema corporeo relativo all'area pelvica (spesso scotomizzata in queste pazienti), ridurre l'ansia associata alle funzioni urogenitali, innalzare la capacità di reggere più alti livelli di tensione e, non ultimo, costituire un'occasione di riflessione e di miglioramento delle dinamiche psicosessuali individuali. Sono probabilmente queste le ragioni per cui, in circa il 20% delle pazienti affette da incontinenza urinaria e trattate con riabilitazione del pavimento pelvico, si è ottenuto anche un miglioramento della funzione edonistica dell'area urogenitale, con una crescente capacità di percepire sensazioni piacevoli, fino all'orgasmo, anche in pazienti prima parzialmente o completamente anedoniche.

L'approfondimento delle implicazioni emotive delle funzioni pelviche dovrebbe potenziare anche i risultati terapeutici della terapia ormonale sostitutiva e della riabilitazione perineale, migliorando al contempo la competenza minzionale, l'immagine di sé e, se desiderata, anche la funzione sessuale.

Bibliografia

Deng D.Y., *Urinary incontinence in women*, Med. Clin. North. Am. 2011; 95: 101-9.
Wehbe S.A., Whitmore K., Kellogg-Spadt S., *Urogenital complaints and female sexual dysfunction (part 1)*, J. Sex. Med. 2010; 7: 1704-13.
Wehbe S.A., Kellogg S., Whitmore K., *Urogenital complaints and female sexual dysfunction*, Part J. Sex. Med. 2010; 7: 2304-17.
Graziottin A., Serafini A., *Depression and the menopause: why antidepressants are not enough?*, Menopause International 2009; 15: 76-81
Graziottin A., Serafini A., Palacios S., *Aetiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction*, Maturitas 2009; 63: 128-34.

3.1.16 ***Incontinenza urinaria e masturbazione femminile***

di N. Crotti, M. Landucci

Introduzione

Il tabù è per definizione una cosa proibita, è vietato farla ma soprattutto parlarne: noi qui ne affronteremo due, cercando di dire qualcosa che ancora non sia stato detto, senza però dire tutto... Per dire bisogna fare e parlare. Ed i tabù in realtà implicano la proibizione ad effettuare comportamenti che di fatto le persone mettono in pratica, ma che non osano poi condividere, parlandone. Quindi, daremo solo stimoli ad avviare un dialogo che speriamo di futura maggiore realtà.

Parlare di masturbazione è un tabù, parlare di quella femminile aggiunge una ulteriormente intensità al veto. La sessualità femminile ha descrizioni di vissuto rare, se pensiamo che fino agli anni 60, esclusa la narrativa orientale o i vangeli apocrifi, non esistono testi su questo tema. Solo dopo gli anni '60 infatti appaiono autori, e soprattutto autrici, che spingendosi oltre il tabù, hanno contribuito a creare una nuova visione della sessualità, la visione dal punto di vista della donna stessa, parlando apertamente della segreta sessualità femminile.

Noi qui oggi vogliamo non solo parlare di sessualità e masturbazione femminile, ma vogliamo intrecciare questi due temi, già delicati, al problema dell'incontinenza urinaria, raggiungendo forse il culmine dell'interdizione sacra.

L'incontinenza urinaria è una perdita involontaria di urina al di fuori dell'atto della minzione. Colpisce uomini e, più frequentemente donne.

Purtroppo per molte donne ammettere di avere questo disturbo è ancora un problema e preferiscono limitare le proprie attività quotidiane piuttosto che chiedere aiuto.

Nella nostra società l'incapacità di controllare le proprie pulsioni, e in questo caso specifico la minzione, si associa fin dalla prima infanzia ad un giudizio morale negativo perché infrange il tabù del controllo degli istinti e della pulizia. Ecco perché è così arduo parlarne e perché questo disturbo si associa a una più ampia gamma di problemi psicologici e sessuali.

Come influisce l'incontinenza sulla sessualità femminile?

Andando dal più generale al particolare possiamo iniziare dall'influenza che ha l'incontinenza sulle abitudini femminili come, ad esempio, lo stile di abbigliamento:

molte donne con problemi di incontinenza si vedono obbligate a preferire i colori scuri a quelli chiari, i vestiti ampi a quelli aderenti, più adeguati quindi a mascherare il pannolino o le eventuali macchie. Questo cambiamento rischia spesso di influenzare negativamente la percezione della propria femminilità e di intaccare quindi tutta la sfera dell'autostima.

La relazione di coppia può risentire di questa diminuzione dell'autostima femminile che ha un effetto inibente sul modo di vivere la relazione di coppia.

A questo aspetto più sociale ed estetico, che già intacca la percezione della propria sensualità, femminilità, si associa spesso la paura più intima e privata di lasciarsi andare durante i rapporti sessuali: il timore di perdere urina durante il rapporto. La funzione sessuale può esser disturbata soprattutto al momento dell'orgasmo durante il quale c'è un abbassamento del controllo ed una maggiore stimolazione della vescica che può dar luogo a una perdita di urina, portando così la donna ad essere più controllata.

La presenza di odore urinoso è una sensazione fastidiosa e correlata all'idea di "sporcizia" provoca nella donna l'idea di non essere più desiderabile, portando la stessa ad evitare di avere un'intimità sessuale. Secondariamente a questo si ha anche un effetto negativo sull'eccitazione e sul desiderio: il circuito si chiude con una progressiva riduzione del desiderio di provare piacere.

Andando a toccare le zone genitali della persona, l'incontinenza crea una situazione di crisi per l'identità sessuale della donna, portandola ad inibire il proprio piacere e limitando la sua attività sessuale.

Abbiamo visto quindi come l'identità sessuale sia un concetto multifattoriale (integra fattori fisici, psicologici e sociali) e come l'incontinenza vada a toccare ognuno di questi fattori.

Nel caso dell'incontinenza urinaria abbiamo un cambiamento principale sul piano corporeo, ovvero una trasformazione somatica che porta la persona a dover rimodellare il rapporto col proprio corpo sulla base di nuove informazioni.

Questo cambiamento fisico può essere vissuto come un "trauma" e influenzare anche il piano psichico e comportare una modificazione delle condizioni ambientali e sociali: il ritmo di vita della persona cambia influenzando in modo più o meno profondo il suo ruolo nella società e nella famiglia oltre che la propria autostima.

Nel caso dell'incontinenza può quindi avvenire una crisi nell'identità sessuale che però, essendo dinamica ed evolutiva, può ritrovare un nuovo equilibrio.

Lo sviluppo sessuale

Ogni stadio della sua evoluzione prevede un periodo critico che comporta generalmente un cambiamento fisico accompagnato da un necessario adattamento psicologico al fine di giungere ad un nuovo livello.

Franco Fornari divide da un punto di vista psicologico gli stadi che concernono l'identità sessuale in sessualità pregenitale e genitale.

La sessualità pregenitale comprende il periodo che va dalla nascita alla pubertà, è una sessualità che non tende al rapporto coitale, ma caratterizzata dall'erotizza-

zione di zone qualificate dal piacere che vengono stimolate dalla relazione "privilegiata" con la madre.

La sessualità genitale inizia dopo la pubertà e richiede il raggiungimento dell'identità di genere, ovvero la consapevolezza del proprio sesso anatomico e la sua accettazione intrapsichica.

Per il suo sviluppo questa fase ha inizialmente bisogno della scoperta del piacere erotico derivante dalla stimolazione genitale, scoperta che vede come comportamento precursore l'autoerotismo quale naturale espressione della sessualità in una fase concreta del suo sviluppo.

Anche dopo aver raggiunto una sua stabilità l'identità sessuale mantiene il suo potenziale dinamico che le permette una ristrutturazione in caso di crisi.

La masturbazione

La masturbazione è una pratica autoerotica consistente nella sollecitazione volontaria degli organi sessuali per ottenere piacere.

Negli adolescenti essa appare come conseguenza di cambiamenti ormonali e di curiosità per le modifiche corporee caratteristiche di questa fase.

Questa pratica si sviluppa in modo diverso in maschi e femmine: per il maschio è più semplice esplorare i propri genitali, che sono esterni, mentre per la femmina l'osservazione deve essere più laboriosa in quanto la sua anatomia intima è interna.

Oltre a queste differenze fisiche entrano in gioco i fattori sociali: da sempre nella nostra cultura la masturbazione viene considerata un comportamento tabù, soprattutto nella donna.

Nel XIX secolo il corpo medico riteneva questa pratica responsabile di sordità precoce e altri handicap fisici, addirittura di ritardo mentale negli uomini e causa di isteria nelle donne.

Se attualmente comincia ad essere accettata l'idea della masturbazione negli uomini, ancora stenta ad essere "ammessa" quella femminile: se per gli uomini il tabù si fondava sullo "spreco" del loro prezioso seme, l'interdizione per le donne dipende piuttosto dalla rimozione del desiderio femminile, il cui riconoscimento significherebbe accettare che anche loro hanno pulsioni sessuali indipendenti dalla relazione di coppia/dall'altro.

Resta il fatto che la masturbazione, benché raramente ammessa dalle donne, è una pratica comune e può essere considerata un mezzo per prendere confidenza con i cambiamenti del proprio corpo, acquisire familiarità e coscienza di sé, oltre che, ovviamente, un modo per ricavare piacere.

La masturbazione involontaria e l'evidenza

Aggiungiamo che se per una madre è 'consueto' notare tracce di polluzioni notturne 'involontarie' nel letto del figlio maschio, le evidenze di un risveglio erotico di una adolescente mancano. Allo stesso modo mancano all'esterno le evidenze del raggiunto piacere femminile: si dice che la donna 'può voler o dover mentire' sul proprio orgasmo, quindi sul proprio piacere. Talora, anche attualmente, sulla masturbazione femminile abbiamo tracce di paradosso nella divulgazione pedagogica e

scientifica di 'scoperte sul piacere'. I manuali di educazione alla sessualità propongono di 'dire o mostrare al partner ciò che ti fa piacere' ed aiutarlo a ripeterlo, o a condividerlo anche solo guardando, ma come fa una donna che non conosce le pratica masturbatoria tesa alla volontaria esplorazione delle proprie zone erogene a 'dire' ciò che non sa? Contemporaneamente, la valutazione della masturbazione femminile resta spesso quella di una pratica o patologica (onanisno) o legata ad un'insoddisfazione sessuale, e quindi accusatoria nei confronti del partner. In questi giorni (La Repubblica, 13 e 14 luglio 2011) sono apparsi due interessanti articoli sul fenomeno dello "sleepsex", ovvero "il compimento di atti sessuali nel corso del sonno"; leggendoli possiamo riconoscere come la masturbazione sia spesso ritenuta un disturbo, una patologia che può "spezzare un matrimonio", "perché mio marito mi svegliava di notte dicendomi che stavo facendo sesso da sola, nel sonno. Io non ci volevo credere (...) Si era convinto che la nostra relazione per me non fosse soddisfacente."

La masturbazione e l'incontinenza

Vediamo quindi come, nonostante le grandi rivoluzioni sessuali degli ultimi 50 anni abbiano cambiato molto il modo di vivere e pensare, ancora oggi nell'immaginario di molti di noi permane l'idea che la sessualità non condivisa e non diretta alla procreazione (come lo è la masturbazione) sia una cosa da nascondere, un potenziale "disturbo" personale e delle relazioni sessuali di coppia.

La vergogna e le paure legate all'incontinenza sono già più note, ma la cosa interessante è che questi due tabù, se affrontati, possono trovare un punto di incontro molto utile l'uno per l'altro.

Come abbiamo visto la donna che soffre di incontinenza si trova a vivere un corpo che le sfugge, che non riesce a controllare e la limita nelle diverse espressioni della sua femminilità. Essa si trova quindi a dover ristrutturare il suo rapporto col corpo che non è più quello di una volta, deve imparare ad adattare i suoi ritmi nuovi ai vecchi bisogni, perché quelli, fortunatamente, restano.

Una ristrutturazione può avvenire se si ha il coraggio di accettare e conoscere questo nuovo mondo, questo nuovo corpo che è cambiato e che ancora ci imbarazza; lontano da occhi indiscreti, nell'intimità e nell'amore che ogni donna ha per sé stessa, può trovarsi ad esplorare senza giudizio la propria sessualità imparando, lei per prima, a sentirsi di nuovo desiderabile e riconoscendo quella sessualità forse costretta dell'incontinenza.

Non è facile accettare che il luogo del piacere sia diventato anche il luogo del disagio, ma non è nascondendo i propri impulsi che il problema svanisce.

Se osserviamo con attenzione e senza giudizio, vedremo che ciò che può rovinare un matrimonio o qualsiasi altra forma di relazione affettiva anche erotica è la mancanza di fiducia nel partner, la vergogna, la paura ad esprimere la propria creatività, e non certo le pratiche autoerotiche!

Forse provando, toccando, scrutando quel luogo che è causa di grandi imbarazzi si potrà imparare a gestirlo, comprendendo i suoi ritmi, i suoi bisogni ed accettando i suoi limiti, per poi magari condividerli con chi ci ama... Cominciando ad amare meglio se stessi.

Bibliografia

- Fornari F., *Genitalità e cultura*, Collana: *Biblioteca di psichiatria e di psicologia clinica, 34*, Milano, Feltrinelli, 1983.
- Ozkan S., Ogce F., Cakir D., *Quality of life and sexual function of women with urinary incontinence*, Jpn. J. Nurs. Sci. 2011.
- Paick J.S., Cho M.C., Oh S.J, Kim S.W., Ku J.H., *Influence of self-perceived incontinence severity on quality of life and sexual function in women with urinary incontinence*, Neurourol. Urodyn. 2007; 26(6): 828-35.
- Stengers J., Van Neck A., *Storia della masturbazione*, Odoya Library, 2009.
- Buzzatti G., Salvo A., *Il corpo-parola delle donne*, Milano, Cortina, 1998.
- Luttkehaus L. *La solitudine del piacere*, Milano, Cortina, 1993.
- Dio Bleickmar E., *Il femminismo dell'isteria*, Milano, Cortina, 1994.
- Ensler E., *I monologhi della vagina*, Milano, Il Saggiatore, 2008.

3.1.17 *Carta dei diritti sessuali*

Dichiarazione dei Diritti Sessuali*

La sessualità è parte integrante della personalità di ogni essere umano. Il suo pieno sviluppo dipende dalle soddisfazioni dei bisogni umani basilari come il desiderio di contatto, intimità, espressione emozionale, piacere, tenerezza e amore.

La sessualità si costruisce attraverso l'interazione tra l'individuo e le strutture sociali.

L'intero sviluppo della sessualità è essenziale per il benessere individuale, interpersonale e sociale.

I diritti sessuali sono diritti umani universali basati sulla libertà, sulla dignità e sull'uguaglianza propri di ogni essere umano.

Visto che la salute è un diritto umano fondamentale, la salute sessuale deve essere un diritto umano basilare.

Per assicurare lo sviluppo di una sessualità sana negli esseri umani e nelle società i diritti sessuali seguenti debbono essere riconosciuti, promossi, rispettati e difesi da tutte le società con ogni mezzo. La salute sessuale è il risultato di un ambiente che riconosce, rispetta ed esercita questi diritti sessuali.

1. ***Il diritto alla libertà sessuale***. La libertà sessuale comprende la possibilità della piena espressione del potenziale sessuale degli individui. Comunque, questo esclude tutte le forme di coercizione, sfruttamento ed abuso sessuale in qualsiasi momento e situazione della vita.
2. ***Il diritto all'autonomia, all'integrità ed alla sicurezza sessuale del corpo***. Questo diritto include la facoltà di prendere decisioni autonome sulla propria vita sessuale all'interno della morale personale e sociale. Comprende anche la capacità di controllo e di piacere del nostro corpo, liberi da torture, mutilazioni e violenza di qualsiasi tipo.
3. ***Diritto alla privacy sessuale***. Questo comprende il diritto a decisioni e comportamenti individuali nell'ambito della propria intimità sempre e quando questi non interferiscano nei diritti sessuali degli altri.

4. ***Diritto all'uguaglianza sessuale.*** Questo diritto si riferisce alla libertà da tutte le forme di discriminazione indipendentemente dal sesso, razza, classe sociale, orientamento sessuale, età, religione o limitazioni fisiche ed emotive.
5. ***Il diritto al piacere sessuale.*** Il piacere sessuale, incluso l'autoerotismo è fonte di benessere fisico, psicologico, intellettuale e spirituale.
6. ***Il diritto all'espressione delle emozioni sessuali.*** L'espressione sessuale va oltre il piacere erotico o l'atto sessuale. Tutti gli individui hanno diritto ad esprimere la loro sessualità attraverso la comunicazione, il contatto, le espressioni emozionali e l'amore.
7. ***Il diritto alle libere associazioni sessuali.*** Si riferisce alla possibilità di sposarsi o meno, di divorziare o di stabilire altri tipi di associazioni sessuali responsabili.
8. ***Il diritto di rendere libere e responsabili le scelte riproduttive.*** Questo comprendere il diritto di decidere se avere o meno figli, il numero e lo spazio per ognuno, il diritto all'accesso pieno ai metodi di regolazione della fecondità.
9. ***Il diritto all'informazione sessuale basata sulla conoscenza scientifica.*** Questo diritto implica che l'informazione sessuale debba essere generata attraverso il processo d'indagine scientifica libera e morale, e diffusa appropriatamente a tutti i livelli sociali.
10. ***Il diritto all'educazione sessuale integrale.*** Questo è un processo che inizia dalla nascita e dura tutta la vita e che dovrebbe coinvolgere tutte le istituzioni sociali.
11. ***Il diritto alla cura della salute sessuale.*** La cura della salute sessuale deve essere disponibile per la prevenzione e il trattamento di tutti i problemi, le preoccupazioni e le confusioni sessuali.

**** I diritti sessuali sono diritti umani fondamentali ed universali.***

La dichiarazione del 13° Congresso Mondiale di Sessuologia, 1997, Valencia, Spagna è stata rivista e approvata dall'assemblea generale dell'Associazione Mondiale di Sessuologia (WAS), 26 Agosto, 1999 al 14° Congresso Mondiale di Sessuologia, Hong Kong, Repubblica Popolare Cinese.

3.1.18 *La cartella integrata*

di M. Ripesi, M. Strippoli

La cartella clinica è lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero (Ministero della Sanità 1992). È un documento pubblico di fede privilegiata che permette l'esercizio di diritti e la tutela di interessi da parte della persona assistita, dell'Azienda che eroga l'assistenza e degli operatori che la forniscono praticamente.

Negli ultimi anni va sempre più emergendo l'esigenza di una nuova documentazione sanitaria in aggiunta alla funzione di supporto informativo dell'attività clinica. I dati relativi al processo di diagnosi e cura per il medico, alla riabilitazione per il fisioterapista, all'assistenza per l'infermiere, vanno a comporre la **cartella integrata** che acquista valore come fonte di documentazione indispensabile per il conseguimento di obiettivi strategici in materia di gestione, organizzazione e valutazione della qualità dei servizi erogati.

La Cartella Integrata rappresenta uno strumento unico e multidisciplinare che raccoglie tutte le informazioni legate alla cura, l'assistenza e la riabilitazione della persona. Nasce dalla consapevolezza che per dare risposte adeguate ai bisogni dell'utente è necessario il coordinamento dei processi clinico/assistenziali/riabilitativi e l'integrazione dei saperi e delle abilità di tutti gli operatori professionali.

La raccolta dei dati relativi alle pratiche terapeutiche poste in atto, rappresenta un momento imprescindibile per ogni disciplina clinica, che tenda al miglioramento ed al controllo della qualità del lavoro svolto.

Una documentazione chiara e precisa degli interventi effettuati durante il periodo di presa in carico della persona è utile a tutti gli "attori" coinvolti nell'intervento sanitario:

– Alla persona e alla sua famiglia;
– Agli operatori sanitari;
– Agli amministratori.

Documentare in modo chiaro preciso ed esaustivo il processo di cura, specie nell'ambito del trattamento delle gravi disabilità, è tutt'altro che facile:

- Per l'ampiezza delle problematiche;
- Per la complessità degli interventi;
- Per la numerosità degli "attori" coinvolti nel processo;
- Per la necessità di definire in modo "multidimensionale" il risultato del processo di cura.

Princìpi e razionale

La **Cartella Integrata** è lo strumento attraverso cui attuare una raccolta organica e funzionale dei dati, rendere espliciti i processi che i professionisti applicano, utilizzando un linguaggio comune ed omogeneo e facendo in modo che il compilatore sia sempre identificabile.

La cartella integrata nasce anche dall'esigenza tra le varie professioni sanitarie di interagire per essere d'aiuto alla persona che finalmente prende il posto centrale all'interno del sistema.

La definizione operativa di Cartella Integrata

È la raccolta organica e funzionale dei dati attinenti ai singoli casi di ricovero, quali ad esempio:
Identificazione della struttura di ricovero;
Generalità della persona assistita;
Caratteristiche del ricovero;
Anamnesi;
Esame obiettivo;
Pianificazione del processo di diagnosi e cura;
Referti di trattamenti diagnostici o terapeutici;
Rilevazione parametri vitali;
Valutazione bisogni ed obiettivi;

Diagnosi e terapia;
Foglio unico di terapia;
Verbale operatorio;
Pianificazione interventi assistenziali;
Progetto e Programma riabilitativo;
Consenso informato;
Diario della degenza;
Scheda di dimissione;
Documentazione delle Professioni Sanitarie.

Per il medico, la documentazione si basa sull'esame obiettivo, l'anamnesi familiare e patologica, l'identificazione dei fattori di rischio, la stesura di prime ipotesi diagnostiche sostenute da esami clinici di laboratorio e strumentali e la combinazione di una terapia farmacologica. L'anamnesi (familiare, prossima e remota) deve essere orientata all'identificazione dei problemi attivi ed inattivi in relazione con l'episodio attuale di malattia e deve permettere l'identificazione di altri aspetti (sociali e psicologici) utili all'inquadramento generale della persona e alla definizione dei suoi bisogni complessivi. Deve inoltre comprendere la valutazione dei sistemi/apparati correlati ai problemi per identificarne, in modo accurato, i segni e i sintomi.

Il fisioterapista attraverso la cartella riabilitativa descrive le modificazioni raggiunte e le relazioni tra queste e gli esercizi che hanno permesso di raggiungerle, riporta la valutazione funzionale, registra il percorso svolto dalla osservazione alla verifica dei risultati ottenuti e la validità delle pratiche terapeutiche utilizzate. Formula un programma riabilitativo e pianifica il trattamento riabilitativo che è l'espressione delle sue competenze nel percorso compiuto dall'osservazione dell'ammalato, alla definizione degli obiettivi da raggiungere ed alla scelta degli esercizi attraverso i quali raggiungerli, sottoponendo tutto a costante e critica verifica per ricercare e perseguire l'itinerario più idoneo al raggiungimento di livelli di autonomia nella vita di relazione della persona.

La cartella riabilitativa è il luogo dove descrivendo il proprio operato il fisioterapista avrà modo di comunicare, per iscritto e con responsabilità, le scelte che ha fatto, i risultati che ha ottenuto; sarà la storia del percorso di recupero funzionale, del percorso riabilitativo e sociale.

L'infermiere risponde ai bisogni di assistenza infermieristica. È responsabile dell'assistenza generale, identifica i bisogni di salute dell'individuo, delinea le diagnosi infermieristiche, identifica gli obiettivi finalizzati al bisogno, pianifica l'intervento assistenziale, lo mette in atto ed infine ne valuta la realizzazione e l'effettiva risposta al problema. La raccolta di informazioni, successiva ad un primo momento di conoscenza generale della persona e dei suoi problemi clinici consultando la documentazione e dell'"inquadramento clinico", consente all'infermiere di raccogliere gli elementi necessari per conoscere le modalità con le quali i bisogni si manifestano nella persona secondo le diverse dimensioni (bio-fisiologica, psicologica e socioculturale). Le informazioni dovrebbero essere raccolte secondo un percorso che indaghi: i fattori che abitualmente favoriscono la soddisfazione dei bisogni e in particolare le modalità con le quali la persona solitamente ed autonomamente risponde

ai propri bisogni; gli ostacoli alla loro abituale soddisfazione; i mutamenti recenti nella loro soddisfazione e le risorse attivate dalla persona o da altri soggetti per farvi fronte; le conoscenze e i comportamenti necessari per migliorarne la soddisfazione.

In particolare nel campo dell'incontinenza, il sistema IPGH (Incontinenze, Pavimento pelvico\Prolassi, fattori Generali, Handicap) aiuta nella pianificazione del trattamento, nella valutazione dei risultati e facilita lo scambio di informazioni nell'ambito delle malattie funzionali del pavimento pelvico, tenendo conto dell'unità anatomo-funzionale del perineo. La cartella pelvi-perineologica realizzata con un linguaggio di programmazione SQL contiene circa 1.000 informazioni riguardanti anamnesi, obiettività clinica e strumentale, terapia praticata a persone con problemi pelvi-perineologici, e relativi risultati, con possibilità di elaborazione automatica di una relazione clinica e di effettuare analisi statistiche relative a oltre 40 diverse patologie.

La cartella integrata ha il vantaggio di ridurre la dispersione delle informazioni, di permettere rapidità e precisione nella comunicazione delle informazioni all'interno del gruppo di lavoro, di aumentare la collaborazione dei professionisti, di specificare le prestazioni, di dare continuità all'azione assistenziale e riabilitativa e maggiore misurabilità dell'evoluzione clinica, di ottenere maggiore collaborazione tra figure professionali tutte responsabilizzate.

D'altronde da molto tempo la revisione strutturata delle cartelle cliniche costituisce una delle principali fonti delle informazioni su cui viene basato l'audit clinico.

Il diario clinico ha l'obiettivo di verificare nei tempi appropriati per la singola persona la realizzazione e l'adeguatezza del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale.

In particolare nel diario clinico devono essere segnalate:

- tutte le variazioni delle condizioni cliniche rispetto all'inquadramento clinico iniziale o riferite ad un momento precedente del ricovero;
- le eventuali modifiche portate al programma di cura con la loro motivazione.

Le informazioni contenute nel diario clinico devono documentare in modo accurato, oltre al decorso del paziente, anche i risultati delle prestazioni erogate, e le decisioni terapeutiche prese in modo da permettere una visione d'insieme, temporalmente corretta; per questo i fatti vanno riportati contestualmente al loro verificarsi. Il compilatore deve essere sempre identificabile.

Nel diario devono essere registrati, in ordine cronologico, le osservazioni relative ai cambiamenti intercorsi nelle condizioni della persona e gli eventi non previsti nella pianificazione assistenziale.

Sulla base delle ipotesi diagnostiche e dei problemi rilevati vengono individuate le procedure diagnostiche, terapeutiche, assistenziali e riabilitative appropriate. Il rilievo di un bisogno di assistenza determina l'esigenza di formulare l'obiettivo, ovvero esplicitare il risultato e definire la pianificazione assistenziale.

L'obiettivo è la descrizione di una situazione finale verso la quale i professionisti e la persona assistita devono indirizzare i loro sforzi e operare le scelte.

La pianificazione, intesa come programmazione degli interventi, è la sezione della cartella dove il professionista documenta la scelta e l'attuazione delle azioni che ritiene possano portare alla risoluzione dei bisogni identificati.

Le azioni pianificate devono essere finalizzate anche a favorire , nella persona, il recupero della capacità di rispondere autonomamente ai propri bisogni.

La Cartella integrata può contenere scale, schede e test che aiutano nella completezza della valutazione a seconda dell'occorrenza. Bisogna tenere presente che devono sempre essere strumenti validati, affidabili, riproducibili ed efficienti. Il loro uso agevola la programmazione e lo svolgimento del processo di cura, assistenza e riabilitazione; è utile per la formulazione della diagnosi, del progetto e programma riabilitativo e del piano assistenziale; aiuta nel controllo di obiettivi e risultati, incentiva il lavoro in equipe; ma non sostituisce l'osservazione e la valutazione effettuata direttamente che resta indispensabile e determinante.

La Cartella si completa con una valutazione finale per definire il grado di autonomia raggiunto dalla persona nel soddisfacimento dei bisogni, evidenziando se necessario quali interventi dovrebbero essere attuati a domicilio.

Nella sua compilazione, la cartella deve essere precisa, le informazioni devono essere riportate in forma corretta e le osservazioni sullo stato della persona devono essere documentate per iscritto ed essere complete ed esatte. Deve essere coincisa e sintetica nell'esposizione dei fatti. Le informazioni e i documenti riportati in cartella devono avere caratteristica di rintracciabilità, di chiarezza, di veridicità, di accuratezza, di completezza e di pertinenza.

Le informazioni devono essere riportate in maniera cronologica, logica ed obiettiva, deve essere compilata in maniera continuativa e sistematica ogni qualvolta occorra segnalare uno avvenimento.

Le informazioni sull'assistito non devono esser date a persone non autorizzate, il professionista è legalmente ed eticamente obbligato a non divulgare le informazioni concernenti la persona e la sua malattia.

L'implementazione della Cartella Integrata va accompagnata da un momento di formazione per il personale che dovrà utilizzarla. È utile per rimarcare a tutti l'importanza della presenza della documentazione scritta e per uniformare nei modi e nei tempi di compilazione tutti i documenti che verranno prodotti.

Si potranno evitare così la ridondanza, l'assenza di informazioni necessarie, la difformità di esecuzione tra i vari operatori e la difficoltà di consultazione. Una consapevolezza collettiva darà sicuramente maggiori garanzie sulla omogeneità e sulla completezza della documentazione, contribuirà ad una visione più ampia e condivisa del lavoro di equipe; oltre, ovviamente, a migliorare la qualità del lavoro e rendere visibile l'operato.

Conclusione

In conclusione la corretta raccolta dei dati si riterrà utile per la formulazione di un piano di cura, assistenza e riabilitazione efficace, inoltre potrà essere essenziale per la formulazione della "**cartella integrata medica, infermieristica e fisioterapica",** facilitando così l'interazione di competenze multidisciplinari nel processo diagnostico terapeutico.

La Cartella Integrata non è un semplice atto burocratico, ma un vero e proprio strumento professionale, che formalizza il processo assistenziale ed individua le

varie fasi del processo decisionale ed operativo, uniformando il comportamento tra i diversi professionisti.

Il suo utilizzo contribuisce a garantire la continuità assistenziale, tutela la salute della persona e rispetta il criterio del governo clinico di continuo miglioramento della qualità delle prestazioni.

La Cartella Integrata prima di essere uno strumento operativo è uno strumento culturale che, oltre ad arricchire il confronto fra i vari professionisti, favorisce l'approccio olistico alla persona.

Bibliografia

Agazzi E., *Cultura scientifica e multidisciplinarietà*, Brescia 1994.

ANIN Associazione Nazionale Infermieri in Neuroscienze, *Linee guida per la progettazione e la stesura della Cartella Infermieristica*, nov. 1996.

Basaglia-Baldrini-Sarti-Ponti-Morelli-Filippini, *La cartella integrata o "cartella paziente" come strumento del team riabilitativo interprofessionale*, da «Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa», Sett. 2000.

Bovicelli F., *La regione Lazio sul progetto della cartella riabilitativa*, da Quaderni AITR, 2000.

Bump R.C., Mattiasson A., Bo K., Brubaker L., DeLancey J.O.L., et al., *The Standardisation of Terminology of Female Organ Prolapse and Pelvic Flooor Dysfunction*, Am. J. Obstet. Gynecol. 1996; 175: 10-17.

Cavallaro F., *La Cartella in Riabilitazione*, da «Quaderni AITR», 2000.

Cavallaro F., *La cartella riabilitativa 10 anni dopo*, 2008.

Davies Patricia M., *Steps to follow. Passo dopo passo*, Berlin Heidelberg, 1991.

Dodi G., Lucio P.L., *Cartella informatica per pazienti coloproctologici e con patologie funzionali del pavimento pelvico*, Riv. It. Coloproct. 1996; 15: 85-93.

Dodi G., Lucio P., Spella M., Bellico E., Amadio L., Marcato L., *The evolution of computerized clinical recording and of the IPGH system*, Pelviperineology vol. 26, n. 2, June 2007.

Jones R., *Management in Physiotherapy*, London 1990.

Matera M., *La cartella clinica integrata fisioterapica*, «La nostra voce», AIFI Puglia n. 35, 2010.

Organizzazione mondiale della sanità, *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute*, Erickson 2002.

Pieroni A., *Dall'osservazione all'esercizio*, 1995.

Perfetti C., *Una cartella per la riabilitazione*, da «Riabilitazione oggi», 1998.

«Riabilitazione oggi», maggio 1999-novembre 2000.

Riccelli I., Gatta N., *Manuale di VRQ*, Firenze, Rosini Editore; 1990.

Ripesi M., *Analisi e riprogettazione di una cartella riabilitativa*, tesi per SDA Bocconi, 2000.

Ripesi M., *La Cartella Riabilitativa*, «La nostra voce», AIFI Puglia n. 24 anno 2007.

Tonti A., *Il problema delle procedure nelle amministrazioni pubbliche: aspetti d'interpretazione e di riprogettazione*, da «Azienda pubblica», 1994.

Zuffada E., *Attività di servizio e natura dei risultati*, da «Le aziende di servizi», 1999.

3.2 *Bisogni Sociali e Psicologici*

3.2.1 *Le problematiche sociali legate alla incontinenza urinaria; aspetti psicologici e sociali*

di N. Crotti, M. Landucci

Parleremo di:

- Il problema teorico, psicologico e sociale
- Evoluzione del controllo sfinterico
- Storia dei bagni pubblici
- Aspetto psico-sociale
- Aspetti psicologici
- Vivere in un corpo fuori controllo – lo spazio e il tempo
- Sensazione di insicurezza: Isolamento dagli amici e dal partner
- Pianificazione particolareggiata della giornata
- Merito e ruolo delle Associazioni pazienti

Il problema teorico, psicologico e sociale

Cosa può sapere una persona che cerca di avvicinarsi al problema attraverso internet o attraverso il proprio medico di base, o le proprie conoscenze?

L'incontinenza urinaria viene definita dall'International Continence Society (ICS) come la perdita involontaria di urina.

Le principali cause sono lo sforzo, tosse o starnuti e/o contrazioni, spontanee o provocate, del muscolo detrusore che portano ad una perdita involontaria di urina o feci, di entrambe in talune particolari situazioni.

L'incontinenza colpisce sia donne che uomini e la grossa differenza tra i due sessi è una: la protesi.

Gli uomini nelle routine quotidiana possono infatti usufruire di un supporto esterno protesico (catetere esterno) che gli permette di non bagnarsi e di svuotare alla prima occasione.

È una problematica della quale si parla talmente poco che nemmeno chi ne è affetto sa quante sono le persone che ne soffrono e il perché. L'unica cosa che la persona che ne soffre capisce e prova, è il disagio sociale, familiare, lavorativo e di coppia.

È difficile comunicare questo disturbo e spesso i medici non sono preparati, danno delle soluzioni palliative, terapie farmacologiche per il controllo muscolare o supporti esterni, infatti raramente inviano la persona da un professionista perché possa affrontare e risolvere il loro problema grazie ad una persona competente in materia, ed ancora meno inviano presso uno psicologo che la supporti. I medici specialisti hanno diverse tipologie di soluzioni farmacologiche o di supporto al problema, ma al momento pur esistendo soluzioni mediche definitive a questa situazione, questo crea, in chi ne soffre, uno stato di impotenza.

Evoluzione del controllo vescicale e sfinterico

Quando nasciamo non possediamo il controllo sfinterico e prima di apprenderlo passano circa un paio di anni. Indossiamo il pannolino per non sporcarci e soprattutto per non sporcare in giro. I genitori annusano e controllano il pannolino esprimendosi con grandi complimenti e voci scherzose-complimentose con noi bimbi, perché finalmente abbiamo fatto la pipì e la pupù. Verso i due anni e mezzo arriva a casa il vasino: un raccoglitore coloratissimo e con mille immagini stampigliate, oggi dotato di ogni comfort (luci, suoni, etc.) per stimolare noi bimbi a trovare un nuovo luogo dove fare i nostri bisognini. Tutti i complimenti ed i festeggiamenti arrivano quando finalmente facciamo la pipì nel vasino ed iniziamo ad abbandonare il pannolino, anche le maestre d'asilo diventano particolarmente attente e contenente dell'autonomia fisiologica. Dopo un periodo di tolleranza (pipì un po' nel vasino ed un po' nel pannolino) i genitori e le maestre della scuola materna iniziano a sgridarci se ci facciamo la pipì addosso. Stavamo giocando, non siamo arrivati in tempo in bagno, insomma i bambini non possono pensare a tutto, i grandi sì.

Per circa quattro anni della nostra vita qualcuno si impegna ad insegnarci come e dove fare la pipì e ci sgrida se e quando le cose vanno diversamente. Durante i primi anni al bambino si insegna di avvisare il genitore o chi per esso quando ha la necessità di fare la pipì. A casa o quando sono in giro il bambino comunica liberamente la sua esigenza di andare in bagno in qualsiasi occasione e l'adulto lo accompagna velocemente ad espletare i suoi bisogni fisiologici, dando all'evento assoluta priorità.

Diventiamo grandi e a tavola ci insegnano che non bisogna dire "devo andare a fare la pipì", insieme all'autonomia apprendiamo anche il concetto di riservatezza. Non si possono più comunicare i propri bisogni, una persona che in pubblico manifesta la necessità di andare in bagno è considerato inappropriato e non rientra nelle regole della buona educazione.

Diventando grandi quindi abbiamo imparato a gestire il nostro bisogno fisiologico, ma poi può capitare che improvvisamente questa capacità di controllo venga a mancare... che succede?

Aspetti psicologici

Verrebbe dunque spontaneo chiedersi perché parliamo del problema dell'incontinenza se la persona che ne soffre dovrà conviverci in eterno.

Ne parliamo perché è possibile riuscire ad affrontarlo con minor sofferenza: questo è l'obiettivo del "buonsenso psicologico e relazionale".

Chi soffre di incontinenza vive uno sconvolgimento del proprio corpo, della propria immagine di sé, che crea sensazioni di perdita di controllo, autostima, frustrazione, imbarazzo e vergogna; ma quello che si può fare, affrontando il problema, grazie al dialogo con chi professionalmente si occupa della malattia, è riuscire a superare il malessere psicologico che questa situazione fisica comporta.

Il superamento degli imbarazzi iniziali, l'accesso ad una corretta informazione e il dialogo sono gli elementi principali per risolvere il problema, per combattere i pregiudizi ad esso legati, tra cui l'errata convinzione che non sia possibile prevenire il problema e sconfiggerlo, e quindi migliorare la qualità della propria vita (QOL).

L'incontinenza non solo indebolisce il nostro corpo, ma va a ledere innumerevoli aspetti della nostra vita, sul lato intimo della nostra identità personale, nel rapporto con noi stessi, sul lato relazionale e quindi sociale.

Si sono notate, *come da letteratura*, insorgenza di depressione moderata nel 100% dei soggetti esaminati, ansia e nervosismo nel 90% dei casi.

Questi malesseri di natura psicologica spesso si associano agli altri effetti negativi dell'incontinenza, come la stanchezza e i problemi del sonno, creando un quadro complesso che va a ledere ulteriormente sulla qualità della vita (QOL) sino a giungere all'assunzione di ansiolitici.

L'incontinenza non è proprio presa in considerazione nella nostra società a meno che non faccia parte di età ben definite.

Nell'immaginario collettivo la mancanza di controllo del proprio corpo, e il conseguente utilizzo di aiuti esterni, viene associata ai bambini, che non hanno ancora raggiunto un'autonomia, e alle persone anziane o con disabilità che questa autonomia l'hanno persa, o mai raggiunta.

La donna o l'uomo adulto, inserito nella società, attivo e produttivo, che si trova a perdere il controllo del proprio corpo, non si può identificare nel bambino e tende invece a ricadere nell'associarsi alle persone con handicap.

Le persone oltre a sperimentare un senso di handicap soffrono anche per un senso di invecchiamento precoce: aumenta sempre più la paura di non essere in grado di essere autonomi, indipendenti e sani. Viene così a crearsi un loop, una pervasività dell'identificazione, che porta la persona a espandere il suo minimo handicap fisico, ovvero l'imperfetta gestione del controllo vescicale, in una visione che ingloba tutto il suo essere.

Chi soffre di incontinenza riesce raramente a vivere il problema come limitato ad una funzione del proprio corpo e a mantenere intatta la sua autostima globale, finendo spesso col percepirsi come handicappato.

Il sostegno che uno psicologo può dare è anche questo: aiutare la persona a riappropriarsi della propria immagine corporea, a ridimensionare il problema e riportarlo all'entità vera della perdita di "indipendenza urinaria o fecale".

L'incapacità di controllo passa quindi dal livello prettamente fisico all'incapacità di controllo emotivo che comporta una forte ansia perché insorge la paura di una perdita di controllo più generalizzata. La percezione è di non essere più padroni dei propri ritmi di vita e di conseguenza delle relazioni che ne fanno parte, assieme ad una vergogna nell'affrontare apertamente il problema, porta a chiudersi nel proprio guscio e ad isolarsi.

Com'è ovvio l'incontinenza ha molte ripercussioni su diverse sfere, tra cui proprio quella sessuale, che possono essere imputabili soprattutto a due fattori concomitanti: da un lato, la paura di avere una fuga di urina durante il rapporto, dall'altro c'è un'immagine del proprio corpo compromessa (il non sentirsi pulita, il cat-

tivo odore, la mancanza di controllo del proprio corpo, il dover utilizzare vestiti che nascondano il problema) che inevitabilmente influisce sulla percezione della propria femminilità e sessualità.

L'incontinenza quindi va a cambiare la percezione che abbiamo di noi stessi, del nostro "IO", che d'un tratto è diventato incontrollabile.

Il pannolino o l'assorbente, nella vita di una donna, è associato al concetto di infanzia o a quello di mestruazione/fertilità: concetti che sono entrambi legati all'idea di giovinezza e della bellezza. La perdita del controllo della minzione e l'uso di uno strumento in modo inconsueto provoca un naturale disorientamento.

Ciò pone un grosso dilemma di identificazione: è facile arrivare a sentirsi handicappati perché una delle nostre basi biologiche è diventata difettosa, improvvisamente non si è più grado di controllarsi e manca la capacità di autonomia.

Molto spesso, per paura di essere rifiutati, derisi, incompresi, le persone che soffrono di incontinenza rinunciano a confidarsi persino con il proprio partner e medico di famiglia, ma mantenere questo segreto è molto faticoso e nocivo, può generare imbarazzo e tensioni che possono arrivare anche a provocare un allontanamento emotivo nella coppia.

Molte donne, sebbene imbarazzate in un primo momento, rimangono sorprese di quanto sia in realtà semplice "sconfiggere la cultura del non far sapere" parlando della propria patologia con il partner e affrontarla e curarla insieme per continuare a vivere serenamente la propria vita e tutti gli aspetti legati alla vita di coppia, attività sessuale compresa.

Per chi soffre di incontinenza, parlarne è il primo passo da fare per trovare le spinte e le soluzioni adeguate e impedire che la malattia danneggi seriamente la qualità della vita di coppia.

Aspetto psico-sociale

Vedremo dopo come già sia difficile condividere il proprio problema con il proprio partner o la famiglia, ma allora quanto può essere arduo farlo con i colleghi? Le difficoltà alle quali una persona è sottoposta al fine di mantenere il suo ruolo sociale e lavorativo sono innumerevoli.

Parlare con una persona mentre improvvisamente il corpo ha altre necessità può essere molto imbarazzante, soprattutto sul posto di lavoro dove non sempre è possibile assentarsi ad ogni necessità (pensiamo ad esempio a chi ricopre un incarico di cassiere al supermercato, un tassista, etc.).

Anche in quei luoghi di lavoro dove c'è una maggiore libertà di spostamento l'andare in bagno troppo spesso può non essere visto di buon occhio e per certe persone può diventare davvero difficile rispondere serenamente che hanno bisogno di usufruire del WC più spesso degli altri.

Quanta vergogna si può provare anche al solo pensiero che qualcuno possa sospettare che ci sia questo problema?

Vergognarsi di sé stessi e per se stessi, per ciò che non si controlla e per l'imbarazzo che crea tutte le volte che si è in mezzo alle persone e si compie una qualsiasi azione.

Non sentirsi più forti e attivi come prima ci fa allontanare dagli altri perché ci giudichiamo e abbiamo paura del giudizio degli altri.

Quante amicizie si lasciano per paura di comunicare? Si arriva persino a pensare che sia meglio che gli altri fraintendano piuttosto che sappiano.

Mentre un'amica si confida, mentre la squadra del cuore fa goal, mentre sono in negozio che provo un paio di pantaloni: ogni momento può essere interrotto, e non sono dei supporti esterni a facilitare la vita ma a volte concedono solo qualche imbarazzo in più.

E se qualcuno se ne fosse accorto, cosa penserebbe?

La spontaneità è compromessa, le persone si costringono ad indossare una maschera per potersi accettare ed essere accettati.

Nell'isolamento che spesso si crea intorno alla persona che soffre d'incontinenza, tutto inizia a ruotare intorno a questo "segreto"; si cominciano ad evitare le uscite con gli amici, i viaggi, gli aperitivi, persino fare un giro in città diventa fastidioso e pericoloso.

Si evitano tutte le situazioni sociali si dà sempre maggior spazio al problema, che finisce per occupare la totalità della nostra giornata. Si organizzano le cose da fare in funzione dei bisogni del nostro corpo che non si riesce più bene a controllare e si evitano quindi le situazioni che potrebbero crearci imbarazzo.

La socializzazione è vincolata dalla possibilità di essere semplicemente se stessi: andare a cena fuori, andare a prendere un aperitivo, trascorrere una giornata al mare. È molto complesso gestire dei rapporti sentendosi ed essendo vincolati da bisogni fisiologici impellenti.

L'organizzazione dello spazio e del tempo sono orientati dal bisogno o dalla paura del bisogno.

Riorganizzare la propria quotidianità in base al bisogno di poter usufruire di un bagno: in giro, per strada, dove andare?

I bagni pubblici purtroppo sono scarsi e decisamente poco igienici, andare in un bar richiede una spesa, una bottiglia d'acqua o un caffè, ma quanti caffè si possono bere al giorno? Quante persone sono a conoscenza che caffè e the sono stimolanti per la vescica? Quanti soldi devo spendere per una mia necessità, quella di non rimanere bagnata e non emanare un odore sgradevole?

Quando questo problema diventa sociale, in una società che non riconosce tutti i suoi cittadini e le loro problematiche, per una persona gravata dal problema dell'incontinenza è difficile sentirsi integrato, libero e spontaneo. Non dimentichiamo che il fastidio fisico di un bisogno impellente o di una mancanza di controllo sfinterico o delle irritazioni genitali è un problema sia medico che sociale.

Se i bagni fossero agibili, frequenti e mappati, se i bisogni fisiologici non fossero un tabù, probabilmente l'incontinenza sarebbe un problema di minor importanza. Non dover cercare un bagno girando mezza città, poter confidare agli altri, senza vergogna, il proprio stato, consentirebbe a chi soffre d'incontinenza di essere più a proprio agio, di non viversi come un handicappato, un emarginato.

L'usare mezzi termini, il girare intorno all'argomento crea un alone di mistero e vergogna, come se per eliminare il problema bastasse non parlarne... invece è il

contrario, perché di fatto il problema esiste! E se affrontato apertamente nella stragrande maggioranza dei casi si trovano soluzioni efficaci.

Il "non detto" diventa mistero, segreto, e questo acquisisce un potere enorme che lavora nell'ombra: pensiamo che dagli altri arriverebbe solo derisione e pietà, giudizio e non diciamo, schiviamo il problema e tutto ciò che porterebbe a doverlo affrontare con gli altri (e con noi stessi!) e ci chiudiamo in noi stessi, isolandoci. Molti non immaginano che ci siano aiuti utili (da cui il bisogno di una maggior informazione e comunicazione), che la solidarietà degli altri, amici e familiari, potrebbe aiutare anche a "sdrammatizzare" affrontando il problema efficacemente.

Anche in questo può venire in aiuto un consulto psicologico: per poterne parlare agli altri, per condividere il problema con chi ci sta intorno, dobbiamo prima di tutto affrontare i nostri propri preconcetti sull'incontinenza, dare a questa sofferenza il giusto peso, il giusto ruolo nella nostra vita, senza diventarne schiavi; solo allora potremo parlarne con gli altri senza timori e magari con un po' di umorismo.

Storia dei bagni pubblici

Il buon odore è un tema che esiste fin dai tempi antichi. L'imperatore Vespasiano è divenuto famoso per la creazione dei bagni pubblici nell'antica Roma. Egli ritenne fondamentale la creazione degli orinatoi e la loro pulizia al fine di evitare che le persone espletassero i loro bisogni fisiologici per strada, creando sgradevoli odori e notevoli problematiche igieniche. Gli orinatoi pubblici stradali accoppiavano in realtà un orinatoio verticale ad una "turca" consentendo quindi teoricamente che potesse essere usato anche dalle donne e comunque non solo per la minzione. Oggi l'orinatoio, o pissoir, è un apparecchio sanitario specifico per la minzione maschile. Dai tempi dei romani ad oggi abbiamo visto scomparire questo servizio ed i pochi rimasti sono usufruibili da soli uomini, e spesso vertono in pessime condizioni. Per le donne esistono pochi bagni pubblici che nella maggior parte dei casi non funzionano.

Il bagno pubblico nella nostra società

Nel 2008 nella cronaca di Parma si legge un articolo dal titolo: "Tornano i bagni pubblici per salvare il decoro: comune contro le deiezioni umane".

Le "gialle strisciate di urina", come le chiamava Oriana Fallaci ne "La rabbia e l'orgoglio", evidentemente sono ancora un problema. Non basta il giro di vite sul decoro, l'ordinanza che prevede sanzioni amministrative, i controlli più stringenti per evitare la minzione a casaccio, no. La minzione, ahinoi, è cosa necessaria e non c'è deterrente che tenga". L'articolo è relativo al nuovo progetto di costruzione dei bagni pubblici. Si leggono frasi come: "e così (il comune) dichiara guerra alle 'deiezioni umane', si legge nella delibera, di ogni forma e sostanza...".

Non ha importanza a chi sono destinati i bagni, lo scopo è solo quello di debellare il fenomeno selvaggio della minzione, un atto che mette a repentaglio il pubblico decoro.

Ancora: "Quanto al giallo paglierino i deiettori senza regole avranno modo di centrare il bersaglio da qui a breve": il nocciolo della questione è il pubblico decoro non l'esigenza di un bisogno primario, che per qualcuno è più frequente che per altri.

Quando questo problema diventa sociale, una persona gravata dal problema dell'incontinenza non può sentirsi integrato, libero, spontaneo in una società che non riconosce tutti i suoi cittadini e le loro problematiche?

Nelle fotografie il cosiddetto Urilift, bagno pubblico a scomparsa utilizzato in alcune città europee.

Le persone hanno bisogno di maggiori informazioni che dovrebbero essere divulgate dai media senza giri di parole, perché chi soffre d'incontinenza deve sapere dove rivolgersi, ha il diritto di confrontarsi con un esperto che possa proporre nuove soluzioni più appropriate per vivere. *Va notata anche la scarsità di studi di ricerca nel settore...*

Le persone devono poter fare affidamento su strutture pubbliche idonee, bagni adeguati, sicuri e occuparsi di questa problematica dovrebbe essere un impegno civico.

Le persone devono poter ridefinire questo disturbo per poter vivere liberamente.

Come abbiamo visto le attività quotidiane, lavorative o domestiche sono spesso inficiate; ci sono limitazioni nella pratica di attività sportive, negli spostamenti con mezzi di trasporto, con ampie ripercussioni sulle relazioni sociali. Inoltre sono presenti anche disturbi della sfera sessuale tali da rendere difficili, se non impossibili, i rapporti sessuali stessi.

Benché l'incontinenza sia un problema che compromette seriamente la qualità della vita di molte persone, solo una minoranza è disposta ad affrontare l'argomento con il proprio medico, perché spesso la malattia viene vissuta con vergogna, imbarazzo e rassegnazione condizionando negativamente la qualità della vita stessa.

Compito del professionista sanitario, pertanto, è quello di non sottovalutare la portata di questo disturbo con tutti i suoi risvolti, da quello clinico a quello psicosociale e lavorativo.

Merito e ruolo delle Associazioni di malati

Sappiamo che esistono centinaia di associazioni pazienti o ex-pazienti di ogni patologia e ad esempio le associazioni, identificandosi, si sono federate nella **FISH** (Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap), nella **FAVO** (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) e nella **FAIP** (Federazione delle Associazioni Italiane Para-Tetraplegici). Il loro ruolo è stato quello di testimoniare, ovvero eliminare il velo dalla nebulosa delle malattie/patologie paurose (lunghe e dolorose) e vergognose (mutilanti). Hanno poi indirizzato i loro sforzi a rivendicare e rendere omogenee le leggi sui diritti e sulla tutela delle patologie e disabilità, alcune hanno indirizzato i loro obiettivi alla formazione delle persone malate per essere consapevoli e tutelatrici dei propri diritti, sia come pazienti che come soggetti che aderiscono a progetti di ricerca.

Sapere significa spesso sapere di potere e permettersi di volere.

Questo è uno dei ruoli della FINCO: come abbiamo visto l'essere adulti si lega al poter essere padroni della propria continenza; ma essere malati, soffrire, non significa non essere adulti. Se questo libro è un inizio alla sensibilizzazione al problema, non aggiungiamo bibliografia storica, ma organizziamoci per testimoniare e lavorare sempre meglio e con collegialità, per sconfiggere una volta per tutte la "**Cultura del non far sapere**".

Bagni pubblici

Bibliografia

- Gioia V., *L'alchimia delle relazioni. La sessualità integrata*, Bolonga, EDB, 2004.
- Herrera Pérez A., Arriagada Hernández J., González Espinoza C., Leppe Zamora J., Herrera Neira F., *Quality of life and sexual function in post-menopausal women with urinary incontinence*, ctas Urol. Esp. 2008, Jun.; 32(6): 624-8.
- Lam G.W., Foldspang A., Elving L.B., Mommsen S., *Social context, social abstention, and problem recognition correlated with adult female urinary incontinence*, Dan. Med. Bull. 1992 Dec.; 39(6): 565-70.
- Paick J.S., Cho M.C., Oh S.J., Kim S.W., Ku J.H., *Influence of self-perceived incontinence severity on quality of life and sexual function in women with urinary incontinence*, Neurourol. Urodyn. 2007; 26(6): 828-35.
- Simonelli C., Tripodi F., Vizzari V., Rossi R., *Psycho-relational aspects of urinary incontinence in female sexuality*, Urologia, 2008 January-March; 75(1): 14-19.
- von Gontard A., Baeyens D., Van Hoecke E., Warzak W.J., Bachmann C., *Psychological and psychiatric* i*sues in urinary and fecal incontinence*, J. Urol. 2011 Apr.; 185(4): 1432-6. Epub. 2011, Feb. 23.

4.
ASPETTI LEGISLATIVI

4.1 *I diritti dell'incontinente*
di F. Diomede, M. Stefani, V. Falabella

La legislazione italiana è alquanto complessa e voluminosa, per non disperderci nei mille rivoli legislativi e per rendere sufficientemente comprensibili i principali "**diritti della persona incontinente**" le leggi sono state sintetizzate. Grazie alla **Federazione Italiana Incontinenti** (**www.finco.org**) sono stati ottenuti diversi risultati (es.: sburocratizzazione per ottenere i dispositivi medici e la "**Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza**" – **28 giugno** – **www.giornataincontinenza.com**).

Rapporti col medico di base

Il medico di base è tenuto a fornire:

- prescrizioni e certificazioni mediche;
- visite ambulatoriali, domiciliari e ospedaliere;
- monitoraggio dello stato di salute in senso generale;
- collaborazione con lo specialista ASL.

Rapporti con gli specialisti ASL

Lo specialista ASL è tenuto:

- a prescrivere gratuitamente i dispositivi medici per l'incontinenza indicando la validità (massimo un anno) della stessa;
- all'obbligo delle visite mediche specialistiche con pagamento *ticket* o gratuite (per patologia, reddito, età o invalidità). La normativa è diversificata da regione a regione;
- a collaborare col medico di famiglia e l'assistente sociale del comune interessato;
- a evitare il "rimpallo" tra un medico e l'altro.

Privacy

A giugno 2011 il **Garante della privacy** ha redatto una guida con le risposte alle domande più frequenti poste da pazienti e personale sanitario all'attenzione dell'Autorità. Lo scopo è quello di agevolare le attività degli operatori del settore e di contribuire a migliorare le condizioni di vita di chi si reca in farmacia, negli studi medici, in ospedale.

In sintesi:

- si ribadisce la necessità che **il paziente sia sempre informato**: gli organismi sanitari, per esempio, così come i professionisti della salute (infermieri, in primis)

sono obbligati a chiedere il consenso al paziente prima di acquisirne ed utilizzarne le informazioni sulla salute;

- l'informativa da dare all'interessato (che può essere data anche oralmente, ma è preferibile scritta) deve indicare: chi raccoglie i suoi dati; quali sono gli scopi e le modalità del trattamento; l'ambito di circolazione e se il paziente è obbligato o no a fornirli, senza dimenticare le indicazioni sulle modalità con cui la persona interessata può esercitare i diritti riconosciuti dalla legge;
- **le informazioni sulla salute** possono essere fornite solo a chi indicate dal paziente (anche se in ospedale, se egli è cosciente e capace); così come le cartelle cliniche ed i referti diagnostici possono essere consegnate a terzi, purché muniti di delega scritta degli interessati. Solo nel caso di morte si può accedere ai dati personali del defunto, se c'è un interesse proprio o per ragioni familiari meritevoli di protezione;
- **il personale sanitario, pur in condizioni di promiscuità dei locali, deve evitare che le informazioni sulla salute possano essere conosciute da soggetti non autorizzati**: a questo scopo, il Garante ha prescritto specifici accorgimenti per garantire la riservatezza dei pazienti;
- rispetto all'uso di **internet e** di **telecamere** in ospedali e luoghi di cura, viene ribadito che essi devono essere limitati ai casi di comprovata indispensabilità e per la tutela della salute dei pazienti;
- la visione delle immagini, tuttavia, è a stretto appannaggio del personale (medici e infermieri) e dei parenti: ogni diffusione pubblica è vietato;
- così come è vietata la diffusione dell'elenco dei degenti di un ospedale sul web o il caricamento di foto e informazioni sui pazienti sui *social network*;
- la guida tratta pure della **salute dei dipendenti**. Nei certificati medici che attestano l'idoneità al servizio va riportato il solo giudizio medico legale senza diagnosi;
- il datore di lavoro si preoccuperà di tutelare le informazioni con la massima diligenza;
- rispetto alla **sanità elettronica**, il paziente, pur usufruendo delle prestazione del Ssn, non è obbligato ad adottare il fascicolo sanitario elettronico (Fse). Se vi aderisce, al suo Fse possono accedere, oltre lui, solo il personale sanitario strettamente autorizzato e nessun altro. Il referto medico, oltre a quello cartaceo, può essere inviato via e mail al paziente e reso consultabile on line dal pc di casa, dove sarà accessibile per 45 giorni.

L'invalidità civile

Il suo riconoscimento dell'invalidità civile consente di ottenere:

- varie provvidenze economiche a seconda della percentuale di invalità, reddito ed età (età inferiore ai 65 anni – invalidità civile dal 74 al 99% = reddito annuo di euro 4.470,70; invalidità civile del 100% = reddito annuo euro 15.305,79; assegno mensile di invalidità = euro 260,27 – per 13 mensilità; indennità di accompagnamento = euro 487,39 = senza calcolo del reddito e per 12 mensilità). Tali somme sono annualmente adeguate dall'INPS in virtù dell'indice ISTAT;

- l'iscrizione in apposite liste di categorie protette e collocamento al lavoro (legge n. 68/99);
- la visita medica entro **15 gg. per i malati oncologici** (Legge n.80 del 2006) e la "**non" revisione dell'invalidità** (D.L. n. 4 del 16 gennaio 2006) **per i malati cronici**.

Inoltre:

- la contestazione del verbale della Commissione Medica (ASL/INPS) è possibile unicamente con il ricorso all'autorità giudiziaria ordinaria. Col decreto legge n. 98 del 2011, da 1° gennaio 2012, le parti prima ancora di fare causa, dovranno effettuare una perizia medica sulle condizioni sanitarie della persona che chiede il riconoscimento dell'invalidità civile, della sordità civile, delle proprie condizioni di disabilità, della pensione di inabilità e dell'assegno di vecchiaia. Il cittadino è obbligato a chiedere direttamente al tribunale l'attuazione della consulenza. L'accertamento è eseguito da un medico (CTU) di fiducia del tribunale e l'avvio della procedura è comunicato al direttore della sede provinciale competente dell'Inps. In questo modo nell'esecuzione della perizia non è necessaria la presenza del medico di parte indicato dall'ente e la sua eventuale assenza non comprometterà il valore della procedura. L'accertamento preventivo è necessario per poter procedere con la causa, poiché al termine della perizia ci saranno due possibili alternative, il giudice con proprio decreto chiede alle parti di dichiarare per iscritto (n.d.r.: entro 30 giorni) se intendono contestare l'esito della perizia, se le parti non si opporranno alle conclusioni il giudice emanerà entro 30 giorni un decreto con cui omologherà l'accertamento del requisito sanitario. Da questo momento la perizia è inoppugnabile e le conclusioni sono trasmesse agli enti previdenziali entro 120 giorni. Se invece una delle parti si oppone all'esito dell'accertamento potrà avviare la causa ordinaria entro 30 giorni dalla formulazione della dichiarazione di dissenso. Dovrà però essere indicato chiaramente il motivo per cui si contestano le conclusioni degli accertamenti, pena l'inammissibilità;
- coloro che hanno una invalidità civile superiore al 74% e sono in piena attività lavorativa, a partire dalla data dell'accertamento dell'invalidità e per ogni anno di lavoro hanno diritto al versamento di due mesi di contributi figurativi da parte dell'INPS, sino ad un massimo di 5 anni.

Invalidità e lavoro

Il D.L. n. 469/97 ha consentito l'apertura ai privati dell'Ufficio per il Collocamento al lavoro, la legge n. 196/97 ha introdotto il lavoro interinale e la legge n. 68/99 sancisce le nuove norme per il diritto al lavoro alle persone con disabilità. Gli aventi diritto devono essere sottoposti dall'INPS a visita medica collegiale (è possibile portare con sé un medico di fiducia). I beneficiari sono gli invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%.

Il **9 giugno 2011** il **Consiglio dei Ministri**, in attuazione dell'art. 23 del collegato lavoro (Legge 4 novembre 2010, n. 183), ha approvato il D. Lg.vo sulla "**Delega al**

Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi". In sintesi, in ambito lavorativo, i "**malati oncologici**" con un'**invalidità civile (riconosciuta) superiore al 50%** possono fruire ogni anno, anche in maniera frazionata, di un **congedo per cure per un periodo non superiore a trenta giorni**.

La quota dell'obbligo nell'assunzione degli invalidi è così suddiviso:

1. **Azienda con 15/35 dipendenti = assunzione di 1 lavoratore**;
2. **" " 36/50 " = " " 2 lavoratori**;
3. **" " > 50 " = " " 7% di lavoratori**.

L'accertamento delle condizioni che danno diritto ad accedere all'inserimento lavorativo è affettuato dalle Commissioni Mediche INPS/ASL per l'accertamento dell'*handicap* (art. 4 della legge n. 104/92). L'istanza deve essere predisposta da un medico o patronato e presentata (da un medico qualsiasi) direttamente all'INPS per via telematica. Le Commissioni decidono anche le mansioni da poter effettuare.

- L'invalidità superiore al 45% consente l'iscrizione in "**specifico elenco provinciale e/o locale**";
- l'invalidità superiore al 79% consente una fiscalizzazione totale per otto anni;
- l'invalidità compresa tra il 67 e 79% consente una fiscalizzazione del 50% per cinque anni;
- una riduzione della capacità lavorativa del 50% consente un rimborso INPS forfettario, utilizzabile per la rimozione delle barriere architettoniche (es.: adeguamento bagno, adattamento posto i lavoro, ecc.).

Le persone con **disabilità grave vanno in pensione a 55** (donne) e **60** anni (uomini).

4.2 *Le "Carte dei servizi"*

In tema di sanità, previdenza ed assistenza, le "**carte dei servizi**" sanciscono che:

- i servizi pubblici siano erogati con continuità;
- sia consentita la partecipazione diretta del cittadino e delle associazioni che lo rappresentano;
- chi presta i servizi deve informare gli utenti;
- l'inosservanza è perseguibile con sanzioni amministrative e disciplinari.

Come ottenere i dispositivi medici contenitivi

- Le regioni e le A.S.L. (Aziende Sanitarie Locali) grazie al Decreto del Ministero della Salute n. 332/99 e successive modifiche, regolamentano le modalità per ottenere **gratuitamente** i dispositivi medici contenitivi;
- i presidi ad assorbenza, i raccoglitori per l'urina, le traverse, i cateteri (vescicali ed esterni) si ottengono con una semplice prescrizione medica, compilata la prima volta da uno specialista del Servizio Sanitario Nazionale, in cui si certifica la necessità di ottenere i dispositivi medici (*n.d.r.: tale prescrizione ha **valore massimo di un anno***);

- gli incontinenti (urinari e fecali) per ottenere i dispositivi medici contenitivi **non devono presentare alcuna istanza** d'invalidità civile, ma è sufficiente recarsi all'Ufficio Protesi dell'ASL d'appartenenza e consegnare la modulistica predisposta autonomamente dall'Azienda Sanitaria (che equivale al certificato medico) e l'autocertificazione di residenza. Entro **cinque giorni** lavorativi si ha diritto ad ottenere i dispositivi medici prescritti.

4.3 *Principali tipologie di ausili assorbenti*

- Pannolini sagomati per incontinenza leggera: simili per forma e dimensioni agli assorbenti da ciclo, ma specifici per contenere l'urina e dunque più efficaci. Esistono in più formati ed anche per uomo (forma a conchiglia o tasca). Si indossano con la propria biancheria intima.
- Presidi ad assorbenza sagomati per incontinenza pesante: più grandi dei precedenti, e disponibili in più livelli di assorbenza. Si indossano tramite mutandine a rete lavabili (in più taglie). La combinazione di mutandina a rete e sagomato permette un'ampia scelta di combinazioni, oltre a permettere di gestire l'incontinenza urinaria e fecale, da moderata a grave, in modo poco invasivo.
- Pannolone a mutandina: ausilio monopezzo simile ai pannolini per bambino "classici", si chiude in vita con 4 fascette adesive. È l'ausilio più invasivo (copre molto la cute) e pregiudica l'autonomia di chi lo utilizza (molto complicato da indossare senza aiuto). Andrebbe preferito solo se strettamente necessario (incontinenza fecale cronica).
- Mutandina assorbente elasticizzata ("pull-up"): ausilio monopezzo senza adesivi, in quanto elasticizzato. Si indossa e si usa come normale biancheria intima, pur essendo un assorbente monouso. Per persone con perdite da moderate a gravi ma ancora attive, o come strumento di supporto per la rieducazione alla continenza (*toilet training*).
- Pannolone a cintura ("*belt-pad*"): ausilio monopezzo con fissaggio in vita attraverso una cintura integrata nel prodotto. Come il pannolone a mutandina, è indicato per tutti i tipi di incontinenza grave, ma è più facile da mettere (meno invalidante) e copre meno la cute (meno invasivo).
- Traverse assorbenti: ausili non indossabili, servono come protezione aggiuntiva del letto, di poltrone e sedie.
- Rettangolari: prodotti per incontinenza leggera di vecchia concezione, scomodi e di bassa assorbenza, oramai superati.

È molto importante scegliere la tipologia, il livello di assorbenza, la taglia dell'ausilio più indicata al proprio caso, facendosi consigliare nella scelta dal medico specialista o dall'infermiere specializzato. Per quanto possibile è meglio optare per le soluzioni meno invasive sulla cute (che deve poter respirare per restare sana), di minor ingombro e fastidio e di un più semplice posizionamento e rimozione.

Si segnala in proposito che per la maggior parte delle tipologie di prodotto sono presenti in commercio dispositivi medici contenitivi con un morbido rivestimento esterno traspirante, in grado di migliorare il confort del paziente. Tali prodotti pos-

sono essere richiesti alle farmacie o direttamente alle ASL di riferimento **Federazione Italiana Incontinenti – FINCO** www.finco.org

4.4 *Nomenclatore Protesico*

Il Decreto del Ministero della Sanità del 27 agosto 1999, n. 332 (in S.O.G.U. n. 227/99) ed il 321 del 31 maggio 2001, sanciscono il regolamento recante le **norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale**. Il codice EN/ISO n. **09.24, 27** (Cateteri vescicali e raccoglitori per l'urina) **e 30** (Ausili assorbenti l'urina) stabilisce la famiglia d'appartenenza dei dispositivi medici per l'incontinenza. La FINCO è per la "**libera scelta del dispositivo medico**". Le Regioni e le ASL possono integrare o rendere riconducibili i dispositivi innovativi e di seguito elencati, ma **non possono fornire quantitativi inferiori**:

CATETERI VESCICALI ED ESTERNI 09.24			
DESCRIZIONE PRODOTTO	**CODICE EX D.M. 28/12/92**	**CODICE CLASSIFICAZIONE ISO**	**QUANTITATIVI MASSIMI CONCEDIBILI**
CATETERI VESCICALI:		09.24	
catetere a permanenza tipo Foley a palloncino in puro silicone 100%, trasparente, a due vie con scanalature longitudinali, con imbuto a valvola speciale, in confezione singola sterile in vari diametri. (UNI EN 1616)	101.14.01	09.24.03.003	2 pz. al mese
catetere di tipo nelaton, monouso, in PVC, ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, in confezione singola sterile (UNI EN 1616):			
– per donna e bambino	101.14.11	09.24.06.003	120 pz. al mese
– per uomo	101.14.13	09.24.06.006	120 pz. al mese
catetere monouso, autolubrificante in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, in confenzione singola sterile (UNI EN 1616):			
– per neonati fino a un anno	101.14.30	09.24.06.009	180 pz. al mese
– per bambino fino a 6 anni	101.14.30	09.24.06.010	150 pz. al mese
– per donna e bambino oltre 6 anni	101.14.30	09.24.06.011	120 pz. al mese
– per uomo	101.14.30	09.24.06.012	120 pz. al mese
catetere monouso, autolubrificante, in materiale ipoallergenico, trasparente, a varie lunghezze e diametro, non necessitante dell'uso di gel lubrificante, integrato in una sacca graduata in cinfezione sterile[1] (UNI EN 1616)		09.24.06.015	60 pz. al mese

(*segue*)

CATETERI VESCICALI ED ESTERNI 09.24			
DESCRIZIONE PRODOTTO	**CODICE EX D.M. 28/12/92**	**CODICE CLASSIFICAZIONE ISO**	**QUANTITATIVI MASSIMI CONCEDIBILI**
CATETERI VESCICALI:		09.24	
catatere/tutore per ureterecutaneostomia in materiale sintetico o silicone, con foro centrale e fori di drenaggio, due alucce per il bloccaggio del catetere e disco di fissaggio (pr EN 12182)	101.14.40	09.24.06.018	2 pz. al mese
Spray lubrificante al silicone per cateterismo (pr EN 12182)	101.14.20	09.21.18.006	1 flacone al mese
CATETERI ESTERNI:		09.24	
catetere (condom) in gomma naturale o sintetica, ipoallergenica, autocollante o con striscia biadesiva (pr EN 12182)	101.11.01	09.24.09.003	30 pz. al mese
[1] *concedibile a soggetti che svolgono una attività esterna di lavoro o di studio, nonché in combinazione con il catetere di cui al cod. 09.24.06.012, ma fino ad un massimo di altri 60 pz al mese.*			

RACCOGLITORE PER URINA 09.27			
DESCRIZIONE PRODOTTO	**CODICE EX D.M. 28/12/92**	**CODICE CLASSIFICAZIONE ISO**	**QUANTITATIVI MASSIMI CONCEDIBILI**
Sacca di raccolta per urina da gamba, impermeabile, con tubo di raccordo, rubinetto di scarico e valvola antireflusso, con sistema antisciabordio, con o senzarivestimento in TNT, con o senza sistema antitorsione (UNI EE ISO 8669-2): – Tipo monouso – Tipo riutilizzabile	101.11.01	09.27.04.003 09.27.04.006	30 pz. al mese 8 pz. al mese
Sacca di raccolta per urina da letto, impermeabile, con tubo di raccordo, morsetto di chiusura ed indicazione del volume prestampato (UNI EE ISO 8669-2): – Tipo monouso – Tipo riutilizzabile	101.11.01	09.27.07.003 09.27.07.006	30 pz. al mese 8 pz. al mese

AUSILI ASSORBENTI L'URINA 09.30			
DESCRIZIONE PRODOTTO	**CODICE EX D.M. 28/12/92**	**CODICE CLASSIFICAZIONE ISO**	**QUANTITATIVI MASSIMI CONCEDIBILI**
AUSILI ASSORBENTI L'URINA DA INDOSSARE (IS0 9949)		09.30.04	
Pannolone a mutandina Ausilio assorbente sagomato con barriera ai liquidi, in congiunzione con mezzi di fissaggio integrati (norma ISO 9943-3: 1,12,123). L'ausilio è composto da un supporto di materiale esterno impermeabile avente forma idonea a realizzare, indossato, una mutandina; confezionato con sistema di fissaggio per chiusura in vita, con elastici ai bordi longitudinali per assicurare una maggiore tenuta, con fluff di pura cellulosa, di forma sagomata di spessore maggiore nella parte centrale, con o senza polimeri superassorbenti, ricoperto di un telino in TNT ipoallergenico nel lato a contatto con la pelle. Requisiti funzionali: – Velocità di assorbimento non inferiore a 2 ml/sec (metodica n. 001 NMC93) – Rilascio di umidità non superiore a 1 gr. (metodica n. 002NMC93) – Assorbimento specifico non inferiore a 7 gr/gr (metodica n. 003NMC93)			
Formato grande (per utilizzatori aventi circonferenza in vita da 100 a 150 cm)	101.21.01	09.30.04.003	120 pz. al mese
Formato medio (per utilizzatori aventi circonferenza in vita da 70 a 110 cm)	101.21.03	09.30.04.006	120 pz. al mese
Formato piccolo (per utilizzatori aventi circonferenza in vita da 50 a 80 cm)	101.21.05	09.30.04.009	120 pz. al mese
Pannolone sagomato Ausilio assorbente sagomato con barriera ai liquidi, in congiunzione con mezzi di fissaggio separati (norma ISO 9949-3: 1,12,12). L'ausilio è composto da un supporto di materiale esterno impermeabile di forma sagomata, è confezionato con fluff di pura cellulosa, di forma sagomata di spessore maggiore nella parte centrale, con o senza polimeri superassorbenti, ricoperto di un telino in TNT ipoallergenico nel lato a contatto con la pelle. Requisiti funzionali: – Velocità di assorbimento non inferiore a 2 ml/sec (metodica n. 001 NMC93) – Rilascio di umiditànon superiore a 1 gr. (metodica n. OO2NMC93) – Assorbimento specifico non inferiore a 7 gr/gr (metodica n. 003NMC93)			

(*segue*)

Formato grande	101.21.17	09.30.04.012	120 pz. al mese
Formato medio	101.21.19	09.30.04.015	120 pz. al mese
Formato piccolo	101.21.21	09.30.04.018	120 pz. al mese
Pannolone rettangolare Ausilio assorbente rettangolare con barriera a liquidi, in congiunzione con mezzi di fissaggio separati (norma ISO 9949-3: 1,12,12). L'ausilio è composto da un supporto di materiale impermeabile e da un telino in TNT ipoallergenico nel lato a contatto con la pelle (od in entrambi i lati); all'interno ha un fluff di pura cellulosa, con o senza polimeri superassorbenti. Requisiti funzionali: – Velocità di assorbimento non inferiore a 2 ml/sec (metodica n. 001NMC93) – Rilascio di umidità non superiore a 2 gr. (metodica n. 002NMC93) – Assorbimento specifico non inferiore a 7 gr/gr (metodica n. 003NMC93)			
Formato unico	101.21.23	09.30.04.021	150 pz. al mese
SUPPORTI E FISSAGGI PER AUSILI ASSORBENTI L'URINA (ISO 9949) Mutanda elasticizzata riutilizzabile Indumento preconfezionato senza barriera ai liquidi, idoneo ad aderire tra le gambe e la parte interiore del dorso (norma ISO 9949-3: 1,12,3). Indumento precorrfezionato a mo' di mutandina, elasticizzato, idoneo ad essere indossatoin combinazione con il pannolone sagomato o il pannolone rettangolare.			
Formato grande	101.21.11	09.30.09.003	3 pz. al mese
Formato medio	101.21.13	09.30.09.006	3 pz. al mese
Formato piccolo	101.21.15	09.30.09.009	3 pz. al mese
ACCESSORI PER LETTI		18.12	
TRAVERSE ASSORBENTI (Standard ISO 9949) Traversa salvamaterasso rimboccabile Ausilio assorbente non indossabile con barriera ai liquidi con mezzi di ancoraggio al letto (norma ISO 9949-3: 2,12,124). L'ausilio è composto da un supporto di materiale impermeabile che consente la imboccatura sotto il materasso e da un tampone assorbente in fluff di pura cellulosa, disposto nella parte centrale del supporto, con o senza polimeri superassorbenti, ricoperto di un telino in TNT ipoallergenico nel lato rivolto all'utilizzatore. Requisito tecnico: Superficie del tampone assorbente non inferiore al 25% della superficie totale		18.12.15	
Formato 80 x 180 cm.	101.31.01	18.12.15.003	120 pz. al mese

(*segue*)

TRAVERSA SALVAMATERASSO NON RIMBOCCABILE: Ausilio assorbente non indossabile con barriera ai liquidi senza mezzi di ancoraggio al letto (norma ISO 9949-3: 2,12,12). Il presidio è composto da un supporto in materiale impermeabile da un tampone assorbente in fluff di pura cellulosa, con o senza polimeri superassorbenti, ricoperto di un telino in TNT ipoailergenico nel lato rivolto all'utilizzatore. Requisito tecnico: Superficie del tampone assorbente non inferiore al 75% della superficie totale.			
Formato a 60 x 90 cm.	101.31.11	18.12.15.006	120 pz. al mese
N.B.: gli ausili assorbenti l'urina: pannolone a mutandina, pannolone sagomato, pannolone rettangolare e traverse assorbenti, possono essere tra loro integrativi, come da indicazione riportata nella prescrizione medica. In ogni caso, comunque, l'importo massimo di spesa corrispondente al totale dei pezzi per un mese, non può superare quello riferito al codice 101.21.01/09.30.04.003			

Conclusioni

L'incontinenza urinaria è un grande *tabù* sociale, sconfiggerla o semplicemente limitarla significa migliorare la "qualità di vita" delle persone che ne soffrono. Questo è il nostro impegno sociale e su tali temi dobbiamo continuamente confrontarci

4.5 *Carta dei diritti delle persone incontinenti*

4.5.1 *Carta dei diritti delle persone incontinenti in Italia*

CARTA DEI DIRITTI DELLE PERSONE CON INCONTINENZA *

1. Diventare, ove possibile, continenti o ridurre l'incontinenza.
2. Ricevere, in tempi rapidi e certi, senza discriminazione alcuna, i servizi e l'assistenza necessari al proprio stato di salute.
3. Ricevere una corretta diagnosi.
4. Essere informati in modo esauriente e comprensibile, sulla diagnosi, sul proprio disagio, sulla possibile evoluzione della patologia e sull'impatto che essa ha sulla "qualità e quantità di vita".
5. Essere informati su tutti i rimedi, gli ausili disponibili e sulle tecniche riabilitative, sui vari trattamenti medici e chirurgici, sui vantaggi e svantaggi di ciascuno di essi, in riferimento alla propria condizione, onde poter esercitare il diritto di "libera scelta", in modo informato e partecipativo.
6. Essere informati, in modo esaustivo ed imparziale, su tutti i dispositivi medici ottenibili gratuitamente dal servizio sanitario nazionale e regionale, nel pieno rispetto delle proprie necessità fisiologiche e della "libertà di scelta".
7. Avere accesso ad adeguate terapie ed essere curati con le terapie farmacologiche, riabilitative e chirurgiche, innovative ed adatte al proprio caso.
8. Esercitare il diritto "di mobilità", grazie alla costruzione di bagni pubblici nel territorio. I bagni devono essere "mappati e segnalati" alla cittadinanza.
9. Avere accesso ai necessari controlli ed avere la possibilità di modificare il trattamento, ove opportuno ed indicato dal medico o da altro professionista sanitario.
10. Avere un punto di riferimento all'interno del territorio, grazie ad un *pool* di professionisti dell'incontinenza (urologi, uro-ginecologi, coloproctologi, medici, andrologi, sessuologi, geriatri, ostetriche, fisioterapisti ed infermieri), che in collaborazione con i medici di famiglia garantiscano la continuità e la multidisciplinarietà delle cure.

Numero Verde
800-050415

*Compi un gesto solidale, dona il 5 ‰ della tua dichiarazione dei redditi alla FINCO - **C.F.: 93240300728***

* *Copyright* della Federazione Italiana Incontinenti - FINCO. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma e con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico, compresse fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei contenuti, sono assolutamente vietate senza il consenso scritto della FINCO nazionale.

4.5.2 *Carta dei diritti delle persone incontinenti nel mondo*

WFIP – Charter of patients' rights

People affected by incontinence problems have the right to:

1. Receive treatment to restore urinary continence if possible or, alternatively, reduce incontinence
2. Receive the services and the assistance their condition requires, as soon as possible and according to schedule, without discrimination of any kind
3. Be given a correct diagnosis
4. Receive all the information concerning the diagnosis, their condition, the possible development of the condition and the effect it may have on the "quality ant quantity" of life, in a clear and understandable way
5. Receive all the information concerning medical treatment, the available help (medical devices etc) and rehabilitation techniques, surgery and all the advantages and disadvantages of every kind of therapy administered to treat their condition, so that they are fully aware of everything and have the "freedom to choose" the treatment they prefer
6. Receive all the information they need about the medical devices provided, free of charge, by the regional and national health system, fully respecting their condition and "freedom to choose"
7. Have access to the right therapies and receive new pharmacological therapy, rehabilitation therapy and surgery, suitable for their condition
8. Have the right to move freely relying on public toilets built in the territory. The toilets must be mapped and clearly visible to the general population
9. Have access to check-ups and be allowed to change treatment if necessary and if advised by a doctor or health professional
10. Have a specific team operating in the area they live in and made up of health professionals (urologists, urogynaecologists, coloproctologists, doctors, andrologists, sexologists, geriatricians, midwives, physiotherapists and nurses) who work with GPs and ensure the continuity and multi-disciplinarity of treatments.

4.6 *Attività ed intenti dell'Associazione pazienti Finco*

di F. Diomede, L. Miano

L'allungamento dell'età di vita ed il progressivo emergere di patologie che diventano sempre più rilevanti, in termini d'impatto sociale, costi ed isolamento, comportano l'esigenza di veder soddisfatti anche altri bisogni della salute. Tra questi vi sono le problematiche legate all'incontinenza che hanno assunto un'importanza ormai rilevante nel quadro della salute pubblica. La scarsa conoscenza da parte di molti professionisti del settore, della cittadinanza, dei mass-media e la pressoché totale disattenzione da parte delle Istituzioni, rappresentano ad oggi i problemi da affrontare e da risolvere. Per tali ragioni la FINCO ha lavorato, e continua a lavorare, intensamente ed incessantemente per il raggiungimento di finalità e risultati utili ai pazienti, familiari ed addetti ai lavori.

La Federazione, anche in sinergia con altre associazioni di pazienti, ha stimolato innumerevoli disegni e proposte di legge quali: **DDL 498/08** con relatore il senatore Massidda; **DDL 571/08** con relatore il senatore Caforio; **DDL 791/08** con relatori i senatori Gramazio, Saccomanno ed Allegrini; **DDL 1572/09** con relatori i senatori Bassoli, Bianchi, Bosone, Amati, Antezzo, Chiaromonte, Cosentino, Donaggio, Gustavino, Marino, Poretti e Serafini; **PDL 2070/09** con relatori gli onorevoli Testa, Cesa, Depoli, Mereu, Oppi, Delfino, Drago, Formisano, Tassone, Volontè e Zinzi; **PDL 1282/08** con relatori gli onorevoli Di Virgilio, Giammanco, Abrignani, Angeli, Barani, Barba, Barvieri, Berardi, Bernardo, Bocciardo, Calabria, Carlucci, Cassinelli, Castellani, Castiello, Catone, Cesaro, Ciccioli, Cirielli, Colucci, Consolo, Costa, De Angelis, De Corato, Di Biagio, Di Cagno Abbrescia, D'ippolito, Divella, Fontana, Foti, Franzoso, Gava, Girlanda, Goisis, Iannarilli, La Loggia, Labocchetta, Lamorte, Lisi, Lupi, Mancuso, Marini, Minasso, Mistrello Destro, Nucara, Paglia, Patarino, Pelino, Piso, Rossi, Sbai, Scalera, Scandroglio, Siliquini, Torrisi, Vella, Venitucci.

La lunga elencazione di nomi è un omaggio a quanti hanno voluto dedicare attenzione alle nostre problematiche.

La FINCO, a fronte di tutte le predette norme ha chiesto ed ottenuto la presentazione di ben due "Atti Camera": **il n° 684** e Abbinati con relatore l'onorevole **Antonio Saia** e il **n° 148** e Abbinati con relatore l'onorevole **Domenico Di Virgilio**.

La FINCO nel 2001 ha stimolato il Decreto del Ministero della Salute, n. 321, del 31 maggio (in G.U. n. 183 dell'8 agosto 2001), grazie al quale non solo **la prescrizione medica dei dispositivi medici** (presidi ad assorbenza, traverse, cateteri, sacche, etc.) per le persone incontinenti **ha validità di un anno** ma, soprattutto, **non è più necessario il riconoscimento dell'invalidità civile**; ne consegue che chiunque necessiti dei predetti ausili non debba più chiedere ed ottenere dall'INPS il riconoscimento dell'invalidità (prima obbligatorio).

Sempre nel 2001 la Federazione, con **Decreto del 17 gennaio**, a firma dell'ex Ministro della Salute, prof. **Umberto Veronesi**, ha fatto istituire una Commissione ministeriale mista (Ministero/Rappresentanti Associazioni) sull'incontinenza. I lavori della Commissione sono durati tre mesi ed hanno fotografato la situazione, ad oggi immutata. Il presidente FINCO, nell'occasione è stato un componente della Commissione.

Il 28 dicembre 2002, la FINCO, ha presentato al dr. **Nello Martini**, all'epoca Presidente della CUF (Commissione Unica per il Farmaco) una richiesta di audizione sulla rimborsabilità dei farmaci contro l'incontinenza urinaria. Il dr. Martini, pur incontrando il Presidente FINCO **Diomede**, non concesse la rimborsabilità adducendo motivi di copertura economica. Nel 2006 il Presidente Diomede riscrive all'AIFA (Agenzia Italiana per il Farmaco – ex CUF) richiedendo la rimborsabilità della tossina botulinica di tipo A, il dr. **Carlo Tomino** (Direttore Sperimentazione e Ricerca AIFA) con missiva del 19 aprile 2006 (prot. AIFA II/35587/P C166/54)riconferma la negazione della rimborsabilità del Botox.

La FINCO, inoltre, ha chiesto ed ottenuto, grazie alla sensibilità del Ministero della Salute, l'indizione della "**Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza**" (istituita con **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006**, che si svolge, ogni anno, il **28 giugno – G.U. n° 186 dell'11 agosto 2006**). La "**Giornata**", un importante evento per la sensibilizzazione della cittadinanza, dei professionisti della salute pubblica, dei mass-media e delle istituzioni, è il fiore all'occhiello della Federazione.

Nel 2008, poi, grazie ad un incontro con il Sottosegretario alla Salute, On. **Francesca Martini**, l'Associazione è riuscita a far eliminare dai nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), che dovrebbero entrare in vigore, i Tickets previsti per le persone che soffrono di incontinenza. Il Ministero ha recepito le istanze delle associazioni di pazienti, impegnandosi ad inserire tra i dispositivi medici quelli eliminati nonché i prodotti innovativi. In particolare il Sottosegretario ha dichiarato che sarebbe stata prestata la massima attenzione per la qualità dei prodotti fornendo garanzie sui materiali di costruzione e sulla provenienza (Comunicato Stampa del Ministero della Salute, 31 luglio 2008).

Il Consiglio Direttivo FINCO e il Comitato Scientifico hanno deciso inoltre di dotarsi di un **"Registro Nazionale dei Professionisti Sanitari per Continenza e il Pavimento Pelvico" – FINCO** e di istituire la **"Scuola Nazionale di Formazione Professionisti Sanitari della continenza e del pavimento pelvico"**. L'obiettivo della Scuola è la divulgazione e approfondimento, nell'ambito scientifico e sociale, di conoscenze e competenze finalizzate alla gestione di persone con incontinenza urinaria e fecale, e con sintomi da disfuzione del pavimento pelvico, da parte dei Professionisti Sanitari coinvolti, in particolare Fisioterapisti, Infermieri e Ostetriche. L'obiettivo formativo è realizzato attraverso il miglioramento delle conoscenze dell'anatomo-fisiologia e patologia degli apparati urologico, ginecologico e colo-proctologico, nonché attraverso la descrizione di tecniche e strumenti fisioterapici e riabilitativi, e della metodologia clinica del nursing nell'assistenza al paziente oggetto della formazione.

Grazie al duro lavoro ed impegno dell'Associazione si sono raggiunti ulteriori importanti risultati quali:

1. la realizzazione della presente opera sull'incontinenza urinaria, unica in Europa e nel Mondo, che resterà patrimonio associativo e strumento utile alla collettività;
2. l'istituzione, in strutture sanitarie di rilevante interesse, di un «***Centro provinciale per la Prevenzione e la Cura dell'Incontinenza***». I Centri si avvalgono di personale medico ed infermieristico specializzato;
3. la rimborsabilità dei farmaci per la continenza.

Molteplici sono state, inoltre, le iniziative intraprese dalla FINCO con le singole Regioni e le differenti ASL d'Italia.

Gli intendimenti futuri dell'Associazione sono:

1. stimolare all'interno delle strutture sanitarie apposite "**Campagne comunicative**" sulle problematiche legate all'incontinenza e sulle possibili soluzioni. Tra le più importanti vi è quella di invogliare, nei reparti di ginecologia, le partorienti, nel pre e post-parto, a praticare semplici esercizi ginnici per la **riabilitazione del pavimento pelvico**, spiegando loro, attraverso apposite brochure, che gli esercizi possono essere eseguiti anche a casa, per circa due mesi dopo il parto;
2. favorire una diagnosi precoce con trattamento tempestivo;
3. eliminare nel paziente il senso di vergogna;
4. incoraggiare la persona colpita a cercare aiuto;
5. donare la libertà alle persone che soffrono di incontinenza;
6. ottenere l'inserimento nei nuovi LEA di maggiori tutele e **libertà di scelta** per i dispositivi medici per l'incontinenza e, ove necessario e documentato dal medico specialista, la possibilità di ottenere un'integrazione sul numero dei dispositivi consegnati;
7. prevedere un sostegno economico a favore di tutte le amministrazioni locali, per consentire la costruzione di bagni pubblici. I "**bagni**", presidi indispensabili per le persone che soffrono di incontinenza, vanno mappati e indicati con apposita segnaletica stradale; la loro carenza equivale ad una vera e propria barriera architettonica che limita pesantemente la "libertà personale" di spostamento;
8. la riduzione del 50% del costo del consumo d'acqua potabile;
9. rivedere le percentuali di invalidità civile;
10. durante le visite mediche collegiali dell'INPS, per l'accertamento dell'invalidità civile, prevedere la presenza di un medico specialista designato dalla FAVO (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia), nonché prestare maggiore attenzione, nella chiamata obbligatoria a visita medico-collegiale, per gli ammalati oncologici (entro quindici giorni dalla domanda – legge n. 80 del 2006);
11. prevedere nei piani sanitari regionali, l'istituzione dei "**Centri per l'incontinenza**".

La FINCO su tali problematiche intende continuare ad impegnarsi sino al raggiungimento degli obbiettivi. Il riconoscimento all'attività sin ora svolta dalla Federazione Italiana Incontinenti è pervenuta anche dal Presidente della Repubblica, **Giorgio Napolitano**, con due messaggi augurali e con l'assegnazione di una medaglia commemorativa, personalizzata, per il decennale della stessa Federazione e della "Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza" del 2009. Lo stesso Presidente, nel 2012 ha addirittura "aderito" alla nostra "Giornata Nazionale".

Da ultimo, ma per questo non meno importante, è **l'invito** che la Federazione rivolge a tutti coloro che per diversi motivi sono stati colpiti dall'incontinenza, di non isolarsi e non vergognarsi. Il dolore dell'incontinenza non deve essere vissuto come una "vergogna". La FINCO è nata e vive affinché ognuno di Voi possa trovare ausilio, conforto e tutela. Insieme si vive meglio.

SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

Anno 147° — Numero 186

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA — Roma - Venerdì, 11 agosto 2006 — SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06 85081

DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 10 maggio 2006

Indizione della Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza.

IL PRESIDENTE
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante «Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri», ed in particolare l'art. 5, comma 2, lettera *a)*;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, recante «Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008», ed in particolare al punto 14, relativo alla prevenzione sanitaria ed alla promozione della salute, anche attraverso stili di vita più salutari, come pure alla comunicazione istituzionale su tali tematiche;

Considerato che la Federazione Italiana incontinenti (FINCO), fatto pervenire formale richiesta per l'indizione della «Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza», per il 28 giugno di ogni anno;

Ritenuta l'opportunità di promuovere una giornata orientata a focalizzare l'attenzione sui problemi delle persone che soffrono di problemi di incontinenza e di quanti sono coinvolti direttamente o indirettamente nel loro vissuto;

Visti gli articoli 45 e 46 della legge 23 Dicembre 1978, n. 833;

Vista la legge-quadro sul volontariato 11 Agosto 1991, n. 266, che riconosce il ruolo fondamentale ed insostituibile delle associazioni di volontariato;

Su proposta del Ministro della salute;

EMANA

la seguente direttiva:

È indetta per il giorno 28 giugno di ogni anno la "Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza". Nell'ambito di tale giornata, le amministrazioni pubbliche e gli organismi di volontariato si impegnano a promuovere, attraverso idonee iniziative di sensibilizzazione e solidarietà, quali il contributo di specialisti che effettueranno controlli medici gratuitamente, l'attenzione e l'informazione sui problemi delle persone incontinenti e di quanti sono coinvolti, direttamente o indirettamente, nelle loro vicende, al fine di sviluppare politiche pubbliche e private che allarghino le possibilità di guarire dalla malattia o, quantomeno, di conviverci con dignità.

La presente direttiva, previa registrazione da parte della Corte dei Conti, sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana

Roma, 10 Maggio 2006

Il Presidente del Consiglio dei Ministri e Ministro della Salute (ad interim)
BERLUSCONI

Registrato alla Corte dei Conti il 22 giugno 2006
Ministeri istituzionali, Presidenza del Consiglio dei Ministri, registro n. 8, foglio n. 325

4.7 *Vivere l'incontinenza*
di F. Diomede

Politicamente parlando l'Associazione pazienti **Finco** è convinta che non sempre è possibile gestire la sanità pubblica in maniera contabile e che il malato/paziente ed i professionisti della salute sono i veri unici protagonisti del Servizio Sanitario, un sistema per la salute, quello italiano, nel quale crediamo e che tutti dobbiamo sostenere con vigore (*n.d.r.: molti sono i Paesi che invidiano il modello italiano, Stati Uniti in primis*).

Socialmente parlando esistono importanti elementi che incidono sul volontariato socio-sanitario, sui medici, sugli infermieri, sui farmacisti e sui sanitaristi: l'aumento della longevità comporta un maggior tempo di cura delle malattie croniche, la scienza tecnologica e quella farmaceutica realizzano macchinari, dispositivi medici e farmaci sempre più efficaci (ma anche più costosi); i Cittadini reclamano il diritto alla salute e alla partecipazione del sistema sanitario (Artt. 32 e 118 della Costituzione), al benessere psico-fisico ed alla prestanza fisica e sessuale (benessere sessuale). In tale ottica c'è una crescente difficoltà nel coniugare le risorse disponibili e la spesa sanitaria. È innegabile che le esigenze finanziarie vanno tenute in debita considerazione, ma **in sanità non sempre è possibile ridurre il tutto ad un mero atto contabile.** Anche per tali motivazioni la **FINCO**, in tema di prevenzione e qualità di vita, in connubbio col Ministero della Salute ha stimolato la "**Giornata nazionale per prevenzione e la cura dell'incontinenza**".

Innumerevoli sono le principali problematiche che il "pianeta incontinenza" ed i pazienti incontinenti devono affrontare e spesso scontrarsi, su tali questioni dobbiamo investire le nostre risorse umane, sociali, professionali e perché no, politiche. L'universo della politica, seppure oggi fortemente contestato, è l'unico che può fornire risposte adeguate alle esigenze della Cittadinanza e delle Associazioni di pazienti che li rappresentano. Non è un caso se la **FINCO**, congiuntamente ad altre Associazioni di pazienti, da oltre un decennio, stimola proposte di legge.

Dovendo rientrare nell'argomento, si precisa che il timore di perdere il controllo della vescica e lo sfintere spinge i pazienti a modificare lo stile di vita mettendo in atto meccanismi preventivi e di adattamento tali da compromettere pesantemente la "**qualità e quantità di vita**". Le principali **problematiche** sono: gli **arresti domiciliari –** molte persone con vescica iperattiva limitano spesso la loro permanenza fuori casa o dal posto di lavoro, così da non trovarsi in un ambiente potenzialmente ostile quando vengono colte dalla necessità di andare in bagno. Alcune volte giungono a rifiutare qualsiasi invito ed eventi sociali per il timore di perdere il controllo della vescica in pubblico. La vescica iperattiva ad esempio può causare un grave stress emozionale che limita pesantemente la libertà personale.

Difficoltà lavorative, **cambio mansioni e/o licenziamento** – proviamo ad immaginare un tassista, un barista, un cameriere, un cuoco, un operatore televisivo, un autista di pullman, un turnista, etc., che è obbligato ad andare al bagno anche 20/30 volte al dì e spesso viene additato come un lavativo: "***direttore va sempre in bagno***

a fumare pur di perdere tempo". Molti sono coloro che perdono il posto di lavoro, cambiano mansioni e/o sono costretti a cambiare lavoro.

Problemi scolastici e discriminatori – i bambini incontinenti e/o che spesso sono obbligati ad effettuare cateterismo durante le ore scolastiche, non soltanto hanno difficoltà nel trovare personale sanitario per provvedere alla propria salute ed igiene intima (spesso vanno le madri in classe per cateterizzare o cambiare il pannolino), ma dai compagni ed in qualche caso dal personale addetto vengono additati come "*piscia sotto o cacasotto*".

Tabù sessuale – molte persone evitano l'intimità sessuale perché spaventati dall'idea di perdere il controllo della vescica e trovarsi quindi in una situazione di grave imbarazzo nell'atto sessuale. Questo evitamento dell'intimità sessuale mette a repentaglio qualsiasi relazione interpersonale ed a lungo andare incide in maniera pesante sulla psiche di chi ne è colpito e per ricaduta sul nucleo familiare.

W.C. e mappatura – coloro che soffrono di incontinenza programmano con largo anticipo gli spostamenti e le loro attività quotidiane, in modo da trovarsi nell'immediata prossimità di una toilette igienicamente valida e soprattutto confortevole. La mappatura dei servizi igienici, cioè conoscere sempre la posizione esatta della toilette più vicina, ovunque si vada, rappresenta per le persone con problemi di incontinenza un'autentica rete di sicurezza e libertà personale. Non è un caso se molte Associazioni di pazienti straniere (es. Olanda) hanno pubblicato delle mappe di grandi città indicando l'ubicazione dei bagni e gli orari di apertura.

Guidare l'auto personalmente – gli incontinenti preferiscono guidare l'auto in prima persona, dovunque si debba andare col fine di essere libero di fermarsi ogni qual volta senta il bisogno di andare in bagno. Ciò vale particolarmente nel caso di lunghi viaggi, quando può rendersi necessario effettuare numerose soste e spesso quando si è in compagnia si trovano pretesti assurdi pur di recarsi in bagno.

Ridurre le bevande – molti pazienti adottano l'insana pratica di limitare l'assunzione di liquidi per ridurre di conseguenza il bisogno di urinare spesso. Le persone con problemi di controllo vescicale sono particolarmente orientate a limitare l'introduzione di bevande prima di partire per un viaggio, di andare a dormire e di uscire da casa. Ma limitare l'assunzione di liquidi può portare alla disidratazione, specie in estate con la calura estiva, con gravi conseguenze per la salute.

Abbigliamento – chi ha problemi nel controllo dell'incontinenza urinaria e fecale preferisce indossare vestiti scuri per camuffare possibili macchie e larghi per nascondere i presidi ad assorbenza.

Dispositivi medici di ricambio – i pazienti portano sempre con loro mutande di ricambio, presidi ad assorbenza, sacche, cateteri e salviettine detergenti odoranti.

L'importanza del posto a sedere – è sana abitudine richiedere in ambienti confinati come a teatro, cinema o in aereo, posti a sedere disposti convenientemente nei pressi del w.c. Chi soffre di vescica iperattiva preferisce sistemarsi vicino alla porta quando partecipa a un meeting o a un'occasione sociale, potendo così allontanarsi in fretta e furia senza disturbare in caso di bisogno. In aereo si preferisce ovviamente il corridoio. Il treno non è molto gradito perché i bagni dei treni sono cronicamente sporchi e/o senza acqua.

Dispositivi medici (uso di presidi ad assorbenza) – premesso che il pannolone è la sconfitta dell'incontinenza, spesso l'utilizzo del pannolone diventa un'esigenza ineludibile per evitare incidenti e relativi shock psicologici e comportamentali. Talvolta questi presidi non assorbono completamente, emettono cattivi odori (specie in estate col caldo) ed a causa dell'urina o delle feci sono voluminosi, pesanti e possono essere visibili sotto gli abiti. È dimostrato che ogni persona "incontinente" si ingegna nel trovare soluzioni alternative ed inaspettate, ma sicure, spesso sostitutive del pannolone ed efficaci per il proprio caso.

5.
IL SOMMERSO

5.1 *Incontinenza e sommerso: un binomio da cancellare*
di F. Diomede, L. Miano, M. Strippoli, M. Stefanì

Il problema

Stimate in **tre milioni** le donne colpite da incontinenza urinaria (post-parto, geriatrica, etc.), la stragrande maggioranza delle pazienti è "sconosciuta" non solo al servizio sanitario (regionale e ASL) ma anche ai familiari. Questo perché la donna moderna deve apparire sempre bella, dinamica e attraente. Le donne incontinenti evitano oculatamente di essere individuate per non essere "*etichettate*". Rifiutano di sottoporsi a visite mediche specialistiche, rifiutano esami diagnostici approfonditi e per timore non hanno molta fiducia nel medico di base o nella struttura pubblica. A ciò deve aggiungersi che, considerato il grave momento economico cui versano molte famiglie italiane, non sempre hanno le risorse economiche per sottoporsi a visite mediche specialistiche a pagamento. Tutto ciò induce la persona incontinente a sottovalutare il problema sotto l'aspetto fisico, psicologico e sociale. Sul tabù delle donne uno studio effettuato in Italia dall'**Università di Pavia** e presentato a Roma durante il **Congresso mondiale sulla menopausa** (giugno 2011), ha documentato che solo una **donna su dieci ha il coraggio di parlare col proprio ginecologo sulle problematiche dell'apparato genitale legato alla menopausa**, nonostante la metà dei casi porti a interrompere l'attività sessuale e nonostante le nuove terapie danno ottimi risultati contro tutti i sintomi. La "reticenza" dell'incontinente ha visto la metà delle donne intervistate interrompere rapporti sessuali con il *partner* a causa di problemi come la secchezza e l'atrofia, che colpiscono i genitali femminili dopo la menopausa. Tale fenomeno costringe la **FINCO** ad inviare la rivista associativa "***EUREKA***" in busta bianca e anonima. Non vivere il **disagio "silenziosamente"** potrebbe invece portare, nella maggioranza dei casi, a risolvere il problema.

L'apparire: un problema esasperato nel terzo millennio

Nella nostra epoca elementi come l'**avere**, il **potere** e l'**apparire** attentano quotidianamente la nostra vita sociale e familiare. Ciò anche grazie alla continua aggressione dei mass-media.

In tale contesto sociale l'uomo, come la donna, è molto attento all'aspetto fisico. L'importante è essere sempre prestanti ed attraenti. Va riconosciuto che (grazie alla conoscenza di particolari farmaci) l'uomo ha parzialmente superato i tabù relativi alle problematiche sessuali come la disfunzione erettile.

Un dato è certo, nulla è cambiato nel terzo millennio, poiché ad oggi regna sovrano **l'ultimo tabù medico**: ***l'incontinenza***.

Le responsabilità dei mass-media *e delle Aziende di settore*

Non possiamo non rilevare che le Aziende produttrici di presidi ad assorbenza hanno responsabilità precise nell'inviare segnali fuorvianti per nascondere realtà come la prevenzione e la cura del problema incontinenza, evidenziando esclusivamente la soluzione finale quale l'utilizzo del "pannolone". Se le Aziende di settore lanciano segnali fuorvianti, la Televisione, soprattutto quella pubblica cui viene "pagato" un canone, moralmente parlando non brillano. Troppo spesso preferiscono affrontare argomenti frivoli e da gossip, piuttosto che parlare dei problemi reali della gente, non consentendo spazio sufficiente alle associazioni per esporre le proprie problematiche, privandole della possibilità di spiegare che esistono soluzioni alternative al "pannolone".

Cosa avviene in realtà

Nella realtà, l'esigenza dell'anonimato porta le donne con piccole e medie perdite d'urina a ricorrere alla filiera dei supermercati e ipermercati, comperando e utilizzando assorbenti indicati per il periodo mestruale, poiché discreti e poco visibili, ma sobbarcandosi di un maggior onere economico, poiché l'IVA anziché al 4% è al 21%. In tal modo subentra l'abitudine a questo modo di pensare e comportarsi. Ne consegue che **nessuna donna farà mai nulla per aiutare un'altra donna ad uscire allo scoperto**. Il sommerso, quello reale, non emergerà mai. Su tali problematiche bisogna lavorare per **modificare modo di pensare e operare**.

Alcuni dati statistici

Da stime in nostro possesso risulta che lo Stato/Regioni per fornire gratuitamente presidi ad assorbenza spende non meno di **350milioni di euro**.

Nella **Regione Veneto** (Giunta Regionale – prot. 186877 class. E.900.01.2 All. 1) risultano all'Aulss 2 1.994 pazienti con un costo di **398.481** €, all'Aulss 3 2.585 pazienti con un costo di **1.024.370,51** €, all'Aulss 5 2.959 pazienti con un costo di **1.154.218** €, all'Aulss 6 5.488 pazienti con un costo di **1.824.960** €, all'Aulss 8 3.357 pazienti con un costo di **1.213.905** €, all'Aulss 9 6.340 pazienti con un costo di **1.387.940,57** €, all'Aulss 10 7.106 pazienti con un costo di **1.564.075,95** €, all'Aulss 12 6.532 pazienti con un costo di **1.604.722,75** €, all'Aulss 13 abbiamo 4.353 pazienti con un costo di **1.422.673,53** €, all'Aulss 17 3.500 pazienti con un costo pari a **1.449.000** €, all'Aulss 18 3.069 pazienti con un costo di **1.139.262,03** €, all'Aulss 19 1.634 pazienti con un costo di **366.835,59** €, all'Aulss 20 9.380 pazienti con un costo di **2.453.745,80** €, all'Aulss 22 3.917 pazienti con un costo di **1.639.414,70** €.

La **Regione Basilicata** (*n.d.r.: una rarità in Italia per i dati complessivi e dettagliati in suo possesso*) ha comunicato alla **FINCO** (prot. 23147/72AE del 10 febbraio 2011) che **nel 2010** sono stati consegnati alla cittadinanza poco meno di **9milioni** di presidi ad assorbenza e gli utilizzatori sono stati: **11.747** con un costo di circa **3milioni di euro**. Mentre per le traverse si è speso **581.309,27** euro, per un numero di utilizzatori pari a **9.175** persone.

A tutto ciò va aggiunto il dato che ogni anno in Italia la spesa dei presidi ad assorbenza aumenta del ***10%*** circa, a seguito dell'aumento delle persone in terza età.

Libera scelta e politica socio-sanitaria

La **FINCO** sin dal 1999 ha perfettamente compreso e documentato l'importanza della **libera scelta** del dispositivo medico più idoneo e confortevole per le persone incontinenti (urinari e fecali). L'Associazione, in quanto libera e democratica espressione dei pazienti organizzati, riconosce che solo la "**libera scelta**" determina la «**qualità**» dei prodotti forniti. Pretendere e avere prodotti di qualità non significa spendere maggiori risorse economiche, al contrario significa risparmiare migliorando la "**quantità e qualità di vita**" delle persone che soffrono di incontinenza. Ma nella Pubblica amministrazione da oltre un decennio regna un solo imperativo: **tagliare, tagliare, tagliare**. Un'ultima riflessione è che a pagare i dispositivi medici siamo noi cittadini tramite le tasse statali, regionali e comunali. **Oltre al danno, la beffa**.

6.
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Questo Libro Bianco pone alla attenzione della Pubblica opinione e delle Istituzioni il tema della incontinenza urinaria. Il libro nasce dalla collaborazione delle Associazioni dei pazienti **(FINCO, AISTOM, AIMAR, etc.), con gli operatori della salute e della ricerca. Il libro mette in luce un'ampia varietà di** bisogni inespressi e non considerati e pone il problema di come essi possono essere affrontati. La strada suggerita è quella già individuata in alcune regioni italiane con la creazione *di centri regionali e provinciali di prevenzione per l'incontinenza urinaria multidisciplinari e multiprofessionali.*

Tale rete di servizi consentirà l'applicazione di percorsi diagnostici terapeutici comuni garantendo in questo modo prestazioni omogenee anche in termini di qualità, appropriatezza ed accessibilità su tutto il territorio regionale. Il programma è in linea con gli obiettivi della **FINCO** che da sempre si propone di fornire indicazioni precise sulle soluzioni per affrontare l'incontinenza e dio contribuire al superamento dei pregiudizi e del silenzio che circondano la malattia.

Ancora una volta affrontare il problema della incontinenza è il primo passo verso la soluzione. La creazione di Centri per l'incontinenza è un obiettivo da raggiungere già al più presto per organizzare una rete di servizi a più livelli distribuiti su tutto il territorio regionale utilizzando in modo razionale le risorse disponibili.

In un contesto come quello prospettato, il problema della incontinenza urinaria cessa di essere una questione di risorse aggiuntive per divenire un problema di sensibilità e di responsabilità della Istituzioni.

Spetterà infatti agli organi competenti nazionali e regionali decidere come inserire la prevenzione, diagnosi e cura della incontinenza urinaria tra i livelli di assistenza sanitaria oppure se ignorarla. Ignoranza che non potrà più essere attribuita a mancata conoscenza del problema dopo la chiamata in causa del presente Libro Bianco. Ciò implica per i governi regionali la necessità di effettuare delle scelte. Il sistema dei "livelli sociali di assistenza sanitari" come possibile soluzione proposta dal presente Libro Bianco permette al problema della incontinenza urinaria di superare l'idea delle risorse aggiuntive per diventare un indice di sensibilità degli organi istituzionali, delle Istituzioni sanitarie e degli organi della pubblica opinione per le questioni assistenziali e di qualità di vita di centinaia di migliaia di individui incontinenti a tutela dei quali è stato pensato, è stato scritto e viene divulgato il presente Libro Bianco.

Prof. Lucio Miano
Coordinatore Comitato Scientifico **FINCO**

Cav. Francesco Diomede
Presidente **FINCO**

Cariche Istituzionali FINCO

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: Francesco Cav. Diomede
Vice Presidente: Marcello Avv. Stefanì
Segretaria Tesoriera: Strippoli Dr.ssa Maddalena

Consiglieri
Falabella Avv. Vincenzo
Trevisani Geom. Antonio
Crescenzo Sig.ra Carmela
Taviano Sig. Ludovico
Dr. Renato Dr. Poddi
Dr. Antonio Dr. Di Giorgio

Collegio dei Revisori dei conti
Francesco Dr. Zingarello Pasanisi
Ivan Dr. Martines
Monica Sig.ra Di Roma

COMITATO SCIENTIFICO

Lucio Prof. Miano (Coordinatore)
Stefano Dr. Dati
Ivan Dr. Martines
Arianna Dr.ssa Bortolami
Maria Dr.ssa Ripesi
Nadia Dr.ssa Crotti
Aldo Franco Prof. De Rose
Rosa Dr.ssa Lagreca

SCUOLA DI FORMAZIONE FINCO

Presidente: Francesco Cav. Diomede
Direttore Scientifico: Ivan Dr. Martines
Coordinatrici: Rosa Dr.ssa Lagreca, Maria Dr.ssa Ripesi
Segreteria: Maddalena Dr.ssa Strippoli

Appendice A – Questionario Centri FINCO

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DI DATI SUL CENTRO FINCO

Il presente questionario è uno strumento di rilevazione adottato in occasione della stesura del "Libro Bianco sull'Incontinenza", elaborato da FINCO, Federazione Italiana INCOntinenti.
La finalità del questionario è di tipo conoscitivo, viene garantito l'anonimato ed i risultati saranno divulgati in forma sintetica e non individuale.
Ogni Centro FINCO verrà riconosciuto nel Libro Bianco per la sua partecipazione alla rilevazione dei dati che riguardano la prevenzione, cura e riabilitazione dell'incontinenza urinaria.
La documentazione può essere compilata in formato cartaceo o informatico.

DATI GENERALI CENTRO FINCO

DENOMINAZIONE

_____

_____

INDIRIZZO: _____

TELEFONO: _____FAX_____

E MAIL: _____

SITO INTERNET DELLA STRUTTURA: _____

DIRETTORE O RESPONSABILE DEL CENTRO: _____

TIPOLOGIA DELLA STRUTTURA:

_____

PERSONALE ADDETTO AL CENTRO

Per ogni figura professionale, viene richiesto:

- l'eventuale presenza, anche come consulente esterno al Centro Finco;
- da quanto tempo sono presenti le diverse figure professionali;
- se le attività svolte dalle diverse figure professionali sono inerenti solamente al trattamento dell'incontinenza urinaria;
- la formazione svolta;
- se assenti alcune figure professionali, descrivere la motivazione dell'assenza.

MEDICI (Urologo, Ginecologo, Colo-proctologo, Neurologo, Fisiatra, precisare la specialità)

_____

_____

_____

_____

FISIOTERAPISTI

_____

_____

_____

_____

INFERMIERI

_____

_____

_____

_____

OSTETRICHE

_____

_____

_____

_____

ALTRO PERSONALE SANITARIO (psichiatra, psicologo, operatore socio sanitario, etc.)

_____

_____

_____

ALTRI COLLABORATORI COME SOSTENITORI (anche con compiti di attività domiciliare)

_____

_____

_____

PRESTAZIONI EROGATE

Per ogni prestazione indicare il numero di prestazioni annue eseguite.
Se non eseguita la prestazione, indicare con il numero 0 (zero).

	Quantità
Visite specialistiche ambulatoriali	
Uroflussometria	
Esame urodinamico	
Video-urodinamica	
Test neurofisiologici	
Ecografia addomino-pelvica	
Ecografia pelvi-perineale nella donna	
Endoscopia urinaria	
Terapia chirurgica	
Terapia riabilitativa del pavimento pelvico	
Esercizio terapeutico / Chinesiterapia	
Biofeedback	
Stimolazione elettrica funzionale	
Terapia manuale (pompage, trigger point, ecc.)	
Terapia comportamentale	
Elettrostimolazione intravescicale	
Neurostimolazione percutanea del nervo tibiale post.	
Neuromodulazione sacrale	
Addestramento all'autocateterismo intermittente	
Altre tecniche o strumenti riabilitativi, quali:	
Altre opzioni terapeutiche, quali:	

➢ Collaborazione con il territorio (percorsi assistenziali istituiti con medici di medicina generale e/o specialista, con strutture ospedaliere, con assistenza domiciliare)

.....
.....
.....

➢ Attività di ricerca scientifica

.....
.....
.....

➢ Altre disfunzioni pelvi-perineali trattate oltre l'incontinenza urinaria:

.....
.....
.....

MODALITÀ DELLE PRESTAZIONI (regime di ricovero, DH, attività ambulatoriale, attività intramoenia)

.....
.....
.....

Il comitato scientifico della FINCO si riserva di richiedere la documentazione attestante quanto dichiarato.

Per eventuali informazioni, rivolgersi a: .....

Infine chiediamo un vostro contributo alla raccolta dei dati sui centri Finco, per cui vi invitiamo qui a riportare i vostri suggerimenti a tal proposito.

.....
.....
.....

GRAZIE PER LA PREZIOSA COLLABORAZIONE

Appendice B – Censimento Centri FINCO

Finco si adopera per:

1. aiutare le persone a superare il senso di imbarazzo legato al problema dell'incontinenza; incoraggiandole a cercare aiuto; offrendo ascolto e risposte;
2. favorire una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo;
3. massimizzare l'accesso e la possibilità di scelta per affrontare l'incontinenza urinaria;
4. ottenere la rimborsabilità dei farmaci per la continenza;
5. ottenere dispositivi medici contenitivi di "qualità", garantendo la libera scelta;
6. costruire sul territorio nazionale bagni pubblici;
7. ottenere una legge nazionale ad *hoc*;
8. istituire in ogni provincia "Centri per la riabilitazione, la cura e la prevenzione dell'incontinenza";
9. sensibilizzare al problema opinione pubblica, istituzioni e mass-media, grazie alla "**Giornata nazionale per prevenzione e la cura dell'incontinenza**", sostenuta dal Ministero della Salute, che ogni anno si svolge il **28 Giugno**. (istituita con Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006. G.U. n. 186. 11 Agosto 2006).

Per perseguire gli scopi sopra elencati, FINCO ha creato una fitta rete di Centri sparsi su tutto il territorio nazionale che affrontano il problema dell'incontinenza e che riunisce associazioni dei pazienti, professionisti della salute (medici, ostetriche, infermieri, fisioterapisti, psicologi), istituzioni e strutture sanitarie.

Ogni centro ospedaliero, ambulatorio o clinica riabilitativa può chiedere l'affiliazione alla FINCO compilando un questionario con richiesta di affiliazione. Il Comitato Scientifico della FINCO provvede quindi a vagliare le richieste e a concedere o meno l'affiliazione, a seconda delle caratteristiche, per un periodo quadriennale rinnovabile,.

I centri FINCO sono numerati per codici (Verde per l'incontinenza urinaria e Rosso per quella fecale) e identificabili tramite una targa inviata dall'Associazione, che viene esposta nei rispettivi reparti o sale d'attesa.

I centri attualmente accreditati con il Codice Verde sono 61, mentre quelli con il Codice Rosso 14, per un totale di 75 centri accreditati. Sono distribuiti geograficamente in maniera equa rispetto alla popolazione di ogni singola Regione (*ad esempio: Trentino Alto-Adige 1.027.000 abitanti, un centro Cod. Verde; Lombardia 9.906.000 abitanti, cinque centri Cod. Verde)*, ma sono ancora assenti in alcune Regioni.

Al Nord sono dislocati 41 centri, al Centro 15, Sud e Isole ne contano 20.

Centri FINCO in Italia

Codice Verde – Incontinenza urinaria

Numero 1 Puglia

Azienda Sanitaria Locale di Bari
Unità Operativa di Urologia del Presidio Ospedaliero San Giacomo - Monopoli
(Centro Accreditato FINCO il 3 Dicembre 2005 – quadriennio 2006/09 riaccreditato FINCO quadriennio 2010-2014)
Largo Veneziani, 1 – Monopoli (Bari)
Direttore f.f. **dr. Limitone**
Caposala: Sig. **Paolo Russo**.
Le attività svolte presso la U.O. si articolano nei seguenti ambulatori:
ambulatorio per i pazienti urostomizzati
ambulatorio di uro-ginecologia
ambulatorio di uro-dinamica e riabilitazione del pavimento pelvico (*biofeedback*, e stimolazione elettrica funzionale), terapia chirurgica dell'incontinenza maschile e femminile.
Info: 080.4149269 – 080.4149268
E-mail: info.uromonopoli@libero.it
Sito web: www.asl.bari.it
Prenotazioni: CUP 080.4149269

Il Centro FINCO è aperto mercoledì e venerdì, dalle ore 09.30 alle 14.00.

Numero 2 Emilia Romagna

U.O. di Urologia dell'Ospedale Sant'Anna di Ferrara
Laboratorio di Urodinamica A.O. Universitaria di Ferrara Ospedale Sant'Anna
(Centro Accreditato FINCO il 3 Dicembre 2005 – quadriennio 2006/09 riaccreditamento 2010-2013)
Corso Giovecca, 203 – Ferrara
Direttore prof. **Gianrosario Russo**
Medici Addetti: **Giovanni Ughi**
Infermiere Professionali: **Diana Padovani e Alessandra Droghetti**
Le attività comunemente svolte dal Servizio di Uro-dinamica comprendono: visite ambulatoriali, esami uro dinamici, riabilitazione del pavimento pelvico.
Info: tel. 0532.236548 – fax 0532.236547

Il Centro FINCO è aperto dal lunedì al venerdì (lavorativi) dalle ore 08.00 alle 15.00.

Numero 3 Veneto

Azienda ULSS17 Este (Padova)
Unità Operativa Complessa di Urologia (Centro Accreditato FINCO il 19 febbraio 2010 – quadriennio 2010/14)
Via San Fermo, 10
Direttore Dr. **Antonino Calabrò**
Medici urologi addetti: **Elvino Comuzzi**, **Luca Pizzol**, **Massimiliano Zin e Domenico Battaglia**
Infermieri Professionali: **Elisa Venco**, **Luisella Samadello**, **Elisabetta Pittarello** e **Pierangela Crivellari**.
Prestazioni: visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, uro-dinamica invasiva, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna (introitale, perineale e trans vaginale), endoscopia urinaria e trattamenti chirurgici.
Info: 0429.618406
Sito web: www.ulss17.it

Il Centro è aperto tutti i lunedì mattina dalle ore 8.30 alle 13.30.

Numero 4 Emilia Romagna

Ospedale di Bologna
Servizio di Diagnosi e Trattamento dell'Incontinenza Urinaria Femminile (Centro Accreditato FINCO il 3 Dicembre 2005 – quadriennio 2006/09 riaccreditato Finco 2010-2014)
c/o Consultorio Roncati
Via S. Isaia, 94/A – Bologna
Medici addetti: **Roberta Consorte**
Prestazioni: prevenzione, diagnosi, trattamento, cistoscopia e esami urodinamici. Campagne informative, Corsi di Formazione e pubblicazioni scientifiche.
Info e prenotazioni: 051.6597344 (dalle 12 alle 13)
E-mail: Roberta.Consorte@ausl.bologna.it

Il Centro FINCO è aperto dal lunedì al venerdì (lavorativi) dalle ore 08.30 alle 18.00.

Numero 5 Liguria

Ente Ospedaliero Ospedali Galliera – Genova
Ambulatorio di Uroginecologia, Ostetricia e Ginecologia (Cento Accreditato FINCO il 22 settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via Alessandro Volta, 6 – 16128 Genova
Medico Responsabile Area Funzionale Uroginecologica: **Mauro Garaventa**

Medico Responsabile del Centro: **Mauro Garaventa** (ginecologo – responsabile area funzionale uro-ginecologica)
Medici addetti: **Giorgio Canepa** (urologo – ambulatorio uro-dinamica e neuromodulazione sacrale) e **Gian Andrea Binda** (chirurgo – ambulatorio di coloproctologia)
Infermiere Professionali: **Daniela Giordano** e **Eleonora Persi**
Ostetrica: **Antonella Satta**
Info: tel. 010.5634709 – fax 010.5634705
E-mail: mauro.garaventa@galliera.it
Prenotazioni: 010.5634709 tutti i giorni lavorativi dalle ore 12 alle 13.30

Il Centro è aperto nei giorni lavorativi dalle ore 07.00 alle 14.00 (chiusura agosto).

Numero 6 Sicilia

Ospedale "G.F. Ingrassia" di Palermo
U. O. Divisione di Ginecologia, Ostetricia e Servizio di Isterescopia (Cento Accreditato FINCO il 6 Dicembre 2006 – quadriennio 2007/10)
Corso Calatafimi, 1004 – Palermo
Primario: Dott. **Massimo Petronio**
E-mail: Ambulatorio (martedì lavorativo) ore 09.00 – 12.00
Medici addetti: **Vito Alberto Lentini**, **Dott. Pinzello Bruno**
Infermiera Professionale: **Isabella Bonanno**
Info: tel. 091.7033717 / 091.7033684 – fax 091.7033607
E-mail: massimopetronio@libero.it

Il Centro è aperto ogni giovedì lavorativo dalle ore 09.00 alle 12.00.

Numero 7 Lombardia

Ospedale "G. Fornaroli" di Magenta
Unità Operativa di Urologia e Unità Spinale – Recupero Paraplegici Neurologici (Centro Accreditato FINCO il 6 Dicembre 2006 – quadriennio 2007/10 riaccreditato FINCO 2011-2014)
Via dei Donatori di sangue, 50
Direttore: Prof. **Sandro Sandri**
Medici addetti: **Alberto Tagliabue** (urologo), **Marco Camazzola** (urologo) e **Monica Sommariba** (urologa)**, Dario Caimi, Piero Gualdoni, Bruno Gorgone, Matteo Marzotto, Walter Portalupi**
Psicologo: **Daniele Molmo**
Infermiere professionali: **Antonietta Trezzi**, **Iemma Dionisio**, **Alda Zarinelli** e **Elena Invernizzi, Venegoni Elisabetta, Chianura Loredana, Maria Luisa Alemani**
Info: tel. 02.97963300 fax 02.97963342
E-mail: sandro.sandri@ao-legnano.it

Il Centro FINCO è aperto dal lunedì al venerdì (lavorativi) dalle ore 08.30 alle 15.30.

Numero 8 Sicilia

Azienda A.R.N.A.S. Ospedale Civico di Palermo
Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia (Accreditato FINCO il 6 Dicembre 2006 – quadriennio 2007/10 riaccreditato FINCO quadriennio 2011-2014)
Piazza Leotta – Palermo
Primario Prof. **Luigi Alio**
Medico addetto al Centro: **Maria Concetta Accursio** (ostetrica – ginecologa e uro-ginecologa)
Ostetrica: **Agata Silvana Fontana**
Info: tel. 091.6662505- 091.6662509 fax 091.6662662

Il Centro FINCO è aperto dal lunedì al venerdì (lavorativi) dalle ore 09.00 alle 13.00.

Numero 9 Sicilia

Azienda Ospedaliera Umberto I – Siracusa
Divisione U.O.C. di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 6 Dicembre 2006 – quadriennio 2007/10 riaccreditato FINCO il 28 marzo 2011 – quadriennio 2011-2014)
Direttore Dr. **Gaetano De Grande**
Medici urologi addetti: **Giancarlo Rizza**, **Bartolomeo Lentini**, **Giuseppe Lapira**
Infermieri Professionali: **Rosa Moncada**, **Antonio Ragaglia**, **Francesco Tuccio**, **Antonino Barone** e **Paola Gervasi**
Info: tel. 0931.724005 – fax 0931.724006

Il Centro FINCO è aperto dal lunedì al venerdì (lavorativi), previa prenotazione al CUP dell'Ospedale.

Numero 10 Sicilia

Azienda Ospedaliera Papardo di Messina
U.O. di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 6 Dicembre 2006 – quadriennio 2007/10)
Contrada Papardo - Messina
Primario: **Dott. Salvatore Rotondo**
Medico addetto: **Pietro Pappa** (urologo)
Info: tel. 090.3996040 / 090.3992448
E-mail: urologia@aorpapardopiemonte.it
Sito web: www.aorpapardopiemonte.it

Il Centro FINCO è aperto ogni mercoledì lavorativo dalle ore 08.45 alle 13.30.

Numero 11 Lazio

Ospedale di Frosinone
Reparto di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 6 Dicembre 2006 – quadriennio 2007/10)
Viale Giuseppe Mazzini – Frosinone
Primario: Dott. **Vincenzo Corrado**
Medici addetti: **Tommaso Trementozzi** (urologo) e **Franco Chiappini** (urologo)
Infermieri Professionali: **Filomena Zarrelli** e **Teresa Colapietro**
Info: tel. 0775.1883238 / 0775.1883253 – fax 0775.884025

Il Centro FINCO è aperto:
lunedì: ore 09.30-13.00 – **martedì:** ore 08.30-13.00 – **giovedì**: ore 08.30-13.00.

Numero 12 Piemonte

Azienda Sanitaria Ospedaliera "San Luigi di Orbassano" Orbassano (TO)
Urologia Universitaria
(Centro Accreditato FINCO il 22 settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via Regione Gonzole, 10 – 10043 - Orbassano (TO)
Primario: Prof. **Roberto Mario Scarpa**
Medici addetti: **Ivano Morra** (specialista urologo)
Infermieri Professionali: **Liliana Davide** e **Daniela Rossi**
Info: tel. 011.9026757 (day hospital) / 011.9026533 – fax 011.9026743

Il Centro FINCO è aperto:
lunedì - endoscopia: ore 8-14 – **martedì** – flussometria ore 9-12, riabilitazione ore 9-12, indagini urodinamiche ore 9-12
mercoledì – indagini urodinamiche ore 9-12, visite ore 14-17 – **giovedì** - flussometria ore 9-12, riabilitazione ore 9-12
venerdì – riabilitazione ed endoscopia, tutta la giornata.

Numero 13 Sardegna

Università di Sassari - Dipartimento di Farmacologia, Ginecologia e Ostetricia
(Centro Accreditato FINCO il 22 settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Viale San Pietro, 12 – 07100 Sassari
Primario: Prof. **Salvatore Dessole**
Medico Responsabile del Centro: **Ermes Dònnolo** (specialista in ginecologia e ostetricia)
Medici addetti: **Giampiero Capobianco** (specialista in ginecologia e ostetricia, ricercatore universitario)
Ostetriche: **Giuseppina Saba, Albertina Zara**

Info: tel. 079.228261 / 079.228262 / 079.228264 – fax 079.228265
E-mail: dessole@uniss.it
Sito web: www.clinicaginecologicasassari.com

Il Centro è aperto nei giorni lavorativi dalle ore 09.00 alle 14.00.

Numero 14 Piemonte

Ospedale San Giacomo
UOC di Ostetricia e Ginecologia – Novi (AL)
(**Centro Accreditato FINCO il 22 settembre 2007 – quadriennio 2008/11**)
Via E. Raggio, 12 – 15067 Novi (AL)
Medici addetti: **V. Casagrande** (medico dell'UOC)
Infermieri professionali: **Patrizia Masini** e **Simona Muratore**
Ostetriche: **A. M. Montanari**
Info: tel. 0143.332461 / 0143.332356 – fax 0143.332460

Il Centro apre nei giorni dispari (lunedì, mercoledì e venerdì) dalle ore 8 alle 12.

Numero 15 Lombardia

Azienda Ospedaliera di Treviglio - Bergamo
Unità Dipartimentale di Urodinamica Neuro-Urologica ed Andrologica
(Centro Accreditato FINCO il 22 settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Piazzale Ospedale, 1 – 24047 Treviglio (BG)
Direttore: **Dr. Oreste Risi**
Medici addetti: **Brigida Rocchi** (ginecologo), **Nadia Ventura** (fisiatra), **Giampaolo Bonetti** (psico-sessuologo) e **Rossana Cestarolli** (fisioterapista) **Giuseppe Romeo Tecci** (urologo), **Alessandro Lanzani** (colonproctologo)
Infermiera Professionale: **Spreafico Chiara e Elena Butti**
Info: tel. 0363.424221 – fax 0363424490
E-mail: oreste_risi@ospedale.treviglio.bg.it
Sito web: www.ospedale.treviglio.bg.it

Il Centro FINCO è aperto dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle 16.

Numero 16 Marche

Azienda Sanitaria Unica Regionale – Zona Territoriale 7 Ancona
Presidio Ospedaliero di Osimo (AN) - Unità Operativa di Chirurgia D'Urgenza
(Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via Leopardi, 15 – 60027 Osimo (AN)

Sito web: Direttore: Dr. **Elio Fiore**
Medici addetti: Dr. **Diambrini** e Dr. **Gasparri**
Infermiere professionali: **M. Luccarini** e **M. Sciapichetti**
Info: tel. 071.7130659 / 071.7130682 – fax 071.7130680
E-mail: urosimo@tiscali.net - villanovaa@asurzona7.marche.it
Sito web: www.asurzona7.marche.it

Il Centro è aperto tutti i giorni lavorativi.

Numero 17 Trentino Alto Adige

Ospedale Civile di Bressanone
Reparto di Urologia
(Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via Dante Alighieri, 53 – 39042 Bressanone
Direttore: Dr. **Josef Gallmetzer**
Medici addetti: **Achim Herms** (specialista urologo), **Walter Reider** (ginecologo), **Venera Thalmann** (ginecologa) e **Alida Di Gangi** (psicologa)
Fisioterapiste specializzate: **Irmgard Malsiner**, **Katja Springeth**, **Lilly Unterkircher** e **Astrid Gamper**
Infermieri professionali: **Josefine Plieger** ed **Helga Vitroler** (specializzate per l'incontinenza e le stomie)
Info: tel. 0472.812920 – fax 0472.812929 / 0472.812939
E-mail: urologia@sb-brixen.it
Prenotazioni: tel. 0472.813974 / 0472.812939

Il Centro è aperto lunedì, martedì, giovedì e venerdì dalle ore 9 alle 15 – il mercoledì dalle ore 9 alle 17.

Numero 18 Lombardia

Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli – Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni
Struttura Semplice di Uroginecologia – Milano
(Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via Macedonio Melloni, 52 – 20129 Milano
Direttore: Dr. **Vincenzo Leone**
Medici addetti: **Vincenzo Leone** (uro-ginecologo), **Carla Di Pace** (ginecologa) e **Dott.ssa Spadaccini** (ginecologa)
Ostetriche: **Anna Chirico**
Info: tel. 02.6363317-3249 – fax 02.63633241
E-mail: enzoleone@fastwebnet.it

Il Centro è aperto dal lunedì al venerdì, dalle ore 9 alle 15.

Numero 19 Campania

Azienda Sanitaria Locale SA2
Presidio Ospedaliero San Francesco D'Assisi
Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia – **Battipaglia** – **Oliveto Citra** (SA)
(Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via Clemente – 84020 Oliveto Citra (SA)
Direttore: Dr. **Davide De Vita**
Medici Addetti: **Davide De Vita** (specialista in ginecologia-Ostetricia, assistente in formazione in urologia)
Ostetriche: **Alfonsina Rosalia**
Info: tel. 0828.797143 – fax 0828.793297
E-mail: davidedevita@tiscali.it
Sito web: www.aslsalerno2.it
Prenotazioni: CUP. 0828.797150

Il Centro è aperto ogni lunedì lavorativo dalle ore 11 alle ore 13 (previo appuntamento CUP).

Numero 20 Toscana

Ospedale Santa Maria Annunziata – Bagno a Ripoli (FI)
Unità Operative di Chirurgia d'Urgenza
(Centro Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via dell'Antella – Bagno a Ripoli (Firenze)
Direttori Prof. **Riccardo Bartoletti**
Medici addetti: Dr. **Bongini** (urologo), Dr. **Farina** (urologo) e **Maria Teresa Scozzari** (ginecologa)
Infermieri professionali: **Roberta Gori**, **Roberta Barchi** e **Daniela Berlingioni**
Fisioterapista: **Marilena Carbonaro**
Ostetriche: **Paola Guerrini, Elisabetta Galanti, Mery Malavolti** e **Laura Vitellozzi**
Info: tel. 055.6936752 – fax 055.2496280
E-mail: Riccardo.Bartoletti@asf.toscana.it

Il Centro è aperto il martedì e giovedì lavorativi, dalle ore 8.30 alle 14.

Numero 21 Campania

II Università di Napoli – Azienda Universitaria Policlinico – D.A.S. di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia
(Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Largo Madonna delle Grazie, 1 – 80138 Napoli
Direttore: Prof. **Nicola Colacurci**

Medici addetti: **Nicola Colacurci** (Ordinario Ginecologo – Direttore D.A.S.), **Marco Torella** (dottorando), **Luigi Brusciano** (coloproctologo), **Marco De Sio** (urologo), **Raffaele Gimigliano** (Direttore Fisiatra) e **Roberto Grassi** (radiologo)
Ostetrica: Sig.ra **Pellino Angela**
Info: tel. 081.5665620 – fax 0815665610
E-mail: Nicola.Colacurci@unina2.it
Sito web: www.unina2.it

Il Centro è aperto ogni giorno lavorativo (lunedì/venerdì) dalle ore 8.30 alle 14.

Numero 22 Veneto

Ospedale Civile San Bartolo – Vicenza
Unità Operativa di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 22 settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via Rodolfi, 37 – Vicenza
Direttore: Prof. **Andrea Tasca**
Medici addetti: **Giuseppe Benedetto** (urologo) e **Enrico Scremin** (urologo)
Infermieri professionali: **Elisabetta Zaccaria** e **Paola Turri**
Info: Telefax 0444-753849
E-mail: segreteria.urologia@ulssvicenza.it
Sito web: www.ulssvicenza.it

Il Centro, per l'urodinamica apre il lunedì dalle ore 9 alle 13. Il 1° lunedì del mese dalle ore 9 alle 13 per la videourodinamica. Per l'uroflussometria le giornate sono il martedì e giovedì pomeriggio, dalle ore 15 alle 19. L'Ambulatorio Divisionale apre tutti i giorni dalle ore 8.30 alle 13.

Numero 23 Sicilia

Azienda Sanitaria Locale n. 5 Messina
Ospedale "SS. Salvatore" Mistretta (ME)
Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia
(Centro Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via A. Salomone – 98073 Mistretta (Messina)
Direttore: Dr.ssa **Ilaria Davì**
Medici addetti: **Francesco Caputo** (ginecologo) e **Enzo Sanzarello** (ginecologo consultorio)
Infermieri: **Maria Caputo**, **Gaetana Porcello** e **Domenica Casentino**.
Ostetriche: **Grazia Di Marco**, **Sebastiana Cocchiara** e **Anna Maria Galipò**
Assistente sociale con ADI: Dr.ssa **Lutri Calopera**
Info: tel. 0921.389239 – Fax 0921.389227
E-mail: ginecologiamistretto@libero.it

Il Centro è aperto il mercoledì e giovedì lavorativi, alle ore 9 alle ore 12.

Numero 24 Toscana

Ospedale Santa Maria Alle Scotte – Siena
Centro Medico Chirurgico per l'Incontinenza Urinaria
(Centro accreditato FINCO il 22 settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Viale Bracci, 16 – Siena
Direttore: Prof. **Felice Petraglia**
Medico addetto: **Anna Bernabei** (specialista in ostetricia e ginecologia)
Medici addetti al "Centro per la Riabilitazione del Pavimento Pelvico": **A. Piccolòmini** (coloproctologo), **F.M. Mattei** (urologo) e **Olivelli** (neurologo).
Info: tel. 0577.586602 / 0577.586603 – fax 0577.233454
E-mail: cesa@unisi.it

Il Centro visita il lunedì e martedì mattina, dalle ore 9 alle ore 13.

Numero 25 Abruzzo

Università degli Sudi "Gabriele D'Annunzio" Chieti
Policlinico SS. Annunziata – Clinica Urologica
(Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via dei Vestini – 66100 Chieti
Direttore: Prof. **Raffaele Tenaglia**
Medici addetti: **Romina Iantorno**, **Pasquale Criniti**, **Vincenzo Maria Altieri**, **Giuseppe Coschignano**, **Miranda Di Matteo** (Ass. Sanitaria), **Manuela Mucci** (ginecologa), **Giuseppe Ricciardulli** (ginecologo), Dr. **Marco Liberati** (ginecologo) e **Grazia Camastra** (ginecologa).
Infermieri professionali: **Francesco D'Angelo**, **Pia Ponzetti**, **Maurizio Canta**
Prestazioni: visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, test neuro-fisiologici, ecografia ad domino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, trattamenti chirurgici
Info: tel. 0871.358253 – fax 0871.552080
E-mail: r.tenaglia@unich.it

Il Centro visita dal lunedì al giovedì dalle ore 8.30 alle 12.30.

Numero 26 Lazio

Colombo Studio Medico Specialistico s.r.l. – Roma
(Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via Tiberio Imperatore,19 – Zona C. Colombo Eur – 00145 Roma
Direttore Sanitario: Dott. **Francesco D'Adamo**
Medici addetti: **Massimo Alegiani** (ginecologia/ecografia), **Stefania Cuzari** (Urologa), **Isabella Meldolesi** (ginecologa), **Gianfranco Ortolani** (urologo), Dott. **Giancarlo Perticone** (ginecologo), **Giorgio Vencenti** (uro-andrologo).
I.P.: **Giusy Magnorfi**

Prestazioni: visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, test neuro-fisiologici, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna, ecografia con sonda rotante, riabilitazione del piano perineale e coloproctologia, elettrostimolazione funzionale del piano perineale, laboratorio analisi cliniche, radiologia, risonanza magnetica, TAC, fisioterapia, etc.
Info: tel. 06.59649955 / 06.5417397 – fax 06.5417397
E-mail: info@colombolab.com

Il Centro visita dal lunedì al sabato, dalle ore 7.30 alle 20.

Numero 27 Piemonte

Ospedale Specializzato in Recupero e Rieducazione Funzionale – Torino
Presidio San Camillo
(Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Strada Santa Margherita, 136 – 10131 Torino
Medici addetti al Centro: **Martini** (fisiatra)
Fisioterapisti: **Serena Balocco, Stefania Bernardini, Katia Piretta**
Infermiera: **Sig.ra Santina Carollo**
Al Centro afferiscono diverse figure professionali: fisioterapiste dedicate, psicologo, infermiere dedicate per personale d'ambulatorio e DH, servizio di fisioterapia per patologie associate, terapia occupazionale, etc.
Info: tel. 011.8199411 – fax 011.8199431
Sito web: www.h-sancamillo.to.it

Il Centro è attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle 20.

Numero 28 Lazio

ASL Roma B – Policlinico Casilino
Unità Dipartimentale in Chirurgia Uroginecologica
(Accreditato FINCO il 22 Settembre 2007 – quadriennio 2008/11)
Via Casilina, 1049 – 00169 Roma
Direttore: Dr. **Stefano Dati**
Medici addetti: **F. Di Luzio** (ginecologo), **M. Di Stefano** (ginecologo), **R. Rocchi** (ginecologo), **D. Palma** (medico interno), **L. Iaconianni** (ginecologo per ecografie pelviperineali) e **B. Bottalico** (ginecologo per ecografie pelviperineali).
Infermieri: a rotazione.
Info: centralino tel. 06.231881 – 06.23188710
Sito: www.aslromab.it
E-mail: stefanodati@virgilio.it

Il Centro è aperto il giovedì dalle ore 9 alle ore 14, per le visite uroginecologiche e follow-up operatori. Il martedì dalle ore 9 alle ore 18 per gli esami urodinamici invasivi.

Numero 29 Puglia

Università degli Studi di Bari – A. O. Policlinico Bari
Divisione Ospedaliera di Urologia
(Accreditato FINCO il 19 aprile 2008 – quadriennio 2009/12)
Piazza Giulio Cesare, 11 – 70124 Bari (BA)
Direttore: Prof. **Arcangelo Pagliarulo**
Medici: **Gianfranco Giocoli Nacci** e **Dott. Gaetano de Rienzo**
Caposala: **Rosa Lagreca**
Servizi: Andrologia, Ecografia Urologica, Endourologia, E.S.W.L., Urodinamica, Urologia Ginecologia, Uroradiologia, laparoscopia, chirurgia mini-invasiva per l'incontinenza
Info: tel. 080.5595232 – fax 080.5594095
E-mail: a.pagliarulo@urologia.uniba.it
Sito web: www.policlinico.ba.it

Numero 30 Toscana

Azienda Ospedaliera Universitaria Senese
U.O.P. Riabilitazione Funzionale
(Centro Accreditato FINCO il 19 aprile 2008 – quadriennio 2008/11)
Viale Mario Bracci, 16 – 53100 Siena
Direttore: Dr.ssa **Marcella Pitzalis**
Coordinatrice del Servizio Disfunzioni Pavimento Pelvico: Dr.ssa **Marcella Pitzalis**
Fisioterapiste: **Cencini Martina**, **Martelli Lodovica** e Sig.ra **Stratini**
Le visite uro-ginecologiche sono effettuate senza prenotazione presso l'Ambulatorio diagnosi dell'incontinenza (dr.ssa Anna Barnabei) U.O. di Ginecologia ed Ostetricia, dell'A.O. U.S. 4° lotto, piano 5, stanza 6. Per le Disfunzioni del Pavimento Pelvico/ U.O.P. Riabilitazione Funzionale, lotto I, Piano 1S, Stanza n. 14.
Info: tel. 0577.585823 / 0577.586255 ore 12.30-14
Sito web: www.ao-siena.toscana.it

Il Centro è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 14 e lunedì e mercoledì pomeriggio.

Numero 31 Sardegna

ASL n. 7 Carbonia – P.O. Santa Barbara
Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia
(Centro Accreditato FINCO il 19 aprile 2008 – quadriennio 2008/11)
Via San Leonardo – 09016 Iglesias (Carbonia)
Direttore: Dott. **Giuseppe Santeufemia**
Medici addetti: **I. Serra (ginecologo), G.F. Altobelli (ginecologo),**

P.P. Agus (ginecologo), S. Santeufemia (ginecologa),
R. Etzi (ginecologa), R. Bargellini (ginecologa)
Ostetriche: **I. Ballai, L. Dessi, M. Olianas, P. Palmas, E. Ruvioli,**
M.G. Sitzia, L. Zara, M.G. Zara
I.P.: **A.M. Cardia**
Presso il centro è possibile effettuare: visite specialistiche ambulatoriali, ecografie pelviche TA e TV, visite uro ginecologiche e follow-up interventi, riabilitazione del piano perineale, chirurgia mini-invasiva per l'ncontinenza urinaria e i prolassi del pavimento pelvico con tecniche chirurgiche protesiche, laparoscopiche e non.
Info: tel. 0781-3922283 / 0781 3922286 – fax 0781-3922284
E-mail: ginigl@tiscali.it; giuseppesanteufemia@tiscali.it

Il centro è aperto lunedì e mercoledì dalle 9 alle 12.

Numero 32 Lazio

Ospedale S. Eugenio
U.O.C di Urologia
(Centro Accreditato FINCO 01 dicembre 2011 – quadriennio 2011-2015)
Piazzale dell'Umanesimo, 10 – Roma
Direttore: Prof. **Vincenzo Ferdinandi**
Medici Addetti: Dr. **Edoardo Tartaglia**(responsabile ambulatorio), Dr. **G. Baffigo**
Infermiera: **Laura Limongelli**
Presso il centro è possibile effettuare visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, ecografia addomino-pelvica, endescopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del piano perineale e trattamenti chirurgici.
Info: tel. 06.51002304 – fax 06.51002306
E-mail: edoardo.tartaglia@gmail.com

Il centro è aperto venerdì pomeriggio dalle ore 14.00 alle ore 16.00 e mercoledì mattina dalle ore 08.00 alle ore 12.00.

Numero 33 Piemonte

GINTEAM - Studio Associato Del Tetto/Camanni – Ginecologia Mini-invasiva
Corso Marconi, 37 – 10125 Torino
(Centro Accreditato FINCO il 28 marzo 2009 – quadriennio 2009/12)
Direttori struttura: Dr. **Camanni/Del Tetto**
Medici addetti: **Giorgio Febo**, **Emanuela Mistrangelo** e **Barbara Ferrero**
Ostetrica: **Giovanna Gariglio**
Osteopata: **Giuseppina Magliano**
Prestazioni: Visite specialistiche ambulatoriali, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna riabilitazione del piano perineale e trattamenti chirurgici.

Info: tel. 011.6698882 – fax 011.6501012
E-mail: info@ginteam.it
Sito web: www.ginteam.it

Il Centro è aperto mercoledì mattina ore 9-12.30 – mercoledì pomeriggio ore 14-17.30.

Numero 34 Campania

Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" Avellino
Unità Operativa di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 28 marzo 2009 – quadriennio 2009/12)
C.da Amoretta – 83100 Avellino
Direttore: Prof. **Virgilio Cicalese**
Medici addetti: **Paolo Sambroila**, **Gennaro Micheletti** e **Anna Rita Cicalese, Dr. Antonelli**
Infermiere: **Pasqualina Capobianco**
Prestazioni: Visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, ecografia addomino-pelvica, endoscopia urinaria e trattamenti chirurgici.
Info: tel. 0825.203151 – fax 0825.203267 – Portineria: 0825.203307
E-mail: annaritacicalese@libero.it
Prenotazioni: CUP 0825.203294

Il Centro è aperto martedì e venerdì, dalle ore 9 alle 14.

Numero 35 Piemonte

ASL TO1 Presidio Ospedale Martini – Torino
S. C. Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 28 marzo 2009 – quadriennio 2009/12)
Via Tofane, 71 – Torino
Direttore: **Dr. Leopoldo Comi**
Nella struttura ci sono urologi, un infermiere professionale e la Dr.ssa **Enrica Agù** (fisioterapista)
Prestazioni: Visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del perineo, neuromodulazione sacrale e trattamenti chirurgici.
Info: tel. 011.70952527 – fax 011.70952327
E-mail: kika.fisio@libero.it
Sito web: www.aslto1.it

Il centro è aperto dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle 15.30.

Numero 36 Puglia

Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza" San Giovanni Rotondo (FG)
Unità Operativa Compessa di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 28 marzo 2009 – quadriennio 2009/12)
Viale Padre Pio – 71013 San Giovanni Rotondo (FG)
Direttore: Prof. **Antonio Cisternino antonio.cisternino@libero.it**
Medici: **Ercole Beccia**, **Antonio Colella**, **Giuseppe Cretì** (Resp. Struttura Urologia pediatrica), **Michelina Croce**, **Fernando Gatta**, **Costanzo Latiano**, **Michele Morcaldi**, **Antonio Rosati**, **Matteo Santodirocco**, **Nicola Sebastio** e **Pasquale Setola**.
Infermieri: **Maria Martino** (coordinatrice infermieri), **Pio La Torre** (Enterostomista), **Francesco Lauriola** (enterostomista), **Assunta Martino**, **Clementina Miscio**, **Vittoria Natale**, **Maria Ruberto**, **Giovanni Santoro** e **Nicola Taronno**.
Prestazioni: Visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, video-urodinamica, e test neurofisiologici, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del perineo, neuromodulazione tibiale, neuromodulazione sacrale e trattamenti chirurgici.
Info: tel. 0882.416357 / 0882.410692
E-mail: urologia@operapadrepio.it
Sito web: www.operapadrepio.it

Il centro è aperto dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.30 alle 13.30.

Numero 37 Emilia Romagna

Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma
Unità Operativa di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 28 marzo 2009 – quadriennio 2009/12)
Via Gramsci,14 Parma
Direttore: Prof. **Pietro Cortellini**
Medici: **Silvia Meli**, **Fornia Samanta**, **Nicola Azzolini e Antonio Barbieri**
Psicologa: **Antonietta Albano**
Altri Collaboratori specialisti Urologi: **Stefania Ferretti** e **Francesco Ziglioli**.
Infermieri: **Monica Giuffredi** e **Caterina Tondi**.
Prestazioni: Visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, video-urodinamica, ecografia addomino-pelvica, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del perineo, neuromodulazione tibilae, neuromodulazione sacrale e trattamenti chirurgici.
Centro di Riferimento nazionale: sfinteri artificiali maschili e femminili.
Info: tel. 0521.702182 / 0521.702764 – fax 0521.702185
E-mail: samantafornia@yahoo.it
Sito web: www.ao.pr.it

Il centro è aperto il lunedì e giovedì mattina (Riabilitazione); martedì e mercoledì mattina (Esami urodinamici); giovedì pomeriggio (Visite ambulatoriali); venerdì mattina (Uroflussimetrie).

Numero 38 Sicilia

Regione Sicilia Azienda Ospedaliera Villa Sofia – CTO Palermo
Unità Operativa Medicina Fisica e Riabilitazione
(Centro Accreditato FINCO il 28 marzo 2009 – quadriennio 2009/12)
Via del Fante, 60 – 90146 Palermo
Direttore: Dr.ssa **Concetta Conti**
Medico responsabile: Dr.ssa **Concetta Conti**
Medici: **Concetta Conti** (Dirigente medico fisiatra), **Maria Rosaria Bellipanni** e **Leonardo Pellegrino**.
Prestazioni: visite specialistiche ambulatoriali, riabiltazione del piano perineale e elettrostimolazione funzionale del piano perineale.
Info: tel. 091.7808413 – fax 091.7808494
E-mail: medicinafisicariabilitazione@villasofia.it; leonardo.pellegrino0@alice.it; concetta.conti@tiscali.it
Sito web: www.villasofia.it

Il centro è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 14.

Numero 39 Toscana

Nuovo Ospedale del Mugello – Borgo San Lorenzo (Firenze)
Servizio di Uroginecologia
(Centro Accreditato FINCO il 28 marzo 2009 – quadriennio 2009/12)
Viale della Resistenza – 50032 Borgo San Lorenzo (FI)
Direttore: Dr. **Alessandro Fedi**
Medici addetti: **Massimo Fabbiani** (uro-ginecologo), **Roberto Lucchetti** (Dirigente medico) e **Elena Botti** (Dirigente medico).
Ostetriche: **Donatella Olmi**, **Manuela Alterini** e **Rossella Gualtieri**.
Fisioterapiste: **Grazia Zeroni** e **Nicoletta Lombardi**.
Prestazioni: Visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del perineo e trattamenti chirurgici. Servizio di diagnosi precoce e cura dei difetti perineali nel post-partum.
Info: tel. 055.8451266 – fax 055.8451252 / 338.7065645 (Dr. **Massimo Fabiani**)
E-mail: massimo.fabbiani@asf.toscana.it
Sito web: www.asf.toscana.it

Il centro è aperto il mercoledì e venerdì (diagnostica).

Numero 40 Veneto

Ospedale "San Bassiano" Bassano del Grappa (Vicenza)
Struttura Complessa di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 28 marzo 2009 – quadriennio 2009/12)
Via dei Lotti, 40 – Bassano del Grappa (Vicenza)
Direttore: Dr. **Celìa Antonio**
Medici addetti: **Adara Caruso** e **Guglielmo Zeccolini**.
Infermieri: **Fabiola Caregnato**, **Antonella Ferraro**, **Monica Pettenuzzo**, **Rosa Azzolin** e **Paola Bordignon**.
Prestazioni: Visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, video-urodinamica, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del perineo e trattamenti chirurgici.
Info: tel. 0424.888416 – fax 0424.888417 recapito
E-mail: anna.volpato@aslbassano.it; adara.caruso@aslbassano.it
Sito web: www.aslbassano.it
Prenotazioni: CUP **800.038990**

Il centro è aperto il lunedì ore 8.30-12.30 – mercoledì ore 8.30-12.30 – venerdì ore 8.30-12.

Numero 41 Toscana

Ospedale "Campo di Marte" – Lucca
Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia
(Centro Accreditato FINCO il 28 marzo 2009 – quadriennio 2009/12)
Indirizzo: Via dell'Ospedale – 55100 LUCCA (LU)
Direttore: Prof. **Gian Luca Bracco**
Medici: **Gian Luca Bracco** e **Mariella Lenci**
I.P.: **Isabella Grassi**, **Miriam Moncini, Elena Natalini, Rosetta Casciani, Barbara Guidotti**
Ostetricia: **Bernardini Paola, Fantoni Giulia, Antichi Stefania, Curcio Lucia**
Servizi: visite specialistiche, ecografia addomino pelvica, ecografia pelvi-perineale, elettrostimolazione funzionale piano perineale e trattamenti chirurgici, BFB, chinesiterapia, trattamenti chirurgici per prolasso utero-vaginale (chirurgia fasciale, chirurgia protesica single incision con conservazione utero) e per incontinenza urinaria da sforzo (TVTO e minisling).
Info: tel. 0583.970218 – fax 0583.970108
Centro Multidisciplinare Riabilitazione Pavimento Pelvico: 0583.970572
E-mail: glbracco@tin.it
Sito web: www.usl2.toscana.it

Il centro è aperto il lunedì, martedì e giovedì: ore 9.00-12.00.
Ambulatorio Riabilitazione Pavimento Pelvico: lunedì e venerdì ore 8.30-13.00 – mercoledì 14.30-18,00

Numero 42 Campania

Azienda Ospedaliera Rummo – Benevento
Unità Operativa Complessa di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 10 ottobre 2009 – quadriennio 2009/13)
Via dell'Angelo, 1 – 82100 Benevento
Direttore: Dr. **Luigi Salzano**
Medico Responsabile Centro: Dr. **Antonio Quaranta**
Infermieri: **Serafino Girardi** e **Antonietta Raffa**
Fisioterapisti: **Di Nicola Carmine**
Ostetrica: **Gelsomina Pannella**
Prestazioni: Visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del piano perineale, neuromodulazione sacrale e trattamenti chirurgici. Trattamento con tossina botulitica e Ambulatorio per urostomizzati.
Info: tel. 0824.57473 / 82 / 83 / 89
Sito web: www.ao-rummo.it

Il centro è aperto il lunedì, martedì e giovedì dalle 9.00 alle 13.00 e su appuntamento.

Numero 43 Puglia

Fondazione Salvatore Maugeri – Cassano Murge (Bari)
Unità Operativa di Neuroriabilitazione e Unità Spinale IRCCS
(Centro Accreditato FINCO il 28 marzo 2009 – quadriennio 2009/12)
Via per Mercadante, km 2 – 70020 Cassano Murge (Bari)
Direttore: Dr. **Roberto Nardulli**
Medici addetti: Dr. **Roberto Nardulli** (Responsabile U.O.) e Dr. **Ernesto Losavio** (neurologo/fisiatra), Dr. **Vincenzo Montillo** (neurologo/fisiatra)
Infermieri: **Patrizia Policoro** e **Anna Sorresso**, **Deborah Ciracira**, **Luciana Colangiulo**, **Antonella Di Mita**
Fisioterapisti: Dr.ssa **Maria Ripesi** (Coordinatore Area Riabilitativa), Dr.ssa **Lucia Dileo** (Coordinatore FT. Neurologia) e **Antonia Iannoni** (Riabilitazione del pavimento pelvico) **Isabella Scarola**.
Prestazioni: uroflussometria, urodinamica invasiva, test neurofisiologici, riabilitazione del piano pelvico, diagnosi e cura di vescica e intestino neurologici e delle funzioni genito-sessuali.
Info: tel. 080.7814111/290/294/222/269/283/215 – fax 080.7814383/328
E-mail: roberto.nardulli@fsm.it; ernesto.losavio@fsm.it; maria.ripesi@fsm.it lucia.dileo@fsm.it; debby.cira@hotmail.it
Sito web: www.fsm.it/ist_cassano

Numero 44 Campania

Studio CIEFFEMME
(Centro Accreditato FINCO il 10 ottobre 2009 – quadriennio 2009/13)
Via Veneto, 6 – 80016 Marano di Napoli (NA)

Direttore: Dr. **Renato Grispello**
Medici Responsabili: Dr. **Ferdinando Mariniello** (Resp. Coordinatore Medici – Fisiatra), Dr. **Aniello Piscopo** (urologo), **Sergio Bertogliatti** (Fisiatra) e Dr.ssa **Alberta Casella** (psicologa), Dr. **Gennaro Battiloro** (Medico Fisiatra)
Fisioterapisti: **Giampiero Camardella** e **Cassese Pasquale**
Ginecologo: Dr. **Carlo Avitabile**
Prestazioni: Visite specialistiche ambulatoriali, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del piano perineale, neuromodulazione tibiale e sacrale, trattamenti chirurgici (*n.d.r.: possibilità di invio del paziente presso struttura accreditata per eventuali trattamenti chirurgici*).
Info: tel. 081.7131461 / 081.7132409
E-mail: ferdinandomariniello@inwind.it – studiocieffemme@pec.it

Il Centro è aperto dal lunedì al venerdì, dalle ore 8.00 alle 19.30.

Numero 45 Lazio

Ospedale San Giovanni
UOSD di Uroginecologia
(Centro Accreditato FINCO il 10 ottobre 2009 – quadriennio 2009/13)
Via dell'Amba Radam, 9 – 00100 Roma
Direttore: Dr. **Dario Busatta**
Medici Responsabili: Dr. **Pasquale Vitullo (**Dirigente medico-ginecologo**)**
Infermieri: **Maria Grazia Piras**
Caposala: **Cosimo Costante**
Giorni e orari d'apertura: tutte le mattine dalle ore **07.30 alle 19.30.**
Il lunedì, martedì, giovedì e venerdì dalle ore 15.00 alle 16.30
Prestazioni: Visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, test neurofisiologici, ecografia addomino-pelvica, ecografiua pelvi-perineale nella donna, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del piano perineale, neuromodulazione sacrale e trattamenti chirurgici. Instillazioni vescicali con farmaci.
Info: tel. 06.77055774 – fax 06.77055550
E-mail: dbusatta@libero.it
Sito web: www.hsangiovanni.roma.it

Numero 46 Sicilia

Azienda Ospedaliera Villa Sofia – CTO Palermo
Unità Operativa di Urologia Ginecologica "Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi e la Cura dell'Incontinenza Urinaria Femminile"
(Centro Accreditato FINCO il 10 ottobre 2009 – quadriennio 2009/13)
Piazzetta Salerno n. 1 – 90146 Palermo

Direttore: Dr. **Biagio Adile**
Medici addetti: Dr. **Giorgio Gugliotta** (Uroginecologo), Dr. **Mario Pitarresi** (colonproctologo), Dr.ssa **Patrizia Speciale**, Dr.ssa **Delia Febo**
Infermieri: **Maria Giampino**, **Ninfa Maria Grispo**, Sig.ra **Ropsa Biondolillo**
Psicologa: Dr.ssa **Concetta Valerio (volontaria)**
Segreteria: Sig.r **Giuseppe Canora**
Le prenotazioni si possono effettuare telefonicamente allo tutte le mattine dal Lunedì al Venerdì oppure presso il sito. Presso il Centro è possibile effettuare un completo workup uro-ginecologico sia obbiettivo che strumentale (esame urodinamico completo, cistoscopia, ecografia del pavimento pelvico) per la diagnostica dell'incontinenza urinaria femminile e delle alterazioni della statica del pavimento pelvico. Workup coloproctologico (manometria rettale) nella diagnostica della defecazione ostruita e del prolasso rettale. E' possibile eseguire il trattamento con farmaci per instillazione endovescicale (EMDA) per la cura della cistite interstiziale, delle cistiti batteriche ricorrenti e della vescica iperattiva. Si effettua la stimolazione del nervo tibiale (PTNS) nel trattamento della vescica iperattiva e del dolore pelvico cronico. Trattamento chirurgico del prolasso uterovaginale, dell'incontinenza urinaria da sforzo, del cistocele con tecniche chirurgiche miniinvasive protesiche e non. Trattamento chirurgico di tutte le patologie del basso tratto urogenitale che si avvalgono della competenza uroginecologica (diverticoli, fistole, caruncole uretrali). Per il trattamento chirurgico il Centro dispone di sei posti letto presso l'U.O. di Urologia della stessa Azienda Ospedaliera.
Info: tel. 091.7808070
E-mail: urogynvillasofia@tiscali.it
Sito web: www.urogynvillasofia.it

Il Centro è aperto nei giorni dispari (lunedì, mercoledì e venerdì) dalle ore 08.00 alle 14.00, i giorni pari (martedì e giovedì) dalle ore 08.30 alle 16.00.

Numero 47 Liguria

Ospedale San Paolo – Savona
S.C. Ostetricia e Ginecologia – Padiglione Astengo
(Centro accreditato FINCO il 2 luglio 2010 – quadriennio 2010-2013)
Via Genova, 30 – 17100 Savona
Primario: Prof. **Salvatore Garzarelli**
Medici: **Michele Parodi** e **Chiara Nadalini**
Infermiera: Sig.ra **G. Dagnino**
Psicomotricista: Sig.r **R. Barberise**
Ostetrica: Sig.ra **Besazzi Claudia**
Info: tel. 019.8404884 / 019.8404345 – fax 019.8404955
E-mail: salgarz@libero.it; chiaranad@hotmail.com

Numero 48 Veneto

ULSS 22-Bussolengo – Verona
Ospedale di Isola della Scala
Unotà Operativa di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 2 luglio 2010 – quadriennio 2010-2013)
Via Roma, 60 – Isola della Scala (VR)
Primario: Dr. **Giuseppe Pecoraro**
Medici: **Giuseppe Pecoraro**, **Giovanni Olivo**, **Luigi Motta**, **Rossella Bertoloni**, **Michele Amenta**, **Egidio Marzoli**, **Sonci**, **Alangelovic**
Infermieri: **Antonella Givanni**
Info e prenotazioni: tel. 045.6648522 – fax 045.7302588
E-mail: rbertoloni@gmail.com

Numero 49 Lombardia

Università Degli Studi Di Milano Ospedale San Giuseppe – Milano Cuore
U.O. di Urologia Clinica Urologica
(Centro Accreditato FINCO il 2 luglio 2010 – quadriennio 2010-2013)
Via San Vittore, 12 – 20143 Milano
Direttore: Dr. **Andrea Guarnieri**
Medico: Dr. **Andrea Ceresoli**
Infermieri: **Domenico Quartuccio** e **Silvana Comatidis**
Ostetrica: **Guida Dialma**
Info: tel. 02.85994751 / 02.85994149-4143-4147
Sito web: www.oh-fbf.it

Numero 50 Lombardia

Politerapica (Terapia della Salute) – Seriate (Bergamo)
Via Nazionale, 93– 24068 Seriate
(Centro Accreditato FINCO il 13 gennaio 2011 – quadriennio 2011-2014)
Direttore: Dr. **Pasquale Intini**
Medici: Dr. **Pietro Agostini** (fisiatra), Dr. **Oreste Risi** (urologo), Dr. **Gianni Daudino** (ginecologo) e **Dr. Sergio Agradi** (proctologo)
Ostetriche: **Monica Vitali**, **Raffaella Ferrara** e **Annalisa Guarnieri**
Fisioterapisti: **Katia Franchina**, **Ilaria Riua**, **Mario Turolla** e **Elena Bratti**
Info: tel. 035.298468
E-mail: info@politerapica.it
Sito web: www.politerapica.it

Numero 51 Liguria

ASL 1 Imperia
Unità Operativa Divisione di Ginecologia e Ostetricia
(Centro Accreditato FINCO il 13 gennaio 2011 – quadriennio 2011-2014)
Via S. Agata, 57 – 18100 Imperia
Direttore: Prof. **Franco Gorlero**
Medici: Dr.ssa **Matilde Glorio** (ginecologa - referente servizio urologia) e Dr.ssa **Marina Giordano** (ginecologa addetta servizio di ecografia perineale)
Infermiere: Sig.ra **Eva Carlevarino** e **Barbara Buccini**
Info: tel. 0183.537206 / 309 – fax 0183.537397

Numero 52 Basilicata

Azienda Sanitaria Locale di Matera
Ospedale Madonna delle Grazie
Ambulatorio di Urodinamica
(Accreditato FINCO il 13 gennaio 2011 quadriennio 2011-2014)
Contrada Cattedra Ambulante – 75100 Matera
Direttore: Dr. **Giuseppe Disabato**
Medici Addetti: Dr. **Vito Mancini** e Dr. **Italo Veneziano**
Infermiera: **Norma Nobile**
Uro-Riabilitatore: **Davide Di Prima**
Info: tel. 0835.253217 – fax 0835.255497
Sito web: www.asmbasilicata.it

Numero 53 Puglia

Azienda Sanitaria Locale Bari
Presidio Ospedaliero San Paolo – U.O. Ostetricia e Ginecologia
(Accreditato FINCO il 13 gennaio 2011 – quadriennio 2011-2014)
Via Caposcardicchio – 70123 – Bari
Direttore: Dr. **M. Brattoli**
Medici: Dr.ssa **Giovanna Scaraggi**, Dr. **Francesco Carluccio**
Ostetriche: **Maria Berardi**, **Virginia Terlizzi**
Psicologa: **Claudia Aufieri**
Info: tel. 080.5843668 / 080.5843388 fax. 080.5843663
E-mail: giannascaraggi@libero.it
Sito web: www.asl.bari.it

Numero 54 Campania

ASL NA3 SUD
Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Pietà"
(Centro Accreditato FINCO il 13 gennaio 2011 – quadriennio 2011-2014)
U.O. Ginecologia
Via Seminario, 1 – 80035 Nola (Na)
Direttore: Dr. **Cosimo Ricco**
Medici Resposabili: Dr. **Oscar Primario** (ginecologo)
Ostetriche: Sig.ra **Ruggiero**, Sig.ra **Eaco**
Info: tel. 081.8229220 (Stanza Prof. Ricco) – 081.8223126 (reparto)
E-mail: cosimoricco@tin.it

Numero 55 Puglia

Ospedale di Copertino (LE) "SAN GIUSEPPE DA COPERTINO"
U.O.C Ostetricia-Ginecologia
(Centro Accreditato FINCO 01 dicembre 2011 – quadriennio 2011-2015)
Via Carmiano – 73043 Copertino (LE)
Medici Addetti: Dr.ssa **D'Oria Grazia**, Dr.ssa **Caretto Simona** e Dr. **Balzani Oreste**
Ostetriche: **Salvatore Angela**, **Chirivì Maria**
Caposala: **Potenza Anna**
Presso il centro è possibile effettuare visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna (introitale, perineale, transvaginale), endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del piano perineale e trattamenti chirurgici.
Info: tel. 0832.936353 / 0832.302855 – fax 0832.936315
E-mail: aperrone5@alice.it

Il centro è aperto il martedì e il venerdì dalle ore 11.00 alle ore 13.00.

Numero 56 Lazio

Ospedale San Camillo De Lellis
Centro Dipartimentale di Uroginecologia
(Centro Accreditato FINCO 01 dicembre 2011 quadriennio 2011-2015)
Viale Kennedy, 1 – 02100 Rieti
Direttore: Dott.ssa **Santielli**
Medici Addetti: Dr. **Gabriele Bernardinetti** e Dr. **Gianni Martis**
Infermieri Professionali: **S. Nobili**, **B. De Angelis**, **B. Santoboni**, **R. Massimiliani** e **S. Simeoni**
Ostetriche: **Alessandra Rinaldi**, **Ivana De Gasperis** e **Daniela Ciambotti**
Presso il centro è possibile effettuare visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella

donna (introitale, perineale, transvaginale), endescopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del piano perineale e trattamenti chirurgici.
Info: tel. 0746.278335 – fax 0746.278200

Il Centro è aperto il Lunedì dalle ore 15.00 alle ore 17.00, martedì dalle ore 09.00 alle ore 13.00, mercoledì dalle ore 09.00 alle ore 12.00 e dalle ore 15.00 alle ore 17.00 e giovedì dalle ore 15.00 alle ore 17.00.

Numero 57 Campania

Clinica Mediterranea
U.O. Ostetricia e Ginecologia
(Centro Accreditato FINCO il 17 marzo 2012 – quadriennio 2012-2016)
Via Orazio, 2 – Napoli
Direttore: Prof. **Vittorio Leonessa**
Medici Resposabili: Dr. **Pasquale Nocerino**, Dr. **Antonio Cherubini**, Dr. **Ciro Luise**
Infermiera: Sig.ra **Giuseppina Tarantino**
Prestazioni: visite specialistiche ambulatoriali, uroflussometria, urodinamica invasiva.
Tel. 081.7259222 / 111 – fax: 081.7259777
E- Mail: **ostetricia_ginecologia@clinicamediterranea.it**
Sito: **www.clinicamediterranea.it**

Il Centro è aperto il martedì e il giovedì dalle 8.30 alle ore 10.30.

Numero 58 Liguria

Ospedale di Sanremo
Servizio di Uroginecologia
Reparto Ginecologia e Ostetricia
(Centro Accreditato FINCO il 17 marzo 2012 – quadriennio 2012-2016)
Via Borea, 54 – 18138 Sanremo (IM)
Direttore: Dr. **Sucoliano Giovanni Carlo**
Primario Reparto Ginecologia: Dr. **Abate Sergio**
Medici Resposabili: Dr. **Sucoliano Giovanni Carlo**, Dr. **Meloni Paolo**, Dr.ssa **Farnetiano Giuseppina** (ginecologi), Dr.ssa **Campedel Fulvia** (urologa)
Infermiere: Sig.ra **Stizzoli Simona**, Sir.gra **Patrucco Rosanna**
Ostetriche: Sig.ra **Contoz Tiziana**, Sig.ra **Occelli Marita**, Sig.ra **Caffara Tilla**
Prestazioni: uroflussometria, urodinamica invasiva (presso l'ambulatorio di urologia), visite specialistiche ambulatoriali, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelviperineale nella donna, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, trattamenti chirurgici.
Tel. 0184.5361 – fax: 0184.536378 / 0184
E-mail: **sr.ginecologia@asl1.liguria.it**
Sito: **www.clinicamediterranea.it**

Il Centro è aperto ogni mercoledì dalle ore 8.00 alle ore 14.00.

Numero 59 Trentino Alto Adige

Ospedale di Santa Chiara
U.O. Multizonale di Urologia
(Centro Accreditato FINCO il 17 marzo 2012 – quadriennio 2012-2016)
L.go Medaglie d'oro, 1 – Trento
Direttore: Dr. **Malossini Gianni**
Medici Resposabili: Dr.ssa **Pecorari Valentina**, Dr. **Cai Tommaso**
Infermiere: Sig. **Bertagnolli Michele** (caposala), **Sig.ra Balduzzi Barbara**, Sig.ra **Galler Morena**, Sig.ra **Corradi Francesca**, Sig. **Pergol Manuel** (infermieri specializzati per l'incontinenza e le stomie)
Ostetriche: Sig.ra **Contoz Tiziana**, Sig.ra **Occelli Marita**, Sig.ra **Caffara Tilla**
Prestazioni: uroflussometria, urodinamica invasiva, visite specialistiche ambulatoriali, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, trattamenti chirurgici.
Tel. 0461.903306 – fax: 0861.903101
E- Mail: **tommaso.cai@apss.tn.it**
Sito: **www.apss.tn.it**

Il Centro è aperto il giovedì pomeriggio dalle ore 14.00 alle ore 15.30.

Numero 60 Piemonte

ASL TO5
S.C. Ostetricia e Ginecologia
(Centro Accreditato FINCO il 17 marzo 2012 – quadriennio 2012-2016)
L.go delle Alpi, 8 – Debouchè Nichelino
Direttore: Dr. **Montironi Pierluigi**
Medici Resposabili: Dr. **Carlo Gibbone**, Dr. **Claudio Di Noto**, Dr.ssa **Enrica Bar**, Dr. **P.L. Montironi**
Infermiere: Sig.ra **Mottica Paola**
Uroriabilitatrice: Sig.ra **Longo Francesca Simona**
Prestazioni: uroflussometria, urodinamica invasiva, visite specialistiche ambulatoriali, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, elettrostimolazione funzionale del piano perineale, trattamenti chirurgici, perineal care in gravidanza e puerperio, percorsi di prevenzione delle disfuzioni perineali nelle donne in età fertile e menopausa, addestramento all'autocateterismo.
Tel. 011.68020615 – fax: 011.68020615
E-mail: **perineologia@aslto5.piemonte.it**

Il Centro è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.30.

Numero 61 Lombardia

Azienda Ospedaliera – Ospedale di Circolo
(Centro Accreditato FINCO il 17 marzo 2012 – quadriennio 2012-2016)
Piazzale Prof G. Solaro, 3 – 21052 Busto Arsizio (VA)
Primario: Dr. **Paolo Beretta**
Medici Resposabili: Dr. **Pasta Fabio**, Dr.ssa **Gallazzi Silvia**, Dr.ssa **Pellegrini Paola**, Dr. **Malvestiti Gianmario**, Dr. **Besana Umberto**
Infermiere: Sig.ra **Ferrario Elena**, Sig. **Milani Laura**, Sig.ra **Valenzano Sabrina**, Sig.ra **Lazzaro Giovanna**, Sig.ra **Pignone Daniela**, Sig.ra **Galatis Stefania**
Ostetrica: Sig.ra **Cribiù Federica**, Sig.ra **Baroffio Giovanna**
Prestazioni: uroflussometria, urodinamica invasiva, visite specialistiche ambulatoriali, ecografia addomino-pelvica, ecografia pelvi-perineale nella donna, endoscopia urinaria, riabilitazione del piano perineale, trattamenti chirurgici.
Tel. 0331.699455 – fax: 0331.699593
E-mail: **pberetta@aobusto.it**

Il Centro è aperto dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

Appendice C – Glossario

a cura del dr. Ivan Martines

Assistenza diretta: è un modo di fornitura dei cosiddetti dispositivi medici. Si distingue dall'assistenza indiretta nella quale prima si paga e poi si presenta l'istanza per ottenere il rimborso dell'ASL e/o regione.

Ausili per l'incontinenza: sacche, placche, sonde, cateteri, presidi ad assorbenza e quant'altro serve alle persone incontinenti e stomizzate. Dal Nomenclatore Protesico Nazionale sono definiti "dispositivi medici" e sono di competenza delle regioni e ASL (Aziende Sanitarie Locali).

Acetilcolina: trasmette gli impulsi nervosi da tutte le fibre nervose somatiche e parasimpatiche; è anche un neurotrasmettitore nelle fibre prepangliari del sistema nervoso simpatico. Le fibre nervose che utilizzano l'acetilcolina come neurotrasmettitore sono chiamate colinergiche. L'acetilcolina stimola i recettori nicotinici e muscarinici.

Basse vie urinarie: nome collettivo usato per descrivere vescica, uretra, muscoli di sostegno e legamenti.

Catetere: cannula al silicone, lattice o altro materiale idoneo, che si introduce in una cavità del corpo per favorire la fuoriuscita del contenuto, per introdurre medicamenti o a scopo diagnostico. Per la vescica si distingue a permanenza, che una volta applicato non viene rimosso se non alla fine del percorso terapeutico, da quello a intermittenza, che viene introdotto nella vescica per consentire lo svuotamento della stessa, subito dopo viene prontamente tolto.

Centro Riabilitativo: come dire ambulatorio, ma con significato più estensivo. Vi sono infatti i "Centri" affiliati FINCO, cui afferiscono competenze e specialisti vari (chirurgo, urologo, psicologo, fisioterapista, etc.).

Chemioterapia: trattamento a base di sostanze farmacologiche.

Chinesiterapia: letteralmente "Terapia del Movimento". Si intende l'utilizzo del corpo o di una parte di esso per il mantenimento o il recupero della normale funzione neuromotoria in condizioni patologiche. A tutt'oggi il termine Chinesiterapia viene frequentemente sostituito con il termine "Esercizio Terapeutico". In particolare la chinesiterapia pelvi perineale si fonda sull'esercizio terapeutico del pavimento pelvico.

Centro pontino della minzione: parte del ponte ritenuta il centro organizzativo primario per il riflesso minzionale.

Cistometria: tecnica usata nel processo di valutazione urodinamica che misura il rapporto tra pressione, volume e flusso all'interno delle vie urinarie. Mediante la cistometria si classificano i pazienti portatori di vescica iperattiva come affetti da urgenza motoria o sensoriale.

Cistoplastica additiva: attualmente la tecnica chirurgica di riferimento per la vescica iperattiva. Prevede l'inserimento di un piccolo segmento di intestino tenue nella vescica, ottenendo così un aumento della sua capacità.

Cistoscopio: strumento ottico che, inserito nell'uretra, permette di esplorare l'interno della vescica.

Cisto-uretroscopia: tecnica diagnostica che permette di ispezionare la vescica e l'uretra attraverso l'inserimento di un cistoscopio in anestesia locale, mentre la vescica viene riempita di soluzione fisiologica.

Colposospensione di Burch: avanzata tecnica chirurgica sia per l'incontinenza primaria, sia per quella ricorrente da stress.

Condom: catetere esterno utilizzato dagli uomini operati alla prostata

Confetto: pillola o capsula ricoperta di zucchero.

Continenza: capacità di controllare la vescica e urinare in tempi e luoghi appropriati. In genere si raggiunge la continenza tra i tre e i cinque anni di età, quando si sviluppa il controllo volontario del riflesso minzionale.

Corteccia cerebrale: strato superficiale dei due emisferi cerebrali in cui sono contenuti i corpi cellulari dei neuroni e le fibre.

Detersione: è l'azione di pulizia della cute o delle mucose al fine di ridurne la carica batterica.

Diagramma frequenza/volume: diario giornaliero delle abitudini minzionali di una persona. È chiamato anche diario minzionale o diario minzione/vescica.

Diastole: periodo del ciclo cardiaco dalla chiusura della valvola aortica e di quella polmonare fino all'inizio della contrazione ventricolare seguente (sistole). In questo periodo il cuore si riempie di sangue e si dilata.

Disuria: minzione difficoltosa o dolorosa.

Enantiomero: termine che denota la forma destrogira (D-enantiomero o N-enantiomero, che ruota la luce verso destra) o levogira (L-enantiomero o S-enantiomero, che ruota la luce verso sinistra) di una sostanza otticamente attiva.

Eiaculazione retrograda: emissione di sperma in direzione opposta al normale (nella vescica).

Ematuria: presenza di sangue nelle urine.

Esame delle urine: studio chimico-fisico delle urine fatto a fini diagnostici.

Estrogeno: ciascuno dei numerosi ormoni steroidi che sviluppa e mantiene le caratteristiche femminili del corpo.

Farmaci antimuscarinici: farmaci che bloccano gli effetti dell'acetilcolina sui recettori muscarinici.

Federazione Italiana Incontinenti – FINCO: è l'associazione delle persone incontinenti (urinari e fecali - web-site: www.finco.org) fondata nel 1999 da Francesco Diomede.

Fibrillazione ventricolare: contrazione spontanea e incontrollata dei ventricoli che causa l'arresto circolatorio. È quindi causa di morte improvvisa.

Fistola urinaria: connessione anormale tra epitelio dell'uretere, della vescica o dell'uretra e l'epitelio della vagina o dell'utero.

Flusso urinario: quantità di urina eliminata attraverso l'uretra nell'unità di tempo (ml/s).

Frequenza: eccessivo numero di minzioni giornaliere. In genere indica un numero pari o superiore alle otto volte nelle 24ore.

Ganglio: gruppo di cellule nervose aventi la stessa funzione, di solito localizzate al di fuori del sistema nervoso centrale.

Ginnastica del pavimento pelvico: esercizi messi a punto per allenare i muscoli del pavimento pelvico e i tessuti connettivi che sostengono ves cica ed uretra. Vengono usati nella prima fase del trattamento dell'incontinenza da stress lieve e moderata. La ginnastica del pavimento pelvico è anche chiamata ginnastica di Kegel.

Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza: è una conquista dell'Associazione pazienti FINCO e del Ministero della Salute, che nel 2006 hanno stimolato la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 186 dell'11 Agosto 2006, istitutiva della "Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza" che ogni anno si svolge il 28 giugno. La Giornata è un "evento" non soltanto per i pazienti ma anche per i professionisti della sanità.

Gocciolamento post-minzionale: perdita di piccole quantità di urina rimasta nell'uretra al termine della minzione.

Incontinenza da sovra riempimento: perdita involontaria di urina che si verifica quando il riempimento della vescica eccede la sua capacità funzionale. Si manifesta in prevalenza in uomini affetti da iperplasia prostatica benigna.

Incontinenza da stress: perdita involontaria di urina che si manifesta quando un improvviso aumento della pressione intraddominale causa un aumento di quella intravescicale tale da superare la massima pressione di chiusura dell'uretra in assenza di attività del muscolo detrusore. Di solito è causata da ipermobilità dell'uretra dovuta a inadeguato sostegno della stessa.

Incontinenza da urgenza: perdita involontaria di urina associata alla sensazione di urgenza.

Incontinenza nel bambino (enuresi polisintomatica): tipo di incontinenza che colpisce i bambini e gli adolescenti (5-16 anni). Questi pazienti non sono in grado di controllare volontariamente la minzione e hanno perdite di urina sia durante il giorno sia la notte. Questa condizione è in prevalenza causata da contrazioni disinibite del muscolo detrusore.

Incontinenza mista: incontinenza urinaria caratterizzata da sintomi sia di vescica iperattiva (incontinenza da urgenza) sia d'incontinenza da sforzo.

Incontinenza notturna nel bambino (**enuresi notturna monosintomatica**): tipo di incontinenza che interessa i bambini che hanno perdite di urina solamente la notte.

In alcuni casi, questo tipo di incontinenza urinaria è causato da un'insufficiente produzione di ormone antidiuretico durante la notte.

Incontinenza urinaria (IU): qualunque perdita involontaria di urina.

Instabilità detrusoriale: contrazioni del muscolo detrusore verificate mediante cistometria durante il riempimento vescicale in associazione con sintomi di vescica iperattiva (urgenza motoria) di eziologia sconosciuta.

International Continence Society (ICS): organizzazione multidisciplinare di urologi, ginecologi, geriatri, infermieri e ricercatori di base con un interesse specifico nell'indagine e nel trattamento delle persone affette da incontinenza urinaria.

Intervallo QT: parte del tracciato elettrocardiografico. Tempo intercorrente tra l'inizio del complesso QRS e la fine dell'onda T; rappresenta la depolarizzazione e la successiva ripolarizzazione dei ventricoli. Il termine "intervallo QTc" è usato per descrivere l'intervallo QT rapportato a una frequenza cardiaca di 60 battiti al minuto.

Iperplasia prostatica benigna (IPB): ingrossamento della prostata. L'iperplasia prostatica benigna può causare l'ostruzione dell'uretra, portare all'incontinenza da riempimento e, in taluni casi, alla vescica iperattiva.

Iperreflessia detrusoriale: contrazioni del muscolo detrusore verificate mediante cistometria durante il riempimento vescicale in associazione con sintomi di vescica iperattiva (urgenza motoria) probabilmente causate da un disturbo neurologico (per esempio malattia di Alzheimer, danni cerebrovascolari, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e lesioni del midollo spinale).

Manovra di Valsalva: tecnica usata per determinare la pressione di perdita. Alla persona viene chiesto di espirare con forza tenendo bocca e naso tappati, aumentando gradualmente lo sforzo fino a quando non si verifica una perdita di urina.

Metabolizzatori lenti: persone che non metabolizzano rapidamente tolterodina a causa dell'assenza dell'isoenzima citocromo P450 2D6 (il 7 per cento circa delle popolazioni caucasiche manca di questo isoenzima). I metabolizzatori lenti metabolizzano tolterodina tramite un altro isoenzima del citocromo P450 (citocromo P450 3A4). Benché nei metabolizzatori lenti la via metabolica di tolterodina non sia stata ancora completamente chiarita, si formano basse concentrazioni di N-dealchil carbossil metabolita. Avendo quest'ultimo una scarsa attività, si ritiene che nei metabolizzatori lenti solo la concentrazione plasmatica libera di tolterodina sia responsabile dell'effetto terapeutico.

Metabolizzatori veloci: pazienti che metabolizzano velocemente tolterodina mediante l'isoenzima 2D6 del citocromo P450 a tre principali metaboliti: il 5-idrossimetil metabolita (DD 01), il 5-carbossil metabolita e l'N-dealchil carbossil metabolita. Di questi metaboliti, sembra che solo il DD 01 contribuisca all'effetto terapeutico e nei metabolizzatori veloci è proprio la concentrazione plasmatica libera di tolterodina e DD 01 a essere in correlazione con l'effetto terapeutico.

Midollo allungato: parte inferiore del tronco cerebrale che unisce il midollo spinale al cervello. Qui sono localizzati i centri autonomi che controllano funzioni quali, per esempio, la frequenza cardiaca, la respirazione e la deglutizione.

Minzione: processo con cui l'urina viene espulsa dall'organismo.

Motoneurone: cellula nervosa che, se stimolata, causa movimento, secrezione o altra attività in una struttura che non è nervosa.

Muscolo detrusore: strato della parete vescicale formato da fibre muscolari lisce e tessuto connettivo che di solito si contraggono solo quando l'evacuazione viene iniziata volontariamente.

Muscolo elevatore dell'ano: muscolo principale del pavimento pelvico che aiuta a sostenere e stabilizzare il contenuto della cavità addominale e a resistere agli aumenti della pressione intraddominale.

Nicturia: eccessivo numero di minzioni notturne. In genere indica un numero pari o superiore alle due per notte.

Nomenclatore Protesico Nazionale: riporta in codici la normativa europea (definiti dispositivi medici) vigente e (UNI-ISO/9001) l'elenco dei prodotti ottenibili gratuitamente dal Servizio Sanitario Regionale e dalle ASL, le quantità massime prescrivibili e le modalità per ottenere la fornitura. Il Decreto del Ministero della Salute serve quale indirizzo e «linea guida» per le regioni e le ASL, poiché ogni regione, autonomamente, legifera emanando un «proprio» Nomenclatore Tariffario di riferimento, a cui bisogna attenersi.

Nucleo di Onuf: localizzato nel midollo spinale (in prevalenza nel segmento S2), innerva la muscolatura striata del pavimento pelvico.

Ormone antidiuretico (ADH): ormone che concentra le urine e riduce il loro volume aumentandone il riassorbimento a livello dei tubuli renali.

Presidi ad assorbenza: assorbenti utilizzati per il trattamento passivo dell'incontinenza urinaria. Sono disponibili vari tipi di presidi ad assorbenza per soddisfare i bisogni specifici di ogni paziente. Si ottengono gratuitamente dall'ASL di appartenenza.

Pavimento pelvico: termine usato per descrivere i muscoli e i tessuti connettivi che sostengono il contenuto della cavità addominale, vescica ed uretra incluse.

Perineale: riferito alla parte del corpo tra ano e scroto nell'uomo e tra ano e vulva nella donna.

Perineo: la zona tra l'ano ed i genitali.

Periuretrale: situato o che si verifica vicino all'uretra.

Ponte: parte del tronco cerebrale situata tra midollo allungato e mesencefalo.

Pressione intraddominale: pressione esistente all'interno dell'addome.

Pressione intravescicale: pressione esistente all'interno della vescica.

Pressione uretrale: pressione all'interno dell'uretra.

Prevalenza: numero di casi di una patologia presenti in una data popolazione in un momento definito.

Prostata: ghiandola presente solo nell'uomo situata sotto la vescica e intorno al primo tratto dell'uretra (uretra prostatica).

Prostatectomia: asportazione chirurgica della prostata o di una sua parte.

Qualità della vita: termine soggettivo usato per descrivere come una persona (e la sua famiglia) percepisce il proprio benessere fisico, psicologico e sociale (come da definizione di salute secondo l'Organizzazione mondiale della sanità).

Recettore muscarinico: tipo di recettore colinergico attivato dal recettore acetilcolina e dall'alcaloide di derivazione fungina muscarina e bloccato selettivamente dall'atropina. Esistono cinque sottotipi di recettori muscarinici: m1-m5 (utilizzato usando geni clonati geneticamente), quattro dei quali sono stati caratterizzati farmacologicamente (M1-M4). Ampiamente diffusi in tutto il corpo, per esempio nel muscolo liscio, nel tessuto ghiandolare, nel cuore e nel sistema nervoso centrale.

Recettore nicotinico: tipo di recettore colinergico attivato dal recettore acetilcolina e dalla nicotina. Si trova innanzitutto nel muscolo striato in tutto il corpo e nel sistema nervoso centrale.

Recettori adrenergici: recettori attivati dalla noradrenalina/norepinefrina. Questi recettori sono distribuiti in tutto il corpo nella muscolatura liscia degli apparati vascolare, bronchiale, gastrointestinale e genito-urinario. Sono presenti anche nel tessuto adiposo e nei muscoli schelettrici. Esistono due tipi principali di recettore adrenergico: Alfa e Beta. Entrambi esistono in vari sottotipi. Nelle basse vie urinarie, i recettori Alfa-adrenergici sono in prevalenza localizzati nel collo vescicale e nella muscolatura dell'uretra, mentre i Beta-adrenergici si trovano soprattutto nel muscolo detrusore.

Recettori colinergici: sono attivati dall'acetilcolina e possono essere di due tipi: nicotinici e muscarinici.

Reni: organi pari e simmetrici posti nella parte posteriore della cavità addominale che eliminano le scorie azotate dal sangue e producono urina.

Residuo urinario post minzionale: quantità di urina rimasta nella vescica dopo la minzione.

Riabilitazione del pavimento pelvico: ri-abilitare = restituire un'abilità che si presume perduta, ma che si può ri-attivare. È l'insieme di tecniche e metodiche di tipo conservativo che hanno come obiettivo la correzione delle disfunzioni del pavimento pelvico di tipo urologico (sintomi da riempimento come incontinenza urinaria, urgenza, frequenza e nicturia, sintomi da svuotamento, dolore vescicale e uretrale); colo-proctologico (incontinenza e urgenza fecale, stipsi o costipazione, dolore ano-rettale); ginecologico (prolasso degli organi pelvici); sessuale e sindromi dolorose. Ha il fine di restituire la miglior condizione possibile e il recupero delle funzioni alterate, migliorando così la qualità di vita del soggetto. Rappresenta spesso il primo approccio alle disfunzioni pelvi-perineali ed un valido supporto o un'alternativa al trattamento chirurgico e farmacologico. L'applicazione di tecniche e strumenti è personalizzata dopo una adeguata valutazione del soggetto.

Ritenzione urinaria: condizione associata all'impossibilità di vuotare la vescica, legata ad ostruzione del canale uretrale o a disfunzione del detrusore su base neurogena.

Sepsi urinaria: condizione tossica generalizzata che trae origine dalle vie urinarie.

Sfintere uretrale: struttura formata da muscoli lisci e striati che chiude l'uretra e aiuta a mantenere la continenza sia negli uomini sia nelle donne.

Sistema nervoso autonomo: parte del sistema nervoso centrale e periferico che regola l'attività degli organi normalmente sotto controllo involontario (a eccezione del controllo volontario della minzione negli adulti). Il sistema nervoso autonomo regola innanzitutto le funzioni viscerali indispensabili per vivere, per esempio la gittata cardiaca, il flusso sanguigno ai vari organi, la digestione e l'eliminazione delle scorie. Si suddivide in parasimpatico e simpatico.

Sistema nervoso centrale: insieme di tessuti nervosi che controlla le attività del corpo. Nei vertebrati comprende cervello, cervelletto, tronco e midollo spinale.

Sistema nervoso parasimpatico: parte del sistema nervoso autonomo che regola digestione, defecazione, minzione, salivazione e frequenza cardiaca. Per esempio, la contrazione del muscolo detrusore è il risultato dell'attivazione del sistema nervoso parasimpatico. Il neurotrasmettitore coinvolto è l'acetilcolina.

Sistema nervoso simpatico: parte del sistema nervoso autonomo, è implicato nel controllo di molte funzioni corporee. Per esempio, la sua attivazione causa il rilassamento del muscolo detrusore e la contrazione dell'uretra. Il neurotrasmettitore coinvolto è la noradrenalina.

Sistema nervoso somatico: parte del sistema nervoso periferico posta sotto controllo volontario. Questo sistema innerva i muscoli striati, come quelli del pavimento pelvico. Il neurotrasmettitore coinvolto è l'acetilcolina.

Tappo: è utilizzato dagli incontinenti fecali per contenere piccole perdite rettali.

Tecnica di Marshall-Marchetti-Krantz: diffusa tecnica chirurgica (colposospensione) utilizzata sia per l'incontinenza primaria sia per quella ricorrente da stress.

Test del pannolone (PAD test): tecnica diagnostica che permette di quantificare la perdita di urina in un periodo di tempo stabilito attraverso la misurazione del peso del pannolone all'inizio del test e dopo un intervallo di tempo di un'ora.

Trigono vescicale: area triangolare della parete vescicale interna situata tra gli sbocchi dei due ureteri e l'imbocco dell'uretra.

Tronco cerebrale: porzione del cervello che collega il midollo spinale al cervello; comprende mesencefalo, ponte e midollo allungato.

Tutore: sottile tubo intraureterale o intravescicale che, nelle derivazioni urinarie esterne, è posto a protezione di una anastomosi. Nell'ureterocutaneostomia, da ciascun uretere abboccato alla cute, esce un tutore che va rimosso e cambiato ogni 3-4 settimane (i prodotti innovativi durano più a lungo), ma destinato a rimanere a permanenza.

Worl Federation of Incontinent Patients – WFIP: è la Federazione internazionale delle Associazioni dei pazienti Incontinenti fondata a Roma nel 2005 dal presidente

FINCO Francesco Diomede, grazie alla partecipazione di diverse nazioni (Italia, Francia, Olanda, Stati Uniti, Svezia, Polonia e Inghilterra).

Ureteri: dotti pari e simmetrici attraverso i quali l'urina passa dai reni alla vescica.

Uretra: organo tubulare che trasporta l'urina dalla vescica all'esterno.

Urgenza minzionale: desiderio impellente di urinare.

Urgenza motoria: contrazioni del muscolo detrusore verificate mediante cistometria durante il riempimento vescicale in associazione con sintomi di vescica iperattiva. I pazienti con urgenza motoria sono ulteriormente classificati come portatori di instabilità o iperreflessia detrusoriale.

Urgenza sensoriale: sintomi da vescica iperattiva in assenza di contrazioni del muscolo detrusore verificate mediante cistometria durante il riempimento vescicale.

Urina: liquido giallo paglierino contenente scorie azotate, prodotto dai reni. Accumulato nella vescica viene eliminato attraverso l'uretra.

Valutazioni uro dinamiche: tecniche di studio della funzione delle basse vie urinarie. Includono misurazione della pressione, flusso e volume e sono talvolta importanti per un'accurata diagnosi delle disfunzioni delle basse vie urinarie.

Vescica: la vescica è essenzialmente un organo cavo a forma di sacco, la cui parete è formata da tessuti epiteliale, muscolare e connettivo e il cui compito consiste nel raccogliere le urine prodotte dai reni. Ha un duplice ruolo importante nel processo della minzione: innanzitutto deve agire da sistema di raccolta a bassa pressione tra svuotamenti; inoltre deve contrarsi energicamente durante la minzione per svuotarsi completamente.

Vescica iperattiva: vescica in cui si ritiene che i sintomi del paziente (frequenza, urgenza e incontinenza da urgenza) siano causati da contrazioni involontarie o disinibite del muscolo detrusore.

Vescica neurologica: condizione associata ad una disfunzione della vescica avente alla base un disturbo su base neurologica.

Si ringrazia TEGEA per aver contribuito alla realizzazione di questo progetto.