

Allegato B alla Delibera

Organizzazione dei Centri per la prevenzione diagnosi e cura dell'incontinenza fecale

Centri di I livello

Con questa qualifica viene identificato un Servizio Ambulatoriale di primo riferimento per i medici di Medicina Generale e per gli Specialisti del Territorio. Si tratta, essenzialmente, di "*Ambulatori dedicati*" che possono essere collocati sul territorio o in strutture ospedaliere, vicini alle esigenze dei cittadini. Tali Centri, al fine di ottenere un riconoscimento in qualità di centro dell'incontinenza, devono presentare le caratteristiche di seguito dettagliate:

1. svolgere un'attività di diagnosi clinica e trattamento dell'Incontinenza Fecale in tempi e spazi specificamente dedicati e definiti ("ambulatorio dell'Incontinenza Fecale");
2. assicurare, al paziente, la presa in carico da parte di una figura medica specialistica integrata in un team multidisciplinare e interprofessionale;
3. prevedere obbligatoriamente la presenza di un medico specialista in Proctologia e/o in Gastroenterologia e Fisiatria (meglio se presenti tutti e tre). Qualora sia presente nel Centro un solo specialista proctologo o gastroenterologo, è richiesta obbligatoriamente la collaborazione strutturata con un fisiatra esperto di riferimento (o viceversa). E' richiesta inoltre la presenza di un infermiere esperto e di un fisioterapista con competenze in riabilitazione del pavimento pelvico. Si sottolinea inoltre l'opportunità di collegamento con la figura del ginecologo e dell'ostetrica per le problematiche correlate alla prevenzione e cura dell' incontinenza fecale nel puerperio;
4. disponibilità di attrezzature idonee finalizzate all'esame clinico, diagnostico ed alla riabilitazione;
5. collegamento diretto ad una struttura chirurgica in grado di trattare i casi non complicati;
6. collegamento ad uno o più centri di II livello, i più vicini per area geografica, e ai Centri di riferimento regionale di III livello per la gestione dei casi più complessi;
7. devono inoltre essere in grado di:
 - a) eseguire una corretta somministrazione di un diario defecatorio e di scale opportune (di quantificazione della gravità della patologia, QoL, ecc.); b) eseguire una corretta valutazione obbiettiva; c) eseguire gli accertamenti diagnostici di esclusione di altre patologie concomitanti; d) definire, mediante la raccolta di sintomi e segni clinici, una diagnosi presuntiva al fine di iniziare un trattamento di tipo comportamentale/riabilitativo/farmacologico; e) fornire l'indicazione chirurgica per i casi non complicati; f) inviare ai Centri di livello superiore i casi più complicati di incontinenza.

Centri di II livello

Questa definizione identifica "*Centri mono-specialistici di riferimento*" chiamati a dare una risposta all'esigenza di una gestione "*specializzata*" del problema, ovvero di tutti quei casi che non hanno trovato una soluzione soddisfacente dalla gestione di primo livello. Devono essere dunque strutture in grado di garantire una diagnostica avanzata e terapie chirurgiche "*maggiori*".

In quest'ottica tali Centri possono essere già da oggi riconosciuti nei:

1) Centri di Chirurgia Generale - Chirurgia Apparato Digerente – Chirurgia Coloproctologica: tali Centri, individuabili nell'ambito delle varie Strutture Complesse di Chirurgia, devono essere in grado di eseguire, in caso di fallimento dei trattamenti di I livello, accertamenti diagnostici ulteriori di tipo normofunzionale (manometria ano-rettale, ecografia sfinteriale) ed affrontare, a livello terapeutico, i casi più complessi d'incontinenza fecale e delle disfunzioni pelviche. L'individuazione deve avvenire sulla base dell'esperienza e della competenza, anche documentate, nonché dalla tipologia e dal numero d'interventi eseguiti. I centri devono essere dotati di almeno 2 posti letto, funzionali al trattamento di tali casi;

2) Centri di Riabilitazione Funzionale: devono essere in grado di affrontare la diagnostica specialistica e l'approccio terapeutico appropriato dell'incontinenza e delle disfunzioni dell'area pelvica in pazienti complessi con pluridisabilità, anche di origine neurologica (es. sclerosi multipla, Parkinson, post-ictus ecc). Anche l'individuazione di tali centri deve avvenire sulla base della riconosciuta esperienza e competenza nell'ambito specifico. Devono prevedere spazi, tempi ed equipe dedicati alla riabilitazione dell'Incontinenza Fecale ed essere collegati ad un centro chirurgico di riferimento di II livello;

Tutti i Centri chirurgici devono inoltre dimostrare di svolgere, in maniera continuativa e non occasionale, attività chirurgica per l'incontinenza ed essere in grado di affrontare, sempre chirurgicamente, anche i casi a maggiore complessità; devono svolgere infine attività ambulatoriali dedicate, diversificate in base alle caratteristiche d'eccellenza del Centro.

Centri di III livello

I Centri di III livello, per loro natura, sono i Centri già identificati all'interno della Rete per la prevenzione, diagnosi e cura dell'Incontinenza Urinaria.

All'interno di questa classe sono pertanto individuati due tipologie di Centri :

1) Centro di Neuro-Urologia;

2) Unità Pelvica/Centro Disfunzioni Pelviche;

1) Centro di Neuro-Urologia:

tale Centro è identificato sulla base di due caratteristiche principali:

a) altissima specializzazione nel trattamento dell'incontinenza urinaria, fecale e di disfunzioni dell'area pelvica maschili e femminili, con particolare riferimento a quelle secondarie a condizioni neurologiche;

b) approccio multidisciplinare integrato e collegiale dell'incontinenza urinaria e fecale e di patologie pelviche maschili e femminili, con la possibilità di effettuare anche le terapie chirurgiche più complesse, quale ad esempio la neuromodulazione sacrale.

E' auspicabile che il Centro di Neuro-Urologia sia inserito all'interno, o in stretta contiguità logistica e funzionale, con le strutture ospedaliere che hanno in cura pazienti affetti da mielolesione (Unità Spinali).

Il Centro deve essere dotato di una propria autonomia con la previsione di almeno 8 posti letto dedicati.

Presso tale Centro, devono essere trattati - in particolare - i pazienti con mielolesione o affetti da altre patologie neurologiche ad impatto sulla continenza e sulle funzioni autonome e anche pazienti, identificati già dai livelli precedenti, che necessitano di terapie neuro-urologiche chirurgiche e riabilitative di alta complessità.

2) Unità Pelvica/Centro Disfunzioni Pelviche (CDP)

I casi più complessi di incontinenza urinaria, fecale o mista (sia per gravità che per concomitanza di altre disfunzioni quali, il dolore pelvico e il prolasso pelvico multicompartimentale) richiedono il coinvolgimento di specialisti diversi nell'inquadramento diagnostico e nella scelta terapeutica.

L'unità pelvica/(CDP) si propone la realizzazione di spazi per valutazioni e trattamenti collegiali, che si avvalgano di figure ad altissima competenza.

Il Centro deve essere dotato di una propria autonomia con posti letto dedicati.

L'unità pelvica deve pertanto essere caratterizzata dalla concomitante presenza delle seguenti figure professionali: ginecologo, urologo, neuro-urologo (figura essenziale nella gestione delle compromissioni neurologiche da cui possono derivare molte disfunzioni pelviche), coloproctologo, urologo pediatra, fisiatra, fisioterapista, ostetrica e infermiere, radiologo, psicologo/sessuologo.

Ai Centri di III livello compete inoltre un ruolo di organizzazione della Rete e di raccordo con i rappresentanti istituzionali e le associazioni dei pazienti, per la raccolta dei dati provenienti da tutti i Centri di I e II livello, di monitoraggio dell'attività dei Centri in rete regionale, per il coordinamento delle attività di formazione e aggiornamento e, non ultimo, per periodiche riunioni di revisione (con tutti i Centri in rete) delle attività svolte.

Compito della "Rete" è anche quello di condividere protocolli diagnostici e terapeutici, sia nell'ottica di una loro standardizzazione che in quella di una razionalizzazione nella gestione delle risorse umane ed economiche, coinvolgendo le associazioni dei pazienti.