

**Percorso di Salute e Diagnostico  
Terapeutico Assistenziale  
(PSDTA)**

**Incontinenza Urinaria Femminile non Neurogena**

**Ottobre 2024**

## **SOMMARIO**

- 1. Introduzione e presentazione del documento**
- 2. Redazione**
- 3. Destinatari e lista di distribuzione**
- 4. Gruppo di lavoro e coordinamento**
- 5. Finalità**
- 6. Glossario, terminologia e abbreviazioni**
- 7. Analisi del problema di salute/patologia oggetto del PSDTA**
- 8. Letteratura scientifica e normativa**
- 9. Contesto organizzativo in cui si sviluppa il PSDTA**
- 10. Criteri di ingresso/eleggibilità**
- 11. Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA**
- 12. Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA**
- 13. Diffusione ed implementazione del PSDTA**
- 14. Monitoraggio, verifica dell'applicazione ed indicatori**
- 15. Piano di miglioramento**
- 16. Aggiornamento**
- 17. Archiviazione**
- 18. Valutazione di qualità del PSDTA**
- 19. Riferimenti**
- 20. Allegati**

## 1. INTRODUZIONE e PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

Questo percorso clinico ed assistenziale fa riferimento al **PDTA di indirizzo nazionale** che è parte integrante del **Documento Ministeriale** di Indirizzo sulla incontinenza (All.1) e al documento oggetto dell'**Accordo Stato Regioni** Rep. 15 del 24 gennaio 2018 (All.2).

Il PSDTA è stato condiviso dalla Commissione Regionale incontinenza urinaria e fecale (CRIUF) e dai referenti dei Centri della Rete Regionale Piemontese per la prevenzione, diagnosi e cura della Incontinenza Urinaria.

Tale proposta tiene ovviamente conto, oltre che del PDTA di indirizzo nazionale anche, e soprattutto, della esistenza della Rete Piemontese per l'incontinenza urinaria che prevede Centri di I, II e III livello.

Per la stesura del PSDTA sono state recepite le indicazioni del manuale *“Linee di indirizzo per lo sviluppo dei Percorsi di Salute e Diagnostico-terapeutici Assistenziali”* della Regione Piemonte-Settore programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari del dicembre 2023 (Determinazione Dirigenziale n. 1955/A1400B/2023 Direzione Sanità)

In particolare, la stesura del PDTA di indirizzo nazionale ha rispettato i seguenti temi:

-Inquadramento del problema;

-Percorso effettivo (ricognizione del presente);

-Percorso ideale (le migliori pratiche desunte dalla Linee Guida e dalla letteratura);

-Percorso di riferimento e descrizione delle attività (pianificazione logica degli interventi diagnostici e terapeutici necessari ad ottimizzare la presa in carico del paziente e garantire la continuità delle cure);

*Ovviamente in questo documento di “Percorso” (PSDTA) l’attenzione viene focalizzata su questo ultimo punto, tralasciando i precedenti (per i quali si rimanda al PDTA di indirizzo nazionale).*

Il PSDTA è inoltre basato sulle principali linee guida internazionali, come quelle della International Consultation on Incontinence (ICI) e della European Association of Urology (EAU).

## 2. REDAZIONE

Il committente del PSDTA è l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte-Direzione Sanità con il mandato di redigere e sviluppare il PSDTA alla Commissione Regionale per l'Incontinenza urinaria e fecale (CRIUF).

Data di stesura del primo documento	Aprile 2024
Numero della revisione	1
Data di revisione	Ottobre 2024

### 3. DESTINATARI E LISTA DI DISTRIBUZIONE

Il documento viene trasmesso ai destinatari e ai professionisti coinvolti nel percorso, secondo la seguente lista di distribuzione:

- Aziende Sanitarie e strutture private convenzionate
- Direttori sanitari delle AO, ASL, AOU, sedi dei Centri della Rete Piemontese per l'incontinenza urinaria
- Referenti clinici dei Centri di I livello della Rete Piemontese per l'Incontinenza
- Referenti clinici dei Centri di II livello della Rete Piemontese per l'Incontinenza
- Referenti clinici dei Centri di III livello della Rete Piemontese per l'Incontinenza
- Fondazione italiana continenza (FIC)
- Federazione italiana pazienti incontinenti (FINCOpp)
- Strutture di cure primarie delle ASL regionali e, per loro tramite, ai MMG
- Direzioni delle professioni sanitarie infermieri e fisioterapisti delle AO, ASL, AOU, sedi dei Centri della Rete piemontese per l'incontinenza urinaria.

### 4. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO

Nome	Cognome	Ruolo	Titolo
Antonella	Biroli	Coordinatore CRIUF	Fisiatra (Torino)
Roberto	Carone	Membro CRIUF, referente SIU	Urologo (Torino)
Stefania	Chierchia	Membro CRIUF, referente SIUT	Urologo del Territorio (Torino)
Mauro	Gatti	Membro CRIUF	MMG (Torino)
Paolo	Cortese	Membro CRIUF	Ginecologo (Torino)
Alessandro	Giammò	Membro CRIUF	Urologo (Torino)
Germano	Chiapello	Membro CRIUF	Urologo (Mondovì)
Michele	Favro	Membro CRIUF	Urologo (Novara)
Giuseppina	Gibertini	Membro CRIUF	Infermiera/coordinatore (Torino)
Elena Maria	Bertolucci	Membro CRIUF	Fisioterapista (Torino)
Ezio	Falsetto	Membro CRIUF	Chirurgo proctologo (Torino)
Gianfranco	Lamberti	Membro CRIUF Referente Fincopp e SIUD	Fisiatra (Piacenza)
Giovanni	Messori Ioli	Membro CRIUF	Commissario

			Azienda Ospedaliera Regina Margherita di Torino
Lorita	Cito	Membro CRIUF	Ginecologo (Torino)
Maria Teresa	Simonetti	Membro CRIUF	Funzionario referente per la materia- Regione Piemonte

## 5.

Il PSDTA è uno strumento per definire con chiarezza gli obiettivi, le fasi e gli ambiti di intervento, i ruoli e le modalità di valutazione e di miglioramento di un percorso di cura.

Il PSDTA mira alla definizione e condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito, nel contesto di riferimento.

Il PSDTA in generale viene sviluppato per:

- descrivere il processo e le specifiche attività di sviluppo nella organizzazione di riferimento;
- informare e formare il personale, gli utenti e i pazienti;
- ridurre la variabilità dei comportamenti;
- documentare le attività effettuate;
- migliorare la gestione complessiva e la qualità del processo di cura del paziente.

Gli obiettivi di salute perseguibili dal presente PSDTA consistono nel:

- migliorare la qualità dell'assistenza;
- impostare un approccio multidisciplinare e multiprofessionale coordinato tra i vari professionisti coinvolti.

## 6. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONE

BFB: BIOFEEDBACK (È UNA DELLE METODICHE UTILIZZABILI NEL CORSO DI UNA RIABILITAZIONE)

BULKING THERAPY/ACT: TERAPIA CHIRURGICA DELLA IU MEDIANTE INFILTRAZIONE INTRAURETRALE DI SOSTANZE VOLUMIZZANTI

CRIUF: COMMISSIONE REGIONALE INCONTINENZA URINARIA E FECALE

EAU: EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY (LA PRINCIPALE SOC. SCIENT. DI RIFERIMENTO A LIVELLO EUROPEO)

ES: ELETTROSTIMOLAZIONE (APPLICATA A LIVELLO PERINEALE RAPPRESENTA UNO DEGLI STRUMENTI RIABILITATIVI)

GR: GRADI DI RACCOMANDAZIONE (SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DELL'OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE LEVELS OF EVIDENCE MODIFICATO NEL 2009)

ICI: INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (LA PRINCIPALE SOC. SCIENT. DI RIFERIMENTO A LIVELLO INTERNAZIONALE)

ICIqSF: QUESTIONARIO DELLA ICI NELLA SUA FORMA BREVE (QUESTIONARIO VALIDATO A LIVELLO INTERNAZIONALE)

IU: INCONTINENZA URINARIA

LE: LIVELLI DI EVIDENZA (SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE DELL'OXFORD CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE LEVELS OF EVIDENCE MODIFICATO NEL 2009)

LG: LINEE GUIDA

LUTS: LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS

MMG: MEDICO DI MEDICINA GENERALE

NMS: NEUROMODULAZIONE SACRALE (È UNA PROCEDURA TERAPEUTICA DI TERZO LIVELLO)

PFMT: PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING (ESERCIZI DI RINFORZO DEI MUSCOLI DEL PAVIMENTO PELVICO)

POP: PROLASSO ORGANI PELVICI (PROLASSO DELLA VESCICA, DELL'UTERO O DELLA VOLTA VAGINALE, DEL RETTO)

PSDTA: PERCORSO DI SALUTE E DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO, ASSISTENZIALE

PTNS/TTNS: STIMOLAZIONE DEL NERVO TIBIALE POSTERIORE (PROCEDURA TERAPEUTICA PER LA VESCICA IPERATTIVA)

PGI-I: THE PATIENT GLOBAL IMPRESSION OF IMPROVEMENT (PGI-I) SCALE

RVPM: RESIDUO VESCICALE POST-MINZIONALE

TP: TESTING PERINEALE (ESAME OBIETTIVO DELLA MUSCOLATURA DEL PAVIMENTO PELVICO)

TVT/TOT: PRINCIPALE TERAPIA CHIRURGICA DELLA IU MEDIANTE POSIZIONAMENTO DI UNA BENDERELLA SOTTO URETRALE

## 7. ANALISI DEL PROBLEMA DI SALUTE/PATOLOGIA OGGETTO DEL PSDTA

L'incontinenza urinaria (UI) è la perdita involontaria di urina, come definita dalla International Continence Society (ICI).

L'incontinenza è un problema molto frequente nel sesso femminile, con stime di prevalenza nelle donne adulte di circa il 15-20% dell'intera popolazione (con esclusione delle donne anziane "fragili", non oggetto, queste ultime, del presente PSDTA, per le quali la prevalenza è nettamente maggiore).

L'incontinenza urinaria femminile può essere classificata dal punto di vista clinico e quindi principalmente sulla base del sintomo, in:

- incontinenza da sforzo: perdite di urina in occasione di sforzi, come l'attività fisica, la tosse, lo starnuto;
- incontinenza da urgenza: perdite di urina associata ad urgenza minzionale;
- incontinenza mista: perdite di urina associata alla urgenza e allo sforzo;

- incontinenza posturale: perdite di urina associata a cambiamenti posturali;
- incontinenza da overflow: perdite di urina secondaria a ritenzione cronica;
- enuresi notturna: perdita di urina durante le ore di sonno;
- incontinenza continua: perdita involontaria di urina in continuazione;
- incontinenza da fughe non percepite (insensibile): le fughe di urina si presentano in maniera inconsapevole;
- incontinenza coitale: le fughe di urina si presentano durante il rapporto sessuale;
- incontinenza funzionale: le fughe di urina si presentano a causa della incapacità di raggiungere il bagno per problemi cognitivi e/o di mobilità;
- incontinenza multifattoriale: le fughe di urina sono in relazione a fattori di rischio come comorbidità, assunzioni di farmaci, fattori legati all'età o di contesto ambientale.

In sintesi, in base al sintomo, l'incontinenza si può raggruppare in tre grandi categorie:

- a) incontinenza da sforzo;
- b) incontinenza da urgenza;
- c) incontinenza mista.

Tutte le sotto varianti citate prima, possono essere incluse in questi tre tipologie.

Dal punto di vista fisiopatologico (diagnosi urodinamica con la definizione della condizione disfunzionale), l'incontinenza urinaria può essere classificata in:

- incontinenza secondaria ad iperattività detrusoriale: la vescica presenta nella fase di riempimento contrazioni involontarie che determinano fughe di urina;
- incontinenza secondaria a incompetenza uretrale: l'uretra non è in grado, con i propri meccanismi intrinseci e di supporto, di trattenere l'urina durante gli aumenti della pressione addominale;
- incontinenza mista che contempla la presenza di entrambe le precedenti condizioni;
- incontinenza (o pseudo-incontinenza) da ritenzione cronica di urina: la causa della incontinenza è riferibile alla sovradistensione vescicale secondaria a ostruzione o a ipo-contrattilità detrusoriale.

L'incontinenza urinaria, oltre a rappresentare un problema igienico-sociale, ha un impatto molto forte sulla qualità di vita della donna con compromissione della propria immagine e perdita di autostima; si associa alterazione delle relazioni familiari, sociali e nel rapporto col partner. Anche la partecipazione alla vita lavorativa può risultare compromessa.

Può, inoltre, essere causa di complicanze di tipo cutaneo e anche, quando riflette una disfunzione vescico-uretrale particolarmente complessa, dell'alto apparato urinario (funzione renale).

L'incontinenza rappresenta tuttora un tabù di cui le persone parlano malvolentieri per vergogna.

Attualmente il problema è ancora scarsamente affrontato e trattato nonostante siano disponibili trattamenti di tipo riabilitativo, farmacologico e chirurgico.

Ciò dipende verosimilmente da diversi fattori:

- da parte della paziente: scarsa conoscenza della possibilità di cura e una inibizione a ricercare aiuto dal proprio medico per la vergogna;
- da parte del medico di medicina generale (e non solo): ridotta conoscenza delle modalità di cura del problema associata a difficoltà nell'identificazione degli specialisti di riferimento;

- da parte degli specialisti: disomogenea distribuzione delle risorse sul territorio

Dal punto di vista dei costi, l'incontinenza è un problema di rilievo. Una precisa definizione è difficile, in quanto esistono pochi studi, anche a livello mondiale, che calcolino con precisione e completezza questo aspetto. I costi diretti derivano sia dalle procedure diagnostiche (peraltro per la maggior parte dei casi limitate alle visite specialistiche e a esami di basso costo) sia dalle terapie di tipo riabilitativo o chirurgico (a carico del SSN) o farmacologiche (a carico della donna) che, infine, dai prodotti per assorbimento. I costi indiretti, costituiti dalle alterazioni nelle relazioni familiari, sociali e col partner, dalla perdita di giornate di lavoro e dalle ripercussioni psicologiche sull'individuo, sono ardui da calcolare ma difficilmente ignorabili.

In conclusione, la necessità di un PSDTA per la incontinenza urinaria femminile è ravvisabile in relazione alle caratteristiche del problema, così riassumibili:

- alta prevalenza;
- forte impatto sulla qualità di vita della donna;
- scarsa conoscenza da parte della paziente di possibilità di cura;
- presenza di linee guida internazionali condivise dalle società scientifiche, ma poco note a livello di cure primarie e spesso disattese;
- distribuzione non omogenea delle possibilità diagnostico-terapeutiche sul territorio e la difficoltà di accesso alle stesse;
- costi diretti e indiretti.

Scopo del lavoro è, quindi, la costruzione di un percorso per la donna affetta da incontinenza urinaria basato su evidenze cliniche, finalizzato a garantire un accesso appropriato alle cure, atto a risolvere o migliorare il problema e la qualità di vita della donna. Sulla base delle linee guida internazionali è possibile, quindi, offrire a tutti gli operatori interessati al processo di cura, delle linee di indirizzo adattabili alle realtà locali di tutto il territorio regionale.

## 8. LETTERATURA SCIENTIFICA E NORMATIVA

Nella stesura del lavoro, sono state recepite le indicazioni del manuale *“Linee di indirizzo per lo sviluppo dei Percorsi di Salute e Diagnostico-terapeutici Assistenziali”* della Regione Piemonte-Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari del dicembre 2023.

Allo scopo di definire le migliori pratiche dal punto di vista clinico (diagnostico e terapeutico), sono state prese a riferimento linee guida e raccomandazioni elaborate e condivise a livello internazionale e nazionale. In relazione alla esistenza delle LG ed al loro riconoscimento da parte delle Società scientifiche di settore, non vengono riportati nel testo del presente PSDTA riferimenti bibliografici specifici per singole voci, in quanto la analisi della letteratura è già integrata nelle due fondamentali fonti cui si fa riferimento nel presente documento:

- “Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ prolapse and Faecal Incontinence” della 7th International Consultation on Incontinence – Co-sponsored by International Consultation On urological Disease (ICUD) (2023);
- European Association of Urology (EAU) (2023) (<https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>);

Le raccomandazioni vengono integrate dalle informazioni tratte dall'intero volume:

- Linda Cardozo, Eric Rovner, Adrian Wagg, Alan Wein, Paul Abrams, P (Eds) Incontinence 7th Edition (2023). ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK, ISBN: 978-0956960733.

I gradi di raccomandazione (GR) e i livelli di evidenza (LE) riportati nel presente documento sono tratti da queste fonti e seguono il sistema di classificazione dell'Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence modificato nel 2009 per quanto attiene all'EAU e lo stesso sistema modificato dall'ICUD per quanto attiene all'ICI.

Viene inoltre fatto riferimento alla delibera regionale del progetto di Rete Regionale Piemontese dei Centri di I, II e III livello per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria, **D.G.R. n. 40 – 12566 del 24 maggio 2004**, *“Progetto Regionale di una rete di Centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria”* e a quella successiva di istituzione, **D.G.R. n. 15-6442 del 23 gennaio 2023**, *“Istituzione della “Rete Regionale per la Prevenzione, Diagnosi e Cura dell'Incontinenza di primo, secondo e terzo livello” in attuazione del “Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale”, approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni, Rep. Atti 15/CSR del 24 gennaio 2018. Aggiornamento della D.G.R. 40-12566 del 24.5.2004 e smi”*.

## **9. CONTESTO ORGANIZZATIVO IN CUI SI SVILUPPA IL PSDTA**

### **Il Percorso di Riferimento**

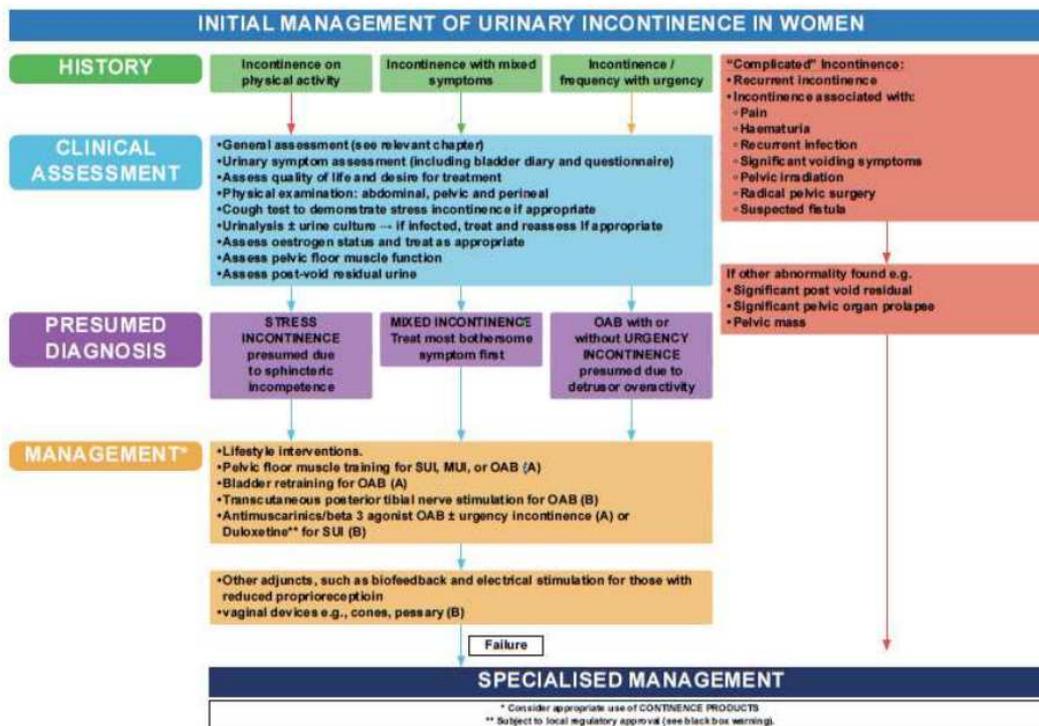
Al fine di delineare il Percorso di Riferimento, occorre prima di tutto sottolineare le seguenti criticità generali:

- la paziente non consulta il medico in merito al problema e quindi non può iniziare un percorso.  
*A questo proposito occorre segnalare come la CRIUF abbia sempre avuto e continuerà ad avere anche il compito di avviare delle iniziative rivolte alla informazione del grande pubblico.*
- La donna consulta il medico che non ha chiari riferimenti cui inviarla.  
*Anche in questo senso la CRIUF continuerà ad impegnarsi a trovare modalità di informazione rivolte alla medicina di territorio (MMG e Specialisti territoriali)*
- La donna viene sottoposta, in prima battuta, ad esami inappropriati per un primo livello, da riservare ad una gestione di secondo livello.
- Sono proposte in prima battuta terapie di secondo livello, quale quella chirurgica, anche in soggetti che avrebbero indicazioni ad altre terapie non invasive. Il caso più frequente è la mancata proposta di terapia riabilitativa specialistica, spesso motivata da una carenza di offerta sanitaria in tal senso.

Il percorso di riferimento prevede una sequenza di attività, basate sulle Linee Guida e sul percorso ideale, da contestualizzare nella realtà organizzativa e di risorse locali.

Il PSDTA deve configurare una rete strutturata che preveda l'intero ventaglio dei servizi destinati alle pazienti affette da IU nell'ambito dei diversi setting di riferimento (Dipartimenti di Prevenzione, Distretti, Cure domiciliari, Case della Salute, di comunità e Ospedali di comunità, Centri specialistici, Strutture semiresidenziali e residenziali territoriali, Presidi ospedalieri, etc...)

Il seguente percorso fa riferimento agli ultimi *“algoritmi gestionali dell'ICI-2023”* (International Continence Society).



## 10. CRITERI DI INGRESSO/ELIGIBILITA'

Il percorso riguarda la donna di qualsiasi età con l'eccezione della anziana in condizioni di fragilità (previsto un percorso apposito), della donna affetta da patologia neurologica e della donna in corso di gravidanza e nei primi tre mesi dopo il parto per le sue peculiarità.

Il contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PSDTA è la Regione Piemonte, in particolare la rete regionale dei centri per la prevenzione, diagnosi e cura della incontinenza urinaria.

## 11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

### **Livello base:**

Il ruolo del MMG risulta centrale nella intercettazione della paziente. Anche lo specialista territoriale (urologo, ginecologo e fisiatra) può avviare il percorso del livello di base, inviando la donna ai Centri di riferimento. Spesso accade, inoltre, che anche gli specialisti ospedalieri decidano di inviare la paziente ad un centro di riferimento per semplice consulto o per presa in carico del caso.

*La CRIUF opera anche impegnandosi nell'informazione e nel coinvolgimento dei professionisti del territorio.*

### **Percorso:**

**Il Medico inviante (MMG o Urologo/ginecologo che non si occupa direttamente di incontinenza) può iniziare un percorso attraverso:**

- compilazione diario vescicale per una prima definizione del problema;
- compilazione questionari sintomatologici validati a livello internazionale (OAB screener, ICI-Q sf) per una prima valutazione;
- prescrizione esame urine/urocoltura, esame citologico urinario, ecografia con RPM; esami, questi, essenziali in caso di giovani donne con sintomatologia da urgenza/frequenza o "urge incontinence" insorte da poco tempo (possibili indicatori di una malattia sistemica o neurologica o di un calcolo vescicale o di qualsiasi patologia a carico della vescica);
- in presenza di un'incontinenza urinaria Il MMG può avere un comportamento duplice, da un lato può mettere in atto alcune norme alimentari, di gestione intestinale e modifiche dello stile di vita delle pazienti; dall'altro può rivedere una eventuale terapia in corso, soprattutto in presenza di condizioni cliniche che richiedano un attento monitoraggio dei fluidi come l'ipertensione arteriosa e l'insufficienza cardiaca congestizia, adattando, quando è possibile, le terapie mediche come l'uso dei diuretici o degli alfa-bloccanti, che possono contrastare l'efficacia del trattamento (ad esempio, la nicturia può essere migliorata prendendo il diuretico al mattino invece che alla sera). Importante è anche intervenire in caso di iperglicemie prolungate che possono indurre stress ossidativo e danni al detrusore e all'innervazione della vescica.

### **Invio della donna a Centro di 1° livello / 2° livello**

- **visita urologica/ginecologica se**

richiesta di presa in carico del problema della incontinenza/disfunzione dell'area pelvica;

- **visita fisiatrica se**

la richiesta sia già indirizzata verso una valutazione per un programma terapeutico di tipo riabilitativo. In questo caso, Il fisiatra, visitando la donna, valuta la necessità di visita urologica/ginecologica prima dell'avvio del progetto riabilitativo. Definirà inoltre il progetto riabilitativo stesso.

### **I step del percorso**

**Prevede la visita specialistica** (urologo, ginecologo, fisiatra) e la conseguente presa in carico per una terapia di primo livello.

Nell'ambito del primo step occorre effettuare una distinzione tra:

- **“incontinenza complicata”**: invio diretto verso un percorso di approfondimento diagnostico, anche con valutazione urodinamica.

L’incontinenza è considerata **“complicata”** in caso di:

- incontinenza ricorrente (cioè, già sottoposta a precedenti terapie, soprattutto se di natura chirurgica);
- presenza di dolore pelvico;
- presenza (o pregressa) ematuria;
- infezioni urinarie ricorrenti;
- disturbi dello svuotamento vescicale;
- pregressa radioterapia;
- pregressa chirurgia pelvica radicale;
- sospetta fistola;
- significativo RVPM (raccomandazione forte EAU);
- prolasso vaginale superiore al II stadio;
- massa pelvica.

A giudizio del medico, ulteriore approfondimento diagnostico in caso di:

- endometriosi persistente o pregressa;
- incontinenza insorta dopo chirurgia per prolasso;

- **“incontinenza non complicata”**: invio a trattamento conservativo, di tipo farmacologico e/o riabilitativo. In particolare, il trattamento riabilitativo dovrebbe essere effettuato presso una Struttura di Recupero e Rieducazione Funzionale, meglio se collocata presso un Centro di primo livello della Rete Regionale.

La valutazione specialistica di primo livello prevede:

- un inquadramento generale comprendente: la raccolta di dati antropometrici, elementi essenziali dell’anamnesi patologica remota e prossima ed eventuale anamnesi chirurgica, ostetrico-ginecologica e farmacologica;
- anamnesi specifica per definizione della incontinenza, comprendente: l’epoca di insorgenza e durata; il tipo di incontinenza sulla base delle caratteristiche cliniche (vedi descrizione della classificazione, sulla base del sintomo sopra riportata); la severità del sintomo; la **compresenza** di altri sintomi del basso tratto urinario (urgenza, frequenza, nicturia...) e dell’area pelvica;
- la valutazione delle abitudini minzionali e della sintomatologia e l’impatto sulla QOL attraverso:
  - diario vescicale (schema in cui la paziente riporta orario e quantità di ogni singola minzione e registra le perdite di urina) della durata ottimale di tre giorni (grado A, EAU);
  - compilazione di questionari sintomatologici validati, per valutare severità e impatto della incontinenza come ICIq-sf (International Consultation on incontinence Questionnaire versione breve);
- la valutazione dell’effettivo desiderio della donna di affrontare il problema con ulteriori passi diagnostici e terapeutici, aspettative e obiettivi circa il trattamento e la capacità di collaborazione;

- l'esame obiettivo comprendente:
  - la palpazione addominale per escludere la presenza di grossolane masse addomino-pelviche, che richiedano approfondimenti diagnostici specifici quali la diagnostica per immagini;
  - la valutazione regione addomino-pelvica e perineale, la presenza di alterazioni della sensibilità dei riflessi e della motilità (esame neurologico di minima dell'area sacrale);
    - Testing perineale (TP) per la valutazione della funzionalità della muscolatura del pavimento pelvico, per via vaginale o, se indicato, rettale. In caso di visita fisiatrica mirata alla progettazione terapeutica riabilitativa, la valutazione della funzionalità del pavimento pelvico è da approfondirsi con l'esame nelle sue varie componenti e correlazioni;
    - Stress test in clino e ortostatismo (ricerca di perdite urinarie durante manovre che aumentano la pressione addominale, come tosse o spinta): può rilevare una incontinenza da sforzo a vescica piena, ma risultare positivo anche in caso di iperattività vescicale evocata dalla tosse.

Si rende necessario un approfondimento in caso di:

- presenza di anomale masse alla palpazione;
  - prollasso genitale degli organi pelvici (POP) che superi, in fase di spinta, il piano iminale o sia francamente sintomatico;
  - presenza di ristagno urinario post-minzionale (RVPM) significativo;
  - qualsiasi altra anomalia, compresa obiettività neurologica alterata, disuria e/o senso di incompleto svuotamento, pregressa chirurgia in area pelvica.
- Un esame urine e, se necessario, urinocoltura per escludere infezione delle vie urinarie da trattare adeguatamente prima di proseguire il percorso, previa rivalutazione, l'esame citologico delle urine eventuale in caso di sintomi quali urgenza/frequenza, in fase iniziale o successiva al percorso (non previsto dalle Linee Guida):

Sintomi quali disuria, senso di incompleto svuotamento, pregressa chirurgia in area pelvica o altri elementi di sospetto, possono costituire indicazioni per il controllo del residuo post-minzionale.

*L'ICI precisa che nelle donne con solo disturbo della fase di riempimento, come la incontinenza, e senza altri elementi di sospetto, è possibile valutare lo svuotamento vescicale attraverso la sola anamnesi ed obiettività clinica, tenendo però conto della possibilità di sbagliare diagnosi e della natura della terapia proposta. Un monitoraggio del residuo è opportuno anche in caso di trattamenti che possano influenzare la funzione dello svuotamento. Per quanto la valutazione del residuo post-minzionale possa essere realizzabile anche con il cateterismo, la metodica da utilizzarsi preferibilmente è la diagnostica ad ultrasuoni (raccomandazione forte EAU).*

**La terapia di primo livello** si avvale di terapie di tipo comportamentale, conservativo e farmacologico.

Le scelte terapeutiche sono conseguenti all'inquadramento di primo livello e si differenziano parzialmente a seconda della tipologia di incontinenza.

Sono strumenti terapeutici:

- interventi sugli stili di vita:
  - calo ponderale in caso di obesità (raccomandazione di grado A ICI/EAU)
  - riduzione dell'apporto di caffeina, se eccessivo, per la riduzione della frequenza e urgenza (raccomandazione di grado B ICI/ forte EAU);
- il bladder training, metodica comportamentale che mira a ridurre gli episodi di incontinenza e la frequenza delle minzioni attraverso l'uso di strategie comportamentali e del diario vescicale, può venire offerto come terapia di prima linea nella incontinenza da urgenza o mista (raccomandazione di grado A ICI /forte EAU);
- trattamento riabilitativo, basato principalmente sulla rieducazione del pavimento pelvico (pelvic floor muscle training PFMT), sulla quale si fondano le raccomandazioni di più alto grado. Viene altresì raccomandato che il trattamento PFMT sia intensivo, di sufficiente durata e supervisionato. Sono utilizzabili secondo progetto e programmi riabilitativi sulla base delle indicazioni individuali, altri strumenti quali il biofeedback (BFB), i coni vaginali, la elettrostimolazione.

Il vantaggio dell'utilizzo aggiuntivo di questi strumenti al PFMT risulta però controverso, ponendosi queste come terapie eventualmente aggiuntive e secondo indicazioni specifiche, in particolare il BFB per il quale l'EAU non riporta benefici superiori alla sola PFMT (1b EAU), e quindi non viene raccomandato. Diverso è il caso della elettrostimolazione. In caso di OAB, la stimolazione potrebbe dare dei benefici anche se, lo scarso accordo su tempi e modi di somministrazione, ne limita le raccomandazioni. In caso di incontinenza da sforzo, la ES potrebbe essere in alcuni casi di aiuto per apprendere meglio la contrazione del PP e potrebbe dare qualche beneficio ma non vi sono certezze che aggiunga beneficio al PFMT. Potrebbe essere quindi utilizzata su casi selezionati, secondo progetto riabilitativo.

In caso di incontinenza da urgenza facente parte del quadro della vescica iperattiva, può essere presa in considerazione anche la stimolazione del nervo tibiale posteriore PTNS. La stimolazione del nervo tibiale posteriore (PTNS) è una forma particolare di stimolazione a scopo inibitorio sul detrusore, soprattutto nei soggetti che non hanno benefici con la terapia farmacologica con antimuscarinici.

La stimolazione del nervo tibiale posteriore può avvenire per via percutanea (p-PTNS) o per via transcutanea (t-PTNS).

Il progetto riabilitativo, redatto da un medico fisiatra, si basa su una valutazione specifica personalizzata e consente di individuare modi, tempi e strumenti della riabilitazione, tenendo conto di quanto suddetto.

La rieducazione del pavimento pelvico intensiva, sotto supervisione di professionisti sanitari esperti (fisioterapista e, nelle fasi relative a gravidanza e parto, ostetrica), è efficace e dovrebbe essere offerta a tutte le donne con incontinenza non complicata da sforzo o mista secondo le LG EAU ma più ampiamente trova indicazione in tutte le tipologie di incontinenza secondo le raccomandazioni ICI. In ogni caso il programma riabilitativo dovrebbe essere intensivo e durare almeno tre mesi.

L'approccio riabilitativo è considerato la terapia di prima linea secondo tutte le linee guida internazionali e con alto grado di raccomandazione. Nella realtà italiana, spesso, tale primo step

viene bypassato o non è effettuato presso centri dedicati.

In allegato il documento “*An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment*” sulla terminologia da utilizzare per la valutazione dei muscoli del pavimento pelvico (ICS).

Terapia farmacologica:

La terapia della incontinenza urinaria si avvale di 3 categorie di farmaci:

- Antimuscarinici, efficaci sulla incontinenza da urgenza (raccomandazione di grado A ICI, forte EAU);
- Farmaco beta<sub>3</sub> agonista (mirabegron), proposto nella incontinenza da urgenza, come alternativa e/o in associazione agli antimuscarinici;
- Duloxetina, l'unico farmaco disponibile per la incontinenza da sforzo ma attualmente poco utilizzata. L'EAU ne riconduce l'uso ai casi selezionati che non rispondono ai trattamenti conservativi e che vogliono evitare trattamenti invasivi, tenendo conto del rischio di eventi avversi e titolando l'avvio e la sospensione della terapia.

È auspicabile una rivalutazione entro un mese dalla prescrizione della terapia farmacologica per valutare efficacia ed effetti collaterali.

I **farmaci antimuscarinici** agiscono durante la fase di riempimento vescicale agendo su afferenze ed efferenze colinergiche, come agonisti competitivi. I recettori muscarinici M1 M2 M3 M4 M5 sono variamente distribuiti nel nostro corpo e questo comporta una ridotta selettività di questi farmaci e la presenza di alcuni effetti collaterali. Vanno somministrati con attenzione, tra l'altro, in presenza di una parziale ritenzione urinaria, perché la potrebbero aggravare e/o in presenza di stipsi o di glaucoma ad angolo chiuso. La solifenacina, l'oxibutinina e la tolterodina sono diventati farmaci generici per scadenza del brevetto con una significativa diminuzione del loro costo. Occorre infine prestare attenzione, in donne anziane, all'effetto cumulativo di questi farmaci perché potrebbero aggravare eventuali sintomi cognitivi, tenendo in considerazione, eventualmente, le diverse peculiarità farmacocinetiche dei singoli farmaci.

In alternativa ai farmaci antimuscarinici si può utilizzare un **farmaco beta<sub>3</sub> agonista** (mirabegron). Questo farmaco agisce aumentando la capacità vescicale e, a differenza degli antimuscarinici, non ha effetto sullo svuotamento vescicale. Il recettore β<sub>3</sub> per il 97% è presente nella vescica ma è presente, insieme ai recettori β<sub>2</sub> β<sub>1</sub>, nel sistema cardiovascolare, con aumenti minimi, se stimolati, della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca. L'uso non è raccomandato in caso di ipertensione non controllata o in caso di malattia renale non controllata.

Gli **estrogeni** svolgono un ruolo sull'apparato genito-urinario. È noto, infatti, che l'ipoestrogenismo post menopausale sia un fattore scatenante per i sintomi del tratto urinario inferiore. I recettori degli estrogeni sono distribuiti nell'epitelio uretrale, nell'urotelio della vescica e nella muscolatura del pavimento pelvico. L'uso topico di estrogeni vaginali a basse dosi, può migliorare l'urgenza e la frequenza.

La terapia estrogenica non costituisce terapia specifica dell'incontinenza, ma in caso di carenza estrogenica e/o di infezioni delle vie urinarie ricorrenti, è possibile l'avvio di trattamento estrogenico topico per un congruo periodo di tempo e con rivalutazione. Nelle donne con LUTS e sindrome genitourinaria della menopausa anche l'EAU riporta la possibilità di miglioramento dei sintomi, pur rimanendo il grado di raccomandazione debole.

***In sintesi:***

***Il primo step del percorso prevede una prima valutazione diagnostica del caso (Definizione clinica) cui fa seguito un primo approccio terapeutico di tipo conservativo farmacologico/riabilitativo. A questo livello la gestione del caso si basa esclusivamente su un inquadramento clinico (anamnesi, esame obiettivo, esami di base) che consente una “diagnosi di presunzione”.***

***La paziente accede al primo step perché direttamente inviata dal MMG o da uno specialista.***

***In caso di insuccesso della terapia conservativa o in caso di “condizione complicata”, il percorso prevede un secondo step urologico/ginecologico, meglio se presso un Centro di II livello della Rete Regionale.***

**Il step del percorso**

Si svolge prevalentemente in un servizio di Urodinamica, in quanto il caso necessita di un approfondimento diagnostico (definizione della condizione disfunzionale). Si basa principalmente, ma non esclusivamente, sulla effettuazione di una valutazione urodinamica. In alcuni casi sarà necessario ricorrere anche ad esami diagnostici per immagine (ecografia perineale, eseguibile anche presso lo stesso servizio di urodinamica e/o indagini di pertinenza radiologica).

Presso il servizio di Urodinamica, con personale medico esperto in urologia funzionale/uro-ginecologia ed infermieristico esperto in uro-riabilitazione, si esegue:

- presa in carico del caso;
- esame obiettivo ultra-specialistico neuro-urologico e uro-ginecologico;
- valutazione urodinamica, che rappresenta l'esame diagnostico principale e non sostituibile per un inquadramento fisiopatologico della condizione disfunzionale a carico del basso apparato urinario;
- valutazione ecografica dell'addome superiore (reni) ed inferiore (vescica);
- valutazione ecografica perineale per la valutazione della mobilità dell'asse uretrale, dello spessore del detrusore, del funnelling del collo vescicale, della performance pelvi-perineale e del grado e della tipologia di eventuale prolasso vaginale associato.

Nel caso in cui la paziente sia stata direttamente inviata a questo step (saltando il primo), lo specialista, in base alla complessità del caso, deciderà se ripartire dal primo step, prevedendo un trattamento riabilitativo e/o farmacologico.

Nel caso di interessamento del comparto posteriore dell'area pelvica, è auspicabile il coinvolgimento del colonproctologo.

Se vi è coesistenza di alterazioni della fase di svuotamento, con riscontro di una condizione ritentiva, vi può essere indicazione alla procedura dell'autocateterismo (o cateterismo assistito) ad intermittenza che prevede l'addestramento del paziente o del care giver da parte del personale infermieristico. È necessario, in questi casi, un attento monitoraggio nel tempo.

Fondamentale e centrale, in questa parte del percorso e nell'accompagnamento nelle fasi successive, il ruolo dell'infermiere esperto che costituisce un punto di riferimento costante per la valutazione dell'evoluzione del quadro clinico.

Dopo la valutazione diagnostica, molti casi presentano una indicazione chirurgica, con conseguente passaggio al III step del percorso.

***In sintesi: il II step consente di pervenire ad una definizione il più accurata possibile del quadro disfunzionale e, quindi, ad una “diagnosi di certezza”, sulla cui base è possibile porre indicazione per una terapia anche di tipo chirurgico (passaggio al III step del percorso).***

### **III step del percorso**

Si svolge prevalentemente presso una Struttura urologica o ginecologica con esperienza specifica nel trattamento chirurgico della incontinenza urinaria (meglio se in un Centro di II o III livello della Rete Regionale).

Prevede la necessità di dover sottoporre la paziente ad un intervento chirurgico.

Secondo quanto previsto dal documento ministeriale di indirizzo e dal documento di accordo Stato/Regioni, i Centri Regionali di I livello (o comunque le sedi dove viene attuato il primo step del percorso) devono poter svolgere le attività del primo step, ma essere funzionalmente collegati a uno o più centri di secondo livello e, per la gestione dei casi più complessi, al centro di terzo livello della Rete Regionale.

I casi a minore complessità ma che richiedono comunque una soluzione chirurgica, possono essere inviati, dalla sede nella quale è stato condotto il primo step del percorso, ad una struttura urologica o ginecologica, anche non sede di un Centro di II o III livello della Rete Regionale.

Gli interventi eseguibili in questo step del percorso sono principalmente i seguenti:

- **intervento chirurgico di TOT/TVT**: posizionamento di una benderella di polipropilene libera da tensione sotto l'uretra. Nel caso della TVT, la benderella viene esteriorizzata a livello sovrapubico mentre, nel caso della TOT, la benderella viene passata attraverso i forami otturatori. Questo intervento rappresenta, in linea di massima, l'intervento di prima scelta nel trattamento di una incontinenza da sforzo urodinamica con uretra ipermobile;
- **Bulking Therapy**: infiltrazione intra-uretrale di sostanze volumizzanti, eseguibile per via endoscopica (tale terapia prevede una particolare esperienza nelle procedure cistoscopiche). L'intervento è certamente meno invasivo rispetto ad altre tecniche chirurgiche ma presenta risultati di efficacia inferiori. Solitamente è riservato a casi particolari, quali le recidive dopo pregressa chirurgia per incontinenza, IU grave con fissità uretrale, età molto avanzata, comorbidità, desiderio della donna di non subire un intervento chirurgico più invasivo, etc...La bulking therapy essere offerta a donne con IUS che richiedono procedure a basso rischio, consapevoli che l'efficacia è minore rispetto ad altre procedure chirurgiche ed è probabile che la stessa che vada ripetuta, senza certezze sulla durata dell'efficacia;  
L'intervento può anche essere eseguito per via endoscopica o per via periuretrale.
- **Bulking extra-uretrale (ACT)**: posizionamento chirurgico di due palloncini in sede periuretrale (intervento chirurgico di seconda/terza scelta in particolare nelle forme più gravi di incompetenza uretrale e/o nelle recidive). Richiede una particolare esperienza in tale tipo di chirurgia;
- **Intervento chirurgico di colposospensione retropubica**: eseguibile preferibilmente in laparoscopia o secondo la tecnica robot assistita (attualmente tale intervento è da considerarsi eventualmente solo quando è associato ad altra chirurgia addominale);
- **Infiltrazione intra-detrusoriale**: infiltrazione per via endoscopica di Onabotulinum toxin A all'interno della parete vescicale (tale terapia prevede una particolare esperienza nelle procedure cistoscopiche). È riservata al trattamento della iperattività detrusoriale

refrattaria alla terapia conservativa/farmacologica (grado di raccomandazione forte EAU). La donna deve essere informata della durata temporanea e, in particolare, del rischio che tale procedura possa indurre una condizione ritentiva con la conseguente necessità di dovere eseguire, per un periodo limitato di tempo, la manovra dell'autocateterismo ad intermittenza. Per tale motivo sarebbe opportuno, prima di procedere a tale terapia, addestrare la donna alla procedura dell'autocateterismo. Se efficace, la procedura può essere ripetuta nel tempo.

*La scelta di una terapia chirurgica va effettuata in accordo con la paziente cui devono essere illustrate le differenti procedure chirurgiche, delle quali vanno spiegate le modalità tecniche di applicazione, le possibili complicanze e le probabilità di successo.*

#### **IV Step del percorso**

Tale step del percorso deve essere svolto preferibilmente presso il Centro di III livello della Rete regionale.

Il Centro ultraspecialistico di terzo livello (definito, dal Documento di Accordo Stato-Regioni, Centro di Neuro-Urologia o Unità Pelvica) è il riferimento per i casi a maggiore complessità come le incontinenze di natura neurogena, le incontinenze recidive e le complicanze maggiori di una precedente chirurgia. La presa in carico è multispecialistica e multiprofessionale per terapie chirurgiche complesse, che richiedono, in alcuni casi, anche il coinvolgimento di una struttura di Urologia Generale per procedure ad alta complessità:

- impianto di sfintere urinario artificiale: è una chirurgia particolarmente complessa, non scevra di possibili complicanze e che richiede una notevole esperienza. È una chirurgia solitamente applicata nel sesso maschile, ma in particolari casi (incontinenza da grave incompetenza uretrale), può essere eseguita anche nel sesso femminile, sia per via chirurgica combinata (vaginale ed addominale), sia (meglio) con la tecnica robot assistita;
- interventi chirurgici per l'incontinenza maschile dopo prostatectomia: questa chirurgia non è oggetto di tale documento, ma viene indicata in quanto la dimestichezza in tale delicato campo, consente di maturare una esperienza allargata trasferibile al sesso femminile (vedi punto precedente);
- neuromodulazione sacrale: tale complessa terapia è indicata in alcune forme più gravi di iperattività detrusoriale refrattaria alla terapia conservativa. La scelta, in questi casi, se eseguire una infiltrazione detrusoriale di tossina botulinica o la neuromodulazione sacrale, dipende dall'inquadramento del singolo caso clinico. Richiede una notevole esperienza ed una equipe dedicata di medici ed infermieri;
- intervento di enterocistoplastica di ampliamento: intervento eseguibile con il coinvolgimento di una struttura di Urologia Generale ad alta complessità;
- intervento di enterocistoplastica di sostituzione: intervento eseguibile con il coinvolgimento di una struttura di Urologia Generale ad alta complessità;
- intervento di derivazione incontinente: intervento eseguibile con il coinvolgimento di una struttura di Urologia Generale ad alta complessità;
- intervento di derivazione continente: intervento eseguibile con il coinvolgimento di una struttura di Urologia Generale ad alta complessità;
- riparazione di fistole complesse;
- chirurgia dell'uretra.

Il Centro di III livello, dove si svolge il IV step del percorso prevede:

- valutazioni e trattamenti collegiali, che si avvalgano di figure ad altissima competenza ed esperienza con collaborazione attiva e continuativa tra specialisti diversi, quali: urologo, ginecologo, neuro-urologo, coloproctologo, urologo pediatra, fisiatra, radiologo, fisioterapista, ostetrica, infermiere, psicologo/sessuologo;
- posti letto dedicati per il trattamento dei casi più complessi;

## **12. RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PSDTA** (DOCUMENTO SINTETICO AD USO INFORMATIVO DELLE PAZIENTI)

Il PSDTA, (percorso di salute e diagnostico-terapeutico-assistenziale), descrive i passaggi del processo ritenuto ottimale per rispondere a specifici bisogni di salute sulla base di evidenze scientifiche nel contesto organizzativo in cui si svolge. Questo documento è indirizzato ai cittadini come fruitori finali di tutte le azioni sanitarie e sociosanitarie che derivano dalla implementazione del percorso.

Questo PSDTA, in particolare, è rivolto alle donne affette ad incontinenza urinaria.

L'incontinenza è un problema molto frequente nel sesso femminile, con stime di prevalenza nelle donne adulte ed anziane, con esclusione delle donne anziani "fragili" (non oggetto queste ultime del presente PSDTA), di circa il 15-20% dell'intera popolazione. Tale condizione, oltre a rappresentare un problema igienico-sociale, ha un impatto molto forte sulla qualità di vita della donna che ne è affetta, che vede la propria immagine compromessa, con sentimenti di perdita di autostima, associati ad alterazioni delle relazioni familiari, sociali e con il partner. Anche la partecipazione alla vita lavorativa può essere compromessa.

Nonostante siano disponibili trattamenti sia di tipo riabilitativo che farmacologico e chirurgico, in una buona percentuale dei casi in grado di risolvere il problema, questo è spesso ancora scarsamente affrontato e trattato.

Ciò dipende verosimilmente da diversi fattori:

- da parte della donna, la scarsa conoscenza della possibilità di cure e inibizione a ricercare aiuto dal medico per imbarazzo;
- da parte del medico di medicina generale, una poco diffusa conoscenza delle modalità di cura del problema, associata ad una difficoltà ad identificare gli specialisti, pur nell'ambito delle specialità coinvolte (urologia, ginecologia, fisioterapia), che realmente si occupino specificamente del problema incontinenza;
- da parte degli specialisti, infine, una disomogenea distribuzione delle risorse sul territorio, associata spesso alla difficoltà nell'offrire le diverse tipologie di cure, con conseguente privilegio della terapia più facilmente disponibile.

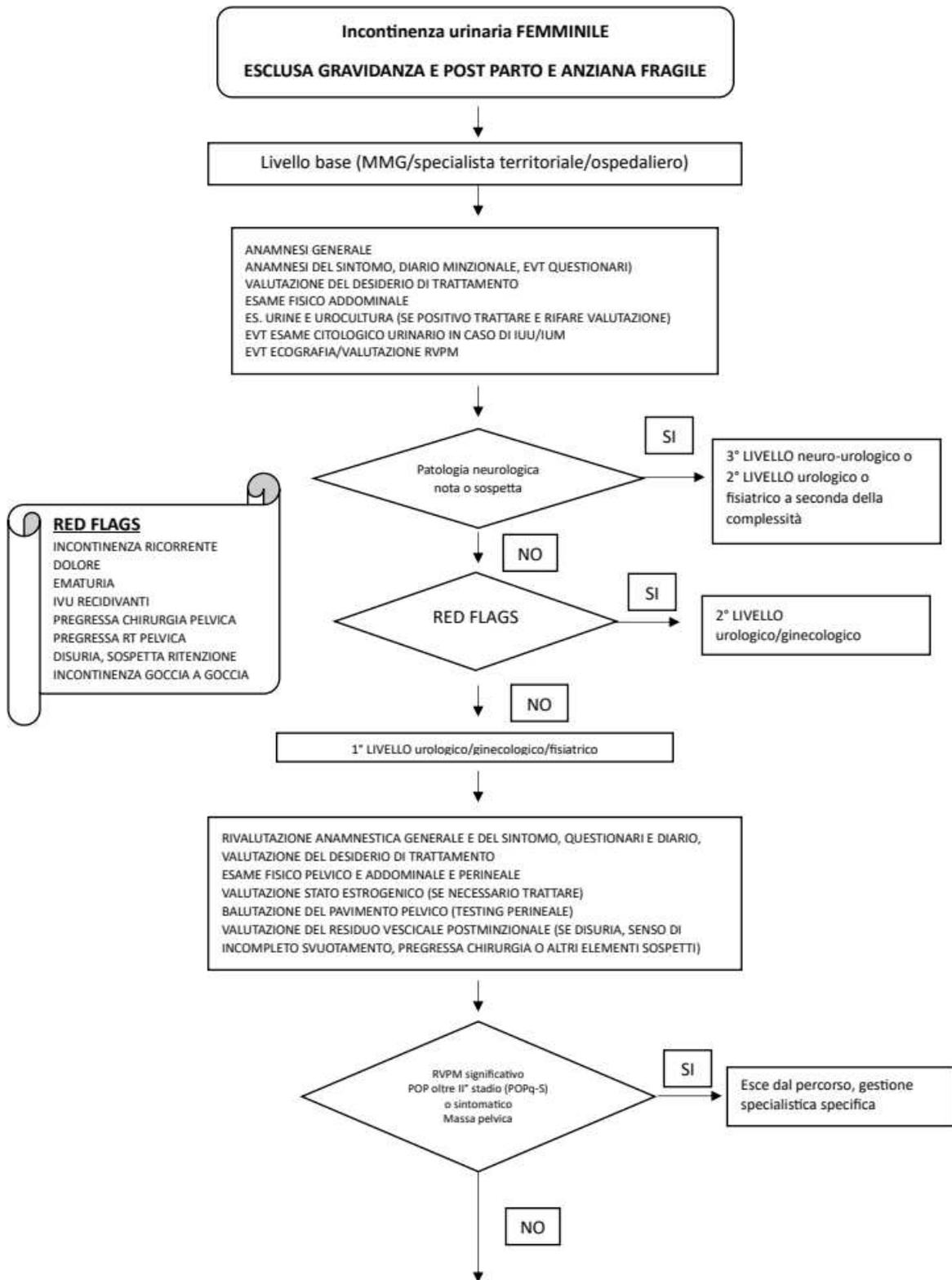
Nei casi di "incontinenza non complicata" generalmente la prima terapia prevede un ciclo di riabilitazione e/o una terapia di tipo farmacologico. Quando la terapia conservativa non è in grado di risolvere il problema occorre effettuare un approfondimento diagnostico principalmente con un esame urodinamico. Quest'ultimo deve essere eseguito ancor prima della riabilitazione quando l'incontinenza ha le caratteristiche cliniche della "incontinenza complicata" e cioè quando alla incontinenza si associano altri sintomi o condizioni quali la difficoltà a mingere, il dolore, le infezioni urinarie ricorrenti etc... Dopo l'urodinamica, occorre valutare se l'incontinenza possa essere trattata chirurgicamente e decidere il tipo di

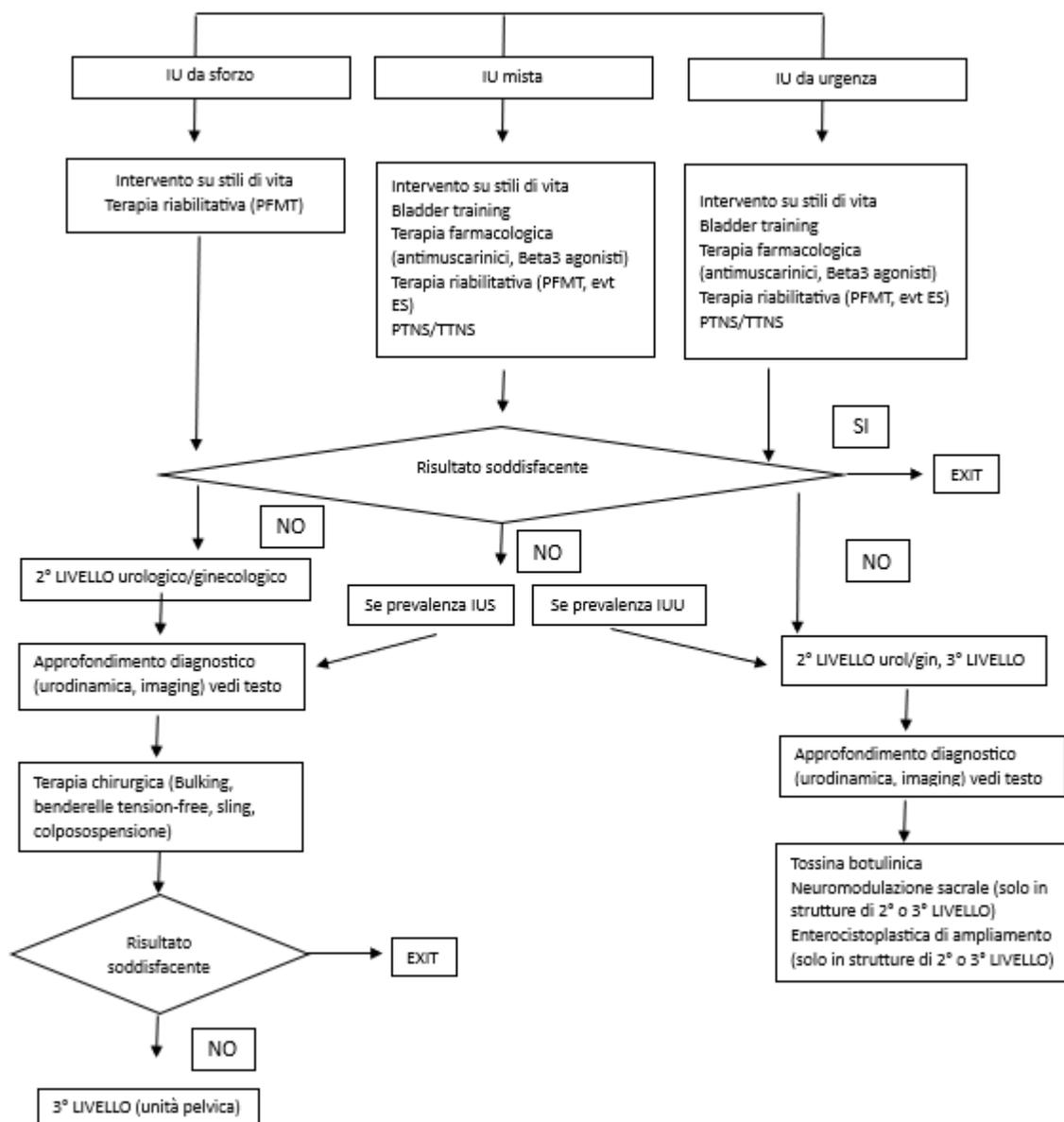
chirurgia.

Il percorso è così sinteticamente descritto:

- Livello base - Medico inviante: MMG, specialisti territoriali, specialisti ospedalieri. Il medico inviante deve avere a disposizione l'elenco dei Centri che costituiscono la Rete Regionale per la prevenzione, diagnosi e cura della incontinenza urinaria;
- Primo step: inquadramento clinico e diagnostico di primo livello ("Diagnosi di presunzione" effettuata dall'Urologo o Fisiatra o Ginecologo);  
Se l'incontinenza è "*non complicata*" la terapia di primo livello è di tipo conservativo (farmacologico, comportamentale, riabilitativo), preferibilmente effettuata presso uno dei Centri di primo livello della Rete Regionale che comprenda un Servizio di Riabilitazione dedicato alle disfunzioni pelviche;  
Se l'incontinenza è "*complicata*", è indicato l'invio ad un servizio di Urodinamica (presso lo stesso Centro di primo livello o presso uno dei Centri di secondo o terzo livello della Rete Regionale);
- Secondo step: l'approfondimento diagnostico ("Diagnosi di certezza") è principalmente (ma non solo) di tipo urodinamico, da eseguirsi preferibilmente presso uno dei Centri della Rete Regionale;
- Terzo step: questo step prevede la necessità di ricorrere ad una terapia chirurgica. Le diverse soluzioni (Bulking, Tossina botulinica, benderella sottouretrale...) sono effettuabili preferibilmente presso uno dei Centri di II o III livello della Rete Regionale;
- Quarto Step: per i casi più complessi (ad esempio di natura neurologica) o interventi chirurgici a maggiore complessità (ad esempio l'impianto di sfinteri artificiali o la neuromodulazione sacrale), è indicato l'invio al centro di terzo livello della Rete Regionale;

Viene di seguito riportato un Algoritmo che descrive in maniera semplificata i vari passaggi del percorso:





### 13. DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA

Le Aziende Sanitarie della Regione Piemonte ed in particolare quelle sede dei Centri di riferimento della Rete Regionale per l'incontinenza urinaria, definiscono il proprio percorso aziendale contestualizzando le indicazioni del presente documento. La implementazione e la diffusione di questo PSDTA regionale rappresenta quindi un punto fondamentale per la presa in carico di questa categoria di pazienti. La implementazione comporta anche un possibile cambiamento delle attività organizzative e gestionali delle singole strutture finalizzato ad una assistenza, cura e presa in carico globale migliori e più efficaci. La diffusione del PSDTA deve prevedere oltre alla semplice disseminazione del documento stesso anche incontri periodici e educativi, seminari e conferenze rivolti a tutti gli operatori della Rete Regionale dei Centri per l'Incontinenza urinaria e non solo. Inoltre, la diffusione deve prevedere un documento sintetico del percorso ad uso informativo delle donne (vedi capitolo precedente).

## **14. MONITORAGGIO, VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI**

Il monitoraggio è predisposto a diversi livelli mediante indicatori di volume, di processo e di esito. Tali indicatori consentono una valutazione sintetica del raggiungimento o il mantenimento nel tempo degli obiettivi che il percorso si prefigge:

- **Indicatori di volume**
  - 1) Numero di pazienti presi in carico dal Servizio riabilitativo;
  - 2) Numero di valutazioni urodinamiche;
  - 3) Numero di interventi chirurgici.
  
- **Indicatori di processo**
  - 1) Numero di pazienti che prima dell'intervento chirurgico (o indicazione ad esso) hanno eseguito un percorso riabilitativo e/o farmacologico;
  - 2) Numero di pazienti che prima dell'intervento chirurgico (o indicazione ad esso) hanno eseguito una valutazione urodinamica.
  
- **Indicatori di esito**
  - 1) Numero di pazienti migliorate con la riabilitazione (ICIQ-SF e PGI-I);
  - 2) Numero di pazienti che subiscono un intervento per complicanze dopo una prima chirurgia per incontinenza presso lo stesso Centro;
  - 3) Numero di pazienti che devono sottoporsi ad un secondo (o terzo) intervento per insuccesso del primo, eseguito presso lo stesso Centro.

La verifica dell'applicazione del PSDTA viene effettuata attraverso la valutazione degli indicatori, l'autovalutazione e gli audit. Per la valutazione degli indicatori, la Commissione regionale incontinenza (CRIUF) raccoglie i dati inviati da ogni singolo Centro, al fine di eventualmente promuovere azioni correttive

## **15. PIANO DI MIGLIORAMENTO**

Se nella fase di verifica si evidenziano criticità, queste devono essere affrontate secondo un piano di intervento di adeguamento e miglioramento, finalizzato alla messa in atto di azioni in grado di raggiungere specifici obiettivi ridefiniti. Se le attività di verifica evidenziano importanti criticità dovranno essere ridefinite le azioni e i passaggi previsti nei diversi step del percorso.

## **16. AGGIORNAMENTO**

Il gruppo di lavoro (commissione regionale CRIUF) a cadenza periodica, verifica e attesta che quanto proposto nel PSDTA sia sempre in linea con le evidenze scientifiche disponibili e con eventuali modifiche degli assetti organizzativi del lavoro nell'ambito del PSDTA. La nuova versione del PSDTA viene classificata con il numero della revisione e la data. Il PSDTA è sottoposto a revisione biennale. Le nuove versioni vengono classificate con il numero della revisione e la data.

## 17. ARCHIVIAZIONE

Particolare importanza nello sviluppo del percorso ha la documentazione sanitaria. Include tutti quei documenti prodotti dal personale sanitario: ne sono esempi referti di visita, cartella clinica, cartella infermieristica, lettera di dimissione, verbale operatorio e scheda sanitaria, i piani assistenziali individuali ecc. La normativa ha anche attribuito a questi documenti un valore probatorio per l'accertamento di responsabilità civile, penale, disciplinare e amministrativa, rispetto al singolo caso trattato.

## 18. VALUTAZIONE DI QUALITA' DEL PSDTA

Occorre valutare periodicamente se i punti principali del PSDTA vengano o meno correttamente sviluppati.

## 19. RIFERIMENTI GENERALI

Per la definizione delle presenti linee di indirizzo sono stati utilizzati i seguenti riferimenti generali:

- Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, 2017
- Ministero della Salute. Piano Nazionale Cronicità, 2017
- Ministero della Salute. L'audit clinico. Roma 2011
- Documento Tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale. Accordo tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano - gennaio 2018.
- SNLG *"Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica"* -maggio 2002
- Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PERCORSO) e Profili Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, AReSS, 2007
- Manuale metodologico *"Linee di indirizzo per lo sviluppo dei Percorsi di Salute e Diagnostico-Terapeutici Assistenziali"*- Direzione Sanità - Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari- DD n. 1955/A1400B/2023 del 21 dicembre 2023.

## 20. ALLEGATI

- ICI-Q sf
- OAB screener
- PGI-I
- *"An International Continence Society (ICS) report on the terminology for pelvic floor muscle assessment"*-2021 Wiley Periodicals LLC