



Gestire l'incontinenza urinaria nello studio del MMG; diagnosi e trattamento di primo livello



MARINA MOSCATELLI
ROMA

DEFINIZIONE INCONTINENZA

“ogni perdita involontaria di urina”

Indicazioni della ICS (International Continence Society) pubblicate su *Neurourology and Urodynamics* (2002; 21:167-178 e 2006; 25:293)

Tale definizione è quella utilizzabile per gli studi epidemiologici

In precedenza l'incontinenza era definita “perdita involontaria di urina tale da costituire un problema sociale ed igienico”

4ª Consultazione Internazionale sull'Incontinenza

**Linee Guida
sull'Incontinenza**

Raccomandazioni ICI 2009



peggioramento della qualità di vita

Sociali

- Isolamento
- Modificazione delle abitudini (necessità di mappare le toilettes)

Psicologiche:

- Depressione e apatia
- Disistima personale
- Senso di perdita di controllo sulla funzione vescicale
- Paura di puzzare d'urina

Occupazionali:

- Assenteismo

Relazionali:

- Negligenza nei lavori domestici
- Problemi di relazione familiari
- Necessità di protezioni speciali
- Necessità di precauzioni nel vestire

Sessuali:

- Rinuncia all'attività sessuale

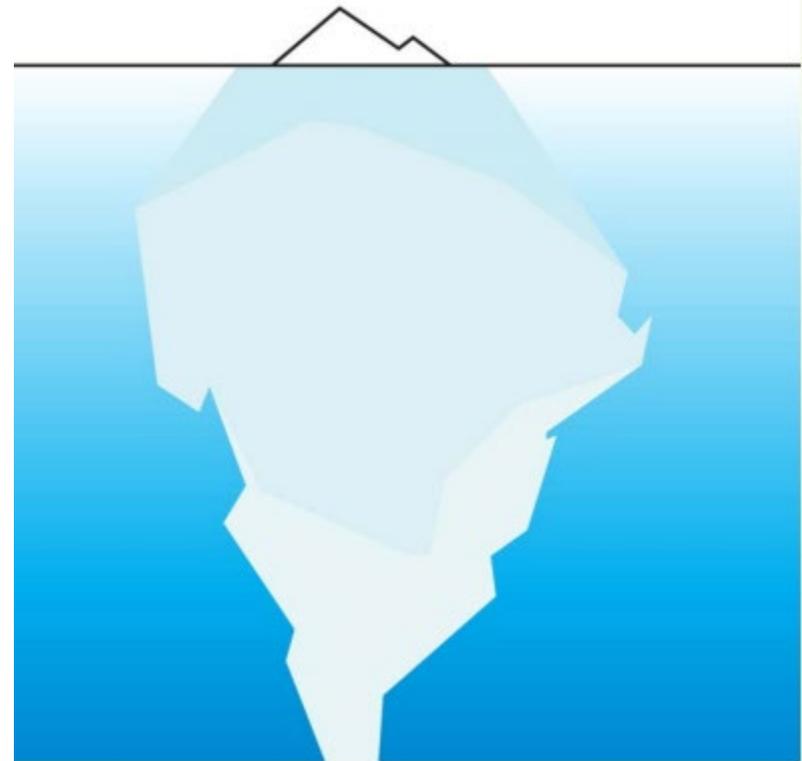
Fisiche:

- Limitazione o cessazione delle attività fisiche



Punta iceberg di un problema ancora sottostimato: solo il 25% dei pazienti incontinenti si rivolge al proprio medico

- Reticenza a parlarne con il medico comporta notevoli ritardi nell'inizio terapia
- Convinzione della ineluttabilità della patologia legata all'età
- Scarsa informazione e formazione
- Patologia in aumento con l'età con notevole impegno di spesa
 - (400 milioni di euro solo per ausili)
- Importanza di sani stili di vita nell'affrontare la patologia



- La disomogeneità delle definizioni e la reticenza del paziente a rivolgersi al Medico di fatto rendono impossibile valutare la reale prevalenza di questo problema.
- Nel mondo oltre 200 milioni di incontinenti (33° meeting annuale ICS 2003)
- In Europa 36 milioni di pazienti
- In Italia 5 milioni pari al 7.1% della popolazione





5.000.000 ITALIANI

- ◆ **20%** NE PARLA CON IL PROPRIO MEDICO
- ◆ **80%** VIVE IL PROBLEMA IN MODO PASSIVO, SPESSO CON VERGOGNA E DISISTIMA

Gravidanza e postparto



PREVALENZA

- 23-67% gravidanza
- 6-29% puerperio

Incremento incidenza di IU con l'età

GIOVANI



20-30%

ADULTE



30-40%

ANZIANE



30-50%



dati della medicina generale

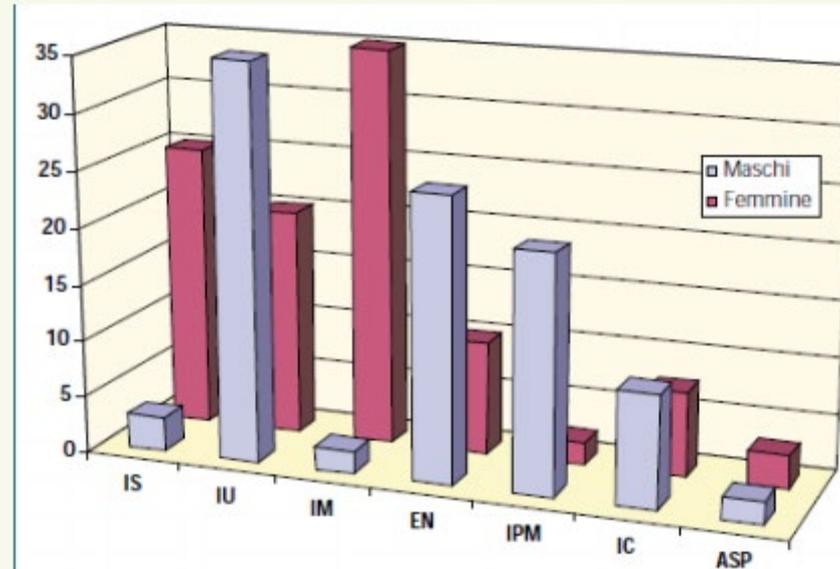


Figura 1

Prevalenza in maschi e femmine dei diversi tipi di incontinenza.
 IS = Incontinenza da sforzo; IU = Incontinenza da urgenza; IM =
 Incontinenza mista; EN = Enuresi notturna; IPM = Incontinenza
 postminzionale; IC = Incontinenza continua; ASP = Aspecifica.



software gestionale medici famiglia

Codifica problema tabella ISTAT

Indice Risali Solo frequenti OK

INCON Annulla

4	788.3	INCONTINENZA URINARIA
4	625.6	INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO NELLA DONNA
5	788.31	INCONTINENZA DA URGENZA ALLO STIMOLO
4	787.6	INCONTINENZA FECALE
5	788.30	INCONTINENZA URINARIA
4	787.6	INCONTINENZA SFINTERE ANALE
5	788.39	INCONTINENZA URINARIA DA STRESS
5	757.33	INCONTINENZA PIGMENTI
5	788.37	INCONTINENZA URINARIA PERMANENTE
5	654.52	INCONTINENZA CERVICALE, COMPLICAZIONI POSTPARTUM
5	654.50	INCONTINENZA CERVICALE, IN GRAVIDANZA
5	788.32	INCONTINENZA DA STRESS NEL MASCHIO
5	788.33	INCONTINENZA MISTA A STIMOLO E STRESS
5	788.34	INCONTINENZA SENZA CONSAPEVOLEZZA SENSORIALE
4	654.5	INCONTINENZA CERVICALE IN GRAVIDANZA
5	654.53	INCONTINENZA CERVICALE, ANTEPARTUM
5	654.54	INCONTINENZA CERVICALE, POSTPARTUM



1548 assistiti 42 risultano affetti da incontinenza urinaria , secondo classificazione ICD 9, con prevalenza pari al 2.5% circa

Paziente Medico Schede Cambia Stampa Test Linee guida Viste Scambio dati ACN Extended Altro ?

Principali Aperti Chiusi (15) Tutti Espandi Organizza

Nuovo problema

Diario
Procedure di prevenzione

- 04 OSTEOPOROSI
- 11 FRATTURA FEMORE
- 11 INFEZIONE OSSA
- 09 STENOSI CANALE VERTEBRALE LOME
- 11 ANEMIA IPOCROMICA-MICROCITICA
- 04 IPERTENSIONE ARTERIOSA
- 16 VASCULOPATIE CEREBRALI
- 04 IPERCOLESTEROLEMIA
- 04 DIABETE MELLITO TIPO II
- 12 INCONTINENZA URINARIA
- 10 RIGURGITO ACIDO
- 08 GASTRITE ATROFICA
- 09 INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA

Terapie

Richieste (+)

	n°	Sede / Note	E	Tipo	S
01.08.16	✓				
04.01.16	◇	PANNOLONE A MUTANI[270]MIS.GRANDE	R	PRE	A
	◇	TRAVERSA SALVAMATE[90	R	PRE	A
29.01.15	◇	TRAVERSA SALVAMATE[90	B	PRE	A
	◇	PANNOLONE A MUTANI[270]MIS.GRANDE	B	PRE	A
27.01.14	◇	PANNOLONE A MUTANI[270]MIS.GRANDE	B	PRE	A
	◇	TRAVERSA SALVAMATE[90	B	PRE	A
14.01.13	◇	TRAVERSA SALVAMATE[90	B	PRE	A

Accertamenti

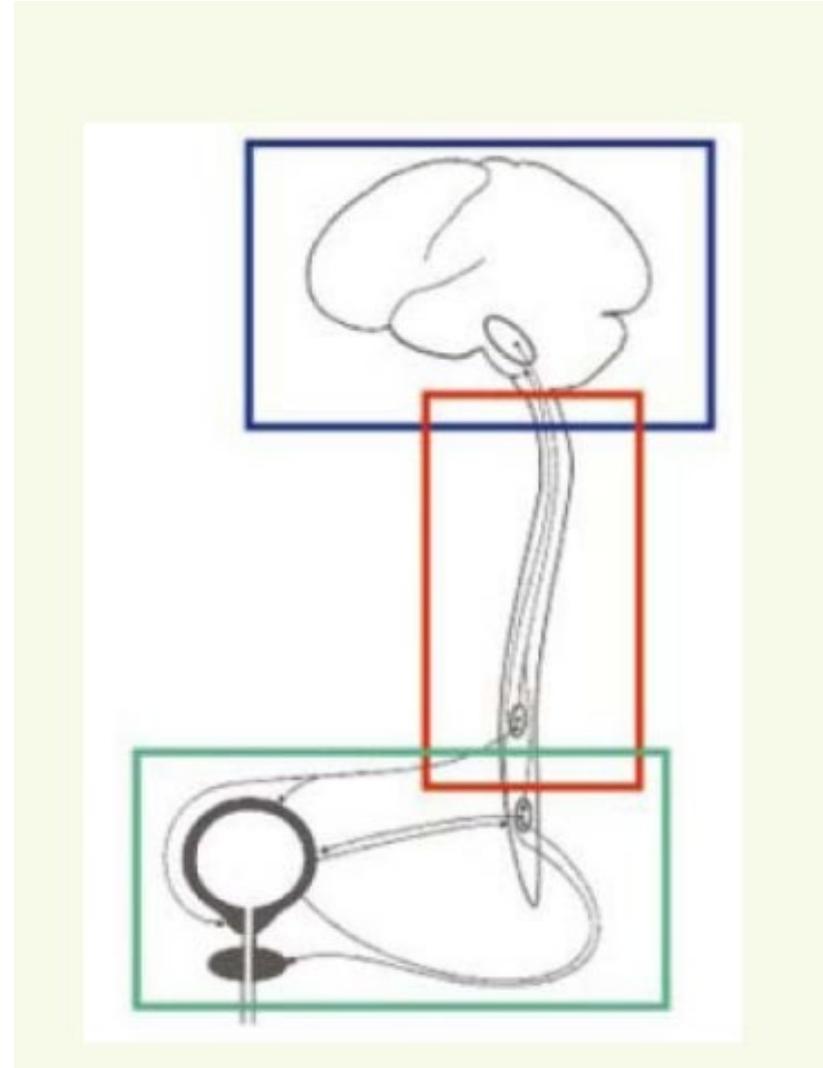
Pressione Certificati Esenz.

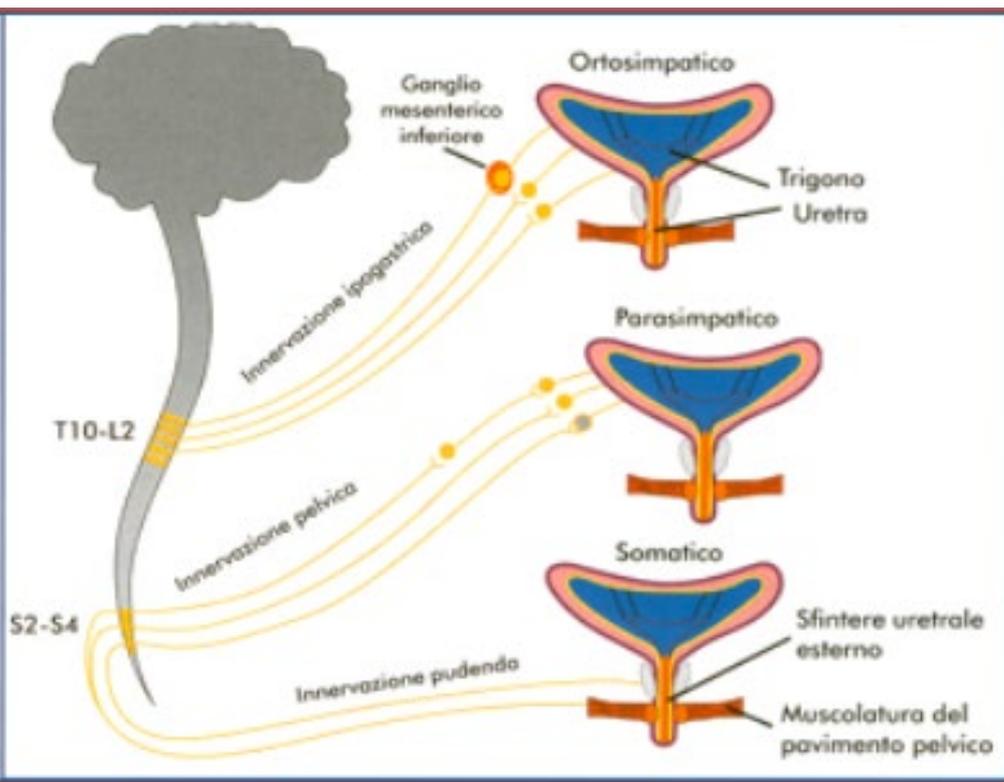
Intolleranze Allegati

Accertamenti (+)

	Risultato	O	N	E	Tipo	S
01.08.16	✓					
18.12.12	◇				U	A

- La vescica si riempie
- Il segnale di vescica piena viene inviato al cervello
- Il cervello trattiene la minzione
- Quando conveniente, il cervello dispone che la minzione avvenga
- Rilasciamento pavimento pelvico (muscolo striato volontario) e della tunica muscolare dell'uretra
- Cessazione della attività inibitoria sulla muscolatura vescicale (detrusore)





SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO

PARASIMPATICO → Stimolo contrae il detrusore
Nervi Pelvici (S2-S4) (Centro sacrale della minzione)

- fibre efferenti motorie (detrusore)
- fibre afferenti sensitive (proprioceettiva detrusore e collo)

ORTOSIMPATICO → Stimolo inibisce il detrusore eccita lo sfintere
Nervi Ipogastrici (T10 - L2)

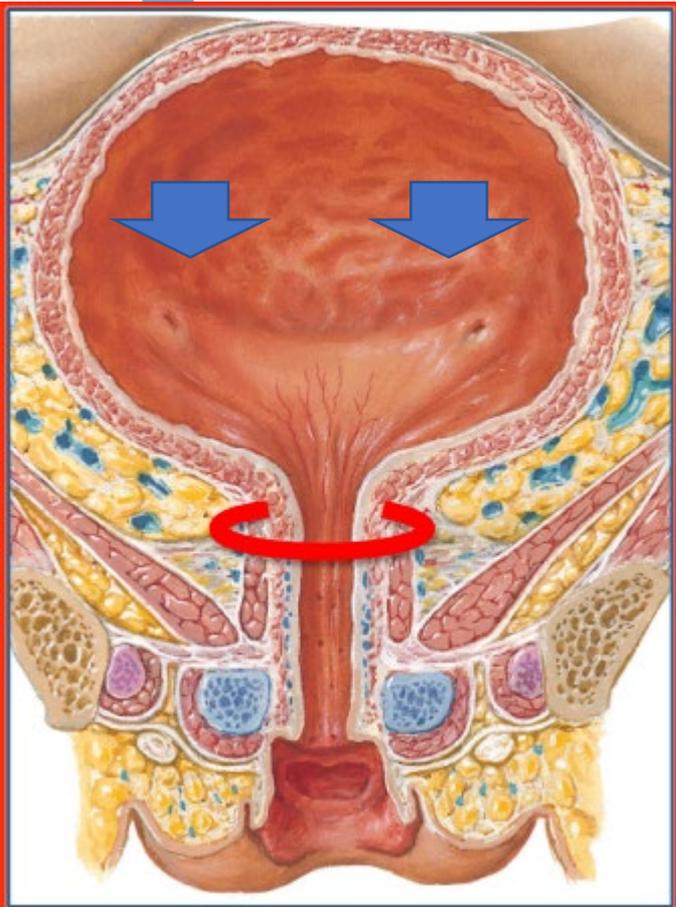
- fibre efferenti motorie (trigono e collo)
- fibre afferenti sensitive (esterocettive)

SISTEMA NERVOSO SOMATICO

Nervi Pudendi (S2-S4) → Contrae il pavimento pelvico

- fibre efferenti motorie (sfintere uretrale esterno e pavimento pelvico)
- fibre afferenti sensitive (uretra posteriore, perineo, scroto)





MUSCOLATURA: 3 STRATI

Per il mantenimento della continenza, la pressione che vige all'interno dell'uretra deve essere maggiore della pressione all'interno della vescica

Questo non succede quando si ha un aumento della pressione solo all'interno della vescica oppure quando diminuiscono le resistenze uretrali

La muscolatura nel suo insieme costituisce il **DETRUSORE**.



ETA'

CLINICA

PEDIATRICA: enuresi notturna

ADULTO: femminile /maschile

ANZIANO: femminile/maschile

DA URGENZA

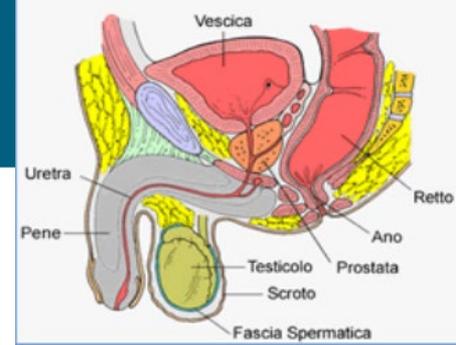
DA SFORZO

MISTA

VESCICA IPERATTIVA

DA IPERAFFLUSSO
(iscuria paradossa)

**INCONTINENZA
DELL'ANZIANO**

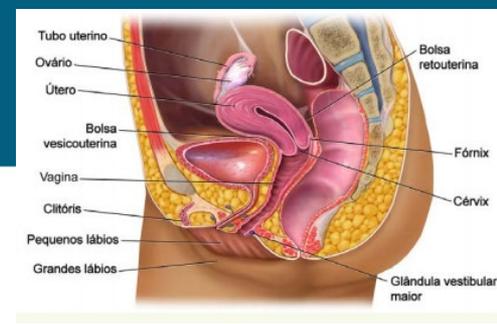


INCONTINENZA “ DA URGENZA”

Perdita di urina per stimolo intenso, improvviso ed incontrollabile, associata a pollachiuria dovuta ad iperattività detrusoriale (contrazioni involontarie muscolo vescicale) prevalente nel sesso maschile e in tutti i soggetti affetti da malattie neurologiche:

- Parkinson
- Malattie cerebrovascolari
- Sclerosi multipla
- Lesione midollo spinale
- Infezioni urinarie, tumori, calcoli, ipertrofia prostatica





INCONTINENZA “DA SFORZO”

Perdita involontaria di urina a seguito di un aumento della pressione addominale associata a sforzo (tosse, starnuto, sollevamento pesi)

- insufficiente resistenza offerta dall'uretra allo svuotamento in presenza di normale attività del muscolo detrusore
- molto comune, colpisce soprattutto le donne dopo il parto, in menopausa, può associarsi a prolasso genitale
- Negli uomini è generalmente associata ad esiti di prostatectomia totale per k prostata



MISTA

- coesistono i 2 tipi, da sforzo e da urgenza, è molto frequente nelle donne anziane ed è legata anche all'assunzione di farmaci che aumentano la diuresi oppure a patologie come il diabete

DA RIGURGITO o ISCURIA PARADOSSA

- perdita di urine da vescica cronicamente sovradistesa da residuo post minzionale abbondante per cause ostruenti anatomiche (**prolasso grave, ipertrofia o neoplasia prostatica, stenosi dell'uretra**) o neurologiche (**vescica neurologica** ad esempio nei mielolesi o nella sclerosi multipla)



Bisogno frequente e improvviso di urinare urgenza minzionale con o senza incontinenza

- di solito associata a pollachiuria diurna e nicturia
- legata a iperattività detrusoriale (contrazioni detrusoriali involontarie durante il riempimento vescicale, spontanee o provocate)
- di origine idiopatica o neurogena.

La diagnosi definitiva necessita di valutazione urodinamica.

Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.



Disfunzione vescicale dovuta ad anomalie congenite, lesioni o patologie cerebrali, del midollo spinale o dell'innervazione locale della vescica e del suo sbocco

L'attività può essere ipotonica (flaccida) o spastica (contratta)

La vescica neurogena ipotonica (flaccida) è generalmente causata da una lesione dell'innervazione locale (midollo spinale sacrale)

Le cause congenite più frequenti comprendono mielomeningocele, o altre lesioni del midollo spinale, inclusa la cauda equina



E' una vera e propria sindrome geriatrica al pari della demenza, della malnutrizione e come tale necessita di una gestione integrata con più figure professionali

- 70% anziani dopo gli 80 anni in entrambe i sessi
- È legata ad una riduzione della capacità vescicale per iperattività detrusoriale da patologie cerebrovascolari oppure ostruttive
- Ad una ridotta resistenza (per ipoestrogenismo o per chirurgia delle basse vie urinarie)
- A fattori di rischio aggiuntivi: Politerapie e Comorbilità



- La persona con IU non parla del problema col proprio medico e quindi non può neanche iniziare un percorso
- La persona consulta il MMG con invio casuale a riferimenti non specifici come una urologia generale o ginecologia generale o fisiatria generale senza una specifica esperienza nel settore peculiare della incontinenza
- Viene sottoposta in prima battuta a esami senza un progetto non utili in primo livello, da riservare ad una gestione di secondo livello in caso di insuccesso o di incontinenza complicata (es. urodinamica)
- Vengono proposte terapie di II livello, quale quella chirurgica, anche in soggetti che avrebbero indicazione ad altre terapie. Il caso più frequente è la assenza di proposta di terapia riabilitativa, oggettivamente spesso motivata da una carenza di offerta sanitaria in tal senso.
- Deve migliorare l'approccio strutturato all'incontinenza e il ruolo del MMG sia in termini di medicina di iniziativa, sia di formazione e inquadramento iniziale della patologia perché esso rappresenta il punto di primo contatto sul problema



Identificare i pazienti con incontinenza

DOMANDE CHIAVE: (Rete Regionale Incontinenza 2021)

- Negli ultimi tre mesi ha avuto perdite d'urina involontarie spontanee, compiendo sforzi anche piccoli, o tossendo, o starnutando o anche solo ridendo?
- In genere va ad urinare più di otto volte durante il giorno, oppure le capita di alzarsi più di una volta per notte?
- Le succede di avere un urgente, improvviso ed irrefrenabile desiderio di urinare?

Qualora il paziente risponda positivamente ad una domanda o a più delle tre domande contemporaneamente il Medico di Famiglia riuscirà a far emergere un problema potenzialmente di gravità rilevante



FATTORI DI RISCHIO

- Età avanzata
- Gravidanza e parità
- Menopausa
- Ipertrofia prostatica
- Obesità
- Demenza ed altre malattie psichiatriche
- Diabete
- Infezioni ed interventi dell'apparato genitourinario

CAUSE

- Debolezza dei muscoli del pavimento pelvico
- Incontinenza dello sfintere uretrale
- Irritazione vescicale (infezioni, neoplasie, calcoli, diverticoli)
- Instabilità motorio/sensitiva del detrusore vescicale (ictus, demenza, parkinson)
- Ostruzione (stenosi, ipertrofia prostatica, cistocele)
- Vescica neurogena (diabete, lesioni spinali, sindromi demielinizzanti)
- Farmacologia (diuretici, sedativi, tranquillanti, anticolinergici)

- dolore, ematuria, infezioni urinarie complicate,
- incontinenza fecale associata
- sospetta patologia infiammatoria cronica, (fistola, prolasso),
- associata a patologia neurologica congenite o acquisite per indirizzare ad una gestione specialistica a seconda delle necessità

i pazienti con lesione midollare (di origine traumatica e non) seguono un percorso assistenziale in strutture dedicate che non rientrano nella rete dell'incontinenza

CENTRI DI III LIVELLO –UNITA' SPINALI





Incontinenza urinaria cosa fare?



- **Stili di vita** : calo ponderale in caso di obesità (raccomandazione di grado A)
- **Riduzione dell'apporto di alcol/caffaina**: riduzione della frequenza e urgenza (raccomandazione di grado B)
- **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 minzionale, può venire offerto come terapia di prima linea nella incontinenza da urgenza o mista (raccomandazione di grado A)

- **Rieducazione del pavimento pelvico** (pelvic floor muscle training PFMT), sulla quale si fondano le raccomandazioni di più alto **grado A**
- **Biofeedback (BFB)**
- **Coni vaginali**
- **Elettrostimolazione (ES)** raccomandazione EAU solo nella incontinenza da urgenza e non da sforzo



L'approccio riabilitativo è considerato la terapia di prima linea secondo tutte le linee guida internazionali, con alto grado di raccomandazione A, tuttavia nella realtà italiana tale step non trova attuazione presso centri esperti e dedicati per mancanza di fisioterapisti e figure professionali



- **Farmaci antimuscarinici (anticolinergici)** : sulla incontinenza da urgenza riducono tutti la pressione vescicale e il tono del detrusore (raccomandazione di grado A EAU/ICI)
- **Beta3 agonista mirabegron**: proposto nella incontinenza da urgenza perché l'attività del detrusore nella vescica iperattiva (raccomandazione di grado B EAU)

informare le pazienti della possibilità di effetti collaterali a lungo termine sia nell'uso di anticolinergici, sia beta 3 agonista



Farm

cpr 5 mg	Ossibutinina *	Sanofi – BBFarma
na cpr 5 mg	Ossibutinina *	Generico
0 mg cpr Ril. Prol.	Ossibutinina *	Janssen Cilag
erotto 3,9 mg/24h	Ossibutinina *	Innova Pharma
cpr 1, 2 mg	Tolterodina *	Pfizer
cpr retard 2, 4 mg	Tolterodina *	Pfizer
a cpr 2 mg	Tolterodina *	Generico
a cpr Ril. Prol. 4 mg	Tolterodina *	Generico
4, 8 mg Ril Prol.	Fesoterodina	Pfizer
cpr 15 mg	Propiverina	Apogepha
cpr 30 mg (RM)	Propiverina	Apogepha
5, 10 mg	Solifenacina *	Astellas
6mg + 0,4 mg	Solifenacina + Tamsulosina	Astellas
20 mg	Trospio	Madaus
60 mg Ril. prol.	Trospio	Madaus
cpr 60 mg RP	Trospio	Rottapharm

* NOTA 87 AIFA





AIFA

Agenzia Italiana del
Farmaco

Nota 87

Farmaci in Nota: Oxibutinina, Solifenacina, Tolterodina

Farmaci per
l'incontinenza urinaria
da urgenza:

- Ossibutina
- Solifenacina
- Tolterodina

La prescrizione a carico del SSN è limitata alle seguenti condizioni:

Pazienti affetti da incontinenza urinaria da urgenza, nei casi in cui il disturbo minzionale sia correlato a patologie del sistema nervoso centrale (ad es. ictus, morbo di Parkinson, traumi, tumori, spina bifida, sclerosi multipla):

*ossibutina**

*solifenacina**

*tolterodina**

** relativamente alle sole confezioni negoziate in classe A/RR Nota 87*



- **Tossina botulinica intradetrusoriale:** incontinenza urinaria da urgenza non rispondente alle terapie di primo livello, può essere offerta nell'ambito di una gestione di secondo livello o terzo livello (raccomandazione di grado A EAU)
- **Stimolazione del nervo tibiale posteriore (PTNS):** è una forma particolare di stimolazione a scopo inibitorio sul detrusore che può essere offerta nei pazienti senza beneficio da terapia farmacologica con antimuscarinici (raccomandazione di grado B EAU).
- **Neuromodulazione sacrale** (raccomandazione di grado A ICI/EAU) o infine, dopo aver preso in considerazione le altre possibilità, in casi selezionati, una eventuale

- Nel caso dell'incontinenza da sforzo (l'ICI sottolinea "incontinenza da sforzo urodinamica") la colposospensione retro pubica (raccomandazione di grado A ICI)
- Cistoplastica di ampliamento (raccomandazione di grado C ICI /EAU).
- Posizionamento di bendelette tension-free sotto il collo e l'uretra (raccomandazione di grado A ICI). L'EAU comunque sottolinea come le bendelette sottouretrali siano oramai l'intervento preferibile laddove disponibile e possibile (raccomandazione di grado A EAU).
- Per pazienti con ipomobilità uretrale possono essere proponibili gli interventi di sling sul collo vescicale (raccomandazione di grado A ICI),
- Utilizzo di terapia bulking con agenti iniettabili o sistemi impiantabili (raccomandazione di grado B ICI).
- Impianto di uno sfintere artificiale (raccomandazione di grado B ICI), per il quale è particolarmente auspicabile la attivazione di studi prospettici controllati.



Livello base (MMG/specialista territoriale/ospedaliero)

ANAMNESI GENERALE
ANAMNESI DEL SINTOMO, DIARIO MINZIONALE EVT QUESTIONARI
VALUTAZIONE DEL DESIDERIO DI TRATTAMENTO
ESAME FISICO ADDOMINALE
ES. URINE E UROCOLTURA (SE POSITIVO TRATTARE E RIFARE LA VALUTAZIONE)
Evt esame citologico urinario in caso di IUU/IUM

Patologia neurologica
nota o sospetta

sì

3° LIVELLO neuro-urologico
o 2° livello urologico o fisiatrico a
seconda della complessità

no

RED FLAGS

sì

2° LIVELLO
Urologico/Ginecologico

no

1° LIVELLO Urologico/Ginecologico/Fisiatrico

RED FLAGS

INCONTINENZA RICORRENTE
DOLORE
EMATURIA
IVU RECIDIVANTI
PREGRESSA CHIRURGIA PELVICA
PREGRESSA RT PEVICA
DISURIA, SOSPETTA RITENZIONE
INCONTINENZA GOCCIA A GOCCIA

RIVALUTAZIONE ANAMNESTICA GENERALE E DEL SINTOMO, QUESTIONARI E
DIARIO, VALUTAZIONE DEL DESIDERIO DI TRATTAMENTO
ESAME FISICO PELVICO E ADDOMINALE E PERINEALE
VALUTAZIONE STATO ESTROGENICO (SE NECESSARIO TRATTARE)
VALUTAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO (TESTING PERINEALE)
VALUTAZIONE DEL RESIDUO VESCICALE POSTMINZIONALE (SE DISURIA,
SENSO DI INCOMPLETO SVUOTAMENTO, PREGRESSA CHIRURGIA O ALTRI
ELEMENTI DI SOSPETTO)

INCONTINENZA MASCHILE DOPO CHIRURGIA PROSTATICA



- Nell'80% tende a migliorare nei mesi successivi
- Nel 5-10% dei soggetti può rimanere anche a distanza di un anno
- Anche con radioterapia (RT), sia essa effettuata come unico trattamento del carcinoma prostatico o come terapia adiuvante in caso di ripresa di malattia, può indurre una incontinenza significativa
- Nell'1% dopo chirurgia prostatica per IPB e in tal caso la sua gestione non differisce da quella incontinenza dopo patologia oncologica.



Duloxetina evidenza che possa migliorare l'incontinenza urinaria da sforzo nell'uomo tuttavia rimane un farmaco "off label" senza indicazioni in scheda tecnica (livello di evidenza 1 b EAU)



- La persona anziana con disabilità motoria e disturbi cognitivi può non tollerare le terapie proposte.
- Il caregiver, figura fondamentale nella gestione di gran parte degli anziani fragili può non avere le conoscenze adeguate per la gestione del problema
- Nell'anziano fragile non sono vengono proposte terapie comportamentali e riabilitative
- L'estrema frequenza dell'incontinenza urinaria nell'anziano con comorbilità, politerapia ad elevato rischio di interazione con farmaci per l'IU, rendono necessaria forte cautela nella gestione del paziente dell' IU

- Nei soggetti anziani con residuo post-minzionale significativo, il trattamento va indirizzato verso questa problematica. In tal caso appare opportuno trattare un'eventuale stipsi e rivedere la terapia farmacologica assunta dal paziente con possibile influenza negativa sullo svuotamento, compresa eventuale terapia antimuscarinica
- Nei pazienti con residuo post-minzionale tra 200 e 500 ml, se si pensa che esso contribuisca all'incontinenza o all'aumentata frequenza può essere fatto un tentativo con un periodo di cateterizzazione successiva rivalutazione del problema (Grado C)
- Importante la valutazione con test cognitivi



Frequentemente nell'anziano è necessario ricorrere all'utilizzo di **ausili** come **assorbenti**, **traverse**, **cateteri** e **sacche raccogliurine** che consentono di far fronte alla situazione, limitando gli effetti del problema nella vita quotidiana.

Nel 2006, con la legge finanziaria, sono state inserite le prestazioni di assistenza protesica all'interno dei LEA integrativi

I presidi protesici ed ortesici sono state definiti come prestazioni “volte alla prevenzione, correzione e compensazione di menomazioni o disabilità funzionali e fisiche volte al potenziamento delle abilità residue, nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito”

l'eterogeneità d'interpretazione ed applicazione delle norme, in particolare l'acquisto e fornitura dell'ausilio seguono una procedura lunga e complicata.

il principale criterio di scelta degli ausili è di natura economica, per cui l'erogazione dei presidi per incontinenza cambia nelle diverse Regioni a causa di iter differenti per il loro acquisto e distribuzione



Per avere questi ausili dalla ASL è necessario possedere una diagnosi di **incontinenza stabilizzata effettuata da uno specialista del Servizio Sanitario Nazionale.**

A ciò bisogna aggiungere che ogni singola Regione può aver attivato procedure particolari a modifica dell'iter canonico come per esempio l'attivazione della domanda di invalidità civile.....

Non c'è omogeneità di distribuzione e fornitura

Non di rado mancano segnalazioni da parte dei pazienti che lamentano come la **qualità di questi assorbenti**, forniti dal SSN

PAZIENTE



Il medico di medicina generale prescrive al paziente la visita specialistica (urologo, geriatra)



Lo specialista del Servizio Sanitario formula la diagnosi di incontinenza, specifica il grado di gravità, indica il fabbisogno di ausili assorbenti



La ASL, in base alla prescrizione dello specialista, autorizza la fornitura (per la durata massima di 1 anno, poi rinnovabile)



La ASL dispone la consegna degli ausili in farmacia oppure a domicilio



Per fornire questi ausili ai cittadini incontinenti, il Servizio Sanitario Nazionale spende **355,1 milioni di euro** - pari al 56% della spesa totale per l'incontinenza.

Il **restante 44%** della spesa totale (**ben 283,1 milioni di euro**) resta a carico delle famiglie, che **contribuiscono di tasca propri**. Analizzando i dati dello studio rispetto al parametro **qualitativo** di questi ausili

il SSN, avvalendosi di sistemi di acquisto basato sul criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, fornisce una risposta agli utenti a scapito della qualità. Va però anche detto che di certo gli utenti privati cercano ausili qualitativamente superiori nella loro spesa privata (*out of pocket*).



CONCLUSIONE

Il MMG può affrontare il primo livello del problema
Incontinenza

Gli aspetti riabilitativi e farmacologici ove possibile sono
una risposta iniziale

Deve individuare nel proprio territorio di lavoro i Centri
di riferimento multiprofessionali (Reti Regionali) che si
occupano dell'Incontinenza in modo strutturato

La parola va ad Angelo Di Santo che ci illustrerà
l'organizzazione e le strategie terapeutiche che fanno la
differenza.....





GRAZIE
PER L'ATTENZIONE





LE RETI REGIONALI



Direzione: SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Area: RETE OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

DETERMINAZIONE (con firma digitale)

N. G05042 del 04/05/2021

Proposta n. 13792 del 28/04/2021

Oggetto:

Approvazione del documento regionale "Rete regionale dei Centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria e fecale"

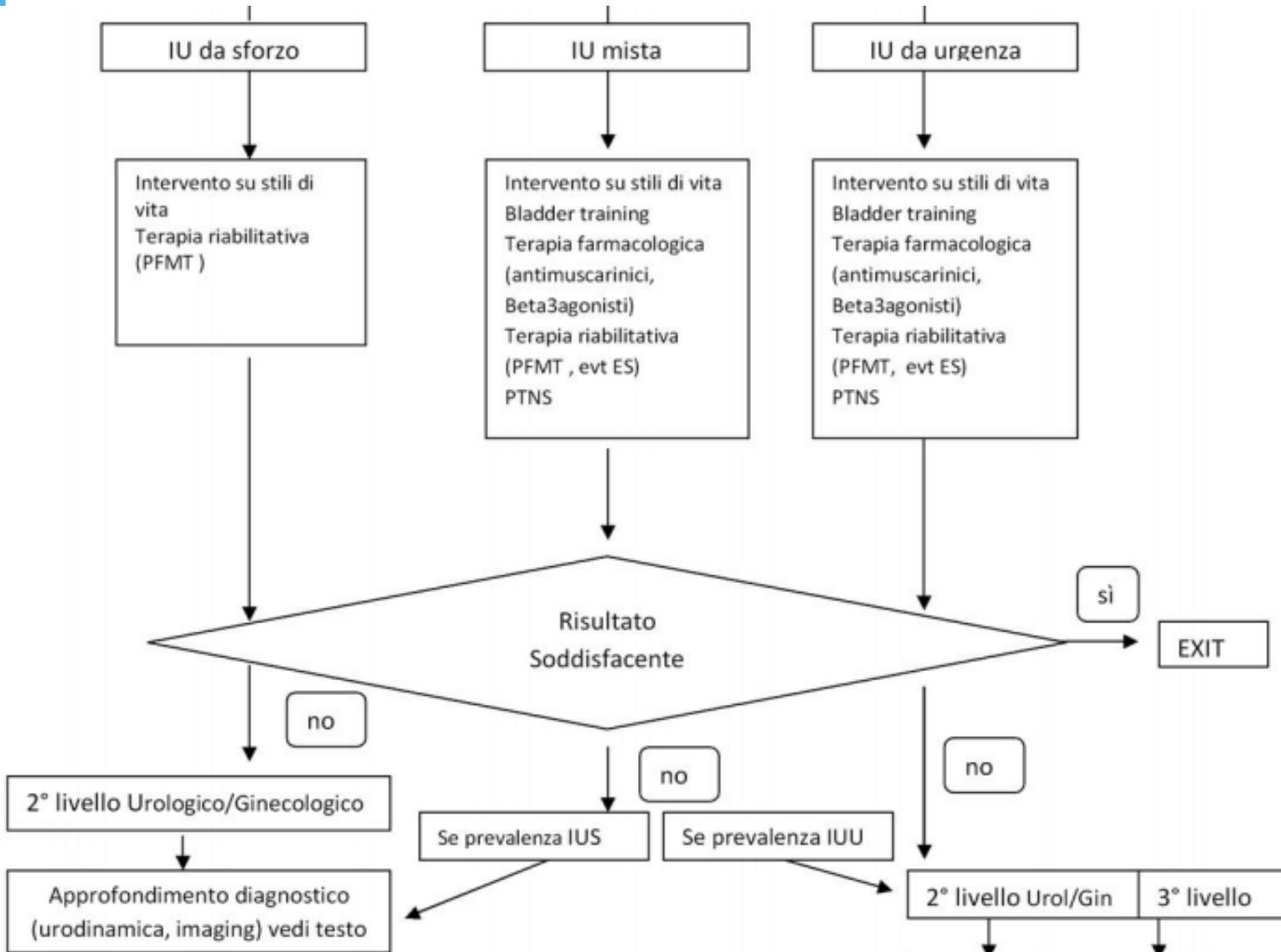
CHI SONO REFERENTI PER UN APPROCCIO STRUTTURATO AL PROBLEMA DELL'INCONTINENZA?

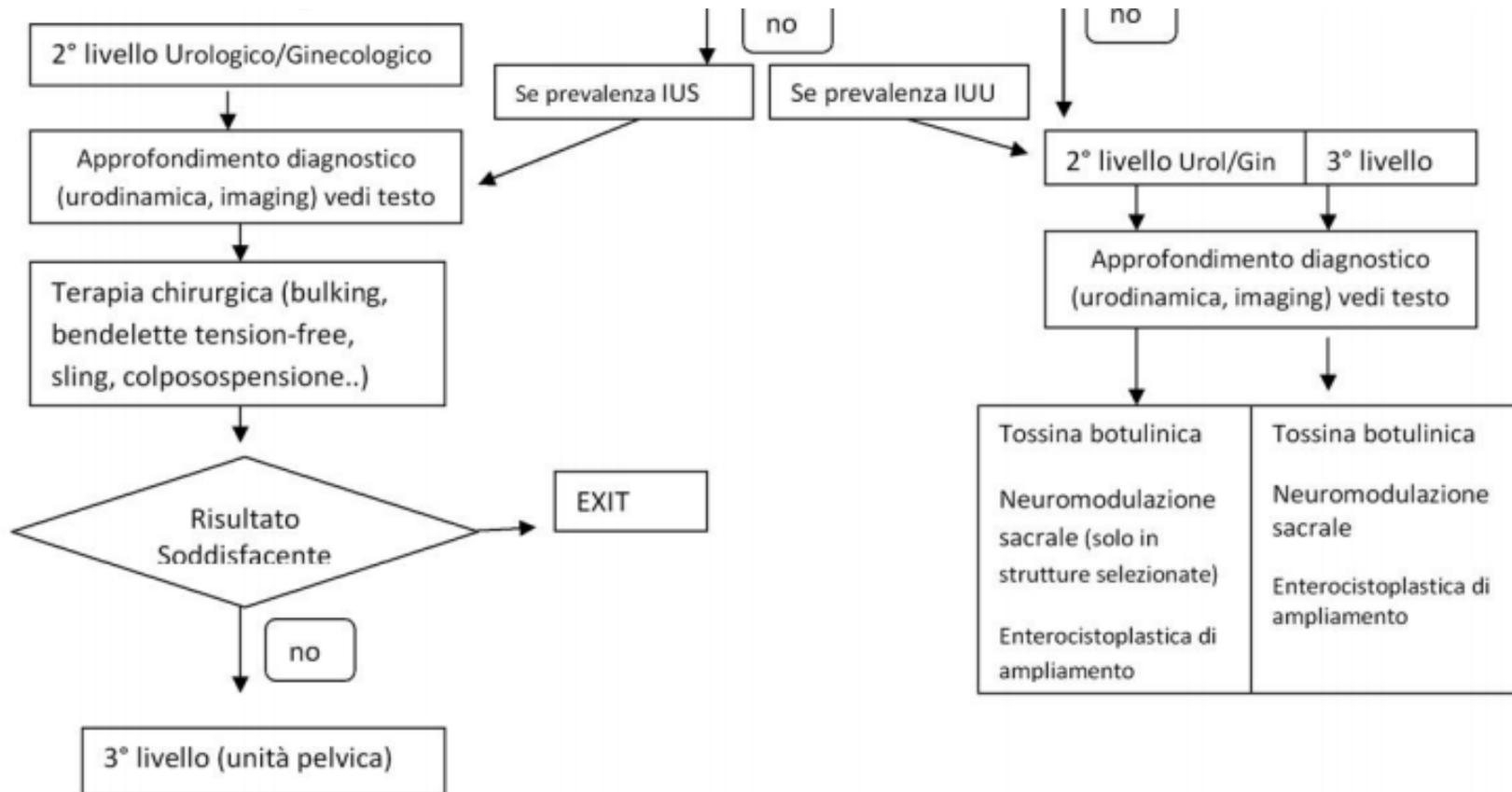
Sono stati istituiti in ogni Regione i Centri per la Rete dell'Incontinenza ed il percorso è adattato alle differenti realtà ed alle caratteristiche organizzative esistenti in ciascuna Regione in tre livelli a seconda del grado di complessità della patologia.

I percorsi all'interno dei Centri devono garantire la presa in carico Prevenzione, diagnosi e cura che vengono proposte a seconda dell'offerta specialistica esistente nelle differenti realtà regionali.

Criticità: si segnala come non in tutte le regioni italiane esistano Centri di Neuro-Urologia;







Ogni percorso prevede una sequenza di attività, basate sulle linee guida da svolgere nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse.

La difformità di risorse, organizzazione e attività che caratterizza la realtà italiana, regionale e locale nell'ambito della cura dell'IU pone evidenti difficoltà di standardizzazione di un PDTA

