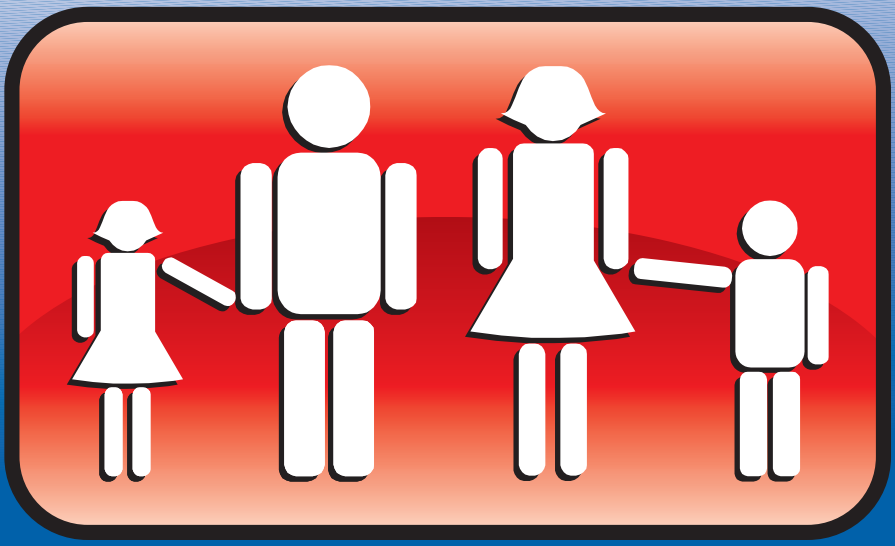
Finco
Federazione Italiana INCOntinenti
onlus

WFIP
World Federation of Incontinent Patients

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



L'INCONTINENZA, QUESTA SCONOSCIUTA

Con il patrocinio del

Ministero della Salute

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 grande impegno sociale e su tali temi dobbiamo sempre confrontarci

Francesco Diomede

> Guida redatta da:

Prof. **Amedeo Bianco**
(Presidente FNOMCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - www.fnomceo.it)

Prof. **Francesco Catanzaro**
(Responsabile Unità Operativa di Urologia - Policlinico Multispecialistico MultiMedica - Sesto S. Giovanni Milano)

Prof.ssa **Maria Angela Cerruto**
(Ricercatrice Cattedra di Urologia - Università di Verona)

Prof. **Mauro Cervigni**
(Responsabile dell'Unità Operativa di Urologia ginecologica presso l'Ospedale S. Carlo di Nancy - IDI - Sanità - Roma - Past-President AIUG - www.aiug.it)

Prof. **Mario De Gennaro**
(Responsabile, Unità Operativa Complessa di Urodinamica Pediatrica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma - Presidente SIUD - www.siud.it)

Sig. **Francesco Diomede**
(Presidente della Federazione Italiana Incontinenti FINCO e World Federation of Incontinent Patients - W.F.I.P. - www.wfip.org)

Prof. **Francesco Pesce**
(Responsabile Unità Operativa Complessa di Neuro-Urologia, Ospedale CPO, Ostia - Roma - Past-President SIUD - www.siud.it)

> Presentazione del Ministro della Salute 6
> Il ruolo del medico nel rapporto con i pazienti 9
> Cos'è l'incontinenza urinaria femminile 12
> Come diagnosticarla 13
> Percorso terapeutico della donna 15
> Cos'è l'incontinenza urinaria maschile 23
> Come diagnosticarla 23
> Percorso terapeutico dell'uomo 25
> Cos'è l'incontinenza urinaria in pediatria 29
> Come diagnosticarla 32
> Percorso terapeutico del bambino 33
> Diritti e normative 35
> Rapporti col medico di base 35
> Rapporti con gli specialisti ausl 35
> Privacy: sanità e doveri del medico 36
> Incontinenza, invalidità e lavoro 37
> Le carte dei servizi 38
> Come ottenere i dispositivi medici contenitivi 39
> Nomenclatore protesico 39
> Cos'é la FINCO 46
> Cos'é la WFIP 49
> Giornata nazionale incontinenza 50
> Appendice - Glossario 52

Ministero della Salute

IL MINISTRO

La carenza di informazione e di orientamento rappresenta, come è noto, una delle difficoltà maggiormente segnalate dai cittadini in ambito sanitario. Sappiamo bene quanto si faccia fatica ad entrare in possesso delle informazioni giuste, a sapere con certezza quale sia la struttura alla quale rivolgersi, quale il percorso più appropriato da seguire. Questa Guida interviene, quindi, in un ambito nel quale l'offerta a disposizione dei cittadini è ancora largamente insufficiente a garantire il soddisfacimento della domanda. E rappresenta una opportunità per dare un segnale a chi si misura con l'incontinenza della esistenza di una comunità attenta e non indifferente, contribuendo a portare il tema alla attenzione di una opinione pubblica più vasta. E' anche questo un modo per combattere le false convinzioni che ancora oggi resistono sulla malattia e vanno superate una volta per tutte. Parlare di incontinenza significa, certamente, soffermarsi sulle sue peculiarità, e le pagine che seguono se ne occupano esaurientemente. Ma anche ricontestualizzare queste problematiche nel più vasto tema delle cronicità e delle politiche da mettere in campo per assicurare ad esse risposte adeguate. E' noto che i paesi industrializzati, e l'Italia tra questi, anche in relazione ad una aspettativa di vita crescente, sono costretti a fare i conti con l'aumento della incidenza di malattie croniche, talvolta invalidanti, e della perdita della autosufficienza. Il nostro sistema sanitario è già impegnato su questo terreno. In realtà ciò che facciamo e abbiamo fatto sinora, pur rilevante, non basta. Il contesto nel quale ci muoviamo finisce per mettere in discussione il profilo stesso del nostro sistema di protezione sociale, anche in ambito sanitario. Assistenza per le cronicità, tutela della non autosufficienza, attenzione per la qualità della vita individuano aree di bisogni crescenti, e un complesso di questioni alle quali, sino ad oggi, non siamo stati in grado di garantire tutto ciò di cui i cittadini hanno biso-

gno. E' noto quanto, soprattutto tra gli addetti ai lavori, sia forte la convinzione che si tratti di argomenti dei quali parliamo ormai da troppo tempo, e sappiamo praticamente tutto, o quasi. In altre parole, è giunto il momento di rimboccarsi le maniche e dare al Paese ciò che si aspetta e che noi tutti, ai diversi livelli di responsabilità, possiamo mettere a sua disposizione. Per questa ragione, sin dall'avvio del mio mandato, pur avendo piena consapevolezza delle difficoltà che dovremo superare, e senza lasciare spazio ad alcuna demagogia, ho indicato in queste problematiche uno dei terreni sui quali misureremo, di fatto, l'efficacia del nostro lavoro. Ed è per questa ragione che considero necessario ed indispensabile avere come asse strategico prioritario della mia azione di governo i bisogni dei cittadini e delle loro famiglie. Organizzazioni come la Finco, insieme a molte altre, hanno il merito di far emergere costantemente questi stessi bisogni, indicandoli ai decisori, ai diversi livelli, e attirando la loro attenzione sulle priorità. E' evidente che quando parliamo di strategie complessive per garantire una diversa qualità della vita, parliamo anche della necessità di avere la giusta attenzione per gli stili di vita, per la prevenzione e, più in generale, per una serie di elementi e fattori che non necessariamente hanno attinenza esclusiva con la sanità. Puntare efficacemente sulla riduzione della incidenza di alcune malattie croniche e disabilità necessita di una grande attenzione anche nei confronti di questi aspetti. L'intervento che ci viene richiesto è multidisciplinare ed esige, quindi, il coinvolgimento di molte competenze. Avremo bisogno di alcuni anni di lavoro impegnativo, ma dovremo investire, e rapidamente, per orientare sempre di più e meglio il sistema in questa direzione. Ciò significa, in larga misura, ridefinire gli assi strategici e la mission del nostro Ssn, riconvertendo un sistema prevalentemente orientato, ancora oggi, alla cura degli acuti. Sono convinta che una parte della modernizzazione del Paese e del suo sistema di protezione sociale passi proprio per il successo che saremo in grado di cogliere su questi temi. Dobbiamo fare della assistenza sul territorio, fuori dall'ospedale, il più vicino possibile al domicilio dei cittadini, oltre che a casa, ciò che l'ospedale è stato, nell'immaginario di noi tutti, negli ultimi cinquanta anni. Ripensare il territorio, progettarlo, ripensare il sistema delle cure primarie, individuare modelli assistenziali per le cronicità più adeguati alle necessità non è, come è noto, una opzione a nostra disposizione, ma una strada obbligata. E' sul territorio che possiamo e dobbiamo giocare la partita per la garanzia effettiva dei Lea. E' sul territorio che curiamo quel rapporto di fiducia medico-cittadini che è il vero fondamento del sistema. Questa sfida porta con se, inevitabilmente, altre sfide non meno importanti per il futuro del nostro

Ssn. Prima fra tutte quella per l'appropriatezza. Sappiamo quale sensibilità e quante aspettative ci siano, legittimamente, da parte dei pazienti, nei confronti delle innovazioni messe a disposizione dalla ricerca. I bisogni dei cittadini e le loro legittime aspettative sono cresciuti, così come è cresciuta la loro consapevolezza sulle possibilità che la scienza e l'innovazione tecnologica mettono a disposizione per migliorare la qualità della vita. Questa forte richiesta di attenzione per la qualità della vita deve spingerci ad affrontare con determinazione le tante questioni ancora aperte. Ciò significa, tra l'altro, discutere delle modalità per accettare in pieno la sfida per l'appropriatezza senza che ciò vada a detrimento della qualità, della sicurezza, della personalizzazione delle cure. E provare a rovesciare la tradizionale valenza negativa del termine appropriatezza, valorizzandolo in chiave positiva, per ciò che garantiamo ai pazienti, in termini di obiettivi di salute conseguiti più che di mera sommatoria di prestazioni erogate. In qualità di Ministro della Salute avverto per intero la responsabilità di garantire, proprio in questa cornice di appropriatezza, le diagnosi e le terapie più adeguate per migliorare la qualità della vita di chi è affetto da una patologia cronica. E di mettere in campo uno sforzo per assicurare, al tempo stesso, attenzione per quanto previsto dalle evidenze scientifiche e per l'indispensabile personalizzazione dei percorsi assistenziali e di presa in carico. Ci conforta, di fronte al tanto che resta da fare, la consapevolezza di poter contare su molte esperienze positive e buone pratiche, su società scientifiche, operatori sanitari, organizzazioni di tutela, che hanno rappresentato, in tutti questi anni, una testimonianza concreta che si può fare, e bene, a patto che si prenda sul serio l'attenzione per la qualità della vita, in qualunque momento, come parte integrante del percorso assistenziale. Dobbiamo valorizzare queste esperienze e il contributo, prezioso, che può venire dai diversi attori, e fare in modo che ciò che di buono è stato realizzato riesca a fare, sempre di più, sistema. Questa pubblicazione ha il merito di sottolineare, ancora una volta, e in maniera concreta, la centralità dei cittadini come soggetti e titolari di diritti e di doveri, e di riportare l'attenzione su di essi. Una volta di più, semmai ce ne fosse bisogno, abbiamo conferma del ruolo insostituibile svolto dalle organizzazioni di tutela.

E' con queste convinzioni che auguro il miglior successo a questa Vostra iniziativa e, soprattutto, a molte altre nel futuro nell'interesse esclusivo dei cittadini che tutelate con tanto impegno e passione

Livia Turco

IL RUOLO DEL MEDICO NEL RAPPORTO CON I PAZIENTI

Ho accolto con piacere la notizia della realizzazione da parte della **Federazione Italiana Incontinenti** di questa iniziativa editoriale rivolta ai circa 5 milioni di pazienti, soprattutto donne, alle prese con una patologia che incide in modo significativo sulla qualità della vita.

L'analisi dell'andamento demografico del Paese induce a pensare che in un futuro abbastanza prossimo il dato sia destinato inevitabilmente a crescere, proporzionalmente con l'invecchiamento della popolazione. Secondo i dati resi noti recentemente dall'Osservatorio della Terza Età sono oggi 11 milioni gli anziani ultra sessantacinquenni, ma il trend dell'invecchiamento progressivo della popolazione, unito all'aumento della speranza di vita, lasciano ipotizzare che entro il 2050 la popolazione anziana rappresenti il 34% dell'intera comunità nazionale con oltre 18 milioni di individui. Tale composizione del tessuto sociale imporrà precise scelte di politica sanitaria sia dal punto di vista della distribuzione delle risorse che della programmazione dei servizi. Aumenterà l'incidenza delle malattie croniche e quelle ad andamento degenerativo per cui sempre più si affermerà la necessità per gli anziani di mantenere uno stato di salute accettabile, che consenta quanto meno di preservare le proprie funzioni e quindi la propria autosufficienza.

Le condizioni socio-ambientali pertanto rivestiranno un ruolo essenziale nella vita dell'anziano, come è evidente che i medici di medicina generale, prima ancora delle strutture ospedaliere, dei day hospital, delle residenze sanitarie e dell'assistenza domiciliare, rappresenteranno il primo punto di riferimento sanitario. Il medico di famiglia, pertanto dovrà avere nei confronti dell'anziano un approccio clinico di tipo costante al

fine di individuare alterazioni di carattere biologico e psichico che possano compromettere la salute. Un approccio di questo tipo può risultare determinante nel far emergere problematiche come quelle dell'incontinenza che, come sappiamo, sono spesso sottaciute e sono causa di depressione e perdita di autostima, a cui si accompagnano frequentemente apatia e sensi di colpa.

In quest'ottica appare rilevante il ruolo della formazione specifica del medico di medicina generale, chiamato a collaborare con lo specialista in geriatria, per creare una sorta di osmosi in grado di fronteggiare problemi derivanti anche dall'interazione fra varie patologie che spesso ostacolano le capacità diagnostiche e complicano la risposta terapeutica. Affrontare problemi legati alla tutela della salute vuol dire soffermarsi sul rapporto medico-paziente che rappresenta il fondamento su cui si basa l'esercizio della professione medica. Dopo secoli di paternalismo autoritario basato su principi di beneficialità (dovere del medico di promuovere il bene del malato), il rapporto medico - paziente, ha subìto un profondo cambiamento.

Oggi il cittadino rivendica il diritto all'autodeterminazione, la libertà di curarsi o di curarsi come vuole. Esige di essere debitamente informato sul tipo di cure per accettarle o meno. Ma se è cambiato il modo di porsi dei pazienti anche i medici, da parte loro, e con essi tutta l'organizzazione sanitaria, hanno in alcuni casi contribuito a raffreddare il rapporto empatico con il malato indispensabile per il successo delle cure.

Quali le cause - una scarsa formazione universitaria finalizzata ad instaurare un corretto rapporto con i malati. Oggi il corso di laurea è quasi esclusivamente rivolto alla formazione di un medico che sappia diagnosticare e curare le malattie, secondo le regole dell'arte e della scienza, senza preoccuparsi più di tanto dei "modi" attraverso i quali occuparsi della buona salute dei cittadini.

Una serie interminabile di adempimenti burocratico-amministrativi richiesti al medico per conciliare la disponibilità delle risorse con l'aumentata richiesta di salute.

L'attenzione preponderante per il "caso clinico" e l'orgoglio della "qualità tecnica della prestazione", dove la tecnologia tende a trasformare l'uomo in oggetto.

La spersonalizzazione del rapporto per l'intervento di più competenze specialistiche.

Il progresso tecnologico inoltre ha sicuramente portato con sé il distacco del medico dal malato e viceversa. Oggi si può letteralmente "vedere" la malattia,

comprendere le ragioni del male, individuare le terapie più appropriate, tuttavia è basilare che il medico visiti il paziente, metta una mano sulla pancia, ascolti il suo cuore con lo stetoscopio e lo faccia tossire. Semplici gesti che contribuiscono a creare un feeling tra “medico/paziente/famiglia”, rafforzano il rapporto e spingono il malato ad aprirsi, a raccontare i propri timori e le proprie ansie. Questo serve a creare un legame umano basato sulla fiducia reciproca tra chi cura e chi viene assistito, nella certezza che l’empatia tra due esseri umani non potrà mai essere sostituita da nessuna macchina, per quanto perfetta e sofisticata possa essere. Senza dimenticare che a volte proprio dalle confidenze dei pazienti emerge l’elemento diagnostico più importante, una piccola tessera del mosaico che neanche la tecnologia più moderna potrà mai evidenziare.

È importante quindi che il medico sappia ascoltare il paziente e sappia "comunicare", con un linguaggio accessibile e rapportato al livello culturale del malato, come intende procedere nell’iter diagnostico, chiarendo il significato di esami, consulenze specialistiche, indagini strumentali, ecc…, e con quale terapia intende procedere, gli eventuali rischi che questa può comportare, senza mai promettere guarigioni impossibili ma senza mai eliminare elementi di speranza.

A cura del Prof. **Amedeo Bianco**
Presidente **FNOMCeO**
(Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - www.fnomceo.it)

COS'È L'INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE

L'incontinenza urinaria (IU) è una qualsiasi perdita involontaria d'urina, dietro questa semplice definizione si nasconde un'intrinseca complessità dovuta ai diversi fattori di rischio di tale condizione:

Familiarità
Età
Gravidanza
Numero di parti
Modalità del parto (forcipe, ecc.)
Menopausa e assetto ormonale
Isterectomia
Obesità
Altri sintomi minzionali Malattie neurologiche - Danni cognitivi
Fumo

Tabella 1.
Fattori di rischio per l'incontinenza urinaria femminile

Quanto è diffusa

L'incontinenza urinaria è una condizione molto frequente (oltre 260 milioni di persone al mondo ne soffrono!) e nel genere femminile essa è presente in circa il doppio dei casi rispetto al genere maschile.

A prescindere dall'età e dal sesso, considerando cioè sia i maschi che le femmine di tutte le età, si calcola che sono affetti da incontinenza urinaria di vario tipo circa l'8,7 % dei soggetti, vale a dire circa 5 milioni di persone in Italia.

TIPO	DEFINIZIONE
Incontinenza da sforzo (IUS)	Perdita involontaria di urina durante lo sforzo fisico (ridere, tossire, starnutire, cambiare posizione, camminare, salire e scendere le scale, correre e sollevare pesi)
Incontinenza da urgenza (IUU)	Perdita involontaria di urina accompagnata o immediatamente preceduta da urgenza della minzione
Incontinenza mista (IUM)	Coesistenza di entrambi i tipi di incontinenza

Tabella 2.
Classificazione dei principali tipi di IU con le relative definizioni

In entrambi i sessi, la frequenza dell'incontinenza aumenta con l'età.

Tipi di incontinenza

Non tutte le incontinenze sono uguali. Esistono vari tipi di incontinenza urinaria che riconoscono diversi meccanismi e diverse cause. La classificazione delle diverse tipologie di incontinenza urinaria con le relative definizioni è riportata nella tabella 2.
Di tutte le tipologie, la forma più frequente nelle donne è certamente quella da sforzo.

Come diagnosticarla

Per poter diagnosticare l'incontinenza urinaria innanzitutto è necessario che la persona che ne soffre l'affronti come un problema risolvibile e ne parli con il medico di base spontaneamente, oppure venga da questi stimolata a parlarne. A tal fine è importante conoscere e quindi superare tutte le barriere che potrebbero successivamente ostacolare la corretta gestione del problema. Tali barriere possono coinvolgere la persona e il contesto in cui vive, il medico di base, il contesto in cui si svolge la relazione medico-paziente, oppure l'insieme delle tre evenienze. Riluttanza, reticenza e imbarazzo rappresentano le barriere che la persona innalza attorno a sé per nascondersi e difendersi in tali circostanze. È interessante a tal proposito ricordare che, nel colloquio con il medico di base, le problematiche relative alla sfera urogenitale e proctologica sono quelle che imbarazzano maggiormente le persone.
Le principali barriere che si innalzano nel rapporto tra medico e paziente sono costituite dalle scarse informazioni specifiche a disposizione di entrambi, dalla brevità delle visite, dalla superficialità con cui spesso si ricorre ai pannoloni, dalla mancata rimborsabilità dei farmaci per l'incontinenza e dalla carenza di strutture di riferimento note verso cui indirizzare la paziente. Nel rapporto

Tipo di incontinenza
Frequenza e gravità dell'incontinenza
Eventuali fattori aggravanti
Malattie concomitanti che possono esercitare un effetto significativo sull'incontinenza
Precedenti interventi chirurgici
Terapie conservative mediche e/o farmacologiche precedenti e/o in corso
Stile di vita, inclusi tipo di alimentazione e assunzione di liquidi
Stato mentale e capacità della paziente di comprendere i piani di trattamento e di discutere con il medico sulle diverse opzioni terapeutiche
Abilità fisica per valutare il grado di mobilità motoria
Destrezza manuale e acuità visiva al fine di adattare le strategie di trattamento alle esigenze della paziente

Tabella 3.
Informazioni che si devono ottenere dall'anamnesi di una paziente con incontinenza urinaria

medico-paziente ulteriori ostacoli che possono sorgere sono dovuti alle differenze che comunemente esistono nelle relazioni fra persone diverse (sesso, cultura, sensibilità, età, ceto sociale).
Alcune soluzioni per cercare di abbattere queste barriere potrebbero essere le seguenti:

- allungare i tempi dedicati al dialogo con la paziente ritagliando del tempo dedicato esclusivamente alla problematica incontinenza;
- aumentare i servizi di consultorio, le strutture specializzate in tale settore e il ruolo dell'associazionismo (**Federazione Italiana Incontinenti**);
- rendere accessibili a tutti le possibilità di trattamento (farmaci, riabilitazione e dispositivi medici);
- formare e informare medici di base e pazienti utilizzando i più idonei canali di comunicazione;
- migliorare l'integrazione fra cure primarie (medici di base) e secondarie (specialisti).

L'**anamnesi** e la valutazione generale della paziente consentono di raccogliere una serie di informazioni utili per formulare una diagnosi preliminare.
Esistono oggi delle linee-guida internazionali che riguardano i percorsi diagnostico-terapeutici mirati al trattamento dell'incontinenza che assicurano una gestione sicura della paziente.
Dopo l'anamnesi e l'**esame obiettivo**, in assenza di sintomi delle basse vie urinarie dovuti ad altre patologie pelviche che complicano l'incontinenza, le indagini raccomandate da tali linee-guida sono: la quantificazione dei sintomi con appositi questionari, la valutazione della qualità di vita e del desiderio di trattamento da parte della paziente; la compilazione di un diario minzionale (qualità e quantità di bevande assunte, numero di volte in cui si è andati alla toilette e quanto si è urinato ogni volta, numero di episodi di incontinenza); un esame delle urine; valutazione del residuo vescicale post-minzionale. Per l'incontinenza non complicata da altri fattori, una volta formulata una diagnosi presunta del tipo di incontinenza (da sforzo, da urgenza o mista), si potrà, senza ricorrere ad ulteriori indagini diagnostiche, impostare una terapia iniziale. Se il trattamento iniziale non è soddisfacente o in caso di fattori complicanti l'incontinenza (sangue nelle urine, precedenti interventi chirurgici o radioterapie in area pelvica, dolore pelvico, malattie neurologiche, ecc…), è necessario il ricorso a uno specialista che si avvarrà di test addizionali, quali l'esame citologico delle urine

(per escludere una patologia neoplastica delle vie urinarie), l'uretrocistoscopia e alcune indagini diagnostiche per immagini (essenzialmente ecografia). Se c'è necessità di approfondire il meccanismo in gioco, e sempre prima di una terapia invasiva, l'indagine principe a questo livello è l'esame urodinamico. Questo consiste nella simultanea misurazione con un piccolo catetere della pressione vescicale e del flusso minzionale in fase di riempimento e svuotamento della vescica, che permette in genere un preciso inquadramento della disfunzione presente.

Percorso terapeutico della donna

L'acquisizione delle migliorate conoscenze in ambito scientifico relative al pavimento pelvico hanno permesso di affermare che i danni collegati al parto possono avere conseguenze a lungo termine quali l'incontinenza urinaria, fecale ed il prolasso degli organi pelvici.
La rarità del prolasso genitale nella donna vergine ed in quella che non ha mai partorito confermerebbe infatti l'azione traumatica del parto, il cui manifestarsi può essere ritardato fino alla comparsa di altri fattori quali: l'obesità, gli sforzi espulsivi durante la defecazione, la bronchite cronica e, soprattutto, la menopausa possono far manifestare una patologia fino ad allora latente. Circa il 50% delle donne che partoriscono riportano un danno a livello delle strutture di sostegno pelviche; di queste il 10-20% richiedono cure mediche per i loro sintomi. I fattori di rischio più significativi nel parto vaginale comprendono: età, elevato numero di parti, elevato peso del bambino alla nascita fetale, travaglio, presenza di lacerazioni perineali. Diversi studi sono contrari all'uso dell'episiotomia come tecnica di protezione sul pavimento pelvico nel parto in quanto è stato dimostrato che non previene i traumi o il rilasciamento, né riduce il rischio del danno fetale legato al passaggio attraverso il canale vaginale. In considerazione di quanto riportato si può senz'altro affermare la necessità di strategie di prevenzione e recupero delle complicazioni perineali in gravidanza, durante e dopo il parto. In quest'ottica acquista un ruolo importante la rieducazione pelvi-perineale. Il promotore di tale rieducazione (Arnold Kegel nel 1948) propose un trattamento rivolto a migliorare la performance dei muscoli del pavimento pelvico dopo il parto e nell'incontinenza urinaria. La prevenzione è finalizzata al raggiungimento di quattro obiettivi:

1. **Ginecologico**: prevenzione e/o terapia del prolasso genitale;

2. **Urologico**: prevenzione e/o terapia dell'incontinenza urinaria;
3. **Colonproctologico**: prevenzione e recupero della funzione ano-rettale;
4. **Sessuologico**: positiva ripercussione sulla vita sessuale.

Interessati alla riabilitazione sono i muscoli perineali, in particolare il muscolo elevatore dell'ano, principalmente nella sua porzione pubococcigea. Il trattamento di riabilitazione del piano perineale è di particolare importanza nella gestione di donne con incontinenza urinaria da sforzo, essa infatti migliora il sostegno uretrale ed il meccanismo di chiusura, in particolare durante le manovre da sforzo; di conseguenza riduce la perdita d'urina.

Scopo della riabilitazione del piano perineale è:

1 **correggere** cattive abitudini acquisite dalle pazienti allo scopo di prevenire la perdita d'urina;

2 **stabilire** una adeguata consapevolezza della funzione dei muscoli pubococcigei;

3 **aumentare** la contrattilità tonica e fasica dei muscoli pubococcigei.

Questo programma di riabilitazione è basato su semplici regole che sono spiegate alla paziente. Con la paziente in posizione ginecologica si cerca di far rendere coscienza dell'attività del piano perineale monitorando la tonicità perineale tramite la palpazione vaginale.

Inoltre vengono spiegati semplici esercizi per il rinforzo del pavimento pelvico come la contrazione dello sfintere anale, l'elevazione dell'ano a paziente seduto e l'utilizzo della sinergia degli adduttori con il pavimento pelvico, chiedendo alla paziente di tenere un peso stretto tra le ginocchia. E' utile anche una fase preliminare con esercizi di rilassamento e respirazione diaframmatica. Le tecniche riabilitative sono essenzialmente rappresentate dalla **chinesiterapia pelvi-perineale** (CPP), dalla **biofeedback**-terapia (BFB) e dalla **stimolazione elettrica funzionale** (SEF).

Chinesiterapia pelvi-perineale

La chinesiterapia pelvi-perineale (CPP) ha un ruolo particolarmente importante esplicato tramite il rinforzo dell'azione di supporto del pavimento pelvico, il miglioramento della tonicità vaginale e dell'elasticità tissutale.

Il programma chinesiterapico prevede:

- presa di coscienza della muscolatura perineale;
- eliminazione di ogni contrazione

muscolare errata (agonista e antagonista);
- esercizi di rinforzo muscolare perineale selettivo;
- training volto alla automatizzazione della attività perineale durante gli atti della vita quotidiana.

Stimolazione elettrica funzionale (SEF)

La SEF è una stimolazione passiva, effettuata mediante l'utilizzo di correnti elettriche tramite elettrodi posizionati su sonde vaginali o anali.
La SEF è di largo impiego nel trattamento della incontinenza urinaria femminile.

Il biofeedback (BFB)

Il BFB è una tecnica di ginnastica attiva durante la quale la paziente, con l'ausilio di una sonda vaginale collegata al monitor di un computer, può visualizzare la propria contrazione sul monitor. Per tale motivo richiede una partecipazione attiva da parte della paziente.
Un ciclo di trattamento riabilitativo varia in genere da 10 a 15 sedute.
Importante per il buon andamento della terapia che la paziente sia seguita sempre dallo stesso terapeuta, il che favorisce l'instaurarsi di un buon rapporto di fiducia e di sicurezza che possono motivare un maggiore impegno.
Da non sottovalutare inoltre l'ambiente in cui si esegue la terapia che deve essere, accogliente, acusticamente isolato e non troppo ampio, in modo che la paziente possa concentrarsi sul lavoro e nel rispetto del pudore.
Dopo il ciclo di terapia è necessario continuare il trattamento a domicilio.
Si può consegnare alle pazienti un semplice manuale illustrato esplicativo di questi esercizi.

In particolare gli esercizi comprendono:
Esercizi di rilassamento con respirazione diaframmatica: per 5 minuti la donna deve respirare lentamente e profondamente;
Esercizi base:
devono essere eseguiti con regolarità e costanza durante l'arco della giornata.

1. In posizione seduta od eretta, mettere in tensione il perineo e "stringere" usando i muscoli del pavimento pelvico. Eseguire l'esercizio 10 volte e ripeterlo ad ogni ora senza interrompere le normali attività quotidiane;
2. Durante ogni minzione interrompere più volte volontariamente il flusso di urina.

Esercizi per i muscoli del pavimento pelvico:

devono essere eseguiti quotidianamente. Durante ogni esercizio mettere in tensione i muscoli del pavimento pelvico. Eseguire ogni esercizio per 5 secondi con pause di riposo tra un esercizio e l'altro.

1. In posizione supina con un cuscino sotto la testa, con le braccia distese lungo il corpo e con la gambe semiflesse e le ginocchia unite, la donna deve alzare lentamente il bacino, stringendo i muscoli perineali, poi, espirando lentamente ritornare alla posizione di partenza rilasciando i muscoli del perineo.
2. Donna in piedi a gambe leggermente divaricate e talloni a terra, alternativamente piegare in fuori, flettendolo, il ginocchio destro, quindi il sinistro, appoggiandovi sopra lentamente tutto il peso del corpo, mentre la gamba che non si flette deve essere tenuta estesa e rigida.
3. Donna supina a gambe divaricate con ginocchia flesse e pallone posto a contatto con la faccia interna delle cosce, cercare di chiudere le ginocchia vincendo la resistenza del pallone.
4. In posizione eretta, piedi ruotati esternamente, palla posta tra le caviglie, cercare di avvicinare le caviglie vincendo la resistenza del pallone.

Esercizi di automatizzazione:

eseguire la contrazione della muscolatura del piano perineale durante l'esecuzione dei seguenti esercizi:

1. tossire 10 volte;
2. in posizione eretta: tronco e capo appoggiati alla parete, gambe divaricate e staccate dalla parete. Far scivolare il tronco lungo la parete, flettere le ginocchia, fino a 90°. Mantenere la posizione per 5 secondi. Ripetere per 5 minuti;
3. eseguire 10 saltelli;
4. partendo dalla posizione eretta, mani appoggiate ad un tavolo, eseguire piegamenti sulle ginocchia mantenendo il tronco eretto. Eseguire l'esercizio per 5 minuti.

La percentuale di successo di questi esercizi dipende dalla gravità dell'incontinenza da sforzo. Le pazienti con sintomi lievi sono quelle che migliorano di più. In ogni caso per ottenere dei benefici duraturi è necessario fare ginnastica in modo continuativo.

La ginnastica del piano perineale può, inoltre essere associata anche ad altre modalità terapeutiche come quelle farmacologiche.

La Terapia farmacologica

Il trattamento farmacologico interessa prevalentemente l'Incontinenza Urinaria da Urgenza (IUU) e si basa principalmente sull'impiego di antimuscarinici (noti anche come anticolinergici). Questi agenti agiscono inibendo le contrazioni involontarie della vescica, incrementando la capacità della vescica e ritardando l'urgenza iniziale alla minzione.

Per quanto riguarda invece l'Incontinenza Urinaria da Sforzo (IUS) di recente si è reso disponibile un farmaco appartenente alla classe degli inibitori del riassorbimento della serotonina e noradrenalina (neurotrasmettitori del sistema nervoso). Questo farmaco agisce sullo sfintere uretrale per aumentarne la forza di contrazione durante la fase di riempimento della vescica.

Le molecole appartenenti a entrambe le classi farmacologiche citate hanno specifici meccanismi d'azione e un differente grado di selettività, cioè la capacità di agire in modo più o meno "esclusivo" sul muscolo vescicale (IUU) o sullo sfintere uretrale (IUS) per cercare di ridurre gli effetti collaterali comunque legati alla loro assunzione.

L'utilizzo di questi farmaci, limitato da alcuni effetti collaterali, è tuttora a totale carico delle pazienti, pur offrendo in casi selezionati un miglioramento della qualità di vita.

Nel caso in cui le terapie conservative non raggiungano il risultato desiderato, si può ricorrere a metodiche più o meno invasive (chirurgia anti-incontinenza).

La Terapia chirurgica

L'attuale tendenza della chirurgia anti-incontinenza è di effettuare interventi quanto meno invasivi possibile, con una ovvia riduzione delle complicanze. Questa è anche una specifica richiesta da parte delle pazienti per una patologia benigna come l'incontinenza urinaria che impatta fortemente sulla qualità della vita. In quest'ottica, le innovative procedure mininvasive sembrano rispondere a questa richiesta.

Le tecniche chirurgiche

Agenti volumizzanti periuretrali

Nelle pazienti in cui per cause mediche (cardiovascolari, neurologiche, ecc.) non può essere effettuato un intervento chi-

rurgico, o nei casi di recidive o laddove la paziente vuole effettuare un trattamento di "minima" si eseguono attualmente degli interventi di infiltrazione dello sfintere uretrale in anestesia locale, mediante microgranuli di sostanze quali: il silicone, il collagene ed il destranomero/acido ialuronico, che hanno lo scopo di incrementare lo spessore dei tessuti dove vengono inserite per rendere lo sfintere più efficiente. Tali sostanze sono biocompatibili, pertanto vengono facilmente inglobate nei tessuti della paziente con minime reazioni da corpo estraneo. Le percentuali di guarigione oscillano tra il 55 ed il 60%, e sono tassi sicuramente più bassi delle tecniche di mini-sling ma hanno il vantaggio di avere quasi l'assenza di effetti collaterali.

Sling retropubica

Negli ultimi anni è stato proposto un intervento chirurgico per trattare l'incontinenza urinaria da sforzo. Una benderella di materiale sintetico (prolene), ricoperta da una guaina di plastica, viene posizionata per via vaginale in anestesia spinale o locale al di sotto dell'uretra e fatta fuoriuscire al di sopra del pube. In questo modo viene ripristinato il perfetto funzionamento dello sfintere uretrale e così si ricrea la continenza urinaria. In genere la paziente viene dimessa 24 ore dopo l'intervento.

I vantaggi di questa tecnica mininvasiva sono numerosi:

1. La paziente è sveglia e quindi può collaborare con il chirurgo: tossendo ad esempio durante l'intervento, si riesce a posizionare in maniera più accurata la benderella sotto l'uretra;
2. La benderella è posizionata "senza tensione": pertanto essa agisce solo sotto sforzo e consente alla paziente di urinare senza ostacolo.

Questo intervento ha una percentuale di successo superiore all'80%, con scarse complicanze intra e post-operatorie.

Sling Trans-otturatoria (TOT)

Recentemente è stato proposto un altro intervento in cui una benderella (sempre di materiale sintetico) viene inserita sotto l'uretra e attraversa le ossa del bacino (forame otturatorio) per poi fuoriuscire attraverso una piccola incisione effettuata a livello inguinale. I risultati sono anch'essi molto validi con percentuali di guarigione superiori al 90% e un tasso di complicanze inferiori alla precedente tecnica retropubica, visto il percorso in zone a minore rischio di lesioni.

Neuromodulazione sacrale

La stimolazione elettrica delle radici nervose della vescica è una ulteriore nuova frontiera nel campo della incontinenza urinaria femminile. Nei casi in cui la donna ha una incontinenza legata a un forte stimolo a urinare (Incontinenza da Urgenza) e che non regredisce con terapia medica o riabilitativa, si può effettuare l'impianto di un vero e proprio pacemaker vescicale che ha lo scopo di ripristinare il corretto coordinamento tra vescica, sistema nervoso centrale e pavimento pelvico. Lo stimolatore è identico a quello usato per i disturbi del ritmo cardiaco e viene posizionato mediante una piccola incisione della natica nel sottocute della paziente, senza particolari complicanze e con risposte che arrivano al 60-70% dei casi.

Conclusioni

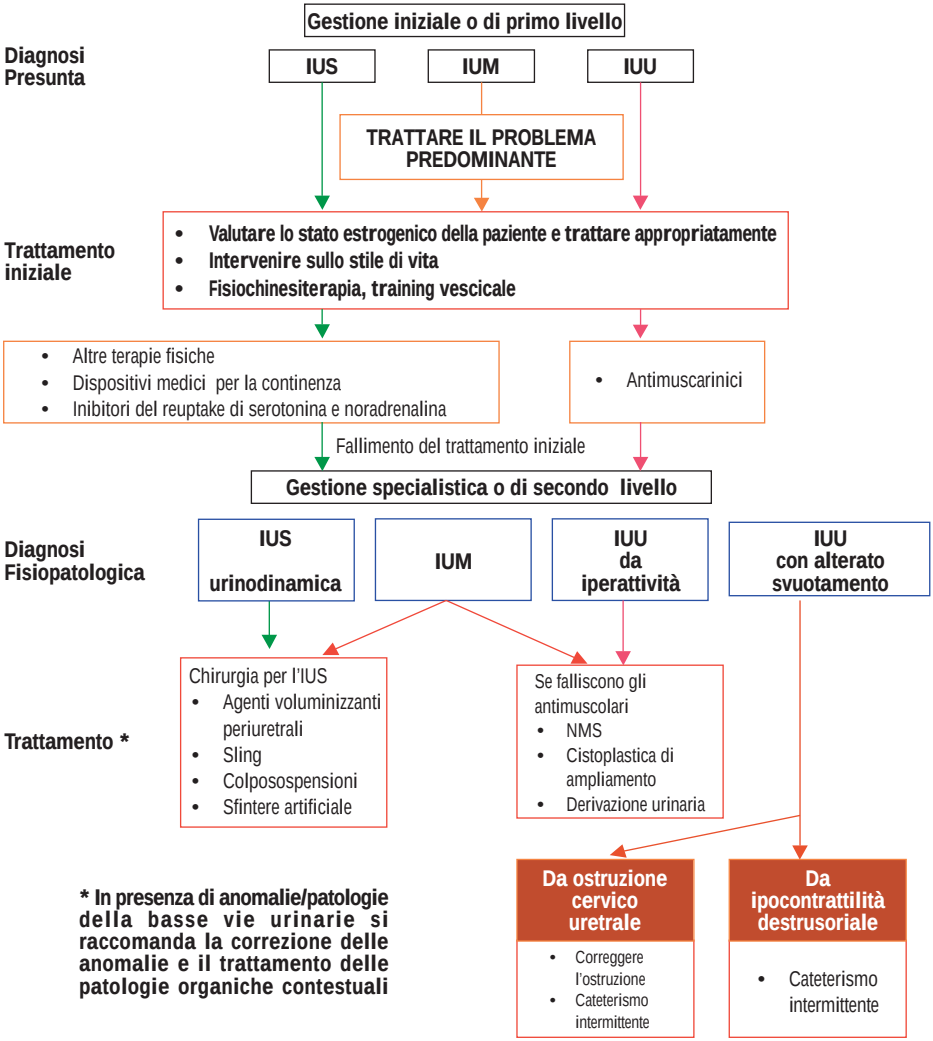
Fino a pochi anni fa il presupposto culturale più ampiamente accettato nel mondo, per il trattamento chirurgico della IUS, era quello di effettuare interventi di sospensione vescicale che venivano eseguiti per via retropubica in anestesia generale. Nonostante la fattibilità e l'efficacia a lungo termine di queste tecniche, l'attuale trend della chirurgia è quello di ottenere gli stessi risultati delle tecniche tradizionali utilizzando tecniche mininvasive effettuate in day-surgery, in anestesia locale, visti gli ormai indubbi vantaggi di tali procedure rispetto alle tecniche tradizionali. Il ruolo emergente dell'endoscopia ginecologica ha indotto alcuni gruppi a utilizzare tecniche laparoscopiche per il trattamento della IUS. Ma a tutt'oggi, restano molti dubbi sui reali vantaggi di queste tecniche rispetto agli interventi trans-vaginali.

A cura di:
Prof.ssa **Maria Angela Cerruto**
(Ricercatrice Cattedra di Urologia - Università di Verona)

Prof. **Mauro Cervigni**
(Responsabile dell'Unità Operativa di Urologia ginecologica presso l'Ospedale S. Carlo di Nancy - IDI - Sanità - Roma - Past-President AIUG - www.aiug.it)

Prof. **Francesco Pesce**
(Responsabile Unità Operativa Complessa di Neuro-Urologia, Ospedale CPO, Ostia - Roma - Past-President SIUD - www.siud.it)

Percorso terapeutico della donna con incontinenza urinaria



*** In presenza di anomalie/patologie della basse vie urinarie si raccomanda la correzione delle anomalie e il trattamento delle patologie organiche contestuali**

COS’È L’INCONTINENZA URINARIA MASCHILE

L’incontinenza maschile può essere classificata in tre grandi categorie:

1) **Alterato meccanismo della muscolatura sfinterica**
   Sono comprese le incontinenze dopo interventi chirurgici/endoscopici (per lo più per tumore della prostata ma anche dopo ricostruzione della vescica, interventi per malattie benigne della prostata e radioterapia), dopo traumi del bacino e incontinenze legate a malformazioni congenite che si manifestano in età pediatrica.

2) **Alterata funzione della vescica**
   Sono comprese le incontinenze legate a iperattività incontrollabile della vescica e/o a sue alterazioni strutturali.

3) **Perdite per vie non naturali (fistole)**
   Sono comprese le perdite involontarie legate alla presenza di anomalie anatomiche insorte dopo particolari patologie o interventi sul basso apparato urinario (fistole).

Come diagnosticarla

L’incontinenza urinaria maschile è legata a vari fattori che talora si sommano, per cui, per una terapia adeguata, occorre impostare una diagnostica precisa basata su dati clinici e strumentali.
I capisaldi della diagnostica fanno riferimento in primo luogo a una accurata raccolta della storia clinica del paziente che deve tener conto non solo dei riferimenti all’apparato urinario, ma anche delle malattie e delle cure in atto che possono interferire con la funzione della vescica e dell’uretra.
È noto che varie malattie (neuropatie, diabete, interventi sulla parte bassa dell’addome) possono alterare in varia

misura la funzione dell'apparato urinario, causando incontinenza di varia entità in modo continuo o temporaneo e che talora possono essere controllate con specifiche terapie.

Un secondo fondamentale momento della diagnostica dell'incontinenza maschile è rappresentato dall'esame clinico.

Lo specialista durante la visita deve evidenziare se vi sono alterazioni dell'apparato urinario e/o delle vie nervose che regolano la vescica e la capacità di controllare le urine (muscolatura del pavimento pelvico). L'esame clinico è chiamato test neuro-urologico.

Lo specialista valuta inoltre se il paziente è in grado di svuotare la vescica completamente o solo parzialmente per la permanenza di urine dopo la minzione (ritenzione vescicale).

Vanno valutate le urine per controllare se vi sono infezioni in atto o segni riconducibili alla presenza di patologie dell'apparato urinario che possono alterarne la funzione (calcoli, tumori).

Di fondamentale importanza è la collaborazione del paziente che deve non solo riferire con precisione i sintomi, ma anche registrare accuratamente lo svolgersi nella giornata della funzione vescicale, segnando su appositi questionari le singole minzioni, di giorno e di notte, le perdite d'urina possibilmente quantizzate e le sensazioni avvertite. Utile sarà registrare anche le quantità di liquido assunto durante la giornata e le terapie farmacologiche in corso che possono interferire con la funzione vescicale e uretrale (diario minzionale).

La valutazione successiva prevede la dimostrazione obiettiva dell'incontinenza e la valutazione della sua entità dopo test prestabiliti in ambulatorio (test del pannolino), per confermare e meglio precisare quanto già dimostrato dal paziente con il diario minzionale precedentemente compilato, a casa o in ufficio, durante la sua vita di tutti i giorni. In seguito possono essere previsti esami strumentali tendenti a evidenziare eventuali alterazioni del condotto uretrale e della vescica con osservazione diretta (uretrocistoscopia) per escludere la presenza di restringimenti dell'uretra (stenosi), patologie vescicali (calcoli, tumori), ingrossamenti della prostata e alterazioni della parete vescicale che possono giustificare anomali comportamenti funzionali.

L'esame principe nella valutazione dell'incontinenza maschile è rappresentato dall'indagine urodinamica che, misurando le pressioni in vescica e in uretra durante le fasi di riempimento e di svuotamento vescicale, è in grado di svelare

quale è (o sono) le cause dell'incontinenza lamentata dal paziente.
L'esame isolato o associato a valutazione radiologica (esame video urodinamico), va condotto con precisione e valutato da specialisti in grado di fornire un giudizio globale sulla situazione del paziente, tenendo conto di quanto emerge dall'esame urodinamico e dall'analisi delle valutazioni precedenti (sintomi, diario minzionale, esame clinico).
La diagnostica dell'incontinenza maschile è una diagnostica fine, che richiede esperienza da parte dell'operatore, ma è in grado di indirizzare la terapia in modo preciso.

Percorso terapeutico dell'uomo

Le terapie per la cura dell'incontinenza maschile, per avere successo, devono essere mirate alla rimozione della causa che l'ha scatenata, e quando più cause sono in gioco, devono orientarsi a risolvere i problemi con gradualità, cominciando dai più gravi basandosi sui dati emersi dalle indagini diagnostiche. Le terapie sono varie: di tipo riabilitativo, farmacologico, neuromodulante, di chirurgia minimamente invasiva e di chirurgia maggiore. Tali metodiche possono essere proposte isolatamente o in combinazione a seconda delle necessità.
La **terapia riabilitativa** si prefigge lo scopo di recuperare, almeno in parte, la funzione alterata della vescica rinforzando la muscolatura deputata alla "tenuta" delle urine con esercizi muscolari e/o stimolazioni elettriche, oppure condizionando l'attività del muscolo della vescica (detrusore), agendo sui ritmi delle minzioni o con stimolazioni elettriche di diversa frequenza.
Questa terapia molto diffusa e ben accetta dai pazienti per la sua scarsa invasività, viene spesso utilizzata nel caso di incontinenze post-operatorie in quanto può aiutare il recupero della continenza ed è spesso usata in associazione alla terapia farmacologia e alle manovre minimamente invasive.
I risultati positivi che si possono ottenere sono ovviamente limitati ai pazienti con incontinenze di entità modesta e nei quali il miglioramento della funzione muscolare può incidere sul recupero della continenza.
La **terapia farmacologica** è di primaria importanza nel trattamento delle iperattività vescicali condizionanti incontinenze, in quanto è in grado di fornire risultati importanti. Nel maschio, l'utilizzo di questi farmaci (antimuscarinici) presenti sul mercato in varie formulazioni, pone qualche problema pratico in quanto molti pazienti presentano in associazione difficoltà a svuotare la

vescica (per aumento della prostata) o presentano patologie che necessitano di trattamenti farmacologici, particolarmente negli anziani cosiddetti "fragili", che mal si conciliano con il loro uso. Occorre un attento utilizzo di tali farmaci, che richiede spesso una valutazione specialistica e un monitoraggio nel tempo per ridurre al minimo i possibili inconvenienti. Meno efficaci sono i farmaci testati negli anni per migliorare la "tenuta" uretrale anche se, in casi particolari come in età pediatrica e nei pazienti neuropatici, qualche risultato apprezzabile è stato ottenuto.

Recentemente si sono ottenuti buoni risultati con un farmaco agente sulle vie nervose regolanti il basso apparato urinario (vescica e uretra) che necessita di conferme per stabilire quali pazienti rispondono alla terapia e quali no. Esistono poi terapie iper-specialistiche in grado di abolire temporaneamente la funzione della vescica o della muscolatura uretrale (esempio tossina botulinica) che sono rivolte solo a pazienti con malattie neurologiche manifeste e raramente a pazienti con neuropatie occulte (neuropatie altamente sospette ma non dimostrabili).

La **terapia neuromodulante** consiste nell'utilizzo di stimolazioni elettriche dirette sulle vie nervose che, per una loro integrazione all'interno del sistema nervoso, hanno un effetto di modulazione delle vie nervose e della muscolatura da loro innervata. In pratica l'iperattività vescicale, causa di incontinenza, si riduce così come l'attività sfinterica si sincronizza con l'attività del muscolo vescicale (detrusore). Ne consegue il recupero della continenza. Sono ormai diversi in letteratura i casi di pazienti che traggono beneficio da questa particolare forma di terapia che consiste nell'inserire degli elettrodi stimolanti posteriormente nel bacino (sulle radici sacrali) alimentati da uno stimolatore collocato sotto la pelle sempre posteriormente. Esiste anche una forma di terapia più blanda che consiste nello stimolare un nervo periferico (all'altezza del piede in conformità a un vecchio dettato della medicina cinese) con un piccolo ago (tipo agopuntura) con frequenza settimanale per una decina di sedute. I risultati sono ovviamente minori e meno duraturi, ma i pazienti sono comunque contenti della modesta invasività della metodica anche se devono sottoporsi a ripetuti cicli di stimolazione. La terapia neuromodulante è di notevole soddisfazione per i pazienti che rispondono positivamente, ma è applicabile a un numero ridotto di pazienti e ancora oggi non vi sono sicuri criteri di previsione del

successo della cura e inoltre, essendo applicata da pochi anni, ha bisogno di conferme sul piano scientifico.

La **terapia minimamente invasiva**, in vigore da qualche decennio, consiste nell'introdurre nella parete del condotto uretrale (sotto la vescica) attraverso un ago, degli **agenti volumizzanti** che creano un restringimento delle pareti del condotto, migliorandone la "tenuta". Nei casi lievi di incontinenza ha dimostrato una buona validità tanto che si è diffusa in tutto il mondo e sono disponibili varie sostanze da iniettare che hanno la caratteristica di rimanere in sede, di indurre minima reazione locale e di essere ben tollerate dall'organismo.

I risultati sono buoni all'inizio e tendono a ridursi nel tempo tanto da necessitare spesso ritrattamenti. Il limite della cura consiste nel fatto che solo una metà circa dei pazienti rispondono alla terapia iniettiva, in genere in relazione alla gravità dell'incontinenza (rispondono meno i più gravi), e che non vi sono sicuri criteri di previsione per stabilire a priori quali pazienti sono più idonei di altri a questa terapia. Una recente variante di questa terapia è rappresentata dalla possibilità di inserire palloncini, inerti e gonfiabili dall'esterno, di fianco al canale uretrale con una tecnica un po' più aggressiva della semplice iniezione di agenti volumizzanti. I risultati sono incoraggianti e sono in corso studi clinici per confermarne l'efficacia, le indicazioni e le eventuali complicanze.

La **terapia chirurgica** disponibile risale agli anni '70/'80 e consiste in un sistema idraulico impiantabile composto da più parti (una cuffia attorno al canale uretrale, un palloncino a pressioni predeterminate in addome e un sistema di controllo inserito nello scroto vicino al testicolo), che ha rivoluzionato la terapia dell'incontinenza maschile. Tale dispositivo, chiamato **sfintere artificiale**, è in grado di ripristinare la continenza anche in pazienti gravemente incontinenti.

È considerato oggi, a 20 anni dalla sua introduzione, il sistema principe (gold standard) per questa grave patologia maschile. I limiti al suo utilizzo sono legati alla necessità di un intervento di chirurgia maggiore per la sua applicazione (che mal si concilia con la maggior parte dei pazienti che hanno una perdita media o modesta di urine), alle problematiche che si presentano negli anni con necessità di rimozioni o revisioni (re-interventi chirurgici) e agli alti costi.

Non tutti i pazienti sono inoltre idonei per l'applicazione dello sfintere artificia-

le e anzi, sono necessari precisi criteri di selezione per garantire buoni risultati immediati e la durata nel tempo del sistema idraulico impiantato.
Per questo motivo negli ultimi anni sono nate altre forme di intervento che utilizzano una chirurgia più semplice: essenzialmente consiste nel comprimere delicatamente il condotto uretrale contro le strutture fisse del bacino in modo da aumentare per buon tratto la capacità di "tenuta". I risultati non sembrano paragonabili in termini di recupero della continenza allo sfintere artificiale ma, in considerazione della minor invasività, la terapia sembra ben applicabile alle numerose forme di incontinenza media e leggera.
Anche in questo caso sono in corso studi per provarne l'efficacia rispetto alle altre possibilità di cura.
La terapia dell'incontinenza urinaria maschile non è semplice e richiede un approccio ultraspecialistico. Sarebbero auspicabili **centri deputati a questo**.
In questi ultimi anni le possibilità di cura si sono notevolmente ampliate e con soluzioni mirate, sono possibili risultati prima impensabili. È da prevedere a breve un'ulteriore sostanziale miglioramento delle prospettive di recupero della continenza maschile con positive interferenze sulla qualità di vita dei pazienti che soffrono questa menomazione, spesso in modo drammatico.

A cura del
Prof. **Francesco Catanzaro**
(Responsabile Unità Operativa di Urologia
Policlinico Multispecialistico MultiMedica
Sesto S. Giovanni - Milano)

COS'È L'INCONTINENZA URINARIA IN PEDIATRIA

Anche per un bambino, **incontinenza urinaria** vuol dire "incapacità di controllare e trattenere l'urina" e si manifesta con perdite da poche gocce a tutto il contenuto vescicale. Fughe d'urina anche piccole possono essere un problema igienico e creano un disagio che può provocare un grave malessere, che rende il bambino nervoso e infelice per non potere svolgere una vita come tutti gli altri. Il problema è certo 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 delle perdite d'urina di giorno o di notte, di carattere "funzionale", cioè relative all'attività della vescica. Molto meno frequente (1 ogni 3-4.000) ma più complessa da trattare è l'incontinenza "anatomica", cioè causata da una malformazione congenita. Gran parte di questi bambini devono usare più volte al giorno un catetere (tubicino) per svuotare la vescica, da soli o con l'aiuto di un familiare. Fuori di casa e nelle scuole, queste semplici manovre possono diventare ostacoli insormontabili se non si ha a disposizione un bagno attrezzato e un luogo riservato dove poterle effettuarle. In carenza di ciò spesso devono supplire gli stessi genitori, con evidenti tensioni e costi sociali. Ma fortunatamente oggi esistono differenti soluzioni che si diversificano in relazione alle cause, funzionale o malformativa, che sottostanno all'incontinenza stessa.

Un problema sottovalutato

A differenza dell'adulto, in cui l'incontinenza è un problema che compare ex novo (n.d.r.: tranne reminescenze infantili, dove quando si faceva pipì a letto spesso si veniva sculacciati), nel bambino piccolo è ovviamente considerata "naturale" nei primi anni e, se in seguito

si verificano "incidenti", il fenomeno viene spesso sottovalutato dai genitori e può capitare che il pediatra non prenda gli adeguati provvedimenti. "Passerà con la crescita" e "allo sviluppo le cose andranno a posto" sono espressioni molto frequenti, non vi è dubbio che ciò è statisticamente vero, ma nel frattempo il bambino ne soffre molto più di quanto si immagini. Il ritardo nell'affrontare il problema fa perdere l'occasione di fornire quelle corrette abitudini che già da sole, senza medicine o altro, possono risolvere la cosa quando è in fase iniziale ed evitare infezioni urinarie.
A 5-6 anni è bene iniziare ad occuparsi del problema, anche se minore, con un colloquio specialistico e con consigli adeguati.
Anche l'incontinenza da malformazioni congenite va affrontata presto, appena il bambino può apprezzare il vantaggio di non bagnarsi e potersi confrontare con gli altri.

Capire il "concetto" di incontinenza

La base del successo nella cura dell'incontinenza nel bambino è renderlo consapevole di cosa gli succede, di fargli desiderare di risolvere il problema e di conseguenza avere una sua collaborazione motivata, che è elemento indispensabile per ottenere buoni risultati. È inutile e forse controproducente iniziare un percorso di trattamento (o anche solo di diagnosi) se non vi è la volontà di risolvere il problema e quando non è sentito come tale. Avere il pannolino, in qualche caso, può essere quasi un rifugio e un desiderio di non crescere. Anche i genitori, inconsciamente, possono quasi non volere che il proprio bambino, che magari ha una malattia più grave, cresca e diventi autonomo.

Un organismo in crescita: l'educazione al controllo delle urine

Gran parte dei bambini impara a controllare volontariamente la propria vescica all'età di 2-3 anni, le femmine prima dei maschi, con una variabilità da 7 mesi e mezzo a 5 anni e 3 mesi, che dipende dalle condizioni sociali e culturali. Non ci si deve meravigliare o preoccupare se fino a 5 anni si presentano saltuari incidenti, in quanto il controllo non è un meccanismo immediato. I genitori dovranno accompagnarlo nella crescita, tranquillizzarlo se accade e insegnargli le buone abitudini che lo aiutano nel controllo. Le "buone regole" valgono per qualsiasi bambino, anche se non ha mai avuto problemi, così come si raccomandano buone abitudini nell'alimentazione o nell'igiene orale, onde prevenire complicazioni:

- essere regolare e non avere fretta, andando in bagno non quando lo stimolo è "imperioso" ma secondo un orario periodico;
- abituarsi a bere durante il giorno per "allenare la vescica" e per non avere troppa sete la sera;
- per le bambine, avere una posizione corretta sul water e permettere ai muscoli di rilasciarsi bene, effettuando uno svuotamento completo;
- svuotare regolarmente l'intestino, che interferisce molto con lo svuotamento della vescica.

Quali sono le cause dell'incontinenza pediatrica

Incontinenza funzionale

Prima del quinto anno di vita non bisogna parlare di incontinenza funzionale e di enuresi notturna.

- **Infezioni urinarie**: una semplice cistite, molto frequente nelle bambine, può provocare saltuari incidenti di incontinenza.
- **Vescica iperattiva**: anche nel bambino può essere presente, senza alcun altro problema, questa condizione che, come nell'adulto, aumenta il numero delle minzioni al giorno (nel bambino oltre i 5 anni è normale da 4 a 7 volte): non fa correre al bagno anche se la vescica non è piena (urgenza); fa prendere posizioni particolari per impedire alle urine di uscire, come accovacciarsi sulle gambe, sedersi sul tallone, di cui va presa nota e riferito al medico.
- **Minzione disfunzionale**: si chiama così uno svuotamento vescicale incompleto, con il bambino che va al bagno molto raramente perché rimanda quando compare lo stimolo. È sempre associata a stitichezza, di cui molto spesso i genitori non si accorgono. In casi estremi, la vescica perde la forza di contrarsi e le cure sono più difficili e lunghe.
- **Enuresi notturna**: è un semplice ritardo dei meccanismi che fanno trattenere le urine durante la notte. La natura riduce, attraverso un ormone, la produzione di urine nel periodo notturno, e quando la vescica è piena durante il sonno, invia automaticamente un segnale di risveglio al cervello. Geneticamente questi meccanismi si possono sviluppare con ritardo e quindi il bambino bagna il letto. La condizione provoca però un grave malessere, in quanto il bambino si sente diverso e spesso molto triste, perdendo fiducia in sé stesso, quindi va affrontata presto. Va però rassicurato che il problema si può risolvere da solo

(15% ogni anno), anche se molto raramente (0,5%) persiste in età adolescenziale.
Contrariamente a quanto comunemente ritenuto, l'enuresi notturna è quindi in genere causa e non conseguenza di problemi psicologici per il bambino.
Molto raramente capita di bagnare il letto dopo un lungo periodo in cui il bambino era completamente regolare e questo può essere la "spia" di un malessere psicologico anche grave (fino al maltrattamento) oppure di una malformazione nascosta.

Incontinenza anatomica

Alcune **malformazioni congenite** comportano un danno anatomico o neurologico ai meccanismi della continenza. Si tratta di malformazioni delle vie urinarie come l'estrofia della vescica, di malformazioni della colonna vertebrale e del midollo come la spina bifida, di anomalie ano-rettali con incontinenza fecale. Ancora più rare, esistono delle malformazioni occulte di spina bifida o delle vie urinarie, per cui necessitano accertamenti più approfonditi. Come per l'adulto, ma molto più raramente, possono accadere malattie che colpiscono il sistema nervoso e che provocano anche incontinenza. Possono essere problemi neo-natali o traumi, infezioni o altro che danneggiano i meccanismi della continenza.

Come diagnosticarla

La gran parte delle incontinenze funzionali (almeno l'80%) possono essere diagnosticate semplicemente con una storia clinica accurata, aiutata dai diari minzionali da compilare a casa ed eventualmente dalla visita di un urologo pediatra.
Esistono dei percorsi stabiliti che sono in grado di inquadrare il problema evitando indagini non necessarie, ma senza trascurare patologie importanti anche se rare.
Storia clinica: conferma se gli episodi di incontinenza sono solo notturni; esclude incidenti di giorno, sintomi da infezioni, altre patologie urologiche.
Visita: conferma che l'anatomia è normale, esclude anomalie dei genitali e del dorso, sospetto di anomalie neurologiche (riflessi).
Analisi delle urine: esclude che ci sia un'infezione in atto.
Diario minzionale: è la registrazione a casa, per 3 giorni, del comportamento della vescica, segnando a che ora il bambino fa la pipì e la quantità per ogni

volta, l'ora e la quantità di liquidi bevuti ed eventuali episodi di incontinenza.

Esami urodinamici "non invasivi": sono ben tollerati da un bambino anche piccolo, se spiegati ed eseguiti da personale esperto. Si tratta di farlo urinare in un vasetto (uroflussimetria), calcolare il residuo con uno strumento poggiato sul pancino (ecografo), registrare il rilasciamento del muscolo sfintere (elettromiografia)

Indagini strumentali invasive: sono indicate solo nell'incontinenza da malformazioni e molto raramente per incontinenze funzionali che non rispondono al trattamento convenzionale; possono comprendere anche esami radiologici.

Percorso terapeutico del bambino

Per l'**incontinenza funzionale** la prima e principale cura è quella che viene chiamata **comportamentale**, cioè semplicemente mettere in atto le buone abitudini. Per l'**enuresi notturna** ci sono dei farmaci oppure un apparecchietto che aiuta a favorire il risveglio a vescica piena.

La **terapia riabilitativa** comprende mezzi ben tollerati dal bambino, anche come un gioco:

- il **training vescicale** consiste nell'abituare la vescica a trattenere sempre un poco di più, rimandando di tempi crescenti il momento di fare pipì nel corso della rieducazione;
- la **chinesiterapia** insegna con esercizi specifici a rilasciare i muscoli;
- il **biofeedback** è uno strumento che fa vedere cosa succede nella minzione, su uno schermo o con dei segnali luminosi o addirittura con dei videogames.

La **terapia farmacologica** viene limitata al massimo, a parte nel caso specifico della pipì di notte.

La **terapia chirurgica** può essere necessaria, ma solo nella incontinenza da malformazioni:

- le **infiltrazioni intrauretrali** di agenti volumizzanti sono effettuate in endoscopia, cioè senza un vero e proprio intervento;
- una **chirurgia ricostruttiva** della vescica o del collo vescicale si rende necessaria nelle forme più complicate e, in genere, ha poi bisogno di un cateterismo a intermittenza per svuotare la vescica.

Incontinenza come problema sociale

In riferimento all'**incontinenza funzionale** del bambino perfettamente sano, non vi è dubbio che negli ultimi decenni vi sono stati dei cambiamenti, ma

anche elementi che l'hanno resa più frequente. Da un lato l'uso di assorbenti ha reso più pigri i genitori nell'insegnare loro a essere autonomi, dall'altro al contrario talvolta si impone un'autonomia in modo frettoloso per poter mandare i bambini all'asilo nido, alcuni dei quali **non li accettano** con i pannolini. Ciò può accadere anche per alcune scuole riguardo ai bambini meno abili o con problemi di malformazioni. La vita frenetica che spesso si impone ai bambini e il minor tempo dedicato all'**educazione** nella crescita, li rende troppo spesso dei **ritenzionisti** cronici di urine e feci.

Non farlo sentire "solo"

Un bambino con incontinenza o enuresi notturna è spesso convinto di essere un **diverso**: un colloquio sereno può spiegargli quanto sia invece frequente, soprattutto per la enuresi notturna e quindi tranquillizzarlo. Data la lunghezza dei trattamenti, vederlo spesso e spiegargli bene le cose è l'unico modo per acquistarne la fiducia e fargli sentire accanto il medico o l'infermiera come degli amici che vogliono aiutarlo. A maggior ragione si sente emarginato un bambino con incontinenza **anatomica**, che deve mettere un catetere o cambiare un pannolino e non può tenersi il suo segreto per le difficoltà ambientali che trova nelle scuole o in altri ambienti sociali. Parlare con lui e con il Pediatra contribuisce a evitare l'isolamento e superare le difficoltà.

A cura del Prof. **Mario De Gennaro**
(Responsabile Unità Operativa Complessa
di Urodinamica Pediatrica,
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - Roma -
Presidente SIUD - www.siud.it)

DIRITTI E NORMATIVE

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. In merito è doveroso precisare che grazie alla Federazione Italiana Incontinenti (www.finco.org) abbiamo ottenuto diversi successi (es.: sburocratizzazione per ottenere i dispositivi medici, "Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza" - 28 giugno di ogni anno). Anche nell'attuale Governo esistono differenti proposte di legge a nostro favore, ma siamo lontani da una legge ad hoc perché mancano i fondi governativi.

Rapporti col medico di base

Il medico di base è tenuto a fornire:

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

Rapporti con gli specialisti AUSL

Lo specialista AUSL è tenuto:

- a prescrivere gratuitamente i dispositivi medici per l'incontinenza indicando la validità della stessa (max un anno);
- all'obbligo delle visite mediche specialistiche con pagamento di ticket o gratuite (per patologia, reddito, età o invalidità). La normativa cambia 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:
sanità e doveri del medico

Al cittadino che entra in contatto con le strutture sanitarie per diagnosi, cure, prestazioni mediche e operazioni amministrative, deve essere garantita la più assoluta riservatezza e il più ampio rispetto dei suoi **diritti fondamentali e della sua dignità**. Per tali motivazioni, con provvedimento del 9 novembre 2005 il Garante per la protezione dei dati personali ha prescritto agli organismi sanitari (aziende sanitarie territoriali, aziende ospedaliere, case di cura, osservatori epidemiologici regionali, servizi di prevenzione e sicurezza sul lavoro) una serie di misure da adottare per adeguare il funzionamento e l'organizzazione delle strutture sanitarie, secondo quanto stabilito dal nuovo codice sulla privacy (D. Lg.vo n.196 del 2003). Inoltre, il Garante, per i pediatri e i medici di base ha emesso una "informativa" del 19 luglio 2006, in cui ha predisposto un'apposito modello che agevola e semplifica il rispetto delle norme da parte dei medici e degli stessi cittadini. Nell'informativa non solo viene riportato il fac-simile del modello, ma vengono forniti gli elementi essenziali per gli assistiti, nell'ottica di evitare sterili appesantimenti burocratici. I medici possono informare i pazienti a voce, per iscritto o affiggendo il testo dell'informativa nella sala d'attesa dell'ambulatorio.

In particolare, per quanto riguarda le esigenze degli incontinenti riportiamo una sintesi dei provvedimenti:

Tutela della dignità: la tutela della dignità della persona deve essere sempre garantita in particolare riguardo alle fasce deboli (disabili, minori e anziani), ma anche ai pazienti sottoposti a trattamenti medici invasivi o per i quali è doverosa una particolare attenzione (es.: interruzione della gravidanza).

Riservatezza nei colloqui: quando si prescrivono medicine o si rilasciano certificati il personale sanitario deve evitare che le informazioni sulla salute dell'interessato possano essere conosciute da terzi. Stesso obbligo vale per la consegna di documentazione (analisi, cartelle cliniche, prescrizioni ecc…) quando questa avvenga in situazioni di promiscuità (es. locali per più prestazioni, sportelli).

Distanze di cortesia: ospedali e aziende sanitarie devono predisporre distanze di cortesia per operazioni

amministrative allo sportello (prenotazioni, pagamenti) o al momento dell'acquisizione di informazioni sullo stato di salute, sensibilizzando anche gli utenti con appositi cartelli, segnali e inviti.

Ritiro delle analisi: i referti diagnostici, i risultati delle analisi e i certificati rilasciati dai laboratori di analisi o dagli altri organismi sanitari, possono essere ritirati anche da persone diverse dai diretti interessati, purché munite di delega scritta e con consegna in busta chiusa.

I medici di base, gli studi medici privati e i medici specialistici non rientrano nell'obbligo di adottare queste misure, ma sono comunque tenuti a garantire il rispetto della dignità degli interessati, nonché del segreto professionale.
In virtù del codice sulla privacy, per i medici:
- **il consenso** al trattamento dei dati da parte del cittadino può essere manifestato anziché con un atto scritto dell'interessato anche oralmente. In tal caso il medico dovrà provvedere ad annotare il consenso. Il consenso reso al medico di base, al pediatra di libera scelta o all'organismo sanitario, vale anche, oltre che per i sostituti per la pluralità dei trattamenti a fini di salute erogati da più strutture ospedaliere o territoriali, nonché da distinti reparti e unità dello stesso organismo sanitario;
- **il consenso** deve essere preceduto da un'informazione adeguata al cittadino, fornita preferibilmente per iscritto, anche attraverso carte tascabili con eventuali allegati pieghevoli, includendo gli elementi informativi previsti dall'art. 13 del codice;
- **è necessario adottare** soluzioni volte a rispettare la riservatezza degli utenti in relazione a prestazioni sanitarie o adempimenti amministrativi, preceduti da un periodo di attesa all'interno delle strutture sanitarie.
In pratica la chiamata degli interessati deve prescindere dalla loro individuazione nominativa. É tenuto ad osservare l'obbligo di riservatezza anche il personale che non è sottoposto al segreto professionale.
- **le ricette** di prescrizione di farmaci possono riportare le generalità dell'assistito a meno che l'interessato non richieda espressamente l'anonimato (es.: per problemi sessuali, incontinenza, patologie oncologiche, aids, ecc….).

Incontinenza, invalidità e lavoro
L'incontinenza urinaria da sola non comporta una percentuale di invalidità

civile precisa. Spesso per una persona incontinente può essere **impresa ardua svolgere alcune mansioni lavorative** (operatore di call-center, taxista, ecc…), non solo per le oggettive difficoltà, ma anche per il rischio di perdere il posto di lavoro a causa delle frequenti e necessarie pause per andare in bagno.

Al momento non ci sono norme specifiche a tutela dei nostri diritti e noi della FINCO ce ne stiamo facendo carico, in questo paragrafo vogliamo sintetizzare le leggi esistenti in merito al lavoro per coloro che, oltre a essere incontinenti, a causa di altre disabilità riescono a ottenere un'invalidità civile superiore al 45%.

Il D.L. n. 469/97 consente l'apertura ai privati dell'Ufficio per il Collocamento al lavoro, la legge n. 196/97 introduce il lavoro interinale, la legge n. 68/99 sancisce le nuove norme per il diritto al lavoro ai disabili.

La quota dell'obbligo nell'assunzione degli invalidi è così suddivisa:

1. Azienda con 15/35 dipendenti
   = assunzione di 1 lavoratore disabile;
2. Azienda con 36/50 dipendenti
   = assunzione di 2 lavoratori disabili;
3. Azienda con > 50 dipendenti
   = assunzione del 7% di lavoratori disabili.

Gli aventi diritto devono essere sottoposti a visita medica collegiale da parte delle Commissioni Mediche dell'AUSL per l'accertamento dell'handicap (art.4 della legge n.104/92), infatti sono queste ultime che decidono 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 bagni, adattamento posto i lavoro, ecc...).

Le Carte dei servizi

In tema di sanità, previdenza e 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 debba informare gli utenti;

- l'inosservanza sia perseguibile con sanzioni amministrative e disciplinari

Come ottenere
i dispositivi medici contenitivi

- Le regioni e le A.U.S.L. (Aziende Unità 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 pannoloni, i raccoglitori per l'urina, le traverse, i cateteri vescicali ed esterni si ottengono con una semplice prescrizione medica, compilata da uno specialista del Servizio Sanitario Nazionale in cui si certifica la necessità dell'utilizzo (n.d.r.: tale prescrizione ha **valore un anno**);
- per ottenere i dispositivi **non è più necessario presentare l'istanza di invalidità civile**, ma è sufficiente recarsi all'Ufficio Protesi dell'AUSL 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 a ottenere i dispositivi medici contenitivi prescritti dallo specialista AUSL.

Nomenclatore Protesico

Il Decreto del Ministero della Sanità del 27 agosto 1999, n. 332 (in S.O.G.U. n. 227/99) e 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) stabiliscono la famiglia d'appartenenza dei dispositivi medici per l'incontinenza. Le Regioni e le AUSL 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 confezione 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 confezione singola sterile (1) (UNI EN 1616)		09.24.06.015	60 pz. al mese

(1) concedibile a soggetti che svolgono un'attività esterna di lavoro o di studio, nonché in combinazione con il catetere di cui al cod. 09.24.06.012, ma fino a un massimo di altri 60 pz. al mese

CATETERI VESCICALI ED ESTERNI 09.24

DESCRIZIONE PRODOTTO	codice ex D.M. 28/12/92	CODICE CLASSIFICAZIONE ISO	quantitativi massimi concedibili
CATETERI VESCICALI:			
- catetere/tutore per ureterocutaneostomia 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:			
- 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

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 senza rivestimento in TNT, con o senza sistema antitorsione (UNI EE ISO 8669-2):			
- tipo monouso	101.11.01	09.27.04.003	30 pz. al mese
- tipo riutilizzabile		09.27.04.006	8 pz. al mese
sacca di raccolta per urina da letto, impermeabile, con tubo di raccordo, morsetto di chiusura e indicazione del volume prestampato (UNI EE ISO 8669-2):			
- tipo monouso	101.11.01	09.27.07.003	30 pz. al mese
- tipo riutilizzabile		09.27.07.006	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

AUSILI ASSORBENTI L'URINA 09.30

DESCRIZIONE PRODOTTO	codice ex D.M. 28/12/92	CODICE CLASSIFICAZIONE ISO	quantitativi massimi concedibili
Pannolone sagomato Ausilio assorbente sagomato con barriera ai liquidi, in congiunzione con mezzi di fissaggio separati (norma ISO 9943-3: 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. 001NMC93) - Rilascio di umidità non superiore a 1 gr. (metodica n. OO2NMC93) - Assorbimento specifico non inferiore a 7 gr/gr (metodica n. 003NMC93)			
• 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 ai liquidi, in congiunzione con mezzi di fissaggio separati (norma ISO 9943-3: 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 (o 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

AUSILI ASSORBENTI L'URINA 09.30			
DESCRIZIONE PRODOTTO	**codice ex D.M. 28/12/92**	**CODICE CLASSIFICAZIONE ISO**	**quantitativi massimi concedibili**
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 inferiore del dorso (norma ISO 9949- 3: 1,12,3). Indumento preconfezionato a mo' di mutandina, elasticizzato, idoneo ad essere indossato in 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 **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 rimboccatura 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 18.12.15	
• Formato 80 x 180 cm.	101.31.01	18.12.15.003	120 pz. al mese
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 super			

AUSILI ASSORBENTI L'URINA 09.30			
DESCRIZIONE PRODOTTO	**codice ex D.M. 28/12/92**	**CODICE CLASSIFICAZIONE ISO**	**quantitativi massimi concedibili**
assorbenti, ricoperto di un telino in TNT ipoallergenico 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

A cura di **Francesco Diomede**
(Presidente della Federazione Italiana Incontinenti – FINCO
e World Federation of Incontinent Patients – W.F.I.P. – www.wfip.org)

Federazione Italiana INCOntinenti
onlus

La **Federazione Italiana Incontinenti** (FINCO - ONLUS) è stata fondata nel 1999 e **riunisce** i cittadini che soffrono di incontinenza urinaria e più in generale dei disturbi del pavimento pelvico (esempio: stipsi da incoordinazione muscolare, rettocele, dolore perineale cronico ed esiti di interventi pelvi-perineali, ecc...), i medici che si interessano a tali problematiche, gli infermieri specialisti della riabilitazione dell'incontinenza, le ostetriche, i fisioterapisti e i cittadini sensibili a tali problematiche. La FINCO **cura** anche gli interessi dei pazienti oncologici e dei familiari, che a causa di un tumore alla prostata, vescica, collo dell'utero, pavimento pelvico, ecc., spesso soffrono di incontinenza e non trovano risposte adeguate ai loro bisogni (cura, prevenzione, assistenza, riabilitazione, sostegno psicologico, dispositivi medici adeguati, piaghe da decubito, diritti sessuali, qualità di vita, ecc...). Gli incontinenti italiani sono circa **5 milioni**, di cui **3 donne**. L'incontinenza urinaria è un problema molto diffuso nei Paesi industrializzati ed è difficile valutare con precisione quale sia la dimensione del problema, il numero delle persone coinvolte e i costi sociali. L'incapacità più o meno grave di urinare a tempo e luogo ha un impatto sociale devastante che incide pesantemente sulla **qualità della vita**, sia per il vissuto soggettivo che per i rapporti interpersonali, basti pensare ai molteplici campi della vita che possono essere gravemente intaccati:"sociale, psicologico, professionale, familiare, fisico, sessuale ed economico".

Per non parlare degli elevati costi economici e sociali prodotti dall'incontinenza, difficilmente quantificabili in taluni tipi di incontinenza (per esempio quelle dovute a stress o alla vescica iperattiva),

che possono insorgere in persone giovani, soprattutto donne pienamente inserite nell'attività lavorativa. Sul piano sociale il mancato controllo vescicale si traduce in una drastica riduzione delle interazioni sociali, cui si accompagna spesso la modificazione degli spostamenti abituali e l'abbandono degli hobbies. Sul piano psicologico compaiono depressione reattiva e perdita dell'autostima, cui si accompagnano frequentemente apatia, senso di colpa e negazione interpersonale. La sensazione di un mancato controllo sulla funzionalità vescicale e il solo pensiero di emanare odore di urina, si espande alla personalità della persona sofferente giungendo a credere di essere un vero peso per la Società. Per non parlare della grave carenza di bagni pubblici nel Territorio, che di fatto limitano anche la "libertà personale".

La **FINCO** si adopera per:

1. eliminare nelle donne il senso di vergogna;
2. incoraggiare le donne colpite a cercare aiuto;
3. favorire una diagnosi precoce e il trattamento tempestivo;
4. massimizzare l'accesso e la possibilità di scelta per le donne affette da incontinenza urinaria da sforzo (IUS);
5. donare la libertà alle donne afflitte da IUS;
6. ottenere la rimborsabilità dei farmaci per la continenza;
7. migliorare la qualità dei dispositivi medici contenitivi;
8. garantire la libera scelta;
9. tutelare i diritti dei pazienti;
10. attivare i "**Centri Riabilitativi FINCO**" grazie anche alla "**Giornata nazionale per prevenzione e la cura dell'incontinenza**", istituita con la **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 maggio 2006**, in G.U. n. 186 dell'11 agosto 2006, che ogni anno si svolge il **28 giugno**, Giornata in cui gli Ambulatori "Accreditati FINCO" sono aperti ed effettuano visite mediche gratuite;

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

Sito internet:
www.giornataincontinenza.com

La **Federazione** fornisce gratuitamente informazioni socio-sanitarie, consulenze di esperti, informazioni sui dispositivi

medici contenitivi, tutela dei diritti, organizza convegni e invia a casa il Notiziario associativo "Eureka". Coloro che desiderano ricevere maggiori informazioni, vogliono donare il 5 per mille o intendono effettuare elargizioni liberali a FINCO, possono telefonare (ore 10/12 - giorni lavorativi) al numero verde:

Numero Verde
800-050415

oppure visitare il sito: www.finco.org
e-mail: finco@finco.org

La **World Federation** of **Incontinent Patients** (WFIP) si prefigge di tutelare 260 milioni di pazienti incontinenti (acronimo: **WFIP** – sito internet: www.wfip.org) ed è stata fondata (fondatori sono: Italia, Francia, U.K., Polonia, Olanda e Stati Uniti) a Roma nel marzo 2005. Da tempo le associazioni nazionali di pazienti avvertivano la necessità di scambiare le proprie esperienze e soprattutto di tutelare i loro diritti.

I principali obiettivi della Federazione sono:

1. stimolare in ogni nazione la nascita delle associazioni di pazienti incontinenti;
2. stimolare il confronto tra le associazioni nazionali di pazienti;
3. consentire l'aggregazione e la socializzazione dei pazienti, in special modo delle donne, che sono la stragrande maggioranza;
4. che le Istituzioni, a ogni livello prendano coscienza delle loro problematiche e aprano un confronto con le associazioni nazionali dei pazienti;
5. che in ogni nazione siano tutelati anche i diritti dei cittadini incontinenti;
6. che siano creati appositi "Centri Riabilitativi Specialistici e Polifunzionali" per l'incontinenza;
7. che nel Territorio siano creati (e mappati) bagni pubblici;
8. che per i dispositivi medici (pannoloni, traverse, cateteri, ecc., ecc..) vengano maggiormente garanti i prodotti innovativi e gli standard qualitativi;
9. che in ogni stato sia garantita la rimborsabilità dei farmaci per la continenza;
10. che all'interno dell'OMS siano ascoltati i loro pareri.

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 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

La **Gazzetta Ufficiale,** *oltre alla* **Serie generale,** *pubblica quattro Serie speciali, ciascuna contraddistinta con autonoma numerazione:*

1ª Serie speciale: *Corte costituzionale* (pubblicata il mercoledì)
2ª Serie speciale: *Comunità europee* (pubblicata il lunedì e il giovedì)
3ª Serie speciale: *Regioni* (pubblicata il sabato)
4ª Serie speciale: *Concorsi ed esami* (pubblicata il martedì e il venerdì)

SOMMARIO

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 4 agosto 2006, n. **247**.

Disposizioni per la partecipazione italiana alle missioni internazionali . . . . . Pag. 5

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 27 aprile 2006.

Funzionamento del Fondo di sostegno per le adozioni internazionali . . . . . Pag. 14

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 25 luglio 2006.

Proroga del termine di presentazione delle domande di rimborso delle spese sostenute per adozione internazionale. Pag. 20

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 4 agosto 2006.

Sospenzione dalla carica di deputato dell'Assemblea Regionale siciliana, del sig. Giovanni Mercadante . . . . . Pag. 21

DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 10 maggio 2006.

Indizione della Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza . . . . . Pag. 22

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

Ministero della giustizia

DECRETO 12 giugno 2006.

Rettifica del decreto 12 giugno 2006, relativo al riconoscimento, alla sig.ra Miotti Roberta, di titolo di studio estero, quale titolo abilitante per l'esercizio in Italia della professione di avvocato . . . . . Pag. 22

DECRETO 28 luglio 2006.

Rettifica del decreto 30 giugno 2006 relativo al riconoscimento, alla sig.ra Lenzetti Sara, di titolo di studio estero, quale titolo abilitante per l'esercizio in Italia della professione di avvocato . . . . . Pag. 23

DECRETO 28 luglio 2006.

Riconoscimento, al sig. Trobinger Kurt, di titolo di studio estero, quale titolo abilitante per l'esercizio in Italia della professione di ingegnere . . . . . Pag. 23

DECRETO 28 luglio 2006.

Riconoscimento, al sig. Caprio Eduardo Javier, di titolo di studio estero, quale titolo abilitante per l'esercizio in Italia della professione di dottore commercialista . . . . . Pag. 24

DECRETO 2 agosto 2006.

Rettifica del decreto 12 giugno 2006 relativo al riconoscimento, alla sig.ra Gimenez Adriana Beatriz, di titolo di studio estero, quale titolo abilitante per l'esercizio in Italia della professione di psicologo . . . . . Pag. 25

11-8-2006 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 186

Decreta:

Il sig. Giovanni Mercadante è sospeso dalla carica di deputato dell'Assemble Regionale siciliana a decorrere dal 10 luglio 2006, per i motivi di cui in premesssa.

In caso di revoca del provvedimento giudiziario succitato, la sopensione cessa a decorrere dalla data del prevvedimento stesso.

Roma, 4 agosto 2006

Il Presidente: PRODI

06A07542

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 il 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

06A07498

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

www.giornataincontinenza.com

Agenti volumizzanti: sostanze che, iniettate, producono un aumento di volume dei tessuti.

Ausili per l'incontinenza: sacche, placche, sonde, cateteri, pannoloni e quant'altro serve all'incontinente. Detti "dispositivi medici", sono così definiti dal Nomenclatore Protesico Nazionale di riferimento, ma sono di competenza del Ministero della Salute, delle regioni e delle AUSL (Aziende di Unità Sanitarie Locali).

Basse vie urinarie: nome collettivo usato per descrivere vescica, uretra, muscoli di sostegno e legamenti.

Biofeedback (mediante il controllo volontario delle funzioni fisiologiche): è un metodo di riabilitazione, si tratta di una tecnica di tipo psicologico, che permette di acquisire un miglior controllo del proprio apparato sfinterico e quindi della funzione urinaria.

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.

Chinesiterapia: un sistema di particolari movimenti e mobilizzazioni attive e passive, che servono al mantenimento o al recupero della normale funzione muscolare.

Cistoplàstica: intervento chirurgico con il quale si asporta parzialmente o completamente la vescica.

Cistoscopia: esame della vescica urinaria.

Derivazioni urinarie esterne: l'urina vien fatta deviare dal suo corso ed esce da un orifizio praticato sulla parete addominale cui confluisce un uretere o un'ansa intestinale.

Dispositivi medici: sono così definiti a livello internazionale: i cateteri, le sacche di raccolta, le placche, i pannoloni, le traverse, ecc…

Disuria: urinazione difficile o dolorosa.

Elettrostimolazione: stimolazione elettrica dei muscoli del pavimento pelvico.

Enuresi: il termine viene spesso usato con specifico riferimento alla perdita involontaria di urine che si verifica durante il sonno notturno, tipica dei bambini.

Minzione: l'atto dell'urinare.

Neuromodulazione sacrale: è una terapia efficace per risolvere i problemi di incontinenza, ritenzione urinaria e dolore pelvico.
Consiste nell'invio di piccoli impulsi elettrici a un nervo sacrale che controlla la funzione di svuotamento e riempimento della vescica.

Nervi sacrali: strutture per la conduzione di stimoli nervosi, costituite da fasci di fibre nervose avvolti da guaine, che hanno origine nel midollo spinale.

Nomenclatore Protesico Nazionale: riporta in codici la normativa europea vigente e l'elenco dei prodotti ottenibili gratuitamente dal Servizio Sanitario Regionale e dalle AUSL, le quantità massime prescrivibili e le modalità per ottenere la fornitura.

Pavimento pelvico: insieme di muscoli situati nella parte inferiore del bacino, che costituisce gli sfinteri vescicale e anale e permette il controllo volontario delle urine e delle feci.

Prostata: è un organo fibromuscolare e ghiandolare di cui solo gli uomini sono dotati, delle dimensioni di una castagna, che si trova al di sotto della vescica e circonda l'uretra.

Ritenzione acuta d'urina: incapacità improvvisa della vescica di svuotarsi con blocco totale della minzione

Training vescicale: metodo di riabilitazione indicato per la continenza da urgenza, da sforzo o mista, con l'obiettivo di migliorare il controllo volontario sulla minzione.
Consiste nell'aumentare gradualmente i tempi tra una minzione e l'altra, invitando il paziente a trattenere il più possibile lo stimolo.

Uretra: condotto presente nell'ultimo tratto dell'apparato uro-genitale, che convoglia l'urina dalla vescica, verso l'esterno.

Urinocultura: ricerca di microrganismi nelle urine. Si effettua seminando su apposite piastre microbiologiche campioni di urine fresche, raccolte sterilmente. La presenza di germi dà luogo alla crescita di colonie batteriche dopo alcuni giorni. Si considera positivo un numero di oltre 10.000 batteri/ml. È indice di infezione delle vie urinarie.

Uroflussimetria: valutazione del quantitativo di urina che esce dalla vescica, misurata in millimetri per secondo. Esplora la funzionalità della vescica e individua le sindromi che ostacolano il deflusso dell'urina all'esterno. Il paziente urina in un uroflussimetro, strumento che ha sul fondo una membrana sensibile, capace di registrare la velocità del getto urinario e il suo volume. Dalle variazioni di questi dati si ottiene una curva minzionale atta a chiarire se ci sono sofferenze al muscolo detrusore o se vi sono ostacoli nel canale cervico-uretrale.

Urogenitale: relativo all'apparato genitale e urinario.

Vescica: serbatoio muscolo-membranoso nel quale si raccolgono le urine provenienti dai reni, attraverso gli ureteri, negli intervalli tra le minzioni.

Impaginazione e stampa:
Tipografia Romana SpA
Capurso (Bari)

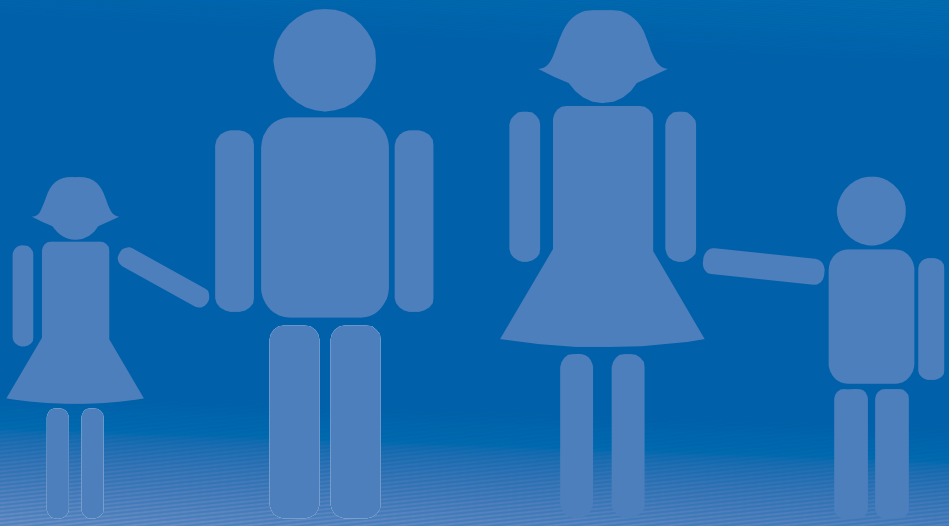
Chiuso in tipografia a dicembre 2006

© 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.**

Destina il tuo 5x1000 alla

La finanziaria del 2006 (legge n.266/95) ha stabilito che il 5 per mille del gettito fiscale sui redditi può essere devoluto alle onlus, associazioni di volontariato e promozione sociale. In ragione di ciò ogni contribuente può destinare la percentuale dell'imposta sul reddito (5 per mille), a sostegno della **Federazione Italiana Incontinenti. Il contribuente potrà donare il 5 per mille apponendo la propria firma nel settore:**"Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale", scrivendo nello spazio sotto la firma il codice fiscale della **FINCO:**

93240300728



SI RINGRAZIA LA Q-MED the NASHA technology company PER AVER CONSENTITO LA PUBBLICAZIONE DI QUESTA GUIDA