

PIANETA INCONTINENZA

Anna Maria Pongolini



APS Associazione
PaLiNUro
PAZIENTI LIBERI DALLE NEOPLASIE UROTELIALI

PIANETA INCONTINENZA

PRIMA PARTE

- Incontinenza urinaria
- Classificazione
- Diagnosi
- Trattamento dell'incontinenza urinaria
- Vescica iperattiva
- Presidi sanitari per l'incontinenza urinaria
- Le infezioni delle vie urinarie

➤ **Incontinenza urinaria**

L'**incontinenza urinaria** è l'**incapacità di controllare e trattenere le perdite di urina**. E' un disturbo che può penalizzare molto pesantemente la qualità della vita, inoltre la diffusa credenza, peraltro **sbagliata**, che l'incontinenza sia associata solo all'invecchiamento, contribuisce a tenere nascosta la problematica. Il soggetto evita i luoghi sconosciuti in cui non ha la certezza della disponibilità dei servizi igienici, spesso limita i rapporti sociali perché ha paura di avere odore di urina, limita o rifugge i rapporti sessuali, vive momenti di depressione.

Se è vero che l'incontinenza urinaria non è pericolosa per la salute se non in casi gravi, si può tuttavia affermare con certezza che abbassi significativamente la qualità della vita. E' un fenomeno notevolmente diffuso: in Europa ne soffre poco meno del 10% della popolazione di età superiore ai 20 anni, in Italia 3 milioni di persone, di cui circa il 40% sono donne adulte.

➤ **Classificazione**

Varie sono le classificazioni dell'incontinenza urinaria. Una pratica suddivisione clinica di questo disturbo distingue le seguenti forme:

- incontinenza urinaria da urgenza
 - incontinenza urinaria da sforzo
 - incontinenza urinaria mista (urgenza + sforzo)
 - incontinenza urinaria da risata
 - incontinenza urinaria durante il rapporto sessuale
 - incontinenza urinaria goccia a goccia
 - incontinenza urinaria da rigurgito
 - Incontinenza urinaria da chirurgia urologica
-
- **Incontinenza urinaria da urgenza:** è una forma comune nelle persone anziane in quanto spesso è concomitante a prolassi urogenitali ed infezioni urinarie; il soggetto che ne soffre avverte l'impellente necessità di urinare e urina involontariamente in quanto non riesce a rimandare il momento della minzione. Le espulsioni di urina sono frequenti e abbondanti o meno secondo il riempimento vescicale, generalmente le cause sono da ricercarsi nell'iperattività della vescica o nell'instabilità dell'uretra.

- **Incontinenza urinaria da sforzo:** è dovuta all'indebolimento dei muscoli della pelvi, di conseguenza si ha una discesa del collo della vescica con il conseguente malfunzionamento dello sfintere interno che, non è più in grado di restare chiuso in modo soddisfacente. Le perdite urinarie non sono precedute dalla sensazione di urinare. E' causata da sforzi che provocano l'aumento della pressione intra-addominale, come per esempio i colpi di tosse, le risate, lo svolgimento di un'attività sportiva, il salire le scale, il sollevamento di un peso (per esempio prendere in braccio un bambino o sollevare la borsa della spesa o una valigia). Le cause sono diverse: lesioni muscolari, modificazioni ormonali, operazioni chirurgiche, traumi, radioterapia e, nelle donne, gravidanza e parto
- **Incontinenza urinaria mista:** è caratterizzata dalla presenza contemporanea dell'incontinenza da urgenza e l'incontinenza da sforzo
- **Incontinenza urinaria da risata:** provoca una minzione involontaria a seguito di risate rumorose e abbastanza prolungate, è tipica in soggetti di età adolescenziale soprattutto di sesso femminile
- **Sex incontinence:** si ha una perdita involontaria di liquido urinario durante il rapporto sessuale
- **Incontinenza urinaria goccia a goccia:** il liquido urinario fuoriesce o quando si è raggiunto il massimo livello di riempimento della vescica (ciò avviene nel caso si soffre di ritenzione urinaria cronica) o quando vi sono deficit a livello del muscolo detrusore o quando è presente un'ostruzione a livello uretrale. Può essere espressione dell'*incontinenza da rigurgito*
- **Incontinenza urinaria da rigurgito:** si verifica quando la vescica si riempie oltre la sua capacità e non riesce mai a svuotarsi completamente. Le cause di tale patologia si possono ritrovare nell'assenza della sensazione di riempimento, oppure nella presenza di un ostacolo a livello dell'uretra es. tumore o adenoma benigno della prostata, stenosi uretrale, stitichezza, sclerosi a placche, diabete ecc.
- **Incontinenza urinaria da chirurgia urologica:** si può verificare dopo un intervento chirurgico urologico es. cistectomia radicale con confezionamento di neovescica ortotopica. L'incontinenza può essere lieve, moderata o severa. Questo tipo di incontinenza non è ancora stata affrontata in letteratura.

Fattori di rischio nei due sessi:

- nelle donne i maggiori fattori di rischio per l'incontinenza urinaria sono: il sovrappeso, la/le gravidanze, le infezioni urinarie ricorrenti e la chirurgia urologica
- negli uomini: le infezioni urinarie ricorrenti correlate a patologia prostatica, la chirurgia urologica necessaria per asportare un adenoma prostatico nelle forme benigne o la ghiandola in toto nelle forme cancerogene, le patologie di tipo neurologico.

➤ Diagnosi

Si basa inizialmente sull'anamnesi e l'esame obiettivo che consentono al medico di formulare una diagnosi preliminare di incontinenza urinaria, dopo di che potranno essere richiesti accertamenti di tipo clinico che consistono principalmente in **esami urodinamici** eventualmente accompagnati da **esami complementari**.

Gli **esami urodinamici** comprendono:

- **DIARIO MINZIONALE:** è la registrazione delle minzioni e dei problemi compilato dal paziente per alcuni giorni, annotando giorno, ora di ogni minzione, quantità di urina emessa ad ogni minzione, fughe di urina eventuali. E' una tabella delle abitudini minzionali utile per iniziare ad inquadrare la natura e la gravità dell'incontinenza
- **PAD – TEST** (test del pannolino): si esegue pesando il pannolino che si usa abitualmente prima di indossarlo e dopo l'esecuzione di esercizi fisici come camminare, saltare, fare scale, tossire. La differenza costituisce l'indicazione delle perdite urinarie
- **UROFLUSSOMETRIA:** serve per misurare il volume di urina che viene espulsa durante la minzione per unità di tempo. È consigliabile, dopo la valutazione flussometrica, valutare anche il cosiddetto RPM, il *residuo vescicale post-minzionale* cioè il volume residuo di urina che permane eventualmente in vescica dopo la minzione
- **CISTOMANOMETRICA:** consente di raccogliere informazioni relative alla capacità volumetrica della vescica, alla sua stabilità e sensibilità e alla sua capacità di adattamento all'aumentare del volume di liquido, la cosiddetta *compliance*. Questo esame mette in evidenza l'ipoattività o l'iperattività della vescica
- **ELETTROMIOGRAFIA ANALITICA E DINAMICA:** l'elettromiografia analitica permette di analizzare l'attività dei muscoli del perineo e serve a mettere in evidenza eventuali problematiche neurologiche a livello periferico; quella dinamica serve a evidenziare quantitativamente l'attività elettrica muscolare
- **UROVIDEODINAMICA:** esame che combina il controllo radiologico e la registrazione elettronica dei dati nel corso del riempimento e dello svuotamento della vescica. Il test è in grado di fornire informazioni a carattere morfologico e funzionale e l'accuratezza diagnostica è da considerarsi molto elevata. Consente di classificare con esattezza l'incontinenza urinaria da sforzo ed è fondamentale per l'inquadramento corretto del paziente complicato. I macchinari moderni provocano una scarsa esposizione ai raggi X e i costi sono contenuti, oltre che rimborsati come esame urodinamico. Si usa solo per patologie neurologiche o se si vuole indagare la minzione in dettagli particolari.

Gli **esami complementari** consistono in:

- **URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE:** permette di visualizzare, con l'aiuto di un mezzo di contrasto instillato attraverso l'uretra con un catetere di piccolo calibro appoggiato al meato urinario, le parti interne dell'uretra, della prostata, del collo della vescica e della vescica stessa. Viene eseguito in Radiologia o nei Reparti di Urologia Funzionale e prevede una serie di scatti fotografici durante il riempimento vescicale e lo svuotamento durante minzione. Utile per definire bene la

silhouette vescico-uretrale ed evidenziare eventuali reflussi di urina dalla vescica verso i reni

- **CISTOSCOPIA:** si effettua tramite uno strumento denominato *cistoscopio* che viene inserito in vescica tramite il condotto uretrale, l'esame è poco doloroso perché effettuato in anestesia mediante gel locale dell'uretra; ci sono due diverse metodiche:
 - ✓ Cistoscopia con luce bianca, dove l'urologo può identificare o escludere la presenza di infiammazioni vescicali, calcoli, tumori della vescica come polipi, corpi estranei, iperplasie prostatiche ecc.
 - ✓ Cistoscopia a fluorescenza con luce blu, citato nelle Linee Guida dell'Associazione Europea di Urologia sulla Diagnosi del trattamento del Carcinoma Uroteliale. La Cistoscopia a luce blu ha dimostrato ad esempio una migliore capacità di identificazione del CIS (Carcinoma In Situ) che invece risulta molto difficile da riconoscere con la tradizionale luce bianca
- **ECOGRAFIA:** analizza la condizione dei reni, eventuale ristagno di urina in vescica o grossolane anomalie anatomiche
- **CITOLOGIA URINARIA:** permette di rilevare l'eventuale presenza di cellule neoplastiche di origine vescicale, ureterale o alta via escretrice con la semplice raccolta di campioni di urine prelevate al mattino per 3 giorni consecutivi
- **URINOCOLTURA ED ESAME URINE** per la ricerca di eventuali batteri e per uno screening qualitativo urinario.

➤ **Trattamento dell'incontinenza urinaria: comportamentale, riabilitativo, farmacologico, chirurgico**

Terapia comportamentale

Consiste nell'identificare stili di vita che influiscono sulle alterazioni a carico del pavimento pelvico e, attraverso l'intervento educativo, favorire l'assunzione di comportamenti idonei e modifica di abitudini sbagliate. Il successo del trattamento dipende dalle capacità di apprendimento del soggetto e soprattutto dalla sua motivazione a cambiare le proprie abitudini comportamentali

I **principali interventi** riguardano:

- ✓ mantenere il peso forma, poiché l'aumento di peso grava sul pavimento pelvico
- ✓ cambiamenti della dieta, assumere una dieta ricca di fibre ed assicurare un'abbondante introduzione di liquidi (almeno 1,5 / 2 litri al giorno)
- ✓ ridurre l'assunzione di teina e caffeina
- ✓ prevenire e trattare la stipsi
- ✓ programmare le minzioni (ogni 2 ore), non trattenere lo stimolo della minzione e non posticiparla
- ✓ praticare attività fisica
- ✓ ridurre/abolire il fumo
- ✓ non esagerare con sforzi che aumentino eccessivamente la pressione addominale
- ✓ in gravidanza e dopo il parto effettuare esercizi per rafforzare i muscoli del piano perineale.

Terapia riabilitativa

Per riabilitazione del piano pelvico si intende l'insieme di esercizi atti a rieducare i muscoli, le fasce e i tendini che sorreggono l'utero, la vescica, il retto e la vagina. Per la riabilitazione del piano pelvico è fondamentale andare da una professionista.

Le **funzioni del pavimento pelvico** sono:

- ✓ sospensione e sostegno
- ✓ continenza urinaria e ano-rettale

Un buon pavimento pelvico è in equilibrio quando le sue tre componenti: muscolare, dei legamenti e fasciale sono stabili. La muscolatura agisce sul sostegno, i legamenti agiscono sulla sospensione degli organi.

Le **tecniche principali** sono:

- ✓ Chinesiterapia - esercizi di Kegel
- ✓ Biofeedback
- ✓ Elettrostimolazione
- ✓ Coni vaginali
- ✓ Stimolazione magnetica perineale (SMP)

- **Chinesiterapia:** consiste in una serie di esercizi di contrazione e rilasciamento della muscolatura con lo scopo di prevenire e trattare alterazioni della statica pelvica, incontinenza urinaria, incontinenza fecale e ottenere il rafforzamento, rilassamento e stretching dei muscoli pelvici. Il livello degli esercizi deve essere adattato alle capacità individuali del soggetto in qualsiasi fase del trattamento, in modo che lo sforzo fisico non superi le reali possibilità della persona. Il paziente attiva volontariamente la muscolatura del pavimento pelvico (i classici esercizi in cui si contrae e si rilascia la muscolatura come per trattenere la pipì e le feci) che migliorano il sostegno uretrale e il meccanismo di chiusura, così da ridurre le perdite urinarie.

Tecnica degli esercizi di Kegel:

- ✓ svuotare la vescica;
 - ✓ stringere i muscoli del pavimento pelvico e mantenerli contratti contando fino a 5
 - ✓ rilassare i muscoli completamente contando fino a 10 (il tempo di rilascio dovrebbe essere circa il doppio quello di contrazione)
 - ✓ fare una serie di 10 esercizi 3 volte al giorno (mattina, pomeriggio e notte).
- **Biofeedback:** consiste in una tecnica di riabilitazione che ha lo scopo di educare la persona al controllo volontario, di determinati processi fisiologici normalmente inconsci, attraverso utilizzo di apposite sonde poste nello spazio intra-vaginale o intra-ale nei maschi, in grado di registrare l'attività muscolare del pavimento pelvico. Il paziente lavora in modo autonomo, la sonda capta il lavoro fatto dalla muscolatura e lo traduce in un segnale visivo e/o acustico, affinché il paziente stesso oltre che il terapeuta, possa rendersi conto del lavoro svolto correggendo così eventuali errori.
 - **Elettrostimolazione:** è una tecnica di stimolazione della muscolatura pelvica in modo passivo attraverso una sonda intra-vaginale nelle donne e intra-ale negli uomini, l'elettrostimolatore invia degli impulsi alla muscolatura perineale, sviluppando maggiormente la forza e il tono muscolare.
 - **Coni vaginali:** aiutano le donne a eseguire correttamente gli esercizi del pavimento pelvico in modo pratico, efficace e autonomo. Il cono vaginale ha all'interno una sfera di acciaio che muovendosi, emette leggere vibrazioni, una volta inserito in vagina crea

un feedback sulle pareti vaginali. La combinazione fra vibrazione e peso porta a un "automatico allenamento" aiutando la donna ad avere più percezione del cono e più stimolazione sulla muscolatura pelvica, in quanto stimola a contrarre i muscoli perivaginali evitandone la fuoriuscita. Ci sono in commercio coni, che hanno all'interno pesi, differenti 30 g, 47 g, 65 g, per cui, per il loro utilizzo è bene affidarsi a una terapeuta del piano pelvico, la quale in base alla specifica situazione della persona, prescriverà il cono con il peso adeguato e i tempi da tenerlo in vagina da rispettare, in quanto anche un super allenamento è sconsigliato.

***Avvertenza:** il sovra-esercizio va assolutamente evitato perché può provocare l'affaticamento muscolare e aumentare la perdita di urina come effetto indesiderato. Le tecniche sopra citate, devono essere eseguite esclusivamente sotto la guida di un terapeuta specializzato il quale, previa diagnosi medica, valuterà ed elaborerà un piano di trattamento specifico e personale adatto al raggiungimento degli obiettivi fissati per il benessere del paziente. La riabilitazione del pavimento pelvico dovrebbe sempre rappresentare il primo approccio terapeutico sia per l'assenza di effetti collaterali, sia per i buoni risultati che si possono ottenere (in alcuni casi la risoluzione è totale), sia perché non compromette l'esito di eventuali approcci chirurgici.*

- **Stimolazione magnetica perineale:** si avvale di una speciale poltrona che, attraverso la generazione di un campo magnetico, provoca la contrazione passiva di gruppi muscolari del pavimento pelvico. Tale contrazione ha lo scopo di rinforzare i muscoli interessati stando comodamente seduti e vestiti per 20 minuti al giorno, da ripetere 2-3 volte alla settimana per 18 volte.
Terminata la seduta l'infermiere specializzato nella rieducazione perineale controlla il miglioramento progressivo della contrazione facendo eseguire l'esercizio al paziente. E' una metodologia semplice anche per chi ha difficoltà a riconoscere i muscoli perineali, efficiente, non invasiva e ben accettata dai pazienti.

Terapia farmacologica

Varia a seconda della causa che ha dato origine all'incontinenza;

- ✓ **agonisti α/β -adrenergici:** servono ad aumentare il tono e la forza muscolare
- ✓ **inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI):** sono psicofarmaci fanno parte della famiglia degli antidepressivi non tricyclici ma sono risultati efficaci anche nel trattamento dell'incontinenza urinaria, quello più usato è la **duloxetina**
- ✓ **terapia ormonale** estrogenica (per le donne), consiste nell'applicazione di estrogeni a livello locale (ovuli o creme direttamente in vagina), vengono prescritti per aumentare la tonicità della muscolatura liscia della zona cervico-uretrale
- ✓ **anticolinergici:** suddivisi in due macro-gruppi:
 - Antagonisti muscarinici che agiscono a livello dei recettori per l'acetilcolina di tipo muscarinico
 - Antagonisti nicotinici che interagiscono con i recettori per l'acetilcolina di tipo nicotinico. Essi riducono il numero e l'entità delle contrazioni involontarie muscolari della vescica poiché contrastano gli effetti fisiologici dei due neurotrasmettitori acetilcolina e nicotina
- ✓ **antimuscarinici:** sono anticolinergici che bloccano i recettori per l'acetilcolina di tipo muscarinico e sono quindi in grado di ridurre la capacità che ha la vescica di contrarsi, diminuendo l'urgenza di urinare ed aumentando la capacità vescicale; per questo motivo vengono usati nella vescica iperattiva.

➤ Vescica iperattiva

La vescica iperattiva è una condizione in cui vi è una frequente necessità di urinare in misura tale da influire negativamente sulla vita di una persona. E' causata da contrazioni involontarie del muscolo detrusore che generano una sensazione di urgenza alla minzione che si traduce spesso nell'incapacità di trattenere l'urina. La vescica iperattiva a sua volta si suddivide in:

- ✓ idiopatica (non se ne conoscono le cause)
- ✓ neurogena quando è causata da disfunzioni del sistema nervoso provocate da traumi o malattie quali sclerosi multipla, Parkinson o spina bifida.

Terapia farmacologica:

- **antimuscarinici**: sono la principale opzione terapeutica per la sindrome da vescica iperattiva, in quanto riducono i sintomi: urgenza, frequenza e incontinenza, agendo sui recettori muscarinici, distribuiti sia a livello della muscolatura vescicale, il detrusore, sia della mucosa vescicale, il cosiddetto urotelio. I recettori muscarinici non si trovano esclusivamente nel muscolo detrusore della vescica e nell'uretra, ma anche nella muscolatura liscia di altri organi per cui sono possibili effetti collaterali, che possono essere particolarmente fastidiosi, ad es. secchezza delle fauci, disturbi della visione e stipsi
- **iniezioni di tossina botulinica**: la tossina botulinica viene iniettata nella parete vescicale con lo scopo di bloccare le sostanze chimiche che trasmettono alla vescica l'impulso di contrarsi e quindi di alleviare i sintomi della sindrome da vescica iperattiva
- **antidepressivi triciclici** vengono talvolta prescritti ai soggetti affetti da vescica iperattiva per ridurre la contrattilità vescicale.

Terapie chirurgiche

Sono principalmente rappresentate da colposospensioni, cioè interventi di sospensione della vescica a strutture solide della pelvi e dalla stabilizzazione 'tensioni free' dell'uretra media, tramite il posizionamento di sling di polipropilene con tragitto retropubico o transotturatorio (fionde di tessuto che abbracciano e comprimono l'uretra).

Tutti gli approcci chirurgici comunque non sono semplici e le probabilità di successo sono ancora lontane per definirli pratiche di uso corrente.

- **Colposospensione retropubica secondo Burch**: prevede la fissazione dei tessuti che circondano l'uretra prossimale e il collo vescicale alla benderella ileopettinea, o legamento di Cooper
- **TAPE (TOT) o la Trans Vaginal Tape Obturator (TVT-O)** due tecniche molto simili che prediligono invece il passaggio delle benderelle (sling), attraverso il forame otturatorio.
- **TAPE T.V.T. (Tension Free Vaginal Tape - Nastro Vaginale Senza Tensione)** di ultima generazione (detta anche *mini T.V.T.*), è caratterizzata da un'invasività minima, l'intervento consiste in un'incisione sotto uretrale in vagina e nel posizionamento di un nastro in rete di propilene che comprime l'uretra solo quando è necessario e cioè nel momento di massimo sforzo.
- **Iniezioni parauretrali**: utilizzando agenti volumizzanti uretrali o Bulking Agent, ad esempio: collagene bovino, polimeri sintetici, acido ialuronico, lipofilling, si effettuano iniezioni per aumentare la massa intorno all'area uretrale. Ciò aiuta il corpo a tenere chiusa l'apertura dell'uretra e della vescica.
- Altra metodica è l'**inserzione di palloncini gonfiabili** in silicone per comprimere l'uretra ed impedire così la fuoriuscita di urina durante lo sforzo. Si tratta della tecnica chiamata ACT (AdjustableContinence Therapy - Terapia Aggiustabile della

Continenza, che ha la possibilità di aggiustamenti successivi all'intervento per regolare il livello di compressione dell'uretra senza essere un ostacolo.

- **Sfintere artificiale:** gli sfinteri artificiali sono soluzioni chirurgiche estreme e chiudono l'ampia rassegna sugli interventi disponibili nella chirurgia dell'**incontinenza urinaria maschile**. Sono costituiti da un complesso dispositivo applicabile con un intervento chirurgico in quei pazienti già sottoposti senza successo ad ogni terapia possibile: una guaina protesica collegata ad una pompa miniaturizzata avvolge l'uretra chiudendola e permettendo l'apertura secondo necessità. Come tutti i dispositivi meccanici se mal funzionanti vanno sostituiti in parte o in toto.
- **Neuromodulazione sacrale:** indicata in caso di urgenza minzionale resistente alla terapia medica o riabilitativa, ma solo in casi super selezionati. Viene impiantata una sorta di pacemaker vescicale che fornisce impulsi elettrici. I segnali nervosi vengono regolati, con ripristino dell'inibizione detrusoriale durante la fase di riempimento, migliorando l'intervallo minzionale e la capacità di dominare lo stimolo.
- **L'elettrostimolazione percutanea del nervo tibiale posteriore:** consiste nella stimolazione elettrica del nervo tibiale tramite un ago da agopuntura, che viene posizionato nel punto corrispondente al centro di controllo delle disfunzioni del pavimento pelvico in zona peri-malleolare. Anche questa pratica sembra migliorare i sintomi legati all'urgenza minzionale, all'incontinenza da urgenza e alla [vescica iperattiva](#), con conseguenze positive sulla qualità della vita di chi ne soffre.
- **Derivazione esterna (urostomia)** consiste nel convogliare le urine al di fuori della parete addominale grazie ad un tratto di intestino adeguatamente isolato ed abboccato alla parete addominale. Un'urostomia è una stomia permanente, poiché la vescica viene rimossa nella maggior parte degli interventi; occorre avere un presidio che raccolga le urine, viene quindi utilizzata una sacca per urostomia, resta comunque una soluzione estrema.

➤ Presidi sanitari per l'incontinenza urinaria

Livelli di incontinenza

Occorre innanzitutto definire l'entità dell'incontinenza. Il sistema migliore è misurare la perdita giornaliera pesando i pannolini prima e dopo averli indossati.

- ✓ incontinenza lieve: fino a 100 g di perdite nelle 24 ore
- ✓ incontinenza moderata: tra i 100 e 400g
- ✓ incontinenza grave: oltre i 400 g

I presidi sintomatologici (pannoloni, condom, cateteri a intermittenza), sono detti anche "ausili per l'incontinenza", sono importanti per la gestione delle disfunzioni del basso tratto urinario, laddove queste non siano suscettibili di trattamento o in caso di fallimento o in attesa del trattamento stesso. L'utilizzo dei presidi, da adeguarsi alla situazione e alle condizioni del paziente, rappresentano una possibilità di miglioramento della qualità della vita e giocano un ruolo importante per consentire alle persone di mantenere le proprie attività di partecipazione alla vita sociale, familiare e lavorativa e la propria autostima. Laddove il problema sia la ritenzione urinaria, i cateteri vescicali fungono da sostituti per la funzione di svuotamento, configurandosi quindi come ausili indispensabili.

I **presidi** per la gestione dell'incontinenza comprendono:

- ✓ i presidi monouso assorbenti (pannoloni) e i relativi supporti (mutanda elasticizzata)
- ✓ gli accessori per letti (traverse)
- ✓ il condom o guaine urinarie (sesso maschile)
- ✓ i cateteri vescicali, atti a effettuare lo svuotamento della vescica quando tale funzione sia alterata, possono essere:
 - i cateteri monouso per cateterismi estemporanei o intermittenti
 - i cateteri a permanenza, da tenersi in sede per periodi variabili
- ✓ le sacche di raccolta urine

Nella gestione dell'incontinenza, si può ricorrere ai presidi anche come supporto aggiuntivo ad altri trattamenti, per dare al paziente una maggiore sicurezza e proteggerlo da eventuali perdite casuali o di lieve entità.

- **Pannoloni o indumenti assorbenti** (validi sia per i maschi che per le femmine) Con la definizione di 'pannoloni' sono raccolti presidi assorbenti diversi tra loro per forma, dimensioni, assorbenza, funzione. La forma può variare dalla più básica forma rettangolare a quella a triangolo destinata all'incontinenza maschile, a quella sagomata a farfalla, Vi sono assorbenti già integranti in mutande a funzione assorbente (i cosiddetti pull-up) e infine i pannoloni a mutandina che possono essere chiusi sui lati da bande adesive o da strisce di velcro. Lo spessore e le dimensioni dei presidi, ma anche i materiali che li compongono, influenzano la capacità di assorbenza e prevengono la fuoriuscita delle urine, in quanto i polimeri assorbenti trasformano l'urina in gel e la bloccano negli strati più profondi del materiale assorbente. La superficie, generalmente di tessuto non tessuto, si mantiene asciutta e impedisce il contatto del bagnato con la cute evitando così la macerazione o il rischio di irritazione dovuto al ristagno di urina. I moderni tipi di pannoloni sono disponibili in diversi formati, con un'assorbenza che varia da 60 a 200 ml. Vi sono in commercio anche dei pannoloni di nuova generazione che grazie ai polimeri superassorbenti, assorbono mediamente dai 300 ai 1800 ml. di urina (l'equivalente di una/sei minzioni), questo consente di gestire l'incontinenza urinaria grave con tre cambi quotidiani.

La scelta varia in base a:

- ✓ tipo di incontinenza e gravità
- ✓ struttura fisica del soggetto
- ✓ disponibilità di assistenza
- ✓ presenza di comorbidità (altre patologie)
- ✓ preferenze del paziente
- ✓ integrità della cute
- ✓ abilità funzionale del paziente
- ✓ qualità e costo del prodotto
- ✓ fallimento di altre soluzioni

- **Condom o guaine urinarie (sesso maschile)**

Il catetere maschile esterno, meglio conosciuto come condom, si usa come il condom per la contraccezione, ma a differenza di questo viene collegato ad un tubo per raccogliere l'urina che confluisce in una sacca. Possono costituire un'alternativa al pannolone o alla cateterizzazione, nella maggior parte dei casi sono auto-adesivi per aderire meglio alla base del pene. Il condom va sostituito quotidianamente e si deve controllare il pene per prevenire macerazione o irritazione provocati dallo sfregamento del glande contro l'estremità interna del condom.

- **Contenitore salva goccia**

Si tratta di un dispositivo con ingombro minimo che può essere indossato anche sotto il costume da bagno. Dato che può raccogliere una quantità limitata di urina (80 ml) va indossato dopo aver svuotato la vescica.

- **Catetere vescicale**

E' un tubo flessibile, di vari diametri, normalmente in lattice o in silicone.

I cateteri sono definiti dispositivi medici e vengono prescritti dai medici specialisti, vengono introdotti in vescica quando non si riesce a svuotare autonomamente la vescica (ipercontinenza) oppure quando si è incontinenti.

Esistono diversi tipi di cateteri:

- ✓ **Il catetere vescicale a permanenza (uso prolungato)**

Il cosiddetto catetere vescicale a dimora o a permanenza è un catetere uretrale di tipo Foley che, una volta inserito in vescica, può essere mantenuto in posizione anche per due o tre mesi. Ad un'estremità, possiede un palloncino che, gonfiato quando è all'interno della vescica, impedisce di sfilarsi in modo autonomo; all'estremità opposta presenta due aperture, una per l'eliminazione dell'urina, l'altra per il gonfiaggio del palloncino. L'apertura per la fuoriuscita dell'urina è collegata a una sacca di raccolta che può essere fissata a una gamba, in maniera tale da permettere al paziente di condurre una vita quasi normale, o al letto.

- ✓ **Il catetere vescicale a intermittenza (monouso)**

Le tipologie di questi cateteri possono essere variabili, dalla versione più semplice non lubrificata ai vari modelli di cateteri auto-lubrificanti, in alcuni casi dotati anche di sacca di raccolta integrata. Il cateterismo intermittente (CI) o auto-cateterismo intermittente pulito, comporta l'inserimento e rimozione di un catetere diverse volte al giorno, le persone che lo praticano come metodo di svuotamento della vescica devono attenersi per quanto riguarda la frequenza di cateterizzazione alle indicazioni del medico-urologo. Il CI è semplice da eseguire e dopo un po' di pratica può essere portato a termine in pochi minuti, si può drenare l'urina attraverso il catetere nella toilette o in una sacca di raccolta urina.

- ✓ **Il catetere vescicale sovra-pubico o cistostomia sovrapubica**

Attraverso una stomia della cute, un catetere Foley viene inserito nella porzione inferiore dell'addome fino a raggiungere la vescica. Vi è indicazione al cateterismo sovrapubico ogni qualvolta sia impedito il normale cateterismo vescicale e persista un'ostruzione del flusso urinario. Viene inoltre utilizzato quando si vuole mettere a riposo l'uretra dopo aver effettuato degli interventi chirurgici sull'uretra stessa o sul collo vescicale. Il paziente deve essere informato sulla necessità di controllare periodicamente che il catetere funzioni correttamente. Il paziente deve essere addestrato alla corretta cura della stomia e a svuotare la sacca di raccolta delle urine e fare attenzione alla comparsa di ogni sintomo per una possibile infezione delle vie urinarie (vd. paragrafo "Le infezioni delle vie urinarie").

- **Sacche di raccolta urine**

Possono essere fissate al letto del paziente (per i pazienti allettati) o alla gamba (da fissare alla coscia o al polpaccio tramite appositi cinturini). Un aspetto importante da valutare nella scelta del presidio è la presenza di valvola antireflusso, in particolare per i pazienti cateterizzati. La valvola antireflusso evita la risalita delle urine dalla sacca in

vescica, riducendo il rischio di contaminazione batterica. Esistono diversi tipi e modelli di contenitori di sacche da gamba, adatte alle diverse esigenze del paziente (che deambula, in carrozzella o a letto). Ciascun modello ha caratteristiche diverse (ad esempio l'inclinazione del tubo di raccolta) per consentire una funzionalità ottimale. La capienza del contenitore può variare da 500 ml fino a 1300 ml, garantendo pertanto una buona autonomia del paziente. I contenitori da letto arrivano a raccogliere 2 litri di urina. Le sacche senza valvola di scarico sono generalmente monouso; quelle con valvola di scarico invece possono essere tranquillamente utilizzate anche per un mese, ma è importante lavarle quotidianamente con acqua e detergente

➤ **Le infezioni delle vie urinarie**

Le infezioni urinarie sono le infezioni a carico delle strutture anatomiche che formano l'apparato urinario: reni, ureteri, vescica e uretra. La maggior parte dei batteri risale le vie urinarie dal serbatoio fecale attraverso l'uretra, ma possono anche giungere, con maggiori difficoltà anche da varie sedi dell'organismo attraverso la via ematica o la via linfatica.

Le infezioni urinarie rappresentano il pericolo più importante e comune del **cateterismo vescicale**. Il rischio maggiore è corso da coloro che ricorrono ai cateteri a dimora (uretrali o sovrapubici), in quanto quest'ultimi, essendo mantenuti in posizione per diverse settimane o mesi, sono particolarmente esposti alle contaminazioni batteriche.

Nel definire le varie infezioni urinarie, i medici parlano di uretrite quando l'infezione urinaria è limitata all'uretra, di cistite quando il processo infettivo interessa la vescica, di ureterite quando l'infezione ha sede in uno degli ureteri e di pielonefrite quando l'infezione riguarda uno dei reni.

La principale causa delle infezioni urinarie è un batterio che vive normalmente all'interno del tratto gastrointestinale: il noto Escherichia Coli, seguono Klebsiella, Enterobacter, Citrobacter, Pseudomonas Aeruginosa ed altri.

I principali sintomi di un'infezione sono:

- ✓ disuria, difficoltà ad urinare
- ✓ dolore al basso addome
- ✓ necessità di urinare spesso
- ✓ produzione di urina maleodorante e torbida
- ✓ incapacità di svuotamento completo della vescica
- ✓ febbre alta, sopra i 38°C (segno da non sottovalutare, in quanto generalmente indica l'estensione dell'infezione ai reni)
- ✓ tremori e brividi
- ✓ dolore ai fianchi o alla schiena
- ✓ nausea e vomito
- ✓ senso di agitazione o irrequietezza
- ✓ sensazione di malessere generale
- ✓ senso di stanchezza e letargia

Altri rischi e complicazioni per i portatori di cateterismo vescicale a dimora:

- ✓ spasmi della vescica: sono dei crampi addominale, talvolta molto dolorosi, dovuti alla vescica che tenta di espellere il catetere, considerato estraneo
- ✓ perdite impreviste di urina: sono delle vere e proprie fughe di urina, che dipendono generalmente da un blocco del catetere o da un suo errato posizionamento (successivo per esempio a uno spasmo della vescica)
- ✓ accumulo di muco, sangue o detriti all'interno del catetere che possono bloccare la fuoriuscita di urina, impedendo lo svuotamento della vescica
- ✓ lesione del canale uretrale: l'inserimento del catetere può ledere l'uretra, provocando all'interno di questa un piccolo trauma
- ✓ restringimento dell'uretra: l'uso prolungato e ripetuto dei cateteri uretrali restringe l'uretra perché, stressando continuamente le pareti del canale uretrale, porta alla formazione di tessuto cicatriziale anomalo
- ✓ calcoli vescicali: sono di solito una conseguenza di anni da cateterismo vescicale
- ✓ lesioni alla vescica o all'intestino retto: sono dovute a un errato inserimento del catetere vescicale.

La diagnosi di batteriuria si pone analizzando un campione di urine, che dev'essere raccolto dal paziente secondo precise modalità. La diagnosi di infezione urinaria è positiva se l'urinocoltura mostra una carica batterica significativa $>10^5$ U.F.C./ml (Unità Formanti Colonie).

L'antibiogramma, invece, fornisce indicazioni utilissime sul tipo di batterio che ha generato l'infezione e sulla sua suscettibilità a specifici antibiotici.

In caso di infezione delle vie urinarie con segni e sintomi in un soggetto portatore di catetere vescicale, contattare subito il medico, le linee guida raccomandano di raccogliere le urine per l'urinocoltura e di rimuovere il catetere se è in sede da più di 7 giorni. Se i sintomi sono locali si possono aspettare i risultati dell'urinocoltura prima di iniziare una terapia antibiotica; se invece i sintomi sono sistemici si raccomanda di eseguire due emocolture e di iniziare subito una terapia antibiotica, le cui modalità di somministrazione variano a seconda della gravità dell'infezione e del quadro clinico del paziente. Per i portatori di catetere si raccomanda di evitare la profilassi antibiotica in caso di batteriuria non sintomatica in quanto inutile; inoltre, questa pratica diffusa ha contribuito in modo significativo all'espansione di ceppi batterici resistenti e, attualmente, la gestione delle infezioni delle vie urinarie è complicata da problemi correlati alla farmacoresistenza.

PIANETA INCONTINENZA

SECONDA PARTE

- Cosa prevede la legge per chi soffre di incontinenza
- I nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)
- I rilievi di alcune associazioni sui nuovi LEA
- Procedura per ottenere i dispositivi medici monouso e distribuzione diretta
- Discrepanze metodologiche e di trattamento tra Regioni
- I costi dell'incontinenza in Italia
- IVA agevolata al 4% sugli ausili per l'incontinenza
- Detrazione IRPEF al 19% sugli ausili per l'incontinenza
- Accordo Conferenza Stato Regioni
- Proposte per migliorare la realtà attuale

➤ **Che cosa prevede la legge in Italia per chi soffre di incontinenza**

Ci sono differenti modalità di trattamento dell'incontinenza urinaria, ma quando queste non sono trattabili per la cura della loro origine e soluzione è necessario ricorrere all'utilizzo di ausili assorbenti e cateteri, che consentono di far fronte alla situazione limitando gli effetti del problema nella vita quotidiana di chi ne soffre. Quando si parla dei dispositivi per l'incontinenza si è soliti usare il termine 'pannoloni', anche se va sottolineato che questa condizione può riguardare ogni fascia d'età, con maggiore frequenza dai 60 anni in poi. In presenza di questo disagio dotarsi dei necessari dispositivi medici è indispensabile; infatti, essi permettono di condurre una vita normale assorbendo urine e feci, assicurando un comfort accettabile, riducendo, nei limiti del possibile il disagio igienico, relazionale, sociale, psicologico e sessuale.

Presidi per l'incontinenza - il quadro normativo Nazionale dal 1991 ad oggi

Il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, riconoscendo l'importanza di questi presidi ne ha previsto la fornitura gratuita agli aventi diritto.

1 Ex Decreto Ministeriale del 30 luglio 1991

Approvazione del nomenclatore-tarifario delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, revisionato ai sensi della legge 29 dicembre 1990, n. 407.

2 Ex Decreto Ministeriale-Ministero della Sanità – 28 Dicembre 1992, n. 104

E' approvato il nomenclatore-tarifario delle protesi e degli ausili tecnici, diretto al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriale dipendenti da qualunque causa.

3. Ex Decreto Ministeriale-Ministero della Sanità - 27 agosto 1999 n. 332

(Pubblicato nel supplemento ordinario Gazzetta Ufficiale del 27 settembre 1999 n. 227; sostituisce il D.M. del 28/12/1992);

Hanno diritto ai dispositivi contenuti nel Nomenclatore Protesico gli invalidi civili, le persone stomizzate (urinaria e fecale), i portatori di catetere permanente, gli

affetti da incontinenza stabilizzata o da patologia grave che obbliga all'allettamento, previa presentazione di certificazione medica.

Estratto:

stabilisce nel dettaglio gli ausili per incontinenza

- **cateteri vescicali ed esterni iso 09.24.**
- **raccoglitore per urina iso 09.27.**
- **ausili assorbenti l'urina iso 09.30.**
- **accessori per letti -traverse assorbenti iso 18.12.**

Per quanto riguarda i pannoloni e le traverse salva materasso il SSN deve garantire:

- **i tipi di ausilio e relative caratteristiche quali la velocità di acquisizione, il rilascio di umidità e la capacità assorbente specifica,**
- **i quantitativi massimi: 120 pezzi al mese a paziente e 150 pezzi per il pannolone rettangolare per adulti,**
- **i tempi di consegna: 5 giorni dall'autorizzazione alla fornitura da parte dell'ASL.**

1. [Ex D.M. Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità – 31 maggio 2001, n. 321](#)

"Modifica del regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale." (Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 8 agosto 2001 n. 183);

'Per i soggetti aventi diritto (laringectomizzati, tracheotomizzati, ileo-colostomizzati e urostomizzati, i portatori di catetere permanente, gli affetti da incontinenza stabilizzata nonché gli affetti da patologia grave che obbliga all'allettamento) non è più richiesta l'invalidità civile ma è sufficiente la prescrizione redatta da uno specialista del SSN dipendente o convenzionato, competente per la menomazione che indica i dispositivi protesici necessari e appropriati'.

➤ I Nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

[Pubblicati in Gazzetta Ufficiale n.65 del 18 marzo 2017 \(Decreto del Presidente del Consiglio-DPCM del 12 gennaio 2017\) \(Supplemento ordinario n.15\).](#)

<http://fincopp.org/wp-content/uploads/2019/09/CIRCOLARE-MINISTERO-SALUTE-23.6.2017.pdf>

Ribadisce che per prescrivere gli ausili per l'incontinenza 'non emerge la sussistenza del presupposto del riconoscimento dell'invalidità civile ma, al contrario si precisa : 'la condizione di avente diritto alla prestazione è certificata dal medico specialista del SSN dipendente o convenzionato'.

Per garantire l'aggiornamento continuo, sistematico, su regole chiare e criteri scientificamente validi dei [Livelli Essenziali di Assistenza](#), è stata istituita la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale, presieduta dal Ministro della Salute, con la partecipazione delle Regioni e il coinvolgimento dei soggetti con competenze tecnico-scientifiche disponibili a livello centrale e regionale. Anche le Associazioni pazienti possono interagire con la Commissione o presentare dispositivi medici innovativi (vedere apposita modulistica pubblicata sul sito del Ministero della Salute).

I Lea vengono aggiornati periodicamente.

In materia di **dispositivi medici** i nuovi LEA – DPCM12/01/17 dovrebbero assicurare i livelli qualitativi, quantitativi, di assistenza, cura e riabilitazione a tutti i cittadini.

La Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA e l'appropriatezza del S.S.N. consente di apportare modifiche e inserire dispositivi medici innovativi.

➤ ***I rilievi di alcune associazioni ai NUOVI LEA***

Numerose importanti organizzazioni impegnate sul fronte dei diritti alla salute e alla riabilitazione dichiarano che i nuovi **LEA Sanitari** sono ben lontani dall'essere esaustivi e applicabili e che, per talune patologie «sono addirittura peggiorativi», infatti:

- **Per i malati oncologici** non è previsto nel post-operatorio e nel decorso della malattia alcun **percorso riabilitativo mirato**, da patologia a patologia (tumore alla laringe, tumore alla prostata, colon retto, **vescica**, utero ecc.);
- **Nell'istituenda Commissione** per il monitoraggio dei LEA è **prevista soltanto la presenza di Cittadinanzattiva e nessuna rappresentanza delle Associazioni Pazienti (FAVO/FAIP) che vivono quotidianamente sulla propria pelle il problema**, in contraddizione con quanto sancito nel [Patto per la Salute articolo 26](#), sottoscritto dalla Presidenza del Consiglio e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, che prevede la partecipazione e consultazione delle Associazioni alle scelte strategiche socio-sanitari.
- **I nuovi LEA sono stati elaborati per riabilitare i pazienti (PDTA – Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziale), non per punirli con gare d'appalto in regime di monopolio e dispositivi di bassa qualità.**
- **l'Art. 11 del DPCM**, istitutivo dei nuovi LEA, **garantisce l'erogazione degli ausili ad assorbenza solo ai pazienti affetti da incontinenza grave cronica**, escludendo, di fatto, l'incontinenza lieve che riguarda buona parte di pazienti.
- Per i pannoloni, traverse e prodotti per ulcere cutanee che di norma **vengono appaltate in regime di monopolio**, è doveroso sapere che **col decreto sblocca cantieri (D.L. n. 32/2019 - Recante: "Disposizioni urgenti per il rilancio del settore dei contratti pubblici, per l'accelerazione degli interventi infrastrutturali, di rigenerazione urbana e di ricostruzione a seguito di eventi sismici")** si torna indietro di anni poiché **ritorna il criterio del prezzo più basso**.
- **Per i pannoloni sono spariti gli standard d'assorbenza** e di conseguenza ogni azienda di settore è libera di fornire **quello che crede e come meglio crede**. Una minore assorbenza comporta un maggior consumo di pannoloni e di conseguenza anche un maggior danno ambientale.
- **FINCOPP più volte ha evidenziato al Ministero della Salute che con i nuovi LEA, non avendo più alcun riferimento normativo sugli standard qualitativi d'assorbenza, è quasi impossibile intraprendere azioni legali contro l'azienda non potendone stabilire l'eventuale *inadempimento* della stessa, sia sulla qualità del prodotto che sulla adeguatezza o meno all'assorbenza.**
- Le continue vessazioni da parte di Regioni, Centrali d'acquisto e ASL in materia di dispositivi medici molto spesso **violano la "qualità"** che dovrebbe essere **al primo posto** nelle gare d'appalto. È da evidenziare infine che con le gare d'appalto in regime di monopolio è fondato il rischio di un monopolio nazionale.
- Al contrario, nel mondo del wound care (cura delle ulcere) si assiste ad un processo opposto. Le società scientifiche di settore (AISLEC/AIUC) stanno, infatti, identificando i parametri *qualitativi*, utili a valutare la performance della medicazione avanzata prescritta dallo specialista. Tutto ciò, affinché un dispositivo possa essere *monitorato* e, eventualmente, contestato dall'utenza, non solo in fase d'appalto ma anche a seguito dell'utilizzo (Audit).

- Per evitare che i test siano autoreferenziali FINCOPP (Federazione Italiana Incontinenti e Disfunzioni del Pavimento Pelvico) chiede che siano certificati soltanto da laboratori pubblici.
- **Per le persone stomizzate (sacche, placche, detergenti, etc.) è prevista la libera scelta dei prodotti** (vasta gamma di prodotti), al contrario per i “cateteri” è una guerra quotidiana tra noi associazioni e le ASL poiché la libera scelta non è prevista dai nuovi LEA.
- Inoltre, per pannoloni e traverse l'applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (**miglior rapporto qualità/prezzo**), considerato che **la qualità per noi pazienti è vitale**, sarebbe opportuno, anzi doveroso, che Regioni e Centrali Acquisto nella fase preparatoria delle gare consultino preventivamente le Associazioni pazienti recependo le migliori modalità operative da porre in gara.
- Le Associazioni devono vigilare affinché le scelte delle Centrali Acquisti siano coerenti con le esigenze riabilitative ed assistenziali dei pazienti, previste nei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che andrebbero approvati.

In sintesi: un **accordo quadro** è certamente una soluzione ottimale per uniformare i costi di acquisto dei prodotti su tutto il territorio nazionale e regionale e/o per agevolare le strutture sanitarie operative, a condizione che assicuri all'utenza la possibilità di avere a disposizione una vasta gamma di prodotti, rispettando la libera scelta.

Le Regioni possono assicurare servizi e prestazioni integrative rispetto a quelle incluse nei LEA, utilizzando risorse proprie.

I rapporti tra pazienti incontinenti e medici

Anche i rapporti tra pazienti, medici di famiglia, pediatri o specialisti ASL sono regolamentati dai rispettivi contratti di lavoro. Medici di famiglia e pediatri sono tenuti a monitorare lo stato di salute generale del paziente, a porre richieste motivate e a collaborare con lo specialista ASL, a fornire prescrizioni e certificazioni mediche gratuite e a richiedere, ove necessario, visite ambulatoriali, domiciliari e ospedaliere gratuite. Lo specialista ASL è tenuto a collaborare con il medico di famiglia e ad evitare il rimpallo del paziente da un medico all'altro, a prescrivere gratuitamente gli ausili per l'incontinenza qualora ce ne siano le condizioni e a fornire visite mediche specialistiche dietro pagamento del ticket o gratuitamente così come previsto dalle norme regionali.

➤ **Procedura per ottenere i dispositivi medici per le persone incontinenti**

- Il medico di base o il pediatra prescrivono la **visita (gratuita) da uno specialista accreditato dal SSN competente**, generalmente un urologo, un ginecologo, un geriatra, un neurologo;
- Se deliberato dalla Regione la modulistica può essere compilata anche dal medico di famiglia o pediatra, senza compenso alcuno;
- *Il medico specialista ha la responsabilità di effettuare una corretta valutazione clinica provvedendo al piano terapeutico con la compilazione della semplice “ricetta rossa”:*
 1. *diagnosi clinica e funzionale circostanziata di incontinenza in cui specifica il livello di gravità*

2. descrizione dettagliata degli ausili assorbenti completi di codice
3. indicazione della durata della prescrizione, massimo un anno
4. apposizione di data, timbro e firma

L'utente o un suo delegato si rivolge all'**Azienda Sanitaria Locale (Ufficio Protesi) di appartenenza, presentando:**

- la ricetta rossa
- un certificato o autocertificazione di residenza (N.B. allegare la fotocopia del documento d'identità non scaduto)
- la fotocopia della tessera sanitaria
- se trattasi di delegato è necessaria la delega e la fotocopia del documento di identità del delegato e del delegante

L'A.S.L.

- in base alla prescrizione **organizza "idonee modalità di consegna frazionata" dei pannoloni, delle traverse e di tutti gli altri dispositivi medici**
- **la fornitura degli ausili richiesti può essere diretta, con consegna a domicilio, o indiretta per interposizione di distributori come le farmacie e/o sanitarie. La fornitura è valida massimo un anno, rinnovabile**

N.B. Con Circolare dell'ex Ministra della Salute Lorenzin (DGPROGS del 19 giugno 2017), per i pazienti incontinenti, stomizzati e laringectomizzati, non serve più il riconoscimento dell'invalidità civile, la prescrizione può valere sino ad un anno e i dispositivi medici prescritti si devono avere dall'ASL "quanto prima".

Nel caso in cui, arbitrariamente viene richiesta l'invalidità civile, si invita l'utenza a scaricare la "Circolare Lorenzin" dal sito web www.fincopp.org per far valere i propri diritti.

➤ **Discrepanze metodologiche e di trattamento tra Regioni**

Purtroppo sui siti web, non tutte le ASL hanno una pagina ricca di informazioni, come ad esempio [quella di Torino](#). In rete è possibile trovare indicazioni riguardo alle altre regioni (o città), ma difficilmente troveremo pagine dedicate.

La **Regione Puglia**, prima in Italia, ha deliberato che i pazienti incontinenti, stomizzati e laringectomizzati, non solo possono ottenere la prescrizione dal medico di base, ma la modulistica è compilabile on-line dal medico prescrittore senza recarsi più "all'Ufficio Protesi". Pannoloni, cateteri, sacche e cannule tracheali giungeranno direttamente a casa senza ulteriori aspetti burocratici.

Nelle Marche, per esempio, sappiamo che vengono forniti 60 pannoloni al mese a paziente, indipendentemente dal grado di incontinenza.

Nel Veneto vale la [Legge regionale n. 34 del 20 novembre 2003](#); in altre regioni (come la **Sicilia** e la **Toscana**), per aver diritto agli ausili, arbitrariamente, viene ancora richiesta l'invalidità civile.

Alcuni Comuni hanno previsto una riduzione della TARI (Tassa sui Rifiuti) per chi ha una o più persone incontinenti nel proprio stato di famiglia, come ad esempio a [Parma](#); il consiglio è quindi quello di chiedere presso il Comune di residenza se sono previste misure analoghe.

Altri comuni (**Rimini/Cesena**) hanno ridotto per le persone stomizzate ed incontinenti il costo dell'acqua potabile. In merito è doveroso precisare che queste delibere hanno carattere regionale e comunale, poiché ogni Regione e Comune ha la propria autonomia

gestionale. Compete alle Associazioni o ai singoli pazienti stimolare i propri Enti Locali ad attivarsi in tal senso.

Un quadro normativo uniforme c'è, ma per Costituzione lo Stato demanda alle Regioni la possibilità di deliberare autonomamente e il Ministero della Salute emana unicamente "indicazioni" e linee guida. Questa autonomia esasperata non sta producendo buoni risultati ai Cittadini e durante la pandemia "coronavirus" i sistemi regionali e la loro gestione hanno evidenziato tutte le criticità.

A nostro parere il Ministero della Salute si deve celermente riappropriare del proprio ruolo politico e le Regioni devono essere la mano operativa al servizio della Cittadinanza. Ma oggi la regionalizzazione e le sue conseguenze designano la modalità di fruizione degli ausili che possono cambiare da Regione a Regione, da ASL a ASL complicando ulteriormente la situazione, creando veri e propri feudi, alimentando gravemente le disparità di trattamento.

Per questo è importante rivolgersi al proprio medico di base e alle Associazioni di categoria (Palinuro, ANNA e FINCOPP) che sono in grado di fornire indicazioni utili ed intervenire.

➤ ***I costi dell'incontinenza in Italia***

Il S.S.N. e Regionale per i soli ausili ad assorbenza e cateteri spende **444.148.147** milioni di euro annui, di cui: ausili per incontinenza **374.365.607** milioni di euro, cateteri **69.782.540** milioni di euro. A tutto ciò vanno aggiunti i costi delle medicazioni che ammontano a **69.763,385** milioni di euro e ancora bisogna aggiungere l'IVA al 4%, i costi di spedizione, i margini della filiera distributiva, nonché la spesa annua che ogni famiglia sopporta di tasca propria nelle farmacie, sanitarie o supermercati, oltre ai costi del personale addetto a registrare e/o dispensare tali dispositivi. La spesa complessiva è stimata in **2,5 miliardi di euro**. Un volume d'affari elevato che giustifica il passaggio televisivo quotidiano di **spots pubblicitari** sui presidi ad assorbenza. A tal proposito va rammentato che una **minoranza** delle persone incontinenti utilizzai cosiddetti "**pannoloni di stato**" o sviluppa le idee più strane per evitare i disagi. I motivi sono legati al nostro modo di pensare, vivere ed apparire. Le persone incontinenti, soprattutto le donne, per non perdere la propria femminilità ricorrono all'acquisto diretto dei pannoloni ed è su tale senso di vergogna che si fondano gli **spots pubblicitari per l'assorbenza, che in realtà spesso sono disinformativi**, in quanto rappresentano il proprio prodotto come l'unica panacea per tutti i mali e raffigurano il compratore come persona confortata dai *buoni odori* e dalla felicità.

Per come è strutturato oggi il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, le persone incontinenti **non vengono riabilite, ma solo assistite.**

Per FINCOPP il pannolone è la sconfitta della legittima battaglia contro l'incontinenza.

Va precisato che il pannolone con l'avanzamento dell'età anagrafica e l'aggravarsi di più patologie è certamente uno **strumento riabilitativo utile per gestire al meglio l'incontinenza**, a condizione che vi sia una visita medica o infermieristica preventiva e che vengano garantite **qualità ed appropriatezza prescrittiva**.

Dal punto di vista economico ogni anno in Italia aumenta la spesa pubblica dei dispositivi medici, nonostante le gare d'appalto al solo prezzo più basso. Tali accrescimenti economici a carico del SSN e Regionale sono riconducibili all'innalzamento del numero delle persone anziane viventi e all'aumento della povertà in Italia, che obbliga le famiglie e quindi le persone ad uscire allo scoperto e chiedere alle ASL tali dispositivi.

➤ **IVA agevolata al 4% sugli ausili per l'incontinenza**

La dotazione mensile fornita dall'ASL di competenza può non essere sufficiente per sopperire alle esigenze di un incontinente per affrontare la quotidianità.

Stando ad uno studio condotto dal [Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale](#) dell'Università Bocconi sulla situazione dell'assistenza sanitaria alle persone che soffrono di incontinenza, il Servizio Sanitario Nazionale spende 355,1 milioni di euro per le forniture di pannoloni per anziani. Le famiglie, dal canto loro, si fanno carico del restante 44% non coperto, ovvero di **283,1 milioni di euro**.

Un aiuto messo a disposizione di chi soffre di incontinenza è l'**IVA agevolata al 4%** anziché al **22%**, sono comprese in questa categoria: **pannoloni per incontinenti, traverse salva letto, ossia gli ausili inerenti le menomazioni di tipo funzionale permanenti** [indicate anche dall'Agenzia delle Entrate sul suo sito \(agenziaentrate.gov.it\)](#) che fa chiarezza sugli oggetti acquistabili, come descritto dalla legge n.104 del 05/02/92.

Per poter usufruire dell'IVA agevolata *nelle farmacie, parafarmacie, punti vendita specializzati in prodotti per l'incontinenza e supermercati (chiedere al responsabile del punto vendita)*, è necessario consegnare al venditore prima dell'acquisto alcuni documenti, quali:

- *specifico prescrizione rilasciata dal medico specialista della ASL di appartenenza, da cui risulti l'effettivo collegamento funzionale tra il sussidio tecnico e la menomazione funzionale permanente dichiarata oppure*
- *il certificato rilasciato dalla ASL competente che attesti l'esistenza di una invalidità funzionale (superiore al 33%) e il carattere permanente della suddetta invalidità*
- *in alternativa, l'autocertificazione della necessità di tale ausilio. In tal caso potrebbe scattare il controllo dell'Agenzia delle Entrate e Guardia di Finanza.*

Il venditore trattiene la copia del **certificato della disabilità funzionale e/o di invalidità** da mostrare nel caso di controlli e consegna all'acquirente la fattura con il prezzo dell'ausilio con applicata l'IVA al 4%.

Come ordinare i presidi per l'incontinenza online con l'IVA al 4%.

Per chi vuole ordinare online i prodotti **deve seguire la seguente procedura:**

- iscriversi all'area clienti facendo attenzione a utilizzare i dati di chi usufruisce dei beni che verranno acquistati;
- inviare, tramite mail, copia della documentazione richiesta (che può essere scansionata o fotografata con lo smartphone);
- una volta inviata la documentazione, l'utente verrà abilitato al listino prezzi con IVA 4%, che potrà visualizzare al successivo login.

Inviando il Codice Fiscale (via mail o inserendolo nelle note in chiusura di ordine) verrà, inoltre emesso lo scontrino "parlante" con il quale si avrà diritto anche alla detrazione fiscale del 19% nella denuncia dei redditi relativa all'anno precedente.

➤ **Detrazione IRPEF al 19% sugli ausili per l'incontinenza**

Con la compilazione del [modello 730](#) è possibile risparmiare sulle imposte detraendo le spese per l'acquisto o il noleggio dei dispositivi medici sostenute nell'anno precedente, analogamente a quanto previsto per i farmaci e le altre [spese sanitarie](#) nella parte di spesa superiore alla franchigia di 129,11 euro. Condizioni da rispettare ed elenco dei dispositivi medici più diffusi riconosciuti dal Ministero della Salute e dall'Agenzia delle Entrate.

In linea generale, si considerano protesi non solo le sostituzioni di un organo naturale o di parti dello stesso, **ma anche i mezzi correttivi o ausiliari di un organo carente o menomato nella sua funzionalità.**

1) Esempi di Dispositivi Medici secondo il decreto legislativo n. 46 del 1997:

- Pannoloni per incontinenza
- Ausili per disabili es. cateteri, sacche per urine, padelle, ecc.

2) Esempi di Dispositivi Medico Diagnostici in Vitro (IVD) secondo il decreto legislativo n.332 del 2000, l'elenco completo dei prodotti qualificati come dispositivi medici è rilevabile consultando l'apposita Banca dati pubblicata sul sito del Ministero della Salute.

Per ottenere la **detrazione del 19%** della spesa sostenuta è necessario controllare e conservare i documenti con particolare riguardo allo scontrino o fattura che deve riportare:

- il soggetto che sostiene la spesa e Codice Fiscale (lo scontrino senza CF non dà diritto alla detrazione);
- la descrizione del dispositivo medico anche mediante i codici AD (spese relative all'acquisto o affitto di dispositivi medici con marcatura CE (Conformità Europea) o PI (spesa protesica) prestando attenzione sul fatto che la generica dicitura "dispositivo medico" non consente la detrazione;
- in mancanza del codice AD o PI occorre procurarsi la documentazione ulteriore dalla quale poter evincere la conformità alla normativa europea (la confezione del dispositivo, la scheda del prodotto, l'attestazione del produttore o l'indicazione in fattura/scontrino da parte del venditore);
- nel caso dell'acquisto di una parrucca occorre un'autocertificazione o una prescrizione medica dalle quali si evinca l'idoneità del prodotto per il superamento delle difficoltà psicologiche;
- per i dispositivi medici su misura, non essendo prodotti in serie, non recano la marcatura CE, ma devono essere comunque conformi alla legge (D. Lgs.46/1997).

Per ulteriori approfondimenti: <https://quifinanza.it/fisco-tasse/modello-730-2018-detrazione-acquisto-e-noleggio-dei-dispositivi-medici/189504/>

(Fonte: Nicolò Cipriani – Fisco 7)

➤ **Accordo conferenza Stato Regioni**

Il **24 gennaio 2018** la **Conferenza Stato-Regioni** ha approvato un **Accordo** che segna un passaggio molto importante per tutti coloro che si trovano a dover fare i conti con questa patologia. L'Accordo sancisce che bisogna attivare i "Tavoli Regionali sull'incontinenza", attivare i Centri di 1, 2 e 3 Livello, attivare i PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) e divulgare le problematiche legate all'incontinenza, grazie alla "Giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza" stabilita il 28 giugno di ogni anno. L'obiettivo principale è quello di assicurare sul territorio nazionale un **accesso uniforme alle cure** e di delineare gli interventi più appropriati da mettere in atto durante le varie fasi della malattia.

Per questo motivo uno degli obiettivi della Conferenza Stato-Regioni è anche quello di valutare il sistema di fornitura dei **dispositivi e dei presidi medico-chirurgici destinati all'incontinenza**, così come l'**utilizzo dei farmaci** impiegati nel trattamento di questa patologia, in modo da renderlo più omogeneo ed efficiente, ed evitare dei costi extra. Queste condizioni possono avere un impatto notevole sulla qualità della vita.

A soffrirne nel nostro Paese è un numero sempre crescente di persone: i dati dicono che sono **5 milioni gli italiani che soffrono di incontinenza**.

Il documento che è emerso dalla Conferenza Stato-Regioni dedicata al tema indica **sette diverse priorità**:

- L'attivazione dei "Tavoli regionali dedicati";
- la costituzione di una **rete di centri di 1, 2 e 3 livello per la prevenzione, la diagnosi e la cura in ogni Regione**
- l'attivazione del **PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale)**
- un ripensamento rispetto al tema dell'**erogazione dei farmaci per l'incontinenza**, sulla base dei modelli applicati negli altri Paesi europei e in linea con le recenti evidenze medico-scientifiche
- l'indicazione di **linee di indirizzo comuni a tutti** per l'utilizzo dei **dispositivi medici anti-incontinenza**
- l'ottimizzazione della **fornitura degli ausili monouso per l'incontinenza**, quindi pannoloni, cateteri, traverse, etc.
- il rafforzamento delle **campagne di comunicazione dedicate al tema**, a cominciare dalla **giornata nazionale per la prevenzione e la cura dell'incontinenza del 28 giugno**.

➤ **Proposte per migliorare la realtà attuale**

Per offrire a chi soffre di incontinenza una rete di supporto e di cura adeguata, la Conferenza Stato-Regioni ha convenuto che in ogni regione debba nascere una rete basata su **centri di primo, di secondo e di terzo livello**, sul modello di quella già esistente da oltre un decennio in Piemonte.

- **I centri di primo livello** sono degli **ambulatori dedicati con specialisti nell'ambito dell'incontinenza** che devono essere collocati sul territorio "in prossimità delle esigenze dei cittadini". Questi ambulatori devono prevedere la presenza di almeno una figura tra quelle dell'urologo, del ginecologo e del fisiatra, almeno un infermiere esperto in uro-riabilitazione e almeno un fisioterapista specializzato nelle tecniche di riabilitazione pelvi-perineale. Il centro di primo livello deve essere **dotato delle attrezzature per l'esame clinico, urodinamico e per la riabilitazione**. Se gli specialisti coinvolti riscontrano un grado di complessità della

situazione più elevato, sono chiamati a indirizzare la persona verso un **centro di secondo livello**.

- **Il centro di secondo livello** è un **centro mono-specialistico** che può essere urologico, ginecologico o riabilitativo. Ciascuno di questi deve avere la disponibilità di almeno due posti letto e deve dimostrare di svolgere un'attività chirurgica continuativa per l'incontinenza e di saper affrontare situazioni maggiormente complesse.
- Per le situazioni più problematiche, infine, ogni Regione dovrà dotarsi di **centri di terzo livello**, meno numerosi rispetto agli altri, ma molto più specializzati. Si tratterà infatti di **Centri di Neuro-Urologia e Unità Pelviche, chiamate ad affrontare la situazione con un approccio multidisciplinare integrato**. Questi centri dovranno avere almeno 8 posti letto dedicati, e a loro spetterà anche il ruolo di organizzazione della rete regionale e di monitoraggio delle attività e dei dati provenienti dai centri di primo e di secondo livello.

Per le persone che accederanno alla rete, i **vantaggi** di questo genere di impostazione dovrebbero essere **molteplici**:

- una **razionalizzazione organizzativa** dovrebbe consentire di abbattere i costi pur mantenendo **elevati gli standard di cura**
- tutti i professionisti del settore medico sapranno dove **indirizzare gli utenti a seconda del livello di gravità della loro situazione**
- **per ogni persona ci sarà un'unica cartella clinica che sarà condivisa tra i centri della rete, in modo che la terapia possa proseguire indipendentemente dalla struttura in cui è stata impostata e dalla presenza o meno del medico che l'ha proposta.**

Va rilevato che senza le “Linee guida” i PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) e i Nuovi LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), di fatto sono inapplicabili.

Non resta che aspettare che l'Accordo sottoscritto dalla Conferenza Stato-Regioni diventi pienamente operativo, al momento non ci sono date certe perché questo accada e le Associazioni dei pazienti stanno stimolando le Regioni ad attivarsi nel merito.

Cercheremo di tenervi aggiornati in caso di novità.

Visitate il nostro sito www.associazionepalinuro.com per scaricare la copia di questa brochure in pdf.

Il vostro supporto a PALINURO rende possibile la continuazione e lo sviluppo dei nostri programmi.

DONA IL TUO 5X1000

A PaLiNUro

C.F. 97684280155

Col contributo:

