

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



**RETE REGIONE PUGLIA SULLA PREVENZIONE,
DIAGNOSI E CURA DELL'INCONTINENZA URINARIA
E FECALE: MODELLO VIRTUOSO DI INTEGRAZIONE
OSPEDALE TERRITORI**

Dr.ssa Vittoria M.R. Ligorio Consigliera FNOFI, Consigliera OFI Brindisi-Lecce

@ForumRisk    

www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

L'**incontinenza non è una malattia ma una "condizione"**, può insorgere a tutte le età, i casi prevalenti sono quelli di donne in età avanzata. Convivere con l'incontinenza non è una cosa semplice, si pensi a qualunque lavoratore che più volte al dì è costretto ad abbandonare la postazione di lavoro, il disagio relativo alla consapevolezza di emanare cattivi odori che inducono la persona colpita a limitare i rapporti sociali con l'inevitabile insorgenza di condizione correlate come: vergogna, pudore e depressione. Si è portati a rinunciare all'attività sportiva, al piacere sessuale e tanto altro.



@ForumRisk     www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

Nei Paesi d' Europa sono oltre 36 milioni le persone colpite ed il **60% sono donne.**

Le cifre in Italia sono rilevanti in quanto il fenomeno riguarda **3 milioni di donne e 2 milioni di uomini**, in forte aumento sono i prostatectomizzati.

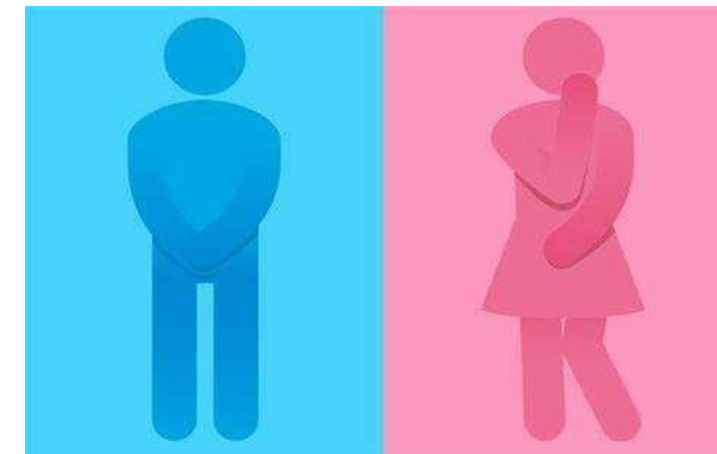
L'incontinenza è un problema sociale ed economico, è sempre stata la prima voce di spesa per il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. Il S.S.N. e Regionale per i soli ausili ad assorbenza e cateteri spende **444.148.147 milioni di euro**, la spesa complessiva (medicazioni, personale, farmaci) è stimata in **2,5 miliardi di euro.**

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

L'incontinenza urinaria interessa in Italia più di cinque milioni di cittadini. La prevalenza nella popolazione femminile di età superiore ai 45-50 anni, escludendo l'età anziana, è stimata essere oltre il 10-15%, mentre nel sesso maschile si stima che la prevalenza sia di circa la metà rispetto al sesso femminile; in entrambi i casi la prevalenza aumenta ulteriormente con l'età sino a superare il 50% dei soggetti anziani istituzionalizzati.

L'incontinenza fecale interessa circa due milioni di cittadini con una prevalenza stimata a seconda degli studi tra il 2 e il 15% dei soggetti, ed anche in questo caso la prevalenza aumenta con l'età. Tuttavia tali percentuali sottostimano il fenomeno, a causa dell'imbarazzo dei pazienti a riferirne il disagio.



@ForumRisk    

www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

Il Ministero della Salute, con decreto del 2 Ottobre 2015, ha costituito un Gruppo di Lavoro sui problemi legati all' incontinenza urinaria e fecale, finalizzato a:

- **individuare appropriati piani di comunicazione per sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni** sulle problematiche relative all'incontinenza, anche al fine di rimuovere quegli stereotipi che rendono il disagio un problema della persona e non della comunità;
- **individuare un modello di gestione del paziente** affetto da tale condizione morbosa in grado di garantire parità di accesso alle cure ed uniformità degli interventi socio-sanitari;
- **analizzare le dinamiche sociali ed economiche sottese alla problematica** al fine di fornire indicazioni tecniche basate su evidenze scientifiche, relativamente alla valutazione del sistema di fornitura dei dispositivi e presidi medico-chirurgici ed alla valutazione dei farmaci per il trattamento dell'incontinenza urinaria;
- **adottare le soluzioni più idonee di programmazione sanitaria nazionale e regionale** per una razionalizzazione del sistema ed il contenimento della spesa che tengano conto della trasversalità del problema;
- **ad elaborare un documento tecnico di indirizzo.**

@ForumRisk    

www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

Sulla base di questo lavoro e della redazione del **Documento tecnico di indirizzo** sui problemi legati all' incontinenza urinaria e fecale, l' **Accordo sottoscritto tra il Governo e la Conferenza Stato Regioni il 24 gennaio 2018, sancisce una serie di priorità per la gestione dell'incontinenza**, tra cui la costituzione in ogni regione italiana di una "Rete di Centri" per la prevenzione, diagnosi e cura dell' incontinenza di I,II, III livello, previa apposita approvazione di Tavoli di Lavoro Regionale.



@ForumRisk



www.forummediterraneosanita.it

Il Documento individua alcune rilevanti **criticità** che la creazione di una rete sul territorio regionale può aiutare a superare:

- **Difficoltà a garantire pari opportunità di accesso alle cure** ed omogeneità degli interventi sanitari;
- **Difficoltà a garantire una implementazione dei percorsi di cura (PDTA)** basati su evidenze e Linee Guida Internazionali con l'obiettivo di assicurare l'appropriatezza diagnostica, terapeutica e gestionale;
- **Carenza di centri di Neuro-Urologia, delle Unità pelviche e dei Centri Pediatrici;**
- **Inadeguata interazione tra le Cure Primarie e l'ambito specialistico** per una gestione integrata del paziente con incontinenza;
- **Carenza di Centri di Riabilitazione;**
- **Disomogeneità e scarsa razionalizzazione nell'utilizzo dei dispositivi medici** di tipo chirurgico complessi e della fornitura dei dispositivi medici monouso;
- **Mancata erogazione a carico del SSN di alcuni farmaci per l'incontinenza;**
- **Mancanza di adeguati piani di comunicazione per sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni**

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

Una oggettiva difficoltà dei singoli ospedali e dei professionisti di rispondere a tutti i bisogni sanitari delle aree rende necessaria la costruzione di reti cliniche, costituendo **un modello organizzativo che risponda alla visione di una presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi** nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

Una rete, quindi, disegnata attorno al paziente e non all'organizzazione delle singole strutture che vi partecipano.



@ForumRisk    

www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



L'istituzione di una Rete regionale permette di far emergere e mettere in rete le professionalità esistenti così da garantire una appropriatezza nell'erogazione e delle prestazioni sanitarie sia in termini clinici, con la diffusione e il consolidamento di **percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati su linee guida internazionali ed evidenze cliniche validate, sia in termini gestionali-organizzativi tramite un corretto utilizzo delle risorse.** Permette inoltre di offrire una migliore omogeneizzazione dell'assistenza in termini di condivisione dei protocolli comuni e di distribuzione territoriale, facilitando pari opportunità ed equità nell'accessibilità alle cure da parte dei cittadini.

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

In accordo con le linee guida internazionali la Regione Puglia ha delineato un modello di rete regionale dell'incontinenza la cui realizzazione possa garantire una tempestiva presa in carico del paziente, adeguati livelli di cura, equità a livello territoriale nelle condizioni di accesso e di fruizione dei servizi, nonché assicurare una risposta adeguata al fabbisogno regionale con un maggior controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.



@ForumRisk



www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

L'elemento caratterizzante della Rete è quello di **garantire una presa in carico totale della persona incontinente**, erogando i necessari interventi multiprofessionali e multidisciplinari. Si tratta di **inserire il paziente in un percorso definito di cure, evitando che lo stesso si muova in maniera scoordinata da un ambulatorio ad un ospedale o viceversa**. Dalla diagnosi alla terapia, e attraverso tutte le fasi, l'assistenza si deve snodare lungo un percorso costruito a seconda delle esigenze: dalla prevenzione fino alla diagnosi, dal trattamento alla riabilitazione, attraverso l'utilizzo di un sistema informativo integrato sul territorio.

Le condizioni per le quali è necessaria una organizzazione in rete specifica sono:

- 1. L'incontinenza urinaria**
- 2. L'incontinenza fecale**
- 3. Le disfunzioni del pavimento pelvico**

Gli attori coinvolti nella costruzione di una rete per le condizioni patologiche possono essere così schematizzati:

- **Servizio di medicina delle cure primarie;**
- **Servizi Ambulatoriali nell'ambito della medicina territoriale;**
- **Centri di Riabilitazione sia ospedalieri che territoriali;**
- **Unità operative ospedaliere di Urologia, Ginecologia, Coloproctologia, Medicina Geriatrica, Neurologia;**
- **Unità spinali.**

La gestione del soggetto con incontinenza prevede diversi livelli di intervento, a seconda delle caratteristiche del paziente, del grado di incontinenza, dell'inquadramento diagnostico e della risposta alle opzioni terapeutiche. Tale gestione prevede un livello di base con l'intervento conseguente di diverse professionalità e discipline a seconda delle necessità diagnostiche e terapeutiche definite dalle linee guida internazionali.

@ForumRisk    

www.forummediterraneosanita.it

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

Da fonti ISTAT la popolazione residente in Puglia nel 2019 è di circa 4.064.000 abitanti.

Nel 2017 si stima che le donne over 50 erano circa 770.000, mentre gli uomini 900.000.

Provando ad estrapolare su questa popolazione i dati dell'incontinenza maschile e femminile dal dato epidemiologico nazionale, possiamo calcolare che **le donne over 50 incontinenti in Italia saranno il 10-15%** rispetto **gli uomini che si aggireranno intorno al 5-7.5%**, possiamo così stimare una prevalenza di incontinenza fra le donne pugliesi che si aggira fra i 77.000-116.000, nel genere maschile fra 45.000 e 68.000.

Stando alle statistiche internazionali, il **30/50% di queste donne avrà necessità di uno o più esami urodinamici nell'arco della vita**, così per gli uomini **50/70% avrà bisogno di esami strumentali per stabilire il grado dell'incontinenza come da linee guida ICS (International Continence Society)**. In altri termini **in Puglia 58000 donne e 48000 uomini over 50 nell'arco della loro vita necessiteranno di un esame urodinamico.**

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

ANALISI DELL'OFFERTA.

La mancanza di una ricognizione puntuale dell'offerta sanitaria pugliese per la cura e il trattamento dell'incontinenza ha reso necessario che **Regione Puglia inviasse alle proprie strutture sanitarie ed a quelle private convenzionate un questionario conoscitivo per l'individuazione dei Centri per la prevenzione, diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria e fecale di I, II e III.**

Tale necessità di ricognizione si è resa necessaria a fronte del forte rischio che l'offerta sia criticamente sottodimensionata rispetto alle necessità della popolazione e va quindi messa nelle condizioni di poter fornire un adeguato livello di cura e assistenza.



@ForumRisk    

www.forummediterraneosanita.it

COSTRUZIONE DELLA RETE.

In seguito al primo passaggio fondamentale per la costituzione della Rete cioè una mappatura di tutti i centri accreditabili per il trattamento dell'incontinenza, Per arrivare alla definizione di una **rete per l'incontinenza che sia realistica e adeguata alle reali necessità del territorio l'obiettivo dovrà essere quello di avere:**

- **Per l'incontinenza femminile almeno 2 centri per ASL accreditati di secondo livello**, uno urologico uno ginecologico;

- **Per l'incontinenza maschile almeno 1 centro per ASL;**

Uno o più centri adibiti alla diagnosi e cura dell'incontinenza urinaria e fecale per ASL.

- **Per la riabilitazione almeno 1 centro per ASL;**

- I centri di secondo livello andrebbero collocati in via preferenziale nella stessa struttura ospedaliera, al fine di favorire dialogo interdisciplinare;

- **Le Aziende Sanitarie/Ospedaliere** devono avere di default una organizzazione di un centro di secondo livello per incontinenza sia maschile che femminile e **per la riabilitazione e devono poter accedere all'accreditamento come centro di terzo livello;**

- Concentrare risorse e budget nei centri di secondo livello, con una realistica previsione di spesa che porti a coprire i reali fabbisogni della popolazione e con la possibilità di rivedere periodicamente l'aderenza delle previsioni di spesa alle reali necessità;

- **Implementare il numero di centri di secondo livello grazie ad una rete di teaching.** Una volta avviati i centri di secondo livello si deve procedere a individuare nuovi centri strategicamente posizionati sul territorio considerando la collocazione geografica e la densità della popolazione.

La Rete, al fine di rispondere agli obiettivi ad essa assegnati, ovvero di garantire uniformità, equità e tempestività di accesso alle cure, nonché di appropriatezza delle prestazioni e razionalizzazione delle risorse, si delinea su tre livelli di assistenza che concorrono a formare la rete nella sua interezza:

1. CENTRI DI PRIMO LIVELLO

Questo livello è rappresentato dai servizi ambulatoriali di primo riferimento: i Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), specialisti territoriali, professionisti che hanno un ruolo primario nella rilevazione e diagnosi dell'incontinenza. Essi dovranno essere in grado di accogliere e/o far emergere il problema, mediante l'anamnesi, o attraverso la somministrazione di questionari validati, al fine di indirizzare il paziente presso lo specialista sul territorio. Questa attività informativa sarà coadiuvata dall'azione capillare degli uffici protesi gestiti dalle ASL.

Il territorio sarà rappresentato da ambulatori dedicati, inclusi consultori e distretti territoriali, che devono svolgere una attività di diagnosi e trattamento, assicurando la presa in carico del paziente da parte di un team multidisciplinare e interprofessionale, con la presenza dell'urologo e/o geriatra e/o ginecologo e/o fisiatra e/o coloproctologo nonché dell'infermiere, del fisioterapista e dell'ostetrica, responsabili del progetto riabilitativo individuale.

Le attività di diagnosi e trattamento previste nel primo livello sono:

- Anamnesi generale e del sintomo (per l'incontinenza urinaria e fecale)
- Valutazione delle aspettative del paziente al trattamento
- Somministrazione di un diario minzionale e di questionari sintomatologici validati
- Accertamenti ematochimici o strumentali di base
- Invio del paziente con incontinenza complicata al centro specialistico di II livello più idoneo
- Avvio di trattamenti conservativi di tipo comportamentale, riabilitativo e farmacologico ed assistenziale
- Valutazione, trattamento e rivalutazione di condizioni potenzialmente trattabili che contribuiscono all'incontinenza

2. CENTRI DI SECONDO LIVELLO

I centri di secondo livello sono “Centri mono-specialistici di riferimento”, strutture in grado di offrire una gestione specializzata del problema con una diagnostica avanzata e terapie chirurgiche.

-CENTRI UROLOGICI. Sono individuabili nelle U.O.C. di Urologia. Devono essere in grado di affrontare a livello diagnostico e terapeutico i casi più complessi di incontinenza urinaria maschile e femminile e delle disfunzioni pelviche. Devono essere in grado di eseguire tecniche chirurgiche per il recupero della continenza (sling sottouretrale, bulking agent intra ed extra-uretrale, tossina botulinica, sfintere artificiale, neuro modulazione sacrale). Devono comunicare i dati di follow-up a un registro regionale da istituire che permetta l'analisi del rapporto costi/benefici dei device già in commercio così come quelli di nuova immissione. Questi centri sono individuabili in base a criteri di esperienza e competenza, criteri documentabili in base alla tipologia e al numero di interventi eseguiti. Devono avere una dotazione di almeno due posti letto;

-CENTRI GINECOLOGICI. Sono individuabili nelle U.O.C. di Ginecologia. Devono essere in grado di affrontare casi di maggiore complessità uro-ginecologica, come quelli secondari a gravi alterazioni della statica dei visceri pelvici, complicanze da pregressa chirurgia e recidive. Devono comunicare i dati di follow-up a un registro regionale da istituire che permetta l'analisi del rapporto costi/benefici dei device già in commercio così come quelli di nuova immissione. Anche in questo caso i centri vanno individuati sulla base di competenza ed esperienza, documentabile da tipologia e numero di interventi eseguiti e devono avere una dotazione di almeno due posti letto;

-CENTRI CHIRURGIA COLORETTALE. Sono individuabili nei centri di Chirurgia Coloretale e Colo-proctologia. Devono essere in grado di affrontare casi di maggiore complessità colo-proctologica. Devono comunicare i dati di follow-up a un registro regionale da istituire che permetta l'analisi del rapporto costi/benefici dei device già in commercio così come quelli di nuova immissione.

-CENTRI DI RIABILITAZIONE. Individuabili nelle strutture di Riabilitazione e non solo, devono essere in grado di affrontare la diagnostica specialistica e l'approccio terapeutico appropriato dell'incontinenza e delle disfunzioni dell'area pelvica in pazienti complessi con pluri-disabilità, anche di origine neurologica.

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

Le attività di diagnosi e trattamento garantite dai centri sono:

- **Assicurare una valutazione multidisciplinare del paziente** ad opera degli specialisti urologo, ginecologo, chirurgo generale esperto in chirurgia coloretale, integrata con altre figure professionali in ragione delle caratteristiche del paziente;
- **Anamnesi generale e del sintomo**, somministrazione di un diario minzionale e/o dell'incontinenza fecale, di questionari generali e/o specifici, la valutazione del desiderio e delle aspettative di trattamento;
- **Esecuzione di opportuno esame fisico obiettivo generale e del pavimento pelvico** (testing perineale, esame neurologico di minima dell'area sacrale, stress test)
- **Disporre di strumenti per indagini di uro-radiologia e di urodinamica e di diagnostica anorettale** più in generale di un idoneo apparato clinico strumentale;
- **Invio del paziente con incontinenza complicata** o con nota o sospetta incontinenza neurologica alle UO afferenti **al centro specialistico di terzo livello**;
- **Assicurare il trattamento terapeutico con soluzioni chirurgiche specialistiche**, trattamenti chirurgici mini-invasivi (iniezioni di sostanze volumizzanti, di tossina botulinica, inserzione di sling - tension free, neuromodulazione sacrale, trattamento chirurgico del prolasso quando associato all'incontinenza, riparazione sfinteriale anale da lesioni ostetriche), secondo PDTA definiti e condivisi;
- **In caso di incontinenza non complicata**, definizione di una diagnosi e avvio di un trattamento di tipocomportamentale-rieducativo, riabilitativo, farmacologico.

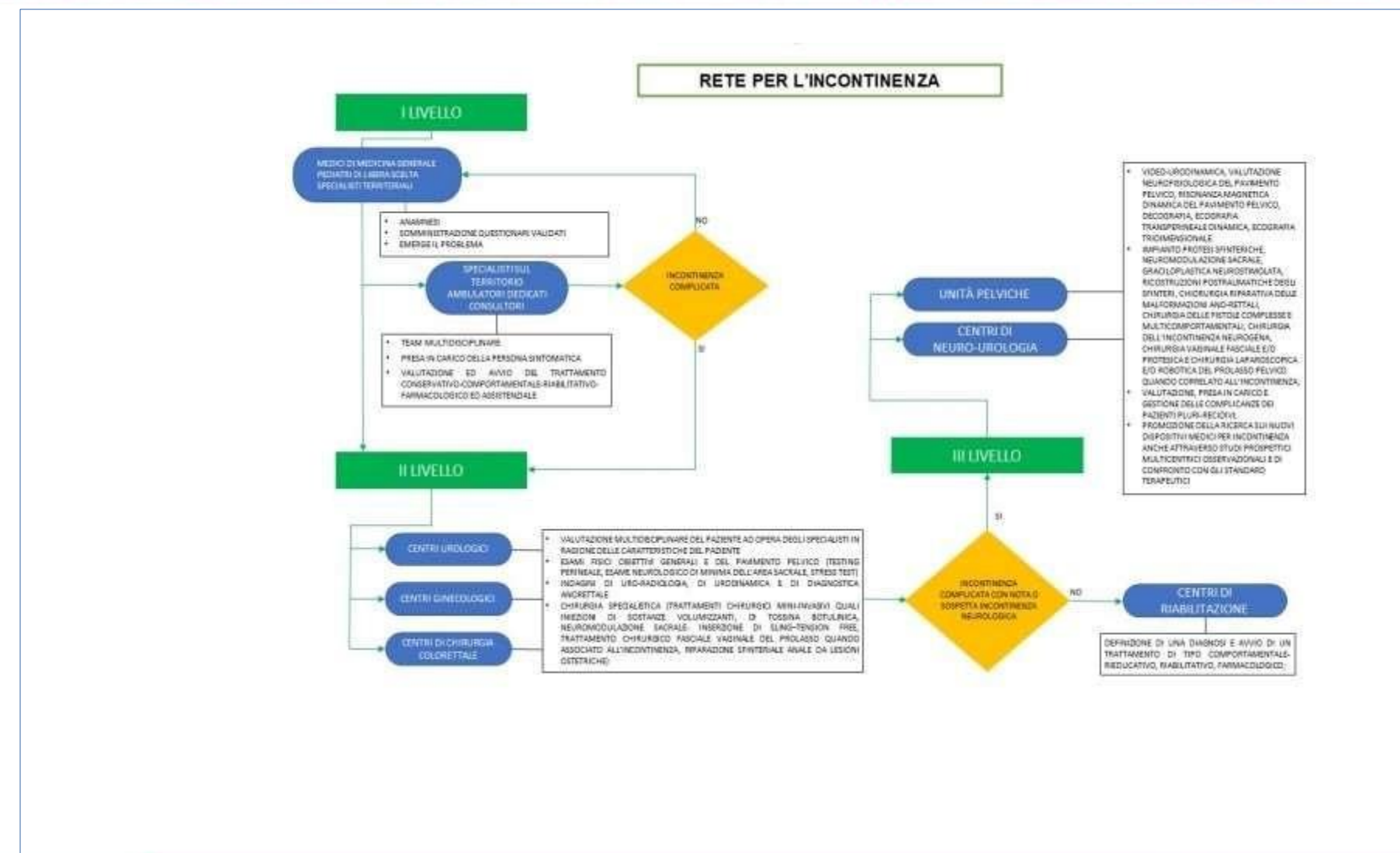
CENTRI DI TERZO LIVELLO

In questo livello sono individuabili le **Unità Pelviche** e le strutture di **Neuro-Urologia**. Il terzo livello è caratterizzato per l'alta specializzazione, atteso che vi rientrano solo i **Centri che eseguono interventi chirurgici di alta complessità e le Unità Spinali**. I **centri di Neuro-Urologia** devono poter vantare altissima specializzazione nel trattamento dell'incontinenza con un approccio multidisciplinare integrato e collegiale, affrontando i casi più complessi. È da auspicare una **vicinanza logistica e funzionale con le Unità Spinali**. Devono avere una **dotazione minima di 8 posti letto dedicati**. Questi centri devono trattare pazienti con mielolesione o affetti da altre patologie neurologiche ad impatto sulla continenza.

Le Unità Pelviche devono affrontare i casi più complessi di incontinenza sia per gravità che per concomitanza con altre disfunzioni, come l'incontinenza fecale, il dolore pelvico o il prollasso pelvico multicompartimentale. Questi centri devono avere **una dotazione minima di 6-8 posti letto dedicati** e devono caratterizzarsi con la presenza concomitante di ginecologi, urologi, neurourologi, coloproctologi, geriatri, urologo pediatra, fisiatra, fisioterapista, ostetrica, infermiere, radiologo, psicologo/sessuologo.

Questi centri devono essere in grado di:

- **Assicurare valutazione multidisciplinare del paziente complesso**
- **Eseguire diagnostica specialistica** attraverso una dotazione strumentale appropriata (come ad esempio video-urodinamica, valutazione neurofisiologica del pavimento pelvico, risonanza magnetica dinamica del pavimento pelvico, defecografia, ecografia transperineale dinamica, ecografia tridimensionale) integrativa rispetto a quella presente nel secondo livello;
- **Assicurare trattamenti chirurgici per i pazienti complessi** e garantire expertise nella realizzazione di questi con device ad alta complessità;
- **Assicurare valutazione, presa in carico e gestione delle complicanze** dei pazienti pluri-recidivi;
- **Promuovere la ricerca sui nuovi dispositivi medici** per incontinenza anche attraverso studi prospettici multicentrici osservazionali e di confronto con gli standard terapeutici



18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

COORDINAMENTO DELLA RETE.

Il ruolo di organizzazione della Rete e di raccordo con i rappresentanti istituzionali, la raccolta dei dati provenienti da tutti i centri, **il monitoraggio delle attività dei centri in rete**, il coordinamento delle attività di formazione e aggiornamento e periodiche riunioni di revisione con tutti i centri in rete, compete al **Tavolo Tecnico Regionale Permanente**.



@ForumRisk    

www.forummediterraneosanita.it

PDTA

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento finalizzato sia al governo dei processi clinici ed organizzativo-gestionali interni ad una struttura sanitaria (ospedaliera, territoriale, ...), **teso al miglioramento delle condizioni assistenziali che devono essere garantite a ciascun paziente** affetto da una determinata patologia nell'ambito del suo percorso all'interno del sistema sanitario.

Il PDTA nell'ambito degli strumenti del governo clinico, infatti, **rappresenta l'insieme delle attività, delle procedure, delle competenze, delle tecnologie e dei setting assistenziali**, ad esempio le risorse e i mezzi, necessari/e al soddisfacimento dei bisogni di salute identificabili per condizioni omogenee di patologia

Il PDTA può essere definito come **"l'insieme delle attività erogate per rispondere alla domanda del malato dalla fase di diagnosi a quella di risoluzione del problema di salute, si tratta di un sistema di attività che i diversi professionisti coinvolti nella cura del paziente intraprendono per gestire la condizione di salute"** (Tozzi, 2014).

Il PDTA è il perno su cui ruotano gli interventi trasversali delle diverse discipline e professionalità e costituisce il fulcro logistico e temporale per l'esito positivo del processo di cura.

PDTA

La condivisione di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali (PDTA) costituisce un elemento fondamentale di governance delle reti. Nell'ambito di tale processo vengono valorizzate le **buone pratiche cliniche e definiti i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute dei cittadini.** Inserendo il paziente in questo percorso **non avrà più la difficoltà di “inseguire” i diversi operatori sanitari, di dover fare la spola da uno specialista all'altro,** di doversi districare tra esami, ricette, lunghe attese. **Con i PDTA si fa chiarezza su chi-fa-cosa,** come e quando nelle diverse fasi della malattia. In questa maniera, cominciando tempestivamente le terapie più appropriate, si riducono i tempi d'attesa.

L'incontinenza urinaria rappresenta un fardello rilevante per chi ne soffre: una malattia accompagnata spesso da un atteggiamento e da un vissuto di vergogna oltre che da una generale assenza di informazioni e una scarsa propensione a parlarne con il medico.

Risulta importante cambiare la prospettiva: non esiste una “sindrome” incontinenza, ma una persona incontinente.

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

 **Forum
Mediterraneo
in Sanità™ 2024**

PROCESSO DI AUDIT DELLA RETE

La Rete Regionale dei Centri deve essere costantemente monitorata. Ruolo vitale è svolto dalle associazioni che hanno l'incontinenza come elemento fondamentale della propria azione statutaria.

Le associazioni dovranno trovare precisa collocazione nei processi di riordino e riqualificazione del sistema sanitario, in merito ai provvedimenti sull'organizzazione dei servizi, in termini di Rete dei Centri e sul loro funzionamento, sulle modalità di distribuzione dei dispositivi medici, sull'appropriatezza prescrittiva, della tutela del trattamento dei dati personali.

L'Audit rappresenta una valutazione indipendente volta ad ottenere prove oggettive sulla misura in cui i criteri prefissati siano stati soddisfatti o meno e dovrà essere eseguito da un organismo terzo di certificazione e/o dalle Associazioni pazienti tramite:

- **Attivazione di un numero telefonico dedicato;**
- **Apposizione di una targa identificativa del Centro indicante il suo livello (I-II-III) nonché contatti telefonici ed orari, l'operatore fornirà informazioni sui servizi offerti all'utenza, informazioni burocratiche e l'indicazione del centro di riferimento più vicino all'utente;**
- **Monitoraggio dell'operatività della struttura addetta utilizzando specifici indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie.**

Bibliografia e Sitografia:

- Documento tecnico di indirizzo per la costituzione della rete per la continenza nella Regione Puglia (AreSS Puglia);
- Linee guida ICS International Continence Society;
- Istituto di Statistica Europeo (Eurostat); Struttura e invecchiamento della popolazione, 2017
Disponibile a:
http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Populations_structure_and_ageing/it
- Istituto Nazionale di Statistica (Istat). Anziani:le condizioni di salute in Italia e nell' Unione Europea. Report anno 2015,2017;
Disponibile a:
<https://www.istat.it/it/archivio/203820>
- www.fincopp.org
- www.uroweb.org

18-19-20 SETTEMBRE 2024
BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI



**GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE**



@ForumRisk     www.forummediterraneosanita.it

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)