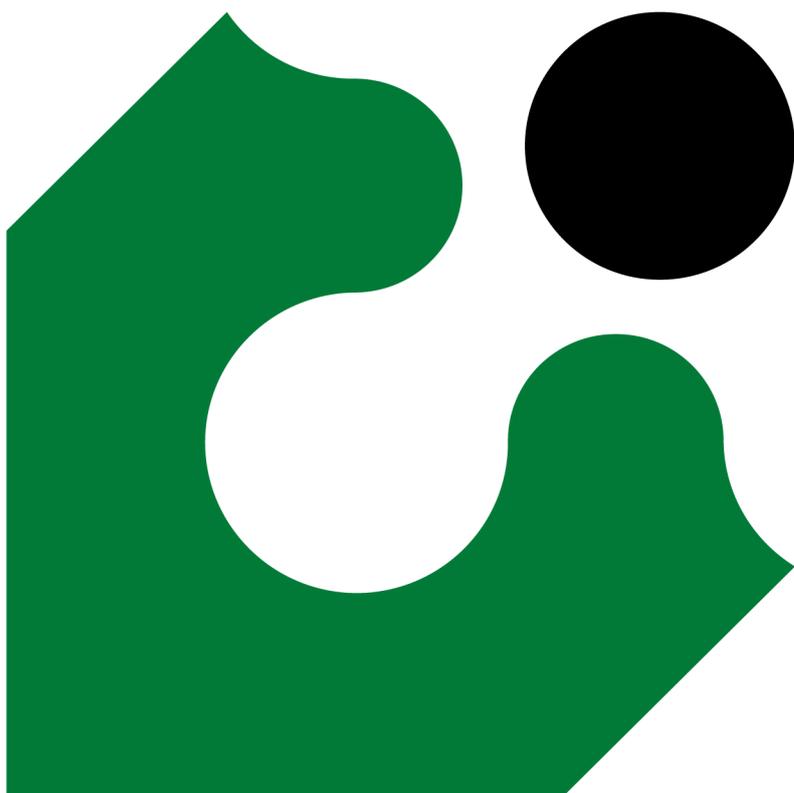


Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa
in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

Prof. Federico Dehò
Dott. Angelo Naselli

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di struttura complessa**

2019-2021



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di struttura complessa

DSC 1901/AC

GLI AUTORI

Prof. Federico Dehò, Professore Associato di Urologia Università Insubria, Direttore Struttura Complessa Urologia Ospedale di Varese, deho.federico@gmail.com

Dott. Angelo Naselli, Co-Direttore Urologia gruppo Multimedica, Milano, angelo.naselli@auro.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Prof.ssa Anna Prenestini, Professore Associato di Economia Aziendale, Università degli Studi di Milano

Publicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

INDICE

INDICE	4
INTRODUZIONE.....	6
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	8
1. Campo di applicazione	8
2.1 Glossario	9
2.2 Siglario	9
3.1 Percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico per prostatectomia radicale.....	9
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	13
METODOLOGIA ADOTTATA	14
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	14
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	17
RISULTATI ATTESI.....	17
CONCLUSIONI	18
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	18
RIFERIMENTI NORMATIVI	19
BIBLIOGRAFIA	19
APPENDICE.....	21

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

INTRODUZIONE

L'incontinenza urinaria, è definita come emissione involontaria di urina, e benché non sia una patologia maligna, essa comporta un notevole disagio igienico e psicologico nel paziente, con un importante impatto sulla qualità di vita. In Italia si stima che la prevalenza superi i 5 milioni di persone, il 40% delle "over 70", di questi il 60% sono donne (Capobianco et al. 2018; Milsom and Gyhagen 2019; SIUD n.d.). È la conseguenza di un difetto nel mantenimento del gradiente pressorio, non sempre dovuto a un'inefficienza sfinteriale. In questo contesto è bene sottolineare come un'attenta anamnesi del paziente, in relazione al sesso e quindi alla diversa anatomia dell'apparato urinario e alle cause possibili di sua disfunzione, sia un elemento fondamentale nella diagnosi e quindi nell'approccio chirurgico al paziente con incontinenza urinaria. Viene classificata generalmente nelle due forme: da stress/sforzo (IUS) e da urgenza (IUU).

La prima è caratterizzata da fughe di urina incontrollabili che conseguono ad un innalzamento, generalmente improvviso (sternuti, colpi di tosse), della pressione del lume vescicale. L'eziologia è nel deficit sfinterico. Non solo la riduzione della capacità contrattile delle strutture muscolari può determinare un deficit di chiusura sfinteriale, anche un disallineamento delle strutture che generano le forze o la perdita del supporto per le strutture muscolari (tendini) può provocare un deficit o la mancanza di un supporto fisso contro cui si sviluppa la forza di chiusura dello sfintere (ipermobilità uretrale). Altrettanto può essere che l'IUS sia la conseguenza di una non corretta coordinazione della contrazione; quando ad esempio aumenta la pressione addominale (esercizio fisico, Valsalva, colpo di tosse/sternuto) la pressione a livello dello sfintere dovrebbe aumentare sincronicamente, per evitare una fuga urinaria. Se questo meccanismo di coordinazione viene perso si instaura una condizione che favorisce l'IUS.

La seconda è invece tipicamente caratterizzata dalla percezione di un desiderio imperioso di urinare associato talvolta ad una contrazione progressiva del detrusore che può essere difficilmente controllabile. Essa, ha una eziologia multifattoriale ed è caratterizzata da una attivazione del meccanismo di contrazione detrusoriale in assenza di stimoli appropriati o in un contesto inappropriato (Peyronnet, Mironska, et al. 2019). Nel caso in cui il paziente presentasse una sintomatologia urinaria caratterizzata urgenza, frequenza urinaria aumentata e nicturia (con o senza incontinenza) tale entità clinica prende il nome di sindrome da vescica iperattiva (OAB).

Non di rado l'IUS e l'UUI esistono contemporaneamente, condizione conosciuta come incontinenza urinaria mista (IUM).

La eziologia della incontinenza nei due sessi è spesso differente e le cause di queste divergenze sono certamente correlate alle differenze anatomiche del sistema genito-urinario ma anche alle differenze di funzione; la gravidanza, a cui è adattato il bacino femminile, rappresenta per la donna un fattore di rischio per lo sviluppo di incontinenza in età avanzata, così come nell'uomo il trattamento della patologia prostatica benigna e oncologica rappresentano l'eziologia più frequente dell'incontinenza maschile (tasso di incontinenza post prostatectomia radicale tra il 5 e il 20 (Tutolo et al. 2019)).

All'interno delle aziende spesso la presa in carico di questi pazienti non è diretta specialmente dopo chirurgia pelvica.

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

Nel nostro progetto abbiamo valutato l'avvio di un PDTA utilizzando un approccio multi-specialistico, trasversale con un'attenta analisi ai costi.

ASST Sette Laghi	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
OPPORTUNITÀ	<ul style="list-style-type: none"> • Prima ASST con un percorso standard approvato da gruppo di Esperti • Favorire la crescita delle persone e dei player coinvolti • Dimostrazione di Pubblico virtuoso • Presa in carico del paziente a 360 gradi 	<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di non poter prendere in carico tutti i pazienti • Possibile inadeguatezza a personale coinvolto (verifica della formazione)
MINACCE	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo qualità • Costi imprevisti che potrebbero impedire la realizzazione completa del modello organizzativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di vedere anche pazienti non trattati da noi e quindi non selezionati in modo adeguato al raggiungimento degli obiettivi

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

1. Campo di applicazione

In questo documento si definisce il percorso del paziente sottoposto all'intervento di prostatectomia radicale, per quanto riguarda la riabilitazione del piano perineale. Le unità operative interessate sono il precovero, U.O. Urologia, U.O.R.R.F.

Gli obiettivi sono:

- prevenire e/o recuperare l'incontinenza urinaria come esito dell'intervento chirurgico
- fornire un servizio efficace e tempestivo
- garantire una presa in carico nei tempi previsti
- offrire al paziente un'organizzazione, che lo accompagni durante tutte le fasi del suo percorso verso il recupero funzionale dal precovero al follow up
- consentire alle figure coinvolte l'acquisizione di competenze condivise sul trattamento dell'incontinenza
- aumentare il livello di collaborazione e coordinazione tra unità operative che trattano l'incontinenza maschile

I relativi indicatori sono:

- Tasso di incontinenza a 1 anno dall'intervento prima e dopo l'implementazione del progetto
- Rapporto tra pazienti a cui è indicata la riabilitazione e pazienti che effettivamente vi aderiscono
- Misurazione del tempo tra indicazione all'intervento chirurgico e presa in carico in giorni
- Misurazione quantitativa della soddisfazione dei pazienti per il modello organizzativo mediante la somministrazione di questionari specifici all'inizio e al termine del percorso riabilitativo mediante questionario con punteggio da 1 a 10
- Misurazione quantitativa delle competenze mediante la compilazione di questionari specifici con periodicità semestrale mediante quiz a scelta multipla con punteggio da 1 a 10
- Misurazione qualitativa della performance divisa in 25% capacità di adattamento alle nuove situazioni lavorative, 25% inserimento nel lavoro di gruppo, spirito di collaborazione, 25% conformità alle linee guida, buona pratica clinica e cura del materiale, degli strumenti e delle attrezzature, 25% correttezza e qualità dei rapporti. La misurazione sarà effettuata dal responsabile UO dell'operatore esaminato e confermata dalla Direzione Sanitaria e consisterà nell'attribuire una delle seguenti categorie inadeguata/migliorabile/adeguata

Gli indicatori di raggiungimento di obiettivi intermedi di implementazione del progetto sono:

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

- Check ufficio qualità documentazione prodotta durante le riunioni programmatiche
- Check direzione sanitaria, ufficio risorse umane e affari generali su costi diretti e indiretti (utilizzo personale medico/paramedico/amministrativo in accordo ai contratti in essere e disponibilità dei servizi coinvolti, utilizzo ambulatori, eventuali costi in termini di materiale di consumo) al termine delle riunioni programmatiche

2. Glossario e siglario

2.1 Glossario

Urologo: medico specializzato in urologia

Fisiatra: medico specializzato in Medicina fisica e riabilitazione

Riabilitatore: figura professionale (infermiere o fisioterapista) che ha acquisito una formazione specifica nell'ambito della riabilitazione del piano perineale.

2.2 Siglario

PRI progetto riabilitativo individuale

Pri programma riabilitativo individuale

U.O. Unità Operativa

R.R.F. Recupero Rieducazione Funzionale

3- Descrizione delle attività

3.1 Percorso del paziente sottoposto ad intervento chirurgico per prostatectomia radicale

FASE	PROFESSIONISTA	ATTIVITÀ	TEMPI	LUOGO
Prima del prericovero	Urologo	Segnala i pazienti candidati al trattamento riabilitativo sull'apposito modulo di richiesta del prericovero	All'invio della richiesta di prericovero	Pre ricovero
Pre ricovero	Urologo	Dopo aver visitato il paziente, compila l'impegnativa per il trattamento riabilitativo pre intervento	Durante il prericovero	Pre ricovero
prericovero	Personale prericovero	Al termine delle visite invia il paziente al servizio di riabilitazione del presidio	Il giorno del pre ricovero	Sala prericovero Varese
Presa in carico	Personale di segreteria	Fotocopia l'impegnativa e	Il giorno del	Segreteria U.O.

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

riabilitativa	U.O.RRF	registrazione dati del paziente per essere inserito in lista rieducazione pre intervento	prericovero	R.R.F Varese
Ambulatorio rieducazione piano perineale	Riabilitatore	Pianifica le date del trattamento riabilitativo in fase pre intervento, contatta il paziente per il calendario delle sedute e garantisce 2 sedute educazionali consegnando materiale informativo (cartaceo o informatizzato) ed insegnando gli esercizi per l'autotrattamento	Prima dell'intervento	Gruppi di 4/5 persone presso palestra Neuromotoria UORRF Varese
Controllo urologico	Urologo	Dopo la visita di controllo secondo le indicazioni della Mod 01 si invia il paziente al trattamento riabilitativo o visita fisiatrica e si compila l'impegnativa con i codici come riportati in Tab 01, quindi si invia il paziente alla segreteria della U.O. di Neuromotoria	Visita di controllo a 60 giorni dalla dimissione	Ambulatorio U.O.Urologia
Pianificazione visite/ trattamento	Il personale della segreteria U.O. Neuromotoria	Prende in carico il paziente per il trattamento o per la visita fisiatrica utilizzando l'agenda dedicata	Dopo la visita urologica	U.O. R.R.F Circolo
Visita fisiatrica	Fisiatrica	Valuta il paziente e definisce il P.R.I. ed invia il paziente al trattamento riabilitativo	Il giorno prenotato per la visita	U.O. R.R.F Circolo
Trattamento riabilitativo	Riabilitatore	Programma 10 sedute di trattamento individuale	Dopo il controllo medico per 1 seduta alla settimana	Palestra UO R.R.FCircolo
Termine del ciclo di trattamento	Riabilitatore	Invia il paziente al controllo urologico e/o al controllo fisiatrico	Dopo 10 sedute	Ambulatorio U.O. Urologia e/o ambulatorio R.R.FCircolo

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

Visita di controllo	Urologo/ fisiatra	Definiscono il termine o la prosecuzione del trattamento riabilitativo (in questo caso si riprende dalla voce trattamento riabilitativo)	Dopo 10 sedute (circa 3 mesi dall'intervento)	Ambulatorio U.O. Urologia e/o ambulatorio U.O. R.R.FCircolo
---------------------	-------------------	--	---	---

MOD. 01 Scheda segnalazione

Tabella 01 Codici per l'attività riabilitativa



Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

SCHEDA DI SEGNALAZIONE RIEDUCAZIONE PIANO PERINEALE

Cognome e Nome Data di Nascita
Data intervento chirurgico
Tipo di intervento chirurgico

PRESA IN CARICO DIRETTA DI PAZIENTE SOTTOPOSTO A PROSTATECTOMIA RADICALE:

Verifica dei criteri di esclusione:

1. Presenza documentata o sospetta di lesione nervosa iatrogena durante l'intervento chirurgico SI NO
2. Insorgenza di deficit neurologici nel post-operatorio da ricondurre in maniera diretta e/o indiretta a condizioni neurologiche sviluppatasi a causa dell'intervento chirurgico SI NO
3. Presenza di patologie neurologiche pregresse a carico del sistema nervoso centrale o periferico o decadimento cognitivo SI NO
4. Paziente portatore di protesi d'anca o mezzi di sintesi del bacino (ad es. pregresso politrauma del bacino) SI NO
5. Ipocinesia del paziente da ricondurre a condizioni pre-esistenti o sviluppate dopo l'intervento chirurgico (es. sindrome da allettamento) SI NO
6. Presenza di altre condizioni che, a giudizio dell'urologico, richiedono valutazione preliminare fisiatrica SI NO

In presenza anche di un solo sì, il paziente è da considerabile non candidabile alla presa in carico diretta.

Criteri di inclusione

1. Paziente di età inferiore ai 75 anni, in buone condizioni generali SI NO
2. Assenza dei criteri di esclusione precedentemente citati SI NO
3. Disponibilità e volontà del paziente ad intraprendere percorso riabilitativo SI NO

In presenza anche di un solo no, il paziente è da considerabile non candidabile alla presa in carico diretta.

In base ai criteri di inclusione e di esclusione di cui ai punti precedenti, si ritiene il paziente meritevole di:

- PRESA IN CARICO DIRETTA
 PRESA IN CARICO INDIRETTA

Data

Firma

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Personale ASST dedicato al progetto: l'avvio del PDTA auspicabilmente dovrà migliorare le competenze degli operatori coinvolti integrando conoscenze dall'alto (tutori, riunioni ECM) e del basso (esperienza diretta) e dovrà migliorare la collaborazione intra e inter-unità operativa

Pazienti sottoposti a chirurgia pelvica maggiori: dall'applicazione del PDTA, superata la fase di avvio, un miglioramento generalizzato degli indicatori di risultato.

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

METODOLOGIA ADOTTATA

E' stato identificato un bisogno: l'incontinenza urinaria post chirurgia pelvica. Il progetto è stato sviluppato con il fine di migliorare la gestione del bisogno e quindi i relativi outcomes clinici

Le caratteristiche necessarie per definire gli obiettivi del progetto sono le seguenti: rilevanti rispetto al tema trattato, specifici, misurabili, realistici, tempificati e scadenziati, adeguati rispetto alla qualità e alla qualità delle risorse disponibili

Le caratteristiche degli indicatori relativi agli obiettivi sono: comprensibili (cioè chiari, concreti) – rilevanti (utili e significativi per coloro che lo utilizzano) – confrontabili (devono cioè consentire comparazioni nel tempo tra diverse organizzazioni e attività standard) – idonei a misurare il fenomeno osservato

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

I Riunione (25/6/2020)

MOTIVO DELLA RIUNIONE: Impostazione del progetto: Riabilitazione Piano Pavimento Pelvico

ARGOMENTI TRATTATI:

- fotografia della situazione attuale in merito al trattamento del pavimento pelvico nel presidio di Varese
- raccolta dati ed informazioni circa la parte chirurgica e riabilitativa
- proposta di un percorso per il paziente operato di prostatectomia radicale

DECISIONI INTRAPRESE:

Si programma la costruzione del percorso riabilitativo per il paziente sottoposto ad intervento di prostatectomia radicale dalla presa in carico al follow up documentata con una Istruzione Operativa Specifica applicabile nel presidio di Varese coinvolgente le U.O. di Urologia e Neuromotoria

COMPITI ASSEGNATI AI PARTECIPANTI IN VISTA DEL PROSSIMO INCONTRO:

Gruppo riabilitatori: preparazione brochure, video e confronto tecnico

Capo Sala: ricerca personale infermieristico interessato al progetto, richiesta di formazione sul campo, proposta

Fisiatra: definire i pacchetti con i codici per il trattamento riabilitativo confronto con Dott. Bertoni per la presa in carico

Fisioterapista: impostazione della bozza dell'Istruzione Operativa Specifica per la presa in carico; supporto al gruppo riabilitatori, contatti con Ufficio Qualità e Dapss

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

II Riunione (28/10/2021)

MOTIVO DELLA RIUNIONE: avanzamento dei lavori del progetto: Riabilitazione Piano Pavimento Pelvico

ARGOMENTI TRATTATI:

Verifica della bozza IOS sulla presa in carico e percorso riabilitativo

Verifica degli allegati al documento

Definizione delle modalità di presa in carico in fase pre intervento e post intervento per la rieducazione

Definizione delle modalità di compilazione delle impegnative per la rieducazione da parte degli urologi

Presenti gruppo ristretto dei riabilitatori infermieri e fisioterapisti:

conferma della brochure presentata

breve confronto tecnico demandato poi durante la FSC

compilazione del planning e dei contenuti della FSC

COMPITI ASSEGNATI AI PARTECIPANTI IN VISTA DEL PROSSIMO INCONTRO:

Gruppo riabilitatori: eventualmente scambio di altra bibliografia

Capo sala: presentazione al Dapss formazione per FSC e avvio della formazione

Fisiatra: definire con i Responsabili Aziendali dei Sistemi D'accesso per il riconoscimento e il rimborso dei pacchetti riabilitativi, prescritti dagli specialisti urologi verifica dei criteri per la presa in carico diretta ed indiretta dei pazienti da inviare all'ambulatorio di rieducazione

Fisioterapista: preparazione definitiva del documento Istruzione Operativa Specifica e relativi allegati. Confronto con Ufficio Qualità e Dapss per le verifiche sul format e contenuto della IOS

III Riunione (29/4/2021)

MOTIVO DELLA RIUNIONE: Chiusura dei lavori del progetto: Riabilitazione Piano Pavimento Pelvico

ARGOMENTI TRATTATI:

Verifica ed approvazione della bozza IOS sulla presa in carico e percorso riabilitativo

Verifica ed approvazione degli allegati al documento

DECISIONI INTRAPRESE:

Correggere la IOS e relativi allegati

Dopo l'approvazione delle parti interessate si avvia l'attività del percorso

COMPITI ASSEGNATI AI PARTECIPANTI IN VISTA DEL PROSSIMO INCONTRO:

Urologi: Creare un questionario di Customer per il paziente

Fisioterapista: correzioni del documento Istruzione Operativa Specifica e relativi allegati. Invio dei documenti all' Ufficio Qualità per verifica ed approvazione da parte dei responsabili.

Capo Sala : gestione Formazione sul Campo

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

IV Riunione (data da programmare)

Previsto un'incontro a 3 mesi dall'attivazione dell'IOS per verificare l'andamento dell'organizzazione e/o eventualmente definire un monitoraggio con indicatori di processo o di risultato

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

In generale non sono previsti costi diretti di implementazione del progetto in quanto è ideato per essere isorisorse. In sostanza le attività inerenti la riabilitazione post chirurgia pelvica già in essere all'interno dell'ASST saranno riorganizzate ai fini dell'implementazione del progetto. Per quanto riguarda i costi indiretti, trattandosi in realtà di formazione e attività clinica, rientrano nel budget delle unità operative e del contratto di lavoro del personale impiegato.

Il tempo previsto di impegno settimanale orario è

2 h settimana, 2 medici urologi

1h settimana, 2 medici fisiatristi

3 h settimana, 2 riabilitatori

Il tempo macchina per l'esame urodinamico è

2 h settimana

Il tempo macchina per biofeedback e stimolazione elettrica funzionale

2 h settimana

RISULTATI ATTESI

Tasso di incontinenza a 1 anno dall'intervento prima e dopo l'implementazione del progetto in miglioramento di almeno il 5%

Rapporto tra pazienti a cui è indicata la riabilitazione e pazienti che effettivamente vi aderiscono di almeno il 90%

- Misurazione del tempo tra indicazione all'intervento chirurgico e presa in carico al di sotto dei 30 giorni
- Misurazione quantitativa della soddisfazione dei pazienti per il modello organizzativo mediante la somministrazione di questionari specifici all'inizio e al termine del percorso riabilitativo in aumento di almeno 2 punti in una scala di 1 a 10

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

- Misurazione quantitativa delle competenze mediante la compilazione di questionari specifici con periodicità semestrale (quiz a scelta multipla, 10 domande) con il raggiungimento minimo di un punteggio di 6/10 all'annualità dell'implementazione del progetto
- Misurazione qualitativa della performance divisa in 25% capacità di adattamento alle nuove situazioni lavorative, 25% inserimento nel lavoro di gruppo, spirito di collaborazione, 25% conformità alle linee guida, buona pratica clinica e cura del materiale, degli strumenti e delle attrezzature, 25% correttezza e qualità dei rapporti. Il risultato atteso è un giudizio di adeguato per almeno 2 domini su 4 e di inadeguato per massimo 1 dominio su 4 per ogni operatore coinvolto alla annualità dell'implementazione del progetto

CONCLUSIONI

L'incontinenza urinaria post prostatectomia radicale, sebbene rappresenti una frazione sub decimale dei pazienti trattati, è in termini assoluti la principale causa di incontinenza urinaria maschile. La ricaduta sul benessere del paziente è significativa così come per gli operatori coinvolti. Il progetto proposto quindi tratta una problematica comune per i reparti di urologia attivi in ambito oncologico e coinvolge tutte le figure professionali che ruotano intorno alla problematica. Il modello che si propone di attuare il progetto in essere rispetta i criteri organizzativi percorribili nell'ambito ospedaliero e i contratti in essere del personale coinvolto. L'attuazione avviene in concerto con i Direttori di UO, la direzione sanitaria, generale, le risorse umane, l'ufficio qualità e infine il controllo di gestione. La platea di attori è di fatto ampia ma indispensabile a ovviare alle oggettive problematiche, prevedibili e no, che si presenteranno. La formazione del personale è centrale in tutto il progetto, aderirà ai criteri ECM e rappresenta la parte più innovativa. La metodologia nelle fasi iniziali è caratterizzata dal procedere attraverso riunioni organizzative programmatiche che sono il perno costitutivo del gruppo che gestirà l'utenza. Tale metodologia rappresenta a nostro parere la vera forza applicativa che ne consentirà la realizzazione del progetto. L'analisi clinica/economica, benefici/costi, è la seconda parte del progetto tesa a realizzare l'impatto del PDTA nella vita quotidiana del cui esito favorevole siamo già da ora del tutto convinti. Altra punto di forza è l'esportabilità del progetto in considerazione del fatto che le risorse, le strumentazioni e le competenze sono presenti in qualsiasi azienda sanitaria di medie dimensioni. È sufficiente pertanto riorganizzarle secondo il modello organizzativo da noi proposto con le variazioni sul tema necessaria alla realtà specifica

CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)

Il Prof Deho' ha ideato e dettagliato il progetto in comune con il dr Naselli. Gli Autori si sono avvalsi della passata esperienza dell'urologia del gruppo Multimedita (l'Ospedale San Giuseppe è centro di secondo livello per l'incontinenza urinaria e fecale e l'IRCCS Multimedita è stato di terzo livello, essendo stata dotata di centro di neurologia/unità pelvica)

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

RIFERIMENTI NORMATIVI

Allegato A dell'Accordo Stato-Regioni "Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale" del 24/01/2018

BIBLIOGRAFIA

- Blok, B et al. 2020. "EAU Guidelines on Neuro-Urology." (March): 180–92.
- Capobianco, Giampiero et al. 2018. "Management of Female Stress Urinary Incontinence: A Care Pathway and Update." *Maturitas* 109(December 2017): 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.12.008>.
- Christopher R.Chapple - Scott A MacDiarmid. 2001. *Urodinamica*. 2001st ed. ed. Momento Medico. Harcourt Publishers 2000.
- Griffiths, Derek J. *Urodynamics : The Mechanics and Hydrodynamics of the Lower Urinary Tract*. 2nd Revise. International Continence Society.
- Gupta, Anupam et al. 2019. "Urinary Symptoms in Patients with Parkinson's Disease and Progressive Supranuclear Palsy: Urodynamic Findings and Management of Bladder Dysfunction." *Annals of Indian Academy of Neurology*. <http://www.annalsofian.org/preprintarticle.asp?id=243806;type=0>.
- Harding, C.K et al. 2021. "EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Female Lower Urinary Tract Symptoms." *EAU Guidelines*.
- Kalsi, Vinay, and Clare J Fowler. 2005. "Therapy Insight: Bladder Dysfunction Associated with Multiple Sclerosis." *Nature Clinical Practice Urology* 2(10): 492–501. <http://www.nature.com/articles/ncpuro0323>.
- Kim, Philip H. et al. 2013. "Trends in the Use of Incontinence Procedures after Radical Prostatectomy: A Population Based Analysis." *Journal of Urology* 189(2): 602–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2012.08.246>.
- Kondo, Atsuo, Osamu Kamihira, and Hideo Ozawa. 2009. "Neural Tube Defects: Prevalence, Etiology and Prevention." *International Journal of Urology* 16(1): 49–57. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1442-2042.2008.02163.x>.
- Mangera, Altaf et al. 2011. "Contemporary Management of Lower Urinary Tract Disease with Botulinum Toxin a: A Systematic Review of Botox (OnabotulinumtoxinA) and Dysport (AbobotulinumtoxinA)." *European Urology* 60(4): 784–95.
- Marcus J Drake*, Victor W Nitti, David A Ginsberg, Benjamin M Brucker, Zsolt Hepp#, Rachael McCool, Julie M Glanville, Kelly Fleetwood, Daniel James, Christopher R Chapple, and Author. 2017. "Comparative Assessment of Efficacy of OnabotulinumtoxinA and Oral Therapies (Anticholinergics and Mirabegron) for Overactive Bladder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis." *BJU Int*. Nov;120(5).
- MARINKOVIC, SERGE PETER, and GOPAL BADLANI. 2001. "VOIDING AND SEXUAL DYSFUNCTION AFTER CEREBROVASCULAR ACCIDENTS." *Journal of Urology* 165(2): 359–70. <http://www.jurology.com/doi/10.1097/00005392-200102000-00003>.

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

- Marrie, R. A. et al. 2007. "Disparities in the Management of Multiple Sclerosis-Related Bladder Symptoms." *Neurology* 68(23): 1971–78. <http://www.neurology.org/cgi/doi/10.1212/01.wnl.0000264416.53077.8b>.
- Meisterhofer, Kathrin et al. 2019. "Male Slings for Postprostatectomy Incontinence: A Systematic Review and Meta-Analysis." *European Urology Focus*. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2019.01.008>.
- Milsom, I., and M. Gyhagen. 2019. "The Prevalence of Urinary Incontinence." *Climacteric* 22(3): 217–22. <https://doi.org/10.1080/13697137.2018.1543263>.
- Mostafa, Alyaa et al. 2014. "Single-Incision Mini-Slings versus Standard Midurethral Slings in Surgical Management of Female Stress Urinary Incontinence: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Effectiveness and Complications." *European Urology* 65(2): 402–27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2013.08.032>.
- Peyronnet, Benoit, Emma Mironska, et al. 2019. "A Comprehensive Review of Overactive Bladder Pathophysiology : On the Way to Tailored Treatment." 5.
- Peyronnet, Benoit, Grégoire Capon, et al. 2019. "Robot-Assisted AMS-800 Artificial Urinary Sphincter Bladder Neck Implantation in Female Patients with Stress Urinary Incontinence." *European Urology* 75(1): 169–75.
- S. Gravas, J.N. Cornu, M. Gacci, C. Gratzke, T.R.W. Herrmann, C. Mamoulakis, M. Rieken, M.J. Speakman, K.A.O. Tikkinen. 2021. "EAU Guidelines on the Assessment of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms Including Benign Prostatic Obstruction." *European Urology* 67(6): 1099–1109.
- S E Litwiller , E M Frohman, P E Zimmern. "Multiple Sclerosis and the Urologist." *J Urol* . 1999 Mar;161(3):743-57.
- de Sèze, Marianne et al. 2007. "The Neurogenic Bladder in Multiple Sclerosis: Review of the Literature and Proposal of Management Guidelines." *Multiple Sclerosis Journal* 13(7): 915–28. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1352458506075651>.
- SIUD, Ufficio Stampa. "Siud - Incontinenza, Comunicato Stampa." http://www.siud.it/wp-content/uploads/2017/01/39_pdf.pdf.
- Tutolo, Manuela et al. 2019. "Efficacy and Safety of Artificial Urinary Sphincter (AUS): Results of a Large Multi-Institutional Cohort of Patients with Mid-Term Follow-Up." *Neurourology and Urodynamics* 38(2): 710–18.
- Tutolo, Manuela, Enrico Ammirati, and Frank Van der Aa. 2018. "What Is New in Neuromodulation for Overactive Bladder?" *European Urology Focus* 4(1): 49–53. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2018.04.019>.

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

APPENDICE

Indicazione per i codici delle impegnative con priorità B da compilare da parte dei Medici Urologi:

➤ **Fase PreIntervento:**

N° 2 sedute cod .93114 rieducazione motoria

➤ **Fase Post Intervento Presa in Carico Diretta:**

N° 1 cod,93042 Valutazione manuale di funzione muscolare segmentaria
ciclo N° 10 sedute cod. 93112 rieducazione motoria perineale

➤ **Fase Post Intervento Presa in Carico Indiretta:** (visita fisiatrice):

N° 1 cod. 897 visita fisiatrice prima visita

CODICI	DEFINIZIONE
89.7	VISITA FISIATRICA PRIMA VISITA 1 unità
89.01	VISITA DI CONTROLLO FISIATRICO 1 unità
93011	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE 1 unità
93042	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE SEGMENTARIA 1 unità
93114	RIEDUCAZIONE MOTORIA ciclo di 2 sedute (fase pre intervento)
93112	RIEDUCAZIONE MOTORIA PERINEALE 10 ciclo di 10 sedute
93181	ESERCIZI RESPIRATORI ciclo di 10 sedute
93397	Elettroterapia perineale ciclo di 10 sedute

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

**GLI ESERCIZI DI SEGUITO PROPOSTI POSSONO ESSERE MESSI IN PRATICA
FIN DAL GIORNO SUCCESSIVO ALLA RIMOZIONE DEL CATETERE**

<p style="text-align: center;"><u>indicazioni generali</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - scoprire il glande ad ogni minzione - effettuare la spremitura peniena al termine della minzione - effettuare 4-5 contrazioni veloci/lente massimali - stringere la muscolatura ogni volta che si cambia la postura - stringere la muscolatura quando si spostano dei pesi <p style="text-align: center;"><u>esercizi di rinforzo muscolare finalizzati a migliorare la capacità di tenuta</u></p> <p>1a SETTIMANA – lavorare da sdraiati</p> <p>stringere x 4 secondi rilasciare x 8 secondi serie da 10 4 volte al giorno</p> <p>2a SETTIMANA – lavorare da sdraiati</p> <p>stringere x 5 secondi rilasciare x 10 secondi serie da 10 4 volte al giorno</p>	<p>3a SETTIMANA – lavorare da sdraiati</p> <p>stringere x 5 secondi rilasciare x 10 secondi serie da 15 4 volte al giorno</p> <p>4a SETTIMANA – lavorare da sdraiati e seduti</p> <p>stringere x 5 secondi rilasciare x 10 secondi serie da 15 4 volte al giorno</p> <p>5a SETTIMANA – lavorare da sdraiati, seduti e in piedi</p> <p>stringere x 5 secondi rilasciare x 10 secondi serie da 15 4 volte al giorno</p>
<p>6a SETTIMANA – seduti e in piedi</p> <p>stringere x 6 secondi rilasciare x 12 secondi serie da 15 4 volte al giorno</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>il ponte</p> <p>sdraiati, gambe piegate con i piedi appoggiati alla superficie d'appoggio stringere la muscolatura sollevare il bacino e contare fino a 5 abbassare il bacino rilasciare la muscolatura aspettare 10 secondi serie da 10 x 1 volta al giorno</p> <p>7a SETTIMANA – seduti e in piedi</p> <p>stringere x 7 secondi rilasciare x 14 secondi serie da 15 4 volte al giorno</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>il ponte</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>la farfalla</p> <p>sdraiati con gambe a rana stringere la muscolatura chiudere e aprire le gambe in 6-8 secondi lasciare la muscolatura aspettare 10 secondi e ripetere serie da 10 x 1 volta al giorno</p>	<p style="text-align: center;"><u>esercizi di rinforzo muscolare finalizzati a migliorare forza e tenuta muscolare</u></p> <p>8a SETTIMANA – sdraiati e seduti con palla, in piedi</p> <p>stringere x 8 secondi rilasciare x 16 secondi serie da 15 3 volte al giorno</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>il ponte</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>la farfalla</p> <p>9a SETTIMANA – sdraiati e seduti con palla, in piedi</p> <p>stringere x 9 secondi rilasciare x 18 secondi serie da 15 3 volte al giorno</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>la farfalla</p> <p>10a SETTIMANA – sdraiati e seduti con palla, in piedi</p> <p>stringere x 10 secondi rilasciare x 20 secondi serie da 15 2 volte al giorno</p>

Proposta di un PDTA trasversale, multicentrico e multidisciplinare per la presa in carico del paziente dopo chirurgia pelvica

|