

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 11 aprile 2022, n. 520

Preso d'atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n.16/2020, recante "Costituzione Tavolo Tecnico e approvazione della Proposta di Documento Tecnico di Indirizzo per la costituzione della Rete per la continenza nella Regione Puglia"

L'Assessore, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del "Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale-Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR" e confermata dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", riferisce quanto segue.

Visti:

- il D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- la Delibera di Giunta Regionale 1518 del 31/7/2015, recante "Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l'innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione";
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1974 del 7/12/20, recante "Approvazione Atto di Alta Organizzazione. Modello Organizzativo "MAIA 2.0";
- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- la deliberazione di Giunta Regionale n. 1195/2019 recante "Approvazione provvedimento unico - Proposta di Regolamento regionale: "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017";
- la deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 16 del 28 gennaio 2020 avente ad oggetto "Costituzione Tavolo Tecnico e approvazione della Proposta di Documento Tecnico di Indirizzo per la costituzione della Rete per la continenza nella Regione Puglia".

Premesso che:

- il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" recepito con Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015), di cui ai Regolamenti Regionali n. 23/2019 e n. 14/2020, prevedendo la necessità di articolare la rete ospedaliera attraverso reti per patologia;
- lo stesso D.M. n.70/2015 prevede altresì che per la definizione delle reti cliniche le regioni adottino specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato Regioni sulle rispettive materie.

Tenuto conto che:

- l'Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale (di seguito A.Re.S.S.) è Azienda strumentale della Regione, sottoposta al controllo della Giunta Regionale, con compiti di supporto tecnico-operativo per la programmazione regionale e di valutazione comparativa della qualità dei servizi sanitari, ai sensi della L.R. n.24 del 13/08/2001 (istitutiva dell'A.Re.S.) e ss.mm;
- l'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS progetta le reti cliniche ed i PDTA.

Considerato che:

- l'incontinenza rappresenta una condizione che compromette in misura rilevante la qualità della vita di chi ne è affetto;
- l'incontinenza urinaria interessa in Italia più di cinque milioni di cittadini; 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.

Tuttavia tali percentuali sottostimano il fenomeno a causa dell'imbarazzo dei pazienti a riferire il fenomeno;

- rappresenta una patologia che comporta alte spese per il S.S.R. e per il cittadino, per i costi diretti ed indiretti che essa comporta;
- la Conferenza Stato-Regioni del 24/01/2018 ha sancito l'Accordo sul Documento Tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale (Rep. Atti n. 15/CSR del 24 gennaio 2018);
- tale Accordo prevede 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 Regionali.

Tenuto conto che:

- l'A.Re.S.S., in adempimento a quanto sancito dalla Conferenza Stato-Regioni del 24 gennaio 2018, con deliberazione del Direttore Generale n. 16 del 28/01/2020, ha costituito il Tavolo Tecnico Regionale composto dai diversi professionisti del S.S.R. ed i rappresentanti delle associazioni dei pazienti ed ha approvato la proposta di "Documento Tecnico di indirizzo per la Costituzione di una Rete per la Continenza nella Regione Puglia";
- è stato valutato il succitato documento proposto da A.Re.S.S. in coerenza con le esigenze di programmazione sanitaria della Regione Puglia.

GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n. 118/2011 E SS.MM.II

La presente deliberazione non comporta implicazioni dirette e/o indirette, di natura economico – finanziaria e/o patrimoniale e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sul Fondo sanitario Regionale.

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. K, propone alla Giunta:

1. di prendere atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 16 del 28 gennaio 2020 avente ad oggetto "Costituzione Tavolo Tecnico e approvazione della Proposta di Documento Tecnico di Indirizzo per la costituzione della Rete per la continenza nella Regione Puglia", di cui all'allegato parte integrante e sostanziale del presente schema di provvedimento;
2. di stabilire che la nomina dei componenti del Tavolo tecnico avvenga con atto dirigenziale della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta, La partecipazione ai lavori del Tavolo è a titolo gratuito;
3. di stabilire che con successivo provvedimento di Giunta Regionale, su proposta del citato Tavolo Tecnico, saranno definiti i centri facenti parte della "Rete per la continenza nella Regione Puglia";
4. di trasmettere il presente provvedimento, per il tramite della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", al Ministero della Salute, al Direttore Generale A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati ed agli Enti Ecclesiastici;

5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Dirigente del Servizio: Antonella CAROLI

Il Dirigente della Sezione: Mauro NICASTRO

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento NON ravvisa la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015 e ss.mm.ii.

Il Direttore di Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale:

Vito MONTANARO

L'Assessore: Rocco PALESE

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di prendere atto della deliberazione del Direttore Generale A.Re.S.S. n. 16 del 28 gennaio 2020 avente ad oggetto "Costituzione Tavolo Tecnico e approvazione della Proposta di Documento Tecnico di Indirizzo per la costituzione della Rete per la continenza nella Regione Puglia", di cui all'allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire che la nomina dei componenti del Tavolo tecnico avvenga con atto dirigenziale della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta. La partecipazione ai lavori del tavolo è a titolo gratuito;
3. di stabilire che con successivo provvedimento di Giunta Regionale, su proposta del citato Tavolo Tecnico, saranno definiti i centri facenti parte della "Rete per la continenza nella Regione Puglia";
4. di trasmettere il presente provvedimento, per il tramite della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", al Ministero della Salute, al Direttore Generale A.Re.S.S., alle Aziende Sanitarie Locali, alle Aziende Ospedaliere Universitarie, agli IRCCS pubblici e privati ed agli Enti Ecclesiastici;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
RAFFAELE PIEMONTESE



Firmato digitalmente da:
 MAURO NICASTRO
 Regione Puglia
 Firmato il: 11-04-2022 10:17:52
 Seriale certificato: 644715
 Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023

Deliberazione del Direttore Generale

N. 16 /2020

OGGETTO: Costituzione Tavolo Tecnico e approvazione della Proposta di Documento Tecnico di Indirizzo "COSTITUZIONE DI UNA RETE PER LA CONTINENZA NELLA REGIONE PUGLIA"

L'anno 2020 il giorno 28 del mese di GENNAIO in Bari, nella sede della Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale,

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTA** la L. 241/1990, recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D. Lgs. 502/1992, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e ss. mm. ii.;
- VISTO** il d.lgs. n. 165/2001, recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
- VISTA** la l. 190/2012, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- VISTO** il d.lgs. 33/2013, recante Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- VISTA** la Legge Regionale n. 24/2001, recante "Istituzione dell'Agenzia Regionale Sanitaria Pugliese (ARES)", così come successivamente integrata e modificata;
- VISTA** la Legge Regionale n. 24 del 24 Luglio 2017
- VISTA** la Delibera di Giunta Regionale n. 1158 del 31/7/2015, recante "Adozione del modello organizzativo denominato Modello ambidestro per l'innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta amministrazione";
- VISTA** la DDG n. 1069 del 19/06/2018, avente ad oggetto "Attuazione dell'art. 2 del Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 31/08/2016 (n. registro 542). Attuazione Modello MAIA - Approvazione dell'Atto Aziendale e presa d'atto del finanziamento della dotazione organica dell'Agenzia Regionale strategica per la Salute ed il Sociale della Puglia (A.Re.S.S.);
- VISTA** la deliberazione del Direttore Generale n. 85 del 2/5/2017, avente ad oggetto l'adozione del Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017-2019, limitatamente alle sezioni relative alla trasparenza ed alla performance;

- VISTA** la deliberazione del Direttore Generale n. 89 del 22/12/2017, avente ad oggetto l'adozione del Piano triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017-2019;
- VISTA** la Deliberazione del Commissario Straordinario ARESS n. 98 del 25/6/2018, avente ad oggetto approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018/2020, limitatamente alle sezioni Trasparenza ed Interazioni con il ciclo della performance;
- VISTO** il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 474 del 26/07/2018, avente ad oggetto "*Legge Regionale n. 29 del 24/7/2017, art. 5 c. 4 - nomina Direttore Generale dell'Agenzia Regionale strategica per la Salute ed il Sociale Puglia (A.Re.S.S.)*";

Il Direttore Generale, sulla base dell'istruttoria dell'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS,

HA ADOTTATO

Il seguente provvedimento

Assiste con funzioni di segretario Pia Antonella Pierpaolo

PREMESSO CHE:

- Il D. Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., all'art. 2, co. 1, attribuisce alle Regioni l'esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali.
- Con il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 è stato definito il "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*", recepito con Intesa della Conferenza Stato - Regioni (Rep. Atti n. 198/CSR del 13 gennaio 2015), prevedendo la necessità di articolare la rete ospedaliera attraverso reti per patologia;

ATTESO CHE:

- con L. R. Puglia n. 29/2017 è stata disposta l'istituzione dell'Agenzia Regionale strategica per la Salute e il Sociale (A.Re.S.S.), quale organismo tecnico-operativo e strumentale della Regione a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, tecnica, amministrativa e contabile e sottoposta alla vigilanza della Giunta regionale, contestualmente procedendo all'abrogazione della L. R. Puglia n. 24/2001 ed alla soppressione dell'Agenzia Regionale Sanitaria ivi prevista (A.Re.S.);
- la L.R. n. 29/ 2017 prevede, all'art. 3 – Competenze, lett. c), *lo sviluppo e monitoraggio del sistema delle reti cliniche attraverso l'elaborazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che assicurino integrazione dei servizi (ospedale, territorio e domicilio) e la reale presa in carico dei bisogni dei pazienti*;
- Risulta dunque rafforzato il ruolo dell'A.Re.S.S. sia rispetto ai temi del governo clinico sia rispetto all'estensione del suo mandato, includendo anche l'area sociale. L'A.Re.S.S., pertanto, in ragione delle funzioni riconosciute e delle dotazioni strumentali per il governo assistenziale, ha assunto un ruolo strategico di indirizzo e supporto tecnico-scientifico verso l'attuazione di un piano sistemico di governo clinico regionale;

- l'A.Re.S.S. intende favorire iniziative rivolte all'incremento della cultura organizzativa nelle strutture sanitarie, in un'ottica di reale e concreta applicazione dei principi legati alla Clinical Governance, Reti Cliniche e Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- l'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS dell'A.Re.S.S si caratterizza per il costante impegno di garantire, nell'ambito della attività di supporto al processo di riorganizzazione della assistenza ospedaliera e di quella territoriale, la necessaria coerenza con le direttrici della programmazione strategica regionale secondo una logica di gestione per processi, a supporto del percorso di reingegnerizzazione della rete ospedaliera prevista nell'ambito dei Piani Sanitari Regionali e, più di recente, nel Piano Regionale della Salute e nel Piano di Rientro, in coerenza con le previsioni normative nazionali ed in particolare quelle contenute nel Patto della Salute.
- L'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS promuove, quindi, un approccio alla Clinical Governance centralizzato e finalizzato alla progettazione, funzionamento e monitoraggio delle reti cliniche e dei PDTA.
- L'A.Re.S.S. si caratterizza per la sua funzione pubblica e ha compiti di analisi della domanda, valutazione della qualità dei servizi sanitari e implementazione di strumenti gestionali innovativi;

CONSIDERATO CHE

- L'incontinenza rappresenta una condizione che compromette in misura rilevante la qualità della vita di chi ne è affetto;
- L'incontinenza urinaria interessa in Italia più di cinque milioni di cittadini. 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. Tuttavia tali percentuali sottostimano il fenomeno, a causa dell'imbarazzo dei pazienti a riferire il disagio;
- Si stima una prevalenza di donne pugliesi incontinenti fra i 77.000 e 116.000, di uomini fra 45.000 e 68.000;
- Oltre ad una prevalenza nel contesto della popolazione generale elevata, rappresenta una patologia che comporta alte spese per il S.S.R. e per il cittadino, per i costi diretti ed indiretti che essa comporta;
- La Conferenza Stato-Regioni del 24.01.2018 ha approvato l' *"Accordo sul Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale"*, Repertorio Atti n. 15/CSR del 24/01/2018;
- Tale accordo prevede 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 Regionali.
-

TENUTO CONTO CHE

- In adempimento a quanto sancito dall'Intesa Stato Regioni del 24.01.2018, e al fine di rendere operativo il percorso per l'istituzione della Rete Continenza pugliese l'A.Re.S.S. ha riunito un gruppo di lavoro composto dai diversi professionisti del Sistema Sanitario Regionale ed i rappresentanti delle associazioni dei pazienti;

- In esito a questo processo è stata elaborata una proposta di *“Documento Tecnico di Indirizzo per la Costituzione di una Rete per la Continenza nella Regione Puglia;*
- Il Gruppo di lavoro che ha assolto alla stesura del documento risulta così composto:
 1. Dott. Ettore Attolini - ARESS Puglia;
 2. dott.ssa Antonia Abruzzese - Fisioterapista, specializzata in Riabilitazione del Pavimento Pelvico;
 3. dott. Francesco Badagliacca - medico specialista in Geriatria ed Oncologia;
 4. prof. Michele Battaglia - ordinario di Urologia presso l'Università degli Studi di Bari e direttore UOC Urologia Universitaria 1a e Trapianto di Rene del Policlinico di Bari.
 5. dott. Gaetano De Rienzo - medico Urologo, Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari “Giovanni XXIII”;
 6. dott.ssa Angela Maria Di Tolve – medico specialista in Medicina Interna e Direttore del Distretto Socio-Sanitario 9;
 7. dott. Benedetto Delvecchio - Medico di Medicina Generale, Responsabile Ufficio Cure Primarie ASL BAT;
 8. cav. Francesco Diomede – rappresentante Associazione Pazienti FINCOPP;
 9. dott.ssa Anna Maria Epifani, ostetrica – Presidente Collegio Ostetriche di Taranto;
 10. prof. Pietro Fiore - ordinario di Medicina Fisica e Riabilitazione presso l'Università di Foggia e Direttore UOC di Medicina Fisica e Riabilitazione-Unità Spinale Unipolare del Policlinico di Bari;
 11. dott. Vito Mancini, Medico Urologo, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia;
 12. dott. Fabio Marino - medico chirurgo specializzato in Coloproctologia, IRCCS “De Bellis” di Castellana Grotte;
 13. dott. Antonio Perrone, medico ostetrico-ginecologo - Ospedale “Vito Fazzi” di Lecce;
 14. dott. Gabriele Alberto Saracino, medico Urologo - Ospedale San Giacomo di Monopoli;
 15. dott.ssa Maddalena Strippoli – infermiera, rappresentante Associazione Pazienti FINCOPP;
- il documento è stato redatto sulla base degli indirizzi contenuti nei documenti *“Vademecum per la costruzione delle Reti Sanitarie Pugliesi” (DDG A.Re.S.S. n. 9 del 17 gennaio 2019)* e *“Costruire la rete assistenziale regionale pugliese attraverso i PDTA” (DCS A.Re.S.S. n. 86 del 21/12/2017 recepita con Delibera di Giunta Regionale del 24 aprile 2018, n. 658 dal titolo “Approvazione del documento tecnico di indirizzo per costruire la rete assistenziale pugliese attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziale”);*
- il documento fornisce un indirizzo per la definizione dei criteri organizzativi di funzionamento e di monitoraggio della Rete per la Continenza e dei relativi PDTA;

RITENUTO DI

- Approvare l'attivazione di un Tavolo Tecnico Regionale per la costruzione della Rete per la Continenza, composto dai nominativi di cui sopra e di affidarne il coordinamento all'Area Innovazione Sociale, Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS dell'A.Re.S.S. Puglia;
- Approvare, per le motivazioni di cui in premessa, la proposta di **DOCUMENTO TECNICO DI**

INDIRIZZO PER LA COSTITUZIONE DI UNA RETE PER LA CONTINENZA NELLA REGIONE PUGLIA" (Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DELIBERA

1. di approvare la premessa, costituente parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare ed istituire il **Tavolo di Lavoro Regionale** così come richiamato nel corpo della delibera;
3. Di approvare la proposta di "**Documento Tecnico di Indirizzo per la Costituzione di una Rete per la Continenza nella Regione Puglia**", che diventa parte integrante e sostanziale della presente delibera (Allegato A).
4. Di trasmettere la presente delibera con i suoi allegati al Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia per gli adempimenti di propria competenza.
5. Di demandare al competente ufficio l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale dell'Agenzia previsti dall'art. 23 e 37, d. lgs. 33/2013.
6. Di attestare di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto;
7. Di attestare l'inesistenza di cause di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis della Legge n. 241/90 e *ss.mm.ii* e art. 1, comma 9, lett. e) della Legge n. 190/2012, e l'inesistenza delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001.

Il Presente provvedimento non essendo soggetto al controllo ex L.R. 24/01 è esecutivo ai sensi di legge.

La presente deliberazione sarà pubblicata nel sito web di questa Agenzia.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini della adozione dell'atto finale da parte del Direttore Generale è conforme alle risultanze istruttorie.

L'estensore
Dott. Domenico Ferrante

La presente deliberazione contiene n. 1

allegati che consta di n. 15 pagine

allegati



IL SEGRETARIO
IL SEGRETARIO

Il Dirigente dell'Area di Innovazione Sociale,
Sanitaria, di Sistema e Qualità-CRSS
dott. Ettore ATTOLINI

Il Direttore Generale
dott. Giovanni GORGONI

Il Segretario

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato sul sito WEB di questa Agenzia nel rispetto di quanto prescritto dalla Legge Regione Puglia n. 40/2007

dal 28.01.2020

Bari, 28.01.2020

Il Segretario



Allegato composto da n. 15 pagine
alla deliberazione n. 16 del 2020



IL SEGRETARIO



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

DOCUMENTO TECNICO DI INDIRIZZO PER LA COSTITUZIONE DELLA RETE PER LA CONTINENZA NELLA REGIONE PUGLIA

[Handwritten signature]



TAVOLO DI LAVORO

Coordinatore del Gruppo di Lavoro

dott. Ettore Attolini - AReSS Puglia;

Componenti del Gruppo di Lavoro

dott.ssa Antonia Abruzzese - Fisioterapista, specializzata in Riabilitazione del Pavimento Pelvico;

dott. Francesco Badagliacca - medico specialista in Geriatria ed Oncologia;

prof. Michele Battaglia - ordinario di Urologia presso l'Università degli Studi di Bari e direttore UOC Urologia Universitaria 1a e Trapianto di Rene del Policlinico di Bari.

dott. Gaetano De Rienzo - medico Urologo, Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico di Bari "Giovanni XXIII";

dott.ssa Angela Maria Di Tolve – medico specialista in Medicina Interna e Direttore del Distretto Socio-Sanitario 9;

dott. Benedetto Delvecchio - Medico di Medicina Generale, Responsabile Ufficio Cure Primarie ASL BAT;

cav. Francesco Diomede – rappresentante Associazione Pazienti FINCOPP;

dott.ssa Anna Maria Epifani, ostetrica – Presidente Collegio Ostetriche di Taranto;

prof. Pietro Fiore - ordinario di Medicina Fisica e Riabilitazione presso l'Università di Foggia e Direttore UOC di Medicina Fisica e Riabilitazione-Unità Spinale Unipolare del Policlinico di Bari;

dott. Vito Mancini, Medico Urologo, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia;

dott. Fabio Marino - medico chirurgo specializzato in Coloproctologia, IRCCS "De Bellis" di Castellana Grotte;

dott. Antonio Perrone, medico ostetrico-ginecologo - Ospedale "Vito Fazzi" di Lecce;

dott. Gabriele Alberto Saracino, medico Urologo - Ospedale San Giacomo di Monopoli;

dott.ssa Maddalena Strippoli – infermiera, rappresentante Associazione Pazienti FINCOPP;



PREMESSA

L' *incontinenza fecale*, definita dall'American Society of Colon and Rectal Surgeons come la "perdita incontrollata di feci o gas" e l'*incontinenza urinaria*, definita dall'International Continence Society come la "perdita involontaria di urine" rappresentano una condizione che compromette in misura rilevante la qualità della vita di chi ne è affetto, limitandone le attività individuali, portando ad una restrizione della partecipazione alla vita sociale ed influenzando pesantemente l'immagine di sé, con sentimenti di perdita di autostima, associati ad alterazioni nelle relazioni familiari, sociali e nel rapporto col partner. Anche la partecipazione alla vita lavorativa può essere, a seconda della entità della incontinenza, compromessa. L'incontinenza rappresenta tuttora un tabù, di cui le persone parlano malvolentieri per vergogna e che troppo spesso viene stigmatizzata da chi non ne soffre come una situazione ridicola, aggiungendo al problema di salute una importante componente di disagio.

Ciò dipende verosimilmente da diversi fattori: da parte del paziente la scarsa conoscenza della possibilità di cure e una inibizione a ricercare aiuto dal proprio medico per vergogna; da parte dei medici di medicina generale una mancata conoscenza del problema e delle modalità di cura, associata ad una difficoltà ad identificare gli specialisti, pur nell'ambito delle specialità coinvolte, come la urologia, la ginecologia, geriatria, coloproctologia e fisiatria, che realmente si occupano specificatamente del problema incontinenza infine, per la disomogenea distribuzione delle risorse sul territorio ed alla difficoltà di risposta all'offerta delle diverse tipologia di cure, privilegiando di conseguenza la terapia più facilmente disponibile, spesso quella chirurgica o prescrittiva (presidi ad assorbente).

La patologia si caratterizza come **perdita involontaria di feci e/o urine** e può manifestarsi con gravità variabile fino ad arrivare all'insorgenza di complicanze quali infezioni vescicali ricorrenti come cistiti acute e croniche, lesioni cutanee (piaghe da macerazione e decubito). Nei casi più gravi, come ad esempio nei pazienti affetti da patologie neurologiche, l'incontinenza urinaria è l'espressione clinica di una grave disfunzione dell'apparato vescico-uretrale che, se non ben trattata, può portare alla morte.

La perdita di urina sia nella donna che nell'uomo può essere classificata, a seconda della sintomatologia in:

1. incontinenza da urgenza: è causata da improprie contrazioni non inibite del muscolo detrusore durante la fase di riempimento ed è caratterizzata da perdita di urine anche in grande quantità. Quando ciò accade, la necessità di urinare non può essere soppressa volontariamente;
2. incontinenza da sforzo (stress): è una perdita involontaria di urina provocata da un repentino incremento della pressione sulla vescica, viene chiamata incontinenza da sforzo poiché basta un minimo movimento fisico, un normale colpo di tosse, sollevamento di una busta della spesa per causare la perdita;
3. incontinenza mista: quando sono presenti i sintomi caratteristici di entrambi i tipi.



L'incontinenza fecale è l'incapacità a controllare la fuoriuscita di feci solide o liquide durante esercizio fisico o nella normale attività quotidiana. Si tratta di una condizione invalidante ad eziologia multifattoriale, che può comportare una invalidità fisica e psicologica, con progressivo isolamento della vita sociale e relazionale. L'incontinenza presenta una prevalenza nel contesto della popolazione generale decisamente elevata e rappresenta inoltre una delle patologie con maggiori spese per il SSN e per il cittadino, per i costi diretti ed indiretti che comporta.

FINALITÀ DELLA RETE

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.

Sulla base di questo lavoro e della redazione del "*Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale, l'Accordo Stato – Regioni del 24 Gennaio 2018*" ha stabilito 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 Regionali.

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;

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.**

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.

In accordo con le linee guida internazionali il presente documento intende delineare 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.



CONFINI

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 sviluppate nel presente documento 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:

- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;
- Strutture 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.





ANALISI DELLA DOMANDA

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.

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. In altri termini in Puglia 58000 donne e 48000 uomini over 50 nell'arco della loro vita necessiteranno di un esame urodinamico.

ANALISI DELL'OFFERTA

Attualmente manca una ricognizione puntuale dell'offerta sanitaria pugliese per la cura e il trattamento dell'incontinenza. Forte però è il rischio che questa sia criticamente sottodimensionata rispetto alle necessità della popolazione e va quindi messa nelle condizioni di poter fornire un adeguato livello di cura e assistenza.

IPOTESI DI COSTRUZIONE DELLA RETE

Il primo passaggio fondamentale per la costituzione della Rete è 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.

STRUTTURA E GOVERNANCE DI RETE

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 Colorettales 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.

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 colorettales, 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 tipo comportamentale-rieducativo, riabilitativo, farmacologico;



3. 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 prolasso 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.

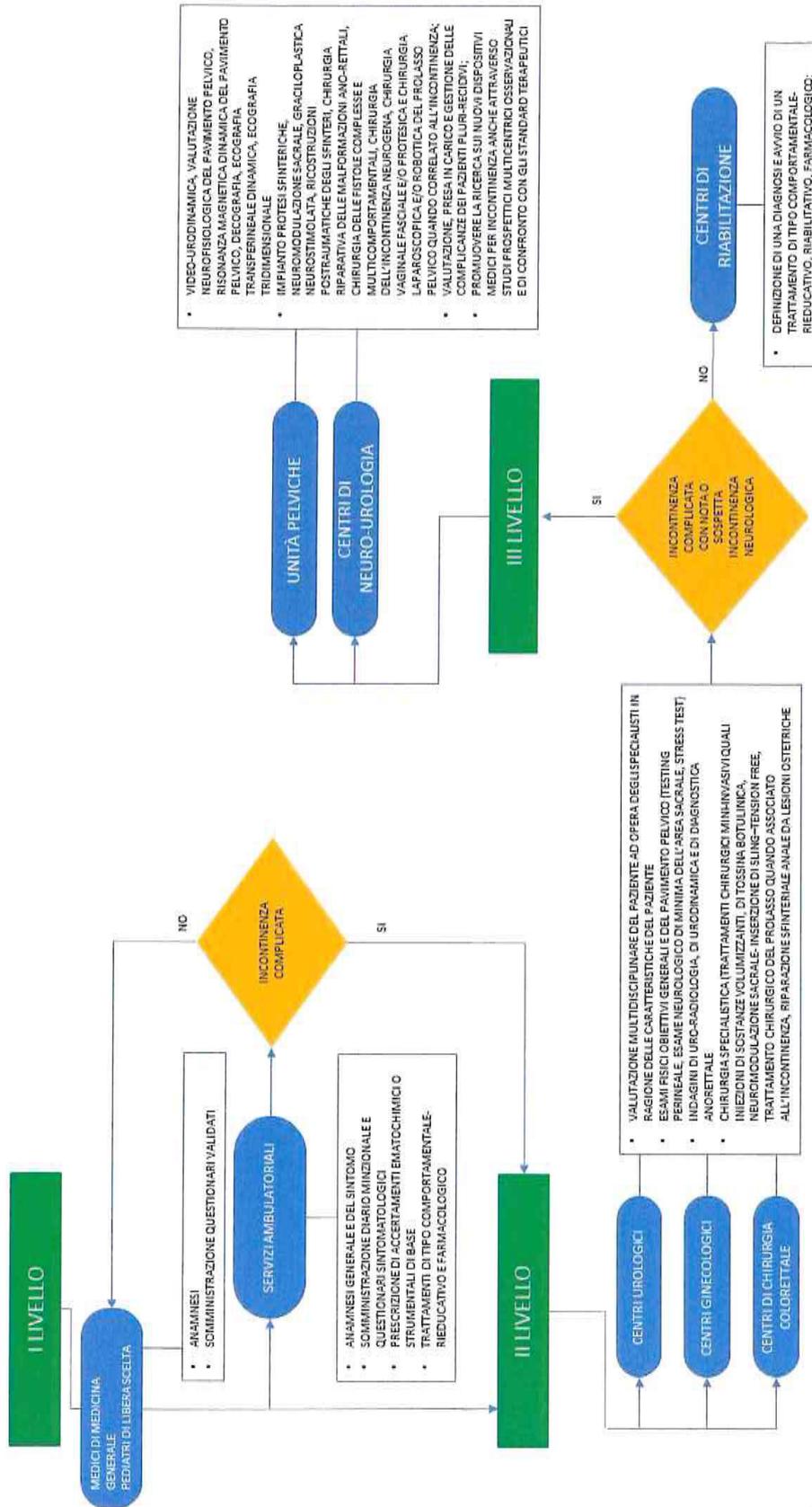
Questi centri devono essere in grado di:

- 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



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.



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. 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 il 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.

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.

