
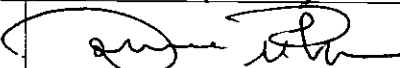


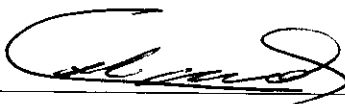

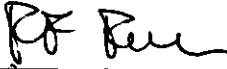


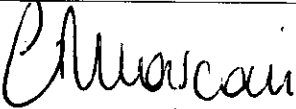
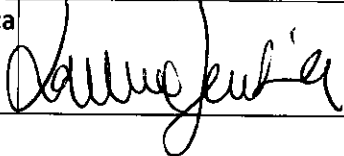

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE</b>  <b>POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DG_POS-IUM                  Rev.1                  Pagina 1 di 23</p>
<p align="center">DG – Direzione Generale -</p>		

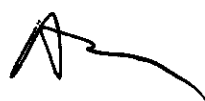
**Gruppo di lavoro**

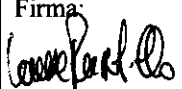
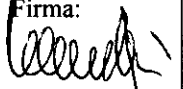
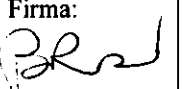
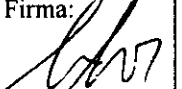
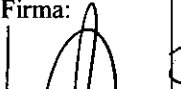
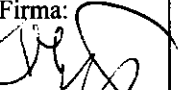
Nome e Cognome	Qualifica	Firma
Prof. Finazzi Agrò	Responsabile UOSD Urologia	
Dott. Simone Pletto	Medico UOSD Urologia	
Prof. Mario Dauri	Responsabile UOC Anestesia e Rianimazione	
Prof. Guglielmo Manenti	Medico UOC Diagnostica per Immagini	
Prof. Calogero Foti	Responsabile Programma Aziendale di Fisiatria	
Dott.ssa Laura Russolillo	Medico Direzione Generale\UOSD Operations Management	
Dott.ssa M. Franca Mulas	Medico Direzione Generale	
Dott.ssa Chiara Maria Pia Biscosi	Medico Unit Percorsi di assistenza diagnostica di PreH	
Dott.ssa Martina Scaramella	Medico in formazione specialistica Igiene e Medicina Preventiva	
Dott.ssa Claudia Mosconi	Medico in formazione specialistica Igiene e Medicina Preventiva	
Dott.ssa Lavinia Gentile	Medico in formazione specialistica Igiene e Medicina Preventiva	




 <small>PTV FONDAZIONE P.V. PER IL CANCRO TORVINGATA</small>	<b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b>  <b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE</b> <b>POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b>  Responsabile Prof. Finazzi Agrò	DG_POS-IUM Rev.1 Pagina 2 di 23
DG – Direzione Generale -		

### Per Approvazione


Prof. Arnaldo Ippoliti	Direttore Dipartimento Scienze Chirurgiche	
------------------------	---	---

<i>Causale preparazione /modifica documento:</i>						
	<i>Redazione</i>	<i>Verifica</i>	<i>Verifica</i>	<i>Approvazione</i>	<i>Approvazione</i>	<i>Emissione</i>
	<i>Gruppo di lavoro</i>	<i>DI</i>	<i>RM</i>	<i>DS</i>	<i>DG</i>	<i>IQ/RM</i>
<b>Prima emissione</b>	Dott.ssa Laura Russolillo	Dott. Alessandro Sili	Dott.ssa Barbara Passini	Dott. Marco Mattei	Dott. Giuseppe Quintavalle	Dott.ssa Francesca Ignesti
	Data:	Data:	Data:	Data:	Data: 16.5.2022	Data:
	Firma: 	Firma: 	Firma: 	Firma: 	Firma: 	Firma: 

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 3 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

## Sommario

PREMESSA.....	4
INTRODUZIONE ALLA PATOLOGIA .....	5
OBIETTIVI E CAMPO DI APPLICAZIONE .....	7
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE.....	8
CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE.....	8
RIFERIMENTI NORMATIVI .....	9
GLOSSARIO E ACRONIMI .....	9
METODOLOGIA DI RICERCA E VALUTAZIONE DELLA LETTERATURA.....	10
MODALITA' OPERATIVE E RESPONSABILITA' .....	11
<b>Nota 1</b> .....	13
<b>Nota 2</b> .....	13
<b>Nota 3</b> .....	14
<b>Nota 4</b> .....	16
<b>Nota 5</b> .....	17
INDICATORI .....	19
MATRICE DI RESPONSABILITÀ.....	20
Allegato 1 .....	22
Allegato 2.....	23

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 4 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

## PREMESSA


I PDTA sono strumenti in grado di applicare le raccomandazioni di linee guida basate su evidenze scientifiche relative ad una particolare patologia o problema clinico contestualizzandole nella specifica realtà sanitaria.

La caratteristica più rilevante del PDTA è quella di realizzare un processo di cura condiviso fra le varie componenti coinvolte nella presa in carico del paziente, in una logica di elevata integrazione multidisciplinare. La realizzazione di un PDTA è un processo articolato e standardizzato e prevede una sequenza di fasi, che includono la definizione della priorità del PDTA, la costituzione del gruppo di lavoro interdisciplinare ed interprofessionale, la diffusione, la misurazione del suo impatto nella realtà organizzativa locale e ovviamente il periodico aggiornamento.

Questo percorso clinico ed assistenziale fa riferimento al PDTA di indirizzo nazionale che è parte integrante del Documento Ministeriale di Indirizzo sulla Incontinenza e del documento di Accordo Stato/Regioni del gennaio 2018. In particolare, la stesura del PDTA di indirizzo nazionale ha rispettato i seguenti temi:

- Inquadramento del problema;
- Percorso effettivo (ricognizione del presente);
- Percorso ideale (le migliori pratiche desunte dalla Linee Guida e dalla letteratura);
- Percorso di riferimento (pianificazione logica degli interventi diagnostici e terapeutici necessari ad ottimizzare la presa in carico del paziente);

Il PDTA è basato sulle principali linee guida internazionali, ed in particolare quelle della International Consultation on Incontinence (ICI) e della European Association of Urology (EAU). Tale proposta di PDTA tiene conto oltre che del PDTA di indirizzo nazionale anche della costituzione della Rete Laziale per l'incontinenza urinaria, che prevede Centri di I°, II° e II° livello.

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 5 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		


## INTRODUZIONE ALLA PATOLOGIA

L'incontinenza urinaria è un sintomo frequente dopo chirurgia prostatica radicale per carcinoma della prostata, interessando fino all'80% dei pazienti in una fase iniziale, alla rimozione del catetere, per migliorare poi nei mesi successivi. L'incontinenza persiste in un numero minore di casi, che è molto variabile a seconda delle statistiche, ma vi è sufficiente accordo che nel 5-10% dei soggetti rimanga di entità tale da costituire un problema anche a distanza di un anno. Questi dati sono comunque indicativi, in quanto è possibile da un lato che perdite minori siano presenti in un numero superiore di soggetti, come indicato da diversi studi, e dall'altro che l'evoluzione delle tecniche chirurgiche riduca l'incidenza dell'incontinenza. Anche la radioterapia (RT) può indurre un'incontinenza significativa, sia essa effettuata come unica terapia o come terapia adiuvante per il carcinoma prostatico. Molto più raramente l'incontinenza si presenta dopo chirurgia prostatica per IPB, affliggendo in tal caso meno dell'1% dei soggetti, i quali però sono da considerarsi di gestione analoga agli esiti di chirurgia uro-oncologica. L'incidenza dell'incontinenza dopo cistectomia radicale con ricostruzione di una neo-vescica ortotopica è decisamente maggiore, e il problema è reso ancora più complesso per il sovrapporsi di disfunzioni anche della fase di svuotamento (ritenzione parziale o totale di urina).

L'incontinenza dopo prostatectomia si presenta ad insorgenza improvvisa, dopo la chirurgia o la RT, evolvendo nella maggior parte dei casi verso un miglioramento nel corso dei mesi. Si considera generalmente un'incontinenza come stabilizzata quando persiste dopo un anno dall'intervento. Sono in realtà poco noti i fattori predittivi che possono identificare i pazienti che rimarranno incontinenti fatta eccezione per l'età e il trattamento radioterapico.

L'entità dell'incontinenza è variabile ed è correlata sia alla frequenza che all'entità delle singole perdite, potendosi configurare il problema con quadri molto diversi tra loro tra gli individui a distanza di tempo dall'intervento.

La perdita di urina è nella grande maggioranza dei casi "da sforzo", spesso anche evidente per sforzi minori come nei cambiamenti posturali ovvero durante la deambulazione. Più raramente insorgono sintomi come "frequenza urinaria aumentata" e/o "perdite da urgenza",

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 6 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

generalmente preesistenti o legati a RT. Comunque, anche in presenza di quadri urodinamici di iperattività detrusoriale, la risposta a farmaci per il trattamento della vescica iperattiva vede spesso i risultati inficiati dalla preponderanza del quadro della incompetenza sfinterica.

L'incontinenza, oltre a rappresentare un problema di tipo igienico e sociale, ha un forte impatto negativo sulla qualità di vita per l'uomo che, dopo aver superato il trauma e la paura della patologia oncologica, vede la propria immagine compromessa, con sentimenti di perdita di autostima, associati ad alterazioni nelle relazioni familiari, sociali e nel rapporto con il partner. Anche la partecipazione alla vita lavorativa può essere interessata dal problema.


Come per altri tipi di incontinenza, sono disponibili trattamenti di tipo conservativo riabilitativo, farmacologico o chirurgico.

Alcuni elementi caratterizzano però il problema dell'incontinenza dopo prostatectomia radicale, rendendo peculiare l'approccio terapeutico:

- l'evoluitività positiva del sintomo nella maggioranza dei casi, pur se con evoluzione temporale variabile da pochi giorni a 1-2 anni;
- la difficoltà nell'ottenere delle evidenze sull'efficacia della riabilitazione, per la quale devono essere definite le migliori caratteristiche temporali di intervento e la selezione della popolazione per la quale investire le risorse riabilitative;
- la possibilità di complicanze quali la stenosi dell'anastomosi uretrovescicale o la possibilità di evoluzione della patologia oncologica, che sposta l'ordine delle priorità.

In quest'ottica un adeguato counselling iniziale, una presa in carico riabilitativa o l'intervento possono rappresentare valide soluzioni per affrontare il problema.

Dal punto di vista dei costi l'incontinenza è un problema di rilievo. I costi diretti derivano sia dalle procedure diagnostiche che dalle terapie di tipo riabilitativo, chirurgico o farmacologico e soprattutto dai prodotti per assorbimento. I costi indiretti derivano dalle alterazioni nelle relazioni familiari, sociali e col partner, dalla perdita di giornate di lavoro e dalle ripercussioni psicologiche sull'individuo.

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 7 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

Il PDTA per l'incontinenza urinaria maschile deve tener conto delle caratteristiche peculiari del problema:

- L'alta prevalenza dell'incontinenza urinaria in fase iniziale nei pazienti sottoposti a prostatectomia;
- Il forte impatto sulla qualità di vita;
- La scarsa conoscenza da parte del paziente di possibilità di cura e dell'esatta evoluzione del problema;
- La distribuzione non omogenea delle possibilità diagnostico-terapeutiche sul territorio e la difficoltà di accesso alle stesse;
- I costi diretti e indiretti.


## OBIETTIVI E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento descrive il percorso del paziente che deve essere sottoposto ad indagini di Urologia funzionale, a partire dall'identificazione dei fattori di rischio e al successivo percorso diagnostico-assistenziale fino all'eventuale trattamento medico e chirurgico.

Lo scopo del percorso è di identificare correttamente i pazienti con incontinenza urinaria post chirurgica e di definire i criteri di appropriatezza dell'iter diagnostico, della presa in carico da parte degli specialisti dedicati e dell'affidamento al medico di medicina generale (MMG).

Il PDTA si prefigge i seguenti obiettivi:

- migliorare la continuità dell'assistenza, in coerenza con le linee guida basate sulle
- prove di efficacia scelte dal gruppo di lavoro (GdL);
- offrire un percorso integrato e di qualità per garantire la presa in carico assistenziale del paziente con incontinenza urinaria maschile post chirurgica
- migliorare i tempi dell'iter diagnostico-terapeutico, fissando gli standard aziendali;
- migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con il paziente;

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 8 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

- ottimizzare i livelli di qualità delle cure e monitorarle attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati.

#### FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

<b>Nome Cognome</b>	<b>Ruolo</b>
<b>Enrico Finazzi Agrò</b>	Urologo - Responsabile PDTA
<b>Simone Pletto</b>	Urologo
<b>Elisabetta Maiuolo</b>	Case Manager
<b>Frida Faralli</b>	Case Manager
<b>Calogero Foti</b>	Fisiatra
<b>Emanuela Quaresima</b>	Fisioterapista
<b>Mario Dauri</b>	Anestesista
<b>Chiara Biscosi</b>	Cardiologo
<b>Roberto Floris</b>	Radiologo


#### CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Sono inclusi nel PDTA i Pazienti di sesso maschile di qualsiasi età che presentino un problema di incontinenza urinaria dopo un trattamento (chirurgia o radioterapia) per una patologia della prostata.

Sono esclusi dal PDTA, i pazienti che presentano:

- Incontinenza urinaria in esiti di trauma vertebro-midollare;



	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 9 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		


- Incontinenza urinaria neurogena;
- Incontinenza urinaria in pazienti con neoplasia prostatica localmente avanzata.

#### RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determina reg. Lazio g 15691 del 18/12/2020 “linee di indirizzo per la stesura dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali”
- International consultation on incontinence (ICI) e della European Association of Urology (EAU)
- PDTA di indirizzo nazionale della costituzione della rete laziale per l’incontinenza urinaria, che prevede centri di i°, ii° e iii° livello.

#### GLOSSARIO E ACRONIMI

ACRONIMO	DEFINIZIONE
IUU	INCONTINENZA URINARIA DA URGENZA
PTNS	PERCUTANEOUS TIBIAL NERVE STIMULATION
PFMT	PELVIC FLOOR MUSCLE TRAINING
MMG	MEDICO DI MEDICINA GENERALE
OAB	OVERACTIVE BLADDER
NMS	NEUROMODULAZIONE SACRALE
ECG	ELETTROCARDIOGRAMMA
GDL	GRUPPO DI LAVORO
RPM	RESIDUO POST MINZIONALE
UDM	ESAME URODINAMICO INVASIVO

	<b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b>  <b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b>  Responsabile Prof. Finazzi Agrò	DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 10 di 23
<b>DS – Direzione Sanitaria</b>		

RT	RADIOTERAPIA
PR	PROSTATECTOMIA RADICALE

## METODOLOGIA DI RICERCA E VALUTAZIONE DELLA LETTERATURA

Come raccomandato dalle più recenti ed accreditate linee guida nazionali ed europee sulla realizzazione dei percorsi assistenziali, il GdL ha preliminarmente eseguito la revisione della letteratura e la ricerca delle Linee Guida Nazionali e Internazionali attraverso le seguenti parole chiave: “Male urinary incontinence”, “incontinenza urinaria maschile”

Male urinary incontinence treatment, Male urinary incontinence guidelines, inserendo i seguenti limiti: “English, Italian, published in the last 5 years, Humans, Practice Guideline”.


Allo scopo di definire le migliori pratiche dal punto di vista clinico (diagnostico e terapeutico) sono state prese a riferimento linee guida e raccomandazioni elaborate e condivise a livello internazionale. In relazione alla esistenza delle stesse ed al loro riconoscimento da parte delle Società scientifiche di settore, non vengono riportati nel testo del presente PDTA riferimenti bibliografici specifici per singole voci, in quanto la analisi della letteratura è già integrata nelle due fondamentali fonti cui si fa riferimento nel presente documento.

In particolare il percorso si fonda sulla applicazione dei principi espressi in “Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ prolapse and Faecal Incontinence” della 6th International Consultation on Incontinence – Co-sponsored by International Consultation On urological Disease (ICUD) e European Association of Urology (EAU) del 2016.

Le raccomandazioni vengono integrate dalle informazioni tratte dall’intero volume:

Abrams, P, Cardozo, L, Wagg, A, Wein, A. (Eds) Incontinence 6th Edition (2017). ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK, ISBN: 978-0956960733.



	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 11 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

Sono state inoltre tenute in considerazione le raccomandazioni tratte dalle “EAU Guidelines on Urinary incontinence” della European Association of Urology, aggiornate al 2019 (<https://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence>).

I gradi di raccomandazione (GR) e i livelli di evidenza (LE) riportati nel documento sono tratti da queste fonti e seguono il sistema di classificazione dell’Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence modificato del 2009 per quanto attiene all’EAU e lo stesso sistema modificato dall’ICUD per quanto attiene all’ ICI.

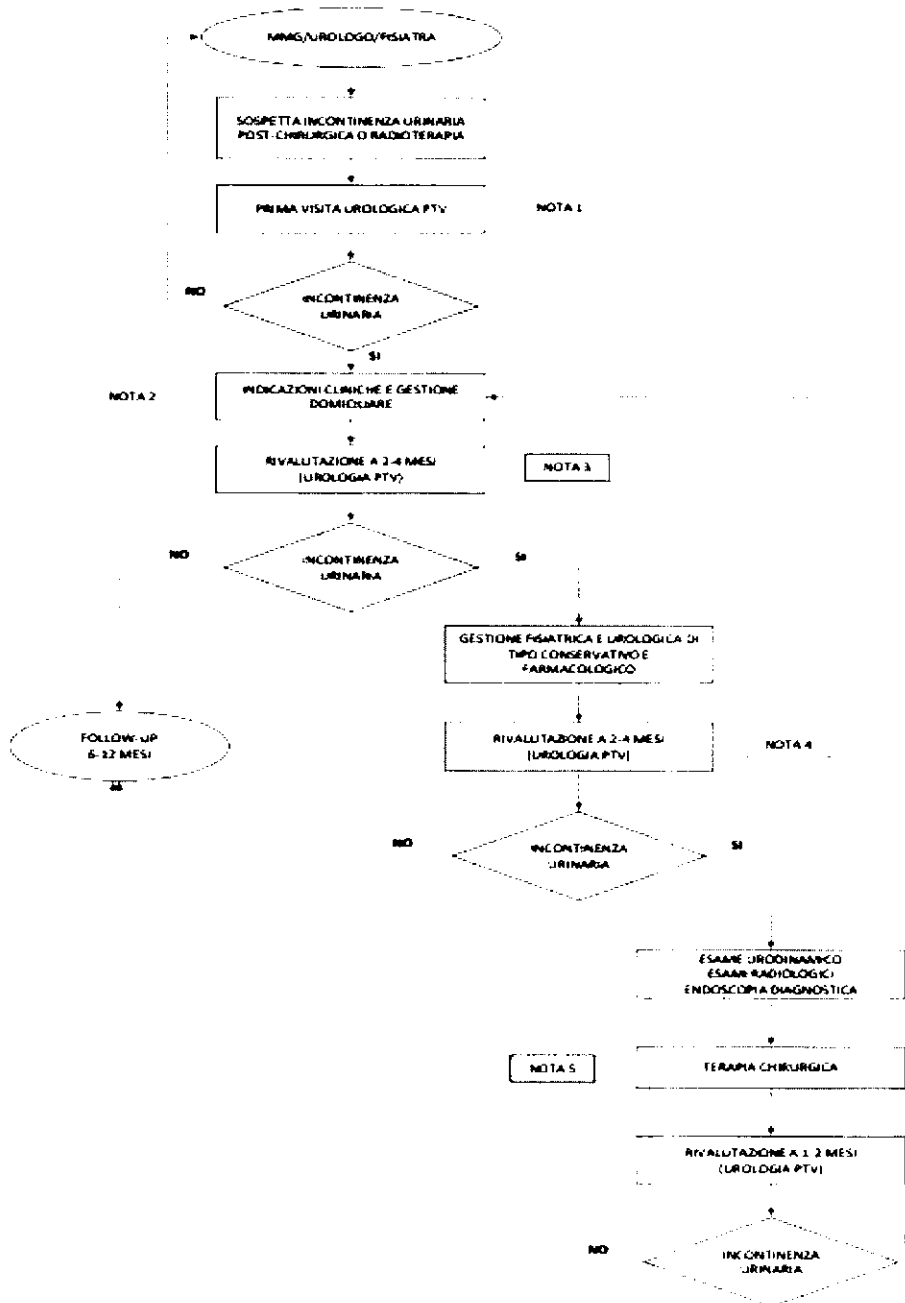
#### MODALITA’ OPERATIVE E RESPONSABILITA’

Si descrivono in modo analitico le varie fasi del Percorso Assistenziale rappresentate graficamente nel diagramma di flusso. **(Fig.1)**


Il Policlinico Tor Vergata (PTV), con DE G.05042 del 4/5/21, è divenuto “Centro di Coordinamento regionale per l'incontinenza urinaria e fecale della Regione Lazio – CCRIL”, con funzioni di organo di supporto nelle attività di monitoraggio dell’offerta sanitaria relativamente all’assistenza primaria e all’attività dei Centri per l'incontinenza urinaria e fecale della Regione Lazio.

Il PDTA riguarda il paziente di sesso maschile di qualsiasi età che, sottoposto ad un trattamento (chirurgia o radioterapia) per una patologia della prostata, presenti un problema di incontinenza urinaria. Questo verrà identificato sia dal MMG che dallo specialista oppure dal fisiatra nell’ambito di una medicina di iniziativa.

**Fig.1** Flow-chart PDTA Incontinenza Urinaria



*[Handwritten signature]*

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 13 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

### Nota 1


L'inquadramento generale del paziente inizia a partire dagli elementi essenziali dell'anamnesi patologica remota e prossima, per giungere all'anamnesi chirurgica, oncologica e farmacologica.

L'anamnesi prosegue approfondendosi sul sintomo, per definire l'incontinenza sotto diversi profili:

- la presenza di sintomi in epoca pre-chirurgica;
- l'evoluzione del sintomo nel tempo dopo la chirurgia;
- il tipo di incontinenza, sulla base delle caratteristiche (da sforzo, da urgenza);
- la severità del sintomo, il tipo e l'entità degli sforzi che ne sono causa;
- la presenza di altri sintomi della fase di riempimento del basso tratto urinario (urgenza minzionale, frequenza minzionale, nicturia);
- la presenza di disuria, esitazione minzionale, senso di incompleto svuotamento vescicale (il paziente esce dal percorso e necessita di approfondimenti quali la valutazione del residuo post-minzionale, flussometria etc.);
- la presenza di ematuria, dolore, infezioni ricorrenti delle vie urinarie, la ricomparsa di una incontinenza, che si presenta in tal caso recidiva (il paziente esce dal percorso e necessita di ulteriori approfondimenti);
- la presenza di altre problematiche in area pelvica, come la disfunzione erettile.

### Nota 2

Di grande utilità risulta l'impiego di un diario minzionale (un foglio in cui il paziente riporta l'orario e le quantità di ogni singola minzione, e registra le perdite di urina, eventualmente anche pesando i pannolini utilizzati, per definire l'entità delle stesse) della durata ottimale di 3 giorni (raccomandazione di grado A EAU). La pesatura dei pannolini nell'arco delle 24 ore configura un "test del pannolino" facilmente ripetibile, che consente di misurare l'entità delle

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 14 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

perdite e di monitorare l'evoluzione del problema nel tempo. Risulta utile anche la compilazione di un questionario sintomatologico validato semplice ed efficace (l'International Consultation on Incontinence Questionnaire- ICIq-SF), in grado di valutare severità e l'impatto dell'incontinenza.


Un esame urine e, se ritenuta necessaria, una urinocoltura possono testimoniare la presenza di una infezione delle vie urinarie, da trattare adeguatamente prima di proseguire nel percorso. A fronte di scarsi elementi prognostici relativi alla evoluzione dell'incontinenza, con l'eccezione della età del paziente, l'unico parametro cui ci si può riferire è il trend evolutivo del sintomo.

### Nota 3

Per quanto concerne la selezione dei pazienti da avviare ad un primo livello di gestione fisiatrica o urologica, di tipo conservativo e farmacologico, pare ragionevole che, nel caso il paziente presenti a 2-4 mesi, pur se non ancora continente, una evoluzione con un trend significativo verso il miglioramento, sia possibile attendere e monitorare ulteriormente l'evoluzione a 6 mesi. In caso contrario, appare possibile considerare una terapia di tipo conservativo riabilitativo per accelerare la risoluzione del problema.

A 6 mesi, anche per i soggetti che, pur presentandosi in trend migliorativo a 2-4 mesi, non lo siano ulteriormente a quest'epoca, può essere considerata la presa in carico presso un centro di primo livello fisiatrico o urologico.

Infine tutti i pazienti ancora incontinenti a 1 anno o oltre, andrebbero informati della possibilità di accedere ad un primo livello di trattamento conservativo riabilitativo, per quanto non vi siano allo stato attuale studi rilevanti sulla sua efficacia quando iniziato a quest'epoca, oppure, se lo desiderano, direttamente ad un secondo livello urologico per un'eventuale soluzione chirurgica. In questa fase del percorso assistenziale verrà richiesta una rivalutazione approfondita degli elementi anamnestici generali e specifici del sintomo, chirurgici e farmacologici, così come l'esecuzione di un esame obiettivo addominale, rettale, perineale e neurologico di minima dell'area sacrale. L'esame obiettivo deve essere orientato anche alla valutazione della

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 15 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

funzionalità del pavimento pelvico, fondamentale per l'impostazione di un programma terapeutico conservativo.


La valutazione del residuo post-minzionale ecografica o con bladder scan appare opportuna in casi sospetti quali, la presenza di sintomi della fase di svuotamento (getto ridotto o sgocciolante senso di incompleto svuotamento etc.) raccomandazione di grado B EAU, in qualsiasi fase del percorso, in quanto ad un miglioramento della continenza può accompagnarsi una evoluzione verso la stenosi dell'anastomosi. Tale valutazione appare opportuna anche in caso di trattamenti che possano influenzare lo svuotamento vescicale.

A questo livello una valutazione urodinamica non viene ritenuta necessaria per l'impostazione di un trattamento riabilitativo e viene riservata ad un approfondimento successivo.

Gli interventi sugli stili di vita sono poco studiati nel sesso maschile, ma appare comunque ragionevole proporre il calo ponderale anche nell'uomo in caso di obesità, in analogia a quanto meglio studiato nel sesso femminile.

Il trattamento riabilitativo è basato principalmente sulla rieducazione del pavimento pelvico, pelvic floor muscle training (PFMT), sulla quale si fondano le raccomandazioni di più alto grado nel caso dell'incontinenza dopo prostatectomia radicale (raccomandazione di grado B ICI).

Tra gli strumenti utilizzabili sono riportati in letteratura anche il biofeedback per il pavimento pelvico (BFB), ed eventualmente la elettrostimolazione (ES), ma i vantaggi del loro utilizzo risultano controversi, con un ruolo eventualmente aggiuntivo e secondo indicazioni all'interno di un progetto individuale. Nelle linee guida EAU viene riportato come la riabilitazione del pavimento pelvico appaia efficace nell'accelerare il recupero dopo prostatectomia radicale (livello di evidenza 1b EAU). Come sottolineato, vi sono invece evidenze conflittuali riguardo all'aggiunta di terapia comportamentale con bladder training (BT) o di ES o BFB per aumentare l'efficacia del PFMT (livello di evidenza 2 EAU). Un adeguato counselling sulle corrette abitudini minzionali appare, comunque ragionevole per intervenire sullo svuotamento vescicale, laddove sia necessario, aumentando gli intervalli minzionali in caso di minzioni preventive o riducendoli laddove l'abitudine all'utilizzo di ausili assorbenti comporti la perdita dell'abitudine alla minzione

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 16 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

fisiologica. La stimolazione del nervo tibiale posteriore PTNS può in rari casi trovare indicazione qualora sia presente significativamente una sintomatologia da vescica iperattiva.

Non appare invece essere di beneficio addizionale la riabilitazione pre-operatoria (livello di evidenza 1b EAU).


Per quanto attiene alla terapia farmacologica, in relazione alla genesi della incontinenza trova ridotta indicazione la prescrizione di farmaci antimuscarinici o beta 3 adrenergici per la vescica iperattiva. È auspicabile una rivalutazione entro un mese dall'avvio del trattamento farmacologico per una verifica sulla sua efficacia e su eventuali effetti collaterali (grado A EAU), ad eccezione della duloxetina, in quanto vi è evidenza che possa migliorare l'incontinenza urinaria da sforzo nell'uomo (livello di evidenza 1 b EAU), ma il suo profilo di tollerabilità, nonché la necessità di un suo utilizzo nel maschio solo con modalità off label, ne riduce l'utilizzo. Peraltro, nonostante come ribadito dall'EAU, la duloxetina non curi l'incontinenza, il miglioramento sintomatologico ottenibile con la stessa potrebbe avere un significato utile per il trattamento di un'incontinenza che è in buona parte dei casi transitoria, nell'ottica di migliorare la qualità di vita nel primo anno dopo l'intervento, anche in supporto al trattamento riabilitativo.

#### Nota 4

Nei soggetti in cui permanga un'incontinenza significativa, nonostante terapia conservativa, è auspicabile una soluzione chirurgica; per questi sono ulteriori esami diagnostici di approfondimento al fine di effettuare un corretto planning terapeutico (esame urodinamico invasivo, esami radiologici quali uretrocistografia, RM, Uro-Tc ecc..), diagnostica endourologica. Nel caso dell'incontinenza da sforzo da incompetenza sfinterica dopo prostatectomia radicale le soluzioni chirurgiche prevedono l'opzione dello sfintere artificiale, che rimane il gold standard per l'incontinenza severa (raccomandazione di grado B ICI), delle sling sottouretrali (compressive o di riposizionamento) per l'incontinenza lieve-moderata (raccomandazione di grado C ICI, livello di evidenza 3 EAU) e, sempre per l'incontinenza lieve-moderata, del trattamento bulking





	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 17 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

impiantabile pro-ACT per il quale vi è ancora necessità di maggiori evidenze di efficacia (livello di evidenza 3 ICI ed EAU).

È da notare come l'EAU sottolinei che all'efficacia dello sfintere artificiale per la cura della IU (livello di evidenza 2b EAU) si associ un'alta frequenza di fallimenti a lungo termine (livello di evidenza grado 3 EAU).


In conclusione appare opportuno non offrire terapie bulking iniettabili a soggetti che cercano una cura e non solo un sollievo temporaneo (raccomandazione di grado C EAU), offrire le sling fisse a soggetti con IU lieve-moderata (raccomandazione di grado B EAU) tenendo conto della ridotta efficacia nei soggetti con pregressa RT o trattamento per stenosi della anastomosi (raccomandazione di grado C EAU), offrire lo sfintere artificiale a soggetti con incontinenza moderata-severa (raccomandazione di grado B EAU), tenendo conto della possibilità di complicanze, fallimento meccanico e necessità di espanto nei soggetti operati con sfintere o bulking impiantabili (raccomandazione di grado C EAU).

Qualora l'incontinenza urinaria dopo prostatectomia sia da urgenza, o prevalentemente tale, e qualora si documenti urodinamicamente un'iperattività detrusoriale significativa, che non risponda alla terapia farmacologica e conservativa, le opzioni terapeutiche comprendono l'utilizzo della tossina botulinica intradetrusoriale o della neuromodulazione sacrale (NMS). Poiché la maggior parte delle evidenze di efficacia di tali terapie riguarda la popolazione femminile, l'EAU riporta sia per la tossina botulinica che per la NMS un grado di raccomandazione A in generale nel testo, ma nella flowchart sulla incontinenza maschile riporta B come grado di raccomandazione.

Infine in rari e selezionati casi può essere posta indicazione alla cistoplastica di ampliamento o alla derivazione urinaria (raccomandazione di grado C).

#### Nota 5

Il percorso Chirurgico prevederà l'inserimento del paziente in lista d'attesa telematica da parte dello Specialista Urologo. Il paziente eseguirà il percorso di preospedalizzazione (esecuzione di

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 18 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

esami ematochimici, ECG, valutazione cardiologica, valutazione anestesiologicala, Rx preoperatorio ed eventuali ulteriori accertamenti finalizzati ad ottenere nullaosta alla procedura chirurgica).

Il regime di ricovero sarà del tipo One Day Surgery, Week Surgery o Ricovero Ordinario in relazione alla complessità chirurgica della procedura da eseguire e successiva degenza nel reparto di competenza od eventuale degenza in TIPO (Regolamento del percorso chirurgico – Delibera 241 del 14/03/22).


Il PDTA deve necessariamente prendere in considerazione, oltre agli aspetti clinici diagnostico-terapeutici, anche l'argomento della assistenza ed in particolare la prescrizione dei presidi medici monouso (prodotti di assorbenza).

Riguardo al complesso tema dell'acquisizione, fornitura e distribuzione dei prodotti di assorbenza questo documento focalizza l'attenzione esclusivamente sull'aspetto della "appropriatezza prescrittiva".

La prescrizione, in particolare quando eseguita dallo specialista urologo deve prevedere sempre la possibilità di una presa in carico più globale della persona nel suo complesso, al fine di avviare un percorso diagnostico-terapeutico adeguato. Il prescrittore deve quindi essere a conoscenza dell'intero percorso clinico. Il momento della prescrizione di un ausilio deve rappresentare il risultato di una attenta valutazione della condizione disfunzionale e del bisogno del Paziente previa adeguata informazione.


La prescrizione specialistica deve essere effettuata dal medico urologo o fisiatra del Centro di I° livello, coadiuvato dagli infermieri esperti in uro-riabilitazione (o anche presso i Centri urologici di II° o di III° livello).

Le modalità con le quali procedere alla prescrizione devono basarsi su un metodo di classificazione in livelli di "entità" della incontinenza urinaria.

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 19 di 23</p>
<p align="center"><b>DS – Direzione Sanitaria</b></p>		

## INDICATORI


<b>Indicatore</b>	<b>Modalità di rilievo</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Target</b>	<b>Monitoraggio</b>
N° pazienti trattati chirurgicamente/N° diagnosi per incontinenza urinaria	REGISTRI OPERATORI/CUP	Operations Management	10%	annuale
N° Pazienti trattati farmacologicamente/N° diagnosi incontinenza urinaria	CUP/CARTELLE CLINICHE	Operations Management	90%	annuale
N° Pazienti trattati con riabilitazione conservativa /N° diagnosi per incontinenza urinaria	CARTELLE CLINICHE	Operations Management	30%	annuale
N° pazienti guariti a 1 anno/N° pazienti trattati chirurgicamente	CUP/REGISTRI OPERATORI	Operations Management	90%	annuale
N° reinterventi/ N° pazienti operati	REGISTRI OPERATORI/REGISTRO REGIONALE	Operations Management	3%	annuale

 <small>FONDAZIONE PTV POLEINICO TOR VERGATA</small>	<b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b>  <b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE</b> <b>POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b>  Responsabile Prof. Finazzi Agrò	DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 20 di 23
	<b>DS – Direzione Sanitaria</b>	

Miglioramento qualità vita del 50%  (pz non trattati chirurgicamente)	QUESTIONARIO (Allegato 2)	Operations Management	90%	annuale
Miglioramento della qualità di vita del 90%  (pz guariti *)	SCALE VALUTATIVE	Operations Management	90%	annuale

### MATRICE DI RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	OPERATORE												
	Medico Urologo	Medico in formazione	Infermiere ambulatorio	Infermiere di reparto	fisiatra	fisioterapista	Inf. Sala operatoria	anestesista	Inf. Tipo/Recovery	Medico cardiologo	Medico Radiologo	Infermiere pre-H	Tecnico radiologia
Prima visita Specialistica	R	C	C										
Somministrazione Questionari validati sull'incontinenza	R	C			C	C							
Uroflussimetria con valutazione del RPM	R	C	C										
Esame urodinamico	R	C	C										
Uretrocistoscopia	R	C	C										
Elettrostimolazione del nervo tibiale posteriore (PTNS)	R	C	C		C	C							
Instillazione endovesicale di farmaci	R	C	C										
Infiltrazione intradetrusoriale di tossina botulinica	R	C	C										
Riabilitazione del pavimento pelvico (PMFT)	C	C	C		R	C							
Inserimento in lista d'attesa	R												
Preospedalizzazione	C							R		C	C	C	C

	<p align="center"><b>Percorso diagnostico terapeutico Assistenziale</b></p> <p align="center"><b>INCONTINENZA URINARIA MASCHILE POST CHIRURGIA e RADIOTERAPIA</b></p> <p align="center">Responsabile Prof. Finazzi Agrò</p>	<p align="center">DS_POS-IUM Rev.1 Pagina 21 di 23</p>
<p align="center">DS – Direzione Sanitaria</p>		

Degenza UOSD Urologia	R	C												
Intervento chirurgico	R	C					C	C						
Proc. Anestesia							C	R						
Degenza TIPO	C	C					C	R	C					
Degenza in RECOVERY	R	C					C	C	C					
Terapia in TIPO	C	C					C	R	C					
Terapia in RECOVERY	R	C					C	C	C					
Terapia in reparto	R	C		C										
Esami post-operatori	R	C												
Dimissione	R	C												



**Allegato 1**

<b>Unità erogante: 4301 UROLOGIA VISITE</b>									
ID unità erogante	MNEM_AGENDA	DESCRIZIONE_AGENDA	C.U.R.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	GG	ORA_INIZIO	ORA_FINE	INT	N. PREST.NI
UEIDPTV00000125	UROLOGIA9	4301 UROLOGIA VISITE	8911.45	1 <sup>a</sup> VISITA UROLOGIA A DICEMBRE 2010	MERCOL	8.30	10.00	P.S.e UROL	3
			8917.44	PRIMA VISITA UROLOGIA		14.30	17.00	NEUR e UROL	5
					VENERDI	9.00	11.00	P.S.e UROL	4
<b>Unità erogante: 4301 BIS UROLOGIA VISITE</b>									
ID unità erogante	MNEM_AGENDA	DESCRIZIONE_AGENDA	C.U.R.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	GG	ORA_INIZIO	ORA_FINE	INT	N. PREST.NI
UEIDPTV00000125	UROLOGIA1BIS	4301 BIS UROLOGIA VISITE	8911.45	1 <sup>a</sup> VISITA UROLOGIA A DICEMBRE 2010	MERCOL	8.30	9.00	PRONTO SOCCORSO	1
			8917.44	PRIMA VISITA UROLOGIA		9.00	11.00	PRONTO SOCCORSO	4
			8911.45	1 <sup>a</sup> VISITA UROLOGIA A DICEMBRE 2010	VENERDI	8.30	10.00	PRONTO SOCCORSO	3
			8917.44	PRIMA VISITA UROLOGIA					
<b>Unità erogante: 4302 VISITE POST PS</b>									
ID unità erogante	MNEM_AGENDA	DESCRIZIONE_AGENDA	C.U.R.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	GG	ORA_INIZIO	ORA_FINE	INT	N. PREST.NI
UEIDPTV00000351		4302 VISITE POST PS	8911.47	1 <sup>a</sup> VISITA UROLOGIA A DICEMBRE 2010	LUN	8.30	13.30	P.S.e UROL	10
			8917.44	PRIMA VISITA UROLOGIA					
			8911.47	1 <sup>a</sup> VISITA UROLOGIA A DICEMBRE 2010	VEN	8.30	13.30	P.S.e UROL	10
			8917.44	PRIMA VISITA UROLOGIA					
<b>Unità erogante: 4302 BIS VISITE POST PS</b>									
ID unità erogante	MNEM_AGENDA	DESCRIZIONE_AGENDA	C.U.R.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	GG	ORA_INIZIO	ORA_FINE	INT	N. PREST.NI
UEIDPTV00000351	UROLOGIA2	4302 BIS VISITE POST PS	8911.45	1 <sup>a</sup> VISITA UROLOGIA A DICEMBRE 2010	LUN	8.40	13.10	P.S.e UROL	10
			8917.44	PRIMA VISITA UROLOGIA					
			8911.45	1 <sup>a</sup> VISITA UROLOGIA A DICEMBRE 2010	GIOV	8.40	13.10	P.S.e UROL	10
			8917.44	PRIMA VISITA UROLOGIA					
<b>Unità erogante: 4303 UROLOGIA URODINAMICO / UROFLUSSOMETRIA</b>									
ID unità erogante	MNEM_AGENDA	DESCRIZIONE_AGENDA	C.U.R.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	GG	ORA_INIZIO	ORA_FINE	INT	N. PREST.NI
UEIDPTV00000354	UROLOGIA1	4303 UROLOGIA URODINAMICO / UROFLUSSOMETRIA	8917.45	1 <sup>a</sup> VISITA UROLOGIA A DICEMBRE 2010	VEN	8.30	11.50	UROLOGIA	4
<b>Unità erogante: 4305 UROLOGIA URETROSCISTOSCOPIA RIMOZIONE STENT</b>									
ID unità erogante	MNEM_AGENDA	DESCRIZIONE_AGENDA	C.U.R.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	GG	ORA_INIZIO	ORA_FINE	INT	N. PREST.NI
UEIDPTV00000357	UROLOGIA8	4305 UROLOGIA URETROSCISTOSCOPIA RIMOZIONE STENT	8917.47	1 <sup>a</sup> URETROSCISTOSCOPIA	GIOV	14.30	16.30	CH. TRAPIANTI UROLOG	3
<b>Unità erogante: 7906 *RMZ BODY</b>									
ID unità erogante	MNEM_AGENDA	DESCRIZIONE_AGENDA	C.U.R.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	GG	ORA_INIZIO	ORA_FINE	INT	N. PREST.NI
UEIDPTV00000150	RADIOLOGIAPTV4	7906 *RMZ BODY	8911.47 8919.53	1 <sup>a</sup> PROSTATICA RMZ PROSTATA - LINZATI - RMZ	LUN	14.00	18.00	UROLOG	8

Allegato 2

**QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE**  
*(nel caso in cui il paziente non sia in grado di compilare direttamente il questionario, questo deve essere compilato dalla persona che lo assiste)*

**ICI-Q-SF**

**Cognome e nome**  
**Data di nascita**

**1. Quanto spesso Le capita di perdere urina?**

0. Mai  
1. meno di una volta a settimana  
2. Circa una volta alla settimana  
3. Due o tre volte alla settimana  
4. Circa una volta al giorno  
5. Più volte al giorno  
6. Perde urina in continuazione

Selezionare una "X" nelle caselle corrispondenti alla risposta scelta

0	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Punteggio  **completare**

**2. Quanto urine perde per ogni singolo episodio di perdita?**

a. Non perde urina  
b. Perde piccola quantità di urina  
c. Perde moderata quantità di urina  
d. Perde abbondanti quantità d'urina

Selezionare una "X" nelle caselle corrispondenti alla risposta scelta

0	
1	
2	
3	
4	

Punteggio  **Completare**

**3. Nel complesso, quanto le sue incontinenze urinarie interferiscono significativamente con la sua vita quotidiana (ICI-Q-SF)?**  
*(rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente)*

0	
1	
2	
3	
4	

5	
6	
7	
8	
9	
10	

Selezionare una "X" nelle caselle corrispondenti alla risposta scelta

Punteggio  **completare**

**4. Quanto Le capita di perdere urina?**

a. Mai  
b. Perde urina ancor prima di essere giunto in bagno  
c. Con i colpi di tosse o gli starnuti  
d. Quando sono seduto  
e. Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica  
f. Quando ho l'intenzione di urinare e mi sto rilassando  
g. Senza una particolare ragione  
h. Incontinenza continua

Selezionare una "X" nelle caselle corrispondenti alla risposta scelta


Selezionare una "X" nelle caselle corrispondenti alla risposta scelta

Questo domanda non genera punteggio



**DIREZIONE AMMINISTRATIVA  
UOC AFFARI GENERALI**

**PUBBLICAZIONE**

Si dichiara che in data 19.05.2022 la deliberazione n. 514 del 18.05.2022 in formato *pdf* conforme all'originale agli atti d'ufficio, è pubblicata all'Albo Pretorio *on line* sul sito *web* istituzionale del PTV [www.ptvonline.it](http://www.ptvonline.it) ai sensi dell'art. 31 L.R. Lazio 45/1996, come previsto dall'art. 32 L. 69/2009 e dall'art. 12 L.R. Lazio 1/2011, per rimanervi affissa 15 giorni consecutivi. E' resa inoltre disponibile, tramite canale telematico, al Collegio dei Revisori dei conti.

DIRETTORE UOC AFFARI GENERALI

(DR. FRANCESCO COSI)

Visto, l'incaricato della pubblicazione

---

**DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ ALL'ORIGINALE**

La presente deliberazione si compone di n. \_\_\_\_ pagine e di n. \_\_\_\_ allegati ed è conforme all'originale conservato agli atti dell'Ufficio.

Roma, \_\_\_\_\_

DIRETTORE UOC AFFARI GENERALI

(DR. FRANCESCO COSI)