



FONDAZIONE
ITALIANA
CONTINENZA

Saggio

L'INFERMIERE E L'INCONTINENZA URINARIA

Verso nuove figure professionali

A cura di A. Birolli

L'INFERMIERE E L'INCONTINENZA URINARIA

Antonella Biroli

Struttura Semplice di Riabilitazione Neurologica
e delle Disfunzioni Autonome

Ospedale San Giovanni Bosco - Torino

Fondazione Italiana Continenza

Che cos'è?

La Fondazione Italiana Continenza è un ente senza scopo di lucro, che riunisce attorno ad uno stesso tavolo tutte le voci del mondo incontinenza:

- Le persone affette da incontinenza e/o da vescica iperattiva e le loro associazioni;
- i cultori scientifici: i medici di medicina generale, specialisti, operatori sanitari non medici, farmacisti, farmacoeconomisti, tecnoeconomisti, esperti di “evidence based medicine”, e relative associazioni scientifiche;
- le aziende di settore (farmaci, dispositivi ed ausilii).

Quali sono gli scopi della Fondazione?

- Migliorare la consapevolezza e l'educazione sanitaria dei cittadini
- Incentivare l'interesse e la preparazione specifica degli operatori sanitari
- Migliorare la qualità dei servizi sanitari
- Promuovere l'istituzione di figure infermieristiche specifiche come il “continence advisor” o uroriabilitatore (ad oggi mancanti nel nostro Paese)
- Promuovere la ricerca organizzata e la sperimentazione scientifica
- Accreditarsi come interlocutore presso le Istituzioni governative

Riferimenti internazionali

Nel 1998, si è tenuta, come frutto di una collaborazione tra la International Continence Society e la World Health Organization, la prima consultazione internazionale sulla incontinenza.

Tutti gli esperti mondiali del settore sono stati coinvolti e, attraverso un processo di meta-analisi delle esperienze pubblicate e di acquisizione di un consenso degli esperti, sono state elaborate raccomandazioni in tema di procedimenti diagnostici-terapeutici e in tema di ricerca.

Esistono nel mondo circa trenta organizzazioni, che sono riunite sotto l'egida del Continence Promotion Committee della International Continence Society, che hanno il comune obiettivo di promuovere le conoscenze e le risposte socio-sanitarie in tema di incontinenza.

La Fondazione Italiana Continenza aderisce a questa grande famiglia internazionale e di essa è la voce italiana.

La Fondazione Italiana Continenza si propone come interlocutore ideale del Ministero della Salute e delle Istituzioni a livello regionale per tutti i temi che riguardano la incontinenza urinaria, la vescica iperattiva e la incontinenza fecale.

Prefazione

L'ottimizzazione della gestione socio-sanitaria del paziente con incontinenza urinaria e/o fecale è argomento di grande attualità ed importanza in considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione da un lato, e della necessità di razionalizzare l'impiego delle risorse dall'altro. In Italia dei tre attori del mondo incontinenza urinaria e/o fecale (il paziente, l'infermiere, il medico), il ruolo assistenziale dell'infermiere è ad oggi il meno definito ed è il tema del pregevole saggio in oggetto.

È evidente come il ruolo assistenziale dell'infermiere sia direttamente correlato alla organizzazione strutturale socio-sanitaria di ogni Paese, anche se il problema è affrontabile speculativamente da un punto di vista ideale piuttosto che pragmatico ed aderente alle singole realtà.

Idealmente la gestione sociosanitaria del paziente incontinente può aver luogo a domicilio, nella comunità, a livello distrettuale o delle residenze assistite, ed in centri di riferimento di primo, secondo e terzo livello, in rapporto alla complessità delle azioni terapeutiche da intraprendere. Idealmente la gestione infermieristica dovrebbe avvenire in un continuum di interazione dalla periferia al centro e viceversa, con il supporto al bisogno degli specialisti dedicati.

In alcuni Paesi europei le prerogative infermieristiche in rapporto alla gestione dell'incontinenza urinaria e/o fecale sono ben definite. In Inghilterra la figura del "consigliere della continenza" (continence advisor) agisce a domicilio, in comunità ed in ospedale ed è il fulcro dell'interazione tra i bisogni del paziente e le risposte sociali e medico-specialistiche

necessarie. Nei Paesi scandinavi la figura infermieristica in oggetto è denominata “uriorabilitatore” ed amplifica il ruolo importante della riabilitazione in genere nella gestione del paziente con incontinenza urinaria e/o fecale.

Il mondo incontinenza urinaria e/o fecale è spesso al confine di molte diverse specializzazioni mediche: l’urologia, la ginecologia, l’ostetricia, la medicina fisica e riabilitativa, la neurologia, le unità spinali, la coloproctologia, la geriatria, la pediatria. In ambito infermieristico le figure dell’infermiere professionale, dell’ostetrica, del fisioterapista e dell’assistente socio-sanitario sono attualmente coinvolte in Italia nella gestione del paziente con incontinenza urinaria e/o fecale. Nel nostro Paese denominazioni come “uriorabilitatore” possono stimolare alcune sensibilità perché indicano la possibile invasione di campo di un settore (quello della riabilitazione) coperto in generale dai fisioterapisti. Per questo e per altri motivi (non ultimo la connotazione positiva del termine) proponiamo da qualche anno il termine di “terapista della continenza” per identificare la figura infermieristica protagonista della gestione del paziente con incontinenza urinaria e/o fecale.

Quali sono le funzioni del “terapista della continenza”? Innumerevoli: la prima valutazione diagnostica del paziente, con adozione immediata di modifiche comportamentali, di stile di vita e di situazione ambientale, il bladder training, la riabilitazione del pavimento pelvico, l’identificazione dei casi che richiedono un approfondimento diagnostico, il counseling sugli ausili, l’insegnamento del cateterismo intermittente, la gestione del catetere a dimora, l’applicazione delle indicazioni (farmacologiche ad esem-

pio) poste dallo specialista e il controllo dei risultati, l’esecuzione tecnica degli studi urodinamici, anorettali e neurofisiologici, il counseling e la gestione pre e post partum (perineal care), la gestione dopo interventi chirurgici specialistici o dopo neuromodulazione o neurostimolazione, il supporto psicologico.

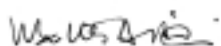
Questo profilo professionale fotografa la complessità della formazione educativa del “terapista della continenza”, con la necessità di una preparazione professionale multidimensionale e interdisciplinare in grado di offrire una gestione integrata e sequenziale in cooperazione con gli specialisti di settore e/o (là dove presenti) i centri della continenza e del pavimento pelvico.

In Italia, così come a livello internazionale, abbiamo assistito recentemente al tentativo manifesto di trasformare la figura dell’enterostomista o stomatoterapista in un esperto della continenza urinaria e fecale. È evidente la diversità dei settori: da un lato stomie chirurgiche urinarie e/o fecali (la cui indicazione decresce progressivamente man mano che il trattamento delle patologie di base - di solito neoplastiche o neurologiche - diviene più efficace e meno invasivo), dall’altro l’incontinenza urinaria e quella fecale entrambe con prevalenza in aumento in rapporto all’invecchiamento della popolazione. La trasposizione delle competenze dello stomatoterapista al mondo dell’incontinenza urinaria e/o fecale appare artificiosa ed opportunistica, con il rischio tra l’altro di trasferire al nuovo settore comportamenti acquisiti non propriamente encomiabili e talora preoccupanti. È ferma opinione personale di chi scrive che il “terapista della continenza” configuri una nuova figura professionale infermieristica che molto poco ha da

spartire con il settore delle stomie. La commistione dei due settori non sarebbe certo a favore del paziente, ma piuttosto strumentale a riconvertire una classe di operatori che vedono progressivamente ridursi i casi di loro competenza. Ben venga ovviamente la riconversione come adattamento ai cambiamenti, ma senza la forzatura non solo di denominare il nuovo con il vecchio ma anche di pretendere una sorta di previa competenza di settore che, nei fatti e nella sostanza oltre che nella forma, non esiste.

Scopo dichiarato di questo saggio è quello di sensibilizzare e stimolare le istituzioni preposte a regolamentare la figura infermieristica in oggetto. Ci auguriamo che gli spunti di dibattito e le proposte avanzate si consolidino in iniziative operative (a livello regionale se non nazionale) in grado di offrire risposte razionali ed efficaci ai bisogni sociosanitari del paziente con incontinenza urinaria e/o fecale.

Prof. Walter Artibani
Presidente FIC



Prof. Roberto Carone
Presidente Comitato Scientifico FIC



□ **Indice**

Introduzione	pag. 11
Modelli organizzativi: lo stato attuale	pag. 16
La formazione: lo stato attuale	pag. 20
Proposta di modello organizzativo	pag. 23
Proposte formative	pag. 28
Considerazioni	pag. 31

Introduzione

L'incontinenza urinaria è un sintomo caratterizzato dalla perdita di urina in tempi e luoghi socialmente non appropriati, secondo quanto definito dalla International Continence Society.

Il miglioramento delle condizioni di vita, il prolungamento della stessa ed il progresso della ricerca in campo medico stanno negli ultimi decenni portando alla ribalta il problema incontinenza, la cui frequenza nella popolazione, unita alla presenza degli altri fattori che esporremo, inizia a porre un problema rilevante in ambito sanitario.

Per avere una prospettiva esatta del problema sono da considerare numerosi fattori:

- Studi epidemiologici pongono la prevalenza della incontinenza nel sesso femminile tra il 10% e il 40% a seconda delle statistiche, per salire al 20 - 50% nella popolazione oltre i 60 aa e superare il 50% tra i soggetti istituzionalizzati di entrambi i sessi. Nel maschio non istituzionalizzato i dati indicano, invece, una prevalenza minore, tra 3 ed 11% della popolazione.
- Pur non rappresentando l'incontinenza di per sé stessa una causa di morte, essa può costituire un rilevante problema per la qualità della vita limitando o disturbando la vita sociale e lavorativa, alterando l'autostima ed il vissuto corporeo del soggetto. Nel caso di soggetti non autosufficienti gestiti al domicilio, tra i quali vanno annoverati non solo gli anziani ma tutti i soggetti con disabilità grave anche in età giovane e adulta, anche il carico assistenziale imposto alla famiglia interferisce con la qualità della vita dei familiari stessi.

■ Nel soggetto anziano l'incontinenza rappresenta una delle maggiori cause di istituzionalizzazione in relazione all'incremento del carico di lavoro ed alla sgradevolezza dello stesso. Le conseguenze negative investono da un lato il paziente, che viene privato del proprio habitat, dall'altro la società, che vede aumentare i costi per l'assistenza.

■ La gestione della incontinenza rappresenta un grosso costo per la società, legato sia all'utilizzo di ausili (si stima in Italia che la maggior parte della spesa per gli ausili prescrivibili tramite il Tariffario Nazionale sia costituita dai pannolini) ed alle spese di pulizia, sia all'impiego di risorse umane (ore lavoro perse dai familiari, impegno orario dei caregivers al domicilio e negli istituti, impegno infermieristico nei Reparti Ospedalieri, ecc.).

A fronte dei fattori sopraelencati, l'incontinenza urinaria è stata in passato (ed in parte lo è ancora attualmente) un problema scarsamente affrontato da un punto di vista medico. Esso è stato per lo più oggetto di "gestione" (effettuata da infermieri, assistenti, familiari o dal soggetto stesso) piuttosto che di "trattamento". In realtà, grazie all'avanzare delle conoscenze, all'interesse degli operatori del settore, alla propulsione esercitata dalla nascita della International Continence Society ed al maggiore interesse nella qualità della vita soprattutto nelle società più avanzate, alcune evidenze sono emerse:

■ l'incontinenza può essere oggetto di trattamento, cioè il sintomo può essere spesso ridotto o annullato tramite un percorso diagnostico e terapeutico. Il trattamento prevede una serie di strumenti, da utilizzare in steps successivi, comprendenti il counselling, terapie comportamentali, terapia farmacologica, terapia riabilitativa, sia di tipo manuale che strumentale

(varie tecniche di elettrostimolazione e biofeedback), tecniche chirurgiche con vari gradi di invasività.

■ La gestione della incontinenza, anche quando questa non possa trarre giovamento da un trattamento od esso non sia indicato, prevede una varietà di possibilità, che permette di scegliere la più indicata per il singolo paziente ed il suo entourage.

■ L'incontinenza urinaria è un sintomo che nella maggior parte dei casi si presenta come a sé stante, ma può essere talora un campanello che consente di diagnosticare altri problemi quali la ritenzione urinaria con le sue possibili conseguenze o quali patologie neurologiche che esordiscono con questo sintomo.

A fronte di queste evidenze, peraltro, l'incontinenza urinaria rimane ancora un problema frequentemente non riferito dal paziente o dai familiari (che pur soffrendone vengono spinti ad accettarlo dalla convinzione della ineluttabilità dello stesso, non solo non ricercando quindi un approfondimento diagnostico e uno sbocco terapeutico, ma spesso essendo abbandonati a sé stessi anche nella gestione della incontinenza senza essere educati alla stessa). D'altra parte frequentemente il medico stesso non indaga sulla presenza della incontinenza, ritenendolo un problema di gestione assistenziale piuttosto che un problema sanitario da affrontare.

La ridotta richiesta di aiuto allo "specialista della incontinenza" deriva quindi da una ridotta richiesta sia da parte del paziente che del medico generico.

In un sistema di domanda offerta, in ogni caso, l'emergere della richiesta porrebbe seri problemi in termini di possibilità di risposta che attualmente si presenta nei vari Paesi del mondo ed all'interno degli stessi Paesi, tra cui l'Italia, insufficiente e non univoca.

Un paziente affetto da incontinenza, infatti, si trova nella condizione di essere trattato diversamente a seconda della tipologia e della preparazione specifica dello specialista cui si rivolge (urologo, ginecologo, fisiatra, geriatra), a seconda della preparazione specifica del personale infermieristico e tecnico cui è eventualmente affidato, tenendo inoltre conto che in parte dei casi l'incontinenza viene gestita in ambiente non specifico per la stessa, in quanto problema non isolato ma facente parte di un quadro più ampio (per esempio pluripatologia dell'anziano, disabilità complessa in patologia di origine neurologica).

Sarebbe pertanto opportuno uno sforzo mirato a:

- garantire a tutti i pazienti incontinenti le stesse possibilità in termini qualitativi e quantitativi;
- garantire, anche laddove non sia indicato un trattamento specifico, una corretta gestione della incontinenza.

Per raggiungere tali scopi è necessario peraltro che vengano perseguiti prima i seguenti obiettivi:

- definire con chiarezza a quale servizio pubblico si debba rivolgere il paziente incontinente, con quale modalità di accesso ed organizzativa, al fine di avere a disposizione l'intero ventaglio di possibilità terapeutiche indipendentemente dalla figura sanitaria che lo accoglie in prima istanza;
- far crescere in termini qualitativi e quantitativi l'offerta, preparando le varie figure professionali che sono chiamate a svolgere un ruolo nella prevenzione, nella diagnosi, nel trattamento e nella gestione del paziente incontinente.

All'interno della International Continence Society è stata istituita una speciale commissione dedicata proprio ai problemi educazionali, formativi ed organizzativi nell'ambito del problema incontinenza (Continence Promotion Committee), che promuove la nascita, a livello dei singoli Stati, di Fondazioni che portino avanti a livello nazionale tali problematiche e che in Italia ha preso il nome di Fondazione Italiana della Continenza.

La Fondazione Italiana della Continenza si propone quindi con questo scritto "L'infermiere e l'incontinenza urinaria" di contribuire alla realizzazione degli obiettivi suddetti, proponendo all'interno di un modello organizzativo il ruolo molteplice dell'infermiere professionale e le possibilità formative per rendere tale modello realmente operativo nella realtà italiana.

La proposta organizzativa e formativa verrà preceduta da una breve disamina su quanto è attualmente esistente dal punto di vista organizzativo e formativo nella realtà mondiale secondo quanto raccolto dal CPC, evidenziando quanto sia attualmente poco univoca, e talora confusa ed insufficiente, la risposta sanitaria nel campo della incontinenza, ma soprattutto come sia ridotta e legata all'interesse personale al di fuori del corso di studi la formazione di molte figure professionali nel campo della incontinenza. I pochi dati italiani evidenziano una situazione analoga, con una notevole asimmetria tra Centri di eccellenza e realtà quotidiana, una disparità di approccio a seconda dello specialista cui il paziente viene inviato, una formazione sulla incontinenza anche in questo caso, soprattutto per l'infermiere, legata alla frequenza di corsi non facenti parte del corso di studi.

Modelli organizzativi: lo stato attuale

Ogni Paese ha sviluppato risposte diverse al problema incontinenza in relazione alla organizzazione generale del sistema sanitario, alla disponibilità di risorse umane nelle diverse specialità e professionalità, all'ordine di priorità dell'incontinenza nell'ambito della gestione della salute della popolazione (ovviamente diversa nei Paesi in via di sviluppo). Un ruolo non irrilevante ha avuto anche la modalità spontanea con la quale è stato nel corso del tempo affrontato l'argomento incontinenza, caratterizzando così la storia specifica di ciascuno Stato. Solo di recente si è avviato un processo mirato a dare un ordine generale, cercando di sviluppare dei modelli organizzativi specifici per la gestione di questo sintomo.

A titolo di esempio descriviamo la realtà di alcuni Paesi come riportata dal CPC. Nel Regno Unito si è assistito all'emergere spontaneo di due modelli: da un lato quello più prettamente ospedaliero che offriva un medico specialista (generalmente urologo o ginecologo), spesso organizzato intorno ad un centro di urodinamica, in grado di dare alcune risposte sia a livello medico che chirurgico; dall'altro quello organizzato intorno alla figura di un infermiere con il ruolo di "continence advisor", più incentrato su una gestione di base del paziente e sulla fornitura di ausili. Più di recente sono nati alcuni servizi multidisciplinari che il Royal College of Physicians sta cercando di regolamentare in termini di modalità di accesso, composizione, compiti e livello qualitativo.

In Israele è stato creato negli ultimi 10 anni un Centro Nazionale per la continenza formato da medici ed infermieri con il compito di formare ed educare il personale

sanitario, di individuare dei responsabili locali e regionali e di raccogliere i risultati della intera attività.

Anche per quanto concerne le figure professionali coinvolte nella gestione del problema incontinenza vi è una certa varietà. Infatti a livello medico numerosi e diversi, a seconda delle realtà, sono gli specialisti che si occupano del problema (urologi, ginecologi, fisiatri, geriatri), tenendo conto, peraltro, che il medico di famiglia è in buona parte dei casi la prima figura cui viene riportato il problema. Spesso questi però non ha un background adeguato per indirizzare correttamente il paziente, né questo gli viene facilitato dalla attuale situazione di non chiarezza.

Per quanto concerne le figure non mediche, invece, nel mondo sono generalmente gli infermieri che hanno avuto tradizionalmente un ruolo nella gestione della incontinenza, soprattutto come primo approccio al paziente ed indicazione alla visita specialistica. Nel Regno Unito negli anni 80 venne attivata la figura infermieristica di "continence advisor", con un ruolo sia diretto sul paziente, sia indiretto di supporto a colleghi non operanti nel settore specifico. In realtà tale figura non nacque da una strategia centrale unitaria atta ad affrontare tutti gli aspetti della incontinenza, ma si è rivelata comunque una figura attiva sia nel campo ospedaliero che territoriale. Una figura di infermiere specializzato nella continenza è stata adottata anche in Australia, Scandinavia e nei Paesi Bassi.

Con l'emergere del ruolo della riabilitazione nel campo della cura della incontinenza, anche un'altra figura professionale è stata chiamata in causa: il fisioterapista. Nella realtà francese, australiana, scandinava e britannica il fisioterapista è l'effettore del programma riabilitativo, quando indicato.

La realtà italiana, di cui non si trova traccia tra le esperienze citate dal CPC nell'ultima International Consultation on Incontinence, si presenta variegata e allo stato attuale non risulta a livello nazionale una strategia generale per affrontare il problema organizzativo e formativo. D'altra parte non risultano disponibili dati pubblicati sui modelli organizzativi e formativi in tutte le singole Regioni, pertanto facciamo riferimento esemplificativo alla situazione della Regione Piemonte e Lombardia ed alle esperienze degli specialisti del settore operanti nelle Società Scientifiche che si occupano specificamente del problema incontinenza, quali la Società Italiana di Urodinamica (SIUD), e nella Fondazione Italiana della Continenza.

Sotto il profilo medico gli specialisti che si occupano in maniera specifica del problema incontinenza urinaria sono urologi, ginecologi (ovviamente nella popolazione femminile), fisiatri e geriatri. A fronte peraltro di un numero rilevante di urologi e ginecologi interessati al problema incontinenza e che quindi sono in grado di fornire delle risposte diagnostico-terapeutiche, per quanto in maniera notevolmente diversa per quantità e tipo di prestazioni offerte, ancora basso è il numero di fisiatri specificamente operanti nel settore, il che porta spesso ad una riduzione della offerta della opzione riabilitativa rispetto a quella farmacologica e chirurgica. Attualmente pertanto in Italia un paziente incontinente può rivolgersi in prima istanza, a seconda della realtà in cui vive, ad un urologo, ad un ginecologo se donna, ed in alcune realtà al fisiatra, direttamente od attraverso il proprio medico curante, mentre nel caso di pluripatologia in età senile può essere inviato per questo problema al geriatra.

La figura infermieristica, in Italia come negli altri Paesi, gioca un ruolo fondamentale e spesso di primo approccio nei confronti del paziente incontinente, soprattutto nei confronti del paziente ospedalizzato, istituzionalizzato o assistito al domicilio. Oltre al ruolo diretto nella gestione della incontinenza in questi pazienti, l'infermiere può svolgere però anche un ruolo di supporto diagnostico al medico, nonché un'azione terapeutica ed educativa tramite un counselling adeguato al paziente che si rivolge alla Sanità per il problema specifico della incontinenza. Inoltre, in alcune realtà, laddove l'interesse e la disponibilità del mondo riabilitativo non erano o non sono ancora in grado di dare una risposta rieducativa specifica, l'infermiere ha talora svolto un ruolo anche effettuando terapie per l'incontinenza quali la elettrostimolazione e l'utilizzo di apparecchiature di biofeedback. Analogamente è successo in alcuni ambienti ginecologici con la figura della ostetrica che, sempre in relazione alla diversità di risorse esistenti nei vari ospedali tra le figure di infermieri, fisioterapisti ed ostetriche, ha talora svolto un ruolo sia nel trattamento della incontinenza con elettrostimolazione e biofeedback sia nel campo del counselling e dell'addestramento al cateterismo quando necessario.

La differente estrazione del medico cui si rivolge il paziente incontinente e la conseguente differente disponibilità di risorse infermieristiche, fisioterapiche ed ostetriche hanno creato quindi talora una sovrapposizione ed una confusione dei ruoli pertinenti a queste figure. Necessariamente questo ha tra le sue conseguenze una difficoltà nella formazione delle figure professionali, non essendo chiaro il ruolo cui devono venire preparate, come vedremo nella parte dedicata alla formazione.

La formazione: lo stato attuale

Il titolo e le finalità del saggio sono inerenti alla professione infermieristica ed alla incontinenza, pertanto l'aspetto formativo non verrà trattato per ciò che concerne la professione medica, e sfiorato per quanto concerne altre professionalità correlate.

In generale la formazione per gli infermieri in Italia può essere suddivisa in tre grossi campi: la formazione di base (facente parte del normale corso di studi, ora corso di Laurea), la formazione post laurea (es. corsi di perfezionamento e master), la formazione continua (es. corsi di aggiornamento).

Uno schema simile è individuabile anche negli altri Paesi: lo utilizzeremo per esemplificare quanto esiste in altre realtà mondiali nel campo specifico di cui ci stiamo occupando. In Australia la formazione sull'incontinenza si svolge nell'ambito della formazione di base in 16 ore, ma sono disponibili numerosi corsi di approfondimento ed aggiornamento ed in alcune università anche corsi postgraduate di 1 anno ed in una sede anche un master biennale. L'Università scandinava di Gothenburg ha istituito invece un corso per "uroterapista" aperto a infermieri, fisioterapisti e medici. Corsi educazionali di vario tipo e durata, anche fino a 6-9 mesi, sono disponibili in vari Paesi del mondo.

Per ciò che concerne la formazione di base, il livello di conoscenza del problema incontinenza risulta in generale limitato, come evidenziato dai dati in USA e Svezia. Per esempio solo due ore risultano dedicate negli USA a questo problema. D'altra parte negli USA non è richiesto un titolo di studi o curriculare specifico per essere infermiere specializzato nella incontinenza.

Per ciò che concerne il fisioterapista, in UK risulta attivo un corso universitario postlaurea.

In Italia la situazione si presenta molto difficile da ricostruire in relazione alle numerosi variabili: le direttive in materia sanitaria delle singole Regioni possono influire sugli orientamenti formativi, le sedi dei corsi per infermieri professionali sono numerose e con programmi diversificati al proprio interno, la recente trasformazione da scuola a Corso di Laurea per infermiere ha avviato un processo di rinnovamento che è ancora in corso.

Secondo il nuovo ordinamento, dopo il diploma di laurea della durata di 3 anni infatti può essere conseguito un diploma di laurea specialistica in scienze infermieristiche. È prevista peraltro la possibilità di una formazione specialistica in specifici campi attraverso master di primo o secondo livello (rispettivamente dopo il diploma di laurea e il diploma di laurea specialistica) o attraverso corsi di perfezionamento universitari. Lo stato di attivazione dei vari livelli di formazione è attualmente differente da regione a regione e da Università ad Università.

Presso l'Università di Torino le ore dedicate alla trattazione della incontinenza urinaria, nel paziente neurologico e non neurologico, durante la formazione di base sono stimabili nell'ordine di circa 10 ore all'interno dei corsi di urologia e riabilitazione infermieristica.

Da una disamina effettuata sulla formazione post-laurea attiva nell'anno 2002-2003 in tutta Italia, la situazione rivela una pressochè totale assenza di formazione specifica in termini di corsi di perfezionamento o Master dedicati all'argomento. Risulta solo essere attivo un Master in Terapia Enterostomale presso l'Università La

Sapienza a Roma nel cui programma, oltre alla terapia enterostomale, di fistole e decubiti, rientrerebbero anche le incontinenze uro-fecali. È da segnalare, invece, che presso l'Università di Torino è in stato avanzato di attivazione per l'anno 2004-2005 un Corso di perfezionamento in "Uroriabilitazione" per infermieri professionali.

Peraltro, sempre presso l'Università di Torino, la formazione di base dei fisioterapisti prevede invece un corso integrato di Medicina Materno-Fetale all'interno del quale 32 ore sono dedicate al ruolo della riabilitazione nella incontinenza urinaria, nella incontinenza fecale e nei disturbi funzionali pelviperineali, associate a 32 ore effettuate dal ginecologo e dall'urologo sulle problematiche disfunzionali uroginecologiche e sul paziente neurologico. Tale situazione risulta peraltro essere una eccezione nel panorama della formazione di base del terapeuta della riabilitazione nel resto di Italia.

Discorso a parte merita, invece, la formazione in termini di aggiornamento, in quanto sono presenti sul territorio italiano diverse iniziative volte alla incontinenza urinaria ed alla gestione delle disfunzioni autonome in ambito pelviperineale, comprendendo in questo termine gli altri importanti argomenti correlati e difficilmente dissociabili della ritenzione urinaria e dei problemi intestinali ed anorettali. Senza entrare nello specifico, citiamo le iniziative formative nell'ambito delle Società Scientifiche, in particolare sotto l'egida della Società Italiana di Urodinamica e della stessa Fondazione Italiana della Continenza. Si segnalano inoltre in quest'ambito le attività organizzate dalla associazione RIDA (Riabilitatori Italiani delle Disfunzioni Autonome), formata da infermieri, fisioterapisti e ostetriche.

Risulta quindi evidente che, al di là delle possibilità di preparazione effettuata come aggiornamento, affida-

to all'interesse individuale, il panorama italiano della formazione si presenta povero riguardo alla preparazione durante il corso di studi di una figura professionale come quella dell'infermiere professionale, che, come già detto, rappresenta spesso la persona che si interfaccia maggiormente con il problema incontinenza, soprattutto nel paziente ricoverato, istituzionalizzato o in terapia domiciliare e che può rivestire un ruolo importante anche nel paziente ambulatoriale.

Proposta di modello organizzativo

L'incontinenza urinaria è un sintomo che può presentarsi isolato od accompagnato ad altri problemi urologici (quale le infezioni delle vie urinarie, la ritenzione urinaria) o uroginecologici (alterazioni della statica pelvica) o coloproctologici (incontinenza fecale o stipsi) o algici (quale la sindrome dolorosa cronica pelviperineale). Può inoltre presentarsi nel quadro di una disabilità di tipo complesso accompagnandosi a limitazioni nelle funzioni di tipo motorio o neuropsicologico o comunicativo come nel soggetto neurologico o con patologie legate all'invecchiamento.

È opportuno quindi che il problema sia gestito a vari livelli:

- un livello di base che deve essere affrontato, sia per il paziente ricoverato sia ambulatoriale, dalle persone che costituiscono i primi riferimenti del paziente (medico generico, medico curante per il paziente ricoverato, specialista ambulatoriale del settore urologo o ginecologo, infermiere di reparto) secondo linee comportamentali derivanti dalla attività formativa e di guida operata dai Centri che formano i livelli successivi.

■ Centri multispecialistici per l'incontinenza urinaria. Tali Centri dovrebbero avere le seguenti caratteristiche:

- 1) attività di diagnosi e trattamento dell'incontinenza urinaria espletata in tempi e spazi specificamente dedicati (ambulatorio dell'incontinenza urinaria);
- 2) contestuale presenza dello specialista urologo e/o ginecologo e dello specialista fisiatra; auspicabile, inoltre, la collaborazione, ove possibile, con lo specialista coloproctologo (attività interdisciplinare);
- 3) contestuale presenza di almeno un infermiere professionale con specifica competenza nelle disfunzioni urologiche, ed un fisioterapista esperto in riabilitazione perineale;
- 4) possibilità di effettuare un adeguato studio della patologia con esame urodinamico;
- 5) collegamento ad un Reparto di Urologia e/o Ginecologia per il trattamento chirurgico della incontinenza.

Tali Centri dovrebbero fungere quindi sia da sede ideale per la valutazione ed il trattamento del paziente incontinente sia come consulenti e referenti per quei pazienti che non possono o non devono essere inviati ai centri stessi.

Compito dei Centri sarebbe quindi:

- assicurare al paziente incontinente da un lato una maggiore uniformità nelle proposte diagnostiche e gestionali terapeutiche, indipendenti quindi dallo specialista che si presenta come primo contatto per il paziente, dall'altro una maggiore gamma di interventi terapeutici possibili;

- assicurare una qualità del servizio offerto nel campo specifico della incontinenza attraverso personale medico e non medico con formazione ed aggiornamento specifici per il problema;
- definire chiaramente le modalità di accesso e i percorsi all'interno del Centro e facilitarne la divulgazione;
- essere referenti per la formazione e per la elaborazione e divulgazione di linee comportamentali e procedure condivise nei confronti del livello base e dei Centri di nuova formazione.

Tale attività dei Centri sarebbe ottimizzabile tramite una organizzazione dei Centri di tipo piramidale, identificando quindi alcuni Centri in cui gestire i casi più complessi, raccogliere i dati, elaborare (in collaborazione con tutti i Centri e tenendo conto delle linee guida internazionali) protocolli diagnostici e terapeutici, gestire la organizzazione della attività formativa a livello regionale.

Non esistono, allo stato attuale delle conoscenze, dati che consentano di sostenere la efficacia di un modello organizzativo rispetto ad un altro. Peraltro il modello che proponiamo, se non altro da un punto di vista teorico, presenta i seguenti vantaggi:

- facilitare la uniformità gli interventi;
- facilitare lo scambio di conoscenze tra i diversi operatori all'interno del Centro;
- costituire il riferimento chiaro per l'invio del paziente incontinente;
- costituire un riferimento per consulenza su pazienti gestiti in altra sede;

- ▣ fare parte di una rete, consentendo in tal modo di controllare l'andamento del fenomeno in termini epidemiologici e in termini di modalità di intervento, costituendo in tal modo un feedback per la raccolta dei dati.

Nello specifico della figura dell'infermiere, questi si situa evidentemente a tutti i livelli del modello organizzativo proposto.

L'infermiere può infatti esplicitare la propria attività per esempio in:

- ▣ Reparti ospedalieri in genere.
- ▣ Reparti ospedalieri nei quali è indicata una specifica competenza o gestione del problema incontinenza (es. Urologia, Medicina fisica e Riabilitazione, Unità Spinali, Geriatria, Neurologia, ecc.).
- ▣ ADI (assistenza domiciliare integrata) o SID (servizio infermieristico domiciliare).
- ▣ Strutture residenziali (RSA residenze sanitarie assistenziali o RAF).
- ▣ Ambulatori specialistici (urologici, ginecologici, fisiatrici, ecc.).

Oltre alle strutture suddette, che rientrano nel livello di base per la gestione dell'incontinenza, l'infermiere professionale può esplicitare la propria attività presso un Centro multidisciplinare per la incontinenza, laddove la collaborazione con le figure degli specialisti urologi, ginecologi e fisiatri e del fisioterapista consente di affrontare la incontinenza sotto il profilo più adatto per il singolo paziente. All'interno del Centro l'infermiere diviene un "esperto non medico della continenza", fornito delle conoscenze in campo clinico ed anatomofisiologico

necessarie, ma anche delle qualità relazionali in grado di prendere in carico esigenze che abbraccino le diverse attese del paziente con problematiche urologiche. Le responsabilità della figura infermieristica nel Centro possono spaziare dall'accoglienza del paziente, all'educazione alla compilazione del diario minzionale, alla gestione del catetere a permanenza, alla collaborazione nella scelta degli ausili e dei presidi idonei per il singolo paziente, all'addestramento del paziente all'autocaterismo quando indicato, alla esecuzione di semplici esami non invasivi quali la valutazione con bladder scanning del residuo vescicale, alla attività di supporto degli specialisti nella esecuzione di esami più complessi come l'indagine urodinamica, all'aspetto terapeutico nell'ambito di terapie comportamentali quali il bladder training quando indicate. In un contesto di questo tipo le capacità tecniche e le conoscenze teoriche devono unirsi non solo ad una abilità relazionale con l'utenza, ma anche ad una capacità di lavorare in equipe con i diversi medici specialisti costituenti il Centro e con i fisioterapisti che svolgono l'attività di riabilitazione perineale.

Sono inoltre da segnalare altri due aspetti importanti della attività dell'infermiere del Centro multidisciplinare per l'incontinenza: da un lato la possibilità di effettuare una attività formativa e di counselling per le strutture che fanno parte del livello base, dall'altro la necessità di non circoscrivere la propria preparazione all'ambito urologico bensì di avere conoscenze anche nell'ambito della gestione infermieristica delle disfunzioni del settore coloproctologico. Infatti la frequente coesistenza di disfunzioni pelviperineali di vario tipo, soprattutto nel paziente neurologico, impone di non dimenticare questo settore, così come si è ricordato in precedenza citando lo specialista coloproctologo, la cui consulenza nel Centro è auspicabile.

Proposte formative

Nel paragrafo dedicato alla attuale situazione formativa si evince che attualmente, in generale, la preparazione dell'infermiere che esce dal Corso di Laurea prevede solo una "informatura" sull'argomento incontinenza urinaria. D'altra parte, nella analisi dei modelli organizzativi e ancor più nella nostra proposta di modello organizzativo risulta fondamentale il ruolo di una figura di "infermiere esperto della continenza".

L'attività dell'"infermiere esperto della continenza" può espletarsi sia come componente dei Centri multidisciplinari sia a livello di altre strutture. Le altre strutture comprenderebbero:

- Ambulatori specialistici (urologici, ginecologici, fisiatrici, geriatrici, ecc.).
- Reparti ospedalieri nei quali sia indicata una specifica competenza o gestione del problema incontinenza (es. Urologia, Medicina fisica e Riabilitazione, Unità Spinali, Geriatria, Neurologia, ecc.).
- ADI (assistenza domiciliare integrata) o SID (servizio infermieristico domiciliare).
- Strutture residenziali (RSA residenze sanitarie assistenziali o RAF).

Nelle ultime tre situazioni l'infermiere esperto della continenza rappresenterebbe all'interno della equipe infermieristica la persona incaricata di fornire counselling al gruppo sulle strategie da adottare in generale e sul singolo caso e di monitorare l'attività del gruppo nell'ambito specifico della incontinenza, oltre ovviamente alla attività diretta sul paziente.

L'ampiezza degli argomenti trattati nell'ambito del Corso di Laurea verosimilmente rappresenta un ostacolo verso l'approfondimento dell'argomento incontinenza quale quello necessario per rispondere a questo ruolo di "infermiere esperto della continenza" nell'ambito della preparazione di base. D'altra parte la preparazione non può essere lasciata alla buona volontà del singolo, se si vuole perseguire una strategia generalizzata. Pertanto l'ambito nel quale appare possibile sviluppare la formazione risulta essere quello della formazione post-laurea.

La proposta formativa che pare ragionevolmente incontrare le esigenze di preparare delle persone come "infermiere esperto della continenza", favorendo da un lato l'approfondimento delle conoscenze e dall'altro garantendo una diffusione delle competenze, preparando un numero di persone in grado di soddisfare le esigenze sanitarie, potrebbe consistere nella creazione di Corsi di Perfezionamento post Laurea.

Tali Corsi di Perfezionamento dovrebbero rispondere alla esigenza di formare l'infermiere sulle problematiche della incontinenza urinaria, ma come già detto in precedenza, non è da sottovalutare l'aspetto della concomitanza di problematiche diverse nella area pelvica. Pertanto sarebbe opportuno che nell'ambito del Corso venissero affrontati, oltre al tema della incontinenza di tipo neurogeno e non neurogeno, anche altri temi come la ritenzione urinaria, la vescica iperattiva, la cistite interstiziale, la sindrome dolorosa cronica pelviperineale, la incontinenza fecale e la stipsi, anche nel paziente neurologico. In tal modo il Corso garantirebbe la formazione di un infermiere "esperto in disfunzioni autonome" i cui oriz-

zonti non siano ristretti ma possano essere realmente utili al paziente nell'ottica emergente e finora espressa della necessità di affrontare l'incontinenza urinaria ed i problemi correlati nella loro complessità favorendo l'approccio multispecialistico e multidisciplinare alle disfunzioni in ambito pelviperineale (disfunzioni autonome).

Considerazioni

in coda al saggio ***“L’Infermiere e l’Incontinenza urinaria”***

Prima della pubblicazione il saggio è stato inviato a tutti i membri del comitato scientifico della FIC, in cui sono rappresentati specialisti dei vari settori interessati all'incontinenza, con l'intento di permettere a ciascuno di apportare, se lo desiderasse, un proprio contributo. In relazione all'argomento affrontato, che è stato ed è argomento di dibattito all'interno della Sanità Italiana, riteniamo utile riportare i commenti pervenuti.

Infermieri e Incontinenza urinaria: c'è posto per nuove figure professionali?

L'idea del Terapista della Continenza (TdC).

“Molto bello...”: questo è il primo commento che mi viene in mente dopo aver letto per due volte di fila il saggio di Antonella Biroli su “L’Infermiere e l’Incontinenza urinaria” ed anche dopo una attenta rilettura mi accorgo che l'argomento è stato illustrato, sostanziato e infine proposto con la chiarezza di chi ha avuto un “imprinting” importante ed ha un bagaglio di esperienza personale sicuramente notevole.

Anche per quello che riguarda la mia esperienza sia nella pratica clinica quotidiana sia nell'attività formativa di diverse generazioni di infermieri professionali e fisioterapisti, la necessità di una figura professionale addetta specificamente ai compiti di assistenza - nelle strutture ospedaliere come sul territorio - ai pazienti con disfunzioni minzionali ha costituito e costituisce non un “pallino” ma un'esigenza forte-

mente sentita da noi operatori del settore e dalla gente che a noi si rivolge per una soluzione ad una serie di problemi già invalidanti “in se” ma ancora più drammatici quando si trovano a coesistere con altre disabilità temporanee o permanenti che rendono “infernale” qualsiasi esistenza.

Condivido, dunque, totalmente la proposta di modello organizzativo pur conscio delle difficoltà derivanti da legislazioni, in tema di gestione della salute pubblica, molto differenti da Regione a Regione e sempre improntate alla presunzione di infallibilità: in questo senso il ruolo di una struttura articolata e con significativa valenza sociale come la F.I.C. può davvero rappresentare il motore di ricerca per la soluzione più equilibrata.

Per quanto riguarda la proposta formativa, invece, sono convinto - anche per l'esperienza diretta nelle Scuole per Infermieri (in passato) o nel Corso di Diploma Universitario in Fisioterapia dell'Università di Firenze e più recentemente anche come coordinatore del Gruppo Interdisciplinare Interprofessionale Toscano della Società Italiana di Urodinamica (www.girtoscano.net) - che bisogna pensare ad una vera e propria specializzazione a se stante cui possano accedere gli Infermieri, i Fisioterapisti, le Ostetriche e anche altre figure di operatori sanitari che hanno un interesse specifico nel settore e quindi la giusta motivazione per affrontare questi problemi in tutte le condizioni ove occorra e per i quali dovrebbero essere previsti gli sbocchi professionali interessantissimi che sono già disegnati nella proposta organizzativa di Biroli.

In una prima fase possono andare bene dei Corsi di Perfezionamento che però devono essere strutturati non come gli “Aggiornamenti” che già facciamo per il personale con i nostri Corsi “gravati” dallo spot dell'accreditamento ministeriale (sottolineo questo aspetto perché ho avuto ed ho sempre più l'impressione che si tratti di una sorta di “business” e che l'interesse e la motivazione dei soggetti per il nostro settore, come anche per tutti gli altri, sono fortemente condizionati dal numero di crediti che riusciamo a raccattare) bensì come vere e proprie Scuole di Specializzazione, concentrate in un anno di corso, con un congruo numero di ore di attività pratica nei Centri e nelle varie realtà territoriali, alla fine del quale si ottiene un titolo con piena valenza giuridica (un vero diploma di specializzazione) e, soprattutto, con una ben definita prospettiva di lavoro. Il Contenance Advisor di scuola britannica può essere previsto, anche nel nostro Paese, con una qualifica specifica: un Terapista della Continenza (TdC), quindi, con i livelli e le competenze degli Infermieri Dirigenti, dei Fisioterapisti, delle Ostetriche e anche dei Tecnici di Ortopedia, Radiologia o di Laboratorio o di quant'altro già esiste negli ordinamenti scolastici, universitari o professionali attuali.

Io penso che non ci possa essere miglior laboratorio, nel nostro Paese, di quello che ci viene messo a disposizione da una Associazione Culturale come la Fondazione Italiana della Continenza, sempre che si mantenga a distanza dai condizionamenti (Politiche Nazionali e Locali, Università, Società Scientifiche, Lobbies varie) e riesca a produrre un progetto ampiamente discusso ma proprio per questo - alla fine - condiviso da tutti.

È un lavoro molto lungo e sicuramente ricco di insidie (rivalità, invidie, gelosie, accessi di lesa maestà, conflitto di interessi e via così) ma a me sembra che questo saggio possa essere considerato assolutamente orientato in questo senso e costituire la molla giusta per rilanciare l'interesse e l'attenzione su questo tema che sta a cuore a tutti noi cultori dell'Urologia Clinica.

*Aldo Tosto, Urologo
Dirigente Medico Clinica Urologica dell'Università
Responsabile dell'Ambulatorio di Urologia
Azienda Ospedaliera Careggi - Firenze
urologica@ao-careggi.toscana.it*

Il Continenza Advisor

Dal punto di vista infermieristico, l'obiettivo primario resta, al di là della denominazione, la messa a fuoco della figura di uno specialista non medico fornito non solo delle necessarie conoscenze in campo clinico, anatomico e fisiopatologico, ma anche delle qualità relazionali che lo rendano in grado di prendere in carico esigenze che abbraccino la totalità delle attese del paziente con problematiche urologiche, e non solo un singolo segmento di carattere diagnostico e/o riabilitativo.

Con questo intendiamo quindi un professionista della continenza in grado di attivarsi positivamente a partire dalla prima accoglienza, sia essa "vis a vis", sia essa mediante altre forme come il colloquio telefonico o l'analisi della documentazione.

Per essere più chiari, dovrebbe essere capace di strutturare una "pre-anamnesi", che gli consenta di pianificare per il cliente un percorso il più possibile immune da deviazioni dall'ortodossia diagnostica e terapeutica. Un esempio per tutti: se, partendo dai pochi ele-

menti forniti telefonicamente, sorge il sospetto che il paziente presenti un quadro acuto di ritenzione, il "continenza advisor" nostrano dovrebbe di propria iniziativa convocare il paziente che si era rivolto al nostro centro per una visita urologica e sottoporlo ad uno screening di primo livello che comprenda una flussimetria ed un controllo del residuo vescicale ecografico. Ciò permette di evitare le complicanze derivanti da una non gestione prolungata, non essendo spesso possibile interpellare l'urologo "on demand".

Avere il bagaglio scientifico, culturale, relazionale e sapersi fare interprete dell'autonomia che i nuovi profili professionali offrono non è tutto. Nella nostra accezione, un tale esperto deve possedere un ulteriore requisito: avere un patrimonio di conoscenze ed abilità che vada dalla gestione domiciliare del catetere a permanenza alla prescrizione del materiale per la gestione dell'incontinenza più adatto, dal counselling urologico all'addestramento all'autocateterismo, alla gestione di parte della diagnostica urologica.

Pare a noi, che la figura su cui puntare la nostra attenzione per formare simili professionisti sia quella infermieristica, e questo per ragioni di carattere sia logistico che di percorso formativo, che consentirebbero all'urologo ed al paziente di avvalersi di una sorta di "patient's tutor" urologico.

Rinnovando la nostra stima per tutti coloro che sono appassionati a tale dibattito, qualunque sia il loro ruolo e la loro posizione in merito, ci auguriamo di poter portare avanti tale argomento.

*Fulvio Olivetti, Anna Carlino, Laura Brancato, Infermieri Professionali
Giuseppina Gibertini, Caposala
Servizio di Urologia della Struttura Complessa di Neuro-Urologia
Azienda Ospedaliera C.T.O. - C.R.F. - M. Adelaide - Torino
info@neuro-urologia.it*

Uro-riabilitatori: dalla formazione alla pratica quotidiana. Un percorso difficile

La proposta formativa ipotizzata nel saggio in oggetto redatto da Biroli è da me ampiamente condivisa anche se difficilmente realizzabile a breve.

È indispensabile che questa figura sia riconosciuta giuridicamente perché dopo anni d'impegno costante per la formazione di I.P. identificati come "uro-riabilitatori", abbiamo amaramente constatato che, per la cronica emergenza infermieristica, nelle varie aziende ospedaliere una buona parte di questi infermieri non ha potuto portare nelle singole realtà quanto appreso durante la formazione (ostracismo da parte dei medici, colleghi, trasferimenti ad altre unità operative, ecc.).

Nell'attesa di questo importante progetto si dovrebbe quindi incrementare la formazione attraverso la formula E.C.M. rivolta però a piccoli gruppi: grandi sale congressuali con grandi numeri d'iscritti, secondo la mia lunga esperienza non portano frutti concreti.

L'aggiornamento sul tema incontinenza per gruppi limitati d'infermieri è più pratico, migliora la consapevolezza e la preparazione dei partecipanti.

*Anna Malini, Caposala
Servizio di Urodinamica ed Endoscopia
U.O. Urologia
Ospedale Civile - Magenta (MI)*

Master per infermieri professionali

Ho preso visione del saggio e lo ritengo un contributo apprezzabile.

Ricordo che, pur essendo Professore di Chirurgia Generale, mi occupo con specifica disciplina di Chirurgia Coloretale ed ho dedicato molto impegno, con tutto il mio gruppo, alla formazione specialistica anche nel settore della continenza, prima attraverso Corsi Universitari e più recentemente attraverso i Master. Il mio contributo all'opera può essere quindi legato a questo campo. Coordino infatti dall'A.A. 2002/2003 il Master in Terapia Enterostomale presso la Università La Sapienza di Roma.

Filippo La Torre

L'infermiere e le altre figure professionali

L'incontinenza urinaria è una patologia che richiede una competenza multispecialistica (urologo, ginecologo, fisiatra, geriatra, pediatra...) ma anche un coinvolgimento multiprofessionale (medico, infermiere, fisioterapista, ostetrica, assistente sociale...). Nel saggio, Antonella Biroli, raccogliendo le indicazioni della Fondazione, ha focalizzato l'attenzione esclusivamente sul ruolo specifico che l'infermiere professionale può e deve avere nel team che in differenti contesti affronta il problema della incontinenza urinaria.

Ciò non significa che nell'ambito delle diverse figure professionali coinvolte sia l'infermiere professionale a svolgere le funzioni più importanti e fondamentali. Ogni figura professionale dovrebbe poter apportare il proprio contributo, caratterizzato da una specifica competenza basata su un bagaglio culturale intrinseco alla propria

professione. Sono convinto infatti che nessun infermiere, per quanto esperto nel settore della urologia funzionale, potrà condurre un trattamento fisioterapico così come un fisioterapista. Ciò risulta evidente in relazione alle conoscenze tecniche specifiche derivanti dalla preparazione di base e di formazione continua in riabilitazione che il fisioterapista possiede. E che dire dell'ostetrica? Chi meglio di lei può condurre un programma di prevenzione e di individuazione precoce dei problemi del pavimento pelvico, sia durante la gravidanza che nel postpartum? Al tempo stesso è impossibile immaginare un fisioterapista o una ostetrica che svolga le funzioni che soltanto un infermiere professionale può svolgere. Queste tre figure professionali devono poter collaborare, ognuna con il proprio bagaglio culturale di base, arricchito da una competenza specifica nel settore delle disfunzioni del pavimento pelvico.

Perché la Fondazione ha voluto affrontare in primis l'aspetto della formazione infermieristica?

Perché a fronte della vastità di ambiti e di contesti nei quali l'infermiere professionale è chiamato ad operare (ricovero in reparti specialistici diversi, case di riposo, lungodegenze, Unità Spinali, ambulatori specialistici, domicilio...), la sua preparazione, necessariamente a largo raggio, prevede scarsa attenzione nel campo specifico della incontinenza. Al contrario i corsi di laurea per fisioterapisti, almeno in alcune esperienze come quella piemontese, prevedono un numero di ore dedicato alla patologia in oggetto. Laddove ciò non avviene sarà utile in futuro prevedere l'inserimento di tale materia nell'ambito degli insegnamenti al corso di Laurea. D'altra parte sia per il fisioterapista che per l'ostetrica "l'impegno formativo" è minore in quanto da una parte il fisioterapista

possiede già delle conoscenze culturali e gli strumenti specifici riguardanti la disciplina riabilitativa in generale, dall'altra per l'ostetrica la formazione prevede già la focalizzazione sull'area urogenitale. Di conseguenza, per quanto riguarda il fisioterapista, la preparazione ad affrontare i problemi disfunzionali del basso apparato urinario e del pavimento pelvico deve prevedere l'insegnamento della applicazione in questo ambito delle conoscenze, tecniche e strumenti che vengono già utilizzati in altri campi della riabilitazione. L'ostetrica, invece, dovrà semplicemente acquisire una maggiore attenzione e sensibilità nei confronti della prevenzione e dello screening precoce delle disfunzioni del pavimento pelvico in gravidanza e dopo il parto.

Nel rispetto delle "specificità di intervento" credo che non debbano esserci motivi di contrasto e di "non collaborazione" tra le diverse figure professionali.

Sono consapevole che negli ultimi anni, nel vuoto formativo esistente, si sono concretizzate esperienze particolari nelle quali una delle tre figure ha finito con il compensare la carenza di altre risorse, ampliando il proprio ambito di intervento e maturando una competenza "quasi trasversale". L'innegabile valore della esistenza di tali figure va salvaguardato, ma vorrei poter dire che ciò fa parte del passato ma non del futuro, in quanto sono fermamente convinto che la professionalità specifica rappresenti una ricchezza che va, ancor più che difesa, "sfruttata" sia sul piano della crescita culturale che sul piano della pratica clinica quotidiana.

*Roberto Carone
Direttore di Struttura Complessa di Neuro-Urologia
Direttore di Dipartimento delle Mielolesioni
Azienda Ospedaliera C.T.O. - C.R.F. - M. Adelaide - Torino
robertocarone@libero.it*

Publicato da DIRECTED s.r.l. - C.so Sempione n. 44 - 20154 Milano

Realizzazione grafica: DIRECTED s.r.l. - Milano

Finito di stampare nel mese di Maggio 2004

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta senza il permesso scritto dell'editore.

Né l'editore, né l'autore possono essere ritenuti responsabili di errori o altre conseguenze derivanti dall'uso di informazioni contenute all'interno della pubblicazione. Non è riportata alcuna osservazione o approvazione inerente farmaci o composti attualmente in fase di indagine clinica.

