

**Associazione di Volontariato**  
**AVI Emilia-Romagna onlus**  
Presidente: dott. Luigina BAISTROCCHI ALLODI

**AUDIZIONE COMMISSIONE SANITA'**  
**SENATO della REPUBBLICA ITALIANA**

Roma, 6 Dicembre 2016

## 1. Introduzione

L'obiettivo di questo breve intervento è focalizzato alla richiesta di introdurre nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) il trattamento conservativo dell'incontinenza urinaria, enfatizzando nel contempo la necessità di organizzare nel territorio nazionale una reale prevenzione secondaria e primaria.<sup>1</sup>

Tali finalità, se raggiunte, potranno da una parte curare l'incontinenza o, per lo meno, attenuarne le complicazioni migliorando la qualità di vita delle persone affette, dall'altro prevenirla con notevole beneficio delle persone e sensibile riduzione dei costi legati alla diagnosi ed al trattamento.

## 2. Incontinenza Urinaria: definizione

La *continenza urinaria* è la capacità di rinviare a piacimento l'atto minzionale e di espletarlo in condizioni di convenienza igienico-sociale: essa è il risultato dell'integrità anatomica e funzionale delle vie urinarie inferiori.

L' *incontinenza urinaria* (IU) è espressione della perdita o della mancata acquisizione di tale capacità, ed è *definibile come l'emissione involontaria di urina attraverso l'uretra in luoghi e tempi inappropriati*.

## 3. Incontinenza Urinaria: classificazione clinica

Dal punto di vista clinico la perdita involontaria di urina può essere classificata come segue:

- 1) IU da sforzo
- 2) IU da urgenza
- 3) IU mista, da sforzo e da urgenza

L'*IU da sforzo o IUS* è quella che insorge in occasione di aumenti della pressione addominale, ad esempio durante colpi di tosse, starnuti, saltellando, in occasione di ponzamenti o manovre di Valsalva, e similari. E' tipica come patologia spontanea del sesso femminile, possibile nella nullipara, ma più frequente nella donna pluripara, accompagnata o meno da prolasso genitale (Artibani, 1991).

L' *IU da urgenza o IUU* è quella che insorge in occasione di sensazioni di urgenza o impellenza minzionale improcrastinabile: in questo caso la vescica si contrae involontariamente e determina la perdita di urina.<sup>2</sup>

L'*IU mista o IUM* ovviamente comporta caratteristiche cliniche di IU da urgenza e da sforzo.

<sup>1</sup>. La prevenzione è data da un insieme di azioni e interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie. In relazione al diverso tipo e alle finalità perseguibili si distinguono tre livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria. *Prevenzione Primaria*: ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e si propone di mantenere le condizioni di salute e di evitare la comparsa di malattie. L'insieme di questi interventi è pertanto finalizzato a ridurre la probabilità che si verifichi un evento avverso non desiderato (riduzione del rischio).

### *Prevenzione Secondaria*

Rappresenta un intervento di secondo livello che, mediante la diagnosi precoce di malattie, in fase asintomatica, mira ad ottenere la guarigione o comunque limitarne la progressione.

### *Prevenzione Terziaria*

Si riferisce a tutte le azioni volte al controllo e contenimento dei esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico o irreversibili, ed ha come obiettivo quello di evitare o comunque limitare la comparsa sia di complicazioni tardive che di esiti invalidanti.

<sup>2</sup>. Può essere inclusa nel concetto di *vescica iperattiva (VI)* o *sindrome della vescica iperattiva* che indica, per definizione, tutte quelle situazioni cliniche in cui sono presenti sintomi quali l'urgenza

minzionale improcrastinabile e l'aumento della frequenza (diurna e/o notturna) degli episodi minzionali, in associazione o meno ad incontinenza urinaria da urgenza.

#### **4. Incontinenza Urinaria: epidemiologia**

La prevalenza di IU aumenta con l'età, riscontrandosi – a seconda delle statistiche – dal 10% al 50% (Thom, 1998; Payne, 1998; Thüroff, 1999). In passato era stato stimato che l'IU potesse interessare almeno 3 milioni di persone in Gran Bretagna e circa 13 milioni di adulti negli Stati Uniti (Thomas *et al*, 1980; Fantl *et al*, 1996). Nel 1997 è stato condotto in 6 città italiane (Bari, Milano, Modena, Roma, Udine e Varese) uno studio epidemiologico sulla prevalenza e sui fattori di rischio dell'IU (Bortolotti *et al*, 2000): tale indagine ha rilevato una prevalenza di IU del 4% negli uomini oltre i 50 anni e del 12% nelle donne oltre i 40.<sup>3</sup>

Per quanto riguarda l'incidenza non esistono sufficienti studi in letteratura tali da fornirci una stima dell'IU; a tal riguardo uno studio di rilievo è quello di Holst e Wilson nel quale viene messo in evidenza che il 10% delle donne originariamente continenti all'età di 65 anni sviluppa un'incontinenza nei successivi tre anni.

I risultati degli studi epidemiologici, finalizzati a determinare la prevalenza e l'incidenza dell'IU, utilizzano parecchi criteri per suddividere la popolazione in esame, i più importanti dei quali sono:

##### **Sesso**

Nella popolazione di età superiore ai 60 anni, il sesso femminile ha una probabilità di essere incontinente doppia rispetto al sesso maschile; per età inferiori ai 60 anni tale differenza risulta ancora più evidente con un rapporto femmine-maschi di 3 a 1 (Thom, 1998; Hampel, 1997).

##### **Età**

La maggior parte degli studi dimostra che la prevalenza dell'IU aumenta con l'avanzare dell'età (Thomas *et al*, 1980; Yarnell *et al*, 1981; Rutchik e Resnick, 1998). A tal riguardo, Hunskaar *et al* nel 1998, su un campione di 13 studi condotti negli ultimi 30 anni, hanno rilevato che la prevalenza dell'IU è direttamente correlata all'età raggiungendo il 20-30% nelle giovani adulte, il 30-40% nell'età media ed il 30-50% nella popolazione più anziana.

##### **Tipo di incontinenza**

Nell'ambito del sesso femminile la prevalenza della IUS è stata variamente riportata con percentuali che oscillano approssimativamente tra il 10-12% e il 50%. La IUS viene riferita più comunemente prima dei 65 anni, mentre in età più avanzata diventano più comuni le forme di urgenza e quelle di tipo misto (Thomas *et al*, 1980).

#### **5. Incontinenza Urinaria: fattori di rischio**

Oltre al sesso e all'età, di cui si è fatta menzione sopra, vi sono altre variabili nel sesso femminile che rappresentano dei probabili o addirittura sicuri fattori di rischio:

##### **Attività lavorativa e sportiva**

Sembra accertato che attività lavorative pesanti (che contemplino frequenti e sensibili sforzi addominali) possano determinare le premesse di una IU e di un prolasso genitale.

Per quanto concerne l'attività sportiva, uno studio di Thyssen *et al*. (2002) sottolinea come l'incontinenza urinaria sia un fenomeno comune tra le atlete d'élite, in particolare nei soggetti praticanti ginnastica artistica. L'inchiesta effettuata su 291 donne, con età media pari a 22,8 anni, dedite ad attività sportiva agonistica riportava che il 51,9% accusava IU (il 43% durante l'allenamento o la competizione, il 42% nella vita quotidiana). Tra gli otto sport analizzati la ginnastica artistica si qualificava come lo sport maggiormente riferito all'origine degli episodi di IU con un'incidenza pari al 56%, seguita in ordine di incidenza decrescente da: danza sportiva 43%, aerobica 40%, pallavolo 30%, atletica leggera 25%, pallamano 21% e pallacanestro 17%. Un precedente studio di Nygaard (1994) ed un nostro studio (Di Benedetto *et al*, 2008) confermavano tali risultati; in particolare il nostro studio effettuato su oltre 200 pallavoliste evidenziava il 30% di IUS.

<sup>3</sup>. La *Prevalenza* misura la proporzione di individui di una popolazione che, in un dato momento, presenta una malattia.

L'*Incidenza* misura la frequenza statistica di una patologia, vale a dire quanti nuovi casi di una data malattia compaiono in un determinato lasso di tempo.

### **Parità e gravidanza**

La gravidanza ed il parto vaginale vengono considerati tra i fattori di rischio della IUS.

La prevalenza di IU varia durante la gravidanza dal 31 al 46% e talora fino al 60% (Wilson *et al*, 1997; Burgio *et al*, 1996) nel terzo trimestre. L'aumento della prevalenza di IU con la parità è dovuto soprattutto ad un incremento delle forme da sforzo e miste; scarsa o nessuna associazione è stata riscontrata tra parità ed urgenza. Il danno da parto è stato ritenuto il fattore eziologico principale delle alterazioni del supporto pelvico e dell'incontinenza da sforzo.

### **Menopausa**

Numerosi studi hanno dimostrato che dopo la menopausa vengono frequentemente lamentati disturbi genito-urinari (secchezza vaginale, dispareunia, pollachiuria, urgenza minzionale, disuria e incontinenza urinaria).

### **Isterectomia**

Gli studi relativi alla correlazione tra isterectomia e rischio di IU sono contraddittori. Milson in un'analisi di 3896 pazienti ha rilevato tuttavia che la frequenza delle perdite urinarie è significativamente più alta nelle donne sottoposte ad isterectomia.

### **Razza**

Riguardo alle differenze razziali esistono poche informazioni epidemiologiche; prolasso genitale, enterocele e IUS sembrano rari nelle donne cinesi, eschimesi e nere.

### **Fumo, alcol e caffè**

Gli studi riguardanti tali fattori di rischio sono discordanti: alcuni ritengono che ci sia un'associazione tra queste abitudini e il rischio di IU (Hampel *et al*, 1997); altri non rilevano alcuna correlazione (Bortolotti *et al*, 2000). In un vasto studio retrospettivo controllato su donne incontinenti Bump e Mc Clish (1992) hanno constatato un'associazione significativa tra fumo di sigaretta e IU: il fumo era associato ad un aumento da due a tre volte del rischio relativo di IU.

### **Obesità**

Nelle donne con IU, l'obesità è un reperto comune. In un vasto studio su donne incontinenti, Dwyer *et al* (1988) hanno riscontrato che l'obesità era significativamente più comune nelle donne con IUS e IUU rispetto alla popolazione normale.

### **Prostatectomia radicale**

L'IU, associata o meno alla disfunzione erettile, è assai frequente subito dopo l'intervento.

Ad un anno dall'intervento (Filocamo *et al*, 2004) l'IU si aggira sul 6-7%.

## **6. Altre patologie disfunzionali del pavimento pelvico**

L'IU rappresenta la patologia pelvica più nota. Si fa riferimento sempre ad essa quando si parla di disfunzione del pavimento pelvico e del suo trattamento riabilitativo, in quanto il precursore di tale riabilitazione è stato un ginecologo (A. Kegel, USA, anni '50 del secolo scorso). Alla sua brillante ispirazione si deve, dopo parecchi anni di oblio, il successo della riabilitazione perineale, che è stata poi estesa ad altre patologie disfunzionali del pavimento pelvico, quali il **prolasso genitale** (di vescica, utero e retto), l'**incontinenza anale**, la **stipsi** grave, le **disfunzioni sessuali** e il **dolore cronico perineale**.<sup>4</sup> A Kegel dobbiamo oggi il nostro tributo, anche perché è stata finalmente accettata l'idea di una perineologia unitaria, non frammentata in una parte anteriore (propria dell'urologo), media (propria del ginecologo) e posteriore (propria del colonproctologo o chirurgo ano-rettale).

---

<sup>4</sup> La prevalenza di prolasso genitale significativa è stimata essere del 10%, mentre la prevalenza di incontinenza anale (ai gas o alle feci) è stimata essere del 1,4%-4%, aumentando sensibilmente con l'età (quasi sempre associata alla IU).

La prevalenza del dolore cronico perineale sembra essere del 12% nelle donne.

## 7. Incontinenza Urinaria: trattamento (prevenzione terziaria) e prevenzione secondaria

La riabilitazione perineale costituisce ormai da oltre un trentennio un riconosciuto approccio a molteplici disfunzioni uro-ginecologiche, fra le quali va sicuramente segnalata l'incontinenza urinaria ove acquisisce un duplice aspetto, terapeutico (prevenzione terziaria) e preventivo (prevenzione secondaria).

I cardini del trattamento riabilitativo sono rappresentati dal biofeedback, dalla stimolazione elettrica funzionale e, in particolare, dalla chinesiterapia pelvi-perineale ( o pelvic floor muscle training/ PFMT, come universalmente citato dalla *International Continence Society/ICS*).

Proprio l'ICS nel 1998 ha organizzato la 1<sup>st</sup> *International Consultation on Incontinence (ICI)*, in cui sono stati presentati gli algoritmi diagnostico-terapeutici della IU **ove la riabilitazione perineale risultava essere** (insieme alle modificazioni sullo stile di vita) **il primo approccio terapeutico**, soprattutto nel sesso femminile.

Negli anni successivi, oltre a riaffermare la centralità del trattamento riabilitativo nella IU, sono stati prodotti vari studi a testimoniare la necessità di una prevenzione secondaria dopo il parto per via vaginale. Da qui la raccomandazione della 4<sup>th</sup> ICI di **proporre a tutte le donne con IU persistente dopo 3 mesi dal parto di effettuare un quotidiano PFMT**, che ha l'obiettivo di curare o attenuare l'IU e di prevenire l'instaurarsi di un prolasso genitale o di altre disfunzioni pelvi-perineali. **Sarebbe, comunque, utile** (come da più parti proposto ed attuato) **offrire a tutte le donne che hanno partorito** (in particolare per via vaginale) un trattamento riabilitativo dopo il parto, nell'ottica di una vera prevenzione secondaria.

**Risulta pertanto ovvia la necessità indilazionabile di includere il trattamento riabilitativo dell'incontinenza urinaria nei livelli essenziali di assistenza.**

## 8. Incontinenza Urinaria: prevenzione primaria

Nei prossimi anni la percentuale di IU non potrà che essere ulteriormente aumentata (ci si aspetta entro il 2020 circa un 10% di aumento).

Ciò dovrebbe far riflettere sulla ineluttabilità di produrre uno sforzo nazionale in termini di una migliore educazione alla salute con informazioni chiare su quello che si può realisticamente fare nella acquisizione che l'incontinenza uro-fecale, il prolasso genitale nella donna, le disfunzioni sessuali e il dolore cronico perineale sono condizioni che possono essere prevenute, trattate spesso con successo e, se intrattabili, gestite in maniera soddisfacente.

La **prevenzione primaria** è finalizzata a modificare gli stili di vita onde evitare il manifestarsi delle disfunzioni pelviche (in particolare della IU) e si può realizzare attraverso vari percorsi, nel contesto dei quali non si può prescindere da:

- introduzione nella scuola secondaria di una informazione adeguata;
- "sdoganamento" di una attività fisica perineale nelle studentesse;
- organizzazione di una attività di "fitness perineale" (come già avviene in qualche città nell'ambito dei programmi di Attività Fisica Adattata) per tutte le donne, in particolare per quelle a rischio di IU e di prolasso genitale a causa della loro attività lavorativa o sportiva.

## Bibliografia

- Abrams P, Wein AJ. Introduction: overactive bladder and its treatments. *Urology*; 55-5A: 1-2, 2000.
- Abrams P, Cardozo L, fall M *et al.* The standardization of terminology in lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn*; 21:167, 2002.
- Artibani W. *Meccanismi di continenza e incontinenza urinaria*. In: Di Benedetto P. (ed.): "Riabilitazione neuro-uroginecologica 1990" 2<sup>a</sup> Ed, ART, 181-4, 1991.
- Artibani W. Diagnosis and significance of idiopathic overactive bladder. *urology*; 50 (Suppl 6A):25, 1997.
- Artibani W. Vescica iperattiva: definizione e significato. *Urodinamica*; 9,2 (suppl):2-5, 1999.
- Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nacci G, Bandoni M, *et al.* Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur Urol*; 37:30-5, 2000.
- Bosch R. Instability of the bladder: pathophysiology unknown?. *Neurourol Urodyn*; 9:563-6, 1990.
- Bump RC, Mc Clish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynaecol*; 167:1213,1992.
- Burgio K.L. *et al.* Urinary incontinence during pregnancy in a racially mixed sample: characteristics and predisposing factors. *Int Urogyn J Pelvic Floor Dysf*; 7:69,1996.
- Di Benedetto P, Delneri C. Aspetti epidemiologici dell'incontinenza urinaria. In: Giambanco V, Romanini C (eds). *Epidemiologia e Sanità. Edi-Meeting, Ginecologia ed Ostetricia*; 2:1-10, 1999.
- Diokno, A.C. Brown Herzog. *Et al.* Clinical and cystometric characteristics of continent and incontinent non institutionalized elderly. *J Urol*; 140:567,1988.
- Donker PJ, Ivanovici F, Noach EL. Analysis of urethral pressure profile by means of electromyography and administration of drugs. *Br J Urol* 44:667, 1972.
- Dwyer PL *et al.* Obesity and urinary incontinence in women. *Br J Obstet Gynaecol* 95:91 1988.
- Fantl JA, Newman DK, Colling J *et al.* Managing acute and chronic urinary incontinence: clinical practice guideline. N.2, 1996 update (AHCPR Pub 96-0686).
- Groutz A, Gordon D, Keidar R. *et al.* Stress urinary incontinence: prevalence among nulliparous compared with primiparous and grand multiparous premenopausal women. *Neurourol Urodyn*; 18:419-25, 1999.
- Hampel C, Wienhold N *et al.* Definition of overactive bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology*; 50 (Suppl 6A):4-14, 1997.
- Holst K, Wilson PD. The prevalence of urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. *NA Med J*; 101:756, 1988.
- Hunnskaar S., Arnold EP, Burgio AC *et al.* Epidemiology and natural history of urinary incontinence. Abrams P, Khoury S, Wein A (eds). *Incontinence*:199-226, 1998.
- Milsom I, Ekelund P, Molander U *et al.* The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol*; 149:1459-62, 1993.
- Nygaard IE, Glowacki C, Saltzman CL. Relationship between foot flexibility and urinary incontinence in nulliparous varsity athletes. *Obstet Gynecol* 1996;87(6):1049-51.

Nygaard IE. Does prolonged high-impact activity contribute to later urinary incontinence? A retrospective cohort study of female Olympians. *Obstet Gynecol* 1997;90(5):718-22.

Olivo G. Incontinenza e ritenzione urinaria non neurogena. In: Di Benedetto P, Bevilacqua I (eds). *Incontinenza urinaria – Prevenzione, Nursing, Riabilitazione*. Milano, Collana SIPP, UIC Ed, 2000.

Payne CK. Epidemiology, pathophysiology, and evaluation of urinary incontinence and overactive bladder. *Urology*; 51 (Suppl 2A):3-10, 1998.

Rutchik SD; Resnick MI The epidemiology of incontinence in the elderly. *Br J Urol*; 82 ( Suppl); 1: 1-4,1998 .

Salvatore S, Artibani W, Di Benedetto P, *et al.* An Italian epidemiological study on urinary incontinence. 28<sup>th</sup> Annual Meeting ICS (abstract),Jerusalem, September 14-17, 1998.

Siracusano S, Pregazzi R, d'Aloia G, Sartore A, Di Benedetto P, Pecorari V, Guaschino S, Pappagallo G, Belgrano E. Prevalence of urinary incontinence in young and middle-aged women in Italian urban area. *Eur J Obst & Gynecol and Reprod Biology*; 107:201-4, 20003.

Thyssen HH, Clevin L, Olesen S, Lose G. Urinary incontinence in elite female athletes and dancers. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002;13(1):15-7.

Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *JAGS*; 46:473-80, 1998.

Thomas TM, Plymatt KR , Blannin J, Meade TW . Prevalence of urinary incontinence. *BMJ*; 81:1242-5, 1980.

Thüroff JW. Epidemiology of bladder control problems. *Curr Opin Urol*; 9:283-4, 1999.

Toozs- Hobson P, Athanasiou S, Khullar V, Boos K, Anders K & Cardozo L . Why do women develop incontinence after childbirth? *Neurourol Urodyn*;16:384-5;1997.

Vignoli G. *L'incontinenza urinaria femminile*. AlfaWassermann Ed, 2000.

Vignoli G. *La vescica iperattiva – Key Facts*. UTET. Torino, 2002.

Viktrup L et al. The symptom of stress urinary incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas. *Obstet Gynecol*;79:945-9, 1992.

Wilson PD, Herbison GP, Glazener CMA, Lang G, Gee H, Mac Arthur C. Postnatal incontinence: a multicenter, randomised controlled trial of conservative treatment .*Neurourol Urodyn*;16:349-50, 1997.

Yarnell JW, Voyle GJ, Richards CJ, Stephenson TP. The prevalence and severity of urinary incontinence in women. *J Epidemiol. Community Health*, 35:71,1981.