



AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO"

Sede legale: Viale Roma 7 - 28100 NOVARA

Partita I.V.A.: 01522670031

Presidio Ospedaliero di Borgomanero
V.le Zoppis, 10-28021 Borgomanero

SSvD Recupero e Rieducazione Funzionale Area Nord Dipartimento Chirurgia (Direttore Dipartimento Chirurgia: dott. Giovanni Brugo)

SCHEDE INFORMATIVA PER LA RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVI-PERINEALE

DEFINIZIONE DELL'INTERVENTO SANITARIO PROPOSTO: La **riabilitazione del pavimento pelvico** può essere definita come un insieme di tecniche specifiche di tipo conservativo che hanno come obiettivo la correzione di molteplici disfunzioni.

Il pavimento pelvico è formato da un insieme di muscoli che si intrecciano tra loro e chiudono verso il basso il bacino; abbracciano l'apparato urinario (uretra, vescica) e la vagina (nella donna) formando il pavimento pelvico anteriore, e l'apparato ano/rettale (ano, retto) formando il pavimento pelvico posteriore. **Il pavimento pelvico** è un organo dinamico: sollecitato continuamente dal peso del nostro corpo, è soprattutto impegnato nel contrastare gli aumenti di pressione intra-addominale conseguenti agli incrementi di carichi (sollevare pesi, tossire, starnutire, correre ecc.), da condizioni croniche (stipsi ostinata), dall'evento parto.

In relazione a quanto detto esistono sintomi che nascono dallo squilibrio di queste funzioni. In base all'organo possiamo distinguerli in urinari, vaginali, ano-rettali.

I sintomi urinari possono riassumersi in:

- perdita involontaria di urina
- urgenza ad urinare
- necessità di urinare più spesso (più di 8 volte nelle 24 ore) in assenza di infezioni delle vie urinarie
- difficoltà a svuotare completamente la vescica
- senso di peso vescicale

I sintomi vaginali possono riassumersi in:

- senso di peso per la presenza di prolapsi
- dolore post parto causato da lacerazioni o episiotomie
- dolore con i rapporti sessuali
- diminuzione della percezione sessuale

I sintomi ano-rettali possono riassumersi in:

- perdita involontaria di gas e/o feci
- urgenza alla defecazione
- mancata percezione dello stimolo evacuativo
- difficoltà allo svuotamento
- incoordinazione nelle spinte defecatorie
- senso di peso anale

SCOPO DEL TRATTAMENTO SANITARIO PROPOSTO: L'**approccio riabilitativo** è indicato sia quando questi sintomi sono disfunzionali (cioè non sostenuti da malattie organiche) sia nei casi in cui è previsto o è stato effettuato un approccio chirurgico o è stato prescritto un trattamento farmacologico.

Modalità: Le tecniche riabilitative sono rappresentate da:

- Chinesiterapia pelvi-perineale

(nella rieducazione del PP anteriore e posteriore nella donna e nell'uomo)

- Biofeedback terapia

(nella rieducazione del PP anteriore nella donna)

La chinesiterapia viene effettuata dal TdR (Terapista della Riabilitazione) in sedute individuali della durata di 1 ora, e prevede una prima fase di valutazione dello stato del PP (mediante tecniche di valutazione eseguite dal TdR) e conseguente presa di coscienza delle problematiche disfunzionali e squilibri muscolari da parte del paziente.

Successivamente vengono somministrati gli esercizi attivi assistiti.

Laddove ritenuto necessario sia nella fase di valutazione che di trattamento ci si può adiuvarne dell'apparecchio biofeedback che consiste in una sonda-manometro vaginale collegata a computer, che permette di visualizzare sullo schermo la qualità dell'esercizio eseguito dal paziente.

Nel nostro Servizio non è al momento previsto l'utilizzo di stimolazione elettrica funzionale.

Il numero di sedute previste è di 10.

Alla fine del ciclo il paziente verrà educato alla prosecuzione degli esercizi a domicilio la cui regolare esecuzione (secondo quanto indicato), consentirà il mantenimento nel tempo dei risultati raggiunti.



AZIENDA SANITARIA LOCALE "NO"

Sede legale: Viale Roma 7 - 28100 NOVARA

Partita I.V.A.: 01522670031

*Presidio Ospedaliero di Borgomanero
V.le Zoppis, 10-28021 Borgomanero*

S.C. Recupero e Rieducazione Funzionale Area Nord

Dipartimento Chirurgia

(Direttore Dipartimento Chirurgia: dott. Giovanni Brugo)

CONSENSO INFORMATO INTERVENTO RIABILITATIVO PAVIMENTO PELVICO

Data..... Io sottoscritto/a Cognome.....

Nome.....

N. cart. Clinica..... Nato/a il.....

Dichiaro di essere stato/a informato/a riguardo la natura della mia
malattia.....

Dopo discussione del caso clinico l'intervento propostomi
è.....

L'intervento propostomi può comportare alcuni effetti collaterali occasionali e
reversibili come disestesie all'inizio del trattamento, stancabilità temporanea della
muscolatura del pavimento pelvico, irritazioni della mucosa vaginale, dolorabilità
pelvica e perineale.

L'intervento riabilitativo può comportare occasionalmente un rischio di infezione e
ustione.

Le eventuali complicanze possono determinare un danno patrimoniale non
quantificabile.

Sono stato/a altresì informato/a che per la mia malattia esistono/non esistono altre
opzioni terapeutiche

.....
.....
e che un eventuale rifiuto dell'intervento potrebbe
comportare.....

.....
Dichiaro di aver compreso quanto spiegatomi e sono consapevole di potermi
rivolgere al medico e/o alla fisioterapista per qualsiasi ulteriore informazione.

Quindi acconsento/non acconsento a sottopormi all'intervento riabilitativo
propostomi.

Firma.....

La mia firma attesta che:

- Ho letto/mi è stato letto e compreso questo consenso.
- Mi è stato spiegato in modo esauriente l'intervento riabilitativo previsto, compresi i possibili rischi.
- Ho avuto tutte le informazioni che desideravo avere con ampia opportunità di porre domande.
- Ho capito i rischi potenziali e sono d'accordo con quanto verrà effettuato.
- Sono inoltre stato/a messo/a al corrente che le eventuali complicanze possono determinare un danno patrimoniale non quantificabile e non prevedibile per cui sollevo il medico e/o la fisioterapista esecutori dalle conseguenze di tale danno.

Do quindi la mia autorizzazione e consenso ad essere sottoposto/a all'intervento riabilitativo.

Resta inteso che se, per qualsiasi motivo, decidessi di non sottopormi al trattamento riabilitativo, sarò assolutamente libero/a di poterlo fare senza che questo influenzi il rapporto di assistenza con il medico e la fisioterapista che mi hanno in cura.

Firma..... Il medico.....

Il tutore..... Il fisioterapista.....