

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance**

**Vers.1/2025
Rev.00**

31.05.2025

PROCEDURA AMBULATORIO RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance**
**Vers.1/2025
Rev.00**
31.05.2025

Redazione	Verifica	Approvazione	Pubblicazione
<p>Dott.ssa Sabrina Albau Medico specialista in Ginecologia</p> <p>SABRINA ALVAU Firmato digitalmente da SABRINA ALVAU Data: 2025.05.30 08:54:02 +02'00'</p> <p>Dott.ssa Francesca Petretto IFP Specialist in Riabilitazione del Pavimento Pelvico</p> <p>FRANCESCA PETRETTA Firmato digitalmente da FRANCESCA PETRETTA Data: 2025.05.30 07:54:07 +02'00'</p> <p>Dott.ssa Annalisa Areddu IFO area Riabilitazione e Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza</p> <p>AREDDU ANNA LISA Firmato digitalmente da AREDDU ANNA LISA Data: 2025.05.29 08:02:29 +02'00'</p> <p>Dott.ssa Serenella Carta IFO Area Materno Infantile e della Famiglia</p> <p>CARTA SERENELLA Firmato digitalmente da CARTA SERENELLA Data: 2025.05.29 07:54:53 +02'00'</p> <p>Dott.ssa Daniela Porcu IFO SC Ostetricia e Ginecologia Alghero</p> <p>Daniela Porcu Firmato digitalmente da Daniela Porcu Data: 2025.05.30 01:43:36 +02'00'</p>	<p>Dott. Mario Farina (Direttore SC. Ginecologia e Ostetricia Alghero)</p> <p>MARIO FARINA Firmato digitalmente da MARIO FARINA Data: 2025.06.03 10:45:14 +02'00'</p> <p>Dott.ssa Anita Giacomi (Direttore Presidio Alghero)</p> <p>Firmato digitalmente da: Giacomi Giovanna Leonarda Firmato il 03/06/2025 12:06 Seriale Certificato: 3520944 Valido dal 29/04/2024 al 29/04/2027 InfoCamere Qualified Electronic Signature CA</p> <p>Dott.ssa Sabrina Albau Medico specialista in Ginecologia</p> <p>SABRINA ALVAU Firmato digitalmente da SABRINA ALVAU Data: 2025.05.30 16:51:34 +02'00'</p> <p>Dott. Antonio Gaias Medico specialista in Ginecologia</p>	<p>Dott.ssa Claudia Dessanti (Dirigente Medico SCPSOAG)</p> <p>Dott. Vito La Spina Direttore Sanitato</p>	<p>S.C. Pianificazione strategica, organizzazione aziendale e Governance</p>

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance**
**Vers.1/2025
Rev.00**
31.05.2025

Sommario

2. Scopo/Obiettivo	4
3. Campo di Applicazione.....	5
4. Abbreviazioni terminologia definizioni	5
5. Costituzione gruppo di lavoro.....	6
6. Responsabilità	7
6.1 Matrice delle responsabilità	7
7. Descrizione delle attività.....	8
7.1 Prenotazione della valutazione:	8
7.2 Accoglienza e valutazione iniziale	8
7.3 Definizione del Piano Riabilitativo:	9
7.4 Trattamenti specifici:	9
7.5 Monitoraggio e valutazione finale:	9
7.6 Promozione della prevenzione:	9
7.7 Monitoraggio e valutazione della procedura:.....	10
8. Descrizione attività – diagramma di flusso	11
8.1 Gestione iniziale	11
8.2 Trattamento rieducativo.....	12
8.3 Diagnosi presunta e programmazione del trattamento	13
8.4 Durante la gravidanza	14
8.5 Durante il Parto	15
8.6 Durante il Post-Partum	15
9. Conservazione e distribuzione dei documenti	16
10. Riferimenti bibliografici	17

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance****Vers.1/2025
Rev.00****31.05.2025**

1. Premessa

La salute del pavimento pelvico è spesso un tema poco discusso per motivi culturali, sociali e personali. Questo silenzio genera tabù e incomprensioni che possono scoraggiare molte persone dal cercare aiuto, soprattutto in situazioni di disagio come l'incontinenza o le disfunzioni sessuali.

Disfunzioni del pavimento pelvico sono spesso vissute con imbarazzo, portando chi ne soffre a evitare di parlarne o a rimandare il consulto medico. Questo peggiora il quadro clinico e ritarda l'accesso a terapie che potrebbero risolvere o migliorare i sintomi.

La sensibilizzazione verso la salute del pavimento pelvico è cruciale; è necessaria un'educazione pubblica che incoraggi alla prevenzione, aiutando a ridurre la prevalenza delle disfunzioni, soprattutto per chi affronta condizioni specifiche come il post-parto o l'invecchiamento.

Le disfunzioni del pavimento pelvico influiscono pesantemente sulla qualità della vita, limitando le attività quotidiane e sociali, aumentando il rischio di isolamento e depressione. Perciò, il supporto sociale e la normalizzazione del tema possono aiutare a ridurre questi effetti negativi.

Negli ultimi anni, grazie alla maggiore diffusione di informazioni sulla salute intima, cresce l'attenzione pubblica verso il pavimento pelvico. Le campagne di sensibilizzazione aiutano a informare la popolazione e ad abbattere le barriere culturali, rendendo la riabilitazione più accessibile e riducendo lo stigma associato a tali problematiche.

Questa crescente consapevolezza promuove una cultura della prevenzione della cura, favorendo l'accesso a percorsi terapeutici dedicati.

2. Scopo/Obiettivo

- Garantire un accesso facilitato ai servizi di riabilitazione del pavimento pelvico;
- Garantire un approccio uniforme, sistematico e multidisciplinare nella gestione delle disfunzioni del pavimento pelvico;
- Migliorare la qualità di vita dei pazienti attraverso interventi personalizzati e non invasivi;
- Ridurre le complicanze post – operatorie e promuovere un più rapido recupero
- Promuovere la prevenzione, la diagnosi precoce e la salvaguardia della salute del pavimento pelvico.

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance**
**Vers.1/2025
Rev.00**
31.05.2025

3. Campo di Applicazione

Questa procedura si applica a tutti i pazienti adulti afferenti all'ambulatorio con sintomi o problematiche legate al pavimento pelvico:

- Inkontinenza urinaria;
- Inkontinenza fecale;
- Dolore pelvico cronico;
- Prolasso degli organi pelvici;
- Difficoltà sessuali;
- Riabilitazione pre e post-operatoria per prolasso genitale;
- Preparazione e recupero in gravidanza e post-partum;
- Persone che necessitano di prevenzione (es. anziani, sportivi, persone a rischio);
- Pazienti segnalati da altri professionisti sanitari.

4. Abbreviazioni terminologia definizioni

EMG (Elettromiografia): Elettromiografia, una tecnica che misura l'attività elettrica dei muscoli del pavimento pelvico per monitorare la loro funzionalità e utilizzata nella riabilitazione per migliorare il controllo muscolare.

PFD (Pelvic Floor Dysfunction): Disfunzione del pavimento pelvico, un termine che descrive una serie di problemi legati alla debolezza o al malfunzionamento dei muscoli del pavimento pelvico, che possono includere inkontinenza urinaria, prolasso degli organi pelvici e dolore pelvico.

PFX (Pelvic Floor Exercises): Un'altra abbreviazione per esercizi del pavimento pelvico, simili a "PFMT", che si riferisce a qualsiasi tipo di esercizio volto a rinforzare i muscoli pelvici.

PUS (Pelvic Ultrasound): Ecografia pelvica, utilizzata per monitorare e diagnosticare eventuali disfunzioni o anomalie nel pavimento pelvico, come il prolasso degli organi pelvici.

TENS/PFM (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation/Pelvic Floor Muscles): Una combinazione di TENS (Stimolazione Elettrica Nervosa Transcutanea) e esercizi per il pavimento pelvico. TENS viene usato per il controllo del dolore o per migliorare la funzione muscolare del pavimento pelvico.

ES (Electrical Stimulation): Stimolazione elettrica, una terapia che utilizza impulsi elettrici per stimolare i muscoli del pavimento pelvico, migliorando il tono muscolare e la funzionalità.

UI (Urinary Incontinence): Inkontinenza urinaria, un termine generico che indica la perdita involontaria di urina, spesso trattata con esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico.

Kegel: Non è un acronimo vero e proprio, ma si riferisce agli esercizi di Kegel, ideati dal ginecologo Arnold Kegel per rinforzare i muscoli del pavimento pelvico. Questi esercizi sono fondamentali per migliorare il tono muscolare e la continenza urinaria.

PFMT (Pelvic Floor Muscle Training): Si riferisce agli esercizi di allenamento dei muscoli del pavimento pelvico. È un termine generico che indica la riabilitazione e l'allenamento di questi muscoli attraverso esercizi mirati.

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance****Vers.1/2025
Rev.00****31.05.2025**

PFE (Pelvic Floor Exercises): Un altro termine che si riferisce agli esercizi specifici per il pavimento pelvico, come quelli di Kegel, ma può anche includere altre tecniche di riabilitazione muscolare.

PFS (Pelvic Floor Strengthening): Rafforzamento del pavimento pelvico, un obiettivo primario della riabilitazione pelvica, che si concentra sul miglioramento del tono e della resistenza muscolare del pavimento pelvico.

Biofeedback: Anche se non è un acronimo, è una tecnica frequentemente usata nella riabilitazione del pavimento pelvico, che permette al paziente di monitorare e migliorare il controllo muscolare attraverso dispositivi elettronici.

5. Costituzione gruppo di lavoro

Il gruppo di lavoro, scelto per competenza e motivazione, è rappresentativo di tutti i professionisti coinvolti nel problema di salute in questione. Nello specifico ne fanno parte:

- Dott.ssa Sabrina Alvau, Medico specialista in Ginecologia ed Ostetricia
- Dott.ssa Francesca Petretto, IFP Specialist in Riabilitazione del Pavimento Pelvico
- Dott.ssa Daniela Porcu, IFO S.C. Ostetricie e Ginecologia P.O. Alghero
- Dott.ssa Serenella Carta, IFO Area Materno Infantile e della Famiglia
- Dott.ssa Annalisa Areddu, IFO area Riabilitazione e Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza
- Dr Antonio Gaias, Medico Specialista in Ginecologia ed Ostetricia
- Dssa Elisa Dachena, Ostetrica SC Ginecologia ed Ostetricia Alghero
- Dssa Giovanna Mastandrea, Ostetrica SC Ginecologia ed Ostetricia Alghero

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance**
**Vers.1/2025
Rev.00**
31.05.2025

6. Responsabilità

6.1 Matrice delle responsabilità

ATTIVITÀ/PROCESSO	IFP Specialist Riabilitazione P.P.	Specialista (Ginecologo/Urologo/ Proctologo)	PdS Ostetrica	PdS Fisioterapista Specializzato	Cordinatore del servizio	Medico di base	Psicologo/Sessuologo (se necessario)
Identificazione del bisogno del paziente	R	R	C	C	C	C	C
Richiesta della consulenza (segnalazione)	C	R	C	C	C	R	C
Valutazione iniziale (colloquio e test)	C	R	C	C	A	C	C
Formulazione del piano terapeutico personalizzato	C	R	C	C	A	C	C
Trattamento riabilitativo (esercizi, biofeedback, elettrostimolazione)	C	C	R	R	C	C	C
Monitoraggio dei progressi del paziente	R	R	C	C	C	C	C
Coinvolgimento multidisciplinare	R	R	C	C	C	C	C
Educazione del paziente sulla prevenzione	C	R	R	R	C	R	C
Sensibilizzazione e campagne informative	R	R	R	R	A	R	R
Feedback e miglioramento del servizio	R	C	C	C	A	C	C

R = Responsible C= Coinvolto

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance**
**Vers.1/2025
Rev.00**
31.05.2025

7. Descrizione delle attività

7.1 Prenotazione della valutazione:

L'accesso all'ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico è regolamentato attraverso il sistema CUP (Centrale Unica di Prenotazione), che consente una gestione centralizzata ed efficiente delle richieste. Al fine di garantire un percorso organizzato e adeguato ai bisogni del paziente, è necessario attenersi alle indicazioni descritte di seguito.

Le richieste di accesso devono essere effettuate esclusivamente attraverso il sistema CUP, utilizzando i codici specifici attribuiti alle prestazioni relative alla riabilitazione del pavimento pelvico.

I codici assegnati devono essere comunicati correttamente durante la prenotazione per evitare disguidi o errori nell'attribuzione delle prestazioni.

I codici di prenotazione specifici per l'ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico sono i seguenti:

- 89.26.1 VISITA GINECOLOGICA
- 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO
- 88.78.2 ECOGRAFIA GINECOLOGICA
- 93.01.A VALUTAZIONE MONO-FUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO-URINARIE (TURBE VESCICO-MINZIONALI) PERINEALI
- 93.01.C VALUTAZIONE MONO-FUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI (FORZA-TONO-RESISTENZA)

Le impegnative relative ai trattamenti specifici verranno generate dal medico specialista che definisce il Piano Riabilitativo.

I codici relativi sono i seguenti:

- 93.11.9 RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO
- 93.39.6 ELETROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI

7.2 Accoglienza e valutazione iniziale

Accoglienza: L'ostetrica o l'infermiere accolgono il paziente, forniscono informazioni sul percorso e raccolgono il consenso informato.

Anamnesi clinica:

- Storia medica e chirurgica.
- Sintomi attuali (incontinenza, dolore, infiammazioni).
- Questionario iniziale e compilazione cartella ambulatoriale della Riabilitazione.

Esame obiettivo:

- Valutazione postura, addome e area pelvica.
- Test specifici (Stress test, testing perineale)
- Ecografia funzionale e, se necessario, esami uro dinamici per l'inquadramento delle Incontinenze urinarie miste.

SC. Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance	Vers.1/2025 Rev.00	31.05.2025
---	-------------------------------	-------------------

7.3 Definizione del Piano Riabilitativo:

- Obiettivi concordati con il paziente.
- Interventi proposti:
 - Terapie strumentali: Elettrostimolazione, Biofeedback.
 - Esercizi terapeutici: Rinforzo muscolare, esercizi di Kegel.
 - Interventi educativi: Rieducazione comportamentale.

7.4 Trattamenti specifici:

- Sedute di riabilitazione:
 - Numero e frequenza delle sedute.
 - Modalità: Terapie combinate con biofeedback ed esercizi domiciliari.
- Supporto pre e post-chirurgico:
 - Valutazione precoce.
 - Protocollo di recupero muscolare e sfinterico.
- Riabilitazione in gravidanza e post-partum:
 - Preparazione al parto: tecniche di respirazione e rilassamento
 - Recupero post-partum: esercizi di rinforzo muscolare e prevenzione complicate

Le impegnative relative ai trattamenti specifici verranno generate dal medico specialista che definisce il Piano Riabilitativo.

I codici relativi sono i seguenti:

- 93.11.9 RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO
- 93.39.6 ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI

7.5 Monitoraggio e valutazione finale:

- Rivalutazione periodica con test clinici.
- Confronto tra stato iniziale e progressi scala dolore, forza muscolare
- Questionario finale per feedback paziente.

7.6 Promozione della prevenzione:

- Campagne di Sensibilizzazione;
- Organizzare incontri informativi per professionisti sanitari e per pazienti;
- Distribuire materiali educativi (brochure, guide pratiche) nei centri sanitari;
- Promuovere la prevenzione attraverso i social media e workshop.

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance****Vers.1/2025
Rev.00****31.05.2025****7.7 Monitoraggio e valutazione della procedura:**

- 1) Riduzione della frequenza degli episodi di incontinenza

Descrizione: percentuale di pazienti che riportano una riduzione $\geq 50\%$ del numero di episodi sintomatici dopo 3 mesi di trattamento

- 2) Adesione al piano riabilitativo

Descrizione: percentuale di pazienti che completano almeno l'80% delle sedute previste di riabilitazione del pavimento pelvico

- 3) Soddisfazione del paziente

Descrizione: percentuale di pazienti che esprimono un livello di soddisfazione al termine del trattamento.

Feedback: raccogliere opinioni dai pazienti e dai professionisti coinvolti per migliorare il processo

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance**
**Vers.1/2025
Rev.00**
31.05.2025

8. Descrizione attività – diagramma di flusso

8.1 Gestione iniziale

**Gestione iniziale – Accoglienza e Presa in carico della Donna affetta da IU
(creazione cartella personale)**

ANAMNESI COMPLETA
CON ATTENZIONE ALLA SINTOMATOLOGIA URINARIA

ESAME FISICO di BASE
Valutazione dell'Addome, dei Genitali, della Statica Pelvica e del Pavimento Pelvico

ADDOME

Scopo dell'esame rilevare la presenza di: Adiposità in eccesso (addome globoso), Lassità dei tessuti, smagliature, Diastasi addominale, Erne evidenti, Esiti cicatriziali
Posizione: Iltotomica

GENITALI ESTERNI - STATICA PELVICA

Tramite ispezione dei genitali esterni, dell'area perineale e vulvare saper riconoscere:
stato di distrofia/atrofia delle mucose vaginali, situazioni di prollasso e relativo grado secondo HWS, Presenza di ipermobilità uretrale
Posizione: ginecologica modificata/in ortostatismo

PAVIMENTO PELVICO

Tramite ispezione dei genitali esterni e vaginale valutare:

La distanza ano-vulvare e il tono del nucleo fibroso centrale del perineo (centro tendineo), Il Tono muscolare a riposo (tono di base) del muscolo elevatore dell'ano, Le modificazioni del tono di base durante la stazione eretta, la tosse e con manovra di Valsava, La presenza di coscienza dell'area perineale, L'isolabilità della contrazione perineale, L'identificazione di eventuali sinergie/dissinergie muscolari, La presenza dei riflessi bulbocavernoso, ano-rettale e di chiusura perineale allo sforzo

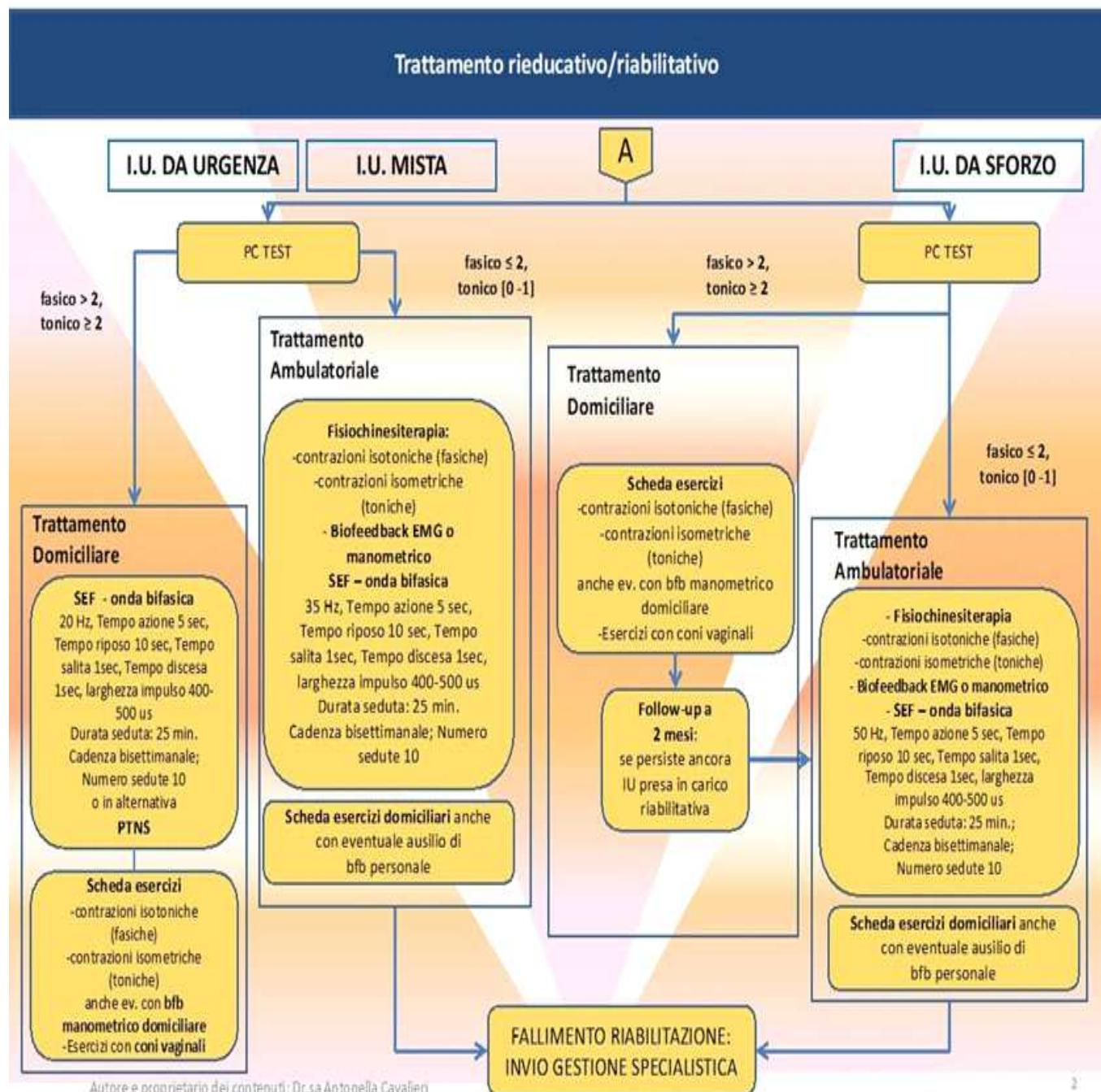
Tramite ispezione vaginale Esecuzione del PC TEST (muscolo pubo-coccigeo):

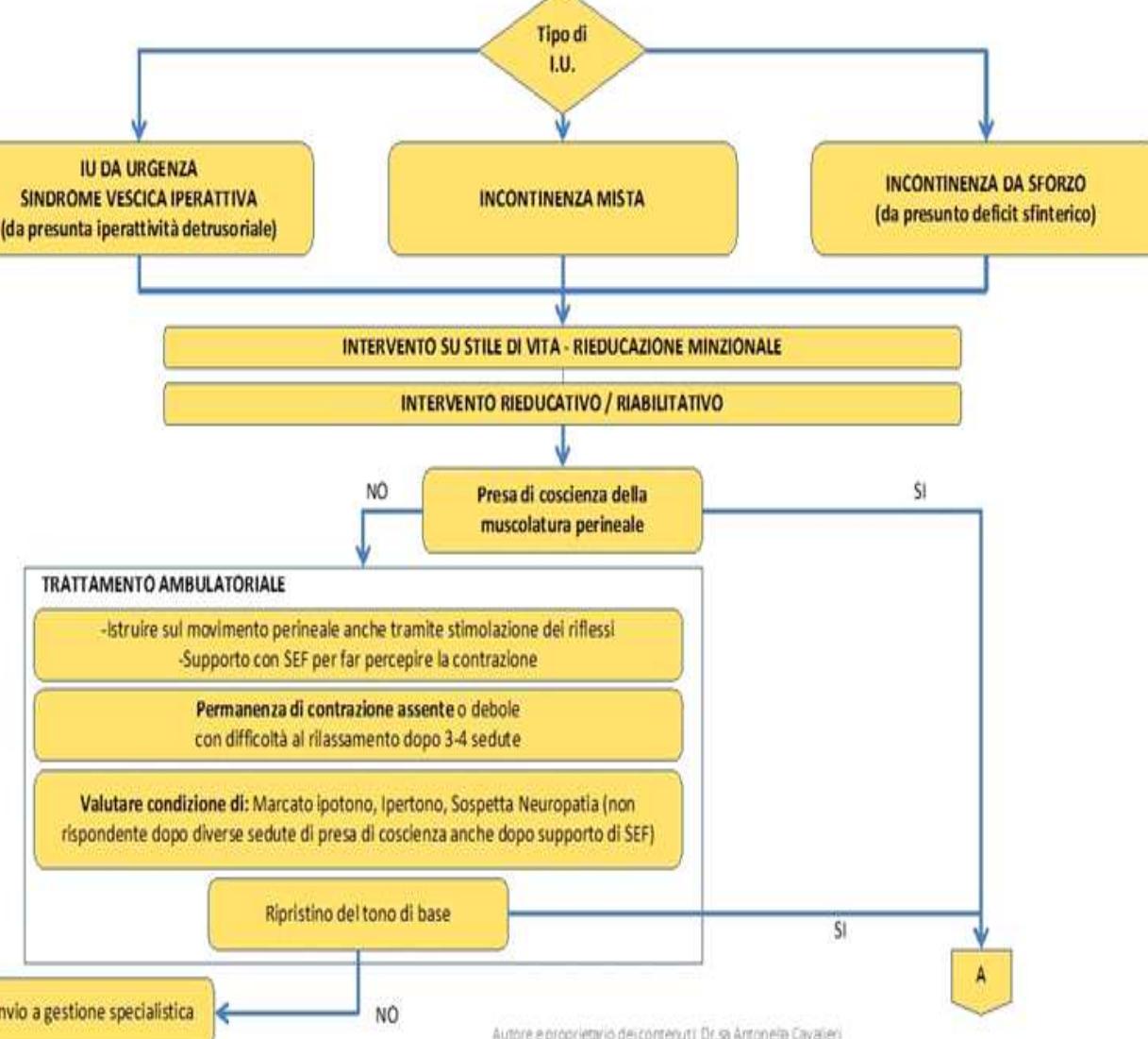
Valutare forza, tenuta e ripetitività nel tempo tramite scale riconosciute – PC TEST FASICO, TONICO e AFFATICABILITÀ

Esame urine completo per escludere la presenza di eventuali infezioni urinarie (se positivo, invio al medico)

**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance**
**Vers.1/2025
Rev.00**
31.05.2025

8.2 Trattamento rieducativo



**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance**
**Vers.1/2025
Rev.00**
31.05.2025
8.3 Diagnosi presunta e programmazione del trattamento
Diagnosi presunta e programmazione del trattamento
FORMULAZIONE DI UNA DIAGNOSI PRESUNTA E PROGRAMMAZIONE DEL PERCORSO RIEDUCATIVO – RIABILITATIVO


**SC. Pianificazione strategica,
Organizzazione aziendale e governance****Vers.1/2025
Rev.00****31.05.2025****8.4 Durante la gravidanza****DURANTE LA GRAVIDANZA**

Indipendentemente dallo stato di continenza attuale o precedente tutte le donne in gravidanza dovrebbero ricevere istruzioni sugli esercizi del pavimento pelvico

Ricevere raccomandazioni generali e sullo stile di vita

Valutazione anamnestico-funzionale del pavimento pelvico nel II trimestre di gravidanza

Iniziare percorso riabilitativo del pavimento pelvico domiciliare e di gruppo con supervisione per 12 settimane a partire dalla 16[°]-24[°] settimana

- Smettere di fumare prima e durante la gravidanza
- Mantenere il peso ideale prima della gravidanza
- Mirare a raggiungere il peso ideale dopo la gravidanza
- Sostenere l'allenamento fisico a bassa intensità durante la gravidanza
- Evitare la stitichezza durante la gravidanza e nel postpartum
- Eseguire esercizi del pavimento pelvico (PFM) durante la gravidanza e dopo il parto
- Uso di impacchi caldi sul perineo durante il parto
- Il taglio cesareo elettivo non è raccomandato

8.5 Durante il Parto

DURANTE IL PARTO

Sostenere il mantenimento della mobilità e della posizione eretta durante il travaglio e consigliare la scelta libera della posizione del parto

Tecniche manuali, come il massaggio o l'applicazione di impacchi caldi, sono raccomandate per tutte le donne in travaglio che richiedono sollievo dal dolore, a seconda delle loro preferenze

Durante la fase espulsiva del parto le donne dovrebbero essere incoraggiate a seguire la propria voglia di spingere

L'uso di routine o libero dell'episiotomia non è raccomandato

L'applicazione della pressione manuale del fondo uterino (Manovra di Kristeller) per facilitare il parto durante la fase espulsiva non è consigliata

Il massaggio perineale può aumentare la possibilità di mantenere intatto il perineo e riduce il rischio di gravi lacerazioni perineali, inoltre gli impacchi perineali caldi riducono le lacerazioni di III e IV grado

8.6 Durante il Post-Partum

DURANTE IL POST-PARTUM

Fondamentale è l'identificazione del grado di rischio parto-dipendente sulla base del quale suggerire il percorso specifico alla donna

La riabilitazione perineale nelle donne asintomatiche (continenti) al fine di prevenire l'incontinenza urinaria a medio-lungo termine non è raccomandato

Inoltre non c'è evidenza dell'efficacia di praticare gli esercizi di riabilitazione al ritorno a casa (riabilitazione precoce), data la frequenza di risoluzione spontanea dei sintomi 3 mesi dopo il parto

Nelle donne che hanno persistente incontinenza urinaria a 3 mesi dal parto, la riabilitazione perineale attraverso esercizi basati sulla contrazione volontaria dei muscoli del pavimento pelvico è raccomandata

- Esercizi basati sulla contrazione attiva
- Supervisione di almeno 3 sedute
- Elettrostimolazione e biofeedback possono essere associati alla chinesiterapia, ma non sono raccomandati isolatamente
- Sempre sedute di riabilitazione individuali nelle donne con alto fattore di rischio ostetrico come parto operativo o peso del bambino superiore o uguale a 4000 g



9. Conservazione e distribuzione dei documenti

Pazienti ambulatoriali:

- **Cartella informatizzata:** Per ogni paziente ambulatoriale sarà creata una cartella clinica informatizzata, archiviata nel sistema di gestione elettronico Biostim. La cartella sarà aggiornata ad ogni accesso del paziente ai servizi, con l'inserimento di tutte le informazioni relative alla visita effettuata (diagnosi, trattamenti, prescrizioni, ecc.).
- **Accesso e aggiornamenti:** Ogni aggiornamento sarà registrato e tracciato, creando una cronologia completa di tutti gli accessi e trattamenti ricevuti. L'accesso al sistema sarà limitato e protetto da credenziali sicure.
- **Archivio della ASL:** Inoltre, verrà compilato e aggiornato anche il contenuto delle visite eseguite nella cartella ambulatoriale della ASL di Sassari, secondo le modalità previste dalla normativa regionale.

Custodia e conservazione dei documenti:

- **Conservazione dei dati:** Le cartelle cliniche, sia informatizzate che cartacee, saranno conservate in modo sicuro e protetto. Le cartelle informatizzate saranno archiviate nel sistema Biostim, che sarà configurato per garantire l'accesso solo a personale autorizzato. Le cartelle cartacee saranno custodite in ambienti sicuri, con accesso limitato e protetto da misure di sicurezza (es. armadi chiusi a chiave, sistema di registrazione degli accessi).
- **Tempi di conservazione:** La documentazione clinica sarà conservata per il periodo previsto dalla normativa vigente (ad esempio, 10 anni dopo l'ultimo accesso del paziente, salvo esigenze specifiche di legge), e successivamente distrutta in modo sicuro tramite distruzione meccanica o altri metodi appropriati, per garantire la privacy e la riservatezza dei dati.

Responsabilità della gestione dei dati:

- **Ruoli e responsabilità:** La gestione e la protezione dei dati contenuti nelle cartelle cliniche è responsabilità del Direttore di struttura del Responsabile del Progetto e della IFO di struttura e di tutto il personale coinvolto nella gestione delle informazioni. Ogni membro del personale è tenuto a rispettare le normative sulla privacy e a seguire le procedure aziendali per l'archiviazione, l'accesso e l'aggiornamento delle cartelle cliniche.
- **Formazione del personale:** Il personale coinvolto nella gestione delle cartelle cliniche dovrà ricevere formazione periodica sulla protezione dei dati personali e sulle procedure di sicurezza, in conformità con le normative GDPR.

Conformità alle normative sulla privacy:

- **Trattamento dei dati personali:** Il trattamento dei dati contenuti nelle cartelle cliniche avverrà nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e della Legge 675/1996 sulla protezione dei dati personali, assicurando che tutti i dati siano trattati in modo lecito, corretto e trasparente. Saranno adottate misure tecniche e organizzative adeguate per proteggere i dati da accessi non autorizzati, perdita o danneggiamento accidentale.

Consenso informato:

Per ogni paziente, sarà richiesto il consenso informato esplicito per il trattamento dei propri dati personali, che sarà raccolto e documentato in modo chiaro e trasparente, indicando le finalità per cui i dati vengono raccolti e trattati.

10. Riferimenti bibliografici

- Introduzione sul management dell'incontinenza urinaria nella donna
G.L. Bracco , G. Capobianco
- Aspetti di prevenzione (fattori di rischio per il danno perineale) per adolescenti ed età fertile
E. Donati , R. Punzo
- Presa in carico della donna affetta da IU e trattamento rieducativo/riabilitativo
A. Cavalieri
- Riabilitazione pavimento pelvico nella donna affetta da incontinenza urinaria durante la menopausa
E. Torresan
- Esame posturale
G. Gariglio
- Incontinenza urinaria in gravidanza , parto e post partum
A. D'Alfonso, F. Giordano
- Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum: recommandations Postpartum pelvic floor muscle training and abdominal rehabilitation. Guidelines X. Deffieux , S. Vieillefosse, S. Billecocq, A. Battut, J. Nizard,
- B. Coulm, T. Thubert Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la ReproductionVolume 44, n° 10 (décembre 2015). Doi: 10.1016/j.jgyn.2015.09.023
- INCONTINENCE 6th Edition 2017 6th International Consultation on Incontinence, Tokyo, September 2016
ICUD EDITORS PAUL ABRAMS - LINDA CARDOZO ADRIAN WAGG - ALAN WEIN
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience ISBN 978-92-4-155021-5
- Hensrud DD. Clinical preventive medicine in primary care: background and practice: 1. Rationale and current preventive practices. Mayo Clinic Proceedings 2000;75:165-72
- Midwifery care in labour guidance for all women in all settings. RCM Midwifery Blue