



# Il counselling in uroginecologia

**Patrizio Farnelli,  
Catia Zavatta\***

Responsabile Struttura  
Semplice di Uroginecologia  
e Chirurgia  
del pavimento Pelvico - AUSL  
della Romagna-UO Ostetricia  
e Ginecologia,  
PO Infermi, Rimini  
\*Scuola di Specializzazione  
in Ginecologia  
ed Ostetricia, Università  
degli Studi di Ferrara

## INTRODUZIONE

Essere medico oggi non è semplice; attualmente alla figura del sanitario è richiesta non solo un'alta competenza professionale ma anche una adeguata capacità relazionale, dovendosi rapportare con pazienti sempre più esigenti ed informate. A tale scopo, sviluppare abilità di counselling, risulta necessario e imprescindibile per chi affronta questa professione. Il senso della parola counselling va ricercato nella sua etimologia. Tale sostantivo deriva dal verbo inglese to counsel, che risale a sua volta dal verbo latino consulo-ère, traducibile in "consolare", "confortare", "venire in aiuto". Quest'ultimo si compone della particella cum ("con", "insieme") e solère ("alzare", "sollevare"), inteso sia propriamente come atto, che nell'accezione di "aiuto a sollevarsi". È omologo ad un altro verbo latino: consulto-äre,

iterativo di consultum, participio passato di consulo, col significato di "consigliarsi", "deliberare", "riflettere".

Questo termine racchiude in sé una grande varietà di significati che vanno dall'informazione, al consiglio, al sostegno.

Infatti può essere inteso come una attività relazionale in cui il sanitario, utilizzando le proprie conoscenze scientifiche e capacità comunicative, spiega alla donna la sua patologia e le eventuali opzioni terapeutiche al fine di orientare, sostenere e sviluppare le sue potenzialità decisionali. Scopo fondamentale è lo sviluppo dell'autonomia della persona che viene messa nelle condizioni di attuare una scelta riguardante la sua salute dopo essere stata adeguatamente informata sulle possibili alternative.

In particolare nelle disfunzioni del pavimento

pelvico il counselling riveste un ruolo chiave soprattutto per la complessità dei quadri e per il tipo di alterazione che non è solo anatomica ma anche funzionale ed arriva a condizionare pesantemente la qualità di vita dell'individuo che ne è affetto.

Il counselling deve infatti affrontare problemi relativi all'anatomia e problemi relativi alla funzionalità (urinaria, riproduttiva, sessuale e defecatoria); deve inoltre tener conto della psicologia del soggetto e degli aspetti relativi alla percezione del disagio e del miglioramento. Secondo Papa Petros l'anatomia è funzione per cui correggere l'alterazione anatomica significa restituire una buona funzionalità d'organo (1).

La complessità di questo approccio necessita di una visione multidisciplinare e polispecialistica.

Alternativa alla multidisciplinarietà è l'interdisciplinarietà, nella quale un singolo specialista prende in carico la paziente, esaminandola da tutti i punti di vista. Una simile valutazione, però, necessita della conoscenza specifica del bagaglio culturale di numerose specialità che non comprendono solo l'ostetricia e la ginecologia, ma anche l'urologia e la colon-proctologia, senza dimenticare le competenze anatomiche, chirurgiche, funzionali e riabilitative.

Citando sempre Papa Petros, al chirurgo del pavimento pelvico viene richiesto di essere un buon ingegnere ma anche un buon architetto ricostruendo un pavimento anatomicamente corretto che svolga correttamente le sue funzioni (2). Noi aggiungeremmo che tutto ciò non può prescindere dall'interdisciplinarietà poiché i quadri che deve risolvere sono spesso complessi interessando più comparti anatomici.

Ne deriva che informazioni esaustive riguardanti problematiche di discreta complessità devono essere fornite alla paziente durante il processo di counselling, fondamentale in tutte le tappe del percorso: durante l'inquadramento diagnostico, in fase di decision making, planning terapeutico e acquisizione del consenso, in corso di valutazione soggettiva ed oggettiva nel follow up.

● **Il counselling in uroginecologia rappresenta il momento cardine dell'intero iter diagnostico-terapeutico. Il significato di questo momento è quello di rendere la paziente partecipe e cosciente riguardo ai molteplici aspetti anatomici e funzionali che vengono affrontati in questa disciplina.**

**Le skills di chi si avvicina all'uroginecologia devono essere quindi multidisciplinari e, in assenza di queste, è necessario creare gruppi interdisciplinari. Queste conoscenze devono guidare in fase preliminare il planning terapeutico, lo svolgimento della terapia stessa, e servono ad orientare la percezione del risultato da parte della paziente.**

#### Parole chiave

**Counselling  
Uroginecologia  
Prolasso degli organi pelvici  
Incontinenza urinaria**

#### Counselling in corso di inquadramento diagnostico

Le disfunzioni del pavimento pelvico sono un problema in larga parte sottostimato; si calcola che solo la metà delle donne che ne soffrono ne abbia parlato con un professionista e di queste soltanto un terzo decida di sottoporsi ad intervento chirurgico (3).

Il counselling diventa quindi importante per informare e rendere coscienti le donne riguardo ad una problematica che viene spesso nascosta e misconosciuta.

Durante l'inquadramento diagnostico è volto all'individuazione dei sintomi principali attraverso una accurata anamnesi, spesso difficoltosa perché le problematiche uroginecologiche sono raramente svelate a seguito di un approccio superficiale. Questo perché le pazienti stesse sono restie ad esprimere il loro disagio derivante dai sintomi ricercati. Prima ancora di cercare il segno è necessario quindi svelare il sintomo che di primo acchito viene spesso negato. Molto utili a questo proposito sono i questionari qualità della vita che forniscono elementi importanti sulle abitudini di vita, sull'entità dei sintomi, sul disagio percepito e danno uno spaccato sui margini di miglioramento che si possono offrire alla paziente (4,5). Sarà poi con l'esame obiettivo uroginecologico, la valutazione strumentale e l'imaging che sarà possibile inquadrare correttamente i sintomi da un punto di

**Le disfunzioni del pavimento pelvico sono un problema in larga parte sottostimato: si calcola che solo la metà delle donne che ne soffrono ne abbia parlato con un professionista**



vista nosografico e stabilirne l'entità (6). Alla luce di ciò possiamo affermare che, in fase di inquadramento diagnostico, un buon counselling risulta molto importante, non solo per definire il quadro clinico ma anche per stabilire, insieme alla paziente, un corretto planning terapeutico.

### **Counselling in corso di decision making e planning terapeutico**

In fase di decision making e planning terapeutico occorre porre particolare attenzione allo stato psicologico, emotivo, socio-culturale ed esperienziale di ogni paziente, per personalizzare il più possibile l'approccio assistenziale, nell'ottica di un trattamento centrato più sulla persona che sulla patologia. Infatti il clinico si trova di fronte a differenti individui, ognuno con le proprie paure, aspettative e necessità, con diversi gradi di istruzione e provenienti da svariati contesti culturali.

È proprio grazie al counselling che può da un lato decodificare i bisogni di ogni singola paziente per trovare la soluzione più adatta ad essa e dall'altro fornire informazioni chiare e comprensibili per metterla nella condizione di poter prendere una scelta consapevole riguardante la sua salute. Solo così può creare e cementare l'alleanza terapeutica, che è alla base di un buon rapporto medico-paziente, fondato sulla reciproca fiducia e collaborazione.

Esistono delle scale che valutano il bisogno di informazione e di partecipazione al processo decisionale di ogni singolo individuo. L'Autonomy Preferences Index (API) misura il desiderio di essere esaurientemente informati riguardo alla propria patologia, mentre il Control Preferences Scale (CPS) stima la volontà di coinvolgimento nel decision making.

Per quanto riguarda le pazienti uroginecologiche, il desiderio di informazione è molto alto, a discapito della volontà di partecipazione al planning terapeutico che risulta meno intensa; tuttavia, più è elevato il livello culturale e più aumentano gli indici API e CPS.

Facendo counselling in corso di decision making occorre tenere presente che il management comportamentale è il trattamento di prima linea nella incontinenza urinaria da ur-

genza, da stress e mista.

La decisione di procedere con un atteggiamento più aggressivo deve essere dettata dall'insoddisfazione del clinico e della donna a proposito dei risultati raggiunti, per cui merita una particolare attenzione il metodo di valutazione degli outcome e la comprensione degli stessi da parte delle pazienti. Tutto ciò è altamente influenzato dallo stato psicologico del soggetto che condiziona il suo atteggiamento nei confronti della patologia e le sue capacità di coping.

È riportato in letteratura che le pazienti pessimiste sono più infastidite dai sintomi relativi alle anomalie del pavimento pelvico, sono più propense a ricorrere al trattamento chirurgico e hanno maggiori aspettative dal trattamento stesso rispetto a quelle che hanno un atteggiamento ottimista (7).

Nei casi in cui si proponga l'opzione chirurgica, al fine di mettere la donna nella condizione di fare una scelta consapevole, occorre fornirle elementi obiettivi e illustrarle non solo i risultati attesi ma anche le possibili complicanze e limitazioni, sottolineando la reale difficoltà della completa restitutio ad integrum. Innanzitutto la donna deve sapere che la valutazione ambulatoriale del descensus pelvico è spesso inadeguata e la situazione potrebbe risultare diversa in senso peggiorativo ad esame eseguito in sede intraoperatoria con paziente a completo rilasciamento muscolo-fasciale in corso di anestesia.

D'altra parte, è necessario informarla sui risultati riportati in letteratura e su quelli raggiunti dal proprio Centro, in modo da ridimensionare ed orientare le sue aspettative (8,9).

A tal proposito ci si può servire del Surgical Therapeutic Index (STI) che è calcolato in base alla media dei risultati attesi dalle pazienti rapportata alla media delle complicanze.

In altre parole possiamo dire che il STI rappresenta un sistema per orientare le aspettative individuali specificando che in una curva di distribuzione che va dall'esito migliore (intervento altamente curativo privo di complicanze) all'esito peggiore (intervento non efficace con complicanze), con tutta probabilità, l'outcome terapeutico del caso specifico si collocherà in una zona intermedia che dipende dalle condizioni obiettive della paziente,

dall'esperienza dell'equipe, dal numero di casi trattati, dal tasso di cura rilevato e dal numero e gravità delle complicanze occorse nel Centro a cui la stessa afferisce (10).

Nel caso in cui si scelga l'opzione chirurgica, la tappa finale, ma non meno importante, del decision making, è l'acquisizione del consenso informato che deve essere comprensibile, completo ed esaustivo poiché rappresenta la comunicazione formale del contratto che si stabilisce tra medico e paziente. Attraverso tale strumento la donna, oltre ad esplicitare di avere pienamente e consapevolmente preso atto della propria patologia, dichiara di avere compreso le tecniche e le modalità dell'intervento proposto, le possibili alterative terapeutiche, le eventuali complicanze legate all'intervento in sé e/o al proprio stato di salute, e, firmando, conferma il proprio consenso informato libero, esplicito e consapevole.

A completamento, dovrebbe essere rilasciata alla paziente una scheda informativa riguardante l'intervento proposto: modalità di esecuzione, tempi di degenza, percentuali di guarigione e fallimento, possibili complicanze e loro percentuali (sia quelle riportate in letteratura che quelle rilevate nello specifico Centro), oltre che numero degli interventi di quel tipo eseguiti annualmente nel Centro in questione.

È evidente come il counselling sia parte integrante del planning terapeutico dal momento che la paziente viene posta al centro dell'attenzione del team chirurgico. Questo, sulla base delle condizioni obiettive del soggetto e delle sue aspettative, orienterà non solo il proprio atteggiamento chirurgico ma anche personalizzerà le informazioni sul probabile outcome. Ciò è fondamentale per rendere più aderente alla realtà la percezione del risultato da parte dell'operata.

#### Counselling in corso di follow-up

Dopo l'intervento chirurgico, il momento della dimissione diventa una occasione per controllare i risultati immediati ma anche per fare counselling e fornire utili consigli sul decorso post operatorio ed in particolare sui comportamenti da seguire a domicilio, fondamentali per il buon esito della correzione chirurgica.

**È necessario informare la paziente sui risultati riportati in letteratura e su quelli raggiunti dal proprio Centro, in modo da ridimensionare e orientare le sue aspettative**

**L'uroginecologo  
si trova  
quotidianamente  
ad affrontare  
e spiegare alla paziente  
quadri clinici  
complessi, con  
molteplici  
problematiche  
che quasi sempre  
richiedono un  
approccio  
interdisciplinare**

Nel nostro Centro, a questo riguardo, viene fornita alla donna una scheda informativa con le raccomandazioni sugli atteggiamenti da evitare nelle settimane successive all'intervento e fino alla visita di controllo. Le indicazioni comprendono l'astensione dalle sollecitazioni che possano aumentare la pressione endopelvica quali tosse, sollevamento di pesi, manovra di Valsalva, contrazione dei muscoli del pavimento pelvico, rapporti sessuali, ecc. Tuttavia, è stato osservato che la pressione endopelvica media aumenta di 4-5 volte durante la tosse e la manovra di Valsalva se confrontata con la contrazione dei muscoli del pavimento pelvico ed il sollevamento di pesi di 2-5 Kg. Quindi il counselling postoperatorio dovrebbe essere orientato in particolare modo al trattamento della tosse cronica e della stipsi (11).

Durante il follow-up a medio e lungo termine il counselling è utile per valutare i risultati soggettivi, riferiti dalla donna, ed oggettivi, rilevati dal clinico durante la visita di controllo.

Il Patient Global Impressions of Improvement (PGI-I) per l'incontinenza urinaria da sforzo (IUS) è un questionario che valuta i risultati rispetto alle aspettative delle pazienti sia in senso migliorativo che peggiorativo; può infatti accadere che dopo la correzione chirurgica della IUS compaiano de novo incontinenza da urgenza, ritenzione urinaria, dispareunia.

Il PGI-I per il descensus pelvico valuta obiettivamente i risultati chirurgici misurando il prollasso attraverso la classificazione POP-Q e rilevando l'impatto sulla qualità della vita attraverso i questionari Quality of Life (QoL) e

la soddisfazione delle aspettative delle pazienti tramite scala VAS. Questo indice risulta utile nella pratica clinica per valutare la risposta al trattamento e, se inserito come outcome degli studi clinici, consente di confrontare le diverse opzioni terapeutiche nel management del prollasso pelvico (12).

Il counselling permette di valutare anche la soddisfazione a lungo termine delle pazienti. Un'analisi multivariata ha rilevato che un maggior grado di soddisfazione è espresso dalle pazienti anziane, senza precedente colposospensione, sottoposte ad intervento di isterectomia e se operate da un particolare team. Infatti la percentuale di successo della chirurgia vaginale varia notevolmente a seconda dei Centri poiché dipende in larga parte dall'esperienza e professionalità del team chirurgico (13).

L'importanza del counselling in corso di follow-up è chiara; il feedback positivo o negativo fornito dalla paziente a distanza di tempo dall'intervento fornisce al clinico elementi di riflessione sul suo operato utili ad apportare sempre nuovi miglioramenti alla sua pratica clinica.

## CONCLUSIONI

Scopo di questo articolo è sottolineare la reale importanza del counselling in una disciplina carica di sfaccettature come l'uroginecologia.

Infatti l'uroginecologo si trova quotidianamente ad affrontare e spiegare alla paziente quadri clinici complessi con molteplici problematiche che quasi sempre richiedono un approccio multidisciplinare o meglio interdi-



sciplinare. Ne consegue che lo specialista necessita di competenze non solo ostetrico-ginecologiche ma anche urologiche, chirurgiche e riabilitative, non trascurando gli aspetti anatomici e funzionali. La chirurgia riparativa del pavimento pelvico, infatti, non è solo demolitiva ma è soprattutto ricostruttiva ed è volta a ripristinare una corretta anatomia nel rispetto delle funzioni che devono essere reintegrate.

È chiaro che un argomento così complesso necessita di un adeguato counselling. Sono richieste al clinico, oltre che competenze tecniche, anche buone capacità relazionali ed un elevato grado di empatia per creare l'alleanza terapeutica necessaria anche ad una percezione ottimale dei risultati.

A tal proposito, è riportato in letteratura che, a parità di outcome obiettivo, la percezione del risultato da parte della paziente è diversa a seconda del tipo di counselling eseguito ed è tanto più positiva quanto questo è migliore.

Il momento del colloquio diventa quindi fondamentale in tutte le fasi dell'iter diagnostico-terapeutico. Durante l'inquadramento diagnostico è utile concentrare l'attenzione sulla paziente e su i suoi sintomi, svelandone alcuni che potrebbero essere da questa celati. In corso di decision making e planning terapeutico serve a fornire gli elementi obiettivi, quali risultati attesi, possibili complicanze e tassi di recidiva, che permetteranno alla paziente di prendere una scelta consapevole e condivisa. Nel follow-up permette di valutare i risultati ottenuti ed il grado di soddisfazione della paziente per orientare il clinico verso nuovi e possibili miglioramenti.

In conclusione, il counselling è una preziosissima risorsa a disposizione dell'uroginecologo da utilizzare il più possibile per raccogliere dalla paziente, e allo stesso tempo fornire ad essa, informazioni chiare e complete allo scopo di cementare la fiducia reciproca alla base di un buon rapporto medico-paziente.

## PER SAPERNE DI PIÙ

1. Papa Petros PE. Il pavimento pelvico femminile. Cap 1.2 pag 7, casa editrice CIC, Roma Anno 2008
2. Papa Petros PE. Il pavimento pelvico femminile. Cap 2.1 pag 15, casa editrice CIC, Roma Anno 2008
3. Milson P. Health care discussions and treatment for urinary incontinence in U.S. women. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(3):729-37
4. Omotosho TB, Rogers RG. Shortcomings/strengths of specific function questionnaires currently used in urogynecology: a literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20(Suppl 1):S51-S56
5. Rogers RG, Rockwood TH, Constantine ML, Thakar R et al. A new measure of sexual function in women with pelvic floor disorders (PFD): the Pelvic Organ Prolapse/Incontinence e Sexual Questionnaire, IUGA-Revised (PISQ-IR). *Int Urogynecol J* 2013;24:1091-1103
6. Delancey JOL. Relationship of prolapse syndromes to symptoms. *Female Urology*. Pag 285-298. Kurch ED, McGuire EJ. Lippincott. Philadelphia 2008
7. Lowenstein L, Ramm O, Mueller E, Brubaker L, FitzGerald MP et al. The impact of dispositional optimism on symptoms and treatment choices in patients with pelvic floor disorders. *Urog Int Journal* 2012;23(3):295-298
8. Fialkow MF, Newton KM, Weiss NS. Incidence of recurrent pelvic organ prolapse 10 years following primary surgical management: a retrospective cohort study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1483-1487
9. Krofta L, Feycreisl J, Otcenasek M, Velebil P, Kasikova E, Kvemar M. TVT and TVT-O for surgical treatment of primary stress urinary incontinence: prospective randomized trial. *Int Urogyn J Pelvic Floor Dysfunct* 2010;21:141-148
10. Farrel A. Application of the concept of "therapeutic index" to surgery for stress incontinence. *Int Urogynecol J* 2008;9:299-302
11. Mouritsen L et al. Vaginal pressure during daily activities before and after vaginal repair. *Int Urogynecol J* 2007;18:943-948
12. Srikrishna S, Robinson D, Cardozo L. Validation of the Patient Global Impression of improvement (PGI-I) for urogenital prolapse. *Int Urogynecol J* 2010;21:523-528
13. Hawkins E et al. Long term patient satisfaction in surgery for genital prolapse. *Int Urogynecol J* 2008;19:1441-1448