

25° Convegno Regionale di Formazione per i Pediatri di Famiglia del Veneto
5 Ottobre 2024
Sala Congressi Fondazione O.L.C. Onlus
Via Rabbin 55 - Padova

PROGRAMMA

8.30-9.00 Registrazione dei partecipanti	10.00-11.00 SEMINARIO DI AGGIORNAMENTO Introduzione e relazione: Prof.ssa Calligaris
9.00-9.30 Principali novità in Aggravazioni di Comorbidi	11.00-11.30 Strategie di riconoscimento e gestione del bambino con disagio di natura del primo piano
9.30-10.00 Strategie di intervento in disturbi del linguaggio	11.30-12.00 Strategie di intervento in disturbi del linguaggio
10.00-10.30 CONFLITTO FAMILIARE E INTERFERENZA CON I RAPPORTI	12.00-12.30 Strategie di intervento in disturbi del linguaggio
10.30-11.00 COME RICONOSCERE IL BAMBINO CON BAMBINO ALTO: IL COLLEGAMENTO CON I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO E LE ATTIVITÀ E I CAMBIAMENTI DEL BAMBINO	12.30-13.00 Strategie di intervento in disturbi del linguaggio
11.00-11.30 QUALI STRUMENTI DI GESTIONE TERAPEUTICA ABBIAMO A DISPOSIZIONE E CHI SE NE DEVE OCCUPARE	13.00-13.30 Strategie di intervento in disturbi del linguaggio
11.30-12.00 Strategie di intervento in disturbi del linguaggio	13.30-14.00 Strategie di intervento in disturbi del linguaggio

richiesta disponibilità [Pubblica in anteprima](#)

Lorenza Pisanello caiorlorenz@gmail.com mar 27 feb, 08:28

Traduci in bielorusso

Cara Mariakura
come stai?
sono Lorenza Pisanello e spero ti ricordi di me.
Ti scrivo perché sto collaborando all'organizzazione del convegno Fimp regionale che si terrà il 5 ottobre 2024 a Padova e vorremmo realizzare una sessione sull'urto, il chiedo quindi se sei disponibile a partecipare come relatrice. lo spero tu sia libera e possa partecipare, in passato abbiamo lavorato molto bene insieme e sarebbe davvero un piacere avere una nuova opportunità.
Ti lascio il mio numero di telefono e se vuoi ci sentiamo.
Ti mando un forte abbraccio e ti auguro buona giornata
Lorenza

QUALI STRUMENTI DI GESTIONE TERAPEUTICA ABBIAMO A DISPOSIZIONE E CHI SE NE DEVE OCCUPARE

1

USING THE ICD-10 AND DSM-V DEFINITIONS AND CRITERIA THE SYMPTOM OF INCONTINENCE REQUIRES A MINIMUM > AGE OF 5 YEARS

ENURESIS AND DAYTIME URINARY INCONTINENCE IS A SIGNIFICANT CONDITION IF IT OCCURS

>1 EPISODE PER MONTH

FREQUENT	>4 PER WEEK
INFREQUENT	<4 PER WEEK

2

We strongly advise **NOT USING TERMS SUCH as**
“STANDARD THERAPY” or “MAINTENANCE THERAPY”
WITHOUT DEFINING THE DESIGN OF THESE TREATMENTS.

ICCS

Chase J, Austin P, Hoebeke P, et al.
The management of dysfunctional voiding in children: A report from the Standardisation Committee of the International Childrens Continence Society. J Urol 2010;183:1296.

Hoebeke P, Bower W, Combs A, et al.
Diagnostic evaluation of children with daytime incontinence. J Urol 2010;183:699.

Neveus T, Eggert P, Evans J, et al.
Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Childrens Continence Society. J Urol 2010;183:441.

von Gontard A, Baeyens D, Van Hoecke E, et al.
Psychological and psychiatric issues in urinary and fecal incontinence. J Urol 2011;185:1432.

Bauer SB, Austin PF, Rawashdeh YF, et al. *International Childrens Continence Societys recommendations for initial diagnostic evaluation and follow-up in congenital neuropathic bladder and bowel dysfunction in children. Neuro- urol Urodyn 2012;31:610.*

Rawashdeh YF, Austin P, Siggaard C, et al. *International Childrens Continence Societys recommendations for therapeutic intervention in congenital neuropathic bladder and bowel dysfunction in children. Neuro- urol Urodyn 2012;31:615.*

Burgers RE, Mugie SM, Chase J, et al. *Management of functional constipation*

3

Strumenti per inquadramento e gestione

2014



Pediatrics in Review
An Official Journal of the American Academy of Pediatrics

Nocturnal Enuresis: An Approach to Assessment and Treatment
 Anne S. Bauer and Steven S. Shamberg
 Pediatrics in Review 2014;35:327
 DOI: 10.1542/ir.35-8-327

Pediatric Nephrol (2018) 133:1145–1154
 DOI 10.1007/s00467-017-3776-1

EDUCATIONAL REVIEW

Clinical management of nocturnal enuresis **2018**

Eberhard Kuwertz-Blikring¹ · Alexander von Gontard²

2016

Neurology and Urodynamics 35:471–481 (2016)

The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report From the Standardization Committee of the International Children's Continence Society

Paul F. Austin,^{1*} Stuart B. Bauer,² Wendy Bowes,³ Janet Chase,⁴ Israel Franco,⁵ Piig Hoebeke,⁶ Søren Rittig,⁷ Johan Vande Walle,⁸ Alexander von Gontard,⁹ Anne Wright,⁴ Stephen S. Yang,^{10*} and Tytgone Neveus¹¹

Clinical Intelligence

Johan Vande Walle, Søren Rittig, Sander Telegdi, Paul Austin, Stephen Shei-Dei Yang, Pedro José Lopez and Charlotte Van Herzele

Enuresis: **2017**

practical guidelines for primary care British Journal of General Practice, July 2017 | 329

4

The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function in Children and Adolescents: Update Report From the Standardization Committee of the International Children's Continence Society Paul F. Austin,^{1*} Stuart B. Bauer,² Wendy Bower,³ Janet Chase,⁴ Israel Franco,⁵ Piet Hoebeke,⁶ Søren Rittig,³ Johan Vande Walle,⁶ Alexander von Gontard,⁷ Anne Wright,⁸ Stephen S. Yang,^{9,10} and Tryggve Neveus¹¹. *Neurourology and Urodynamics* 35:471–481 (2016)

ENURESI MONOSINTOMATICA



ENURESI NON-MONOSINTOMATICA



In patients with **NON-MONOSYMPOMATIC** enuresis, the type of LUT dysfunction condition **should be reported**, because this information will influence the treatment and the reproducibility of the data.

5

NON-MONOSYMPOMATIC

ONCE DAYTIME
LUT SYMPTOMS
HAVE ABATED



MONOSYMPOMATIC

6

ENURESI NON-MONOSINTOMATICA



=> 1 sintomo di disfunzione vescicale:

- diminuita/aumentata frequenza minzionale $\leq 3 - \geq 8$
- incontinenza diurna 
- urgenza
- manovre sostegno piano perineale
- mitto esitante, debole, intermittente
- minzione da sforzo
- sensazione svuotamento incompleto
- gocciolio post-minzionale


Nevés T, et al. J Urol. 2006 Jul;176(1):314-24.

7

MOTIVAZIONE


Per iniziare percorso di cura, ma anche di diagnosi

MOTIVAZIONE = VOLER RISOLVERE PROBLEMA

Il trattamento va iniziato quando si nota che il bambino inizia a soffrire della situazione  scarsa stima di sé, vergogna per non potere dormire fuori di casa.

Si manifesta anche una certa **INSOFFERENZA** dei genitori, per dover lavare indumenti e lenzuola e per il costo dei pannolini.

Francia, bimbo di 5 anni fa la pipì nel letto: umiliato e ucciso di botte dai genitori



8

Strumenti inquadramento e gestione

Setting assistenziale primo livello : **PEDIATRA DI FAMIGLIA**

- **Strategy-1 MINIMA** valutazione elementi diagnostici essenziali, **durante singola visita ambulatoriale**, per definire possibile trattamento ambulatoriale o necessità di centro specialistico
- **Strategy-2 ESTESA** step non obbligatorio ma **raccomandato**: incrementa probabilità **CORRETTO INQUADRAMENTO EZIOPATOGENETICO** (almeno 2 visite ambulatoriali) e di successo terapeutico



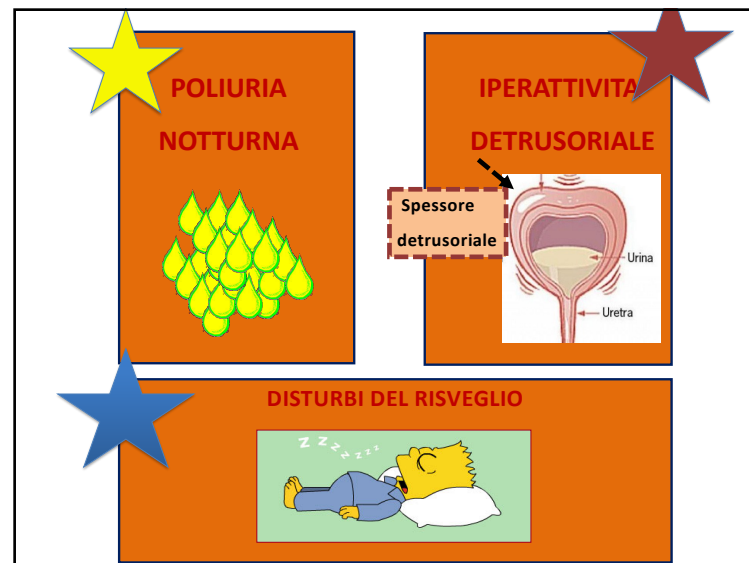
In caso di **insuccesso** strategia 1 o 2:

INSUCCESSO → **CENTRO SPECIALISTICO**

*Pediatr Nephrol (2018)
33:1145-1154*

*Pediatrics in Review
(2014), 35: 327*

9



10

CASSETTA DEGLI ATTREZZI



1. CALENDARIO NOTTI ASCIUTTE/BAGNATE 

POLIURIA NOTTURNA

N.B. volume prima minzione mattino

7 SERE

AGGIUNTO

a peso pannolino notturno = produzione notturna di urine

1. DIARIO MINZIONALE:

3 giorni

Maximum Voided Volume 24 ore (MVV)

ESCLUDERE

prima minzione del mattino,
Calcolare eventuali perdite + liquidi assunti

3. STICK

MISURARE

11

Evaluation of and Treatment for Monosymptomatic Enuresis: A Standardization Document From the International Children's Continence Society.
Neveus T, Eggert P, Evans J, et al. J Urol. 2010;183(2):441-7

Calendario notti asciutte

COGNOME _____ NOME _____ ETÀ _____ DATA _____

Il "calendario notti asciutte" è uno strumento utile per registrare l'eventuale enuresi notturna nel tempo (10 settimane). La compilazione è molto semplice e può essere interpretata come un gioco, barando le ruvolette per le notti bagnate ed il sole per quelle asciutte.

GIORNO	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

VALUTAZIONE SITUAZIONE PARTENZA.

EFFETTO "TERAPEUTICO"

Glazener CM and Evans JH
Simple behavioural and physical interventions for nocturnal enuresis in children.
Cochrane Database Syst Rev 2004

12

6

Clinical Intelligence 2017

Johan Vande Walle, Soren Rittig, Serdar Tekgül, Paul Austin, Stephen Shei-Dei Y, Pedro-José Lopez and Charlotte Van Herzele


Box 1. Diagnostic questions to identify LUTS, suggestive underlying bladder dysfunction (including overactive bladder and dysfunctional voiding)^a

Leakage of urine during the day:

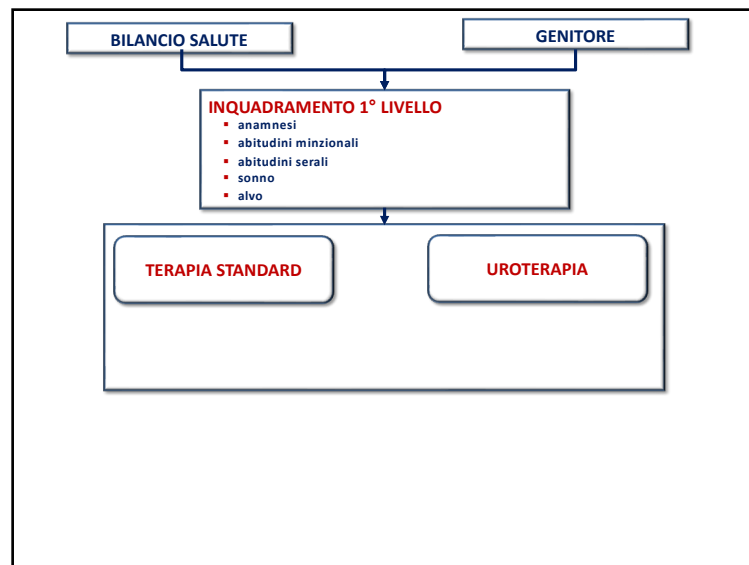
- Drops of urine in the underpants
 - before voiding
 - after voiding
- Very wet underpants
- Frequency of leakage (episodes/day)
- Intermittent or continuous leakage every day
- History of daytime incontinence over 3.5 years of age

Urinary frequency (≥8 voids/day)	Yes	No
Infrequent voiding (<3 voids/day)	Yes	No
Sudden and urgent need to urinate	Yes	No
Holding manoeuvres (for example, leg crossing, pressing heel into perineum)	Yes	No
Needs to push in order to urinate (strained abdominal muscles to pass urine)	Yes	No
Interrupted urinary stream, or several voids one after the other	Yes	No
History of urinary tract infection ^b	Yes	No
Illness and/or malformation: ^c <ul style="list-style-type: none"> • of kidneys and/or urinary tract • of spinal cord 	Yes	No
Constipation ^d	Yes	No

^a Based on the clinical management tool of the ICCS.¹ ^b Although history of urinary tract infections, constipation, and illness/malformation of kidneys and/or urinary tract are not LUTS, they coincide with a higher frequency of LUTS. ICCS = International Children's Continence Society. LUTS = lower urinary tract symptoms.



13



14

Standard urotherapy as first-line intervention for daytime incontinence: a meta-analysis.

Schäfer SK, Niemczyk J, von Gontard A, Pospeschill M, Becker N, EQUIT M.
Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018 Aug;27(8)

ACCORDING TO THE INTERNATIONAL CHILDREN'S CONTINENCE SOCIETY (ICCS)
GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF **DAYTIME URINARY INCONTINENCE (DUI)**
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

FIRST-LINE INTERVENTION

FOR ALL TYPES OF DUI IS

STANDARD UROTHERAPY

15

STANDARD THERAPY

→ **INFORMATION AND DEMYSTIFICATION.**

Explanation about normal LUT function and how the particular child deviates from normal.

Instruction in how to resolve LUT dysfunction; that is, **behavioral modification with regular voiding habits, proper voiding posture, avoidance of holding maneuvers, regular bowel habits, etc.**

→ **LIFE-STYLE ADVICE.** Encompasses **balanced fluid intake and diet, diminished caffeine, regular bladder and bowel emptying patterns, etc.**

Registration of symptoms and voiding habits, using **bladder diaries or frequency–volume charts** and potentially mobile apps.

→ **SUPPORT AND ENCOURAGEMENT**

via **regular follow-up** with the caregiver.

16

European Journal of Applied Physiology
December 2010, Volume 110, Issue 6, pp 1209-1214 | Cite as

Water turnover in children and young adults

Authors: Elaine C. Rush, Purvi Chhichhia, Andrew E. Kilding, Lindsay D. Plank

WATER TURNOVER 4-7 aa. 58 ml/kg/DAY	WATER TURNOVER 13-14 aa. 38 ml/kg/DAY.
--	---

AVERAGE WATER TURNOVER FOR 9 YRS.
53 ML /KG/DAY

250 ML DERIVED FROM METABOLIC WATER
+ 1,510 ML AS FLUID OR FROM WATER IN THE FOOD

.....the spontaneous fluid intake of the children was **MARKEDLY LESS** than the literature recommended

17

Evaluation of and Treatment for Monosymptomatic Enuresis: A Standardization Document From the International Children's Continence Society.
Neveus T, Eggert P, Evans J, et al. J Urol. 2010;183(2):441-7

...CHE DEVI FARE PIPPI!!

...CHE DICE AL TUO CERVELLO.....

QUANDO BEVI L'ACQUA...

...DOPO ESSERE PASSATA DAI RENI FINISCE NELLA TUA VESCICA...

> 6 anni

Spiegare ai genitori e bambino funzionamento vescica

18

Springer PEDIATRIC NEPHROLOGY (BERLIN, GERMANY) www.springer.com

Pediatr Nephrol. 2017; 32(2): 217–226. Published online 2016 Apr 12. doi: 10.1007/s00467-016-3376-7 PMID: 27071997

Optimizing response to desmopressin in patients with monosymptomatic nocturnal enuresis
Konstantinos Kamperis,^{2,1} Charlotte Van Herzele,² Soren Rittig,^{1,3} and Johan Vande Walle⁴

Some children with **DESMOPRESSIN-RESISTANT NP** have high osmotic excretion during the night, possibly due to a **HIGH OSMOTIC LOAD OF PROTEIN AND SODIUM DURING THE EVENING MEAL**.

Other children with NP may have **high osmotic excretion at night but deficient osmotic excretion during the day**, possibly caused by extremely **LOW DAYTIME FLUID INTAKE** to compensate for a **small bladder capacity**.

ADAPTATIONS TO NUTRITIONAL AND FLUID INTAKE MAY THEREFORE BE HELPFUL IN IMPROVING NE IN SOME CASES.

High daily salt intake had a negative impact on how well nocturnal enuresis treatment worked on children aged 7-10 years
Tsuji S, Yamaguchi T, Akagawa Y, Akagawa S, et al. Acta Paediatr. 2019 Jun 29

PEDIATRIC UROLOGY

Combined Dietary Recommendations, Desmopressin, and Behavioral Interventions May Be Effective First-Line Treatment in Resolution of Enuresis
Pietro Ferrara,^{1*} Valentina Del Volgo,² Valerio Romano,³ Valentina Scarpelli,⁴ Laura De Gara,⁵ Giacinto Abele Donato Niggiano⁶

19

Giorno **Consigli utili** **Sera**

Bere almeno 1 e ½ litro di liquidi tra le 8.00 e le 18.00.

Dare al bambino/a una bottiglietta di 500 ml da portare a scuola se torna a pranzo.

Nel caso di orario continuato fino al pomeriggio, dare 2 bottigliette.

Avisare le maestre e/o i professori che il/la bambino/a sta facendo terapia idrica per cui potrà chiedere di andare in bagno più spesso.

Se ci sono problemi con la scuola far fare un certificato dal pediatra medico curante.

Per la cena non assumere cibi ricchi di calcio, in particolare latte, latticini, formaggi teneri e duri, grana, gelati, corn flakes.

... PERCHÉ?
in questa maniera si produce meno urina durante la notte perché il rene secerne meno calcio nelle urine

Per la cena scegliere tra le acque minerali quella con il più basso contenuto di calcio

... PERCHÉ?
in questo modo limitiamo la produzione di pipì durante la notte

... PERCHÉ?
questa buona abitudine aiuta la vescica a distendersi bene perché spesso, nei bambini con enuresi, c'è una vescica piccola rispetto all'età del bambino

Svuotare la vescica al mattino, almeno due volte a scuola, tornati a casa da scuola, ad ora di cena e prima di spegnere la luce per dormire.

Svuotare sempre molto bene la vescica. Per le bambine la posizione migliore è quella seduto/a sul water con la faccia rivolta verso il muro (a rovescio).

... PERCHÉ?
questa buona abitudine aiuta la vescica a svuotarsi regolarmente e insegna al bambino la corretta posizione da assumere.

... PERCHÉ?
questo modo di fare la pipì permette di svuotare completamente la vescica. Se la pipì alla sera non è fatta bene, a volte ne resta un po' in vescica e così viene tolto spazio alla pipì prodotta durante la notte.

20

Giorno **Consigli utili** **Sera**

Se durante il giorno scappa la pipì all'ultimo momento e si rischia così di bagnare le mutandine, bisogna fermarsi per fare un respiro profondo e buttare fuori poi l'aria contando fino a 10 prima di fare pipì


Se i genitori hanno l'abitudine di svegliare il bambino durante la notte devono essere informati che questo non è necessario.

... PERCHÉ?
questa manovra permette alla vescica di calmarsi e al canale della pipì di aprirsi bene così che tutta la pipì può uscire con calma

... PERCHÉ?
Bagnare il letto non dipende dalla buona volontà né del bambino né dei genitori

Controllare che il bambino/a scarichi regolarmente feci morbide e che non sporchi le mutandine di feci
In caso di stitichezza chiedere consigli sul trattamento al pediatra perché questa condizione peggiora l'enuresi

ENURESIS




20 %

IL PEDIATRA DEVE INCORAGGIARE IL BAMBINO A VIVERE NORMALMENTE NONOSTANTE IL SUO PROBLEMA E PROMETTERGLI CHE SI IMPEGNERA' A RISOLVERLO

RICORDARE AL BAMBINO CHE L'ENURESIS E' UNA CONDIZIONE MOLTO COMUNE E CHE SI PUO' CURARE

21

**UROLOGY, NEPHROLOGY,
GASTROENTEROLOGY, GENERAL AND
DEVELOPMENTAL PEDIATRICS,
PHYSICAL THERAPY, PSYCHOLOGY, AND
PSYCHIATRY**

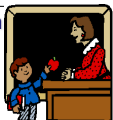


Il Comitato di Pietra

22


Teachers' knowledge of normal and abnormal elimination patients in elementary school children *J Sch Nurs 2005*

N. 467 Elementary school teachers Iowa



- 37% → ask children to wait to go to the bathroom
- 18% → received information about abnormal elimination
- 8% → were aware of specialist trained to treat children with these problems

Suboptimal conditions exist in the bathrooms
only 35% boys' restrooms } "always clean"
only 48% girls' restrooms }



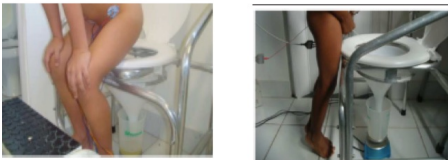
Because children spend nearly half of their waking house at school, there is

THE POTENTIAL FOR SCHOOL to have A SIGNIFICANT IMPACT IN THEIR ELIMINATION PATTERNS

23

VOIDING POSTURE

Applying Concepts OF LIFE COURSE THEORY AND LIFE COURSE EPIDEMIOLOGY to the Study of Bladder Health and Lower Urinary Tract Symptoms among Girls and Women



WRONG VOIDING POSTURE USING PELVIC FLOOR MUSCLES

While **TOILET TRAINING** typically occurs at **HOME**, toddlers **CONTINUE TO DEVELOP** toileting habits in **DAYCARE AND PRE-SCHOOL**, and **GIRLS CAN REFINE** habits in primary and secondary school.

"What factors contribute to restricted bathroom access in school settings among girls, and how might restricted access cumulatively affect the bladder health of girls and women across the life course?"

24

Girls' restricted access to toilets in the school context illustrates the Principle of Linked Lives



School systems may not have

STANDARDIZED POLICIES regarding **STUDENT BATHROOM ACCESS**, leaving such determinations to **classroom teachers**, who may **lack knowledge** or training in bladder health.

Teachers may **LIMIT** students' bathroom access for **many reasons**, including concern for misbehavior in the bathroom (e.g., vandalism, bullying) or missed classroom time.

25

✓ RULES RESTRICTING BATHROOM ACCESS



✓ LOCATION OF BATHROOMS

✓ LIMITED TIME TO VOID

✓ BEHAVIORS OF PEERS THAT IMPACT

THE CLEANLINESS OR SAFETY OF THE TOILETING ENVIRONMENT

Andare al bagno: i diritti dello studente

Ma quindi andare al bagno è un diritto imprescindibile degli alunni o è un permesso che può essere concesso a discrezione dell'insegnante?

La risposta è una sola: un professore non può impedire ad uno studente l'uso del bagno. Quindi si andarci, nei limiti del buonsenso, è un diritto. D'altronde, non è possibile controllare la propria vescica e né il docente né lo studente possono reprimere un bisogno fisiologico. Ovviamente, però, il bagno va usato entro certi limiti. Se

lo studente chiede di uscire dall'aula ogni 10 minuti, il permesso di andare al bagno può non essergli accordato, a meno che non ci siano certificati medici che attestino eventuali problemi di salute

In addition, subsets of students may avoid school bathrooms when gendered

bathroom spaces do not align with their **GENDER IDENTITY**.

Students may **restrict fluids** or **delay voiding** despite urge

THESE COMPENSATORY BEHAVIORS MAY BECOME HABITS IMPACTING FUTURE BLADDER HEALTH TRAJECTORIES.

26

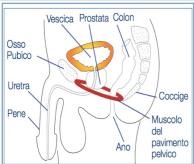
MIGLIORMANTI DURATURI

- **BERE DURANTE IL GIORNO**
- **FARE PIPÌ REGOLARMENTE IN POSIZIONE CORRETTA**
- **UTILIZZARE RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA**
- **TECNICHE RILASSAMENTO MUSCOLI PIANO PELVICO**



27

SPECIFIC INTERVENTIONS



Specific interventions of
UROTHERAPY

pelvic floor muscle retraining

BIOFEEDBACK


NEUROMODULATION

INTERMITTENT CATHETERIZATION.

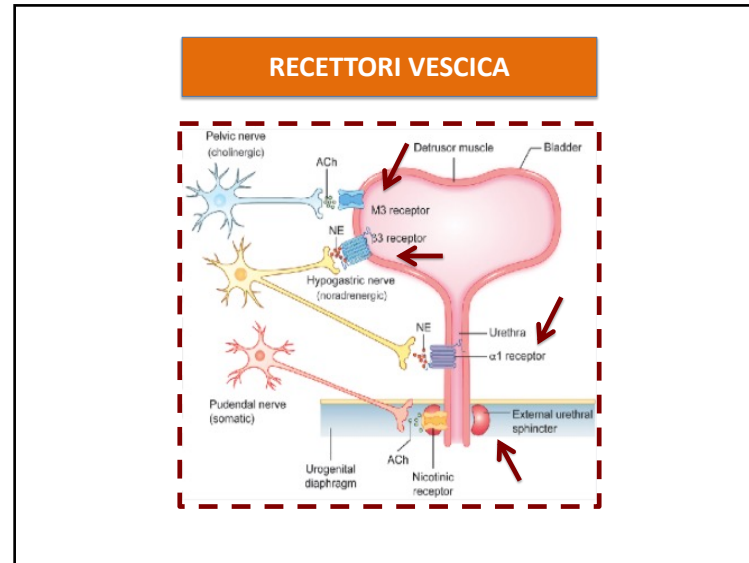
Additional interventions involve

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

PSYCHOTHERAPY

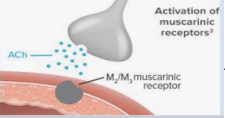


28



29

DITROPAN OSSIBUTININA



Improved efficacy of extended release oxybutynin in children with persistent daytime urinary incontinence converted from regular oxybutynin
Van Arendonk KL, et al. J Urol 2006; 68: 862-65

Ditropan XL maintains K plasma concentration with a lower maximal plasma concentration. The bioavailability of the active R-enantiomer > 156% than Ditropan

DOSAGE 0,2-0,6MGR/KG/ONCE A DAY
(max 15 mg /die)

- frequency of wetting decreased
- voided volume and bladder capacity increased
- fewer side effects


EFFECTIVENESS 30–40%

30

TOLTERODINE

FIRST SUCCESSFUL AND SAFE USE OF TOLTERODINE

0.8 - 8mg/day

 2 mgr < 35 Kg
4 mgr > 35 Kg

*Goessl C, et al. Urology 2000; 55: 414-18.
Munding M, et al. J Urol 2001; 165: 926-28.*

TOLTERODINE IS SUPERIOR TO OXYBUTYNIN WITH RESPECT TO ADVERSE EVENTS. *Bolduc S, et al. BJU Int. 2003;91(4):398-401 . Raes A, et al. Eur Urol. 2004;45(2):240-4.*

LONG-ACTING TOLTERODINE
Babu R. Indian Pediatrics 2006; 43: 980-83

THE SUCCESS RATE COMPARABLE TO OXYBUTYNIN

31

SOLIFENACINA

HAS A LONG HALF-LIFE.

STILL OFF LABEL

5MG ONCE A DAY.

COMPLETE RESPONSE RATE 53%

32

SIDE EFFECTS

- CONSTIPATION
- DRY MOUTH
- HEAT INTOLERANCE
- MORE RARELY, MENTAL CONFUSION

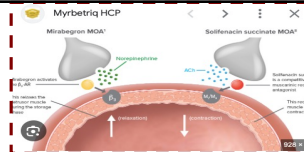
INCREASING THE DISCONTINUATION RATE WITH OXYBUTYNIN TO 32%

Of the 53% of patients who reported a side effect:

29% dry mouth	19% pruritus
8% vertigo	8% constipation
6% headache	2% another side effect.

33

MIRABEGRON




SELECTIVE BETA-3 ADRENOCEPTOR AGONIST

BLADDER RELAXATION IS OBTAINED THROUGH ACTIVATION OF THE BETA-3 ADRENOCEPTOR AND THE SUBSEQUENT ACTIVATION OF ADENYLYL CYCLASE .

OFF LABEL FOR CHILDREN

COMBINATION TREATMENT WITH ANTIMUSCARINICS AND MIRABEGRON MAY REPRESENT A PROMISING OPTION FOR PATIENTS WHO FAIL TO RESPOND TO MONOTHERAPY

34



CLASSE A
Da vendere dietro presentazione di ricetta medica (RR) € 53,52

Pesolegia
Il dosaggio ottimale deve essere individualizzato caso per caso.¹²
Bambini di età superiore a 5 anni e adulti: dose iniziale di 120 mcg, somministrata per via sublinguale, alla sera, prima di coricarsi, dopo lo svuotamento della vescica.¹²
La dose può essere aumentata fino a 240 mcg nel caso in cui la dose inferiore risultasse inefficace.¹²
L'assunzione di liquidi deve essere limitata.¹²
In caso di trattamento protratto si consiglia una rivalutazione del paziente dopo tre mesi di terapia avendo sospeso la somministrazione di Minirin/DDAVP per almeno 1 settimana.¹²

Per maggiori informazioni sul prodotto consultare l'ECF presente nel mezzo

Bibliografia:
1. Ghossein H et al. Electronic Physician. 2016; Volume 8, Issue 3: 2187-89; 2. Chizzola ML, Pedrara. Presentazione di Società. 2016; 24:82; 3. Smith R et al. World Neurology. 2014; 4(6): 23-8; 4. Akbari T et al. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2011; 167: 144; 5. Ghossein H et al. British Journal of General Practice. 2017; 67: 128-326; 6. Butler R et al. Scand J Urol. & Nephrol. 2006; 40: 113-15; 7. Ghossein H et al. Scand J Urol. & Nephrol. 2005; 39: 288-92; 8. Hesse T et al. J Urol. 2005; 173: 2424-8; 9. Kumpers E et al. Pediatr Nephrol. 2018; Apr 12. [Epub ahead of print]; 10. Vilhardt H. Drug Investigation. 1990; 2 (Suppl 5): 2-11; 11. Van Kesterenck PE, BJU Int. 2002; 148(1): 102-10; 12. Minirin RCP.

1954 Discovery of the **chemical structure** of vasopressin (du Vigneaud et al.)

1960 Czechoslovak Academy of Sciences produced a large number **analogues**

1967 Zaoral et al : **Synthesis of desmopressin I-deamino-8-D-arginine vasopressin**

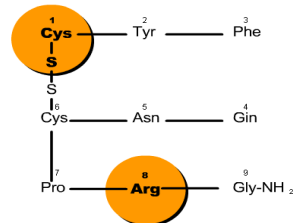
Highly elective antidiuretic agent with a ratio between antidiuretic and vasopressor activities in excess of 2000 : 1 (as compared with 1 : 1 for native vasopressin).
Additionally, desmopressin was found to be **metabolically more stable** than vasopressin, and this was reflected in a **prolonged duration of action**.

Ferring Pharmaceuticals in Sweden undertook the task of **large-scale production**

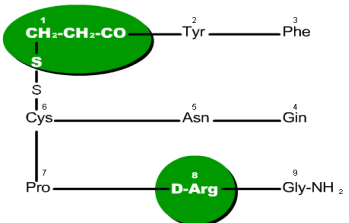
1982: PRIMA INDICAZIONE PER ENURESI

35

I-MERCAPTOPROPIONIC ACID-8-D-ARGININE VASOPRESSIN.



Vasopressina



Desmopressina

Deamination at position 1 protects against aminopeptidase
Introduction of a D-aminoacid to the C-terminal
Peptide ↓ action of carboxypeptidases

↑ **EFFETTO ANTIDIURETICO**
 ↓ **DIMINUITO EFFETTO PRESSORIO**

RACCOMANDAZIONE LIVELLO 1 GRADO A ICC 2009

Drug Investigation 2 (Suppl. 5): 2-6, 1990
 0142-2412/90/000203-06\$05.00/0
 © 1990 International Liaison Committee
 All rights reserved.
 medpharm

Basic Pharmacology of Desmopressin
 A Review
 Hans Vilhardt
 Department of Medical Pharmacology
 University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

36

Evaluation of and Treatment for Monosymptomatic Enuresis: A Standardization Document From the International Children's Continence Society.
Neveus T, Eggert P, Evans J, et al. *J Urol.* 2010;183(2):441-7

COMPRESSE SUBLINGUALI FORMULAZIONE PIU' INDICATA

- **BASSO DOSAGGIO**
- **RAPIDO ASSORBIMENTO**
- **MIGLIORE FARMACODINAMICA**
- **SICUREZZA**

37



38

EFFETTI COLLATERALI

VECCHIE FORMULAZIONI
NAUSEA, CEFALEA, VOMITO
ATTENZIONE PRIME 2 SETTIMANE DI TERAPIA

**ISTRUZIONE ASSUNZIONE
ORARI DOSAGGIO**

DIAGNOSI DIFFERENZIALE!!!!
BUONA DIAGNOSI
=
BUONA RISPOSTA TERAPIA

39

Springer EUROPEAN JOURNAL OF PEDIATRICS
springer.com

Eur. J. Pediatr. 2013; 172(9): 1235–1242. PMID: PMC3742424
Published online 2013 May 16. doi: 10.1007/s00431-013-1992-9 PMID: 23677249

Desmopressin melt improves response and compliance compared with tablet in treatment of primary monosymptomatic nocturnal enuresis
Kristian Vinter Juul,¹ Charlotte Van Herzelele, Pauline De Bruyne, Sandra Gobie, Johan Vande Walle, and Jens Peter Nørgaard

Desmopressin **MELT**, compared with tablet, **IMPROVES** THE PROBABILITY OF BEING A **RESPONDER**.
Switching from tablet to melt formulation **INCREASED** patient **compliance**.

INCREASED COMPLIANCE ASSOCIATED WITH INCREASED EFFICACY.

40

Springer PEDIATRIC NEPHROLOGY (BERLIN, GERMANY) springer.com

Pediatr Nephrol. 2017; 32(2): 217–226. PMCID: PMC5203827
 Published online 2016 Apr 12. doi: 10.1007/s00467-016-3376-7 PMID: 27071997

Optimizing response to desmopressin in patients with monosymptomatic nocturnal enuresis
 Konstantinos Kamperis,⁰¹ Charlotte Van Herzele,² Soren Rittig,^{1,3} and Johan Vande Walle⁴

- FORMULATION
- DOSE
- TIMING OF ADMINISTRATION
- FOOD AND FLUID INTAKE
- INTER-INDIVIDUAL VARIATION IN RESPONSE
- BODY WEIGHT
- ADHERENCE
- WITHDRAWAL STRATEGIES
- COMBINATION THERAPIES

YOUNGER CHILDREN have

- A **LOW** maximum voided volume (MVV) and/or **OVERACTIVE BLADDER** symptoms which are **RESISTANT TO ANTIDIURETIC THERAPY**
- **SHORTER INTERVAL** between their **LAST MEAL AND BEDTIME** THAN OLDER CHILDREN.
- >**80** % of children included in the DRIP study **DID NOT HAVE NP AND HAD A LOW DAYTIME MVV**

INDIVIDUAL PREDICTORS OF TREATMENT SUCCESS
INCREASED NOCTURNAL DIURESIS
FEWER WET NIGHTS PER WEEK.

41

Springer PEDIATRIC NEPHROLOGY (BERLIN, GERMANY) springer.com

Pediatr Nephrol. 2017; 32(2): 217–226. PMCID: PMC5203827
 Published online 2016 Apr 12. doi: 10.1007/s00467-016-3376-7 PMID: 27071997

Optimizing response to desmopressin in patients with monosymptomatic nocturnal enuresis
 Konstantinos Kamperis,⁰¹ Charlotte Van Herzele,² Soren Rittig,^{1,3} and Johan Vande Walle⁴

DESMOPRESSIN IS FIRST-LINE THERAPY FOR ENURESIS CAUSED BY NOCTURNAL POLYURIA...

HOWEVER, IN A RECENT STUDY, AROUND

ONE-THIRD OF PATIENTS THOUGHT TO BE RESISTANT TO DESMOPRESSIN WERE

1/3

SUBSEQUENTLY TREATED EFFECTIVELY WITH DESMOPRESSIN MONOTHERAPY IN A SPECIALIST CENTRE

42

Eur J Pediatr. 2018 Mar;177(3):389-394
Desmopressin use in pediatric nocturnal enuresis patients: is there a sex difference in prescription patterns? Schroeder MK, Juul KV, Mahler B, Nørgaard JP, Rittig S

..... **A SEX DIFFERENCE IN RENAL SENSITIVITY** has recently been reported in adults.

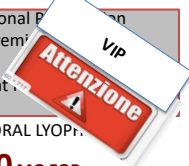
...study was investigate **real-life** desmopressin prescription in the Danish pediatric population, and **prescription patterns which may reflect A SEX DIFFERENCE IN PEDIATRIC USAGE.**

214,220 desmopressin prescriptions (2004 - 2011) in the Danish National Prescription Registry. Formulation, dose, treatment duration, and safety (hyponatremia) were investigated. **40,596 children** received desmopressin. Data were linked to hyponatremia diagnoses from the National Patient Registry.

ALTHOUGH THE LOWEST RECOMMENDED DOSE OF DESMOPRESSIN ORAL LYOPHILISATE IS 120 MG, AROUND A FIFTH OF CHILDREN WERE PRESCRIBED 60 MG FOR LONG-TERM USE.


A GREATER PROPORTION OF GIRLS (22.6%) than boys (19.8%) RECEIVED THIS **LOW DOSE.** Treatment duration was **LONGER FOR BOYS** than girls on oral lyophilisate (mean 489-524 vs. 414-462 days) and tablet (0.1 mg: 204 vs. 161 days).

There were **NO ADMISSIONS FOR HYPONATREMIA** during the observation period.



43

ADERENZA TERAPEUTICA



POST-HOC ANALYSIS OF DRIP DESMOPRESSIN RESPONSE IN PNE

RACCOMANDAZIONI PER OTTIMIZZARE L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO CON DESMOPRESSINA*

- 1** Selezionare la formulazione più appropriata
- 2** Ottimizzare gli orari della somministrazione, considerare il possibile impatto dei pasti
La desmopressina dovrebbe essere assunta 60 minuti prima di coricarsi e almeno 2 ore dopo il pasto serale.
- 3** Assicurarsi che venga ridotta l'assunzione di liquidi prima e dopo la somministrazione di desmopressina
Ridurre l'assunzione di liquidi da 1 ora prima dell'assunzione di desmopressina alle 8 ore successive; svuotare la vescica subito prima di coricarsi.
- 4** Se necessario, personalizzare il dosaggio e l'orario di assunzione
Dati di farmacodinamica mostrano come un dosaggio compreso tra 120 e 240 mcg sia in genere in grado di controllare la diuresi per circa 7-11 ore in bambini con NPE (enuresi notturna primaria).
- 5** Considerare il possibile impatto del peso corporeo
È possibile che la dose debba essere adattata al peso corporeo se l'efficacia iniziale è subottimale.
- 6** Assicurarsi che i pazienti siano aderenti al trattamento e alle raccomandazioni sulla somministrazione
È fondamentale che il medico fornisca istruzioni precise ai pazienti sull'importanza della completa aderenza alla terapia con desmopressina.
- 7** Se necessario sospendere il trattamento, definire un'adeguata metodologia di sospensione
Sospensioni regolari sono raccomandate per valutare se il trattamento può essere interrotto.
- 8** Considerare un'eventuale terapia di combinazione dove appropriata
Le terapie di combinazione vanno valutate solo nei centri specialistici, ad eccezione dell'associazione di desmopressina con un "allarme enuresi" che può essere utilizzata anche dalla medicina di base.

44

ADERENZA TERAPEUTICA

30% NON SEGUE RACCOMANDAZIONI E NON ASSUME CORRETTAMENTE LA TERAPIA (DRIP)

TERAPIA VA PERSONALIZZATA
Variabilità intra-individuale e inter-individuale

- VALUTAZIONE AZIONE DOPO 2 SETTIMANE ED EVENTUALE AUMENTO TERAPIA
- CONTROLLO AL 3° MESE: OBIETTIVO 60 ASCIUTTE CONSECUTIVE
- LENTA DIMINUZIONE

45

ALLARME

- FAMIGLIA MOLTO COLLABORANTE
- ABBANDONO FREQUENTE
- PUO' ESACERBARE INTOLLERANZA
- AUMENTO CAPACITA' VESCICALE

1 SOLO EPISODIO - - ➤ GH

46

ADULTI CON ENURESI

- ❶ 1% Popolazione adulta.
Impatto DEVASTANTE del problema sulla vita professionale, sociale di relazione. Il 90% dei pazienti presenta enuresi primaria
- ❷ Il 50% dei maschi e il 19% delle femmine non hanno MAI CONSULTATO UN MEDICO.
Solo il 30% dei pazienti pensa che l'enuresi sia trattabile
- ❸ Percorso diagnostico e terapeutico uguale al paziente pediatrico
- ❹ Tempi protratti della terapia superiori a 12 mesi
- ❺ Maggiore vulnerabilità e ricadute nelle donne in fase ovulatoria e premestruale

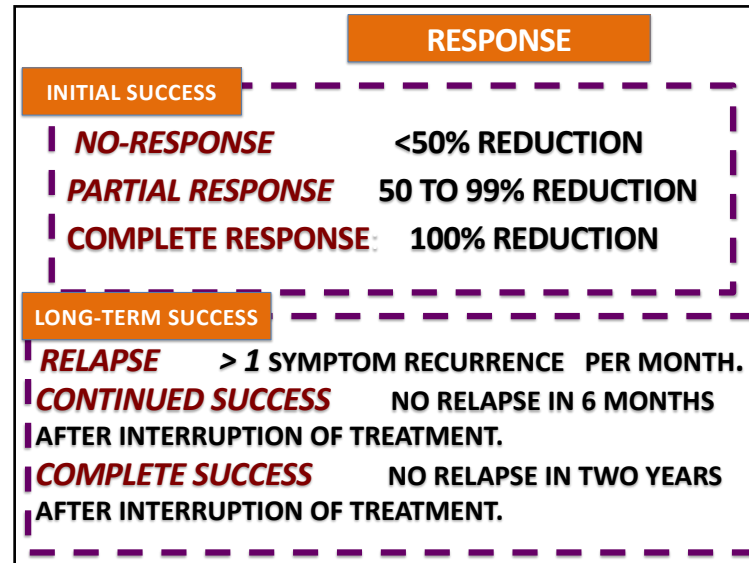
47

RESPONSE

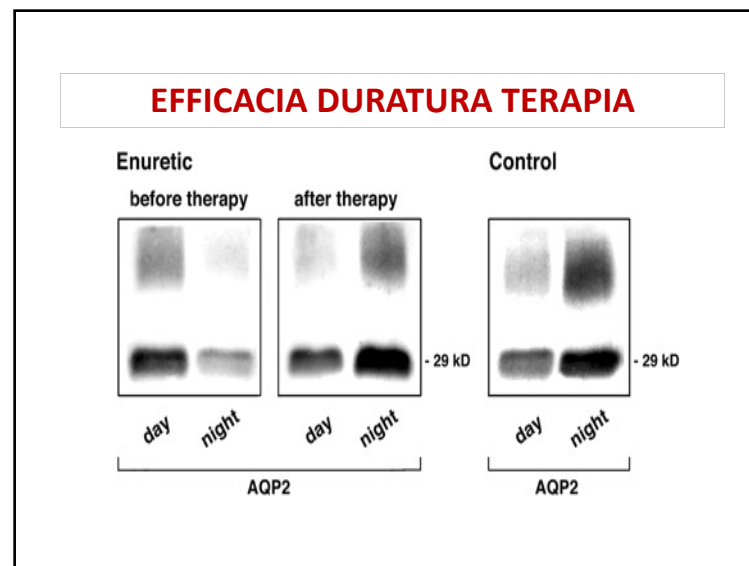
- ➔ THE SYMPTOM FREQUENCY DURING BASELINE AND FOLLOWING TREATMENT SHOULD EACH BE DOCUMENTED.
- ➔ THE ASSESSMENT OF TREATMENT RESPONSE OR OUTCOME MUST BE BASED ON PRETREATMENT BASELINE REGISTRATION OF THE FREQUENCY OF SYMPTOMS.
- ➔ THE RESPONSE DURING TREATMENT SHOULD BE NOTED AS WELL AS THE RESPONSE AFTER CESSATION OF TREATMENT FOR A SPECIFIED PERIOD OF TIME.

THESE RESPONSES MAY NOT BE THE SAME.

48



49



50

INCONTINENZA = TABU'

5,1 milioni di persone > 18aa

3,7 milioni donne

1,4 milioni uomini

Costi diretti (assorbenti, farmaci da banco, diagnosi, terapie chirurgiche)

Costi indiretti (perdita produttività lavorativa, raccolta e smaltimento ,
tempo utilizzato da persone che assistono incontinenti)

DM . 332/99 dispositivi medici

64% spesa SSN → PANNOLONI

51

SPESA SSN INCONTINENZA

- 1995 **322** milioni X pannoloni
- 2004 **226** milioni X pannoloni /traverse
32,4 milioni farmaci Fascia C
- 2022 296 milioni di euro,
278 milioni X pannoloni
(esclusi costi distribuzione)
18 milioni X farmaci farmaci

52

Incontinenza. FederAnziani. Meglio i farmaci dei pannoloni e il Ssn risparmierebbe


137 miliardi/anno

Una manovra da circa 35 miliardi di euro che comprende sostegni alle imprese e alle famiglie: ecco tutte le misure della Legge di bilancio 2023

In Italia oltre l'80% dei pazienti con incontinenza da urgenza viene trattato con pannoloni con una spesa per il Ssn di 278 mln l'anno. Mentre solo il 20% con terapia farmacologica che le Asl non rimborsano. Abbandonare i pannolini e rimborsare i farmaci converrebbe sia allo Stato che al paziente.

LA SPESA MEDIA PER PAZIENTE IN ITALIA DOPPIO DELLA MEDIA EUROPEA
706 EURO CONTRO 386 EURO.

53

START WITH WHY
HOW GREAT LEADERS INSPIRE EVERYONE TO TAKE ACTION
SIMON SINEK 

**MINA AUTOSTIMA
IMPATTA SU SESSUALITA'
AUMENTA RISCHIO
INCONTINENZA IN ETÀ ADULTA**

54