

# Incontinenza: la gestione dell'assistenza alla persona in Italia

SENIOR ITALIA  
FEDERANZIANI



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

*La riproduzione con qualsiasi processo di duplicazione delle pubblicazioni tutelate dal diritto d'autore è vietata e penalmente perseguibile (art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633). Quest'opera è protetta ai sensi della legge sul diritto d'autore e delle Convenzioni internazionali per la protezione del diritto d'autore (Convenzione di Berna, Convenzione di Ginevra). Nessuna parte di questa pubblicazione può quindi essere riprodotta, memorizzata o trasmessa con qualsiasi mezzo e in qualsiasi forma (fotomeccanica, fotocopia, elettronica, ecc.) senza l'autorizzazione scritta dell'editore. In ogni caso di riproduzione abusiva si procederà d'ufficio a norma di legge.*

---

*Senior Italia FederAnziani è da sempre impegnata nella tutela del diritto alla salute delle persone affette da incontinenza.*

*Per questo ha istituito un Advisory Board nazionale destinato ad analizzare le criticità dell'attuale sistema di gestione della patologia e a elaborare nuovi modelli da proporre alle istituzioni per migliorare la salute e la qualità di vita del paziente.*

*La presente ricerca nasce dalla collaborazione tra l'Advisory Board di Senior Italia e il Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale - CERGAS Bocconi.*

## **Prefazione** *a cura di Marcella Marletta*

L'incontinenza urinaria è tra le 5 patologie più costose e diffuse al mondo. In Italia sono stimati in 5 milioni le persone affette da incontinenza, di cui il 60% sono donne, principalmente sopra i 40 anni. Nel suo complesso, costa come l'artrite e più dell'osteoporosi eppure, si fatica ancora a riconoscerla come una patologia invalidante.

Si tratta, infatti, di una condizione che incide fortemente sulla qualità della vita della persona colpita, con ripercussioni importanti sul piano psicologico, sociale, professionale e familiare. Un problema sanitario e sociale di grandi dimensioni generalmente sottostimato. È veramente un mondo nascosto e sono molte le ragioni per cui le persone con incontinenza non vanno o tardano ad andare dal medico. Non ultimo il fattore economico.

Su questo fronte, i costi generati ogni anno dall'incontinenza urinaria in Italia sono di grande rilievo. Essa non genera soltanto costi diretti, ma anche costi indiretti. Esistono infine costi intangibili, rappresentati dalla sofferenza psicologica (disagio, vergogna, ecc.) della persona incontinente e dei suoi familiari. Questi sono difficilmente misurabili, ma hanno enorme rilevanza in termini di impatto socio-economico.

Per comprendere appieno quanto appena citato, sarebbe quanto mai opportuno implementare un approccio globale al tema della spesa. Bisogna comprendere, infatti, che i costi sono collegati in maniera trasversale: ad esempio, a un aumento della spesa per l'acquisto di farmaci potrebbe corrispondere una sensibile diminuzione in un'altra area. E così anche in senso opposto.

Nel suo complesso, poi, il SSN dovrebbe puntare al miglioramento della qualità della vita per i pazienti che soffrono di incontinenza e ricercare soluzioni con un minor impatto sociale ed economico per il Sistema Salute. Le azioni da mettere in campo, in prima battuta, dovrebbero mirare a strutturare un percorso rapido, dalla diagnosi al trattamento in grado, quindi, di prendersi carico del paziente globalmente, senza indirizzarlo in più posti per i vari esami e senza perdite di tempo e di risorse.

---

## **Prefazione** *a cura di Marcella Marletta*

Si deve, in sostanza, porre l'accento sull'organizzazione delle reti territoriali per la prevenzione che soddisfi l'erogazione degli appropriati trattamenti diagnostici e terapeutici garantendo in modo progressivo i vari passaggi terapeutici.

Ma oltre a ciò si rendono necessarie altre azioni che interessano le diverse figure coinvolte in questo percorso assistenziale. In primis, cito l'importante ruolo assunto dall'informazione e la, conseguente, diffusione delle conoscenze sia tra i medici di famiglia che tra i pazienti.

Poi, un maggiore ricorso alle terapie in grado di ridurre e curare definitivamente l'incontinenza (interventi chirurgici, fisioterapia, farmaci).

In conclusione, ricordo che il Ministero della Salute nei mesi scorsi ha istituito un tavolo dedicato alle problematiche dell'incontinenza. Il suo obiettivo è quello di verificare i possibili risparmi, ma anche l'individuazione di soluzioni ottimali per le problematiche dell'incontinenza. Il punto di partenza è che i servizi sanitari dedicati alle persone che soffrono di incontinenza andranno migliorati seguendo un approccio integrato. Nel corso dei primi mesi dell'anno è prevista la chiusura dei lavori da cui è attesa l'elaborazione di un corposo documento da indirizzare alle Regioni.

Marcella Marletta  
*Direttore Generale della Direzione Generale  
dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico  
Ministero della Salute*

---

# Prefazione *a cura di Francesco Longo*

Il presente studio si pone l'obiettivo di raccogliere evidenze sui modelli attuali di gestione dell'incontinenza urinaria in Italia, di valutare l'impatto economico di questa condizione diffusa, di fornire informazioni riguardo ai modelli di fornitura dei servizi esistenti e di formulare ipotesi sui modelli di fornitura da attivare in futuro.

In particolare, il documento presenta, nella sua parte iniziale, un inquadramento degli aspetti epidemiologici della condizione di incontinenza urinaria, fornendo dati di prevalenza per uomini e donne e per fasce d'età, mostrando la rilevanza attuale e prospettica del tema, specialmente se si considera il progressivo invecchiamento che interessa la popolazione italiana. Tra le diverse tipologie di trattamenti, l'analisi si focalizza sugli ausili per cura e protezione personale e in particolare sui prodotti assorbenti, fornendo una chiave di lettura dell'organizzazione dell'attuale sistema di gestione sia a livello nazionale, sia a livello regionale.

L'analisi si concentra poi sui trend di spesa sanitaria in Italia, distinguendo tra spesa pubblica corrente e spesa privata (out-of-pocket), a livello complessivo e considerando in particolare il mercato degli ausili per incontinenza.

A partire dagli aspetti indagati, emerge nitidamente come, a livello di sistema Italia, numerosi aspetti critici caratterizzino l'attuale modello di gestione dell'assistenza legata alla persona con incontinenza urinaria: dall'universalismo non applicato uniformemente all'eterogeneità in termini di canale distributivo inter e intra Regioni, dall'assenza di standard nazionali per la definizione della qualità dei prodotti all'assenza di un approccio sistemico.

Con l'obiettivo di affrontare concretamente le criticità riscontrate, viene quindi proposto un modello per la gestione del paziente affetto da incontinenza, che possa essere in grado di garantire pari opportunità di accesso ai dispositivi per incontinenza, ottimizzando le esperienze già realizzate a livello regionale.

---

## **Prefazione** *a cura di Francesco Longo*

Il presente documento rappresenta quindi lo strumento attraverso cui promuovere e proporre le soluzioni più idonee in termini di programmazione sanitaria nazionale e regionale per una razionalizzazione del sistema che, tenendo conto della trasversalità della problematica, possa garantire un elevato livello di qualità e rispondere efficacemente ai bisogni della persona con incontinenza urinaria.

Francesco Longo

*Professore associato presso Dipartimento Analisi delle Politiche  
e Management pubblico - Università Bocconi*

*Ricercatore Senior presso il centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale - SDA Bocconi School of Management Professor*

---

## **Prefazione** *a cura di Roberto Messina*

La ricerca condotta dagli studiosi del CERGAS sul tema incontinenza rappresenta un tassello importante per far luce su un fenomeno ancora non sufficientemente approfondito nel nostro Paese, considerato che il quadro epidemiologico a livello nazionale è tuttora carente e che un tabù culturale diffuso frena la sensibilizzazione dei pazienti rispetto a questa problematica. È proprio per contribuire all'emersione di alcune criticità relative a un fenomeno sottostimato quanto rilevante per i senior, e all'elaborazione di possibili soluzioni concrete da proporre ai decisori, che abbiamo sposato la presente ricerca.

Quando parliamo di incontinenza ci troviamo di fronte a un fenomeno in crescita, ma nonostante ciò ancora non affrontato in modo adeguato, come possiamo constatare dalle numerose aree di criticità che caratterizzano questa patologia, come la mancanza di percorsi per i pazienti, l'inadeguata formazione e la scarsa disponibilità del personale sanitario non medico, la carenza di centri di riabilitazione sul territorio, il persistente problema della scarsa aderenza alla terapia farmacologica, la non razionale distribuzione dei dispositivi chirurgici più complessi e la scarsa conoscenza della tipologia e del volume di interventi eseguiti nei singoli centri in Italia. A monte di tutto ciò troviamo un'inadeguata conoscenza della patologia e una mancanza di omogeneità nell'erogazione dei servizi e dei dispositivi per l'incontinenza su tutto il territorio.

La ricerca del CERGAS evidenzia, tra le principali criticità incontrate dai pazienti affetti da incontinenza, un sostanziale mancato universalismo dei servizi sanitari, la diversa qualità tra i prodotti acquistati dalle famiglie e quelli messi a disposizione dal SSN, la difformità in termini di qualità non solo da una Regione all'altra, ma anche all'interno di una stessa Regione, l'assenza di un presidio della qualità degli ausili, elementi che si traducono in una minore appropriatezza ed efficacia della fornitura rispetto al bisogno del paziente. L'omogeneità, l'appropriatezza e l'efficacia restano invece, dal punto di vista del paziente, esigenze insormontabili, prioritarie e inscindibili, in questo come in altri ambiti terapeutici.

---

## **Prefazione** *a cura di Roberto Messina*

Approfondire il tema degli ausili, in particolare, è importante in quanto essi rappresentano il principale meccanismo di risposta alla problematica dell'incontinenza e la maggior parte delle persone che ricorrono agli ausili si trova, come evidenziato nello studio, in condizioni di fragilità fisica, oltre che psicologica, e difficilmente nelle condizioni di poter operare una scelta di per sé difficoltosa e complessa. Diviene allora cruciale non solo sensibilizzare il paziente rispetto al suo problema, ma soprattutto assicurargli un'autentica libertà di scelta e tener conto della qualità percepita degli ausili, trattandosi di dispositivi che hanno un forte impatto sulla qualità della vita dell'utente.

Riteniamo sia fondamentale garantire al cittadino la possibilità di accedere a un sistema uniforme, capace di rispondere ai bisogni diversificati degli utenti, garantendo appropriatezza e un'adeguata presa in carico del paziente, che possa beneficiare di una personalizzazione dei trattamenti, individuando dei meccanismi che sappiano coniugare le risorse e i dispositivi disponibili e le esigenze manifestate dalla persona che, come sempre, riteniamo debba essere al centro del sistema.

Roberto Messina  
*Presidente Nazionale Senior Italia*

---

# Indice

<b>1. L'incontinenza: inquadramento del problema</b>		
<i>Che cosa è l'incontinenza</i>	11	
<i>Le dimensioni del problema</i>	13	
<i>La presa in carico del paziente e i trattamenti disponibili</i>	18	
<b>2. Il quadro normativo nazionale</b>	20	
<b>3. I casi regionali</b>		
<i>Piemonte</i>	22	
<i>Provincia Autonoma di Bolzano</i>	25	
<i>Lombardia</i>	28	
<b>4. Analisi del trend di spesa sanitaria in Italia</b>	30	
<b>5. Il mercato dei dispositivi per incontinenza</b>	32	
<b>6. Gli ausili assorbenti: la dimensione Qualità</b>	34	
<b>7. La definizione della qualità: il parere degli esperti</b>	36	
<b>8. Principali criticità dell'attuale sistema</b>	39	
<i>L'universalismo mancato</i>	40	
<i>Customer vs SSN quality</i>	40	
<i>Accesso a geometria variabile</i>	41	
<i>Distribuzione a geometria variabile</i>	42	
<i>Inconsistente presidio della qualità</i>	42	
<i>Problemi di natura regolatoria</i>	43	
<i>Assenza di un approccio sistemico</i>	43	
<b>9. Gli obiettivi del nuovo modello</b>	44	
<i>Creare un sistema omogeneo su tutto il territorio nazionale</i>	45	
<i>Unificare la distribuzione pubblica</i>	46	
<i>Semplificare il processo</i>	46	
<i>Equità</i>	47	
<i>Invarianza di spesa</i>	47	
<i>Personalizzazione</i>	48	
<i>Counselling</i>	48	
<b>10. Il modello proposto: principali specificità</b>	49	
<i>Accreditamento/Accordo Quadro</i>	50	
<i>Leva prezzo</i>	50	
<i>Budget individuale</i>	50	
<i>Calcolo del budget</i>	51	
<i>Canale distributivo</i>	51	
<i>Separazione delle competenze dell'accreditamento</i>	52	
<i>Counselling</i>	52	
<i>Qualità</i>	53	
<i>Sistema informativo</i>	53	
<b>11. Il modello proposto: una sintesi</b>	54	
<b>Bibliografia e sitografia</b>	58	

---



# **Incontinenza: la gestione dell'assistenza alla persona in Italia**

*A cura di Roberto Messina, Francesco Longo, Alessandro Furnari,  
Carla Rognoni, Andrea Rotolo e i membri dell'Advisory Board*

# 1. L'incontinenza: inquadramento del problema

## *Che cosa è l'incontinenza*

La definizione di incontinenza ha subito profonde modifiche nel corso degli anni. In questa sede si è scelto di adottare la definizione proposta **dall'International Continence Society (ICS)**.

In particolare, nel 2005 la definizione è stata fornita con riferimento a una generale perdita involontaria di urina. Successivamente, nel 2014, è stata definita più specificamente come segue: «*The complaint of involuntary loss of urine, with three primary subtypes of UI identified: urgency UI (UUI), stress UI (SUI), and mixed UI (MUI; both UUI and SUI)*» [1]. In passato la definizione comprendeva anche il concetto di «problema igienico o sociale». Tale concetto è stato superato al fine di uniformare le diverse realtà sociali (non tutte le situazioni sono equiparabili per disagio igienico e sociale). Questa nuova definizione ha consentito anche di stimare, più precisamente rispetto al passato, la prevalenza e l'incidenza di tutte le tipologie di incontinenza. Tuttavia il 57,2% di chi soffre di incontinenza urinaria non ha mai parlato del problema con familiari e conoscenti; da qui una ulteriore difficoltà a fornire stime precise [2].

La perdita di urina sia nella donna sia nell'uomo può essere classificata a seconda della sintomatologia della perdita, in:

1. Incontinenza da urgenza: spesso associata all'impellente sensazione di dovere urinare, è generalmente provocata da contrazioni irrefrenabili e incontrollabili della vescica.
2. Incontinenza da sforzo (*stress*): si manifesta quando aumenta la pressione dell'addome sulla vescica in occasione di uno sforzo fisico, ma anche quando semplicemente si ride, si tossisce o si starnutisce.
3. Incontinenza mista: quando sono presenti i sintomi caratteristici di entrambi i tipi.

L'entità dell'incontinenza è variabile ed è correlata sia alla frequenza che all'entità delle singole perdite.

---

# 1. L'incontinenza: inquadramento del problema

Si identificano attualmente 4 livelli di incontinenza, sulla base della gravità del livello di perdite della persona [3]:

1. **Lieve**: fino a 200 ml
2. **Medio**: da 200 ml a 350 ml
3. **Grave**: da 350 ml a 500 ml
4. **Gravissimo**: oltre 500 ml

Tali valori sono intesi come la quantità di perdite tra un cambio e l'altro, dunque applicabili ai pazienti che utilizzano gli ausili assorbenti.

---

## *Le dimensioni del problema*

### *Stima Epidemiologica*

La stima epidemiologica del fenomeno è necessaria al fine di individuare correttamente il potenziale bacino di utenti che esprimono un bisogno legato all'incontinenza, per poi effettuare una valutazione sui tassi di copertura e sull'efficacia dei servizi in essere. Individuare stime complete e aggiornate sul tema incontinenza non è tuttavia impresa semplice dal momento che la maggior parte degli studi e delle pubblicazioni scientifiche fanno riferimento a dati consolidati, ma ormai risalenti a diverse decine di anni fa. Coerentemente con gli obiettivi del presente studio, si è cercato di contestualizzare al territorio italiano le stime esistenti in letteratura, aggiornando, laddove possibile, le proiezioni sulla popolazione e sulle sue stratificazioni possibili.

La scarsa attitudine a parlare della patologia da parte delle persone che ne sono affette, rende ancora più difficile effettuare le stime in oggetto.

Le donne rappresentano la popolazione maggiormente afflitta dall'incontinenza urinaria: circa una donna su tre soffre di questa patologia in quanto l'anatomia degli organi pelvici femminili predispone a problemi dei meccanismi di tenuta. Le principali cause di incontinenza nella donna sono il parto naturale e l'invecchiamento.

Nell'uomo, invece, il problema è meno frequente, ma si calcola che una percentuale variabile dal 2 al 10% della popolazione maschile sia affetta da qualche forma di incontinenza. Le principali cause di incontinenza nell'uomo sono infiammazione, asportazione della prostata e invecchiamento [5-7].

Per la stima del numero complessivo e per fascia di età degli incontinenti (comprendendo sia uomini che donne) si fa riferimento ai tassi di prevalenza frutto dell'indagine dell'Istituto di ricerca SWG e FINCO del 2005 [2], *utilizzando i dati della popolazione residente in Italia al 1 Gennaio 2016 per definire una stima complessiva del fenomeno. I risultati sono sintetizzati nella tabella seguente.*

---

# 1. L'incontinenza: inquadramento del problema

**TABELLA 1**

**Tasso di prevalenza e stima epidemiologica del numero di persone con incontinenza urinaria in Italia per fasce d'età (dati 2016)**

Età	Numero	Prevalenza
18-34	461.584	4,2%
35-54	1.446.929	7,8%
55-70	1.175.657	9,8%
70+	1.395.444	15,3%
<b>Totale</b>	<b>4.479.614</b>	<b>7,8%</b>

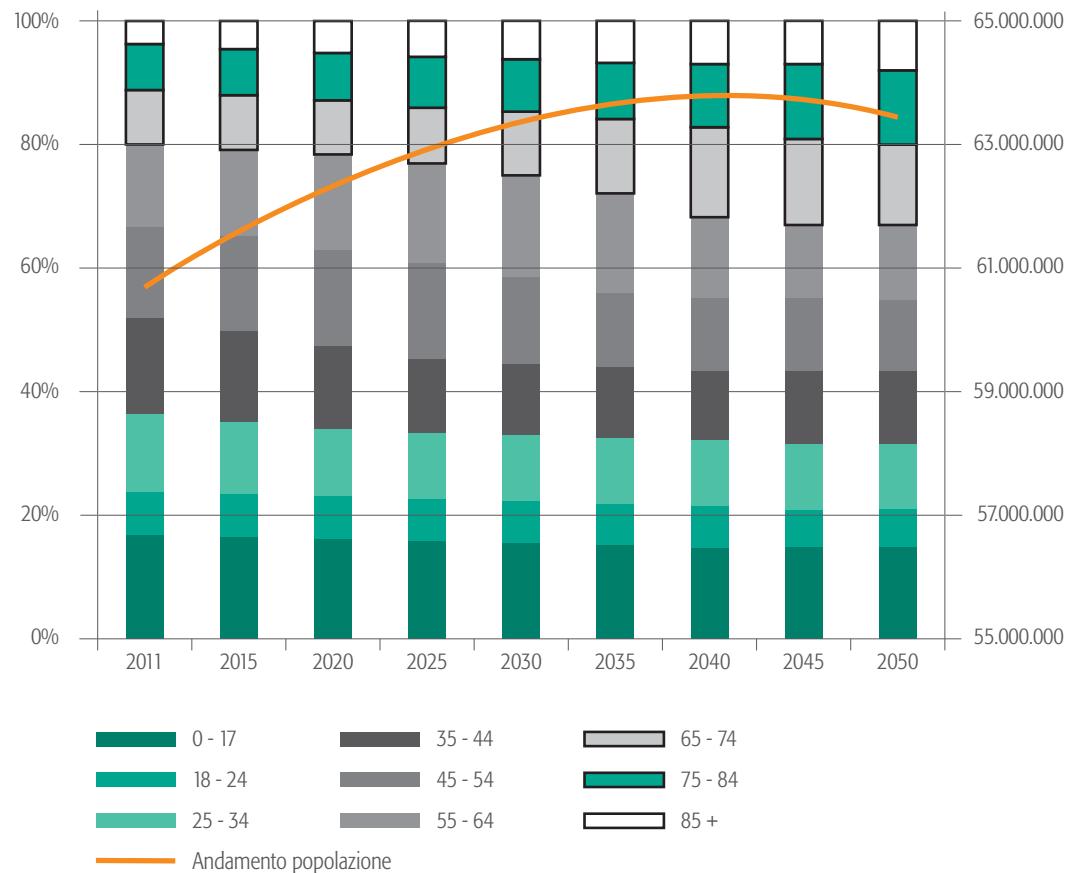
Il numero complessivo di persone maggiorenni affette da incontinenza in Italia si stima sia di 4.479.614. Nella fascia di età compresa tra 18 e 70 anni vi è una netta prevalenza delle donne (12,3%) rispetto agli uomini (1,8%) [7].

L'insorgenza dell'incontinenza urinaria cresce all'aumentare dell'età: per i soggetti non ospedalizzati di età superiore ai sessant'anni, infatti, la prevalenza dell'incontinenza urinaria varia dal 15% al 35%. Nelle case di riposo, nelle residenze assistite e nelle corsie geriatriche fino al 70% dei degenti risulta incontinente, senza contare le persone anziane che vivono al proprio domicilio e ne sono frequentemente colpite [5, 8].

Da questo punto di vista, considerando il progressivo invecchiamento della popolazione, si sottolinea come il problema legato all'incontinenza urinaria sia inevitabilmente destinato ad accrescere le proprie dimensioni: infatti, dalle più recenti proiezioni ISTAT (2016 - Figura 1) emerge come, a fronte di una popolazione complessiva in lieve crescita (+3,1% al 2050), la fascia di popolazione over 65, che ad oggi rappresenta poco più del 20% della numerosità totale, possa superare la soglia del 30% entro il 2040 e spingersi intorno al 33% nel 2050 [9].

**FIGURA 1**

**Andamento della popolazione in termini assoluti e distribuzione percentuale per fasce d'età (2011-2050)**



Fonte: rielaborazione CERGAS da dati ISTAT [9]

# 1. L'incontinenza: inquadramento del problema

## *La Qualità della vita*

I fattori contestuali, ambientali e individuali hanno un notevole impatto sulla persona, in particolare quando l'incontinenza urinaria interessa soggetti che richiedono un alto grado di protezione socio-sanitaria, quali pazienti con disabilità neurologiche o soggetti anziani fragili.

L'incontinenza urinaria è una condizione altamente invalidante, che induce notevole ansietà e frustrazione nel paziente e che, oltre a comportare un cospicuo onere assistenziale per le famiglie e per il personale di assistenza nelle strutture di ricovero, implica un costo economico per la collettività [10]. Questa patologia, inoltre, ha un impatto molto negativo sulla vita quotidiana della persona che ne è affetta: la paura di bagnarsi, il disagio legato all'odore e alla sensazione di scarsa igiene provocano ripercussioni negative sullo stato di salute complessivo, nelle relazioni sociali e nella qualità della vita. È stato dimostrato, infatti, che i pazienti incontinenti sono più depressi, soffrono d'ansia e sono più insoddisfatti dei soggetti non colpiti da questa condizione. Per questo motivo, poter usufruire di ausili per l'incontinenza di qualità che allevino le difficoltà e i disagi connessi a tale condizione, deve essere un obiettivo di primaria importanza per coloro che devono tutelare la salute dei cittadini [11, 12].

L'incontinenza rappresenta infatti un problema socio-sanitario rilevante per il quale è importante trovare risposte soddisfacenti sia in termini di efficacia, sia di rapporto costo/beneficio, soprattutto in relazione all'invecchiamento della popolazione.

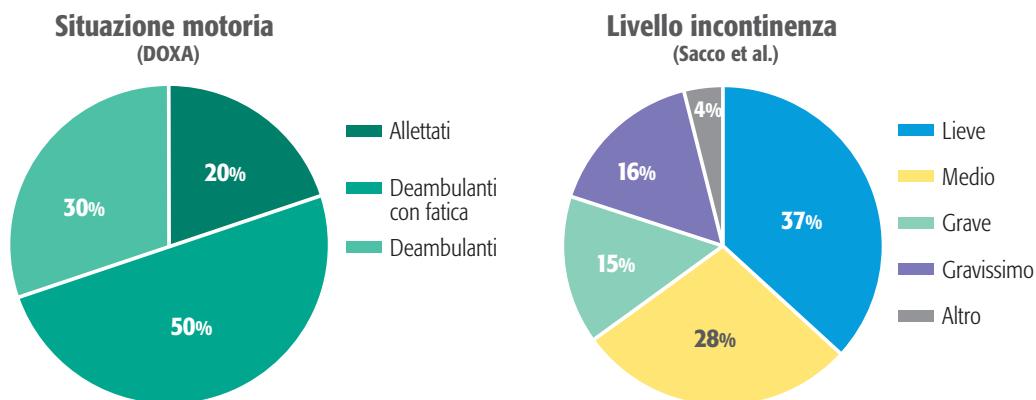
In relazione alle evidenze fin qui esposte è importante distinguere le persone affette da incontinenza non solo sulla base dell'età e del sesso, ma anche della condizione motoria e del livello di incontinenza, poiché a ciascuna di queste situazioni corrispondono esigenze e tipologie di risposte che possono variare notevolmente.

---

La Figura 2 mostra le distribuzioni dei pazienti in base alla situazione motoria e al livello di incontinenza.

## FIGURA 2

### Distribuzione dei pazienti in base a situazione motoria e livello di incontinenza



I dati mostrano che ben il 70% dei pazienti incontinenti ha bisogno di assistenza (allettati e deambulanti con fatica) e che il 37% è affetto da un'incontinenza di livello lieve a fronte di un 59% che presenta un livello medio, grave o gravissimo.

L'incontinenza urinaria ha un impatto negativo significativo su molteplici aspetti della vita di chi ne è afflitto.

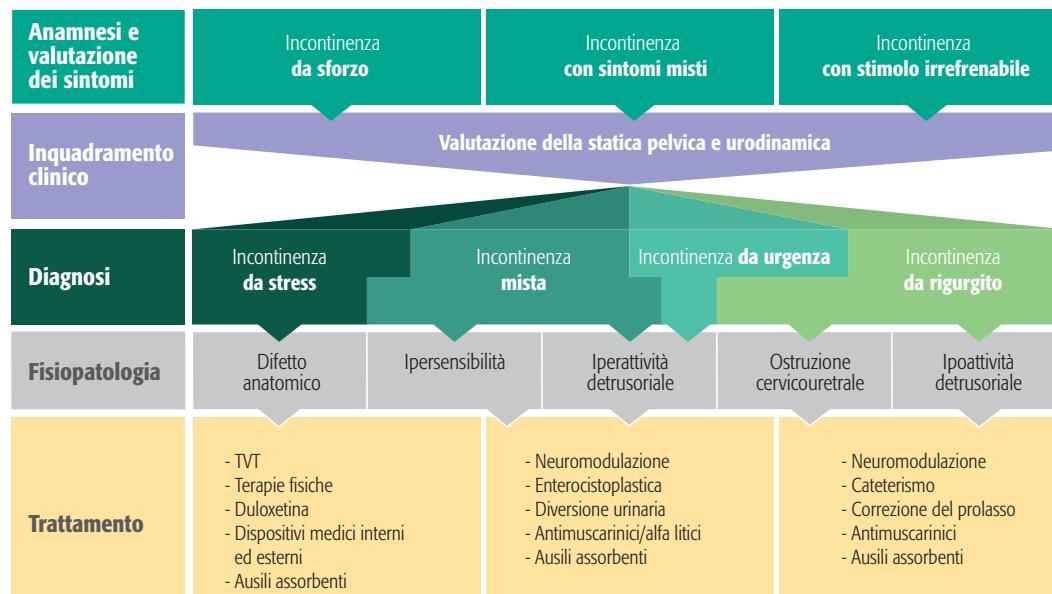
# 1. L'incontinenza: inquadramento del problema

## *La presa in carico del paziente e i trattamenti disponibili*

Nonostante siano disponibili linee guida internazionali per la diagnosi e cura dell'incontinenza, attualmente il problema risulta scarsamente affrontato e trattato. Infatti, a causa (i) della mancata definizione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) dedicati all'incontinenza, (ii) della diffusa asimmetria informativa e (iii) della condizione di fragilità, fisica e psicologica in cui versa la popolazione di riferimento, si registra una risposta poco efficace tramite il sistema sanitario ai bisogni espressi dai pazienti incontinenti.

La Figura 3 delinea, in modalità semplificata, il PDTA secondo quanto si evince dalle Linee Guida Internazionali e dagli estratti di articoli scientifici italiani [28-30].

**FIGURA 3**  
**Modello PDTA**



Ciascuna tipologia di incontinenza è trattabile con una o più modalità specifiche. In casi selezionati sono possibili trattamenti multidisciplinari. Tra i principali trattamenti si annoverano [31]:

- **Terapia ambulatoriale**

Consiste in iniezioni parauretrali, che utilizzano un agente volumizzante. In regime ambulatoriale e attraverso l'uso di speciali siringhe si applica, in anestesia locale, un gel nei tessuti adiacenti all'uretra in modo da assicurare un sufficiente supporto, al fine di ristabilire il meccanismo di chiusura dell'uretra stessa.

- **Terapia farmacologica**

Somministrazione di ormoni, antispasmodici e parasimpaticolitici. Tratta efficacemente l'incontinenza nei casi in cui l'indebolimento del tono sfintereo sia dovuto principalmente alla carenza ormonale causata dalla menopausa.

- **Rieducazione pelvica**

Esecuzione di esercizi fisici specifici o con l'utilizzo di apparecchiature elettriche per la stimolazione passiva, al fine di rinforzare la muscolatura pelvica.

- **Terapia chirurgica**

La chirurgia tradizionale tratta il problema per via addominale, ricostruendo le strutture di sostegno della vescica. Altre tecniche mini-invasive limitano l'apporto traumatico dell'intervento agendo con l'ausilio di strumenti tecnologicamente avanzati come le sonde e introducendo materiali di sostegno biocompatibili (es. bande o reti di sostegno), con un più rapido recupero completo post-intervento. La tecnica TVT (*Tension-free Vaginal Tape Procedure*), in tutte le sue varianti, consiste nel posizionamento di una "bendarella" di un materiale sintetico che faccia da sostegno all'uretra.

- **Ausili per cura e protezione della persona**

Consistono in cateteri e prodotti assorbenti, con funzione di raccolta dell'urina. **Vi si ricorre quando l'incontinenza non è trattabile, quindi nella maggior parte dei casi. In virtù di tale loro rilevanza, il presente documento si occupa di approfondire la tematica della presa in carico degli assistiti tramite questa modalità di risposta ai bisogni.**

---

## 2. Il quadro normativo nazionale

Per offrire una chiave di lettura dell'organizzazione dell'attuale sistema di gestione della problematica legata all'incontinenza urinaria con riferimento agli ausili assorbenti, si ritiene necessario introdurre brevemente i principali riferimenti normativi che a livello nazionale ne hanno influenzato (e influenzano tutt'oggi) le logiche di funzionamento:

- D.M. 332/1999 (che sostituisce il D.M. del 28/12/1992) stabilisce che cosa il Servizio Sanitario Nazionale dovrebbe garantire: (i) tipi di ausilio e relative caratteristiche quali la velocità di acquisizione, il rilascio di umidità e la capacità assorbente specifica (non predittivi delle reali condizioni in uso), (ii) quantitativi massimi (120 pezzi al mese a paziente, 150 per il pannolone rettangolare per adulti), (iii) tempi di consegna (5 giorni dall'autorizzazione alla fornitura da parte dell'ASL). Dato che tali ausili appartengono all'elenco 2, è previsto l'obbligo di gara.
- Il D.M. 321/2001 definisce (modificando la normativa precedente): (i) chi ne ha diritto: le persone affette da incontinenza stabilizzata (insieme ad altre categorie), non includendo le richieste di "invalidità civile"; (ii) l'iter per ottenere gli ausili, caratterizzato da prescrizione (massimo per un anno, rinnovabile) di uno specialista del SSN che indica «i dispositivi necessari e appropriati» e autorizzazione dell'ASL, che deve prevedere "modalità di consegna frazionate".
- DPCM del 23 aprile 2008 e successive ridefinizioni dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) confermano le disposizioni, raccomandando "qualità delle forniture, capillarità della distribuzione, disponibilità di modelli per le specifiche esigenze". Tuttavia, frequentemente non vengono assicurati idonei livelli di assistenza, qualitativi e quantitativi, di cura e riabilitazione delle persone incontinenti.

In linea con quanto previsto dalla normativa di riferimento, l'iter per l'ottenimento degli ausili ad assorbenza da parte del paziente prevede un processo autorizzativo complesso e di non rapida esecuzione (Figura 4).

## FIGURA 4

### L'iter per l'ottenimento degli ausili assorbenti



Il Medico di Medicina Generale (MMG) prescrive al paziente la visita specialistica (urologo, geriatra). Lo specialista del Servizio Sanitario Nazionale formula la diagnosi di incontinenza, specifica il livello di gravità, indica il fabbisogno di ausili assorbenti. La ASL, poi, in base alla prescrizione dello specialista, autorizza la fornitura (per la durata massima di un anno, poi rinnovabile) e, a quel punto, dispone la consegna degli ausili in farmacia oppure a domicilio.

### 3. I casi regionali

Dopo aver illustrato il quadro normativo, si è ritenuto utile approfondire con uno studio di caso alcune realtà regionali. Questa sezione della ricerca ha infatti l'obiettivo di mettere in luce principali caratteristiche, punti di forza ed eventuali criticità dei diversi modelli in uso nei contesti territoriali italiani. Le regioni indagate (Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano e Lombardia) sono state selezionate sulla base della rilevanza e dell'innovatività del modello di presa in carico.

#### Piemonte

Il modello piemontese prevede tre diversi livelli di intensità di cura, con un primo filtro sul territorio rappresentato dal Medico di Medicina Generale. I tre livelli sono sintetizzati nella tabella 2.

**TABELLA 2**

**La Regione Piemonte: il modello teorico**

<p>Centri di <b>1° Livello</b> Servizio ambulatoriale di primo riferimento</p>	<p><b>19 Centri, distribuiti su tutto il territorio regionale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Specialista urologo e/o ginecologo (centri solo per incontinenza femminile, in caso di presenza del solo specialista ginecologo), dedicato per almeno 6 ore alla settimana;</li><li>- Specialista fisiatra, dedicato per almeno 6 ore alla settimana;</li><li>- Infermiere professionale con specifiche competenze in uro-riabilitazione;</li><li>- Fisioterapista esperto in riabilitazione perineale.</li></ul>
<p>Centri di <b>2° Livello</b></p>	<p><b>24 Centri, di cui 14 urologici, 5 ginecologici e 5 fisiatrici:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Centri urologici di riferimento per il trattamento di casi complessi di incontinenza maschile e femminile;</li><li>- Centri ginecologici di riferimento per i casi di maggiore complessità uroginecologica;</li><li>- Centri fisiatrici di riferimento, in grado di affrontare dal punto di vista riabilitativo i casi più complessi, quali quelli secondari a patologie neurologiche congenite o acquisite.</li></ul>
<p>Centri di <b>3° Livello</b></p>	<p><b>1 Centro</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Costituito da un Centro di Neuro-Urologia/Unità Spinale dedicato ai casi più complessi</li></ul>

Dal 2015, sono in vigore le linee di indirizzo che hanno uniformato le procedure e identificato tetti di spesa differenziati sulla base del livello di gravità. Per procedure si intende: (i) *iter* e durata dell'auto-rizzazione (un anno quando la patologia è stabilizzata, definitiva quando irreversibile), (ii) unica scheda per diagnosi e prescrizione, (iii) unico questionario compilato dagli assistiti che valuta i diversi gradi di "entità", sulla base di un semplice strumento oggettivo e validato (questionario ICIQ SF).

Il modello così rappresentato è stato implementato in due diverse fasi e, tuttora, si riscontrano alcuni importanti *gap* attuativi.

La prima fase si è caratterizzata per l'introduzione (2002) di ausili «innovativi» nel nomenclatore regionale (passando da 16 a oltre 30) e dalla successiva attivazione di un meccanismo di gestione della spesa, tramite la definizione di un massimale non differenziato per livelli di incontinenza.

Il modello piemontese ha poi fatto leva sull'evidenza che gli ausili non possono essere considerati alla stregua di meri pezzi di ricambio, ma sono destinati ad aiutare una funzione biologica e, come tali, sono da qualificarsi quali beni finalizzati allo speciale impiego sociosanitario che al fine di apportare un vero e proprio beneficio devono incontrare il gradimento personale di chi lo utilizza. **Per questi motivi, nel modello piemontese la soggettività della scelta viene salvaguardata, in quanto elemento essenziale del piano riabilitativo volto al pieno recupero funzionale e sociale dell'individuo, permettendo all'individuo stesso di scegliere la marca che più risponde alle proprie esigenze.**

La seconda fase, tuttora in corso, ha visto l'emanazione delle Linee Guida 2015 che, come anticipato, hanno introdotto omogeneità delle modalità di prescrizione.

Tali Linee Guida sono corredate dal modello prescrittivo unico per il territorio regionale ("Scheda di prescrizione di ausili per l'assorbenza") e del "Questionario per il paziente", necessario per la valutazione dell'incontinenza e la sua riconduzione alle classi di prescrivibilità degli ausili.

---

### 3. I casi regionali

L'utilizzo della "Scheda di prescrizione" e la compilazione del "Questionario" sono vincolanti per la fornitura a carico del Sistema Sanitario Regionale (SSR) degli ausili per incontinenza e, nel merito, vengono promosse apposite iniziative per la corretta informazione a pazienti e operatori sanitari. Tuttavia, emerge come permanga una realtà regionale molto eterogenea, con ASL che utilizzano il sistema a fornitura diretta e ASL con il sistema a fornitura diretta e presso farmacie o sanitarie. Inoltre, si segnalano ulteriori elementi che si discostano dal modello teorico: di fatto, è ancora mantenuta la centralità del ruolo del MMG nella gestione del paziente, mentre rimane debole l'organizzazione della rete intorno ai Centri di Primo e Secondo Livello (es. assenza di un reale percorso integrato e di un Centro Unico di Prenotazione - CUP); nella sostanza, oggi è riconosciuto dalle figure sanitarie solo il Centro di Terzo Livello per casi ad alta complessità.

Nella Tabella 3 vengono riportati alcuni dati di sintesi a livello regionale relativi alla numerosità dell'utenza servita e al livello di spesa sostenuto, osservando la ripartizione tra i due diversi canali distributivi in essere.

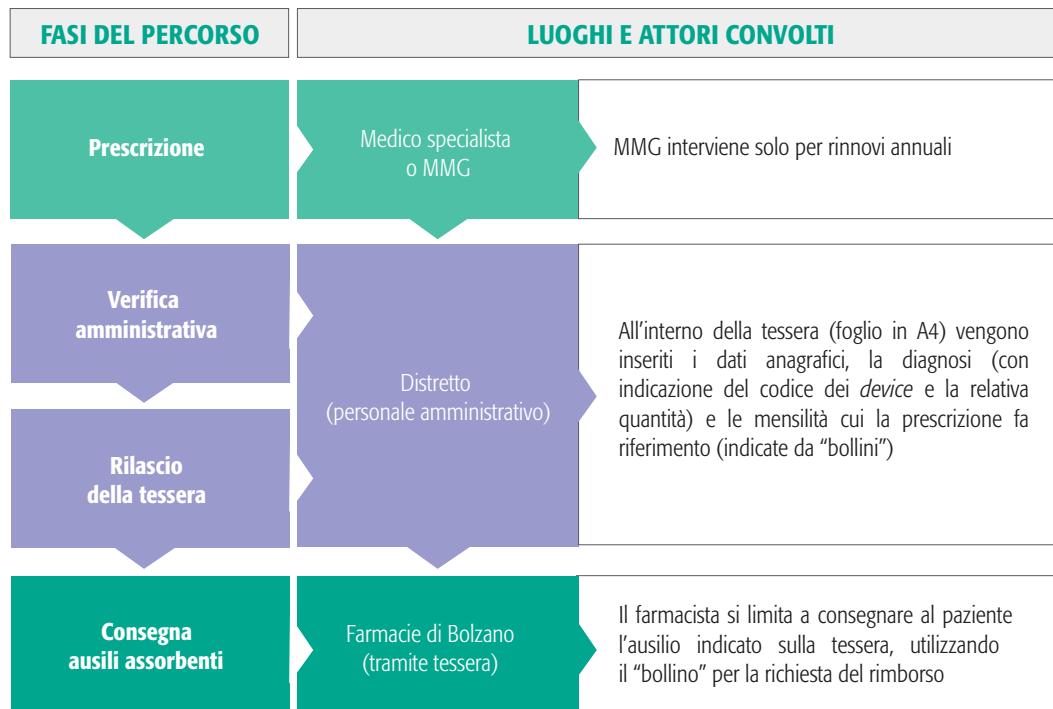
**TABELLA 3**  
**Regione Piemonte: alcuni dati di sintesi**

	Fornitura diretta ASL	Fornitura farmacie / sanitarie	Totale
N° utenti	67.187	63.662	130.849
Spesa complessiva	€ 18.027.540	€ 20.664.673	€ 38.692.213
Spesa pro-capite annua	€ 268	€ 325	€ 296
Spesa pro-capite mensile	€ 22,4	€ 27,0	€24,6

## Provincia Autonoma di Bolzano

Il modello della Provincia Autonoma di Bolzano trova fondamento nella normativa provinciale che regola ogni tipo di ausilio, compresi quelli per il paziente incontinente. Nei fatti si riscontra una sostanziale coincidenza tra modello deliberato e modello applicato.

**FIGURA 5**  
**Modello di presa in carico del paziente - PA Bolzano**



### 3. I casi regionali

Le principali peculiarità sono le seguenti:

- Lo specialista ospedaliero è deputato alla diagnosi e alla prima prescrizione dell'ausilio assorbente, mentre il MMG opera in sede di rinnovo annuale.
- L'invalidità civile non è condizione indispensabile per accedere agli ausili.
- In seguito alla verifica amministrativa, c'è il rilascio di una "tessera" contenente dati anagrafici, diagnosi e mensilità cui associare il ritiro dei dispositivi.
- Il diritto al dispositivo per l'assorbenza non è collegato a un effettivo tetto di spesa pro-capite.
- La farmacia è stata individuata come unico canale distributivo, che consegna i dispositivi assorbenti sulla base della diagnosi indicata all'interno della "tessera".
- L'indicazione del fornitore non è prevista, ma indirettamente presente: al rimborso indicato sulla "tessera" corrisponde praticamente un prodotto specifico.
- L'aggiornamento degli elenchi dei dispositivi avviene ogni 2-3 anni, in seguito a un confronto tra professionisti. Nessun criterio viene definito *ex-ante*.
- Non è prevista nessuna «retroattività» per il ritiro: i dispositivi cui si ha diritto in un dato mese non possono essere ritirati in periodi successivi. È possibile dunque un solo ritiro al mese.

È evidente come questo modello presenti numerosi punti di forza, ma anche alcune criticità su cui il sistema regionale si sta già interrogando (Tabella 4).

#### TABELLA 4

#### I principali punti di attenzione - PA Bolzano

Punti di forza	Punti di debolezza
Monitoraggio (indiretto) del livello qualitativo	Farmacia come unico canale distributivo: scarsa tutela della privacy del paziente e problema fisico di trasporto (è possibile solo un "prelievo" al mese per paziente)
Quantità adeguate alle esigenze del paziente	Impossibilità di ritirare gli ausili assorbenti relativi al mese precedente e un solo ritiro consentito al mese: alta probabilità di spreco
Procedura non farraginosa: facilità di accesso al sistema in tutte le sue fasi	Assenza di un filtro tra diagnosi e rilascio degli ausili assorbenti, amplificata dalla prescrizione di un unico tipo di dispositivo

Un ulteriore punto di debolezza è rappresentato dai sistemi informativi, considerati oggi abbastanza obsoleti: al momento si riescono a monitorare solo le richieste di rimborso che arrivano dalle farmacie, ma non si riescono ad avere dati più precisi sugli utenti (nessun monitoraggio del numero di pazienti in carico, nessuna rilevazione del numero di ausili assorbenti rilasciati, spesa complessiva come unico dato disponibile: 2,774 milioni nel 2013).

## 3. I casi regionali

### Lombardia

Il modello di cui si descrivono di seguito le caratteristiche principali è quello applicato all'interno dell'ATS di Milano che, per alcune peculiarità, si distingue da altre esperienze anche all'interno della stessa Regione Lombardia.

La presa in carico prevede i seguenti punti fermi (Figura 6):

- La prescrizione può essere formulata dal Medico di Medicina Generale (caso prevalente) oppure dal medico specialista.
- La prescrizione dà diritto ad accedere a una consulenza infermieristica presso l'ATS durante la quale si stende il piano terapeutico e si individua la tipologia di ausilio più adatta alle esigenze del singolo.
- Il modello si basa su un meccanismo che individua un tetto di spesa massimo mensile per paziente (che attualmente si attesta a 31,28 € + IVA, calcolato tenendo conto di un utilizzo di quattro pannolini mutandina misura grande al giorno, al prezzo di gara aggiudicato più basso).
- Il canale distributivo scelto è quello della farmacia.
- Tutte le farmacie sono collegate al sistema informatizzato con il quale è possibile leggere le indicazioni date a ciascun paziente.
- I pazienti (o loro *caregiver*) possono scegliere la marca che preferiscono tra le due ditte che si sono aggiudicate la fornitura per conto del SSR, all'interno di qualsiasi farmacia del territorio dell'ATS.

Nello specifico, l'ATS ha una Convenzione in essere con due fornitori che rendono disponibile un'ampia gamma di prodotti dalle caratteristiche differenti e adatte ai diversi livelli di incontinenza e alle diverse esigenze delle persone. Il valore mensile (tetto di spesa) è stato definito in parte sulla base della spesa storica, in parte con la volontà di fornire un livello qualitativo superiore a quello di altre Regioni. Il valore mensile (tetto di spesa) è il medesimo per tutti gli aventi diritto, a prescindere dalla gravità dell'incontinenza.

---

**FIGURA 6****Modello di presa in carico del paziente - ATS Milano**

FASI DEL PERCORSO	LUOGHI E ATTORI COINVOLTI
Prescrizione	Medico specialista o MMG Più del 90% delle prescrizioni arrivano dal MMG
Verifica amministrativa	ATS (Personale amministrativo) Durante il colloquio si cerca di fare match tra la tipologia di incontinenza, bisogni dei pazienti e organizzazione della cura
Consulenza infermieristica	ATS (Infermiere con paziente e famiglia)
Piano terapeutico	ATS (Infermiere compila piano che viene messo online con tutte le farmacie tramite Webcare) Il farmacista può dare indicazioni sul brand da scegliere, ma la tipologia di ausilio è già stata decisa e non può variare
Consegna ausili assorbenti	Farmacie di Milano

Anche il modello lombardo punta molto sul concetto di “libertà di scelta”. Infatti, al cittadino è consentita la possibilità di scegliere:

- **Luogo** di acquisto dei dispositivi per l’incontinenza (tra tutte le farmacie del territorio).
- **Numero** di prelievi da effettuare in un mese (all’interno del tetto).
- Il **brand** dell’ausilio (che può variare per qualità e numero di pezzi per confezione), sempre nell’ambito degli ausili offerti in gara dalle due ditte aggiudicatrici.

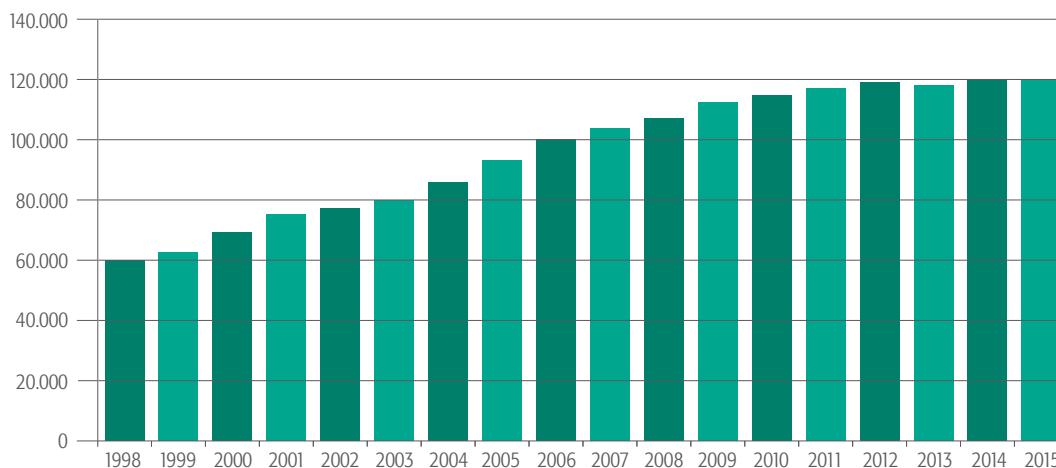
Uno dei principali punti di forza del modello lombardo, in particolare nell’ATS di Milano, è rappresentato dal sistema informativo che permette di monitorare i consumi dei pazienti e di raccogliere alcune informazioni importanti.

## 4. Analisi del trend di spesa sanitaria in Italia

Rispetto agli anni di emanazione dei principali testi legislativi, il contesto in cui il SSN è chiamato a operare è notevolmente mutato da diversi punti di vista. Se si concentra l'attenzione sul tema risorse, si segnala come, tra il 1998 e il 2008, il tasso di crescita medio annuo (CAGR) riportava un valore positivo e pari a +6,5%. Diversamente, tra 2009 e 2014, la tendenza si è fortemente modificata, nella misura in cui il valore del tasso di crescita medio annuo, nonostante fosse comunque positivo, faceva registrare un valore estremamente più contenuto e pari a +0,67%.

La Figura 7 mostra i trend appena descritti, che evidenziano come in termini assoluti la spesa sanitaria pubblica corrente del 2015 pari a 114,6 miliardi, mostri una certa stabilità rispetto al 2014 (+0,3%).

**FIGURA 7**  
**Spesa sanitaria pubblica corrente in Italia - 1998-2015**



Fonte: analisi CERGAS su dati Ministero della Salute (2016), ISTAT (2016)

Se guardiamo all'evoluzione della spesa sanitaria corrente, complessivamente sostenuta a livello di sistema Paese, con riferimento alla sfera pubblica e privata (*out of pocket*), negli ultimi dieci anni la composizione rimane piuttosto stabile, con una componente pubblica attorno al 77% e una privata di circa il 23%. Restringendo l'analisi al 2014, ai 114,3 miliardi della spesa sanitaria pubblica corrente, si aggiungono 33,5 miliardi di spesa sostenuta dalle famiglie, per un totale di 147,8 miliardi. Nel 2015, invece, si registra un lieve aumento della spesa sanitaria pubblica corrente (114,6 miliardi; +0,3%) e un più importante aumento della spesa *out of pocket* (34,5 miliardi; +3,0%).

## 5. Il mercato dei dispositivi per incontinenza

Dopo aver delineato il contesto nazionale all'interno del quale si inserisce il mercato dei dispositivi per incontinenza, in termini di spesa sanitaria corrente e articolazione tra sfera pubblica e privata, ci si appresta ad analizzare il comparto relativo ai dispositivi in questione, con specifico riferimento a spesa sostenuta e volumi distribuiti nel corso del 2015. In primo luogo, si nota come l'incidenza percentuale della spesa per ausili per incontinenza rappresenti meno dell'1% della spesa sanitaria complessivamente sostenuta in Italia nel corso del 2015 (0,43%). In particolare, emerge che la quota di spesa pubblica per tali ausili rappresenta lo 0,31% della spesa complessiva SSN, a fronte di uno 0,82% sul mercato *out-of-pocket* (Tabella 5).

**TABELLA 5**

**Spesa sanitaria per dispositivi per incontinenza rispetto alla spesa sanitaria complessiva per canale di acquisto (2015, in milioni di euro)**

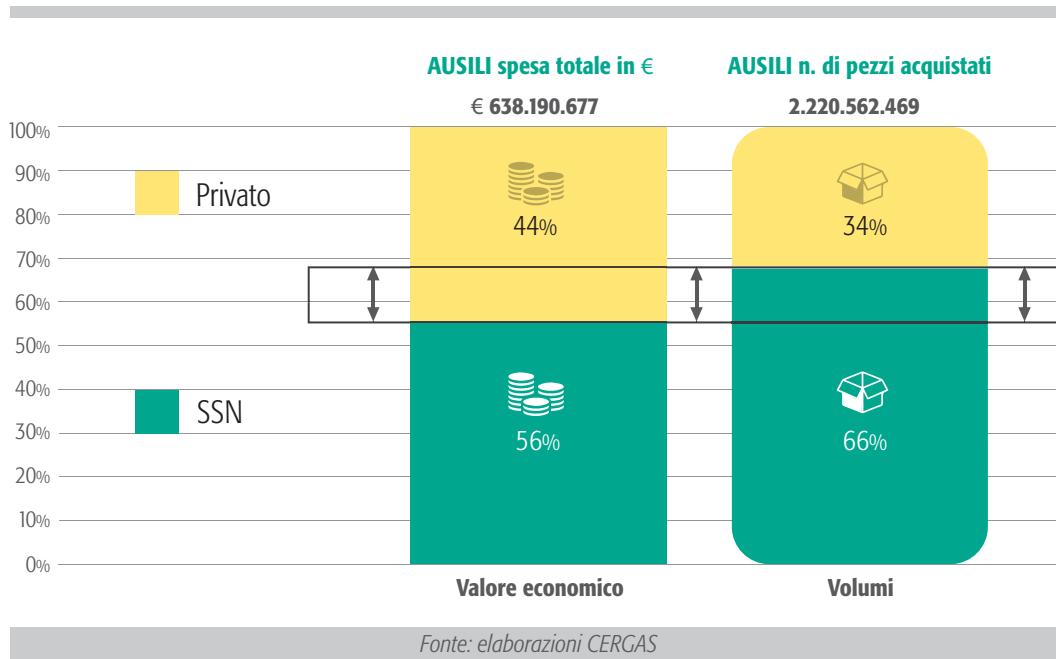
	SSN	Privato	Totale
Spesa Dispositivi per incontinenza (*)	€ 355,1	€ 283,1	€ 638,2
Spesa sanitaria pubblica corrente	€ 114.551,6	€ 34.506,0	€ 147.789,1
Incidenza %	% 0,31	% 0,82	% 0,43
(*) Valori nella colonna "privato" al netto di IVA			

Fonte: elaborazioni CERGAS

Complessivamente, dunque, la spesa sostenuta in regime SSN è pari a € 355.104.105 e rappresenta il 56% del valore economico del mercato dell'incontinenza (€ 638.190.677); viceversa, la spesa privata è pari a € 283.086.572 (44% del totale). In termini di numerosità degli ausili, invece, la quota acquistata in regime SSN (1,471 miliardi; 66%) rispetto al totale dei volumi (2,220 miliardi) appare significativamente più elevata della relativa quota di spesa (€ 355.104.105; 56%). Considerando che il SSN dovrebbe occuparsi della presa in carico dei pazienti con un livello di gravità maggiore, ci si aspetterebbe una relazione verosimilmente inversa (Figura 8).

**FIGURA 8**

**“Quality spread”**: dimensioni del mercato degli ausili per incontinenza in termini economici e di volumi complessivi



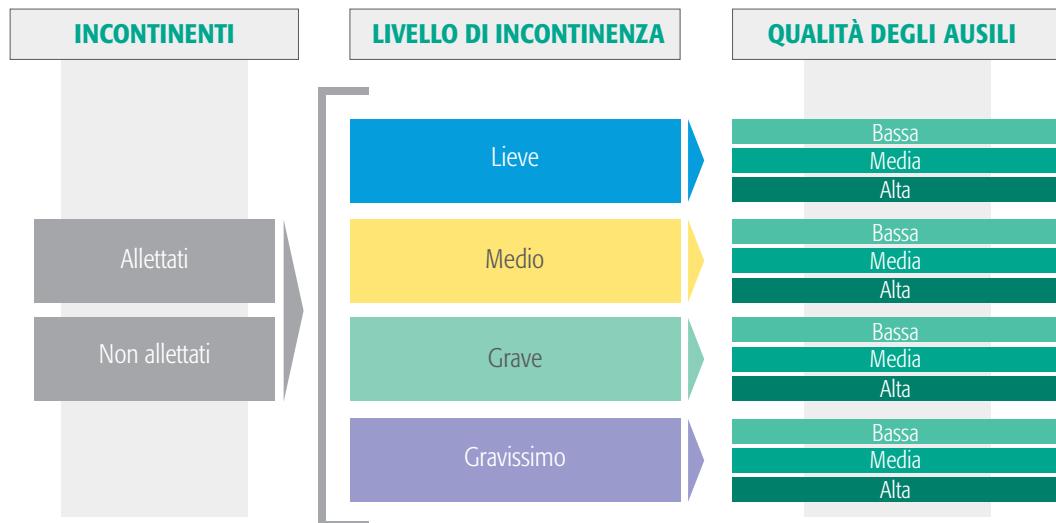
Tale evidenza suggerisce alcune possibili cause cui imputare il fenomeno: da un lato, è possibile che gli utenti ricerchino ausili qualitativamente superiori nel mercato privato (*out of pocket*), dall'altro, è possibile che il SSN si avvalga di sistemi di acquisto basati sul criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

## 6. Gli ausili assorbenti: la dimensione Qualità

A partire dalle ipotesi interpretative proposte in chiusura del precedente paragrafo e partendo dal presupposto che un sistema che voglia efficacemente rispondere ai bisogni della popolazione abbia nella qualità del servizio erogato un fondamentale «fattore critico di successo», si è scelto di indagare la dimensione qualitativa al fine di valutare se e come essa venga presidiata e considerata. L'idea era inizialmente quella di definire un criterio di clusterizzazione che si ispirasse a quanto rappresentato in Figura 9 e che avesse nella qualità il proprio centro nevralgico.

**FIGURA 9**

**Il piano di lavoro iniziale: uno schema riassuntivo**



In particolare, emergeva la necessità di riuscire a comprendere come si distribuivano gli ausili per l'incontinenza lungo due distinte dimensioni, ossia il livello di gravità e la qualità degli ausili erogati, cui aggiungere poi una terza dimensione relativa al canale distributivo utilizzato.

Tuttavia, alla luce della carenza di criteri qualitativi omogeneamente definiti a livello nazionale e alla conseguente carenza di informazioni dettagliate riguardo ai parametri considerati tra i dati messi a disposizione dalle banche dati consultate (es. Assobiomedica), non è stato possibile operare tale segmentazione.

Come possibile soluzione, si è in primo luogo proceduto all'analisi sugli ausili di uno specifico produttore, significativo all'interno del mercato, utilizzando tre distinti *driver* di qualità: (i) presenza di lozione specifica con attività lenitiva/protettiva; (ii) presenza di un sistema specifico per il controllo degli odori; (iii) rivestimento traspirabile. **L'interessante scenario emerso da questa analisi preliminare evidenzia che solo il 10% degli ausili assorbenti acquistati dal SSN secondo l'attuale sistema soddisfa pienamente i tre requisiti.**

Da tale contesto, emerge dunque la necessità di esplicitare una modalità oggettiva non solo per la valutazione della dimensione qualitativa degli ausili in sé, ma anche per **poter misurare l'effettiva appropriatezza dei dispositivi per l'incontinenza rispetto alle esigenze del paziente.**

## 7. La definizione della qualità: il parere degli esperti

Posto che tra le principali criticità dell'attuale sistema si evidenzia l'assenza di un'unica metodica di valutazione della qualità degli ausili assorbenti, si è cercato di individuare le dimensioni più rilevanti per una appropriata ed efficace risposta ai bisogni dei pazienti. Attraverso la compilazione di un questionario elettronico, 14 esperti del settore (*stakeholder* della filiera di fornitura degli ausili e, in particolare, esponenti di ASL, Società Scientifiche e Associazioni di categoria) hanno espresso il proprio giudizio, effettuando le seguenti attività:

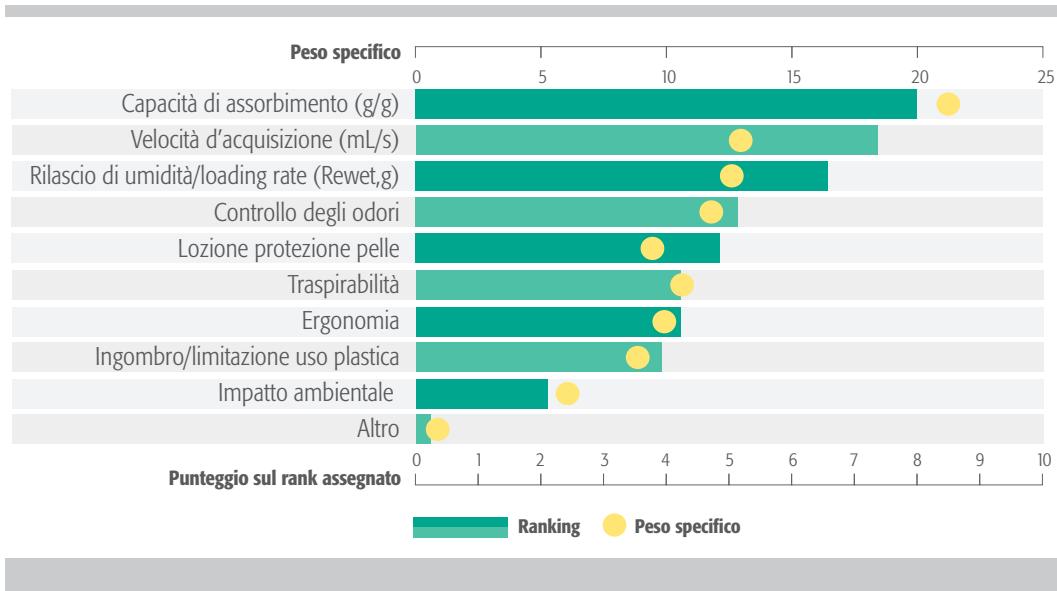
1. Classificazione per grado di rilevanza delle 10 dimensioni proposte (con l'opportunità di aggiungere ulteriori eventuali dimensioni ritenute rilevanti)

**TABELLA 6**  
**Classifica delle dimensioni di qualità**

Dimensioni qualitative dei prodotti	
1	CAPACITÀ DI ASSORBIMENTO (g/g)
2	VELOCITÀ DI ACQUISIZIONE (mL/s)
3	RILASCIO DI UMIDITÀ / LOADING RATE (Rewet,g)
4	CONTROLLO DEGLI ODORI
5	LOZIONE PROTEZIONE PELLE
6	TRASPIRABILITÀ
7	ERGONOMIA
8	INGOMBRO/LIMITAZIONE USO PLASTICA
9	IMPATTO AMBIENTALE
10	ALTRO

2. Assegnazione di un peso specifico a ciascuna dimensione sulla base dell'importanza relativa a essa associata, al fine di valutare (i) la coerenza interna delle risposte e (ii) la presenza o meno di dimensioni con una importanza relativa fortemente maggiore rispetto alle altre.

**FIGURA 10**  
**Grado di rilevanza e peso specifico assegnato: una sintesi**



Ebbene, la Figura 10 sottolinea la compresenza di almeno tre fenomeni:

- Si è concordi nel ritenere che le dimensioni proposte siano quelle effettivamente da presidiare nella definizione di misure di qualità adeguate a rispondere alle esigenze del paziente;
- Vi è coerenza interna (associazione lineare positiva e significativa tra le due rilevazioni –  $R^2 = 0,83$ );
- La «capacità di assorbimento» emerge come la dimensione più rilevante da considerare, cui si accompagnano la «velocità di acquisizione» e il «rilascio di umidità».

## 7. La definizione della qualità: il parere degli esperti

L'analisi ha quindi permesso di evidenziare quali siano le dimensioni prioritarie da considerare al fine di massimizzare l'efficacia degli ausili per incontinenza rispetto al bisogno del paziente. In questo quadro, emerge la necessità dunque di riuscire a pesare le dimensioni qualitative per livello di gravità dell'incontinenza (lieve, medio, grave e gravissimo).

In uno scenario così dinamico e complesso assume una crescente importanza l'opinione degli utilizzatori finali, le cui valutazioni risultano oggi fondamentali per comprendere la capacità dei prodotti di rispondere alle loro esigenze.

**In relazione alle prime tre dimensioni si raccomanda di abbinare all'indagine della *performance* in uso il test di laboratorio con il manichino (tridimensionale) rendendo l'analisi ripetibile e oggettiva. Per la valutazione, invece, delle altre dimensioni qualitative, si auspica la realizzazione di un'indagine coinvolgendo un campione di pazienti eventualmente supportati dai *caregiver* (familiari e badanti), che risulta la metodologia più utilizzata nel mondo scientifico (vedi *trial* clinici e ricerche di mercato) [32].**

## 8. Principali criticità dell'attuale sistema

A livello di sistema Italia, l'analisi condotta ha permesso di evidenziare numerosi aspetti critici che caratterizzano l'attuale modello di gestione dell'assistenza legata alla persona con incontinenza urinaria. A partire dalle evidenze, dunque, sono state individuate sette principali criticità, tra di loro distinte ma fortemente interconnesse, sintetizzate in Figura 11 e brevemente descritte nei paragrafi che seguono.

**FIGURA 11**  
**Principali criticità dell'attuale sistema**



## 8. Principali criticità dell'attuale sistema

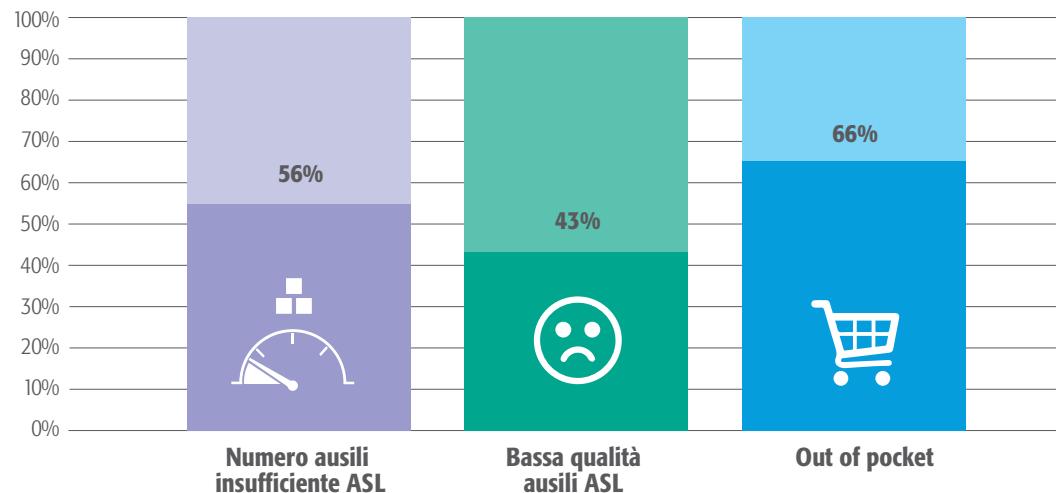
### *L'universalismo mancato*

Dall'analisi specifica condotta sul mercato dei dispositivi per incontinenza, emerge nitidamente il mancato universalismo dell'attuale sistema, a fronte del fatto che il **34% degli ausili vengono acquistati privatamente da pazienti e/o caregiver direttamente sul libero mercato (*out-of-pocket*)**. Risulta quindi evidente come il cosiddetto «*on topping*», ovvero l'incremento del quantitativo di ausili acquistati a integrazione di quanto fornito dal SSN venga raggiunto esclusivamente grazie all'intervento delle famiglie, a testimonianza di un approccio universalistico ancora distante da una sua piena ed efficace applicazione.

### *Customer vs SSN quality*

Focalizzando l'attenzione sugli aspetti di natura qualitativa, ci sono sufficienti elementi per presupporre che **i prodotti acquistati privatamente dalle famiglie siano di qualità differente rispetto a quelli definiti in sede di gara pubblica**, da cui discende il centrale ruolo che le famiglie e il mercato *out-of-pocket* rivestono nel garantire il cosiddetto «*upgrading*», ossia il raggiungimento del livello qualitativamente più consono alle esigenze del paziente incontinente. Dalle analisi preliminari, emerge dunque una sostanziale differenza in termini di qualità rispetto ai tre *setting* distributivi: (i) SSN-domicilio e farmacie; (ii) SSN-Case di Riposo e ospedali; (iii) *retail*. Inoltre, dalle prime elaborazioni dei risultati di un questionario in corso di somministrazione a pazienti incontinenti serviti dal SSN (attualmente oltre 150 rispondenti con età media di 66 anni), emerge come: (i) oltre la metà dei rispondenti (55,9%) dichiarati di non ricevere un numero di ausili sufficiente rispetto al proprio bisogno, (ii) ben il 42,5% dei rispondenti percepisca come non adeguato il livello qualitativo degli ausili acquistati dal SSN e (iii) una quota molto rilevante (65,8%) dichiarati di integrare quanto fornito dal SSN sul mercato (*out-of-pocket*).

**FIGURA 12**  
**Risultati Survey Customer Satisfaction**



### *Accesso a geometria variabile*

Rispetto all'accesso agli ausili, l'analisi della normativa e dei casi regionali ha mostrato come esistano modalità e criteri estremamente differenziati. Colpisce inoltre come tale eterogeneità non riguardi soltanto il confronto interregionale, ma come essa caratterizzi anche l'organizzazione all'interno delle singole realtà regionali. Le principali **differenze in termini di accesso**, in particolare, riguardano perlopiù la categoria di professionisti cui è demandata la prescrizione dell'ausilio (MMG vs specialista) e la diversità di caratteristiche e parametri «*qualitativi*» in seno alle gare bandite.

## 8. Principali criticità dell'attuale sistema

### *Distribuzione a geometria variabile*

Anche in termini di canali distributivi, è emersa una forte **eterogeneità inter e intra Regioni**. In particolare, oltre alla evidente differente organizzazione che ciascun sistema locale prevede in termini di modalità di distribuzione dei dispositivi per l'incontinenza, emerge la mancata capacità del SSN di avere una chiara visione a livello di sistema complessivo in questo ambito, con specifico riferimento alle *best practice* diffuse sul territorio, testimoniata sia dall'assenza di una loro profilazione, sia dalla mancata ricomposizione. Si segnala che rispetto a tali due temi, sia necessario avviare una seria riflessione, in quanto dimensioni ad oggi non ancora adeguatamente considerate.

### *Inconsistente presidio della qualità*

**Un'ulteriore evidente criticità dell'attuale sistema, considerando lo sviluppo tecnologico degli ausili attualmente a disposizione, riguarda l'obsolescenza del Nomenclatore tariffario risalente ormai al '99.** Questo fatto determina, inevitabilmente, ripercussioni negative sulla qualità dell'assistenza, costringendo l'utente ad "accontentarsi" di ciò che eroga il SSN o a gravare economicamente sulla famiglia per acquistare ausili più innovativi.

Alla luce di quanto esposto nel precedente capitolo, l'analisi ha messo in luce i limiti dell'attuale sistema rispetto alla dimensione della qualità dei prodotti. Sono infatti emerse nitidamente due rilevanti problematiche: (i) **assenza di un framework definito**; (ii) **assenza di standard nazionali chiari e univoci**. L'esito netto di tali carenze conduce a considerare il prezzo come principale discriminante e *driver* nella valutazione delle proposte in fase di gara pubblica (dominate dal criterio del rapporto prezzo-qualità). L'assenza di Linee Guida e Protocolli che guidino la prescrizione comporta, quindi, sia una potenziale non appropriatezza, che una minore efficacia della fornitura rispetto al bisogno del paziente.

---

### *Problemi di natura regolatoria*

Il SSN non ha mai chiarito e definito la propria posizione in termini di *device* rispetto ai quali sostenere «*upgrading*» (incremento qualitativo) e/o «*on topping*» (incremento quantitativo). In particolare, rispetto alle due dimensioni, si segnala quanto segue:

- «*Upgrading*»: coinvolge carrozzine per disabili, apparecchi acustici, farmaci (da equivalente a *brand*), mentre in altri contesti (ad esempio, diabete e incontinenza) non è mai stato realizzato o pensato.
- «*On topping*»: praticamente nessun *device* è stato mai interessato.

Ne deriva quindi una **stratificazione casuale della regolamentazione**, che caratterizza fortemente i meccanismi di funzionamento. Con un sistema regolatorio incerto e l'assenza di un sistema di valutazione unico, centralizzato e soprattutto "*evidence based*", non si valorizza l'innovazione tecnologica, la qualità e non si governa efficacemente l'introduzione di nuove tecnologie.

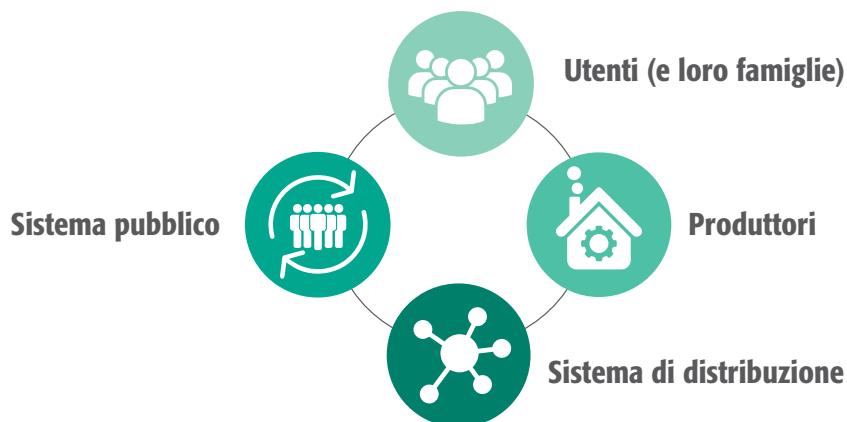
### *Assenza di un approccio sistemico*

Le criticità sinora descritte nascono e confluiscono nella problematica legata all'assenza di un approccio sistemico che guidi e monitori efficacemente il settore. Se consideriamo i fattori epidemiologici, che mostrano come il settore sia inesorabilmente e inevitabilmente destinato a crescere (le più aggiornate proiezioni pubblicate da ISTAT mostrano come nel 2040, **la quota di over 65 sembra destinata a superare la soglia del 30% della popolazione complessiva**), si sottolinea come questo possa essere il momento opportuno per **abbracciare un approccio sistemico**, abbandonando la logica frammentata che lo caratterizza, al fine di evitare di assistere all'ulteriore stratificazione di interventi *spot*.

## 9. Gli obiettivi del nuovo modello

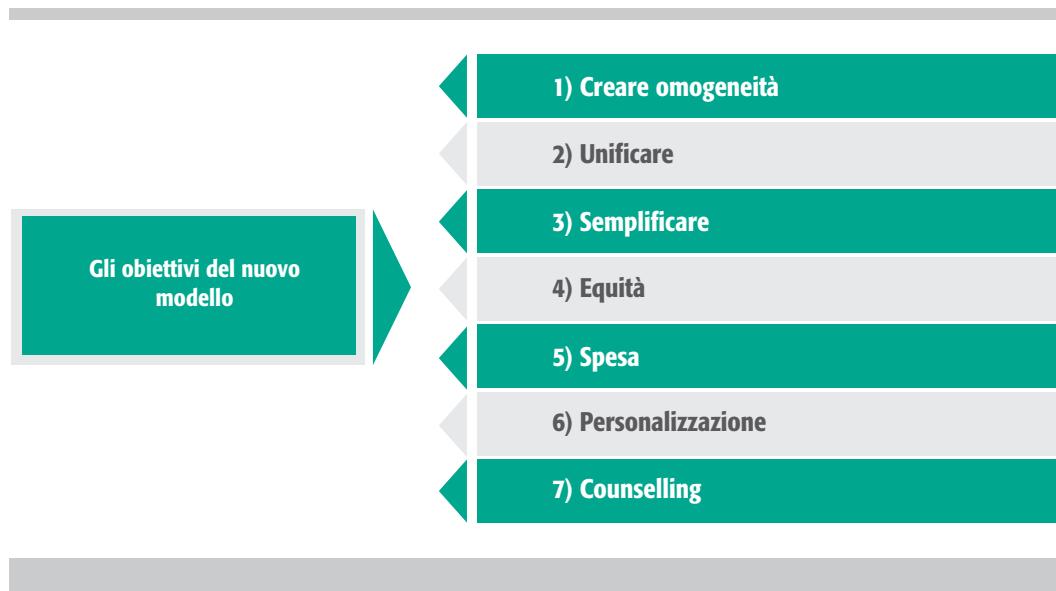
La proposta di modello presentata all'interno del documento cerca di superare le criticità riscontrate nel sistema attuale cercando allo stesso tempo di mettere a sistema gli elementi positivi emersi dallo studio dei casi regionali. Per farlo è necessario pensare a un modello che sia equilibrato e percepito come tale da tutti i portatori di interesse coinvolti.

**FIGURA 13**  
**Gli attori coinvolti: uno schema**



A tal fine e alla luce delle criticità che l'analisi del sistema attuale ha permesso di evidenziare, si propongono di seguito gli obiettivi che il nuovo modello di gestione dell'assistenza al paziente incontinente si ritiene debba possedere. La Figura 14 ne sintetizza brevemente i principali aspetti. I successivi paragrafi, invece, descrivono le sfide che la proposta del nuovo modello si pone l'obiettivo di affrontare.

**FIGURA 14**  
**Gli obiettivi del nuovo modello**



### *Creare un sistema omogeneo su tutto il territorio nazionale*

Come sottolineato in più parti del presente documento, si segnala la necessità di una **omogeneizzazione a livello nazionale** che si rifletta nell'abbracciare un approccio sistemico. Bisogna, in altre parole, superare il modello in essere, il quale prevede disparità **a livello di meccanismi di funzionamento, di livelli di spesa e di criteri per la definizione della qualità**. Il nuovo modello mira a fissare standard comuni validi per tutte le regioni, sulla base della normativa nazionale, pur lasciando a ogni sistema regionale la necessaria flessibilità nel definire gli aspetti di dettaglio relativi ai servizi correlati.

## 9. Gli obiettivi del nuovo modello

### *Unificare la distribuzione pubblica*

Altro elemento ritenuto essenziale riguarda la necessità di **unificare la distribuzione a carico del SSN**. L'esigenza di un'unica piattaforma distributiva è potenzialmente collegabile al numero di soggetti accreditati, perché tanto maggiore è il numero di accreditati, tanto più essa acquisisce rilevanza. Pertanto la distribuzione per conto degli ausili tramite un *hub* di riferimento per Regione (o per territorio su cui insistono i Soggetti Aggregatori) ottimizzerebbe il sistema distributivo, anche in termini di *saving*:

- Generazione di economie di scala e abbattimento dei costi associati a inefficienze, facendo *pooling* di risorse e dei meccanismi di acquisizione;
- Generazione di un sistema più ecosostenibile grazie al risparmio dei costi delle emissioni di gas a effetto serra e di altre sostanze inquinanti.

Si tratta di elementi che portano con sé notevoli vantaggi (sotto plurimi aspetti) sia dal punto di vista dei produttori, sia dal punto di vista dell'utenza.

### *Semplificare il processo*

Al fine di eliminare duplicazioni e sovrapposizioni, è necessario semplificare il processo in tutte le sue parti. La semplificazione mira ad avere impatti positivi su almeno tre fronti: (i) gli utenti e le loro famiglie, garantendo risparmio di tempo e risorse; (ii) i produttori, che possono ulteriormente ottimizzare i processi e le risorse impiegate; (iii) il decisore pubblico, che può finalmente avere una visione d'insieme su tutto il sistema.

## *Equità*

Equità significa garantire a tutti i potenziali utenti le stesse possibilità di accesso e fruizione al sistema. Un sistema frammentato, all'opposto, si configura come estremamente iniquo, in quanto correlato al livello di educazione e istruzione della persona: gli individui con maggiori informazioni a disposizione hanno anche maggiori possibilità di ottenere le risposte necessarie, mentre chi non ne possiede rischia di esserne escluso. Tale impostazione non garantisce dunque che chi esprime bisogni più rilevanti trovi le risposte appropriate. A dare evidenza della necessità di un cambiamento del sistema prescrittivo e di accesso all'assistenza è il dato che riporta che **più della metà dei pazienti dichiara di non essere stata coinvolta nella scelta della marca e tipologia di prodotto (61%)** [14].

## *Invarianza di spesa*

I nuovi meccanismi previsti dal modello non devono alterare la spesa complessiva. La proposta di modello non prevede una variazione del totale delle risorse complessive in gioco, ma una nuova articolazione che mira a gestire meglio e ottimizzare il *budget* a disposizione grazie a una visione olistica del processo (e quindi anche delle risorse).

Il diritto a una soluzione assistenziale appropriata, infatti, non è in contrasto con i vincoli di spesa sanitaria. Anzi, la ricerca scientifica dimostra sempre più chiaramente che è possibile coniugare l'efficacia di ausili con l'efficienza economica. Se vengono forniti in modo appropriato, infatti, consentono di realizzare notevoli risparmi: si tratta di **ampliare il campo di osservazione e valutare il costo di un ausilio non sul semplice prezzo d'acquisto ma sull'intero percorso assistenziale del paziente.**

## 9. Gli obiettivi del nuovo modello

### *Personalizzazione*

La libertà di scelta ovvero la personalizzazione della risposta al bisogno dell'utente rappresenta il principio cardine del nuovo modello. Poiché l'ausilio per incontinenza ha un alto impatto sulla qualità di vita percepita dall'utente, il modello proposto mira a enfatizzare e valorizzare la personalizzazione della risposta per singolo paziente, individuando meccanismi in grado di garantire un *matching* tra risorse, dispositivi disponibili ed esigenze manifestate dalla persona.

### *Counselling*

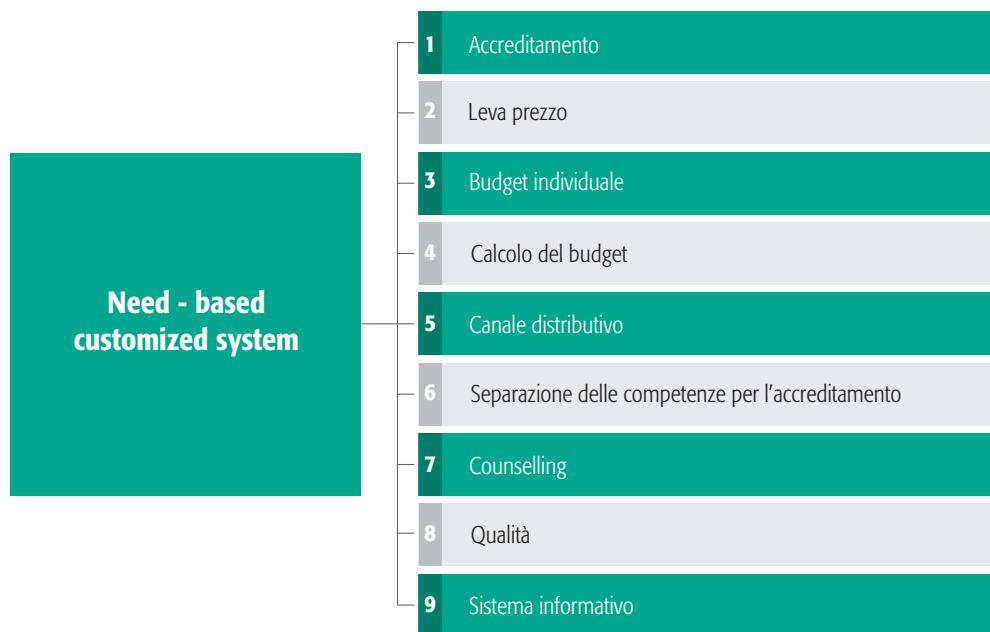
Altro punto estremamente rilevante è rappresentato dalla consulenza che, rappresenta una componente ad alto valore aggiunto del nuovo modello. Infatti, il nuovo modello consentirà di costruire un forte ruolo di *counselling* per utenti e famiglie, permettendo di:

- Avere un maggior livello di **personalizzazione** delle risposte;
- Garantire una **presa in carico complessiva** e continuativa nel tempo;
- Definire meccanismi di monitoraggio e di aggiustamento dei singoli **piani individuali**.

## 10. Il modello proposto: principali specificità

Date le importanti criticità, dunque, appare nitida la necessità di sviluppare un modello che vada oltre la teorizzazione di un sistema aspecifico e generico e che possa adeguatamente rispondere alle esigenze del paziente tenendo simultaneamente in debito conto tutti gli attori coinvolti (Figura 15).

**FIGURA 15**  
**Le principali specificità del nuovo modello in pillole**



## 10. Il modello proposto: principali specificità

### *Accreditamento/Accordo Quadro*

Al fine di eliminare quanto più possibile l'accesso a geometrie variabili sul territorio e quindi creare un sistema omogeneo su tutto il territorio nazionale, viene attribuita rilevanza a tre prioritari aspetti, in particolare: (i) definizione dei soggetti eleggibili; (ii) organizzazione del processo; (iii) numero di soggetti. Rispetto al primo, è evidente che l'eleggibilità riguardi la molteplicità dei produttori degli ausili per incontinenza. Rispetto al secondo, il processo di accreditamento più idoneo appare dover essere l'istituto dell'**Accordo Quadro**. Infine, rispetto al terzo, il numero di soggetti dovrà essere coerente con i volumi in gioco, affinché per il sistema così costruito (fondato su 21 Centrali di Acquisto) possa effettivamente essere garantita la **sostenibilità**.

### *Leva del prezzo*

Altro elemento di assoluta rilevanza riguarda la necessità di definizione *ex-ante* di un prezzo di riferimento associato al singolo prodotto, con due caratteristiche «distintive»: (i) il prezzo non dovrà essere «*retail*», ma specifico per il SSN; (ii) il prezzo di ciascun prodotto fornito dai soggetti accreditati dovrà differenziarsi in base alla qualità del prodotto offerto.

### *Budget individuale*

L'individuazione di un **budget da assegnare al singolo paziente** è un punto critico per la realizzazione di un sistema universalistico, che necessita di superare la mera logica del tetto di spesa universalmente e indistintamente applicato senza alcuna declinazione e/o considerazione rispetto al livello di gravità della problematica. Tale *budget* dovrà garantire i livelli minimi di assistenza attraverso prodotti di qualità standard. Si profilerebbero così due momenti, cronologicamente distinti:

- *Ex-ante*: definizione di un *budget* periodico individuale a disposizione del paziente, da assegnare esclusivamente in base alla gravità/livello della sua condizione.
  - *In itinere*: possibilità per il cittadino di effettuare *on topping* e *upgrading* verso ausili più innovativi a prezzi predefiniti.
-

### Calcolo del budget

Strettamente collegato alla dimensione precedente, il calcolo del *budget* è certamente un aspetto da considerare nel quadro sinora offerto. Si prevedono, in particolare, due principali caratteristiche/*driver* in termini di modalità di calcolo del *budget* individuale:

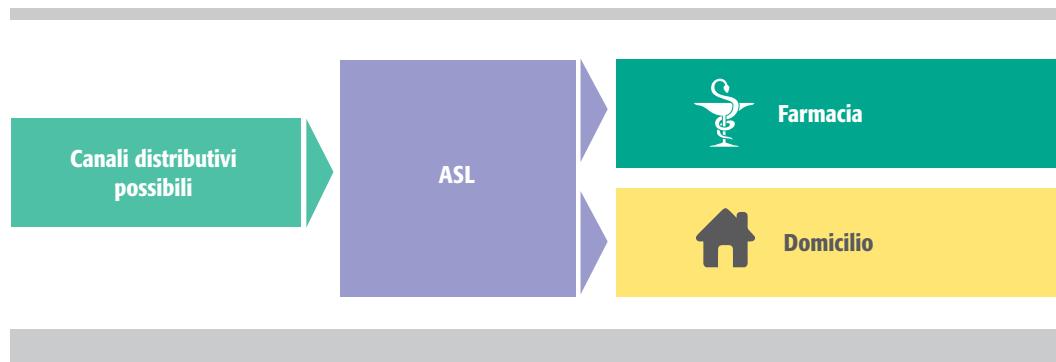
- Il *budget* verrà calcolato per livelli di gravità della condizione di incontinenza.
- Il soggetto che si occupa di calcolare il *budget*, indicherà il numero e la tipologia di ausili per rispondere ai bisogni del paziente.

### Canale distributivo

L'articolazione della distribuzione rappresenta un altro tema estremamente rilevante soprattutto in riferimento alla necessità di semplificazione e unificazione del processo verso l'eliminazione dell'attuale sistema distributivo a geometrie variabili. L'esigenza di **un'unica piattaforma distributiva** è direttamente proporzionale al numero di soggetti accreditati (tanto maggiore è il numero di accreditati, tanto più essa acquisisce rilevanza e viceversa). Al riguardo, è possibile immaginare di poter scegliere due distinti canali (Figura 16): (i) a domicilio; (ii) farmacia.

**FIGURA 16**

**I possibili canali distributivi, potenzialmente tra loro alternativi**



## 10. Il modello proposto: principali specificità

La predisposizione e utilizzazione di più canali distributivi è ovviamente possibile. Tuttavia, una compresenza delle diverse piattaforme disperde risorse e frammenta il sistema.

### *Separazione delle competenze dell'accreditamento*

Trattandosi di dimensioni comunque tra loro differenti, per dispositivi e piattaforme distributive è immaginabile la separazione delle **competenze dell'accreditamento**. Anche alla luce delle diverse finalità che esse intrinsecamente possiedono, si prevede di adoperare due distinte logiche, che presuppongono il coinvolgimento di due distinti livelli istituzionali:

- Logistica distributiva: più coerente il livello regionale.
- Fornitori di dispositivi: più coerente il livello nazionale.

### *Counselling*

*Conditio sine qua non* del nuovo modello dovrà essere rappresentata dalla possibilità per il cittadino (in quanto paziente o familiare) di dialogare con il sistema. Senza questo presupposto infatti è difficile garantire a tutti i potenziali utenti le stesse possibilità di accesso e fruizione del sistema, ovvero l'equità.

Per tale esigenza, è possibile immaginare tre distinti meccanismi, tra cui scegliere:

<b>Piattaforma web</b>	✓
<b>Professionista SSN (che si ponga come terza parte)</b>	✓
<b>Farmacia (dedita ad attività di counselling e logistica pagata ad utente)</b>	✓

Non è invece immaginabile l'intervento di un professionista di una società esterna (previo ulteriore accreditamento), in quanto contrasta con i meccanismi di semplificazione ed equità individuati tra le linee guida del presente modello. I singoli sistemi regionali potranno autonomamente decidere di favorire e dotarsi dell'uno o dell'altro meccanismo, in base alle proprie coerenze di sistema.

### **Qualità**

L'importanza assegnata alla qualità e al suo monitoraggio deriva dall'accresciuta possibilità di offrire maggiori e più appropriate facoltà di scelta al paziente, garantendogli l'opportunità di fare *grading* rispetto alla dimensione ritenuta più rilevante (qualità e quantità) avvalendosi della forma di *counselling* a disposizione. I meccanismi di *counselling* presenti possono essere guidati a loro volta, da un *framework* di valutazione, unico e condiviso a livello nazionale, delle caratteristiche di prodotto. Ad ogni prodotto sarebbe quindi attribuito un punteggio qualitativo standard (un *ranking* per esempio rappresentato con delle "stelle") in funzione del livello di qualità degli stessi, in maniera tale da guidare sia il *counsellor* che il paziente (a seconda delle modalità di *counselling* previste) nella scelta del prodotto.

### **Sistema informativo**

La diffusione della cultura del dato, attraverso cui monitorare la relazione tra obiettivi, mezzi e *outcome* generato, costituisce un altro fondamentale aspetto da considerare. L'implementazione di un sistema informativo avrebbe almeno tre importanti vantaggi in ottica sistemica: (i) possibilità di pianificazione quantitativa degli obiettivi; (ii) allineamento e integrazione; (iii) accrescimento della capacità di controllo sull'efficacia del sistema. Condizione imprescindibile per cui tali obiettivi possano essere conseguiti è rappresentata dalla necessità di predisporre un Sistema Informativo Integrato con accesso consentito a distributore, medico curante, paziente, famiglia.

---

## 11. Il modello proposto: una sintesi

Il modello proposto mira alla costruzione di un sistema organico e unitario con l'esplicitazione di tutte le principali fasi del processo (programmazione, definizione degli obiettivi, raggiungimento dei risultati). Ciascuno degli attori coinvolti nel processo potrà dunque individuare benefici significativi.

Grazie alla minore frammentazione, gli utenti potranno beneficiare di maggiore equità, sia in termini di accesso sia in termini di servizio, cui si aggiunge un livello più elevato di presa in carico complessiva, garantito dal duplice aspetto della personalizzazione e del *counselling*. Il paziente incontinente potrà inoltre beneficiare di una più immediata e semplice possibilità di ottenimento degli ausili, in virtù della semplificazione delle modalità di accesso e dei meccanismi di acquisizione. A questi aspetti, si aggiunge un altro aspetto rilevante, ossia la possibilità di fare *grading* a condizioni vantaggiose.

Dal punto di vista del sistema pubblico, si avrà l'opportunità di abbracciare un approccio sistemico che possa permettere l'acquisizione di una visione complessiva sull'intero processo, garantendo una maggiore coerenza e semplicità nelle attività di programmazione e monitoraggio. Il modello permette inoltre di ottenere una importante e forte capacità di risposta ai bisogni dei pazienti, aumentando l'efficacia dell'azione del SSN, anche e soprattutto in termini di appropriatezza.

Rispetto ai produttori, il superamento della tradizionale **dicotomizzazione del mercato** (SSN vs *retail*), garantirà una forte semplificazione nella gestione dei canali distributivi e permetterà il trasferimento della **definizione del bisogno in capo agli attori istituzionali**. Il sistema così disegnato permetterà, inoltre, di portare alla luce e monitorare fenomeni di *undertreatment*, rafforzando l'efficacia e rendendo più vigorosa la promozione di attività di dialogo con gli attori istituzionali.

---

**TABELLA 7****I principali vantaggi per gli attori coinvolti**

<b>UTENTI</b>	<b>PRODUTTORI</b>	<b>SISTEMA PUBBLICO</b>
<b>Minore frammentazione, maggiore qualità</b>	<b>Unificazione del mondo <i>retail</i> e SSN</b>	<b>Visione complessiva su tutto il processo</b>
<b>Presa in carico complessiva, con personalizzazione e <i>counselling</i></b>	<b>Maggiore capacità di dialogo con le istituzioni</b>	<b>Maggiore facilità di programmazione e monitoraggio</b>
<b>Semplificazione dell'accesso e dei meccanismi di acquisizione</b>	<b>Esplicitazione del bisogno trasferita all'ambito istituzionale</b>	<b>Maggiori capacità di risposta ai bisogni</b>
<b>Possibilità di <i>on topping</i> e <i>upgrading</i> a condizioni vantaggiose</b>		<b>Maggiore appropriatezza</b>

In conclusione, nell'ottica di disegnare un sistema organico ed efficace, all'interno del presente documento sono stati trattati, da un lato, i principali obiettivi cui far riferimento nella definizione di un nuovo modello di gestione del sistema (capitolo 9) e, dall'altro, si è proposto un modello a essi coerente che tenesse in debita considerazione gli attori in gioco, con un'attenzione prioritaria rivolta ai pazienti incontinenti (capitolo 10). Rispetto a queste due dimensioni, con l'intento di offrire una sintesi dei principali contenuti presentati, la Figura 17 e la Figura 18 riportano e descrivono brevemente i pilastri che caratterizzano il modello ideale di un settore particolarmente critico alla luce delle dinamiche, in termini prospettici, che lo riguardano e coinvolgono direttamente.

# 11. Il modello proposto: una sintesi

## FIGURA 17

### I principali obiettivi del nuovo modello

**Creare un sistema omogeneo su tutto il territorio nazionale:**

Fissare standard comuni validi per tutte le regioni, lasciando ad ogni sistema regionale flessibilità nel definire gli aspetti di dettaglio

**Unificare la distribuzione pubblica:**

Possibilità di creare economie di scala e un sistema sostenibile

**Semplificare il processo:**

La semplificazione mira ad avere impatti positivi sugli utenti e le loro famiglie, sui produttori e sul decisore pubblico

**Equità:**

Garantire a tutti i potenziali utenti le stesse possibilità di accesso e fruizione del sistema

**Invarianza di spesa:**

Il nuovo modello non deve alterare la spesa complessiva

**Personalizzazione:**

Il modello proposto mira a enfatizzare e valorizzare la personalizzazione della risposta per il singolo utente

**Counselling:**

La consulenza agli utenti e alle famiglie rappresenta una componente ad alto valore aggiunto

## FIGURA 18

### Le principali caratteristiche del nuovo modello



# Bibliografia e sitografia

1. <http://www.ics.org/>
  2. SWG e FINCO, "L'incontinenza urinaria: percezione, vissuto e modalità di coping", luglio 2005, pag. 51
  3. Sacco E, Bientinesi R, Gandi C: OBJECTIVELY IMPROVING APPROPRIATENESS OF PADS PRESCRIPTION TO PATIENTS WITH URINARY INCONTINENCE: A PAD TEST-BASED STUDY, (Abstract, Poster presentation).
  4. Abrams, Paul, et al. "The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society." *American journal of obstetrics and gynecology* 187.1 (2002): 116-126.
  5. Libro bianco sull'incontinenza urinaria, FINCO (2012).
  6. Milsom, Ian, et al. "Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review." *European urology* 65.1 (2014): 79-95.
  7. 5th International Consultation on Incontinence, Paris February, 2012.
  8. Paul Abrams Overactive Bladder Significantly Affects Quality of Life.
  9. ISTAT (2016), Previsioni della popolazione 2011-2065, disponibile online <http://demo.istat.it/uniprev2011/index.html#>, ultimo accesso 04/11/2016.
  10. BERTO P.: Qualità della vita e cost-of-illness della incontinenza urinaria femminile: i risultati di uno studio italiano. *Giornale di farmacoeconomia*, 4(15): 91.200011.
  11. W. ARTIBANI, R. MILANI: La vescica iperattiva e l'incontinenza urinaria femminile.
  12. ORY M.G., WYMAN J.F., et al., Psychosocial factors in urinary incontinence. *Clin Geriatr Med.*, 2,657:1986.
  13. Thomas, Thelma M., et al. "Prevalence of urinary incontinence." *Br Med J*281.6250 (1980): 1243-1245.
  14. L'attenzione all'anziano fragile incontinente attraverso l'accessibilità, la fornitura e la valutazione dell'efficacia degli ausili. Fondazione ISTUD, Fondazione Italiana Continenza.
  15. Irwin DE, Milsom I, Hunskar S, et al. *Eur Urol.* 2006 Dec;50(6):1306-14; discussion 1314-5.
  16. Thom Dions et al., Differences in prevalence of urinary incontinence by race/ethnicity, *J. Urol.* 2006; 175: 259.
  17. Waetjen L.E. et al., Factors associated with prevalent and incident urinary incontinence in a cohort of midlife women: a longitudinal analysis of data: study of women's health across the nation, *Am J. Epidemiol.*, 2007, 165: 309.
  18. Dimpfl T, Hesse U, Schussler B., Incidence and cause of postpartum urinary stress incontinence, *Eur. J. Obstet Gynecol. Eeprod. Biol.* 1992; 42,29.
-

19. Nygaard I. et al., *Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women*, *Obstet Gynecol.* 2003; 101: 149.
  20. Dooley Y. et al., *Urinary incontinence prevalence: results from the national Health and Nutrition Examination Survey*, *J. Urol.* 2008; 179: 656-30.
  21. Fenner De et al., *Establishing the prevalence of incontinence study: racial differences in women's patterns of urinary incontinence*, *J. Urol.* 2008; 179: 1445.
  22. Landi F. et al., *Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community*, *Age and Aging* 2003 32: 194.
  23. Jacobsen N.B. et al., *Open versus laparoscopic radical prostatectomy: a prospective comparison of postoperative urinary incontinence rates*, *J. Urol.* 2007; 177: 615.
  24. Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, Di Benedetto P, Giocoli Nacci G, Landoni M, Lavezzari M, Pagliarulo A, Salvatore S, von Heland M, Parazzini F, Artibani W. *Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy.* *Eur Urol.* 2000 Jan;37(1):30-5.
  25. 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 an Italian urban area.* *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003 Apr 25;107(2):201-4.
  26. Parazzini F, Lavezzari M., Artibani W. *Prevalence of overactive bladder and urinary incontinence.* *Journal of Family Practice* 2002 51:12 (1072-1075).
  27. <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/appropriatezza-dei-presidi-per-l-incontinenza-id51.htm>
  28. *Infermiera Linda Pasqualina Cannone LINEA GUIDA: GESTIONE E TRATTAMENTI INCONTINENZA URINARIA (IU)* Infermiera Linda Pasqualina Cannone 6/12/2006.
  29. *Linee guida sull'incontinenza FINCO raccomandazioni ICI 2009 (a cura di Roberto Carone).*
  30. *Clinical guideline [CG171] Published date: September 2013 Last updated: November 2015 Urinary incontinence in women: management.*
  31. *Commissione Tecnica Nazionale Dipartimento Incontinenza Urinaria e Prolasso. I° Congresso Nazionale. Il diritto alla salute: un diritto inalienabile. Criticità a confronto.* 2012.
  32. Nancy Muller; and Elaine McInnis. *The Development of National Quality Performance Standards for Disposable Absorbent Products for Adult Incontinence.* *Ostomy Wound Manage.* 2013;59(9):40-55.
-

# Membri dell'Incontinence Board

## **Mauro Cervigni**

*Segretario Scientifico Nazionale AIUG - Associazione Italiana di Urologia Ginecologica*

## **Saverio Chirchiglia**

*Direttore Struttura Complessa ATS della città metropolitana di Milano - CARD Lombardia*

## **Claudio Cimmino**

*Segretario Nazionale S.I.Ria - Società Italiana di Riabilitazione*

## **Gesualdo Coniglio**

*Rappresentante IPASVI - Federazione Nazionale Collegi Infermieri - Emilia Romagna*

## **Elisabetta Costantini**

*Membro comitato esecutivo SIU - Società Italiana di Urologia*

## **Alberto De Santis**

*Presidente Associazione Nazionale Strutture Terza Età*

## **Silvia Ferro**

*Responsabile della struttura dipartimentale Assistenza Protesica Ex ASL Torino 1*

## **Pino Fucito**

*FIMMG Provinciale di Roma*

## **Alessandro Furnari**

*Ricercatore presso il Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale - CERGAS, Università Bocconi*

## **Massimo Lazzeri**

*SIU - Società Italiana di Urologia*

## **Francesco Longo**

*Professore associato presso Dipartimento Analisi delle Politiche e Management pubblico - Ricercatore Senior presso il Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale CERGAS - SDA Bocconi School of Management Professor - Università Bocconi*

## **Elisabetta Marfori Savini**

*Centro Studi SIC - Sanità In Cifre - Senior Italia*

## **Roberto Messina**

*Presidente nazionale Senior Italia - Managing Director Centro Studi SIC - Sanità In Cifre*

## **Marcello Ricci**

*Vice Presidente S.I.Ria Società Italiana di Riabilitazione*

## **Carla Rognoni**

*Ricercatore presso il Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale - CERGAS, Università Bocconi*

## **Andrea Rotolo**

*Ricercatore presso il Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale - CERGAS, Università Bocconi*

## **Emilio Sacco**

*Clinica urologica Fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli - Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma*

## **Maria Adele Schirru**

*Rappresentante IPASVI nazionale - Federazione Nazionale Collegi Infermieri*

## **Sergio Sgubin**

*Presidente nazionale ANSDIPP - Associazione dei Manager del Sociale e del Sociosanitario*

## **Marco Soligo**

*SIUD - Società Italiana di Urodinamica*

## **Laura Stefanon**

*Direzione Sanitaria AAS 5 Friuli Occidentale (PN) - Servizi Infermieristici ASL Pordenone*

*Vice Presidente AISLeC - Associazione Infermieristica Studio Lesioni Cutanee*

## **Claudio Taranto**

*Coordinatore Centro Studi SIC Sanità In Cifre - Senior Italia*

## **Giuseppe Venturelli**

*Managing Director, DOXA Pharma*

## **Sandra Zuzzi**

*Presidente FARE Federazione delle Associazioni Regionali Proveditori Economi della Sanità - Presidente Nazionale Associazione Economi Proveditori - Area Vasta Verona*

