

## COSTO SOCIALE DELL'INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE: EPIDEMIOLOGIA , COST OF ILLNESS E COST/EFFECTIVENESS ANALYSIS

**Dott. F. Bernasconi**

Divisione di Ostetricia e Ginecologia  
Azienda Ospedaliera "Ospedale Civile di Vimercate"- Presidio di Desio

### PREMESSE

L'uso ragionato delle risorse in ambito sanitario presuppone che di fronte ad un paziente si decida quali procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative siano strettamente necessarie e nel medesimo tempo maggiormente efficaci per la soddisfazione della domanda di salute.

Presuppone anche che dette decisioni siano determinanti nei processi di orientamento delle scelte strategiche a qualsiasi livello prese, in una logica aziendale, come in una logica dipartimentale.

Ispira un metodo di lavoro in cui il controllo bottom-up soppianta la gestione push-down sia in ambito clinico che di corporate management.

L'importanza ed il significato delle analisi economiche è in tale contesto palese, specie quando si applica a partire dalla pratica clinica.

Va comunque ribadito che la valutazione economica della pratica clinica non è necessariamente finalizzata a ridurre la spesa, ma piuttosto ad utilizzare al meglio (più efficientemente) la stessa quantità di risorse ottenendo più ampi benefici.

L'analisi di tipo economico dovrebbe supportare le scelte attraverso l'adozione di criteri di valutazione espliciti e l'uso di dati il più possibile obiettivi e validi evitando che le decisioni vengano assunte in base a mere consuetudini o ad opinioni di parte, ferma la variabilità biologica e la relativa molteplicità delle azioni diagnostico-terapeutiche proprie dei singoli casi.

La valutazione economica è razionale fondamento di scelte se vi è consapevolezza che il "costo" di un intervento non è rappresentato solo e soprattutto dal denaro che viene speso, bensì dagli esiti sanitari che avrebbero potuto essere ottenuti con un altro intervento non effettuato, a causa del fatto che le risorse sono state utilizzate per l'intervento precedente.

In altri termini, ciò che la valutazione economica cerca di confrontare con il beneficio derivante da un dato intervento è quello che viene definito "costo-opportunità", ossia tutto ciò a cui si rinuncia per soddisfare un determinato bisogno.

Da una parte, la maggior attenzione alla Spesa Sanitaria con l'obiettivo di ottenere sia un contenimento dei costi che una più razionale distribuzione delle risorse giustifica, quindi, il crescente interesse di tutto il mondo scientifico per i temi dell'economia sanitaria, intesa come valutazione economica applicata alle scelte di politica sanitaria .

Dall'altra parte, il fenomeno di invecchiamento della popolazione ha forti ripercussioni su molti aspetti della vita sociale ed individuale legati all'emergere di patologie peculiari della terza età che diventano tanto rilevanti (in termini di impatto sui costi e sulla qualità della vita delle persone) quanto più altri bisogni di salute vengono via via soddisfatti.

Nella galassia delle malattie tipiche della terza età si situa appunto il problema della incontinenza urinaria femminile, la cui dimensione socio-economica, legata alla elevata incidenza e prevalenza nella popolazione generale , alla sua condizione sommersa e misconosciuta ed all'impatto sui costi sociali e sulla qualità della vita, rappresenta ancora oggi un importante problema socio-assistenziale.

In questo contesto, l'analisi del costo delle patologie (COI - Cost of Illness Analysis), attraverso la misurazione e la valorizzazione del consumo di risorse utilizzate per gestire la malattia, è un utile strumento per allargare la valutazione degli effetti delle patologie, al di là dell'impatto che esse hanno in termini clinici, agli effetti economici che queste hanno sull'intero sistema (1,2).

### Costi dell'incontinenza urinaria

#### Costi diretti

Costi per diagnosi e valutazione  
 Visita medica  
 Esami di laboratorio  
 Procedure diagnostiche  
 Costi del trattamento  
 Chirurgia  
 Farmaci  
 Costi dell'assistenza di routine  
 Lavoro dell'infermiere  
 Materiali  
 Lavanderia  
 Costi della riabilitazione  
 Lavoro dell'infermiere  
 Materiali  
 Costi delle conseguenze dell'incontinenza  
 Lesioni cutanee  
 Infezioni delle vie urinarie  
 Cadute  
 Ulteriori ricoveri aggiuntivi in casa di cura  
 Degenze protratte

#### Costi indiretti

Costi del tempo utilizzato da chi assiste gratuitamente gli anziani incontinenti  
 Perdita di produttività per la malattia  
 Perdita di produttività per morte

Da Hu TW: *Clin Geriatr Med* 2:673, 1986.

Una adeguata individuazione, definizione e valorizzazione dei costi diretti ed indiretti (Tab.1) e una corretta valutazione farmaco-economica del costo socio-economico dell'incontinenza urinaria femminile nella popolazione generale e , quindi, l'individuazione delle opzioni terapeutiche (medica/riabilitativa/chirurgica) più economiche nell'affrontare tale condizione clinica risultano essenziali nella formulazione di una strategia di educazione, formazione ,organizzazione ed integrazione diagnostico-terapeutica dei servizi di diagnosi e cura aziendali esistenti o programmabili , che offra il miglior rapporto costo/efficacia e costo/utilità e sia trasferibile ad ogni realtà territoriale .

#### INTRODUZIONE

Pur stimando che nel mondo i/le pazienti affette da incontinenza urinaria siano oltre 200 milioni ( 2-3 milioni in Inghilterra , 10-12 milioni negli Stati Uniti., 3 milioni in Italia ), la grande variabilità dei dati oggi disponibili in letteratura relativi alla prevalenza ( il numero totale dei casi rilevati in un tempo definito ), incidenza ( il numero dei nuovi casi osservati in un certo tempo ) ed impatto psico-sociale della incontinenza urinaria nella popolazione generale, rende difficile prevedere , in uno specifico ambito territoriale , la reale diffusione e dimensione

Tab. 1

socio-economica di tale condizione clinica.

Nell'indagine epidemiologica ad oggi maggiormente citata nella letteratura, quella di Thelma Thomas et al. del 1980 la prevalenza varia, in rapporto all'età, dal 4.5% al 37%, con una media del 18%. (2)

Tutte le indagini epidemiologiche successive , pur nell'ampio range presente , hanno in media confermato queste percentuali , indipendentemente dal criterio di indagine utilizzato.

Nella popolazione di età media (da 30 a 60 anni), 10 studi di prevalenza, oggetto di metanalisi, riferiscono una prevalenza compresa tra il 14 ed il 41%, con una media del 24.5% (Abrams 1997).

Herzog e Fultz ( 1990) hanno raccolto i dati provenienti da un'esauriente revisione della letteratura sulla epidemiologia dell'incontinenza urinaria nei pazienti di età maggiore di 60 anni e riportano percentuali di prevalenza tra il 7% ed il 42%. (3)

I dati italiani pubblicati si allineano a queste percentuali.

Nel 1990, Minocci et al. hanno condotto uno studio su 500 donne che accedevano agli ambulatori di 10 medici di medicina generale convenzionati con il SSN. I risultati di un questionario somministrato dal medico, con assicurazione dell'anonimato dell'intervistata, sono riportati nella fig 1.(4)

**PREVALENZA DELL'INCONTINENZA URINARIA SU UN CAMPIONE NON SELEZIONATO DI 500 DONNE AFFERENTI CONSECUTIVAMENTE ALL'AMBULATORIO DI 10 MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MINOCCI ET AL., 1990)**

Età	20-30	31 -40	41 -50	51 -60	> 60
I.U. Saltuaria	9.1 %	24.1%	30.0%	25.0%	53.8%
I.U. Significativa*	-	3.4%	15.0%	6.2%	23.0%
I.U. Quotidiana**	-	-	-	-	15.3%

\*2 episodi almeno nell'ultimo mese; \*\*Almeno una fuga al giorno.

Fig.1

Sempre nel 1990, Pagano et al. hanno completato un progetto di ricerca epidemiologica nell'ambito della ULSS 21 di Padova molto simile a quello di Thomas et al. La prevalenza globale di incontinenza urinaria è risultata essere 13%, rispettivamente 17% nel sesso femminile e 9% nel sesso maschile.(5)

I risultati di uno studio epidemiologico pluricentrico sulla incontinenza urinaria svoltosi in 5 città italiane (Milano, Modena, Roma, Udine, Varese) e completato nel corso del 1997, i cui dati sono stati analizzati dall'Istituto Mario Negri, offrono percentuali leggermente inferiori .

La prevalenza di incontinenza urinaria (definita come almeno un episodio di incontinenza urinaria nell'ultimo anno) è stata del 7.8% (382 soggetti) : 12% nel sesso femminile (292 soggetti) e 4% nel sesso maschile (90 soggetti) . (6)

Anche i più recenti contributi bibliografici italiani riportano una prevalenza del sintomo nella popolazione generale femminile , in età fertile e/o post-menopausale tra il 20% e il 22% (7,9).

Negli ultimi 20 anni , tutti gli autori riportano un aumento progressivo di prevalenza dell'I.U. in entrambi i sessi con l'età (Fig. 2-3) .

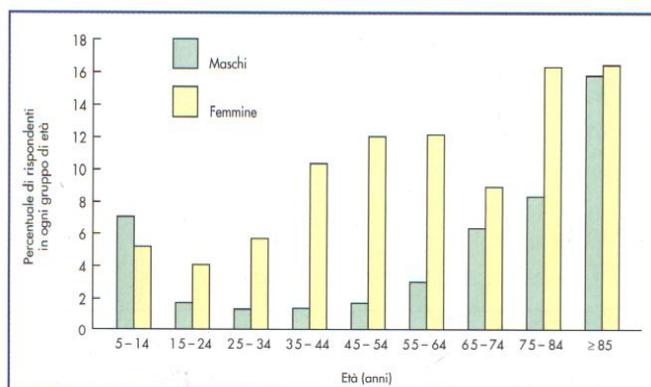


Fig. 2

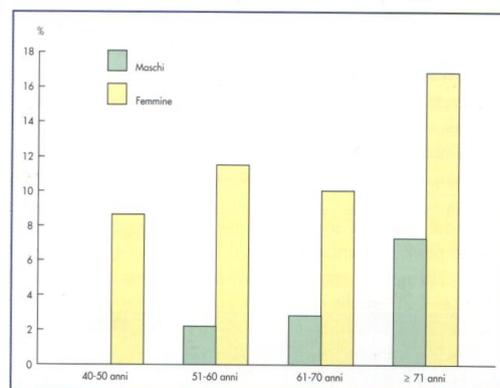


Fig. 3

Ancora più interessanti sono gli aspetti di queste ricerche relativi alle caratteristiche di fenomeno sommerso dell'incontinenza urinaria , che appare un problema nascosto, spesso misconosciuto, sottostimato e non trattato.

Già Thomas et al. nel loro studio avevano evidenziato questo aspetto epidemiologico, sottolineando che il numero di pazienti incontinenti "sconosciuti" al sistema sociosanitario è largamente superiore (da 2 a 4 volte) al numero dei pazienti "conosciuti" e seguiti nelle strutture sociosanitarie.

D'altra parte , nello studio di Minocci nessuna delle donne con disturbi della continenza aveva mai consultato uno specialista ed in quello di Pagano meno del 25 % dei soggetti incontinenti avevano consultato il medico per il loro problema, solo il 15 % avevano eseguito accertamenti specifici, poco più del 6% avevano eseguito cure mediche. Il 20% delle donne utilizzavano pannolini assorbenti di protezione.

Queste percentuali vengono confermate in studi recenti da altri autori (5-8), che riportano anche una distribuzione percentuale dei diversi tipi di incontinenza sostanzialmente sovrapponibile (5-8-9).

Tutti gli autori concordano , inoltre , nell'affermare che l'incontinenza urinaria ha un impatto negativo significativo, o meglio - al di fuori dell'eufemismo - disastroso, su tutti gli aspetti della vita di chi ne è afflitto, creando problemi psicologici, occupazionali, relazionali, fisici e sessuali . Se indaghiamo la qualità della vita delle donne che soffrono di una I.U. , con questionari generici (SF36) o malattia specifici (Incontinence Impact Questionnaire,Urogenital Distress Inventory) , risulta che , complessivamente , la loro qualità della vita è significativamente danneggiata se confrontate con donne della stessa età . (6,10,11).

Individuali	Familiari	Per l'operatore professionale
Sintomi psichici	Peso per coloro che assistono e stress emotivo	Sentimenti e comportamenti negativi verso i pazienti con incontinenza urinaria
Insicurezza	Compromissione dei rapporti interpersonali	Reazioni
Rabbia	Preoccupazioni economiche	Eccesso di indulgenza
Apatia	Peggioramento della salute di chi assiste	Permissività eccessiva
Dipendenza	Rischio di abuso o di trascuratezza	Assistenza eccessiva
Senso di colpa	Ricovero	Responsabilità extra-assistenziali
Disprezzo	Rinvio della dimissione dall'istituto di cura	Frustrazione, depressione e senso di colpa nello staff
Senso di abbandono		Demoralizzazione dello staff
Vergogna		Sindrome di "Burn-out"
Imbarazzo		
Depressione		
Rifiuto		
Autopercezione		
Perdita di confidenza e stima in sè stessi		
Difficoltà sessuali		
Perdita di attenzione all'igiene personale		
Interazioni sociali		
Riduzione delle attività sociali		
Distacco sociale		
Isolamento sociale		
Declino psico-fisico		
Rischio di ricovero		

Fig. 4

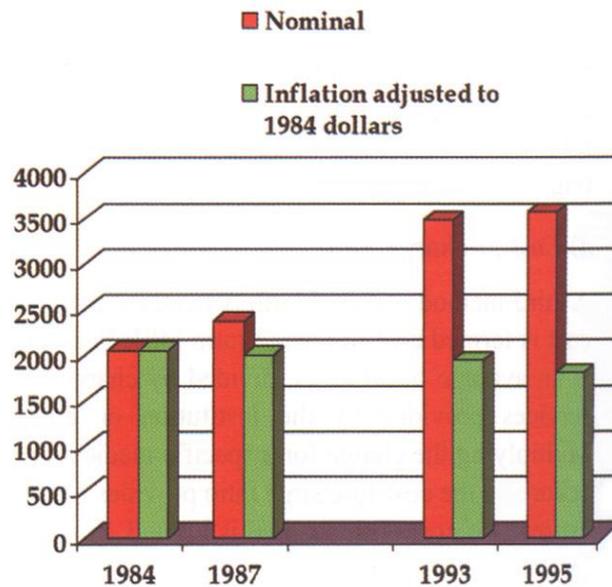
A questo costo psico-sociale va poi aggiunto il rilevante costo socio-economico e assistenziale della I.U. (COI: cost of illness).

Il costo economico totale, diretto ed indiretto dell'I.U. negli U.S.A. nel 1984 è stato stimato essere di 8.1 bilioni di dollari : 6.6 bilioni per i costi diretti e 1.5 per i costi indiretti (4.8 bilioni e 1.5 bilioni per le pz. incontinenti non istituzionalizzate e 1.8 bilioni per l'assistenza nelle case di riposo), con un costo /anno/caso stimato di circa 2.000 dollari (12).

Wagner T.H. riporta un costo economico diretto dell'I.U. per la popolazione degli U.S.A. di età > 65 anni nel 1995 di 26.3 bilioni di dollari (18 bilioni nella popolazione non istituzionalizzata e 8.3 nelle case di cura) , con un costo /anno/caso di 3.565 dollari (13).Nello stesso anno , in Germania, viene stimato un costo/anno/donna sovrapponibile (3166 dollari)ed un costo totale annuo di 5066 milioni di dollari (14).

Il confronto del costo diretto dell'I.U. negli U.S.A. negli anni 1984 e 1995 mostra un incremento del 320% in 11 anni , con un incremento reale , corretto per l'inflazione, del 92% (13).

Fig.5



Indipendentemente dal paese studiato, questi costi sono in gran parte sostenuti direttamente dalla donna affetta da I.U.(Fig.6) , con una quota a carico dei servizi assistenziali nazionali che va dal 13% della Francia al 75% della Svezia.(15)

Country	Payer		
	Third Party Payer	Patient	Pads as % of total costs
Canada (Can)	25%	75%	40%
France (F)	13%	87%	55%
Sweden (S)	75%	25%	31%*
UK	56%	44%	30%*
US	29%	71%	30%

\* Incontinence pads reimbursed, all other paid by patient

Fig. 6

L'I.U. rappresenta ,quindi, ancora oggi in ogni continente un enorme problema socio-assistenziale irrisolto, sia per la singola pz. che per la collettività ;non esiste attualmente una risposta univoca sulla strategia di intervento più efficace nel contenere e ridurre tali costi, ma alcuni interessanti studi sembrano evidenziare una intima correlazione tra il COI della I.U. e le diverse strategie di intervento diagnostico-terapeutico adottate: da una parte,una valutazione farmaeconomica a breve termine ,basata su una cost/minimitation analysis induce , infatti, a credere che un atteggiamento assistenziale “conservativo” del sintomo sia accompagnato da un significativo risparmio di risorse utilizzate; dall'altra parte , una attenta ed adeguata cost/effectiveness analysis a medio termine sembra evidenziare , invece, il vantaggioso rapporto costo/opportunità rappresentato da un precoce ,efficace ed efficiente trattamento , medico o chirurgico della donna incontinente.(Fig. 7-8).(16,17)

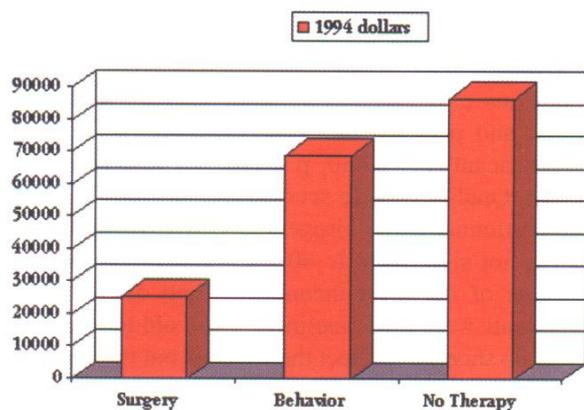


Fig. 7

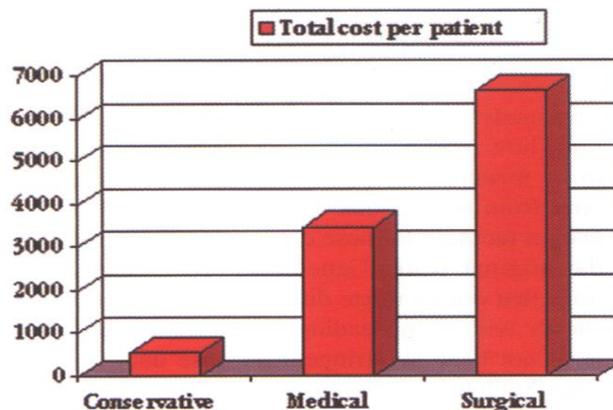


Fig. 8

Risulta evidente da queste premesse l'attualità speculativa, clinica e strategica di uno studio capace di valutare il costo sociale dell'I.U. femminile nella sua globalità (epidemiologica, psico-sociale e farmaco-economica) e nella popolazione generale della stessa realtà territoriale.

#### SCOPI DELLO STUDIO

Scopo di questo studio è quello di riportare i risultati di una ampia indagine osservazionale trasversale sul costo sociale dell'incontinenza urinaria femminile nella popolazione generale residente della ASL3-Monza effettuata da un gruppo interdisciplinare di specialisti operanti nello stesso ambito territoriale; il gruppo si è costituito nel Marzo 2001 nell'ambito del Primo Corso di Formazione Manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa della Regione Lombardia, con la supervisione di un tutor universitario esperto di economia aziendale.

L'indagine si proponeva i seguenti obiettivi:

- Studiare la prevalenza dell'incontinenza urinaria femminile nella popolazione generale residente dell'ASL3 - Monza.
- Individuare in tale ambito territoriale la prevalenza delle donne incontinenti che richiedono l'uso di un assorbente e/o giudicano il sintomo di grado tale da richiedere una terapia specifica.
- Calcolare il costo sociale (impatto sulla QoL ed il COI) dell'incontinenza urinaria nel totale della popolazione femminile residente nell'ASL3-MONZA e nella Regione Lombardia.
- Calcolare il budget di spesa previsto per trattare tutti i casi con le strategie di intervento più efficaci disponibili (medica, riabilitativa e chirurgica mini-invasiva) ed individuare la strategia terapeutica che offre il miglior rapporto costo/efficacia e/o costo/utilità.
- Formulare delle indicazioni strategico-assistenziali "basate sull'evidenza" nella terapia specifica della condizione clinica studiata con particolare attenzione alla possibilità di riduzione del COI e/o dell'incidenza del sintomo attraverso una attività di prevenzione primaria e secondaria.

#### MATERIALI E METODI

Sono state elaborate e/o adottate e somministrate:

- una scheda anamnestica riassuntiva mirata -SA- (relativa a tutti i principali parametri anagrafici, socio-economici, ostetrico-ginecologici e di anamnesi patologica passata e presente eventualmente associate);
- un questionario di autovalutazione -QA- (diviso in quattro campi di indagine: incontinenza urinaria, vescica iperattiva, qualità della vita ed impatto psico-sociale, incontinenza fecale);
- due questionari di autovalutazione della QoL, sia generico (SF36) che malattia specifico (KHQ);
- un questionario farmaco-economico mirato -QF- che prevedeva la raccolta, limitata agli ultimi 6 mesi, dei dati relativi ai seguenti parametri di valutazione farmaco-economica:

numero di giornate perse per malattia e/o permesso retribuito (della paziente e/o dell'accompagnatore), visite effettuate dal medico di medicina generale, visite specialistiche, ricoveri per intervento o diagnostici, terapie farmacologiche (farmaco e dose) e/o riabilitative (numero e tipo trattamento), utilizzo di presidi (tipo pannolino e numero) utilizzo di creme (nome e dose) per gestione dei problemi causati dai pannolini. Nel QE era prevista anche la raccolta dei principali parametri anagrafici, anamnestici, clinici e strumentali di interesse uro-ginecologico. Nell'analisi dei risultati sono stati, quindi, calcolati i costi diretti ed i costi indiretti della malattia a partire dalla analisi di tutte le risorse impiegate, ciascuna valorizzata utilizzando i prezzi di mercato e le tariffe SSN. Sono stati calcolati i costi totali e medi annuali, individuali e collettivi ed è stata effettuata una stima del costo globale della malattia a livello dell'ASL3-Monza e Regionale. Tale costo è stato confrontato con il costo "ufficiale" dell'incontinenza urinaria negli stessi ambiti territoriali;

- uno specifico programma software per l'inserimento, elaborazione ed analisi statistica dei dati.

Sulla base dei dati raccolti sono stati, quindi, individuati degli specifici end-point di ricerca (fig 9)



Fig. 9

Lo studio epidemiologico, già oggetto di alcune valutazioni preliminari (9), ha interessato la popolazione generale femminile residente, in età fertile e/o menopausale (età superiore ai 18 anni) di 11 comuni confinanti (ambito territoriale dell'ex-Azienda 30, Regione Lombardia).

Esso prevedeva la somministrazione della SA e del QA in due popolazioni di studio:

Gruppo Desio: donne afferenti per visita di controllo di routine e/o pap-test a tutti i consultori familiari dei comuni interessati (escluso quello di Varedo);

Gruppo Varedo: tutte le donne di età compresa tra i 18 ed i 65 anni residenti nel Comune di Varedo.

Nel Gruppo Desio, la SA veniva compilata dagli operatori sanitari del Consultorio familiare di competenza ed il QA direttamente dalla donna in forma anonima.

Nel Gruppo Varedo la SA ed il QA sono stati inviati per via postale, con una lettera di accompagnamento ed una busta pre-affrancata per la successiva spedizione al Consultorio familiare dello stesso comune.

Lo studio osservazionale trasversale sul costo sociale della I.U. prevedeva la somministrazione dei questionari sulla QoL e del QF in un campione di 50 donne consecutive residenti incontinenti

“conosciute” al SSN inviate ad un centro di II° livello per la risoluzione e trattamento del sintomo e giunte alla osservazione per la prima volta presso l’Ambulatorio di Uro-ginecologia dell’Ospedale di Desio nel periodo 1/4/2001-31/7/2001.

Sulla base dei risultati di tali indagini , su un ampio review della letteratura e valorizzando i costi diretti e indiretti delle singole terapie adottate e/o adottabili (medica,riabilitativa,chirurgica) calcolati col valore del DRG specifico o delle tariffe ambulatoriali regionali dell’anno in corso è stato stimato il budge di spesa previsto per il trattamento del sintomo in una coorte di donne affette da I.U. ed effettuata una cost/effectiveness analysis delle strategie terapeutiche adottate.

Dell’indagine effettuata vengono riportati solo i risultati relativi agli obiettivi A-D riferiti alla effettuazione e/o analisi dello studio epidemiologico sulla frequenza e prevalenza dei disturbi vescico-uretrali nella popolazione femminile residente dell'ASL3-Monza (limitatamente alla incontinenza urinaria) ed alla valutazione farmaco-economica trasversale osservazionale sul campione studiato.

### RISULTATI

Nell’ambito dello studio epidemiologico effettuato sono stati somministrate in totale 6429 SA e relativi QA , dei quali 3003 sono stati correttamente ed adeguatamente compilati, consegnati e/o spediti ed inseriti.

Nel totale del campione sono state identificate 894 donne che hanno riferito almeno un episodio di incontinenza urinaria nell'arco della vita ( "VITA" :  $894/3003 = 29,7\%$ ) e 617 che ne hanno sofferto nell'ultimo anno ("ANNO" :  $617/3003 = 20,5\%$ ).

La prevalenza del sintomo é stata, rispettivamente, del 27.9% (vita) e 16% (anno) nel Gruppo Varedo (240/1491 ) e del 31 .5% e 24.9% nel Gruppo Desio (377/1512). Nel 30.9% delle donne ( 277/894) si osserva una scomparsa del sintomo dopo il suo esordio. La somministrazione dello stesso questionario con modalità diverse offre percentuali di prevalenza del sintomo significativamente diverse (16% Varedo vs 24% Desio) nei due gruppi studiati . tali differenze si mantengono anche normalizzando le curve di distribuzione per fasce di età delle due popolazioni : rispettivamente 27 % e 16% Varedo vs 29% e 23% Desio. Nel 62.6% dei casi “ANNO” l’incontinenza urinaria dura da anni, nel 79% il sintomo dal momento della comparsa é peggiorato e/o rimasto invariato ed il 66% delle donne che ne soffrono giudicano l'incontinenza urinaria un disagio e/o una malattia; il tipo di incontinenza più rappresentato è quello da sforzo (55%).(Fig. 10)

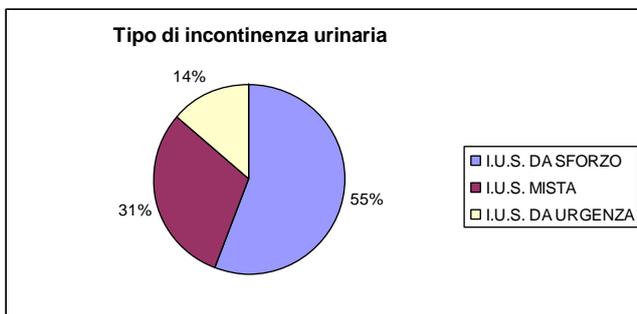


Fig. 10

Meno di una donna su 10 ha praticato o pratica una terapia riabilitativa o usa dei farmaci, il 39% di esse ha modificato le proprie abitudini minzionali e una su quattro (24%) indossa assorbenti. Questa percentuale rappresenta, nella quasi totalità, solo quella parte delle donne incontinenti che utilizza, in maniera continuativa, una protezione .(Fig.11-12)

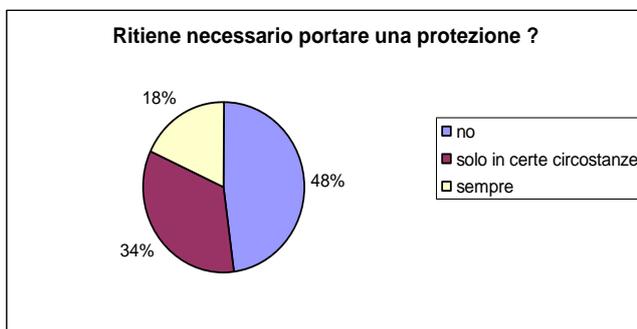


Fig. 11

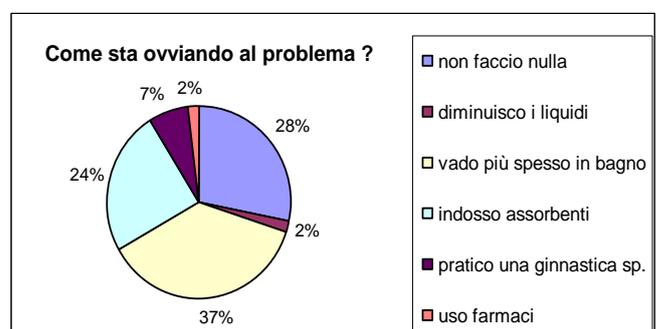


Fig. 12

Normalizzando le curve di distribuzione per fasce di età del totale dei casi raccolti con la curva di distribuzione di tutta la popolazione femminile residente nell'ambito territoriale di riferimento (gli 11 comuni della ex-Azienda 30-Regione Lombardia), si ottiene per la fascia 18-65 anni (fig. 1-2) una prevalenza prevista dell'incontinenza urinaria nel totale del campione studiato "normalizzato" del 28.5% (VITA: 682/2386) e 18.6% (ANNO : 446/2386), con un numero totale previsto nella popolazione generale dei comuni di riferimento, rispettivamente, di 24.801 e 16.186 casi.(Fig. 13)

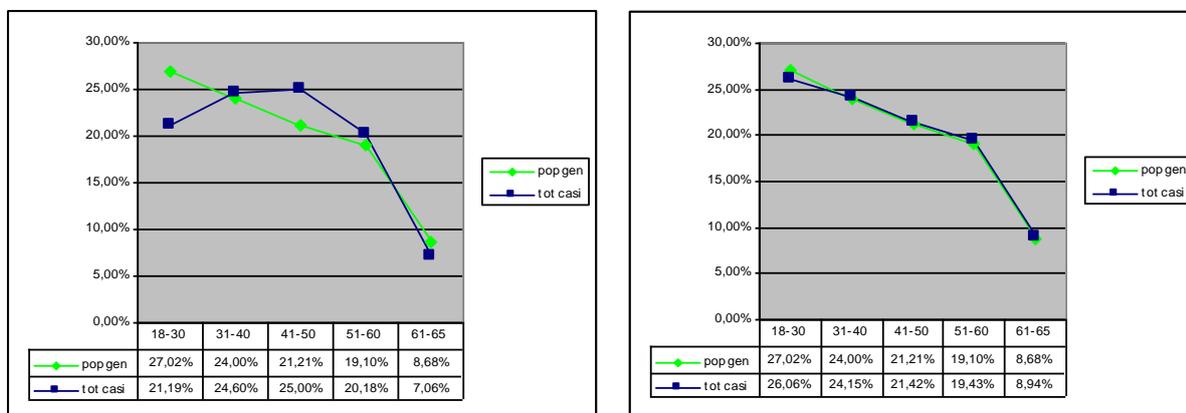


Fig.13: "normalizzazione" delle curve di distribuzione per fasce di età del totale dei casi studiati

Se applichiamo tali percentuali a tutta la popolazione femminile residente nell'ASL3-Monza e nella Regione Lombardia, il numero totale di donne incontinenti può essere così stimato :

- ASL3-Monza : 125.288 casi "VITA", 81767 (18.6% di 439.609) casi "ANNO".
- Regione Lombardia : 1.119.480 casi "VITA", 730.608 (18.6% di 3.928.709) casi "ANNO".

Questi numeri sono ancora da ritenersi probabilmente inferiori al dato reale, perché si riferiscono ad una fascia di età limitata (18-65 anni), che esclude le decadi di vita più avanzate nelle quali si osservano percentuali di prevalenza del sintomo sicuramente più elevate (come rilevato da tutta la letteratura nazionale ed internazionale) e che sono destinate nel tempo ad una continua crescita percentuale.

Va, inoltre, aggiunto che nel campione studiato il 50.8% delle donne incontinenti identificate non ha mai parlato in precedenza con nessuno del suo problema; il 9.8% ne aveva parlato con il medico di famiglia e il 21.3% con uno specialista. (Fig.14)

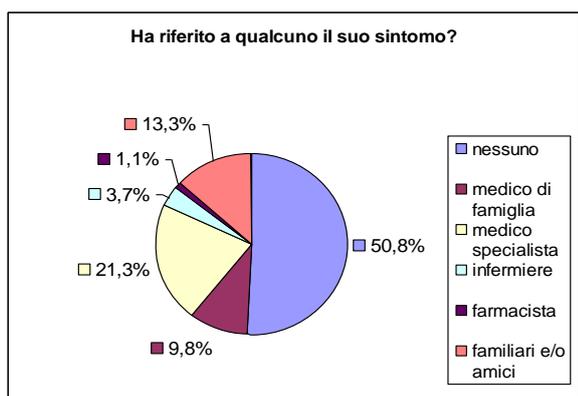


Fig. 14

Questi risultati evidenziano il chiaro aspetto "misconosciuto, nascosto e sommerso" del sintomo che crea la grande differenza (ampiamente descritta dalla letteratura e sottolineata dai risultati sopra descritti) tra i casi di incontinenza urinaria "conosciuti" e "sconosciuti" al S.S.N e che condiziona ancora oggi le strategie di intervento e risoluzione di tale condizione clinica.

Basti stressare il dato che negli stessi ambiti territoriali le donne incontinenti che utilizzano una protezione riconosciuta dal SSN per l'anno 2000 sono state, rispettivamente, circa 45.000 e 5.000, mentre, alla luce dei dati raccolti, possiamo

stimare che nello stesso periodo ,nell'ambito territoriale della Regione Lombardia e dell'ASL3-Monza, almeno 379.600 (52% di 730.608) e 42518 (52% di 81767) donne incontinenti utilizzino una protezione e 175.200 (24% di 730.608) e 19624 (24% di 81767) considerino l'uso del pannolino come la sola soluzione utile al problema .

Per quanto riguarda le caratteristiche generali della popolazione studiata nell'ambito dell'indagine osservazionale sul COI dell'I.U., l'età media del campione è pari a 56 anni (SD: 11.5, range:30-80). L'incontinenza è presente in media già da 7 anni (SD: 6.52, range :1-26), per una età media di comparsa del sintomo di 49 anni (SD 12.1, range: 22-79). L'88% delle pazienti riferisce di utilizzare pannolini (nel 63 % l'uso è continuo); nei restanti 6 casi la donna cambia spesso la biancheria intima.

I pannolini sono acquistati sempre a proprie spese e nel 88% dei casi al supermercato.

Nel 20% dei casi vengono impiegate creme con azione anti-infiammatoria, emolliente o protettiva per trattare gli effetti collaterali dovuti ad irritazioni locali provocate dall'uso del presidio.

Il sintomo, valutato con un VAS, è di grado medio/grave nell'88% dei casi (VAS  $\geq$ 5).

Le pazienti che hanno riferito di svolgere attività lavorativa retribuita sono il 24% del campione (12 casi).

Il 46% delle donne hanno consultato il proprio medico di medicina generale almeno una volta negli ultimi sei mesi; le pazienti hanno riportato un totale di 31 visite, pari a 0.62 visite/donna.

La consultazione di uno specialista (ginecologo, urologo, fisiatra, altro) è piuttosto frequente, in quanto 37 pazienti hanno riferito di aver effettuato almeno una visita specialistica, non uro-ginecologica, negli ultimi sei mesi, per un totale di 64 visite nell'intero campione.

Nello stesso periodo, il 6% del campione si è sottoposto a terapia riabilitativa, il 18% a terapia farmacologia ed il 6% ad entrambe. Negli ultimi 12 mesi, il 6% dei casi ha subito un ricovero per intervento e/o procedura diagnostica.

I farmaci citati sono tranquillanti minori, antibatterici delle vie urinarie, anticolinergici.

I costi diretti sostenuti dalle pazienti per fronteggiare l'incontinenza urinaria e le sue sequele sono stati calcolati moltiplicando le quantità delle risorse utilizzate rilevate dallo studio (visite specialistiche, uso di pannolini, uso di farmaci, uso di creme) per i relativi prezzi di mercato.

I valori ottenuti sono stati rilevati ad un anno ed i risultati sono illustrati nella Tab. 1.

Il costo totale annuo, nel totale del campione, è di L. 45.858.490 (€ 23.683,93), pari a L. 917.170/anno/donna (€ 473.68/anno/donna).

L'analisi dei costi realizzata dal punto di vista (prospettiva) dei costi sostenuti dalla collettività include i costi diretti sostenuti dalla donna e vi somma il valore dei corrispondenti costi diretti per il SSN e quelli indiretti della collettività relativi alle visite effettuate presso il medico di medicina generale ed alla perdita di produttività delle donna stessa e/o dell'eventuale accompagnatore : i valori sono stati riportati ad un anno e illustrati nella Tab. 1.

I costi "indiretti" totali annui, nel campione studiato ammontano a L. 21.912.560 (€ 11.316,89) , per un valore/annuo/donna di L. 438.251 (€ 226,34).

Il COI/anno totale per ogni donna incontinente del campione studiato corrispondente a L. 1.355.421 (€ 700.02)per un costo totale / anno di L. 67.771.050 (€ 35.000,83).

Le cifre si modificano in maniera significativa se ,nella valutazione del COI, includiamo anche i costi diretti ed indiretti legati ai trattamenti riabilitativi e/o ai ricoveri effettuati nello stesso periodo dalle donne studiate (Tab. 1). In questo caso, i costi totali assommano a L. 91.595.050 (€ 47.304,90), con un costo medio / anno / donna di L. 1.831.901 (€ 946.10).

Calcolando l'età media delle donne studiate (56 anni), la durata media del sintomo al momento dell'indagine (7 anni) e l'aspettativa di vita media (24 anni), possiamo stimare che il COI medio/vita /donna, nel campione di popolazione femminile incontinente studiato sia di L. 1.355.421 X 31 anni = L.42.018.051.

(€ 700.02 x 31 anni = € 21.700,51)

<b>totale generale</b>			
<i>Costi annuali</i>	<i>Costi diretti</i>	<i>Costi indiretti</i>	<i>Totale</i>
Visite specialistiche	€ 1.487,40	€ 628,01	€ 2.115,41
Farmaci	€ 6.291,83	€ 178,98	€ 6.470,81
Pannolini	€ 15.349,21	€ -	€ 15.349,21
Creme	€ 555,50	€ -	€ 555,50
Visite medico di famiglia	€ -	€ 800,51	€ 800,51
Perdita produttività	€ -	€ 9.709,39	€ 9.709,39
<b>Totale</b>	<b>€ 23.683,93</b>	<b>€ 11.316,89</b>	<b>€ 35.000,83</b>
Costo medio annuo	€ 473,68	€ 226,34	€ 700,02
<i>Costi pluriannuali</i>	<i>Costi diretti</i>	<i>Costi indiretti</i>	<i>Totale</i>
Interventi	€ -	€ 7.965,83	€ 7.965,83
Riabilitazione	€ 723,04	€ 3.615,20	€ 4.338,24
<b>Totale</b>	<b>€ 24.406,97</b>	<b>€ 22.897,92</b>	<b>€ 47.304,90</b>
Costo medio annuo	€ 488,14	€ 457,96	€ 946,10

Tab. 2

E' difficile generalizzare tale stima al totale della popolazione femminile incontinente perché il campione studiato ha delle dimensioni ridotte e dal confronto tra le caratteristiche generali del campione studiato e quelle della popolazione femminile generale dell'ASL3- Monza (vedi risultati dell'indagine epidemiologica sopra descritta) risulta evidente che la popolazione femminile incontinente indagata in questo studio rappresenta un campione significativamente selezionato. (composto da donne incontinenti "conosciute" al SSN, con una incontinenza urinaria prevalentemente di grado medio/grave ; l'uso del pannolino è presente nell'88% dei casi ; il ricorso a terapia specifiche, medica e/o riabilitativa, è riferito nel 30% dei casi).

Essa risulta sicuramente rappresentativa della popolazione generale di donne incontinenti che risolve il problema utilizzando sempre e/o occasionalmente una protezione (52%), ma non del totale dei casi.

Sulla base dei risultati dello studio abbiamo quindi distinto il COI per tre gruppi distinti di donne: casi senza uso di una protezione, con uso occasionale e uso continuo del pannolino (Tab.3).

Abbiamo quindi calcolato i costi /annui/totali "stimati" in una popolazione incontinente con delle caratteristiche simili a quelle della popolazione femminile generale dell'ASL3-Monza (vedi Fig. 11 e 12) e calcolato il costo medio/anno/donna previsto, pari a L. 693.260 (€ 358,04), per un costo medio/vita/donna di L. 21.491.060 (€ 11.099,21) (Tab. 4).

Utilizzando il numero totale dei casi stimati nell'ASL3-Monza , considerando una persistenza e/o aggravamento del sintomo nell'80% del totale dei casi (vedi risultati dello studio epidemiologico sopra riportati) e la durata media/vita del sintomo (vedi risultati dello studio COI sopra riportati), possiamo stimare, in caso di mancata risoluzione e trattamento efficace del sintomo, il seguente costo totale/vita in questo ambito territoriale:

<b>nessuna protezione (6 casi)</b>			
<i>Costi annuali</i>	<i>Costi diretti</i>	<i>Costi indiretti</i>	<i>Totale</i>
Visite specialistiche	€ 66,11	€ 33,05	€ 99,16
Farmaci	€ 79,53	€ 29,95	€ 109,49
Pannolini	€ -	€ -	€ -
Creme	€ -	€ -	€ -
Visite medico di famiglia	€ -	€ 129,11	€ 129,11
Perdita produttività	€ -	€ -	€ -
<b>Totale</b>	<b>€ 145,64</b>	<b>€ 192,12</b>	<b>€ 337,76</b>
<b>Costo medio annuo</b>	<b>€ 24,27</b>	<b>€ 32,02</b>	<b>€ 56,29</b>
<i>Costi pluriennali</i>	<i>Costi diretti</i>	<i>Costi indiretti</i>	<i>Totale</i>
Interventi	€ -	€ -	€ -
Riabilitazione	€ -	€ -	€ -
<b>Totale</b>	<b>€ 145,64</b>	<b>€ 192,12</b>	<b>€ 337,76</b>
<b>Costo medio annuo</b>	<b>€ 24,27</b>	<b>€ 32,02</b>	<b>€ 56,29</b>

<b>solo in alcuni casi (16 casi)</b>			
<i>Costi annuali</i>	<i>Costi diretti</i>	<i>Costi indiretti</i>	<i>Totale</i>
Visite specialistiche	€ 462,75	€ 231,37	€ 694,12
Farmaci	€ 594,88	€ 29,21	€ 624,09
Pannolini	€ 2.721,90	€ -	€ 2.721,90
Creme	€ 31,19	€ -	€ 31,19
Visite medico di famiglia	€ -	€ 232,41	€ 232,41
Perdita produttività	€ -	€ 2.995,45	€ 2.995,45
<b>Totale</b>	<b>€ 3.810,71</b>	<b>€ 3.488,44</b>	<b>€ 7.299,15</b>
<b>Costo medio annuo</b>	<b>€ 238,17</b>	<b>€ 218,03</b>	<b>€ 456,20</b>
<i>Costi pluriennali</i>	<i>Costi diretti</i>	<i>Costi indiretti</i>	<i>Totale</i>
Interventi	€ -	€ 2.512,05	€ 2.512,05
Riabilitazione	€ 144,61	€ 723,04	€ 867,65
<b>Totale</b>	<b>€ 3.955,32</b>	<b>€ 6.723,53</b>	<b>€ 10.678,85</b>
<b>Costo medio annuo</b>	<b>€ 247,21</b>	<b>€ 420,22</b>	<b>€ 667,43</b>

<b>sempre (28 casi)</b>			
<i>Costi annuali</i>	<i>Costi diretti</i>	<i>Costi indiretti</i>	<i>Totale</i>
Visite specialistiche	€ 958,54	€ 363,59	€ 1.322,13
Farmaci	€ 5.617,42	€ 119,82	€ 5.737,24
Pannolini	€ 12.627,31	€ -	€ 12.627,31
Creme	€ 524,31	€ -	€ 524,31
Visite medico di famiglia	€ -	€ 438,99	€ 438,99
Perdita produttività	€ -	€ 6.713,94	€ 6.713,94
<b>Totale</b>	<b>€ 19.727,58</b>	<b>€ 7.636,33</b>	<b>€ 27.363,91</b>
<b>Costo medio annuo</b>	<b>€ 704,56</b>	<b>€ 272,73</b>	<b>€ 977,28</b>
<i>Costi pluriennali</i>	<i>Costi diretti</i>	<i>Costi indiretti</i>	<i>Totale</i>
Interventi	€ -	€ 5.453,78	€ 5.453,78
Riabilitazione	€ 578,43	€ 2.892,16	€ 3.470,59
<b>Totale</b>	<b>€ 20.306,01</b>	<b>€ 15.982,28</b>	<b>€ 36.288,29</b>
<b>Costo medio annuo</b>	<b>€ 725,21</b>	<b>€ 570,80</b>	<b>€ 1.296,01</b>

Tab. 3

ASL3-Monza: L. 65414 X 31 X 693.260 = L. 1.405.816.198.840  
 (65414 X 31 X € 358,04 = € 726.045.685,36)

Il costo medio/donna calcolato nei casi incontinenti che riferiscono un uso continuo del pannolino (L. 1.892.283 - € 977,28) è significativamente più elevato di quello "ufficiale" dell'ASL3 - Monza per l'anno 2000 (L. 774.000 - € 399,74) ; nonostante ciò, il costo totale annuo "ufficiale" dell'ASL3 - Monza, per la prescrizione dei presidi per incontinenza, raggiunge i 4 – 4.5 miliardi/anno (€ 2 – 2.5 milioni di euro/anno) e tali cifre sono fortunatamente inferiori a quelle previste e solo destinate ad aumentare nel tempo.

Infatti, il numero totale utenti/anno considerati (circa 5000/anno) è molto lontano dai 19624 casi previsti (vedi studio epidemiologico), seppur assolutamente coerente con le percentuali riportate in letteratura.

Nell'ambito territoriale della Regione Lombardia tali cifre raggiungono, in media, i 20/22 miliardi di lire anno (10,5 – 11,5 milioni di €/anno), per un numero totale di utenti / anno di 45.000 donne (invece dei 175.200 previsti dallo studio effettuato).

<b>totale popolazione "normalizzata"</b>			
<i>Costi annuali</i>	<i>Costi diretti</i>	<i>Costi indiretti</i>	<i>Totale</i>
Visite specialistiche	€ 2.128,39	€ 989,83	€ 3.118,22
Farmaci	€ 5.511,58	€ 378,73	€ 5.890,32
Pannolini	€ 13.901,59	€ -	€ 13.901,59
Crema	€ 403,34	€ -	€ 403,34
Visite medico di famiglia	€ -	€ 1.808,98	€ 1.808,98
Perdita produttività	€ -	€ 10.681,44	€ 10.681,44
<b>Totale</b>	<b>€ 21.944,91</b>	<b>€ 13.858,98</b>	<b>€ 35.803,89</b>
<b>Costo medio annuo</b>	<b>€ 219,45</b>	<b>€ 138,59</b>	<b>€ 358,04</b>
<i>Costi pluriennali</i>	<i>Costi diretti</i>	<i>Costi indiretti</i>	<i>Totale</i>
Interventi	€ -	€ 8.844,10	€ 8.844,10
Riabilitazione	€ 679,14	€ 3.395,70	€ 4.074,84
<b>Totale</b>	<b>€ 22.624,05</b>	<b>€ 26.098,79</b>	<b>€ 48.722,84</b>
<b>Costo medio annuo</b>	<b>€ 226,24</b>	<b>€ 260,99</b>	<b>€ 487,23</b>

Tab. 4

E' stato, quindi, valutato se la eventuale risoluzione del sintomo ed il suo trattamento, al di là dell'evidente richiesta di salute pubblica ad esso connesso, risultino convenienti anche da un punto di vista strettamente farmaco-economico.

E' stato calcolato il budget di spesa per la terapia di un campione di 1000 casi consecutivi di incontinenza urinaria femminile con una composizione percentuale dei tipi di incontinenza trattati sovrapponibile a quella dei casi identificati nell'ASL3-Monza (vedi studio epidemiologico). Su 1000 pz. consecutivi, abbiamo previsto di trattare, in media, 550 donne con una incontinenza urinaria da sforzo (IUS), 300 con una incontinenza urinaria di tipo misto (IUM) e 150 con una incontinenza urinaria da urgenza (IU).

Per una corretta interpretazione del budget di spesa previsto vanno sottolineate alcune premesse irrinunciabili : sono stati considerati solo i casi di incontinenza urinaria non neurogena (senza patologie neurologiche sospette e/o accertate associate) ; è stata calcolata una percentuale di associazione incontinenza urinaria + prolasso genitale di grado medio/grave del 30% ; è stata calcolata una percentuale di persistenza e/o peggioramento del sintomo nel tempo dell'80% (vedi studio epidemiologico) e sono state considerate "eleggibili" ad un trattamento solo le donne incontinenti che riferiscono un uso continuo di una protezione ; i costi di trattamento sono stati calcolati utilizzando, per ogni tipo di incontinenza, la procedura terapeutica attualmente considerata più efficace ; viste le significative differenze riportate in letteratura, sono state utilizzate delle percentuali "medie" di successo e/o persistenza del sintomo; il successo della procedura terapeutica è rappresentato dalla scomparsa del sintomo e/o abbandono della protezione.

Utilizzando, indipendentemente dal costo, il trattamento più efficace nel singolo caso, possiamo stimare di avere le seguenti percentuali di successo (risoluzione del sintomo e/o abbandono della protezione) ed relativi costi di terapia (calcolati sui valori corrispondenti di DRG o del tariffario SSN ambulatoriale) Tab.5

<b>Gruppo IUS (550 casi)</b> (400 TVT + 150 TVT ed altra procedura chirurgica associata)		
Costo totale:	€	1.004.818,54 +
	€	<u>409.033,86</u>
	€	1.413.852,41
Tasso di guarigione:	90%	
Tasso di persistenza:	10% --> 55 persistenze	
<b>Gruppo IUM (300 casi)</b> (200 TVT + 100 TVT ed altra procedura chirurgica associata)		
Costo totale:	€	502.409,27 +
	€	<u>272.689,24</u>
	€	775.098,51
Tasso di guarigione:	75%	
Tasso di persistenza:	25% --> 75 persistenze trattate con riabilitazione	
Costo totale:	€	16.268,39
Tasso di guarigione:	70%	
Tasso di persistenza:	30% --> 22 persistenze	
<b>Gruppo IU (150 casi)</b> (150 riabilitazioni)		
Costo totale:	€	32.536,78
Tasso di guarigione:	60%	
Tasso di persistenza:	40% --> 60 persistenze trattate con terapia medica ciclica	
Costo totale:	€	37.184,90
Tasso di guarigione:	70%	
Tasso di persistenza:	30% --> 18 persistenze	

Tab. 5

Sommando i costi stimati nei casi con i diversi tipi di incontinenza si ottiene un costo totale terapia/1000 casi di L. 4.404.900.000 (€ 2.274.940,99), con un tasso di persistenza del sintomo del 9.5% (95 casi)

Se confrontiamo il costo totale previsto in caso di trattamento del sintomo dal momento della richiesta della donna giunta alla nostra osservazione con il corrispondente costo totale stimato

basato sul COI/anno/donna del campione studiato (vedi studio COI) otteniamo i seguenti risultati (calcolati su 1000 casi) Tab6

Costo totale terapia (con risoluzione del sintomo 90.5)	€	2.274.940,99
COI residuo / vita / donna casi persistenti (95) (€ 977,28 X 95 X 24 anni)	€	2.227.871,11
<b>Costo totale / 1000 casi:</b>	<b>€</b>	<b>4.502.812,11</b>
<b>Costo totale / vita / 1000 casi (non trattati)</b>	<b>€</b>	<b>23.451.274,87</b>

Tab. 6

Pur con i limiti legati alle caratteristiche del campione studiato e delle percentuali di guarigione "stimate", alla mancata valutazione dei costi indiretti legati ai ricoveri effettuati ed alle complicanze associate, tale differenza risulta altamente significativa .

## CONCLUSIONI

L'I.U. femminile rappresenta anche nell'ASL3-Monza , ancora oggi, un enorme problema socio-assistenziale .

Esso è caratterizzato da un elevata prevalenza del sintomo nella popolazione generale, che nel totale del campione studiato è risultata essere del 20.5% ; la metodica di raccolta del dato influenza in modo significativo tale percentuale , come è dimostrato dalla prevalenza osservata nei due gruppi di studio :(27.9% (vita) e 16% (anno) nel Gruppo Varedo (240/1491 ) e 31 .5% e 24.9% nel Gruppo Desio (377/1512).

Dopo aver "normalizzato" il campione di donne valutate , la prevalenza stimata della I.U. nell'ambito territoriale studiato (ex-Azienda 30-Regione Lombardia )risulta essere del 18.6% , con un numero totale di 24.801 casi "VITA" e 16.186 casi "ANNO".

Tale percentuale è sovrapponibile e/o confrontabile a quelle riportate in tutti i principali e riconosciuti studi epidemiologici degli ultimi 20 anni nazionali ed internazionali.

L'uso di una protezione , in questa popolazione di donne incontinenti , è del 52% , con una percentuale del 24% in cui l'uso è continuativo e considerato il solo intervento utile o possibile ed efficace .

Dobbiamo , quindi, stimare la presenza nell'ambito territoriale dell'ASL3-Monza e della Regione Lombardia , rispettivamente di **125.288** casi "VITA" e **81.767** casi "ANNO" e **1.119.480** casi "VITA" e **730.608** casi "ANNO" , con un numero totale previsto di donne che utilizzano in modo continuativo una protezione di 175.200 (24% di 730.608) e 19624 (24% di 81767).

Questi casi stimati sono di gran lunga superiori a quelli "ufficiali"e "conosciuti" al SSN degli stessi ambiti territoriali e evidenziano quel noto dato epidemiologico , già più volte stressato , dell'aspetto misconosciuto e nascosto della I.U.

Questo aspetto del sintomo rende ragione della complessità delle strategie di intervento diagnostico-terapeutico necessarie alla sua riduzione e soluzione e della continua necessità di interventi di carattere educazionale e di informazione e formazione sia del personale medico che della popolazione stessa.

L'attivazione di tali interventi è resa ancora più urgente dall'evidente impatto negativo che il sintomo ha su tutti gli attori della società ( paziente, famiglia, collettività ), non solo da un punto di vista emotivo, affettivo e di QoL, ma anche socio-economico.

Lo studio osservazionale sul COI della I.U. effettuato riporta un costo medio/anno/donna pari a L. 693.260 (€ 358,04) (considerando anche i costi pluri-ennali dei trattamenti riabilitativi e chirurgici

effettuati si stima un costo medio/anno/donna di L. 943.906 - € 487,49), per un costo medio/vita/donna di L. 21.491.060 (€ 11.099,21)

In caso di mancata risoluzione e trattamento efficace del sintomo, il costo totale/vita nel totale delle donne incontinenti residenti nel solo ambito territoriale dell'ASL3-Monza risulta essere il seguente: L. 65414 X 31 X 693.260 = L. 1.405.816.198.840 (65414 X 31 X .€ 358,04 = € 726.045.685,36).

Tali stime sono sovrapponibili a quelle riportate anche da un altro recente studio farmaco-economico nazionale (10)

D'altra parte, come sostenuto da altri autori, l'adozione di una strategia di intervento atta a trattare e risolvere il sintomo è accompagnata nel breve termine, ad una cost/minimization analysis, da un incremento del COI totale, ma dai risultati di questo e di altri studi sembra rivelarsi l'unica efficace e vantaggiosa ad una cost/effectiveness analysis.

Il costo totale/vita stimato per il trattamento (con la più efficace terapia medica, riabilitativa e/o chirurgica oggi disponibile) di un campione di 1000 donne incontinenti dell'ASL3-Monza è significativamente più basso del costo totale/vita previsto in caso di persistenza ed "assistenza" del sintomo: L. 8.718.660.000 vs L. 45.408.000.000 (€ 4.502.812,11 vs € 23.451.274,87).

Con i limiti metodologici di uno studio "pilota" (raccolta unicentrica dei dati, campioni limitati, analisi di popolazioni "teoriche"), risulta evidente da questi dati che la rilevanza sociale dell'I.U. dipende dalla elevata prevalenza nella popolazione generale, dall'aspetto misconosciuto e sommerso della stessa, dalla sua mancata e/o tardiva "presa in carico" da parte dal SSN, dal significativo impatto negativo sulla qualità della vita di chi ne soffre e, non meno importante, dall'elevato costo socio-economico, individuale e/o collettivo, "ufficiale" e/o "sommerso" che essa comporta. Risulta evidente che tanto più incisiva e determinata è la strategia di informazione, sensibilizzazione ed educazione adottata e tanto più ampia e precoce è la diagnosi, tanto più significativo è il risparmio socio-economico, oltre che psico-sociale, che otteniamo.

L'atteggiamento strategico di "attesa" ed "assistenziale" è basato sul fatto che la richiesta di disinvestimento economico da parte della donna (con la richiesta di fornitura da parte del SSN dei presidi per incontinenza) è sempre tardiva e parziale (meno di un quinto del totale dei casi con uso continuo di una protezione).

Esso crea, però, una costante aumentata richiesta ed un COI "sommerso" individuale e/o collettivo significativo e di gran lunga maggiore.

Deve essere privilegiato un atteggiamento "attivo" e di risoluzione precoce del sintomo che risulta vantaggioso per l'utente (evidente guadagno in salute della popolazione generale), per i dirigenti di struttura complessa delle divisioni chirurgiche e/o riabilitative coinvolte (rapporto favorevole DRG medio chirurgico/degenza media o uso di figure professionali non mediche della riabilitazione) ma, soprattutto, per l'erogatore finale del SSN (significativo risparmio socio-economico, reinvestimento in prevenzione primaria e secondaria).

Anche da una prospettiva farmacoeconomica, la strategia di intervento più efficace ed economica è, probabilmente, la prevenzione della comparsa del sintomo.

L'auspicio degli autori è che nuove ampie esperienze prospettiche possano confermare queste aspettative e sottolineare il miglior rapporto costo/efficacia di questa strategia assistenziale

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Berto P, Zanferrari G : Cost-of-illness studies in asthma: a review 1990-1995. Quaderni di Economia e Sanità, 1/97, 1997
- 2) Thomas TM, Plymat KR et al.: Prevalence of urinary incontinence. Br Med J, 281 : 1 243-1 245, 1980.
- 3) Herzog AR, Fultz NH: Epidemiology of urinary incontinence: prevalence, incidence and correlates in community populations. Urology, 3b:2-10, 1990.
- 4) Minocci D, Delsignore A et al.: Studio epidemiologico sulla prevalenza dell'incontinenza urinaria femminile. Atti del 14° Congr. Soc. Ital. Urodinamica, Aula Medica, 3:51-55, 1990.

- 5) Pagano F, Artibani W, et al.: Ricerca epidemiologica sulla prevalenza dell'incontinenza urinaria nell'ULSS 21. Edizioni CLEUF Padova, nov. 1991 .
- 6) W.Artibani , R. Milani : La vescica iperattiva e l'incontinenza urinaria femminile . Urogynaecologia. Supp. Vol. 12/n.3. 1999
- 7) Salvatore S, Soligo M., et al.: Urinary incontinence prevalence in 1.200.000 italian postmenopausal women. Int Urogynecol J. Vol. 12, Suppl 3.,136. 2001
- 8) Siracusano S.,Pregazzi R., et al.: Epidemiological study of urinary incontinence in young and middle aged women. ICS , 326.2000
- 9) Bernasconi F., Riva D., et al.: A large study on female incontinence epidemiology : data collection. ICS, 454. 2000
- 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. 2000
- 11) Ory M.G., Wyman JF., et al.: Psychosocial factors in urinary incontinence. Clin Geriatr Med., 2,657.1986
- 12) Hu TW.: The economic impact of urinary incontinence . Clin Ger. Med. 2: 673. 1986
- 13) Wagner TH, Hu TW: Economic costs of urinary incontinence in 1995. Urology,51:355. 1998
- 14) Graf Von Der Schulenburg JM: Diskussion-papier 12. Institut fur Versicherungs-Betriebslehre,University of hannover
- 15) Versi E: Socio-economic consideration. ICI.1998
- 16) Ramsey S., Wagner T, et al. : Estimated costs of treating stress urinary incontinence in elderly women . Am J Man Care. 2:147. 1996
- 17) Foote AJ, Moore KH: How much do urogynaecological treatments cost. ICS:94.1997