



Rapporti

ISTISAN

12/27



**Progetto "Con Me":
conoscere la menopausa**



ISSN 1123-3117

A cura di S. Donati,
P. Mosconi, R. Satolli,
C. Colombo e S. Senatore

www.iss.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Progetto “Con Me”:
conoscere la menopausa**

A cura di
Serena Donati (a), Paola Mosconi (b), Roberto Satolli (c),
Cinzia Colombo (b) e Sabrina Senatore (a)

*(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

*(b) Laboratorio per il Coinvolgimento dei Cittadini in Sanità,
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*

(c) Zadig Agenzia di Editoria Scientifica, Milano

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

12/27

Istituto Superiore di Sanità

Progetto “Con Me”: conoscere la menopausa.

A cura di Serena Donati, Paola Mosconi, Roberto Satolli, Cinzia Colombo e Sabrina Senatore
2012, iii, 67 p. Rapporti ISTISAN 12/27

Nel rapporto vengono descritte le attività realizzate nell’ambito del Progetto Conoscere la Menopausa (“Con Me”) nato a seguito di una Conferenza di Consenso (CC) su menopausa e terapia ormonale. Entrambi i progetti sono stati promossi dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell’Istituto Superiore di Sanità, dall’Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e dall’Agenzia di Editoria Scientifica Zadig. I Promotori della CC hanno avviato il progetto “Con Me” con l’obiettivo di definire, implementare e valutare un intervento multimodale di disseminazione attiva delle raccomandazioni conclusive della CC. Lo studio è stato implementato attraverso una serie di attività offerte dal personale del Servizio Sanitario Nazionale alle donne di età compresa tra 45-60 anni. Il modello proposto potrà essere di riferimento per future iniziative di sanità pubblica legate all’uso di altri farmaci o vaccini.

Parole chiave: Menopausa; Terapia ormonale; Conoscenza; Informazione

Istituto Superiore di Sanità

Project “Con Me”: knowing menopause.

Edited by Serena Donati, Paola Mosconi, Roberto Satolli, Cinzia Colombo and Sabrina Senatore
2012, iii, 67 p. Rapporti ISTISAN 12/27 (in Italian)

This report describes the activities carried out under the Project “Con Me” (knowing menopause) developed as a consequence of a Consensus Conference about menopause and hormonal therapy. Both projects have been promoted by the National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion of the Istituto Superiore di Sanità (the National Health Institute in Italy), the Mario Negri Institute for Pharmacological Research and the Scientific Editorial Company Zadig. Promoters of the CC started the study “Con Me” with the aim to define, implement and evaluate a multimodal intervention project to actively disseminate final CC recommendations. The proposed model will serve as a reference for future public health initiatives related to the use of other drugs or vaccines.

Key words: Menopause; Hormone therapy; Knowledge; Information

Si ringraziano: Gianna Costa e Anna Roberto dell’Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri per il supporto dato alla messa a punto dei testi, Silvia Andreozzi per l’*editing* del documento.

Il progetto è stato realizzato grazie al finanziamento dell’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) nell’ambito dei progetti multi-regionali di farmacovigilanza con riferimento agli interventi di promozione dell’appropriatezza prescrittiva.

Per informazioni su questo documento scrivere a: serena.donati@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

Donati S, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Senatore S(Ed.). *Progetto “Con Me”: conoscere la menopausa*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/27).

Presidente dell’Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



INDICE

Premessa	iii
Articolazione del progetto “Con Me” <i>Paola Mosconi, Roberto Satolli, Sabrina Senatore, Cinzia Colombo, Serena Donati</i>	1
Analisi della stampa medico-divulgativa e di quella rivolta al grande pubblico <i>Cinzia Colombo, Daniela Condorelli, Walter Villani, Paola Mosconi</i>	5
Messa a punto di materiale divulgativo <i>Cinzia Colombo, Nadia Oprandi, Paola Mosconi</i>	10
Formazione a cascata dei professionisti sanitari nelle ASL di intervento <i>Serena Donati, Sabrina Senatore, Roberto Satolli, Cinzia Colombo, Paola Mosconi</i>	13
Formazione a distanza per l’aggiornamento dei professionisti socio-sanitari <i>Raffaella Daghini, Roberto Satolli</i>	19
Offerta attiva delle raccomandazioni alle donne: il lavoro del medico di medicina generale, del ginecologo e del farmacista <i>Serena Donati, Sabrina Senatore, Roberto Satolli, Cinzia Colombo, Paola Mosconi</i>	24
Indagine su conoscenze, attitudini e pratica rivolta alle donne in età 45-60 anni <i>Sabrina Senatore, Rodolfo Cotichini, Serena Donati</i>	32
Analisi della prescrizione farmaceutica della terapia ormonale in menopausa in Italia <i>Roberto Da Cas, Stefania Spila Alegiani</i>	39
Punti di forza e limiti di un modello di ricerca sul campo <i>Silvio Garattini</i>	49
Conclusioni <i>Roberto Satolli, Paola Mosconi, Cinzia Colombo, Sabrina Senatore, Serena Donati</i>	51
Appendice A Materiale utilizzato nel progetto	53

PREMESSA

Il progetto Conoscere la Menopausa (“Con Me”) nasce nel 2008 all’interno delle attività di farmacovigilanza delle Regioni, finanziate dall’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Per iniziativa e con il coordinamento del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell’Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e dell’Agenzia di Editoria Scientifica Zadig, quattro Regioni hanno convenuto di svolgere un’attività di ricerca sulle modalità più efficaci per informare gli operatori sanitari e i cittadini (in questo caso le donne) su come usare i farmaci in menopausa in modo appropriato. Il punto di partenza del progetto, e il suo presupposto logico, è stato il documento di consenso su “Quale informazione per la donna in menopausa sulla terapia ormonale sostitutiva”.

Il documento, pubblicato sul sito del progetto PartecipaSalute (http://www.partecipasalute.it/cms_2/) e ripreso dal Sistema Nazionale Linee Guida (www.snlg-iss.it/), è un insieme ragionato e motivato di raccomandazioni su quali conoscenze sono indispensabili per una scelta consapevole sull’uso di ormoni in menopausa e sul modo più corretto di fornirle.

La Conferenza di Consenso, nel corso della quale le raccomandazioni sono state formulate, si era svolta nel maggio 2008 a Torino ed era stata a sua volta il punto di arrivo di un percorso che aveva preso avvio dalla constatazione che in tema di menopausa e di utilità della terapia ormonale, dopo la pubblicazione dei risultati del grande studio americano *Women Health Initiative* (WHI), le donne rischiavano di ricevere indicazioni contraddittorie dai diversi interlocutori.

La ricerca di un accordo tra professionisti di diversa estrazione (medici di medicina generale, ginecologi, epidemiologi, farmacologi, esperti di sanità pubblica, giornalisti, rappresentanti di associazioni di cittadini e pazienti) si è formalizzata in una serie di semplici affermazioni condivise, il cui valore risiede in tre aspetti di metodo: la reale multidisciplinarietà della loro elaborazione, la rassegna e l’analisi, precedenti la Conferenza, delle prove scientifiche pubblicate, dei bisogni conoscitivi delle donne e degli operatori e dell’offerta reale di informazione da parte dei media in Italia. Il punto di incontro originale raggiunto dalla Conferenza di Consenso richiedeva di essere trasferito fuori dall’esperienza ristretta della Giuria e i contenuti delle raccomandazioni dovevano arrivare nel mondo reale, dove tutti i giorni le donne e gli operatori dialogano su questi temi.

Quale strategia e quali strumenti sono possibili per ottenere ciò, e con quale grado di successo e di replicabilità? Per rispondere a queste domande è stato organizzato il progetto “Con Me” il cui obiettivo primario è stato specificamente centrato sulla valutazione d’impatto della diffusione attiva delle raccomandazioni in tema di terapia ormonale in menopausa. Gli obiettivi secondari del progetto hanno implicazioni più generali per il Sistema sanitario, in quanto consistono nel definire un modello prototipale testato di strategia di disseminazione di informazione a livello territoriale. Nelle pagine che seguono verrà illustrato il progetto in tutte le sue articolazioni e ne verranno riportati e commentati analiticamente i risultati.

I curatori

ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO “CON ME”

Paola Mosconi (a), Roberto Satolli (b), Sabrina Senatore (c), Cinzia Colombo (a), Serena Donati (c)
 (a) *Laboratorio per il Coinvolgimento dei Cittadini in Sanità, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*
 (b) *Zadig Agenzia di Editoria Scientifica, Milano*
 (c) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Il progetto Conoscere la Menopausa (“Con Me”) nasce per rispondere al bisogno inespresso di conoscenze su menopausa e Terapia Ormonale (TO) rilevato tra le donne italiane attraverso l’indagine realizzata in occasione della Conferenza di Consenso (CC) (1-3), mediante la disseminazione di informazioni sanitarie volte a creare opportunità concrete affinché esse scelgano in modo responsabile e consapevole comportamenti favorevoli alla tutela della salute in menopausa. La sfida del progetto è stata duplice: da un lato, quella di realizzare un intervento multimodale di disseminazione attiva delle raccomandazioni della Conferenza di Consenso assumendo, insieme ai professionisti e ai servizi sanitari, la sfida dei tempi e della complessità multi-professionale dell’implementazione. Dall’altro, valutare i prodotti, gli esiti e l’impatto attraverso appropriati indicatori concordati in fase di progettazione al fine di discutere modelli di strategie di disseminazione di informazioni sulla salute che possano essere di riferimento per future iniziative di sanità pubblica legate all’uso di farmaci e vaccini.

Come riportato in Figura 1, il progetto, rivolto alle donne di età compresa tra 45 e 60 anni, si è sviluppato in quattro Regioni italiane (Lombardia, Toscana, Lazio, Sicilia). Ogni Regione ha partecipato con una Azienda Sanitaria Locale (ASL) di intervento (Bergamo, Siena, Roma H, Enna) in cui si è proceduto con l’implementazione dell’offerta attiva delle raccomandazioni della CC e con una ASL di controllo (Mantova, Arezzo, Roma F, Catania) in cui si è limitato a verificare alcuni indicatori di esito delle attività implementate nelle ASL-intervento al fine di valutare l’impatto del progetto.

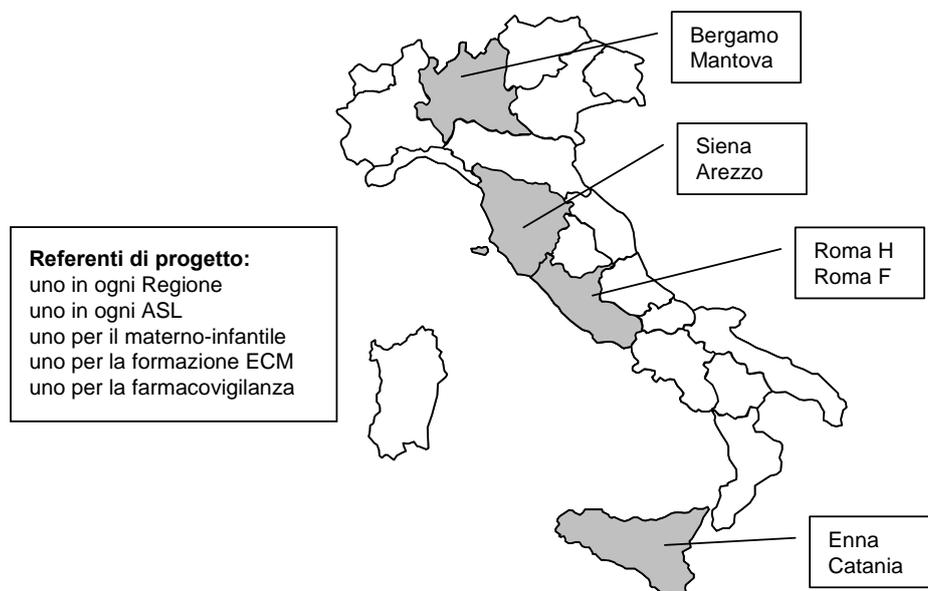


Figura 1. Regioni e ASL coinvolte nel progetto

Il progetto si è articolato in diverse fasi descritte dettagliatamente nei capitoli successivi e schematizzate in Figura 2.

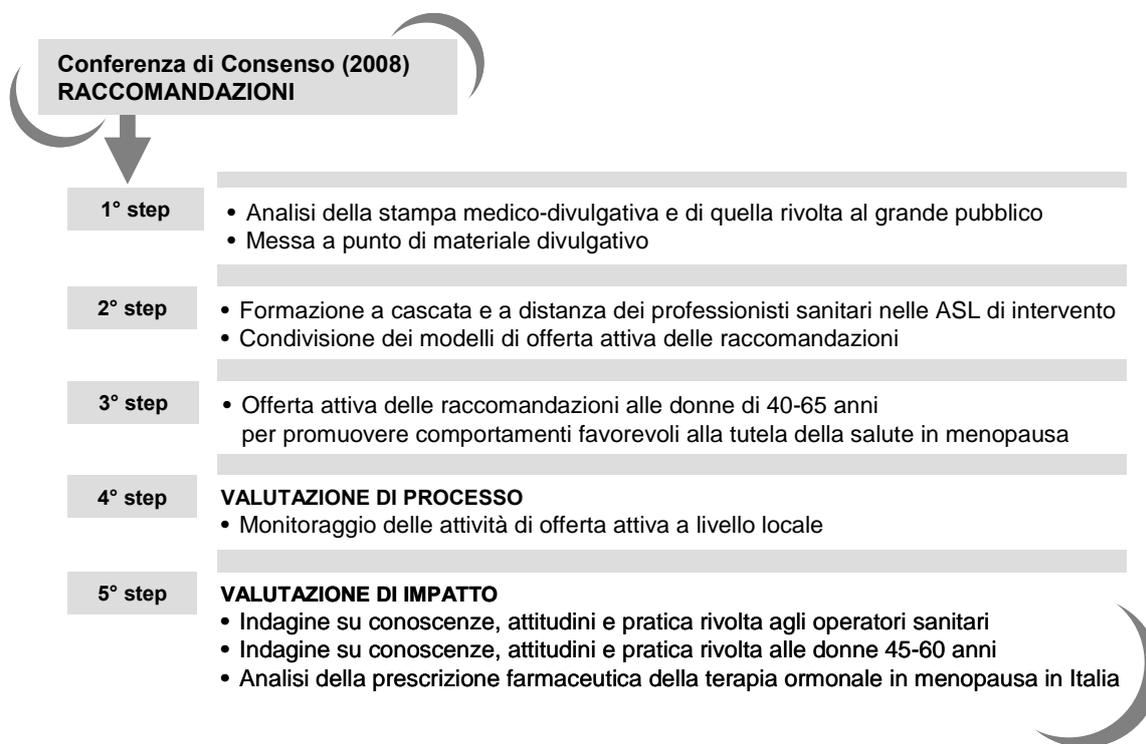


Figura 2. Fasi del progetto

Le azioni cardine hanno riguardato la formazione dei professionisti sanitari e l'offerta attiva delle raccomandazioni della CC attraverso interventi multimodali che hanno coinvolto i Medici di Medicina Generale (MMG), i ginecologi, i farmacisti e le ostetriche in occasione di ogni contatto con la popolazione target.

Preliminarmente si è proceduto con l'analisi dei contenuti della stampa medico-divulgativa e della stampa rivolta al pubblico per valutare quanto e come siano stati riportati i contenuti e le raccomandazioni della CC. Inoltre sono stati predisposti materiali informativi rivolti ai professionisti sanitari e alle donne target.

Infine, è stata prevista una fase di valutazione di impatto del progetto coinvolgendo sia le ASL di intervento sia quelle di controllo attraverso l'analisi temporale dell'andamento del consumo dei farmaci ormonali prima/dopo l'offerta attiva e la conduzione di due indagini rivolte ai professionisti sanitari e alle donne target per rilevare le loro conoscenze, attitudini e comportamenti su menopausa e TO dopo la diffusione delle raccomandazioni della CC.

Il progetto ha visto la partecipazione, oltre che del Comitato promotore, di un gruppo di professionisti sanitari coinvolti nelle attività di promozione della salute a livello territoriale (Tabella 1).

Tabella 1. Gruppo di lavoro delle Regioni coinvolte nel progetto “Con Me”

Regione/referenti	ASL di intervento	ASL di controllo
Lombardia Giuseppe Vighi Alma Lisa Rivolta	ASL Bergamo Fioralba Dece' (<i>responsabile progetto, referente farmacovigilanza e formatore</i>) Loredana Colombi (<i>referente materno-infantile e formatore</i>) Luisa Defendi (<i>referente formazione ECM</i>) Lara Perani (<i>referente farmacovigilanza</i>) Roberta Marabini (<i>formatore</i>) Massimo Gatti (<i>formatore</i>) Maria Teresa Lorenzi (<i>formatore</i>) Luciana Gandolfi (<i>formatore</i>) Emanuela Rebucini (<i>intervistatrice</i>) Alessandra Pezzotta (<i>intervistatrice</i>) Serena Malvestiti (<i>intervistatrice</i>) Antonella Beltrami (<i>intervistatrice</i>)	ASL Mantova Giancarla Froidi (<i>responsabile progetto e referente farmacovigilanza</i>) Annamaria Barbi (<i>intervistatrice</i>) Daniela Mantovanelli (<i>intervistatrice</i>) Marisa Ferri (<i>intervistatrice</i>) Carla Ferrari (<i>intervistatrice</i>)
Toscana Loredano Giorni, Maria Parrilli	ASL Siena Anna Lisa Verdini (<i>responsabile progetto, referente farmacovigilanza e formatore</i>) Elisabetta Guerrini (<i>referente materno-infantile e formatore</i>) D. Marchese (<i>referente formazione ECM</i>) Gemma Laschi (<i>formatore</i>) Letizia Ragusa (<i>formatore</i>) Gina Biagiotti (<i>intervistatrice</i>) Anna Bortoli (<i>intervistatrice</i>) Lucia Sanniti (<i>intervistatrice e formatore</i>) Daniela Brioschi (<i>intervistatrice e formatore</i>)	ASL Arezzo Rosella D'Avella (<i>responsabile progetto</i>) Marcella Tricca (<i>referente farmacovigilanza</i>) Donatella Cortini (<i>intervistatrice</i>) Carla Caracolli (<i>intervistatrice</i>) Angela Ganovelli (<i>intervistatrice</i>) Filippo Polcri (<i>intervistatore</i>)
Lazio Valeria Desiderio	ASL Roma H Carla Oliva (<i>responsabile progetto e formatore</i>) Leonardo Boccuzzi (<i>referente materno-infantile e formatore</i>) Angelina Agostinelli (<i>referente formazione ECM</i>) Isabella Aquilina (<i>referente farmacovigilanza</i>) Marina Bruno (<i>referente farmacovigilanza</i>) Pierangelo Cellitti (<i>formatore</i>) Umberto Mancini (<i>formatore</i>) Massimo Borelli (<i>formatore</i>) Giuseppe De Luca (<i>formatore</i>) Fabio Del Manso (<i>formatore</i>) Pierandrea Cicconetti (<i>formatore</i>) Paola Grisanti (<i>intervistatrice</i>) Katia Bietolini (<i>intervistatrice</i>) Clara Scalzi (<i>intervistatrice</i>) Francesca Santone (<i>intervistatrice</i>)	ASL Roma F Salvatore Trovato (<i>responsabile progetto</i>) Caterina De Matthaëis (<i>referente farmacovigilanza</i>) Graziella Satta (<i>intervistatrice</i>) Cynthia Felici (<i>intervistatrice</i>) Angela Carta (<i>intervistatrice</i>) Nunziata Appice (<i>intervistatrice</i>)
Sicilia Stefano Campo	ASL Enna Roberto Licenziato (<i>responsabile progetto e referente materno-infantile</i>) Maria Gabriella Emma (<i>referente formazione ECM</i>) Calogero Russo (<i>referente farmacovigilanza</i>) Gaetano Portuese (<i>formatore</i>) Gianfranco La Porta (<i>formatore</i>) Sabrina Bonaccorso (<i>formatore</i>) Giuseppa Lo Bello (<i>formatore</i>) Gianna Codetta Raiteri (<i>intervistatrice</i>) Filomena Carlucci (<i>intervistatrice</i>) Erika Di Pasqua (<i>intervistatrice</i>) Giuseppa Cammarata (<i>intervistatrice</i>)	ASL Catania Salvatore Corsello (<i>responsabile progetto</i>) Pierluigi Lazzaro (<i>referente farmacovigilanza</i>) Filippa Elisa Caruso (<i>intervistatrice</i>) Daniela Rita Rotella (<i>intervistatrice</i>)

Bibliografia

1. Mosconi P, Donati S, Colombo C, Mele A, Liberati A, Satolli R, the Consensus Conference Working Group. Informing women about hormone replacement therapy: the Consensus conference statement. *BMC Women's Health J* 2009;9:14-21.
2. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A, Mele A. *Menopausa e terapia ormonale: indagine su conoscenza, atteggiamenti e comportamenti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Rapporti ISTISAN 08/28).
3. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A, Mele EA. Menopause: knowledge, attitude and practice among Italian women. *Maturitas* 2009;63:246-52.

ANALISI DELLA STAMPA MEDICO-DIVULGATIVA E DI QUELLA RIVOLTA AL GRANDE PUBBLICO

Cinzia Colombo (a), Daniela Condorelli (b), Walter Villani (a), Paola Mosconi (a)

(a) *Laboratorio per il Coinvolgimento dei cittadini in Sanità, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*

(b) *D di Repubblica, Milano*

Obiettivi

L'obiettivo di questa fase era quello di monitorare se le riviste di carattere divulgativo e le riviste mediche avessero riportato i contenuti e le raccomandazioni della Conferenza di Consenso (CC), nonché valutare la qualità degli articoli su menopausa e Terapia Ormonale (TO) pubblicati dopo la CC.

Materiale e metodi

La presentazione pubblica della CC è stata preceduta dall'invio di un comunicato stampa e di documenti di riferimento a un indirizzario di giornalisti e contatti dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Agenzia di editoria scientifica Zadig. Durante la presentazione dei risultati erano presenti in sala giornalisti di diverse testate e, al termine della giornata, il documento di consenso finale è stato inviato all'indirizzario dei giornalisti precedentemente contattati.

Il progetto "Con Me" (Conoscere la Menopausa) ha monitorato la stampa nei due anni successivi alla presentazione pubblica della CC. In particolare sono state monitorate la stampa laica-divulgativa e la stampa medico-divulgativa attraverso l'Eco della Stampa – azienda che offre un servizio di monitoraggio della stampa italiana –, usando come parole chiave: menopausa e terapia ormonale. I giornali considerati sono quelli inclusi nel database dell'Eco della Stampa: quotidiani a tiratura nazionale (es. *Corriere della Sera, La Repubblica, La Stampa, Il Sole24ore*, ecc), quotidiani a tiratura locale (es. *il Resto del Carlino, il Giornale di Brescia*, ecc.), femminili (es. *D di Repubblica, Io Donna, Donna Moderna*, ecc), attualità (es. *L'Espresso, Panorama, Oggi, Gente*, ecc), periodici di salute (es. *Starbene, Viviersani & Belli*, ecc), testate medico-divulgative (es. *Tempo Medico, Il Giornale del Medico, Giornale del Farmacista*, ecc.).

Tutti gli articoli sono stati schedati in un archivio elettronico e in un archivio cartaceo, rispettando i seguenti criteri di esclusione:

- argomento non pertinente (es. terapie ormonali per patologie della tiroide);
- argomenti TO e/o menopausa solo accennati (es. tumore del seno con riferimento alla TO);
- strilli pubblicitari di prodotti farmaceutici o erboristici;
- annunci di convegni;
- articoli pubblicati su siti (fonte esclusivamente online, oppure articoli pubblicati su versione Internet di riviste cartacee).

Gli articoli da escludere sono stati valutati in doppio e le discordanze sono state risolte tramite discussione.

La valutazione è stata effettuata tramite una scheda mutuata da quella utilizzata dal gruppo di lavoro "Informazione-media" della CC (1). La scheda (Allegato A1 dell'Appendice) è stata elaborata partendo dal Misuratesti di PartecipaSalute (http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/41) e da quanto già utilizzato durante la CC. È divisa in due parti: la prima contiene notizie sul tipo di impaginazione (titolo, sommario, strillo, foto, informazioni grafiche, lunghezza), la seconda riguarda la valutazione vera e propria dell'articolo. La scheda è stata applicata da due revisori in modo indipendente e le discordanze sono state risolte tramite discussione tra i valutatori.

I dati sono stati analizzati utilizzando il package per analisi statistica SAS per Windows, versione 9.1.

Risultati

Sono stati inclusi nell'indagine 113 articoli, su 268 articoli iniziali, raccolti tramite l'Eco della Stampa. Gli altri 155 articoli sono stati esclusi per i seguenti motivi: 60 per argomento non pertinente, 69 perché l'argomento terapia ormonale e/o menopausa erano solo accennati, 12 in quanto annunci di convegni o congressi, 11 perché articoli online e 3 annunci pubblicitari. Su 113 articoli inclusi, 27 (24%) parlano della CC di Torino, rispettivamente 6 sono stati pubblicati a maggio 2008, 7 a giugno, 2 a luglio, 1 ad agosto, 4 a settembre, 1 a ottobre, 1 a novembre, 2 a febbraio 2009, 1 a marzo, 1 a maggio e 1 a luglio.

Le caratteristiche generali degli articoli inclusi sono riportate in Tabella 1. Tra le fonti maggiormente citate figurano l'esperto (65%) e gli studi clinici. L'8% degli articoli inclusi non riporta nessuna fonte. Il 4% degli articoli parla di conflitti di interesse.

Tra gli articoli che trattano di menopausa (Tabella 2), il 55% la medicalizza, il 45% ne parla come di un passaggio fisiologico nella vita di una donna. Il 58% degli articoli inclusi propone la terapia ormonale per curare i sintomi, di questi il 63% per sintomi legati al climaterio, il 29% per migliorare il tono dell'umore, il 26% per favorire la soddisfazione sessuale e il 19% per migliorare la qualità della vita. Il 44% degli articoli inclusi propone la TO a scopo preventivo: la maggior parte di questi per prevenire osteoporosi o fratture (61%), e accidenti cardiovascolari (53%). Tra le altre indicazioni, molte sono legate a conseguenze dell'invecchiamento, l'aumento di peso o la perdita di capelli. Molti articoli trattano di TO per prevenire i disturbi senza tuttavia proporla come soluzione. Il 59% degli articoli parla dei rischi della TO, soprattutto del rischio aumentato di tumore del seno (72%). Alcuni articoli propongono la TO per prevenire disturbi cardiovascolari, e contemporaneamente riportano i rischi della terapia sull'apparato cardiovascolare (nel 30% dei casi). Il 66% degli articoli consiglia trattamenti o prodotti, o comportamenti da tenere per limitare o evitare i disturbi associati alla menopausa, spesso consigliati non in alternativa ma in associazione alla TO.

La chiarezza degli articoli è stata valutata nella maggior parte dei casi sufficiente, ma solo il 6% degli articoli fornisce informazioni complete, chiare, da fonti validate, in modo da permettere a chi legge di fare scelte consapevoli (Tabella 3).

Gli articoli inclusi nell'indagine che hanno trattato della CC sono stati pubblicati per la maggior parte a maggio e giugno, nei due mesi immediatamente successivi alla CC. Su 22 articoli inclusi pubblicati in questi due mesi, più della metà ha parlato della CC. L'esperto rimane la fonte più citata dagli articoli considerati, gli studi clinici e/o le revisioni della letteratura sono invece citati come fonte da meno della metà degli articoli. La TO viene proposta per curare i sintomi, in particolare legati al climaterio, dalla maggior parte degli articoli e oltre il 40% la propone anche a scopo preventivo, soprattutto per prevenire fratture, osteoporosi e disturbi cardiovascolari.

Tabella 1. Caratteristiche generali degli articoli inclusi nell'indagine (n. 113)

Caratteristica	n.	%
Tipologia		
Fitness/salute	30	26
Rivista medico scientifica	20	18
Femminile	16	14
Quotidiano	14	12
Mensile- bimestrale	12	11
Supplemento	9	8
Settimanale attualità	9	8
Altro (siti di riviste cartacee, o quindicinali)	3	3
Data pubblicazione		
2008, maggio-dicembre	46	41
2009	60	53
2010	7	6
Presenza di firma	81	72
Presenza di foto	82	73
Presenza di grafici e tabelle	7	6
Lunghezza		
Più di una pagina	40	35
Una pagina	21	19
Mezza pagina	7	6
Meno di mezza pagina	21	18
Box (brevissima)	22	19
Altro (articoli online di riviste cartacee)	2	2
Fonti (più risposte possibili)		
Nessuna	9	8
Specialista, esperto	73	65
Studi clinici revisioni	46	41
Convegno, congresso	40	35
Istituto di ricerca	27	24
Società medico scientifica	14	12
Sito di argomento medico	2	2
Medico di medicina generale	0	
Testimonianza paziente	0	
Altro (libri, siti commerciali, progetti non specificati)	8	7
Tratta di conflitti di interesse	5	4

Tabella 2. Contenuti su menopausa e TO degli articoli inclusi nell'indagine (n. 113)

Contenuto	n.	%
Conferenza di Consenso di Torino	27	24
Menopausa	98	87
Ne parla come di una malattia	54	55
Ne parla come di fase normale	44	45
Menopausa o TO argomenti principali	97	86
TO per curare i sintomi	84	74

segue

continua

Contenuto	n.	%
TO proposta per la cura dei sintomi (più risposte possibili):	66	58
Vampate, sintomi climaterio	53	63
Tono dell'umore	24	29
Soddisfazione sessuale	22	26
Qualità della vita	16	19
TO proposta per la prevenzione dei disturbi	62	55
TO proposta per la prevenzione di (più risposte possibili):	50	44
Fratture	38	61
Accidenti cardiovascolari	33	53
Demenza	11	18
Tumore intestino	8	13
Incontinenza urinaria	6	10
Altro (<i>tumore endometrio, invecchiamento, perdita di capelli, rughe, aumento peso, diabete, perdita memoria</i>)	32	53
Rischi della TO	67	59
Relativi ad apparato cardiovascolare	34	51
Relativi a tumori femminili (seno, ecc.)	48	72
Quando usare la TO[^]	24	21
Per quanto tempo usare la TO	13	12
Altri trattamenti o comportamenti da adottare	75	66
Alimentazione, dieta	48	64
Attività fisica	45	60
Fitoestrogeni	40	53
Vitamine-minerali	19	25
Omeopatia	9	12
Tecniche di rilassamento-meditazione	6	8
The alle erbe	4	5
Agopuntura	2	3
Altro (<i>cessazione fumo, cessazione alcol, esami diagnostici, supporto psicologico, antidepressivi, vita sociale, lettura, ecc.</i>)	46	-
Se sì, questi vengono confrontati con la TO	9	12

[^] per questa domanda non sono stati considerati gli articoli che parlano di uso in caso di menopausa precoce. Lo scopo della domanda era di rilevare l'inizio della TO alla luce della *timing hypothesis* che suggerisce un miglior profilo di sicurezza in caso di inizio precoce della TO

Tabella 3. Chiarezza* e utilità degli articoli inclusi nell'indagine (n. 113)

Caratteristica	n.	%
Chiarezza		
Buona	44	39
Sufficiente	65	58
Utilità		
Aiuta a fare scelte consapevoli	7	6
Non aiuta a fare scelte consapevoli	4	4

* La chiarezza dell'articolo è considerata in termini di leggibilità: termini semplici, struttura della frase semplice, presenza di titoli; non è legata alla sequenza e organizzazione degli argomenti.

A fronte di questo quadro, i rischi della terapia non vengono presentati da meno della metà degli articoli e tra i rischi i meno trattati figurano quelli cardiovascolari. Alcuni articoli danno messaggi contraddittori, proponendo la terapia ormonale per prevenire problemi cardiovascolari e, allo stesso tempo, indicandone i rischi sull'apparato cardiovascolare.

A fronte di chiarezza di linguaggio e della struttura del testo i revisori ritengono che pochi articoli forniscono le informazioni necessarie perché le lettrici possano compiere scelte consapevoli in merito all'utilizzo della TO. In quasi tutti gli articoli presi in esame manca il riferimento ai conflitti di interesse.

Rispetto alla precedente indagine condotta su 225 articoli prima della CC (1) rimangono pressoché costanti: il riferimento all'esperto come unica o principale fonte, l'indicazione della terapia ormonale come trattamento per curare i sintomi e a scopo preventivo per prevenire i disturbi, la presentazione dei rischi della terapia ormonale, con percentuali simili tra le due indagini. È diminuito nella seconda indagine il riferimento ai conflitti di interesse (da 12% della prima indagine, a 4% della seconda). Rispetto all'indagine precedente in cui gli articoli mostravano donne giovani, comunque fuori target, le immagini che accompagnano gli articoli più recenti sono rispondenti alla fascia di età pertinente all'argomento. Rimane frequente il richiamo all'associazione tra terapia ormonale e mantenimento dell'aspetto fisico da un punto di vista estetico.

Bibliografia

1. Colombo C, Mosconi P, Buratti MG, Liberati A, Donati S, Mele A, Satolli R. Press coverage of hormone replacement therapy and menopause. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;153:56-61.

MESSA A PUNTO DI MATERIALE DIVULGATIVO

Cinzia Colombo (a), Nadia Oprandi (b), Paola Mosconi (a)

(a) *Laboratorio per il Coinvolgimento dei cittadini in Sanità, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*

(b) *Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona, Verona*

Obiettivi

L'obiettivo di questa parte del progetto era mettere a punto materiale informativo, divulgativo multiscopo che raccogliesse le indicazioni emerse dalla Conferenza di Consenso (CC) e le integrasse con informazioni più generali sulla menopausa.

Materiale e metodi

Il materiale informativo è stato realizzato per due popolazioni target diverse: donne in età 45-60 anni residenti nelle ASL-intervento e professionisti sanitari – Medici di Medicina Generale, (MMG), ginecologi, farmacisti e ostetriche – delle ASL-intervento coinvolti nello studio.

Dapprima è stato condotto un censimento nelle ASL partecipanti al progetto per valutare la tipologia di materiale esistente a disposizione della popolazione femminile e degli operatori. Le ASL sono state contattate con la richiesta di segnalare e inviare materiale di interesse, da aggiungere al materiale raccolto durante i lavori preparatori della CC di Torino.

Per mettere a punto il materiale informativo rivolto alle donne, sono stati condotti tre *focus group* coinvolgendo donne di età 45-60 anni. I tre *focus group* si sono tenuti a Palermo (10 partecipanti), Milano (5 partecipanti) e Pistoia (10 partecipanti). In totale hanno quindi partecipato 25 donne, dai 42 ai 63 anni di età. La durata media di ciascun *focus group* è stata di due ore. L'invito e il coinvolgimento delle donne ai *focus group* è avvenuto anche grazie alla collaborazione di associazioni di pazienti che partecipano da anni alle attività del Laboratorio, in particolare l'associazione "Serena a Palermo" (<http://www.serenaapalermo.it/>) e la Fondazione Onlus "Attilia Pofferi" (<http://fondazionepofferi.org/>).

I contenuti del materiale informativo sono stati definiti sulla base delle raccomandazioni della CC relative alle seguenti domande:

- quali aspetti della menopausa possono essere divulgati come problemi di salute?
- per quali scopi si può consigliare la terapia ormonale, a quali donne, per quanto tempo?
- su quali alternative, soprattutto non farmacologiche, è utile maggiore informazione?

L'ordine delle informazioni, lo stile comunicativo e il riferimento alle fonti bibliografiche sono stati definiti sulla base delle raccomandazioni relative alle domande:

- quali bisogni informativi hanno le donne?
- come si può interpretare criticamente l'informazione?
- quali rischi comporta una cattiva informazione rivolta al pubblico e ai medici? come evitarli?

Una prima versione dell'opuscolo, prodotta con la collaborazione di una grafica professionista (Orith Kolodny) è stata sottoposta ai tre *focus group*.

I *focus group* sono stati moderati da una psicologa, affiancata da una ricercatrice. Si è deciso di centrare i tre *focus group* su una breve discussione sulle conoscenze e sulle domande delle

donne riguardo la menopausa e la terapia ormonale e sulla valutazione della prima versione dell'opuscolo attraverso le domande: è completo? è chiaro? risponde alle domande di chi partecipa al *focus*?

Materiale più tecnico è stato messo a punto a favore degli operatori sanitari ed è stato sottoposto al giudizio degli operatori presenti all'incontro di avvio del progetto con le ASL partecipanti, tenutosi a Roma.

È stata prodotta anche una vetrofania da applicare alle vetrine delle farmacie per informare i cittadini dell'inizio del progetto "Con Me" e della possibilità di richiedere informazioni.

Risultati

La richiesta alle ASL partecipanti al progetto di segnalare e inviare materiale di riferimento non ha ottenuto nessuna risposta. Come materiale di riferimento è stato utilizzato il materiale raccolto durante i lavori preparatori della Conferenza di Consenso, con relativa valutazione condotta dal gruppo di lavoro dedicato.

Il testo dell'opuscolo per le donne nella sua versione definitiva è stato rivisto sulla base dei commenti delle donne partecipanti ai *focus group*. Alcune parti sono state eliminate, altre formulate diversamente. In particolare, per quanto riguarda il *layout* grafico e la struttura, sono state fatte le seguenti modifiche:

- adozione di un colore diverso;
- titoli e parole chiave scritti con carattere più grande e colore più visibile;
- modifica nella sequenza di alcune sezioni.

Riguardo ai contenuti, alcune parti sono state riscritte in modo più semplice, altre in modo più discorsivo e meno sintetico. La versione definitiva dell'opuscolo è riportata in Allegato A2.

L'opuscolo indirizzato ai professionisti sanitari, dopo una valutazione effettuata durante l'incontro di avvio del progetto con le ASL partecipanti tenutosi a Roma, è stato in parte modificato nei contenuti. La versione definitiva è riportata in Allegato A3.

Copia della vetrofania è riportata in Allegato A4.

Il numero di opuscoli per donne e operatori sanitari e di vetrofanie da stampare e inviare alle ASL di intervento è stato calcolato in base al numero di:

- donne residenti di età compresa tra 45-60 anni (copertura di circa il 65%);
- numero di ambulatori degli MMG;
- numero di consultori familiari;
- numero di farmacie.

Sono state stampate 146.500 copie dell'opuscolo informativo per le donne. Il numero di opuscoli inviati a ciascuna ASL è riportato in Tabella 1. Sono stati poi stampati 3.000 opuscoli per operatori sanitari e 500 vetrofanie, inviati alle ASL a marzo 2010.

Tabella 1. Materiale divulgativo stampato e inviato alle ASL

Materiale stampato	Toscana ASL 7 Siena	Lazio ASL RMH	Sicilia ASL Enna	Lombardia ASL Bergamo
Opuscoli rivolti alle donne	18.400	38.600	13.300	76.200
Opuscoli per MMG e ginecologi	480	735	300	480
Vetrofanie	85	100	65	246

Le modalità seguite per la produzione di materiale informativo rivolto alle donne e agli operatori sanitari (*focus group*, incontri) sono risultate utili per rispondere meglio alle esigenze delle persone a cui il materiale era rivolto. La distribuzione degli opuscoli negli ambulatori degli MMG, nei consultori, nelle farmacie e nel corso degli incontri informativi territoriali rivolti alle donne è avvenuta a cura delle ASL. Alle ASL sono state inviate inoltre copie elettroniche del materiale (in formato utile per la stampa) per procedere alla stampa e distribuzione di eventuali altre copie, a seconda dell'occorrenza.

FORMAZIONE A CASCATA DEI PROFESSIONISTI SANITARI NELLE ASL DI INTERVENTO

Serena Donati (a), Sabrina Senatore (a), Roberto Satolli (b), Cinzia Colombo (c), Paola Mosconi (c)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Zadig Agenzia di Editoria Scientifica, Milano*

(c) *Laboratorio per il coinvolgimento dei cittadini in Sanità, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*

Obiettivi

L'obiettivo di questa formazione a cascata consiste nell'offrire al personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che entra in contatto con le donne in età 45-60 anni conoscenze aggiornate e basate su prove scientifiche sulla menopausa e sulla Terapia Ormonale (TO). La fase del progetto Conoscere la Menopausa ("Con Me"), relativa alla formazione a cascata dei Medici di Medicina Generale (MMG), ginecologi, farmacisti e ostetriche, si è svolta nelle sole ASL di intervento.

Materiali e metodi

La formazione, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dall'Istituto Mario Negri e dall'Agenzia di Editoria Scientifica Zadig, è stata offerta a tutti i referenti delle ASL di intervento. Secondo un modello a cascata e una modalità integrata (residenziale e a distanza), i referenti formati hanno poi offerto il corso di formazione nelle singole ASL di appartenenza a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel progetto:

- ostetriche attive nei programmi di screening del carcinoma della cervice uterina e nei consultori familiari;
- ginecologi attivi nei servizi territoriali (consultori familiari e ambulatori specialistici e, se disponibili, nei servizi dedicati alla menopausa);
- MMG;
- farmacisti.

Il percorso formativo prevedeva l'accreditamento nell'ambito del sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) ed è stato pensato per essere inquadrato in un piano operativo aziendale, raggiungere la totalità degli operatori coinvolti, offrire la possibilità di momenti interdisciplinari e interattivi di formazione e coinvolgere gli operatori in un processo di valutazione. Tutte le ASL, tranne quella di Enna, hanno reso obbligatori questi corsi per le categorie coinvolte.

Il percorso ha avuto una struttura modulare:

- *Modulo 1. Formazione dei referenti delle Aziende Sanitarie*

Si tratta di un corso residenziale e a distanza (FAD: Formazione A Distanza) per ginecologi, ostetriche, MMG e farmacisti con precedente esperienza di formatori. Il corso residenziale (*vedi* programma in Allegato A5), ha previsto una sessione dedicata alla

discussione delle prove di efficacia disponibili in letteratura su menopausa e TO e alle raccomandazioni della Conferenza di Consenso (CC). Insieme ai professionisti è stato discusso nel dettaglio il protocollo del progetto passando in rassegna la fattibilità di tutte le azioni previste.

Sono state presentate e discusse le modalità operative per la realizzazione delle indagini campionarie e per il tutoraggio della FAD sulla piattaforma web GOAL (*Guidelines Online Assistant-Local*). Una sezione della formazione è stata interamente dedicata alle modalità di comunicazione e alle abilità di counselling anche attraverso *role-playing* e discussione di casi. Sono state inoltre realizzate simulazioni dell'attività didattica che i formatori avrebbero realizzato una volta rientrati nelle ASL di appartenenza e ogni partecipante ha ricevuto un pacchetto formativo su CD. Il corso residenziale si è svolto in tre giornate presso l'ISS e ha visto la partecipazione, in media di 6 formatori territoriali per ASL, almeno uno per ciascuna delle figure professionali elencate tra i destinatari. La FAD è descritta in dettaglio nel capitolo "Formazione a distanza per l'aggiornamento dei professionisti socio-sanitari".

– *Modulo 2. Formazione del personale ASL coinvolto nell'offerta attiva*

Si tratta di un corso di formazione rivolto al personale delle ASL di intervento (ostetriche, ginecologi, MMG e farmacisti) coinvolto nell'offerta attiva delle raccomandazioni sulla menopausa e sulla TO prodotte dalla CC.

Questo modulo è una riproduzione del percorso formativo residenziale e a distanza da parte del team dei formatori, addestrati in ISS, nelle rispettive ASL di appartenenza, utilizzando il materiale formativo per l'aula ed elettronico sviluppato per il Modulo 1.

– *Modulo 3. Implementazione delle attività di offerta attiva*

Si tratta di un momento di autoformazione nel proprio contesto professionale di tutte le figure coinvolte, con supporto di una comunità virtuale assistita da tutor (i formatori di ogni regione) a distanza per l'implementazione delle attività di offerta attiva delle raccomandazioni sulla TO emerse dalla CC nelle singole ASL di appartenenza.

Il software per le comunità virtuali è stato sviluppato all'interno della piattaforma GOAL già utilizzata per la FAD del Modulo 1 e 2. Durante un periodo di 3 mesi i partecipanti al modulo 1 e 2 hanno implementato le attività previste e raccolto i dati relativi alla propria attività in vista di un incontro di monitoraggio e valutazione.

– *Modulo 4. Monitoraggio e valutazione delle attività di offerta attiva*

Si tratta di un momento formativo residenziale interdisciplinare, coordinato a livello delle singole ASL dai referenti responsabili, durante il quale i partecipanti hanno effettuato una valutazione delle attività svolte nel corso dell'offerta attiva delle raccomandazioni sulla TO emerse dalla CC, analizzato le criticità e i punti di forza e individuati i futuri sviluppi.

Risultati

Nella Tabella 1 sono riportate le attività di formazione residenziali svolte dalle ASL di intervento, quelle a distanza sono descritte e riportate nel capitolo successivo.

Benché la percentuale di partecipazione sia molto variabile tra le categorie professionali coinvolte e le ASL (dal 14% all'85% di partecipazione), risultano in totale più di 1.720 i professionisti che hanno partecipato alla formazione. Tra questi 765 MMG, 731 farmacisti, 74 ginecologi e 157 ostetriche.

Tabella 1. Formazione a cascata: numero di incontri e partecipazione

ASL	Categoria	N. incontri	N. invitati	Partecipanti	
				n.	%
Bergamo	MMG	5	676	485	72
	Farmacisti	6 (3 con altre categorie, 3 solo per farmacisti)	1.050	579	55
	Ginecologi	3 (con le ostetriche)	80	14	17
	Ostetriche	3 (con i ginecologi)	180	62	34
	Infermieri	4	30		
Siena	MMG	2	220	123	56
	Farmacisti	3	456	87	19
	Ginecologi	2 (con i ginecologi)	27	16	59
	Ostetriche	2 (con i ginecologi)	36	19	53
Roma H	MMG	10	434	110	25
	Farmacisti	7	118	17	14
	Ginecologi	4	57	24	42
	Ostetriche	5	67	57	85
Enna	MMG	3 con tutte le figure professionali	152	47	31
	Farmacisti		63	48	78
	Ginecologi		28	20	71
	Ostetriche		27	19	70
Totale	MMG		1.482	765	52
	Farmacisti		1.687	731	43
	Ginecologi		201	74	37
	Ostetriche		310	157	51

La formazione a cascata dei professionisti sanitari è stato uno dei momenti più impegnativi dell'intero progetto poiché ha coinvolto diverse figure, per contro è stato anche uno dei momenti di coinvolgimento più significativi. A testimonianza di questo duplice aspetto vengono di seguito riportate le parole di alcuni dei protagonisti che sul territorio hanno implementato il progetto "Con Me". Questi interventi sono tratti dalle relazioni al convegno di presentazione dei risultati del progetto, interventi e video sono integralmente disponibili anche sul sito http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/1787. A completamento del materiale informativo prodotto dal progetto durante il convegno finale è stata distribuita come ulteriore materiale di aggiornamento una revisione narrativa della letteratura per il periodo giugno 2008 – febbraio 2011 (disponibile sul sito PartecipaSalute all'indirizzo: [http://www. partecipasalute.it/cms/files/OPUSCOLO%20FINALE%20Sintesi%20narrativa%202008-2011.pdf](http://www.partecipasalute.it/cms/files/OPUSCOLO%20FINALE%20Sintesi%20narrativa%202008-2011.pdf)).

L'esperienza della Regione Lombardia

Nel convegno, Fioralba Decè, responsabile aziendale del progetto e referente per la farmacovigilanza per l'ASL di Bergamo, sottolineava che:

Il punto di forza del progetto è stato la multidisciplinarietà. Il coinvolgimento di professionisti diversi ha permesso di raggiungere con lo stesso messaggio una fetta più ampia di popolazione. Il fatto di aver formato e aggiornato allo stesso modo diversi professionisti ha permesso di arrivare alle donne con un messaggio univoco e con informazioni aggiornate. Un altro vantaggio della multidisciplinarietà è stato di permettere a chi ha partecipato di conoscere meglio le attività di altri sanitari sullo stesso argomento, utile per individuare, poi, il canale migliore per mantenere l'aggiornamento

dell'informazione su questo specifico argomento. Il coinvolgimento e la multidisciplinarietà hanno inoltre permesso di integrare in modo sinergico il lavoro dei ricercatori e dei professionisti a contatto con la popolazione. Si valorizzano in questo modo le competenze e i ruoli di ogni attore, aumenta la collaborazione tra enti diversi con specifiche competenze e con specifiche aree di intervento.

Ultimo, ma non meno importante, è il vantaggio relativo alla formazione a cascata prevista dal progetto: il sostegno dei ricercatori nell'impostazione, nella fase di formazione e nella preparazione dei documenti vagliati scientificamente ha permesso ai professionisti che già lavoravano nella realtà locale di concentrare le proprie energie sulla migliore e più consona organizzazione della formazione. La realizzazione della formazione, adattata alla realtà territoriale, con docenti inseriti nel contesto lavorativo, è stata un vantaggio perché ha permesso di individuare gli "esperti," o le persone che sull'argomento saranno raggiungibili anche alla chiusura del progetto. Un possibile ulteriore vantaggio è stato il ritorno immediato di informazione alla popolazione grazie alla migliore conoscenza della attività degli altri professionisti: ad esempio, nei corsi di formazione sono state inserite informazioni sulle attività dei consultori familiari.

Le criticità della formazione a cascata sono soprattutto collegate alla dimensione della ASL di Bergamo, molto grande. Il numero dei partecipanti ai corsi ha fatto sì che l'organizzazione della formazione e dell'accreditamento regionale fosse molto pesante: sono state organizzate undici edizioni di corsi per medici di assistenza primaria, ginecologi, ostetriche, farmacisti per più di 1.200 partecipanti.

L'esperienza della Regione Sicilia

Roberto Licenziato, responsabile aziendale del progetto e referente del materno-infantile per l'ASL di Enna, ha sottolineato il diverso interesse delle varie figure professionali:

I medici di famiglia avevano un disinteresse preconcetto, e la non obbligatorietà alla partecipazione, così come il giorno scelto (sabato), hanno penalizzato molto l'offerta formativa. La situazione è cambiata nel tempo e si è verificato un elevato gradimento post-formazione: il correttivo è stato coinvolgere direttamente i medici di famiglia, con un'incentivazione diretta al progetto.

Anche i ginecologi rappresentano un punto critico riguardo all'offerta formativa: gli ospedalieri si sono dimostrati poco interessati – molti sono stati in disaccordo con la Conferenza di Consenso – mentre i territoriali hanno manifestato un accresciuto interesse e una maggiore disponibilità a mettere in discussione la propria formazione. Anche per questa categoria sono stati introdotti i correttivi indicati sopra.

Riguardo ai farmacisti, l'unica difficoltà incontrata è stata nella turnazione: hanno dimostrato un interesse notevole, l'ordine professionale è stato attivo, ha partecipato ai vari appuntamenti e hanno avuto un'ottima capacità di acquisire nuove informazioni, di mettersi in discussione e di aprirsi alla comunicazione.

Le ostetriche hanno avuto problemi di turnazione, dovute a carenza di personale e alla mancanza di autonomia nella gestione degli spazi all'interno dei reparti. Questo ruolo subalterno rispetto alla classe medica spesso le penalizza, tanto che molte non sono state autorizzate a partecipare al corso. Chi ha partecipato ha dimostrato interesse, disponibilità e una dedizione veramente encomiabile.

Il punto di vista dell'ostetrica

Loredana Colombi, referente del materno-infantile e formatore per l'ASL di Bergamo, ha così commentato la propria esperienza:

È stata una fatica immensa, per quasi quattro mesi, effettuare la formazione obbligatoria oltre al nostro lavoro. È stato anche molto bello e mi ha colpito in modo particolare il fatto di lavorare insieme, noi che siamo abituati a lavorare per settori. Confrontarci è stato un momento di scambio, direi che è una proposta che può essere ripercorsa. La *customer satisfaction* ha evidenziato che quelli più soddisfatti tra i partecipanti erano i ginecologi e le ostetriche. Al termine abbiamo fatto un convegno conclusivo per valutare come le raccomandazioni e l'offerta attiva venissero proposte, quali fossero le criticità. Più che un convegno è stato un confronto. La cosa più importante è stato vedere la risposta delle donne alle proposte che le figure professionali avevano fatto. Anche qui la soddisfazione maggiore era per le ostetriche e i ginecologi.

Il punto di vista del Medico di Medicina Generale

Maria Teresa Lorenzi, formatore dell'ASL di Bergamo, ha riportato così la sua esperienza:

La prima domanda di alcuni partecipanti alla formazione è stata: "perché parlare ai medici di medicina generale di terapia ormonale, se da dieci anni non la prescrivono più?". Al termine del corso questa sensazione è stata minore perché c'è stata una rivalutazione degli stili di vita, dall'alimentazione al movimento, argomenti che spesso non vengono affrontati per mancanza di tempo. E soprattutto è stato chiarito che la terapia ormonale ha un suo significato quando le donne hanno vampate e sintomi importanti.

Per quanto riguarda la distribuzione del materiale alle donne da parte del medico, l'impatto migliore si è ottenuto con la consegna diretta: una parte dei medici coinvolti ha consegnato personalmente alle donne in menopausa o prossime alla menopausa il materiale, con relativa spiegazione. Le donne coinvolte hanno espresso grande soddisfazione perché da molti anni non si parlava di menopausa. Negli ultimi anni l'argomento è stato sottovalutato nel setting delle cure primarie, e questo non è stato positivo perché in realtà la menopausa è un'occasione in cui si parla con la donna e si decide un percorso che non è necessariamente di tipo farmacologico, ma di tipo alternativo, che tocca l'alimentazione corretta e il movimento giusto. Si è passati dalla fase in cui una donna entrava e diceva: sono in menopausa, e il giorno dopo aveva il suo cerotto, alla fase in cui più nessuno ha detto niente su questo argomento. Questo è stato un momento giusto di recupero, utile per sottolineare che la menopausa deve essere vissuta come un normale evento della vita, non come una malattia, ma che se una donna ha problemi perché non ne sopporta i sintomi, non è giusto sottovalutarla.

Il punto di vista del farmacista

Irene Raparelli, farmacista territoriale della ASL Roma H, ha così raccontato:

Il progetto ha coinvolto i farmacisti nella fase di formazione a cascata con un corso ECM ed è stato molto interessante e gratificante per me e per i colleghi che hanno partecipato, innanzitutto perché ha affiancato la figura del farmacista alle altre figure professionali coinvolte nel percorso fisiologico evolutivo della donna, quindi all'ostetrica, al ginecologo e al medico di medicina generale. Secondariamente ci ha consentito di venire a conoscenza delle interferenze, le convinzioni e le strategie di intervento che ruotano attorno al tema della menopausa. Ci ha consentito di acquisire nuovi strumenti di comunicazione da affiancare a quelli già in nostro possesso e che quotidianamente usiamo per veicolare un messaggio in maniera efficace e comprensibile, anche rispetto a quanto riferito sullo stesso argomento dall'ostetrica, dal ginecologo e dal medico di medicina generale, per raggiungere l'obiettivo comune del benessere della donna.

Il punto di vista del ginecologo

Leonardo Boccuzzi, referente del materno-infantile e formatore per la ASL Roma H, ha descritto la sua esperienza dal punto di vista umano e professionale:

Noi ci consideriamo “l’ape operaia” di questo progetto, i formatori che - all’interno delle ASL intervento - hanno avuto il compito di formare i professionisti del settore. Dal punto di vista umano, il porre al centro dell’informazione la donna e quindi il poter passare dal concetto medico a quello dell’informazione è stata la cosa più importante, una sorta di anello che mi ha fatto percepire un interesse smisurato delle donne a voler ricevere informazioni. Un rammarico è quello di non aver potuto coinvolgere tutti i miei colleghi fattivamente ai corsi di formazione. Anche chi non ha potuto partecipare è stato comunque informato ad avere accesso, tramite internet, ai corsi. Si è cercato in tutti i modi di poter rendere l’informazione più omogenea, anche perché il risultato avrebbe potuto essere visibile soltanto se queste informazioni fossero state univoche su tutto il territorio, abbastanza vasto. Abbiamo voluto intraprendere questo percorso proprio per cambiare il concetto di informazione prima della cura.

Ringraziamenti

Per la revisione narrativa si ringraziano: Franco Berrino (*Istituto Nazionale dei Tumori, Milano*); Marina Bosisio (*CSeRMEG Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale, Monza*); Cinzia Colombo (*Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*); Maria Font (*Dipartimento Farmaceutico ULSS 20, Verona*); Emilio Maestri (*CeVEAS Centro per la Valutazione dell’Efficacia dell’Assistenza Sanitaria, Modena*); Paola Mosconi (*Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*); Fabio Parazzini (*Dipartimento Materno Infantile, Università degli Studi, Milano*); Roberto Satolli (*Zadig Agenzia di Editoria Scientifica, Milano*); Ludovica Tagliabue (*Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi, Milano*); Massimo Tombesi (*CSeRMEG Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale, Monza*); Paolo Zola (*Dipartimento Discipline Ginecologiche e Ostetriche, Università degli Studi, Torino*).

La revisione narrativa si è resa possibile grazie al contributo di Scilla Pizzarelli e Maurella Della Seta, esperti documentalisti (*Settore Documentazione, Istituto Superiore di Sanità*) e Sabrina Senatore (*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità*).

FORMAZIONE A DISTANZA PER L'AGGIORNAMENTO DEI PROFESSIONISTI SOCIO-SANITARI

Raffaella Daghini, Roberto Satolli
Zadig Agenzia di Editoria Scientifica, Milano

Obiettivi

La Formazione A Distanza (FAD), effettuata online, si inserisce nel quadro delle attività di formazione previste dal progetto “Con Me” (Conoscere la Menopausa) con l’obiettivo di diffondere conoscenze aggiornate e basate su prove scientifiche sulla menopausa e sulla terapia ormonale tra gli operatori sanitari che sempre più spesso entrano in contatto con le donne in menopausa: ginecologi, Medici di Medicina Generale (MMG), ostetriche e farmacisti. La scelta di effettuare via internet una parte della formazione offre diversi vantaggi importanti per il raggiungimento di questi obiettivi. Infatti, la formazione online non ha vincoli d’orario e di luogo, consente l’accesso alle informazioni nel momento desiderato, permette di autogestire i ritmi di lavoro e di scegliere i percorsi conoscitivi sulla base delle necessità formative. La formazione online è stata offerta in una prima fase ai referenti delle ASL di intervento (Bergamo, Enna, Roma H e Siena) delle regioni coinvolte nel progetto (Lombardia, Sicilia, Lazio e Toscana). In seguito, con l’attivazione della formazione a cascata da parte degli stessi referenti regionali, l’accesso alla formazione a distanza è stato esteso a tutti gli operatori sanitari dei profili professionali individuati nelle ASL di intervento.

Materiali e metodi

Le attività di formazione online del progetto “Con Me” si sono svolte sulla piattaforma GOAL (*Guidelines Online Assistant-Local*), sviluppata nell’ambito delle attività del Sistema Nazionale per le Linee Guida dell’Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). La piattaforma è accessibile, previa registrazione, all’indirizzo <http://goal.snlg.it>.

Lo strumento informatico

La piattaforma GOAL è uno strumento informatico pensato per realizzare, attraverso un lavoro di gruppo svolto completamente online, diverse attività di supporto alla produzione, alla diffusione e all’implementazione delle raccomandazioni per la pratica clinica. Consente, infatti, di proporre agli operatori, che devono introdurre nella propria pratica clinica i comportamenti raccomandati dalla linea guida o dai documenti di consenso, questionari specifici per focalizzare gli eventuali ostacoli, e aree di discussione mirate a individuare le possibili soluzioni.

Nell’ambito della formazione, GOAL consente di costruire percorsi completi di FAD. Questi percorsi possono comprendere, accanto all’attività formativa vera e propria (realizzabile attraverso casi clinici a quiz, quiz tradizionali, questionari con possibilità di domande di vario tipo), attività e strumenti di tipo diverso, per esempio sondaggi, forum, chat, database, documenti di tipo tradizionale (pdf, file di testo, fogli di calcolo, slide di presentazioni) e

multimediale (file audio, video, animazioni), che possono essere consultati in ogni fase del percorso. Ogni percorso di formazione può quindi diventare una sorta di “portale” in cui il gruppo di partecipanti trova tutte le attività e gli strumenti a lui dedicati.

Dal punto di vista tecnico, GOAL è stata realizzata a partire dalla piattaforma Moodle (*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*), molto utilizzata nel campo dell'*e-learning* per via della sua facilità d'uso, della disponibilità di strumenti per l'interazione tra gli utenti e della costruzione “per moduli”, che consente di implementare facilmente nuove funzionalità.

La registrazione alla piattaforma è una procedura semplice e rapida: dopo aver inserito i propri dati nell'apposito form, l'utente riceve in tempo reale le chiavi di accesso via e-mail. Un sistema automatico consente l'accesso a ogni utente registrato solo alle attività a lui destinate.

La piattaforma GOAL è utilizzabile con i sistemi operativi più diffusi ed è ottimizzata per i principali browser web.

La FAD per il progetto “Con Me”

Nell'ambito del progetto sono stati realizzati percorsi specifici per ciascuna delle categorie di operatori sanitari coinvolte: MMG, ginecologi, farmacisti e ostetriche. Ogni percorso prevedeva:

- la fonte informativa da leggere prima di affrontare le altre attività;
- uno o più casi clinici con domande a risposta multipla di tipo decisionale;
- altrettanti forum di discussione dedicati ai singoli casi;
- un questionario di gradimento ministeriale (obbligatorio);
- un questionario di valutazione della qualità del corso (facoltativo).

La fonte informativa era il documento definitivo di consenso redatto dalla giuria della Conferenza di Consenso “Quale informazione per la donna in menopausa sulla terapia ormonale sostitutiva?”, disponibile all'indirizzo http://www.snlg-iss.it/cms/files/CC_TOS.pdf o sul sito di PartecipaSalute all'indirizzo <http://www.partecipasalute.it/cms/files/Documento-definitivo-consenso.pdf>. La fonte informativa è rimasta a disposizione dei partecipanti per tutto il periodo in cui i corsi sono stati online.

I casi clinici proposti per i diversi profili professionali erano:

- tre casi per i ginecologi: le informazioni alla donna in terapia ormonale sostitutiva, gli effetti della terapia sostitutiva su ossa e vasi, la terapia sostitutiva nella menopausa precoce;
- due casi per gli MMG: il periodo di transizione alla menopausa, la terapia per le vampate;
- due casi per i farmacisti: i pro e i contro della terapia ormonale sostitutiva, le terapie alternative;
- un caso per le ostetriche: le modifiche comportamentali utili in menopausa.

I casi sono stati costruiti in modo da ricalcare quanto accade nella pratica quotidiana: pur non essendo presi direttamente dalla realtà, descrivevano comunque situazioni verosimili che potrebbero presentarsi all'operatore sanitario. L'obiettivo era consentire un apprendimento al tempo stesso efficace e piacevole delle raccomandazioni, focalizzando il processo formativo non sulle nozioni in quanto tali ma sulla loro applicazione nella realtà professionale. A questo scopo, i casi clinici sono stati presentati attraverso una storia sceneggiata e arricchita di dialoghi tra pazienti e operatori sanitari, con un linguaggio meno tecnico possibile. La storia era intervallata da cinque domande a risposta multipla di tipo decisionale, basate sui contenuti del documento di riferimento: ogni domanda prevedeva una sola o più risposte corrette (opzione indicata accanto alla domanda). Una volta fornita la risposta a una domanda, il partecipante poteva confrontarla con quella degli altri partecipanti (espressa in percentuale attraverso un grafico) e leggere un approfondimento specifico relativo alla domanda e tratto dalla fonte informativa.

Per superare ogni caso era necessario rispondere correttamente all'80% delle domande, mentre per superare l'intero corso era necessario superare tutti i casi previsti per la specifica figura professionale. Inoltre, ogni utente era autorizzato a partecipare anche ai corsi dedicati agli altri profili professionali, ma acquisiva i crediti ECM (Educazione Continua in Medicina) previsti solo superando il corso relativo al proprio profilo. Per ogni caso clinico è stato messo a disposizione un forum di discussione, aperto a tutti i partecipanti di tutti i profili professionali. Questo strumento era pensato per favorire il confronto tra i partecipanti sugli argomenti presentati. Una volta superati tutti i casi previsti per il proprio profilo professionale, ogni partecipante doveva compilare il questionario di gradimento ministeriale (anonimo), che prevedeva la valutazione da parte dell'utente di alcuni aspetti del corso FAD: rilevanza degli argomenti trattati, qualità educativa, efficacia, tempo impiegato rispetto al tempo previsto, indipendenza dell'informazione fornita. Infine, ai partecipanti è stata richiesta anche la compilazione di un questionario facoltativo di valutazione della qualità del percorso, con lo scopo di ottenere il giudizio degli utenti per quanto riguarda: l'opinione generale sul corso (commento in aperto), la sua utilità, la sua capacità di modificare le conoscenze, la credibilità e l'applicabilità delle informazioni fornite, la facilità d'uso del sistema.

Per quanto riguarda l'assegnazione dei crediti ECM, le ASL coinvolte hanno adottato strategie differenti nell'accREDITAMENTO della formazione a distanza presso le rispettive regioni.

- La ASL di Bergamo ha attivato un accREDITAMENTO separato per la FAD rispetto al corso residenziale: per ottenere i crediti previsti per la FAD era quindi necessario superare il corso FAD relativo al proprio profilo professionale.
- La ASL di Siena ha attivato un accREDITAMENTO *blended*: per ottenere i crediti era necessario frequentare il corso residenziale e superare il corso FAD relativo al proprio profilo professionale.
- Le ASL di Enna e Roma H non hanno accREDITATO la FAD: i corsi erano accessibili ma non erogavano crediti ECM.

Al termine del periodo di messa online dei corsi sono stati forniti alle due ASL che avevano accREDITATO la FAD (Bergamo e Siena) gli elenchi degli utenti che avevano superato i corsi.

Risultati

I dati di partecipazione e i risultati della formazione a distanza online qui presentati sono relativi alle due sole ASL che hanno accREDITATO i corsi FAD (Bergamo e Siena), in quanto sono gli unici significativi. Infatti, sebbene i corsi fossero comunque aperti anche agli operatori sanitari delle altre ASL, la partecipazione in questi casi è stata molto bassa a causa della mancata erogazione dei crediti ECM. Per la ASL di Bergamo i dati di partecipazione e i risultati della FAD sono riassunti nella Tabella 1.

Tabella 1. Dati di partecipazione e risultati della FAD per l'ASL di Bergamo

Figura professionale	Autorizzati a partecipare	Partecipanti		Partecipanti hanno superato il corso	
		n.	%	n.	%
MMG	696	41	6	24	59
Ginecologi	90	6	7	3	50
Farmacisti	273	107	39	93	87
Ostetriche	133	36	27	31	86
Totali	1.192	190	16	151	80

Nel caso della ASL di Bergamo, con il profilo “ostetriche” sono stati autorizzati a partecipare e a ottenere i crediti ECM anche alcuni infermieri di studio medico. Per la ASL di Siena i dati di partecipazione e i risultati della FAD sono riassunti nella Tabella 2.

Tabella 2. Dati di partecipazione e risultati della FAD per l’ASL di Siena

Figura professionale	Autorizzati a partecipare	Partecipanti		Partecipanti hanno superato il corso	
		n.	%	n.	%
MMG	122	58	47	47	81
Ginecologi	14	7	50	7	100
Farmacisti	85	65	76	62	95
Ostetriche	17	9	53	6	67
Totali	238	139	58	122	88

In generale la partecipazione ai corsi di formazione online è stata buona, in particolare per quanto riguarda la ASL di Siena, anche grazie alla modalità di accreditamento *blended* che “obbligava” i partecipanti ai corsi residenziali a superare anche i corsi FAD per poter ottenere i crediti ECM.

Le percentuali di partecipazione per i professionisti sanitari dell’ASL di intervento Toscana sono state alte per tutti i profili professionali coinvolti nel progetto, ma in particolare per i farmacisti (77%).

La ASL di Bergamo, invece, ha accreditato la formazione a distanza separatamente da quella residenziale, quindi erano autorizzati a partecipare ai corsi FAD sia gli utenti che avevano preso parte alla formazione residenziale sia altri utenti dei profili professionali coinvolti e segnalati dalla ASL. Va sottolineato il fatto che, nella prima fase di messa online dei corsi, la possibilità di accedere ai corsi era riservata ai soli partecipanti alla formazione residenziale, e solo molto in seguito l’informazione e l’accesso ai corsi sono stati diffusi anche agli altri operatori sanitari sul territorio. Questo potrebbe spiegare in parte la minore partecipazione alla FAD rispetto a quanto accaduto per la ASL di Siena.

Il giudizio dei partecipanti nei confronti dei corsi, espresso tramite due questionari (uno obbligatorio, l’altro facoltativo), è stato molto positivo.

Il questionario ministeriale obbligatorio, compilato in modo anonimo, chiedeva ai partecipanti una valutazione sulla rilevanza degli argomenti trattati, sulla qualità educativa, sull’efficacia, sul tempo impiegato per svolgere le attività rispetto al previsto (80 minuti) e sull’indipendenza dell’informazione fornita.

Le risposte indicano che:

- gli argomenti trattati nei diversi corsi sono stati considerati rilevanti da una percentuale di utenti che va dal 52% (corso farmacisti) al 61% (corso ostetriche);
- la qualità educativa dei corsi è stata giudicata buona da una percentuale di utenti che va dal 59% (corso ostetriche) all’82% (corso ginecologi);
- i corsi sono stati considerati efficaci da una percentuale di utenti che va dal 52% (corso ostetriche) al 71% (corso ginecologi);
- il 47% dei ginecologi e il 48% dei farmacisti hanno completato il corso in un periodo di tempo compreso tra 10 minuti in meno e 10 minuti in più del previsto, mentre il 46% degli MMG e il 45% delle ostetriche lo hanno portato a termine in un intervallo compreso tra 10 e 60 minuti in meno del tempo previsto;
- i corsi sono stati giudicati privi di informazioni scorrette o non equilibrate da una percentuale di utenti che va dal 71% (corso ginecologi) al 93% (corso MMG).

Il questionario di gradimento facoltativo aveva l'obiettivo di raccogliere le valutazioni degli utenti riguardo l'utilità dei corsi, la loro capacità di modificare le conoscenze, la credibilità e l'applicabilità delle informazioni fornite e la facilità d'uso del sistema. Inoltre permetteva di raccogliere un'opinione generale sui corsi attraverso un commento in aperto. Le risposte indicano che la maggioranza degli utenti che hanno compilato il questionario ha valutato il corso molto utile e le informazioni credibili e applicabili nella pratica clinica; inoltre la maggior parte degli utenti ha dichiarato che il corso ha modificato, almeno in parte, le sue precedenti conoscenze. Infine, il sistema è stato giudicato facile da utilizzare dalla maggior parte degli utenti.

OFFERTA ATTIVA DELLE RACCOMANDAZIONI ALLE DONNE: IL LAVORO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE, DEL GINECOLOGO E DEL FARMACISTA

Serena Donati (a), Sabrina Senatore (a), Roberto Satolli (b), Cinzia Colombo (c), Paola Mosconi (c)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Zadig Agenzia di Editoria Scientifica, Milano*

(c) *Laboratorio per il coinvolgimento dei cittadini in Sanità, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*

Obiettivi

La fase del progetto “Con Me” (Conoscere la Menopausa) relativa all’offerta attiva delle raccomandazioni alle donne è stata condotta nelle sole Aziende Sanitarie Locali (ASL) di intervento con l’obiettivo di fornire alle donne, di età compresa tra 45 e 60 anni, informazioni chiare, univoche ed *evidence based* sulla menopausa e la Terapia Ormonale (TO) prodotte dalla Conferenza di Consenso (CC) al fine di favorire scelte di salute consapevoli.

Materiali e metodi

Sono state identificate e condivise con i referenti regionali nove differenti modalità di offerta attiva:

1. offerta attiva di informazioni in occasione delle visite della popolazione target presso i Medici di Medicina Generale (MMG) e riferimento ai consultori familiari;
2. offerta attiva di informazioni in occasione dello screening per il cervico-carcinoma da parte delle ostetriche e riferimento ai consultori familiari;
3. offerta attiva di counselling in occasione delle visite ginecologiche presso il consultorio familiare e/o presso i servizi di ginecologia ambulatoriale della ASL;
4. offerta attiva di informazioni in occasione dell’acquisto di farmaci per la menopausa presso le farmacie e riferimento ai consultori familiari;
5. organizzazione di incontri tematici presso i consultori familiari e altri luoghi pubblici della ASL in grado di aggregare donne in età target (parrocchie, spazi comunali, farmacie, scuole, centri anziani, ecc);
6. coinvolgimento delle scuole medie inferiori e superiori delle ASL aderenti al progetto per promuovere percorsi didattici sull’argomento secondo il modello delle *Health Promoting Schools*;
7. coinvolgimento dei media locali (giornali, radio e TV locali) per promuovere articoli su carta stampata, e/o incontri/dibattiti sulla menopausa e l’uso appropriato della TO;
8. distribuzione a livello di ASL (servizi territoriali, ambulatori dei medici di famiglia, farmacie, luoghi di aggregazione, parrocchie, ecc) del materiale divulgativo prodotto nell’ambito del progetto;

9. invio a domicilio delle donne in età 45-60 anni residenti nelle ASL intervento di una lettera informativa e del materiale divulgativo rivolto alle donne prodotto nell'ambito del progetto.

Ogni ASL di intervento aderente al progetto aveva la possibilità di implementare un minimo di quattro modalità di offerta attiva. Secondo la tempistica concordata, il periodo previsto per l'offerta attiva era di un anno a partire da febbraio 2011 ma, per problemi organizzativi, l'avvio è slittato a maggio 2011.

Al termine di questa fase, ad ogni referente aziendale è stato chiesto di inviare in ISS una relazione finale sulle attività svolte sul territorio.

Risultati

La scelta delle attività di offerta attiva, tra quelle previste dal protocollo dello studio, è stata abbastanza eterogenea tra le varie ASL (Tabella 1).

Tabella 1. Attività di offerta attiva scelte dalle ASL di intervento

Attività	ASL
Offerta attiva di informazioni in occasione delle visite della popolazione target presso gli MMG e consultori familiari	Bergamo, Siena, Roma H, Enna
Offerta attiva di informazioni in occasione dello screening per il cervico-carcinoma da parte delle ostetriche e riferimento ai consultori familiari	Bergamo
Offerta attiva di counselling in occasione delle visite ginecologiche presso il consultorio familiare e/o presso i servizi di ginecologia ambulatoriale della ASL	Bergamo, Roma H, Enna
Offerta attiva di informazioni in occasione dell'acquisto di farmaci per la menopausa presso le farmacie e riferimento ai consultori familiari	Bergamo, Siena, Roma H, Enna
Organizzazione di incontri tematici presso i consultori familiari e altri luoghi pubblici della ASL in grado di aggregare donne in età target (parrocchie, spazi comunali, farmacie, scuole, centri anziani, ecc.)	Bergamo, Siena, Roma H, Enna
Coinvolgimento delle scuole medie inferiori e superiori delle ASL aderenti al progetto per promuovere percorsi didattici sull'argomento	Nessuna regione
Coinvolgimento dei media locali (giornali, radio e TV locali) per promuovere articoli su carta stampata, e /o incontri/dibattiti sulla menopausa e l'uso appropriato della TO	Bergamo, Roma H, Enna
Distribuzione a livello di ASL (servizi territoriali, ambulatori dei medici di famiglia, farmacie, luoghi di aggregazione, parrocchie, ecc.) del materiale divulgativo prodotto nell'ambito del progetto	Bergamo, Siena, Roma H, Enna
Invio mediante posta di una lettera informativa e del materiale divulgativo rivolto alle donne prodotto nell'ambito del progetto a domicilio delle donne in età 45-60 anni residenti nelle ASL che partecipano al progetto	Bergamo

Tutte le ASL hanno scelto di effettuare la distribuzione del materiale informativo prodotto nell'ambito del progetto, l'offerta di informazioni in occasione degli accessi nelle farmacie e delle visite presso gli MMG e presso i consultori familiari, e l'organizzazione di incontri tematici su menopausa e terapia ormonale presso i luoghi pubblici delle ASL. Di contro, in nessun caso è stata selezionata l'attività delle *Health Promoting Schools* denunciando la scarsa diffusione di una collaborazione stabile tra le strutture sanitarie e le agenzie educative del

territorio oltre ad una difficoltà ad investire in attività di promozione della salute attraverso il coinvolgimento delle scuole.

È stato messo a disposizione di ogni ASL il materiale informativo che, successivamente, è stato distribuito a livello locale negli studi di medicina generale, di ginecologia del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nei consultori familiari, nei reparti ospedalieri di ostetricia, nelle farmacie e in diversi altri punti di aggregazione distribuiti sull'intero territorio (parrocchie, supermercati, ecc.).

Nella ASL di Enna e nella Roma H, inoltre, sono stati realizzati anche manifesti affissi in tutti i paesi della provincia. I migliori risultati sono stati ottenuti quando non ci si è limitati a distribuire in modo passivo gli opuscoli, ma la consegna è stata preceduta dall'offerta di informazioni sulla menopausa, la terapia ormonale e sul progetto "Con Me" da parte degli operatori sanitari. Questa modalità, tuttavia, è stata realizzata maggiormente nei consultori familiari, in cui si è assistito a un ritorno positivo per i servizi territoriali, e meno negli ambulatori di medicina generale e in quelli ginecologici a causa, molto probabilmente, dell'eccessivo turnover tra un paziente e l'altro. Un coinvolgimento più partecipato degli MMG in progetti come questo costituisce un valore aggiunto dal momento che sono un indiscusso punto di riferimento per le donne e, grazie al rapporto di fiducia costruito nel tempo, hanno la possibilità di trasmettere in modo efficace importanti messaggi di salute. Gli MMG di Bergamo, in particolare, hanno apprezzato la possibilità di poter trattare un argomento che, negli ultimi anni, sembrava essere passato in secondo piano rispetto ad altri ambiti delle cure primarie. Affrontare il tema della menopausa, infatti, è stata un'occasione preziosa per parlare con la donna del suo stato di salute, suggerire un'alimentazione appropriata, raccomandare l'attività fisica e la cessazione del consumo di sigarette oltre a concordare un percorso che, non necessariamente e prioritariamente, deve essere di tipo farmacologico.

Un *setting* totalmente differente, ma non per questo meno importante nel processo di divulgazione delle informazioni, è rappresentato dalle farmacie dove sono state affisse le vetrofanie e le locandine relative agli incontri organizzati dalle ASL e in cui è stato distribuito l'opuscolo informativo. Se, da una parte, il tempo limitato e la mancanza di un ambiente riservato hanno limitato la possibilità di condurre un adeguato counselling da parte del farmacista, dall'altra l'ampia visibilità e il grande bacino d'utenza hanno consentito di far conoscere il progetto "Con Me" a un ampio target di donne. I farmacisti hanno risposto in modo positivo al loro coinvolgimento nel progetto tanto da auspicare per il futuro il ripetersi di eventi simili anche per altri ambiti di salute.

Importanti momenti di approfondimento sono stati gli incontri tematici che hanno visto impegnate tutte le ASL di intervento coinvolte nel progetto. Sono stati realizzati in diversi luoghi delle ASL, primi fra tutti i consultori familiari, oltre che in molti altri punti di aggregazione delle donne della fascia di età 45-60 anni quali, ad esempio, parrocchie, centri anziani, biblioteche, sale comunali. In particolare, in territori vasti e con notevoli problemi di viabilità come quello di Enna, l'organizzazione di questi incontri ha comportato un ulteriore impegno e sforzo organizzativo. Gli argomenti relativi alla menopausa affrontati nel corso di questi incontri sono stati i più svariati: si è parlato di sintomatologia, di cambiamenti naturali che la donna si trova ad affrontare, di possibili terapie, di stili di vita sani. Ma, in particolare, si è cercato di coinvolgere le donne in modo attivo dando loro la possibilità di esternare dubbi e incertezze su questioni legate a questa fase della vita sulla quale avevano spesso ricevuto informazioni contrastanti, per lo più da amiche, parenti e mass media.

L'ASL di Bergamo, ad esempio, ha attivato gruppi di sostegno alla menopausa denominati "Gruppi di incontro Con Me" con l'obiettivo, non solo di fornire informazioni chiare e basate sulle evidenze, ma anche di dare la possibilità alle donne di condividere sensazioni, emozioni e difficoltà che investono questa fase di cambiamento. Ogni corso, tenuto da un'ostetrica con il

supporto di un'altra figura professionale (psicologa, assistente sociale o fisioterapista), era strutturato in 5 incontri a cadenza settimanale della durata di 2 ore ciascuno e rivolti a gruppi di 12 donne.

Al di là delle differenze organizzative tra le varie ASL, tutti gli incontri, insieme ad ogni altra attività del progetto che ha visto coinvolti i consultori familiari, hanno rappresentato un'occasione preziosa per far conoscere i servizi territoriali alla popolazione. A conferma del grosso impatto di tali interventi territoriali, nella sola ASL di Enna le consulenze consultoriali sulla menopausa sono passate da 1051 nel corso di tutto il 2010 a 947 nei primi 6 mesi del 2011.

Per quanto riguarda il ricorso ai mass media, l'ASL di Bergamo ha pubblicato sul giornale *l'Eco di Bergamo* un box relativo al corso per ginecologi, ostetriche e farmacisti organizzato nell'ambito del progetto. La ASL Roma H, oltre a pubblicare su testate locali articoli sulla menopausa, ha provveduto anche a realizzare, stampare e diffondere sul territorio un numero del periodico aziendale interamente dedicato al progetto "Con Me". Ad Enna, il ricorso ai giornali locali per pubblicizzare gli eventi organizzati dalla ASL sulla menopausa e la terapia ormonale non ha riscosso grande successo dal momento che è emerso che le donne target leggono poco le riviste a tiratura provinciale. Inoltre, poiché le donne ennesi hanno riferito di preferire la televisione alla radio, altrettanto inefficaci sono state le due trasmissioni radiofoniche andate in onda in diretta su emittenti locali. Quanto agli spazi televisivi, l'ASL di Enna ha deciso di rinunciarvi essendo alcuni a pagamento e altri a rischio di essere trasmessi anche nell'ASL di controllo. In alternativa, si è optato per una trasmissione via web ma, anche in questo caso, non c'è stata una grande risposta a causa, molto probabilmente, della scarsa dimestichezza delle donne in età più avanzata nell'utilizzo di strumenti informatici.

Da quanto finora descritto, appare evidente la complessità organizzativa e gestionale di questa fase di offerta attiva delle raccomandazioni della CC che, sicuramente, ha rappresentato uno dei momenti cruciali del progetto. I professionisti coinvolti, primi fra tutti i referenti aziendali, si sono trovati, infatti, a dover affrontare, a livello locale, una serie di problemi burocratici, amministrativi ed economici che, tra le altre cose, hanno contribuito a rallentare l'avvio dell'implementazione delle attività. L'esame delle criticità incontrate, effettuato durante la riunione di monitoraggio e nella valutazione di fine progetto, ha permesso ai referenti regionali di conoscere meglio il territorio in cui operano e di acquisire competenze organizzative e gestionali utili alle attività di promozione della salute anche dopo la conclusione del progetto. L'aspetto "pedagogico" del modello organizzativo di questo studio consiste infatti nel condividere tra professionisti sanitari, appartenenti a diverse discipline, metodologie di intervento e buone pratiche che potranno essere applicate anche in altri progetti rivolti a diversi ambiti di salute.

INDAGINE SU CONOSCENZE, ATTITUDINI E PRATICA RIVOLTA AGLI OPERATORI SANITARI

Cinzia Colombo (a), Raffaella Daghini (b), Paola Mosconi (a)

(a) *Laboratorio per il Coinvolgimento dei Cittadini in Sanità, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*

(b) *Zadig Agenzia di Editoria Scientifica, Milano*

Obiettivo

L'obiettivo di questa indagine su Conoscenze, Attitudini e Pratica (CAP) è stato rilevare le conoscenze, le opinioni e i comportamenti sulla menopausa e sulla terapia ormonale (TO) e le possibili alternative degli operatori sanitari prescrittori (Medici di Medicina Generale, MMG; e ginecologici) residenti nelle regioni partecipanti al progetto.

Materiale e metodi

L'indagine è stata condotta sia nelle ASL di intervento sia nelle ASL di controllo. Le ASL partecipanti allo studio non sono state selezionate con metodi di campionamento, ma hanno aderito volontariamente al progetto di ricerca, pertanto il campione non si può considerare rappresentativo dell'intera realtà nazionale. Nelle ASL partecipanti sono state reperite le liste dei medici specialisti in ostetricia e ginecologia e degli MMG da contattare.

L'indagine si è svolta tramite questionario. Il questionario copriva aspetti di conoscenza, opinioni e comportamento relativi alla menopausa e alla TO ed è stato mutuato da quello utilizzato in regione Veneto e Piemonte per la raccolta di alcuni dati preliminari in occasione della Conferenza di Consenso. Le domande erano chiuse e pre-codificate e il tempo medio di somministrazione è di circa 10 minuti. Sono state redatte quattro versioni del questionario: una per gli MMG (leggermente diverse per ASL intervento e controllo) e una per ginecologi (leggermente diverse per ASL intervento e controllo). Il materiale informativo relativo al progetto e l'invito a partecipare sono stati redatti dall'Istituto Mario Negri.

L'indagine è stata promossa tra i medici e i ginecologi attraverso comunicazioni via mail o postali. Gli inviti sono stati gestiti dall'Istituto Mario Negri tranne che per la ASL di Bergamo dove sono stati gestiti e inviati direttamente dalle persone referenti del progetto. Il dettaglio dei contatti con i referenti delle ASL partecipanti, degli inviti e dei solleciti è riportato in Tabella 1. Parallelamente ai solleciti personali, l'indagine è stata promossa attraverso bollettini e newsletter, presentazione a incontri. Il questionario è stato inviato per posta nelle ASL di Enna e Catania e somministrato attraverso la piattaforma elettronica GOAL (*Guidelines Online Assistant-Local*) in tutte le altre ASL partecipanti, a seconda della modalità considerata più adeguata in accordo con i referenti aziendali.

Per il progetto è stata attivata un'area della piattaforma GOAL, a cura di Zadig, nella quale è stato proposto in modalità online il questionario. Per ogni ASL partecipante all'indagine è stata predisposta un'apposita area riservata, alla quale avevano accesso solo gli utenti registrati alla piattaforma e appartenenti a un elenco di codici fiscali o e-mail forniti dalla ASL di

appartenenza. In questo modo, una volta effettuato il login alla piattaforma, l'utente autorizzato aveva accesso automaticamente all'area dell'indagine riservata alla propria ASL.

Ogni area prevedeva il questionario appositamente predisposto (diverso a seconda che la ASL fosse di intervento o di controllo), compilabile direttamente online. Nella pagina principale dedicata a ogni ASL erano riportate anche alcune semplici istruzioni per la compilazione.

Il questionario era compilato in modo anonimo.

I questionari postali compilati sono stati inviati all'Istituto Mario Negri, i questionari online sono stati raccolti in formato elettronico attraverso la piattaforma GOAL. L'analisi dei dati è stata condotta dall'Istituto Mario Negri solo sui questionari cartacei; per i questionari online, data l'esiguità delle risposte, non è stata fatta nessuna elaborazione.

Risultati

Il numero di operatori sanitari rispondenti sul totale degli operatori sanitari contattati per ASL è riportato in Tabella 1. Il numero di rispondenti all'indagine è basso, a fronte del numero degli MMG e dei ginecologi contattati in totale.

Tabella 1. Numero di operatori sanitari rispondenti sul totale degli operatori sanitari contattati

ASL coinvolta	MMG			Ginecologi		
	n. inviti spediti	n. rispondenti	% rispondenti	n. inviti spediti	n. rispondenti	% rispondenti
ASL di intervento						
Siena	168	16	9	27	0	0
Bergamo	*	7	*	*	1	*
Roma H	487	0	0	38	2	5
Enna	149	38	25	32	7	22
ASL di controllo						
Arezzo	*	1	*	15	0	0
Mantova	268	34	13	11	5	45
Roma F	169	3	2	13	0	0
Catania	902	107	12	31	8	26

*dato non disponibile, inviti gestiti dai referenti locali delle ASL

Questo risultato permette di raggiungere marginalmente l'obiettivo di questa fase del progetto, vengono riportati solo a scopo esemplificativo alcuni risultati dei questionari rivolti agli MMG di Enna (Tabella 2).

Questa fase del progetto ha sofferto di diverse difficoltà, in parte ascrivibili all'organizzazione e alle ristrette risorse delle ASL partecipanti, in parte alla scarsa partecipazione dei medici.

Il reperimento delle liste degli MMG e ginecologi aggiornate, con relative mail o codici fiscali o indirizzi postali, necessari per attivare l'indagine, è stato difficoltoso per diversi motivi: mancanza di elenchi completi aggiornati in possesso delle ASL, mancanza di elenchi in formato elettronico, mancanza di referenti locali che potessero coordinare e rinforzare inviti e solleciti in modo continuato (per alcune ASL).

Tabella 2. ASL di Enna: atteggiamento, opinioni e comportamenti prescrittivi degli MMG rispondenti (n. 38) verso la donna che si rivolge per informazioni

MMG	n.	%
Atteggiamento nei confronti della donna		
In assenza di sintomi della menopausa		
Parla attivamente della TO anche se la donna non ne fa richiesta	4	11
Parla della TO solo se la donna ne fa richiesta	4	11
Non parla mai della TO	1	3
Parla di dieta, attività fisica e stile di vita in menopausa	28	74
Missing	1	3
In presenza di sintomi della menopausa		
Parla attivamente della TO anche se la donna non ne fa richiesta	22	58
Parla della TO solo se la donna ne fa richiesta	9	24
Non parla mai della TO	-	-
Parla di dieta, attività fisica e stile di vita in menopausa	7	18
Quando parla di TO		
Illustra i vantaggi	1	3
Illustra i rischi	2	5
Illustra sia i vantaggi che i possibili rischi	26	68
Illustra altre modalità di controllo sintomi, con ultima opzione la TO	9	24
Opinioni*		
Vantaggi attribuiti alla TO		
Controllo dei sintomi menopausali	37	98
Riduzione delle fratture ossee	19	50
Riduzione del rischio cardiovascolare	6	16
Riduzione del rischio carcinoma colon-retto	6	16
Riduzione del rischio demenza senile	5	13
Svantaggi attribuiti alla TO		
Aumento rischio carcinoma mammella	31	83
Aumento rischio trombosi	29	76
Aumento rischio ictus	15	39
Aumento rischio carcinoma ovarico	6	16
Aumento rischio colecistopatie	-	-
Comportamenti prescrittivi		
Prescrizione TO		
Sì, spesso	1	3
Sì, a volte	26	68
No, mai	11	29
Motivo prescrizione (n. 27)**		
Solo controllo sintomi menopausa	14	52
Anche scopo preventivo	13	48
Quando è prescritta		
Alle prime irregolarità del ciclo in perimenopausa	2	7
In amenorrea menopausale da qualche mese e assetto ormonale decisamente ipoestrogenico	24	89
In donna con amenorrea da anni in postmenopausa	1	4
Per quanto tempo		
Più breve tempo possibile	10	37
Almeno 1 anno	9	33
Non oltre 5 anni	7	26
Oltre i 5 anni	1	4

* nel questionario erano possibili più risposte contemporaneamente

** il campione di riferimento si basa sui medici che prescrivono la TO

In generale, le difficoltà ad attivare i referenti delle ASL per collaborare all'indagine hanno diversi motivi: scarso tempo a disposizione da parte dei referenti, mancanza di persone dedicate al progetto e, per alcune, partecipazione poco condivisa e motivata degli operatori sanitari. Una volta contattati i medici, la partecipazione all'indagine è stata comunque molto bassa per diversi motivi: scarsa attenzione al tema da parte dei MMG e soprattutto di ginecologi specialisti – alcuni dei quali ritengono di essere già formati e aggiornati su menopausa e TO – l'invito all'indagine si è aggiunto alle numerose richieste che vengono ricevute quotidianamente da MMG e ginecologi. Per alcune ASL, attivare canali locali con inviti da colleghi o dirigenti sanitari ha portato a un aumento del numero dei rispondenti, comunque basso in totale. L'offerta online o per posta del questionario non si è dimostrata uno strumento idoneo per garantire la partecipazione dei professionisti sanitari. Alla luce della nostra esperienza è importante sottolineare che, in caso di indagini rivolte ai MMG e ad altri operatori sanitari, non riteniamo raccomandabile investire risorse per l'invio postale del questionario o per la sua compilazione online. Difatti i bassi tassi di adesione registrati non ci hanno permesso di inferire i risultati all'intera popolazione di riferimento. Riteniamo pertanto più opportuno prevedere la somministrazione del questionario, da parte di intervistatori appositamente addestrati, anche mediante intervista telefonica.

I dati di Enna, riportati a titolo di esempio, sono comunque interessanti per discutere l'atteggiamento dei medici che hanno partecipato all'indagine, anche se non è possibile generalizzare i risultati all'intera popolazione di riferimento.

INDAGINE SU CONOSCENZE, ATTITUDINI E PRATICA RIVOLTA ALLE DONNE IN ETÀ 45-60 ANNI

Sabrina Senatore, Rodolfo Cotichini, Serena Donati
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Obiettivi

Nell'ambito delle attività del progetto "Con Me" (Conoscere la Menopausa), è stata realizzata sia nelle Aziende Sanitarie Locali (ASL) di intervento sia nelle ASL di controllo un'indagine campionaria finalizzata alla rilevazione delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti delle donne rispetto alla menopausa, la Terapia Ormonale (TO) e le sue possibili alternative dopo la diffusione delle raccomandazioni della Conferenza di Consenso (CC).

Nel 2008, in occasione della preparazione della CC, era già stata condotta un'indagine analoga nel corso della quale erano state intervistate 720 donne residenti in Sicilia, Piemonte, Marche e Abruzzo (1).

Materiali e metodi

L'indagine, coordinata dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con il Comitato Promotore della CC, ha riguardato campioni probabilistici di donne di età compresa tra 45 e 60 anni residenti nelle 8 ASL partecipanti al progetto.

Al fine di poter raggiungere una precisione sufficiente delle stime, è stato previsto un campione di circa 200 soggetti per ASL anche per ricavare dalla ricerca un quadro rappresentativo delle singole realtà locali.

Il campionamento delle donne in età 45-60 anni è stato effettuato mediante estrazione sistematica a partire dalle liste anagrafiche di popolazione. Le figure professionali che hanno condotto le interviste sono ostetriche, infermiere professionali e assistenti sociali dei consultori familiari delle ASL aderenti all'indagine. Le intervistatrici hanno partecipato a un corso di formazione residenziale presso l'ISS che ha riguardato la metodologia delle indagini campionarie con particolare riferimento alle visite domiciliari e alla somministrazione dei questionari oltre che alla menopausa e alla TO. È stato predisposto e distribuito a tutte le intervistatrici un manuale per la conduzione delle interviste e un diario giornaliero per la registrazione delle attività.

Le donne sono state contattate telefonicamente da parte delle intervistatrici per concordare un appuntamento per l'intervista domiciliare. La mancata conoscenza della lingua italiana da parte delle donne selezionate per l'indagine rappresentava un criterio di esclusione dallo studio.

I questionari sono stati somministrati presso il domicilio delle donne garantendo la necessaria tranquillità e riservatezza. Nel caso in cui la donna non fosse in casa al momento della visita domiciliare, le intervistatrici hanno effettuato altre due visite prima di classificare la donna da intervistare come "non trovata".

Ogni intervista è stata preceduta da una breve introduzione che presentava l'indagine e rassicurava le donne circa l'anonimato e la riservatezza delle informazioni e dalla raccolta di un consenso informato verbale da parte delle intervistate.

La condizione delle donne rispetto ai cicli mestruali è stata rilevata utilizzando le seguenti definizioni: pre-menopausa, quando la donna riporta cicli mestruali regolari nell'anno in corso e nel precedente, menopausa quando la donna riporta cicli mestruali nell'anno precedente ma non in quello in corso; post-menopausa, quando la donna riporta assenza di cicli mestruali nell'anno in corso e in quello precedente. È stata inoltre rilevata la distinzione tra menopausa naturale e non, differenziata a sua volta in menopausa chirurgica, da farmaci e da terapie radianti.

Il questionario, già utilizzato nell'indagine realizzata in occasione della Conferenza di Consenso, è stato sottoposto a un pre-test al fine di validarne la qualità. Le domande sono di tipo chiuso con risposta a scelta multipla e il questionario è articolato in tre sezioni. La prima rileva l'esperienza della donna rispetto alla menopausa (prevalenza dei disturbi menopausali e loro caratteristiche), alla TO (uso, indicazioni, modalità e tempo di assunzione) e all'uso di altri prodotti o metodi naturali per il controllo dei sintomi della menopausa. La seconda sezione esplora le informazioni ricevute dalla donna sulla menopausa, la TO o altri trattamenti (fonti, qualità percepita e soddisfazione) e la terza raccoglie i dati anagrafici e lo stato di salute delle intervistate (stato civile, titolo di studio, statura e peso, abitudine al fumo, attività fisica, adesione agli screening organizzati per la prevenzione dei tumori femminili e abitudine a rivolgersi al medico di medicina generale e al consultorio familiare). Solo per le ASL di intervento è stata inserita un'ulteriore sezione finalizzata alla rilevazione della conoscenza del progetto "Con Me" (fonti di informazione, ricezione di materiale informativo).

Le condizioni di salute auto-percepite dalle intervistate sono state rilevate attraverso il questionario SF12 (2) che rappresenta l'unica sezione auto-compilata. Si tratta di un questionario standardizzato utilizzato a livello internazionale che, nella versione fino ad oggi accreditata in numerose lingue, tra cui l'italiano (3), permette di descrivere la salute di un gruppo di persone. Grazie alla sua brevità, si presta particolarmente ad essere utilizzato insieme ad altri questionari orientati su problemi particolari. L'analisi delle risposte prevede procedure standardizzate di aggregazione dei punteggi e di trasformazione in due indici sintetici a fini comparativi relativi all'auto-percezione della salute fisica e mentale. Il valore 50 indica un valore medio rispetto a una popolazione di riferimento, quindi valori superiori a 50 indicano uno stato di salute auto-percepito superiore alla media, ossia un buono stato di salute, valori inferiori indicano invece una percezione non positiva del proprio stato di salute. Si rimanda alla bibliografia per la descrizione dettagliata dei metodi (2, 3).

Il tempo medio di somministrazione del questionario è stato di circa 20-30 minuti. La raccolta dei dati è iniziata ad ottobre 2010 e si è conclusa a marzo 2011. I questionari sono stati inviati all'ISS dove si è provveduto alla codifica, all'inserimento dei dati su supporto magnetico e ai normali controlli di qualità prima di procedere all'analisi uni e multivariata utilizzando il software STATA versione 11.2.

Risultati

In totale, sono state campionate 1.600 donne; di queste, l'81% (n. 1.281) ha risposto al questionario, con una variabilità interregionale del tasso di adesione compresa tra il 70% e il 90%. Complessivamente 183 donne (11%) sono risultate "non trovate" e 130 donne (8%) hanno rifiutato l'intervista.

Dall'analisi delle principali caratteristiche socio-demografiche delle intervistate, non sono emerse grosse differenze per ASL né per classi di età né per livello di istruzione. La maggior

parte risulta coniugata (78%), con almeno una gravidanza a termine (88%) e un numero medio di figli pari a due. Il 59% delle donne è in menopausa/post-menopausa e, di queste, l'85% ha riferito di esservi entrata naturalmente mentre il restante 15% a seguito di interventi chirurgici, terapia radiante o farmacologica.

Gli indici sintetici relativi alla salute auto-percepita rilevata mediante il questionario SF12 (Figura 1) evidenziano che il campione si distribuisce per circa il 50% al di sopra del valore medio pari ad un punteggio uguale a 50.

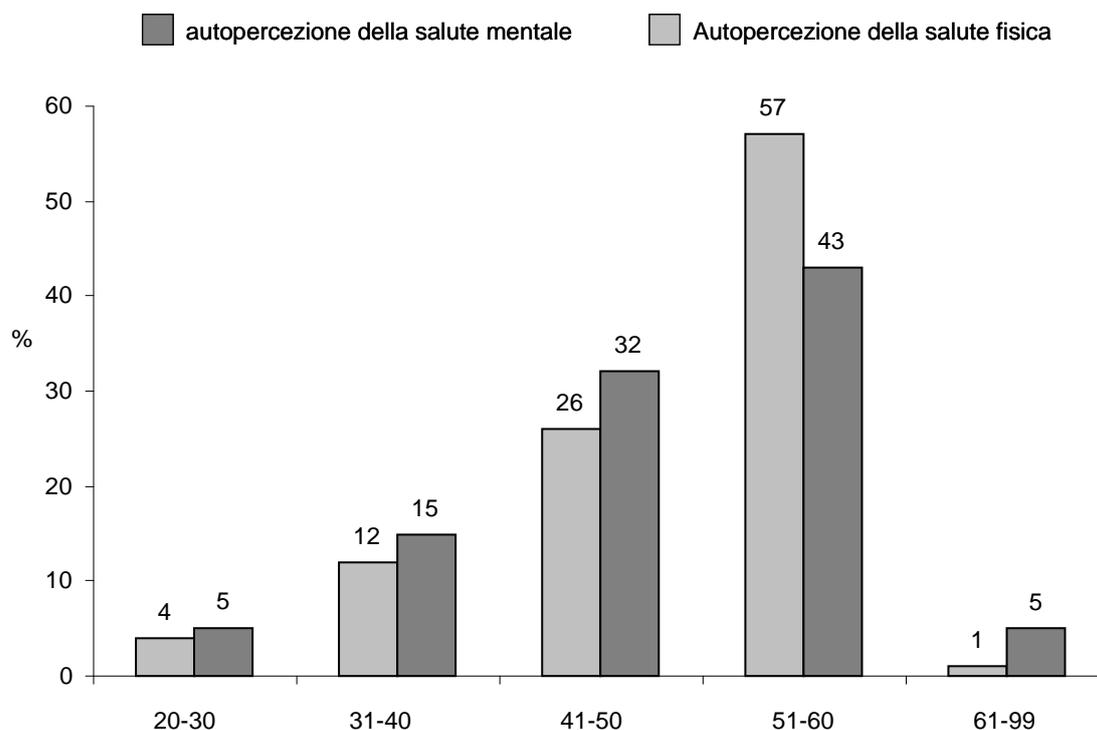


Figura 1. Indice sintetico relativo alla salute fisica e mentale del campione

Questo sta a indicare che le donne intervistate sentono di essere in uno stato di buona salute, sia fisica sia mentale, con soltanto un 20% che percepisce le proprie condizioni di salute come compromesse. Lo stesso questionario è stato utilizzato dall'ISTAT nel corso di un'indagine condotta nel 2005 su tutta la popolazione italiana (4). I dati che sono emersi, rispetto alla stessa fascia di età, ossia alle donne di 45-60 anni, sono analoghi a quelli della nostra indagine.

Entrando nel merito della parte del questionario relativa agli atteggiamenti delle donne nei confronti della menopausa, il 93% delle intervistate concorda con l'affermazione che la menopausa sia una parte normale della vita di una donna, il 28% la considera anche una buona esperienza mentre il 20% concorda nel definirla una brutta esperienza. Pertanto, in analogia con quanto osservato nella precedente indagine realizzata nel 2008 (1), la menopausa non sembra essere vissuta come un problema di salute da parte delle donne, bensì come una normale fase di transizione.

Sono stati indagati, inoltre, sia i disturbi che le intervistate ritengono attribuibili alla menopausa sia quelli che le donne già in menopausa o post-menopausa hanno sperimentato personalmente. In entrambi i casi i sintomi più frequentemente citati sono stati vampate e

sudorazioni, seguiti da irritabilità, disturbi del sonno e aumento di peso corporeo (Tabella 1). I disturbi vasomotori, insieme ai disturbi del sonno e all'irritabilità, si confermano anche tra quelli che hanno provocato maggiori fastidi alle donne.

Tabella 1. Disturbi che le intervistate hanno citato come attribuibili alla menopausa o di cui hanno sofferto le donne in menopausa

Disturbo	In base alle sue conoscenze quali sono i disturbi legati alla menopausa % (1.281 donne)	Di quali disturbi legati alla menopausa soffre o ha sofferto % (550 donne)
Vampate	93	88
Sudorazioni	44	60
Irritabilità	41	43
Aumento peso corporeo	36	37
Disturbi del sonno	27	41
Depressione	23	21
Irritazione e secchezza vaginale	21	37
Diminuzione del desiderio sessuale	19	34
Dolori articolari/muscolari	19	32
Problemi mestruali	13	8
Stanchezza	12	23
Difficoltà di concentrazione	8	20
Disturbi urinari	5	14
Nessun disturbo	2	-

In linea con la sintomatologia più frequentemente riferita dalle donne in menopausa, l'88% delle intervistate che ha fatto uso della terapia ormonale ha riferito di averla utilizzata per il controllo dei sintomi, primo fra tutti le vampate (84%) seguite dalle sudorazioni (37%). Rimane, tuttavia, una prevalenza elevata di donne (59%) che l'ha assunta o la assume per scopi preventivi, in particolare per l'osteoporosi (79%) e le patologie cardiovascolari (45%). Se si considera che, sul totale delle intervistate, vi è un 22% che ritiene che sia una buona soluzione per la prevenzione di disturbi di salute legati all'età, i dati sembrano mettere in luce una inappropriata d'uso dal momento che l'unica indicazione alla TO rimane il controllo dei sintomi della menopausa qualora risultino invalidanti (5, 6). Il ruolo degli estrogeni nella riduzione del rischio di fratture è riservato, come farmaco di seconda scelta, alle sole donne a elevato rischio (7-9) mentre, per quanto concerne le patologie cardio e cerebrovascolari, non solo non vi è alcuna evidenza dell'efficacia preventiva, ma in diversi studi è stato osservato un aumento del rischio di *stroke* e di trombosi venosa (10). È da precisare, tuttavia, che le informazioni raccolte nel corso dell'indagine sul consumo di farmaci si riferiscono anche a periodi precedenti la pubblicazione dello studio *Women's Health Initiative* (WHI) (11) e di altri importanti RCT (12) e studi osservazionali (13) che hanno messo profondamente in discussione il profilo di sicurezza ed efficacia di questi farmaci. Difatti, a seguito della pubblicazione delle evidenze emerse dai trial clinici randomizzati all'inizio degli anni 2000, si è assistito a un forte decremento del consumo dei farmaci ormonali in diversi Paesi (14-17) compresa l'Italia (18).

Nella nostra indagine è stata osservata, rispetto al 2008, una riduzione della prevalenza d'uso dei farmaci per la terapia ormonale (18% vs 27%). I valori, tuttavia, sono più elevati rispetto a quelli registrati attraverso i dati dell'Osservatorio Nazionale dei Farmaci (OSMED) dal momento che questi ultimi sono relativi al consumo in un anno (18), mentre l'informazione raccolta attraverso l'indagine si riferisce all'intera storia anamnestica delle donne.

Un'altra area di probabile inappropriata d'uso dei farmaci per il controllo dei disturbi in menopausa riguarda le creme e le candele vaginali. Si tratta di presidi topici che presentano un ottimo profilo di sicurezza e che controllano in maniera efficace i disturbi legati alla secchezza vaginale frequenti in menopausa/post-menopausa. Nel nostro campione, sul totale delle donne in menopausa, solo il 9% riferisce di utilizzare o di aver utilizzato preparati topici mentre, prevalentemente, hanno fatto uso di TO per via sistemica (72%). Se si considera che il 37% soffre o ha sofferto di secchezza vaginale e che nel 17% dei casi tale sintomatologia è risultata importante, è lecito sospettare che questa opportunità terapeutica non sia stata offerta a tutte le donne che, invece, avrebbero potuto giovarsene. In conclusione, sembra persistere un inappropriato ricorso in eccesso alla TO per via sistemica a fronte di uno scarso utilizzo delle terapie topiche.

Per quanto riguarda le informazioni offerte alle donne, è stata osservata una bassa prevalenza di coloro che sono state informate sulla menopausa (50%) e, ancor meno, sulla terapia ormonale (34%) e le possibili alternative (31%). Hanno avuto maggiore probabilità di ricevere informazioni sulla menopausa le donne più istruite (OR=1,63; IC95% 1,29-2,07), quelle che si trovano già in menopausa (OR=1,41; IC95% 1,00-1,99), che hanno avuto disturbi legati alla menopausa (OR=1,98; IC95% 1,45-2,68) e che negli ultimi cinque anni hanno avuto accesso ai consultori familiari (OR=1,55; IC95% 1,23-1,95). Quest'ultimo dato evidenzia ancora una volta come il consultorio sia, a livello territoriale, la struttura maggiormente coinvolta nella promozione della salute e, quindi, più sensibile a veicolare messaggi relativi a condizioni ed eventi non di natura acuta.

Si è, inoltre, indagato quando le donne hanno ricevuto le informazioni. Si tratta di un aspetto estremamente importante dal momento che è fondamentale che le donne accedano alle informazioni prima di entrare in menopausa in modo da dar loro la possibilità di arrivare a questa fase competenti e in grado di prendere decisioni consapevoli per il proprio stato di salute. A riguardo, abbiamo potuto constatare che nelle ASL di intervento le donne hanno ricevuto l'informazione più precocemente, ossia in fase pre-menopausale, rispetto alle ASL di controllo, sia sulla menopausa (54% vs 41%) che sulla terapia ormonale (44% vs 35%) ma non in modo significativo per quel che concerne le possibili alternative terapeutiche. Inoltre, alle donne delle ASL di intervento le informazioni sui farmaci ormonali sono state offerte attivamente dagli operatori sanitari più spesso rispetto alle ASL di controllo (43% vs 32%) a fronte di un 33% nelle ASL di intervento e 45% nelle ASL di controllo che le ha dovute chiedere personalmente. Va sottolineato che non sono emerse differenze significative tra ASL di intervento e ASL di controllo per quanto riguarda l'accesso alle informazioni su menopausa e TO verosimilmente perché, a causa del ritardo nell'implementazione del progetto per motivi organizzativi delle ASL di intervento, la finestra temporale tra l'inizio dell'implementazione dell'offerta attiva e l'inizio dell'indagine è risultata troppo breve per permettere di rilevare differenze statisticamente significative. Tuttavia i dati disponibili lasciano ipotizzare che, sebbene a causa della eccessiva brevità della fase di implementazione non si sia riusciti a raggiungere tutte le donne, la quota, se pur bassa, di quelle informate ha ricevuto le informazioni in modo più appropriato sia in termini di tempi che di modalità di comunicazione.

Gran parte delle donne si ritiene molto o abbastanza soddisfatta delle informazioni ricevute dagli operatori sanitari su menopausa (86%), terapia ormonale (87%) e trattamenti alternativi (78%), meno dai mass media (rispettivamente 71%, 66% e 64%). Il 44%, tuttavia, ha dichiarato di aver ricevuto informazioni contrastanti sulla TO, in particolare sui rischi ad essa associati (86%) che, non a caso, sono, insieme ai benefici, gli aspetti sui quali le intervistate vorrebbero ricevere maggiori informazioni.

L'indagine si è confermata uno strumento prezioso per raccogliere dati descrittivi ed ha inoltre promosso la conoscenza e l'accreditamento dei servizi territoriali agli occhi della

popolazione residente. A riprova di ciò, nei consultori familiari della ASL di Enna, dove si è monitorato il numero di accessi per causa prima e dopo l'indagine, è stato registrato un aumento delle richieste di consulenze sul tema menopausa sottolineando una accresciuta fiducia da parte delle donne nei confronti dei servizi e del personale sanitario.

Altro punto di forza dell'indagine è stato il coinvolgimento dei professionisti sanitari nelle attività di ricerca sul territorio. Grazie all'impegno, all'entusiasmo e alla professionalità dei referenti regionali e delle intervistatrici è stato registrato un elevato tasso di rispondenza all'indagine campionaria e una buona qualità dei dati raccolti. Va inoltre sottolineato che l'indagine prevedeva interviste domiciliari e le donne, randomizzate dalle liste anagrafiche, potevano risiedere in una qualunque area della ASL, richiedendo, in territori vasti ed extraurbani come quelli di Enna o di Bergamo, un notevole carico di lavoro in termini di mobilità per le intervistatrici.

In definitiva, l'indagine ha consentito di raccogliere tutte le informazioni di interesse, dalle conoscenze e attitudini ai comportamenti nella pratica delle donne intervistate. In particolare, ha messo in luce un bisogno informativo che, in più della metà dei casi, è rimasto inevaso, in particolar modo per quelle donne che, più delle altre, avrebbero bisogno di un appropriato counselling per poter effettuare scelte di salute consapevoli, ossia le donne meno istruite e che accedono con minor frequenza ai servizi sanitari. Resta forte, pertanto, nel campo della menopausa, come per altri ambiti di salute, la necessità di diffondere informazioni *evidence based*, chiare, fruibili e, allo stesso tempo, libere da possibili conflitti di interesse che potrebbero danneggiarne la trasparenza dei contenuti e condizionare l'attività prescrittiva.

Il Rapporto ISTISAN 12/28 "Conoscenza, atteggiamenti e comportamenti su menopausa e terapia ormonale" descrive nel dettaglio la metodologia e i risultati dell'indagine (19).

Bibliografia

1. Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C, Liberati A, Mele A. *Menopausa e terapia ormonale: indagine su conoscenza, atteggiamenti e comportamenti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Rapporti ISTISAN 08/28).
2. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12 item short form Health Survey construction of scale and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996;34:220-33.
3. Apolone G, Mosconi. The Italian SF-36 healthy survey: translation, validation and norming. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1025-36.
4. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005*. Roma: ISTAT; 2007.
5. Gompel A, Rozenberg S, Barlow DH; EMAS board members. The EMAS 2008 update on clinical recommendations on postmenopausal hormone replacement therapy. *Maturitas* 2008;20;61:227-32.
6. U.S. Department of Health and Human Services, FDA, Center for Drug Evaluation and Research. *Guidance for industry noncontraceptive estrogen drug products for the treatment of vasomotor symptoms and vulvar and vaginal atrophy symptoms: recommended prescribing information for health care providers and patient labeling*. Rockville: CDER; 2005.
7. Corrao G, Zambon A, Nicotra F, Conti V, Nappi RE, Merlino L. Issues concerning the use of hormone replacement therapy and risk of fracture: a population-based, nested case-control study. *Br J Clin Pharmacol* 2008;65:123-9.
8. North American Menopause Society. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: 2010 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2010;17:242-55.
9. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) and Commission on Human Medicines (CHM). Hormone-replacement update. In: *Drug safety update* 2007;1(2):2-4.

10. Farquhar C, Marjoribanks J, Lethaby A, Suckling JA, Lamberts Q. Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD004143.
11. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;17:288:321-33.
12. Hulley S, Furberg C, Barrett-Connor E, Cauley J, Grady D, Haskell W, Knopp R, Lowery M, Satterfield S, Schrott H, Vittinghoff E, Hunninghake D; HERS Research group. Noncardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). *JAMA* 2002;288:58-66.
13. Beral V; Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003;362:419-27.
14. Lagro-Janssen A, Knufing MW, Schreurs L, van Weel C. Significant fall in hormone replacement therapy prescription in general practice. *Fam Pract* 2010;27:424-9.
15. Ringa V, Fritel X, Varnoux N, Zins M, Quelen C, Bouyer J. Discontinuation of hormone therapy in the French GAZEL cohort 1990-2006. *Fertil Steril* 2010;94:1387-91.
16. Tsai SA, Stefanick ML, Stafford RS. Trends in menopausal hormone therapy use of US office-based physicians, 2000-2009. *Menopause* 2011;18:385-92.
17. Fournier A, Weiderpass E. Characteristics and recent evolution of menopausal hormone therapy use in a cohort of Swedish women. *Climacteric* 2009;12:410-8.
18. Gruppo di lavoro Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OSMED). *L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto nazionale anno 2010*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2011.
19. Senatore S, Donati S, Cotichini R, Mosconi P, Satolli R, Colombo C. *Conoscenza, atteggiamenti e comportamenti su menopausa e terapia ormonale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/28).

ANALISI DELLA PRESCRIZIONE FARMACEUTICA DELLA TERAPIA ORMONALE IN MENOPAUSA IN ITALIA

Roberto Da Cas, Stefania Spila Alegiani
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Tra gli obiettivi specifici del progetto vi è quello di valutare l'impatto della campagna di educazione e disseminazione di informazione a livello territoriale attraverso l'analisi temporale prima/dopo dell'andamento delle prescrizioni dei farmaci per la Terapia Ormonale (TO) nelle ASL di intervento e in quelle di controllo. Inoltre, quale dato di contesto, nel presente capitolo sono stati analizzati i dati relativi all'andamento della prescrizione di questa categoria di farmaci in Italia nel periodo 2000-2010 con un approfondimento sulla variabilità a livello regionale.

Metodi

Dati sull'uso dei farmaci in Italia

I dati utilizzati si riferiscono alla prescrizione farmaceutica di medicinali a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel periodo 2000-2010, erogati attraverso le farmacie pubbliche e private. La raccolta dei dati è curata dalla Federfarma (Federazione nazionale delle farmacie private convenzionate con l'SSN) e da Assofarm (Associazione farmacie pubbliche) che ricevono i dati dalle proprie sedi provinciali e successivamente li aggregano a livello regionale.

Prescrizione farmaceutica a livello delle ASL

Le 4 ASL di intervento (Bergamo, Siena, Roma H, Enna) e le 4 di controllo (Mantova, Arezzo, Roma F, Catania) partecipanti al progetto hanno raccolto e successivamente trasmesso al gruppo di coordinamento tutte le prescrizioni farmaceutiche per la TO effettuate, nel periodo 2006-2010, a donne di età compresa tra 45 e 60 anni. Nel rispetto della normativa vigente sulla privacy tutti i dati sensibili sono stati anonimizzati.

Queste informazioni sono state ricavate attraverso i sistemi di monitoraggio aziendali che registrano gli eventi prescrittivi a carico del Servizio Sanitario Regionale. In particolare, attraverso il sistema di monitoraggio delle prescrizioni è possibile, con opportune procedure di collegamento (*record linkage*) con altri database (anagrafi assistibili, medici e specialità) recuperare informazioni demografiche più dettagliate (quali ad esempio età e sesso) sui medici che effettuano la prescrizione e sugli assistibili che la ricevono. Attraverso questi dati è possibile caratterizzare il profilo prescrittivo per ASL, medico e singolo assistito in termini di prevalenza d'uso, spesa, consumo e durata della terapia. Sulla base di tali informazioni è possibile, inoltre, realizzare le analisi sulla variabilità prescrittiva per categoria terapeutica e per sostanza.

Misure utilizzate

Le analisi sono state condotte in termini di quantità di farmaci prescritti, di spesa e di utilizzatori, cioè di assistibili che hanno ricevuto almeno una prescrizione di farmaci nel corso dell'anno. Quando il numero di utilizzatori viene rapportato alla popolazione di riferimento si ottiene una misura di prevalenza d'uso (o di utilizzatori).

Nell'analisi delle quantità di prescrizioni si fa riferimento innanzitutto alle dosi definite giornaliere (*Defined Daily Dose*, DDD), che rappresentano la dose di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relativamente all'indicazione terapeutica principale della sostanza (si tratta quindi di una unità standard e non della dose raccomandata per il singolo paziente). Il numero di DDD prescritte viene rapportato a 1000 abitanti per ciascun giorno del periodo temporale in esame (settimana, mese, anno, ecc.). La DDD consente di aggregare le prescrizioni indipendentemente dalla sostanza prescritta e dal dosaggio della singola confezione. Il consumo in DDD è presentato per principio attivo (o sostanza), per categoria terapeutica secondo la classificazione ATC (*Anatomic Therapeutic Chemical Classification System*), e nel complesso della prescrizione (vedi *Definizione degli indicatori*).

L'ATC è lo schema di classificazione delle specialità medicinali che costituisce lo standard internazionale. In questo sistema di classificazione i farmaci sono suddivisi in gruppi sulla base degli organi o apparati su cui agiscono e delle loro proprietà chimiche, farmacologiche e terapeutiche. Sono stati classificati come farmaci TO le specialità medicinali appartenenti alla categoria ATC G03CA, G03CX, G03DA, G03DB, G03FA, G03FB, G03XC (Tabella 1). Nelle analisi a livello nazionale sono state considerate anche le prescrizioni di progestinici da soli, che se non usati in associazione con gli estrogeni hanno indicazioni diverse rispetto alla terapia per i sintomi del climaterio.

Tabella 1. Classificazione dei farmaci TO appartenenti alla categoria G03 – ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale

Codice ATC	Descrizione	Principi attivi
G03CA	Estrogeni naturali	estradiolo, estriolo, estrogeni coniugati, etinilestradiolo, promestriene
G03DA - G03DB	Progestinici	didrogesterone, idrossiprogestosterone, medrogestone, medrossiprogestosterone, nomegestrolo, noretisterone, progesterone
G03CX - G03XC	Altri preparati ormonali orali	tibolone, ralossifene
G03FA - G03FB	Progestinici ed estrogeni e in associazione	estradiolo+didrogesterone, estradiolo+nomegestrolo, estradiolo+noretisterone, estradiolo+levonorgestrel, estradiolo+drosiprenone, estradiolo+temigestone

Definizione degli indicatori

Per misurare il consumo e l'esposizione a farmaci nella popolazione oggetto dello studio, sono stati utilizzati alcuni indicatori di processo costruiti sulla base dei dati disponibili attraverso i sistemi informativi aziendali.

Questi indicatori hanno lo scopo di misurare i fenomeni osservati fornendo indicazioni sull'andamento del tempo della prescrizione farmaceutica:

- *DDD/1000 abitanti die*
(numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente da 1000 abitanti)
Per esempio, per il calcolo delle DDD di un determinato principio attivo, il valore è ottenuto nel seguente modo:

$$\frac{\text{N. totale di DDD consumate nel periodo per principio attivo}}{(\text{N. di abitanti} \times \text{giorni nel periodo}) / 1000}$$

- *Prevalenza d'uso*
La prevalenza (P) di una determinata condizione o malattia in una popolazione è la proporzione di popolazione che presenta la condizione o malattia di interesse. La prevalenza d'uso dei farmaci è il rapporto tra il numero di soggetti che hanno ricevuto almeno una prescrizione e la popolazione di riferimento in un precisato periodo di tempo:

$$P = (\text{n. soggetti} / \text{popolazione}) \times 100 \text{ (o } \times 1000 \text{ abitanti, ecc.)}$$

- *DDD mediana*
valore delle DDD che divide la popolazione in due parti uguali.
- *Quartili*
ripartiscono la distribuzione (per spesa o DDD) in quattro parti di uguale frequenza.
 - il primo quartile è quel valore in cui è compreso il 25% dei dati;
 - il secondo quartile è quel valore in cui è compreso il 50% dei dati, corrisponde perciò alla mediana;
 - il terzo quartile è quel valore in cui è compreso il 75% dei dati;
 - il quarto quartile è il valore in cui è compresa l'intera distribuzione.
- *Scostamento % dalla media*

$$\frac{x_i - \text{Media}}{\text{Media}} \times 100$$

dove x_i rappresenta l'indicatore calcolato nella Regione (o ASL) e Media la media degli indicatori calcolata su tutte le regioni (o sulla Regione).

Modello di previsione per valutare l'impatto delle campagne di educazione

L'analisi delle serie temporali permette di misurare a posteriori l'efficacia di un intervento adottando un modello di previsione che tiene conto della serie storica dei consumi. Per valutare a posteriori l'efficacia dell'intervento di educazione/formazione (diffusione, tramite formazione degli operatori sanitari e informazione alle donne, delle conclusioni della Conferenza di Consenso) sono state utilizzate le serie storiche dei consumi dei farmaci TO.

La serie storica mensile dei consumi (espressi in DDD) fino al mese precedente l'intervento (Tabella 2) è stata usata per costruire un modello di previsione basato sullo smorzamento esponenziale (l'*Exponential Smoothing Model*, ESM).

Il modello è usato per fare una previsione dei livelli di consumo nei mesi successivi l'intervento fino a dicembre 2010, periodo per il quale è disponibile ancora il dato osservato. Le figure presentate permettono di fare una valutazione, seppur limitata dalla lunghezza del periodo post-intervento, dell'impatto sulla prescrizione dei farmaci TO delle campagne di educazione, attraverso il confronto tra il consumo osservato e quello atteso.

Tabella 2. Date di svolgimento delle campagne di formazione e informazione per ASL

ASL di intervento	Inizio formazione operatori sanitari	Inizio informazione donne	Mese fine serie storica
Bergamo	gennaio 2010	aprile 2010	dicembre 2009
Siena	febbraio 2010	maggio 2010	gennaio 2010
Roma H	gennaio 2010	maggio 2010	dicembre 2009
Enna	aprile 2010	maggio 2010	marzo 2010

Popolazione in studio

Nelle 8 ASL partecipanti allo studio la popolazione femminile con età compresa tra 45 e 60 anni è stata nel 2010 pari ad oltre 465 mila donne, che rappresentano il 7% della popolazione italiana. A livello delle singole ASL si passa da un minimo di circa 20 mila donne ad Enna alle 120 mila a Catania.

Nel corso del periodo 2006-2010 la popolazione in studio è aumentata del 7,6% (Tabella 3).

Tabella 3. Distribuzione per ASL della popolazione femminile 45-60 anni

ASL coinvolte	2006	2010
Bergamo	107.414	117.439
Mantova	42.800	44.610
Siena	28.037	30.079
Arezzo	36.178	38.329
Roma H	56.480	61.671
Roma F	31.127	34.790
Enna	18.524	19.474
Catania	112.117	119.290

Risultati

Dai dati dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) (1), risulta che la prescrizione a carico dell'SSN di questa categoria si è dimezzata, passando da circa 30 dosi giornaliere di farmaco ogni mille abitanti (DDD) nel periodo 2000-2002 alle 15 DDD osservate nel 2010, con una variazione media annuale (*Compound Annual Growth Rate*, CAGR) pari a -5,4%. Questo andamento è più evidente dopo la pubblicazione dei risultati dello studio *Women's Health Initiative* (WHI) (2) avvenuta nel 2002 (Figura 1). La quota di acquisto privato da parte delle donne incide nel 2010 per circa il 18% (era il 9% nel 2000).

Analizzando la variabilità regionale dell'anno 2010, si nota come la prescrizione è stata abbastanza eterogenea in termini di quantità, passando da 9 DDD del Molise a 25 DDD della Valle d'Aosta (una differenza di circa il 180%). In generale si rileva un forte gradiente geografico, con la quasi totalità delle Regioni meridionali che si collocano nei primi due quartili della distribuzione mentre le Regioni del nord, in particolare quelle del nord-ovest, fanno invece rilevare una maggior quota di consumo (Figura 2).

Gli estrogeni sono la categoria terapeutica che fa rilevare nel periodo 2000-2010 la riduzione più marcata, passando da 20 a 7 DDD (-9,3% di riduzione media annuale), anche per i progestinici la prescrizione diminuisce in misura consistente dimezzando il proprio valore.

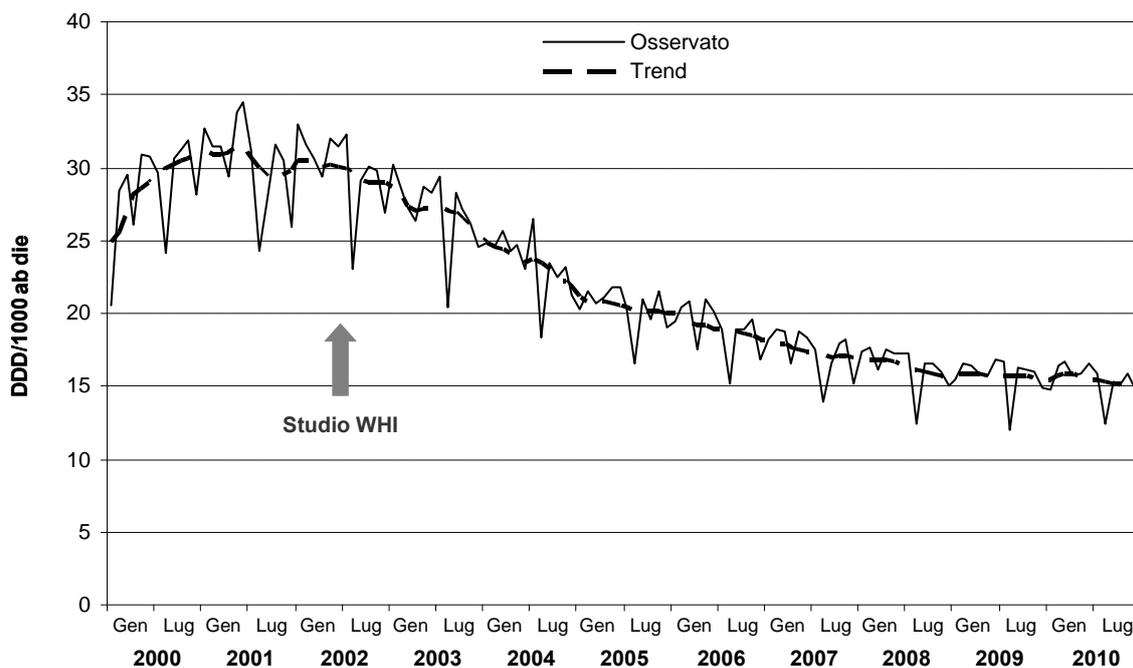


Figura 1. Farmaci per la TO: andamento temporale del consumo territoriale dei farmaci di classe A a carico dell'SSN (2000-2010)

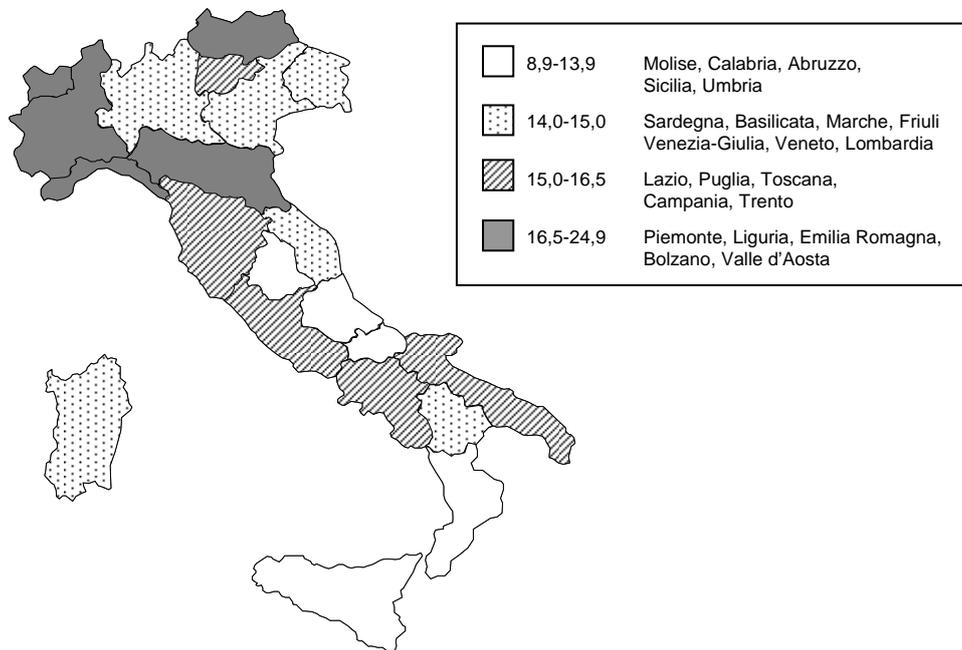


Figura 2. Farmaci per la TO: distribuzione in quartili del consumo territoriale 2010 dei farmaci di classe A a carico dell'SSN (DDD/1000 abitanti die su popolazione pesata)

L'andamento della prescrizione di estrogeni e progestinici in associazione fissa, in aumento costante fino al 2004 per poi mantenersi stabile negli anni successivi, conferma una parziale sostituzione delle altre categorie con questi farmaci (Figura 3).

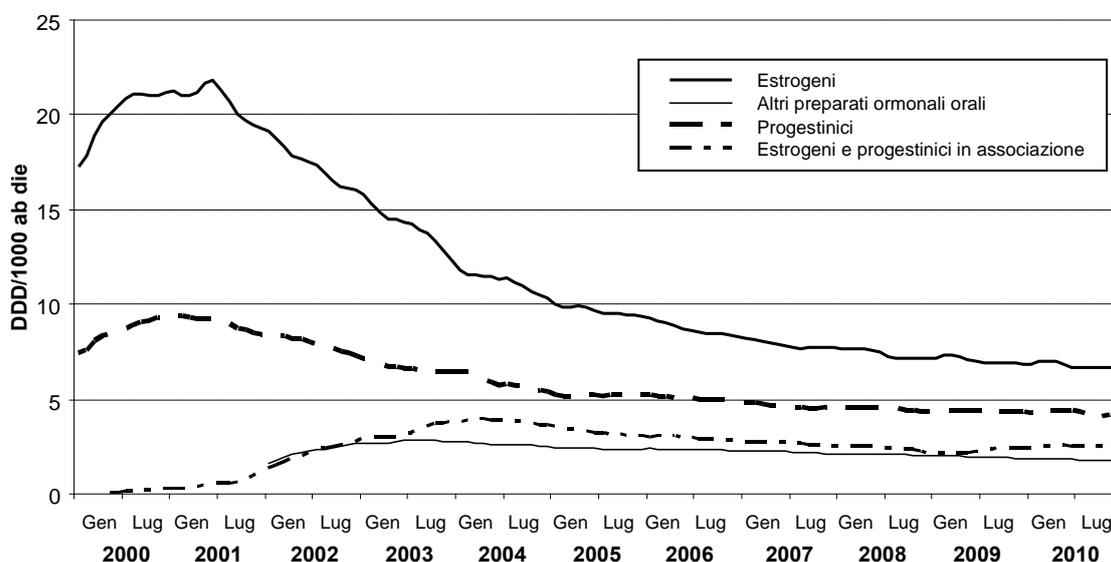


Figura 3. Farmaci per la TO: andamento temporale del consumo territoriale dei farmaci di classe A a carico dell'SSN per categoria terapeutica (2000-2010)

Dai dati raccolti nelle ASL partecipanti al progetto (Bergamo, Mantova, Siena, Arezzo, Roma H, Roma F, Enna e Catania) è stato possibile stimare l'esposizione a questi farmaci nella popolazione femminile di 45-60 anni nel periodo 2006-2010. Analogamente all'andamento del consumo osservato a livello nazionale, anche la prevalenza d'uso in queste ASL si è ridotta nei 5 anni in studio passando dal 6% al 4% (Tabella 4), con una corrispondente riduzione delle dosi prescritte da 30,6 DDD nel 2006 a 21,0 nel 2010 (-31%). Da questi dati si può stimare che in Italia, nel 2010, circa 300 mila donne sono state trattate con la terapia ormonale sostitutiva.

L'intensità d'uso, espressa come numero di giornate di terapia nel corso di un anno, è generalmente in linea con le indicazioni di tali farmaci, e varia da 130 a 220 giornate di terapia.

Tabella 4. Principali indicatori di prescrizione dei farmaci TO nelle ASL partecipanti allo studio

Indicatore di prescrizione	2006	2010
Numero di utilizzatrici	25.442	19.378
DDD 1000 ab die	30,6	21,0
Prevalenza (%)	5,9	4,2
Età media (anni)	54	53

L'estriolo, con 5,7 DDD, è la sostanza a maggior prescrizione nel 2010, seguita dal tibolone con 4,1 DDD. Rispetto al 2006, ad eccezione delle associazioni estradiolo+drospirenone ed estradiolo+nomegestrolo (rispettivamente +155% e +9%), tutte le altre sostanze fanno registrare un decremento più o meno marcato (da -3,1% dell'etinilestradiolo al -70,9% di estradiolo+noretisterone) (Tabella 5).

Tabella 5. Sostanze TO a maggior prescrizione nelle ASL partecipanti allo studio (2006 e 2010)

Sostanze TO	DDD/1000 abitanti die		Δ % 2010-2006
	2006	2010	
Estriolo	6,1	5,7	-7,1
Tibolone	5,6	4,1	-26,9
Estradiolo	8,8	3,8	-56,9
Estradiolo+drosiprenone	0,7	1,8	155,2
Estradiolo+nomegestrolo	1,1	1,2	8,6
Estradiolo+didrogesterone	1,6	1,1	-32,8
Estradiolo+levonorgestrel	1,6	1,0	-37,7
Estradiolo+noretisterone	2,8	0,8	-70,9
Promestriene	0,8	0,5	-36,0
Ralossifene	0,8	0,3	-61,4
Etinilestradiolo	<0,05	<0,05	-3,1
Farmaci TO	30,1	20,3	-32,5

A titolo esemplificativo viene presentata l'analisi temporale nel periodo 2006-2010 della prescrizione di farmaci TO delle ASL di Bergamo (ASL di intervento), in cui le attività di formazione degli operatori sanitari sono state svolte nel mese di gennaio 2010, e di Mantova (ASL di controllo). Dall'osservazione del consumo si nota come l'andamento nel tempo sia in costante diminuzione, con una sostanziale sovrapposizione del valore osservato con quello atteso, stimato in base al modello esponenziale.

Nel periodo successivo all'intervento di formazione, si osserva una lieve differenza, anche se non statisticamente significativa, tra i valori osservati e quelli attesi. In entrambe le ASL i valori osservati si mantengono superiori a quelli attesi per l'intero periodo di osservazione. È comunque difficile l'interpretazione di questi dati e la valutazione del reale impatto del progetto, visto il breve periodo di osservazione (solo 11 mesi del 2010) successivo all'intervento effettuato (Figure 4 e 5).

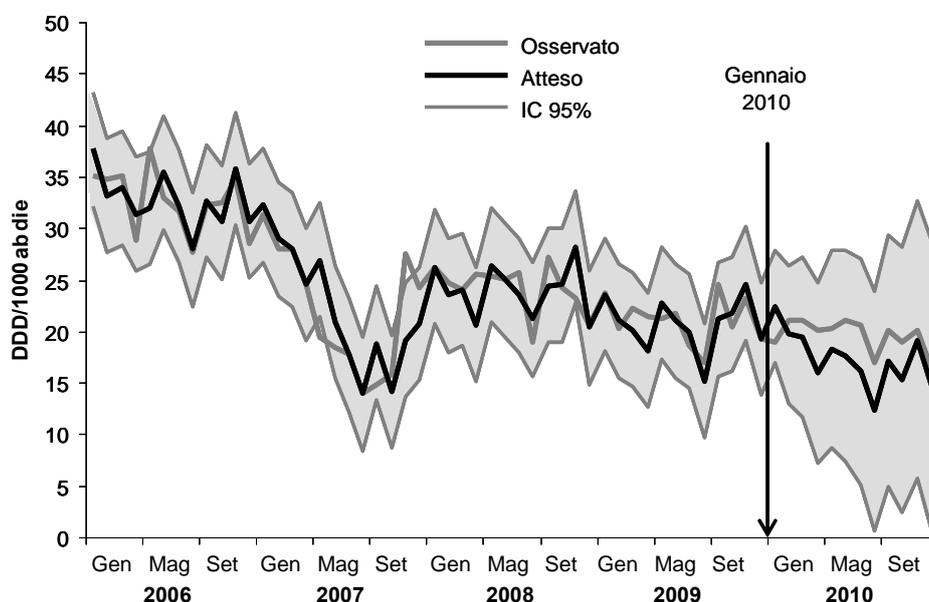


Figura 4. ASL di Bergamo: valutazione temporale della prescrizione di farmaci TO (periodo 2006-2010)

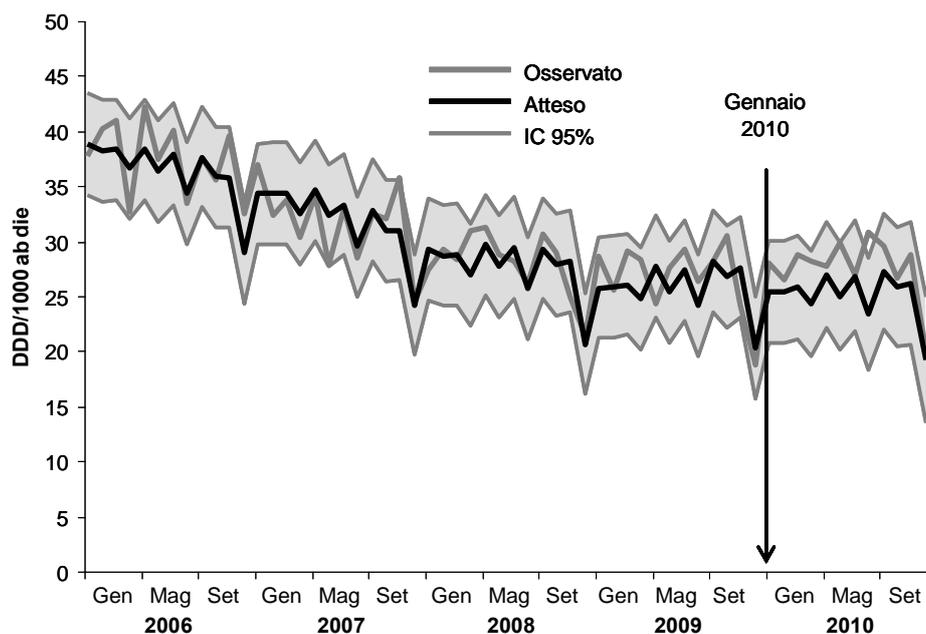


Figura 5. ASL di Mantova: valutazione temporale della prescrizione di farmaci TO (periodo 2006-2010)

Conclusioni

Nel corso dell'ultimo decennio si è osservata una costante diminuzione della prescrizione di farmaci per la terapia ormonale in menopausa, dovuta in larga parte alla pubblicazione di studi che hanno messo in evidenza un maggior rischio di problemi cardiovascolari e tumori nelle donne trattate (2,3). Il progetto si è svolto quindi in un periodo di basso utilizzo di tali farmaci, in cui poteva essere difficile mettere in evidenza differenze da attribuire agli interventi formativi previsti dal progetto. Inoltre, per problemi organizzativi e amministrativi, tutto il progetto è partito con un certo ritardo rispetto ai tempi previsti dal protocollo, questo ha comportato tra l'altro un periodo di osservazione post-intervento abbastanza limitato, con conseguente difficile interpretazione delle serie temporali. Per rendere più robusta l'analisi delle serie temporali si sta procedendo all'acquisizione dei dati di prescrizione farmaceutica della TO relativi all'anno 2011.

È importante ricordare che questa attività ha permesso di ricostruire il quadro nazionale e regionale del consumo di farmaci per la TO, di approfondire l'analisi della prescrizione nelle ASL partecipanti al progetto e di sviluppare un modello per l'analisi della serie temporali. Tali risultati sono stati resi possibili dalla collaborazione e partecipazione delle ASL e dalla tempestiva disponibilità dei dati di prescrizione farmaceutica a livello delle singole aziende. In particolare questo ultimo aspetto consentirà di replicare il modello in altri contesti territoriali, e di applicarlo ad altre categorie farmaceutiche.

Bibliografia

1. Gruppo di lavoro OsMed. *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2010*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2011.
2. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;17:288:321-33.
3. Beral V. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003;362:419-27.

PUNTI DI FORZA E LIMITI DI UN MODELLO DI RICERCA SUL CAMPO

Silvio Garattini

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano

Un'avventura durata sette anni

Nel 2006 è cominciata questa avventura con una Conferenza di Consenso sull'informazione da dare alla donna in menopausa sulla terapia ormonale. L'inizio è stato molto faticoso perché si trattava di lanciare un'idea che non è molto popolare in Italia: le Conferenze di Consenso sono molto poche e raramente coinvolgono cittadini e pazienti. Il primo merito è stato quindi averli coinvolti.

Dalla Conferenza di Consenso si è passati al progetto "Con Me" (Conoscere la Menopausa), con una partecipazione estremamente importante che ha visti coinvolti più di 2.000 professionisti. Tutto questo a fronte di risorse economiche contenute: il progetto è stato condotto con un finanziamento di 450 mila euro distribuiti in cinque anni, una cifra davvero ridotta per un progetto di questa portata.

Punti di forza e limiti

Il progetto "Con Me" rappresenta un modello molto importante perché parte dalla Conferenza di Consenso, raccoglie dati, identifica i bisogni, agisce e stila delle conclusioni. Nella maggior parte dei casi gli interventi che vengono condotti vengono considerati buoni in sé, in quanto interventi, ma perché questa convinzione acquisti una dimensione scientifica bisogna sottoporla a verifica. Il progetto "Con Me" si è mosso in questa direzione, ponendosi l'obiettivo di verificare l'utilità degli interventi e delle azioni che ha sviluppato.

La menopausa deve essere considerata una fase fisiologica nella vita delle donne, così come sono normali il menarca, la gravidanza o l'allattamento. Rispetto a questo concetto di normalità bisogna considerare che c'è ancora un vasto settore della popolazione femminile che non la pensa in questo modo. Oltre a ciò, molto spesso alle conoscenze si contrappongono i comportamenti. Le donne in menopausa, infatti, continuano ad andare dai ginecologi e continuano a cercare farmaci, magari non nell'ambito della terapia ormonale perché sanno che possono esserci effetti collaterali e rischi di salute.

La terapia ormonale in Italia è relativamente poco usata, però ha avuto un aumento di utilizzo nel tempo. Il punto di rottura è stato lo studio *Women Health Initiative* (WHI), che ha costituito un elemento di svolta in molti Paesi. Passando da una visione globale a una locale, e andando a vedere i dati di diverse popolazioni dello stesso Paese, si possono notare differenze interessanti. I dati presentati in occasione del convegno conclusivo del progetto "Con Me" mostrano che ci sono regioni e zone regionali in Italia dove l'utilizzo della terapia ormonale è ancora molto alto. Questo pone al centro la questione della regionalizzazione della sanità, che da un lato permette una gestione migliore dei problemi a livello locale rispetto a una gestione a livello ministeriale, ma dall'altro richiede un'attenzione particolare a mantenere un coordinamento tra le diverse regioni. La situazione è, infatti, estremamente eterogenea tra le

regioni, sia per l'utilizzo dei farmaci sia per tipo di attività e di interventi. L'augurio è che la regionalizzazione non sia un elemento che aumenti le differenze, ma un elemento che cerchi di gestire le risorse in modo da omogeneizzare il sistema che, ancora oggi, presenta grande eterogeneità.

Nella terapia ormonale, un punto che si può affermare con buona certezza è che non deve essere usata per la prevenzione. Lo studio WHI ha posto la questione in modo preciso, entrando nel merito del rapporto benefici/rischi. In genere negli studi i benefici di un trattamento tendono a essere magnificati, perché ciò che si cerca sono i benefici. Le industrie farmaceutiche, che hanno interessi economici, tendono ad amplificare qualsiasi aspetto che possa essere favorevole alla promozione di un determinato farmaco. Occorre ricordare e ribadire invece che non ci sono farmaci innocui, tutti hanno sempre rischi, effetti collaterali, alcuni dei quali – forse la maggior parte – non si conoscono. Lo studio WHI ha mostrato che, quantitativamente, il rapporto benefici/rischi della terapia ormonale è sfavorevole dal punto di vista generale. Questo non significa negare i benefici che può portare a specifiche condizioni: dal progetto è emersa anche la necessità di evitare l'ostracismo verso la terapia ormonale, perché ci sono casi in cui la menopausa porta sintomi indesiderabili che vanno curati, per cui la terapia ormonale può essere utile. Anche in questi casi si deve prestare attenzione alle incertezze presenti nel rapporto benefici/rischi e va seguito il buon senso di usare le dosi più basse possibili per togliere il sintomo, per il periodo di tempo più breve possibile, senza prolungare il trattamento quando non è necessario. Nella decisione di come affrontare eventuali sintomi, il rapporto medico-ginecologo-paziente è cruciale perché la donna possa essere messa nelle condizioni di scegliere, e il medico e il ginecologo devono informare dando elementi che non siano orientati in una certa direzione. Questo richiede una grande onestà intellettuale ed etica e richiede di essere sganciati da molti interessi.

Il tema della comunicazione è fondamentale per la promozione della salute, e un aspetto degno di nota in questo senso è la grande quantità di informazioni che è stata data nelle ASL partecipanti al progetto a medici, ginecologi, ostetriche, farmacisti, donne interessate, secondo una modalità a cascata che ha permesso di amplificare l'intervento di informazione e formazione, e di diffondere conoscenza.

Accanto a questi punti di forza, il progetto ha dei punti deboli che riguardano in particolare il mancato coinvolgimento delle scuole, e quindi dei giovani. Tra le ASL partecipanti nessuna ha scelto di svolgere attività di informazione nelle scuole, non per cattiva volontà ma perché i mezzi a disposizione erano molto pochi. Questo costituisce un limite del progetto, perché è importante entrare nelle scuole e comunicare con i giovani, cercando modalità che tengano conto dei nuovi strumenti di comunicazione. L'altro punto critico è stata la durata del progetto: la verifica degli interventi è stata limitata dal tempo di osservazione, troppo breve per poter trarre tutte le conclusioni auspicate. Questo aspetto va valutato considerando ancora una volta le ridotte risorse e i finanziamenti disponibili, che hanno reso impossibile una valutazione a lungo termine.

Estendere il modello ad altri campi

Ci sono altri campi, per esempio l'osteoporosi, dove questo modello potrebbe essere utilizzato. L'osteoporosi in realtà è una malattia rara, ma è diventata ormai il patrimonio di quasi tutte le donne italiane. Se si considerano le prescrizioni di farmaci osteoporotici, si può notare che c'è una stragrande maggioranza di donne italiane che riceve questo tipo di farmaci.

Questo certamente è il risultato del ricorso crescente alla MOC, la Mineralometria Ossea Computerizzata: avere un macchinario per misurare la densità ossea è stato il modo con cui si è

riusciti a far pensare a tutte le donne che, se hanno appena una piccola differenza di densità ossea rispetto a valori cosiddetti normali – che non ha alcun valore predittivo dal punto di vista delle fratture e dell'osteoporosi – sono donne malate e non devono far altro che prendere farmaci. È un ennesimo caso di *disease-mongering*, creazione di malattie, fenomeno che si sta sviluppando sempre di più e che sta prendendo molti settori.

Ricerca di qualità per rispondere ai dubbi e migliorare l'assistenza sanitaria

Quando mancano informazioni e conoscenze, e ci sono dubbi riguardo ai benefici di una pratica medica o ai rischi di un farmaco, le risposte vanno cercate e date attraverso gli studi clinici controllati, non attraverso le impressioni o il parere di persone autorevoli. È necessario però che questi studi siano di buona qualità. Molto spesso negli studi vengono analizzati i sottogruppi della popolazione iniziale, da cui si possono ottenere tante informazioni, che non danno però risposte attendibili: sono informazioni utili per generare ipotesi da verificare con ulteriori studi, ma non offrono risposte in sé. È proprio sui sottogruppi che gioca spesso l'industria nel proporre dati positivi, che vengono poi rapidamente estesi a tutta la popolazione dimenticandosi da dove derivano.

Se fare una ricerca di buona qualità è necessario per rispondere ai dubbi, fare ricerca è un'attività che non riguarda solo i ricercatori. La ricerca deve essere un costante atteggiamento di tutti. Solo 15 anni fa l'idea di fare ricerca negli ospedali era considerata una cosa illecita: gli ospedali dovevano fare assistenza, non ricerca. Per fortuna oggi non è più così, e questo dovrebbe valere sempre più anche per i medici di medicina generale, che potrebbero essere la principale fonte di ricerca. I medici di medicina generale sono uno snodo fondamentale per la ricerca in ambito sanitario, perché hanno un contatto e un'osservazione costanti sul territorio e offrono una visione di ciò che accade nella realtà quotidiana.

Se quello che ogni giorno si produce in termini di dati negli ospedali, negli ambulatori, nella medicina del territorio potesse essere raggruppato in un grande progetto di ricerca che riguardi tutto il Paese, si farebbero passi avanti straordinari. Fortunatamente molti dati oggi sono disponibili perché in diverse regioni è disponibile la storia di tutti i pazienti, si può rintracciare quale terapia hanno seguito, e questo amplia le possibilità di fare ricerca.

La ricerca è un modo di essere, è il dubbio permanente che si deve sempre portare dentro di sé, perché soltanto il dubbio fa andare avanti e progredire. È la tendenza continua a non accontentarsi di quello che si sa, a cercare di saperne qualcosa di più, man mano che aumentano le conoscenze e di conseguenza le difficoltà e i dubbi. È come quello che si dice per l'orizzonte: se si fa un passo, l'orizzonte si sposta di un passo, se si percorrono due chilometri, anche l'orizzonte si sposta di due chilometri. Allora, perché camminare? Bisogna camminare per avvicinarsi a quella che è forse un'utopia ma che deve essere il fine di tutto quello che facciamo, cioè fare tutto il possibile perché gli ammalati abbiano tutto quello che è necessario.

CONCLUSIONI

Roberto Satolli (a), Paola Mosconi (b), Cinzia Colombo (b), Sabrina Senatore (c), Serena Donati (c)

(a) *Zadig Agenzia di Editoria Scientifica, Milano*

(b) *Laboratorio per il Coinvolgimento dei Cittadini in Sanità, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano*

(c) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Gli obiettivi del progetto “Con Me” sono stati in gran parte raggiunti in maniera soddisfacente, e alla luce dell’esperienza condotta molte indicazioni pratiche possono essere fornite ad altri operatori che si trovino ad affrontare tematiche simili.

Il convegno conclusivo del progetto “Con Me”, svoltosi a Roma nell’ottobre del 2011, ha fatto emergere in maniera tangibile un risultato non del tutto atteso. Il metodo del coinvolgimento di figure professionali diverse (ginecologi, medici di medicina generale, farmacisti, ostetriche), allargato dal chiuso della Conferenza di Consenso a tutte le iniziative condotte sul territorio attraverso le ASL, ha consentito agli operatori interessati di sperimentare in maniera concreta un modo di lavorare (dalla formazione a cascata sino a tutte le attività di offerta attiva) senza compartimenti stagni, che ha stimolato in tutti un forte apprezzamento. Probabilmente grazie alla gratificazione che ne deriva, il progetto ha presentato un effetto “leva” di moltiplicazione degli sforzi degli organizzatori, che è andato molto al di là delle previsioni.

È questo un aspetto di efficienza del modello proposto che consente, con un investimento di risorse limitato, di produrre un impatto di ampio raggio, che andrà tenuto presente come uno dei punti di forza per esperienze future.

Un ultimo elemento importante è la valenza di utilizzare un farmaco, e le condizioni di appropriatezza del suo utilizzo, come cartina di tornasole di temi di assai più ampia portata sociale e culturale. Un operatore coinvolto nelle attività di offerta attiva delle raccomandazioni presso una delle ASL ha così commentato: “All’inizio ci domandavamo che utilità avesse parlare ancora alle donne degli ormoni, che poche ormai usano. Ma ci siamo presto accorti che ci si presentava così l’occasione di parlare in maniera corretta della menopausa, in tutti i suoi aspetti, aprendo la via a una informazione centrata sugli stili di vita e sul desiderio di stare bene”.

Il progetto “Con Me” sembra essere stato per molti un’occasione per praticare un percorso inverso a quello medicalizzante, che vorrebbe ridurre ogni discorso sulla menopausa all’uso più o meno appropriato di una pillola: dalla pillola si è partiti per aprire finalmente un dialogo sulla salute.

APPENDICE
Materiale utilizzato nel progetto

ALLEGATO A1**Scheda di valutazione degli articoli sulla carta stampata**

ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE «MARIO NEGRI»	
Con Me CONoscere la MENopausa	
VALUTAZIONE DI IMPATTO DI INTERVENTI RIVOLTI AI CITTADINI E AGLI OPERATORI SANITARI PER L'USO APPROPRIATO DI FARMACI: IL CASO DELLA TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA ALLA LUCE DELLA RECENTE CONFERENZA DI CONSENSO	
SCHEDA DI VALUTAZIONE ARTICOLI	
CODICE ART. _____	
Giornale/rivista	_____
Tipo di giornale:	<input type="checkbox"/> quotidiano <input type="checkbox"/> supplemento <input type="checkbox"/> femminile <input type="checkbox"/> fitness/salute <input type="checkbox"/> settimanale di attualità <input type="checkbox"/> rivista scientifica/per medici
Sezione	<input type="checkbox"/> attualità <input type="checkbox"/> cronaca <input type="checkbox"/> salute <input type="checkbox"/> editoriale <input type="checkbox"/> altro
Data di pubblicazione	_____
Occhiello	_____
Titolo	_____
Sottotitolo	_____
E' firmato	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Foto	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì, descrizione _____
Info-grafica:	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì, descrizione _____
Lunghezza	<input type="checkbox"/> >1 pagina <input type="checkbox"/> 1 pagina <input type="checkbox"/> ½ pagina <input type="checkbox"/> < ½ pagina <input type="checkbox"/> solo box <input type="checkbox"/> altro, specificare _____
Fonti citate nell'articolo (è possibile segnare più di una)	
<input type="checkbox"/> medico di medicina generale	<input type="checkbox"/> testimonianza paziente
<input type="checkbox"/> medico specialista	<input type="checkbox"/> sito o rivista medico divulgativa (BBC...)
<input type="checkbox"/> società medico scientifica	<input type="checkbox"/> studi clinici, revisioni...
<input type="checkbox"/> istituto di ricerca, fondazione	<input type="checkbox"/> nessuna
<input type="checkbox"/> convegno, congresso	<input type="checkbox"/> altro, specificare _____
<u>Argomenti trattati:</u>	
L'articolo parla della Conferenza di consenso sulla TOS	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
L'articolo parla di menopausa	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Se sì, ne parla come di una malattia (medicalizza la menopausa)	<input type="checkbox"/>
ne parla come di una fase normale della vita	<input type="checkbox"/>
Menopausa o terapia ormonale sono l'argomento principale	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Settembre 2009	1

L'articolo tratta di terapia ormonale sostitutiva (TOS) per curare i sintomi della menopausa

sì no

Se sì, l'articolo propone la TOS come terapia per curare i seguenti sintomi:

vampate, sudorazioni (disturbi climaterio)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
qualità della vita	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
soddisfazione sessuale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
tono dell'umore	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

L'articolo tratta di terapia ormonale sostitutiva (TOS) per prevenire i disturbi della menopausa

sì no

Se sì, l'articolo propone la TOS come terapia per prevenire:

accidenti cardiovascolari	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
demenza	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
fratture delle ossa	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
tumore dell'intestino	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
altro specificare _____		

L'articolo tratta dei rischi della terapia ormonale sostitutiva (TOS)

sì no

Se sì, l'articolo presenta i rischi della TOS su:

Apparato cardiovascolare (infarti, ictus, trombosi ed embolie)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tumori femminili (tumore del seno, endometrio, ovaio, corpo utero)	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no

L'articolo riporta quando usare la TOS (es. età della donna)

sì no

L'articolo riporta per quanto tempo usare la TOS (durata della terapia)

sì no

Se sì, specificare _____

L'articolo presenta alternative alla TOS

sì no

Se sì, quali

<input type="checkbox"/> fitoestrogeni (ormoni di origine vegetale)	<input type="checkbox"/> omeopatia
<input type="checkbox"/> vitamine – minerali	<input type="checkbox"/> agopuntura
<input type="checkbox"/> te alle erbe	<input type="checkbox"/> alimentazione, dieta specifica
<input type="checkbox"/> tecniche di rilassamento, meditazione	<input type="checkbox"/> altro, specificare _____

Se sì, le alternative vengono messe a confronto con la TOS

sì no

L'articolo fa riferimento a potenziali conflitti di interesse

sì no

Leggibilità, chiarezza dell'articolo

buona sufficiente non è comprensibile / non è chiaro

L'articolo fornisce informazioni complete, chiare, da fonti provate, in modo da permettere a chi legge di fare scelte consapevoli

sì no

ALLEGATO A2

Opuscolo rivolto alle donne

Le informazioni riportate sono tratte dalle raccomandazioni della Conferenza di consenso "Quale informazione per la donna in menopausa sulla terapia ormonale sostitutiva", un progetto durato due anni promosso da Partecipasalute e dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità. Una giunta, composta da clinici, esperti di metodologia della ricerca, giornalisti, rappresentanti di associazioni di cittadini, rappresentanti di area legale e bioetica, è stata incaricata di produrre le **raccomandazioni finali** disponibili su <http://www.partecipasalute.it>, <http://www.snig-issi.it/>

Progetto CONoscere la MENopausa
Questo opuscolo è stato prodotto nell'ambito del progetto Con Me, che **divulga le raccomandazioni** della Conferenza di consenso **e ne valuta l'impatto**

Chi lo promuove
L'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri è un ente morale no profit che si occupa di ricerca nel campo biomedico. Ne fa parte il progetto Partecipasalute.
Zadig è una società giornalistica editoriale impegnata nella comunicazione e nella formazione su temi di medicina, scienza e ambiente
Il Sistema Nazionale Linee Guida (SNIG) – Istituto Superiore di Sanità ha l'obiettivo di promuovere processi di valutazione e migliorare la realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.
Il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità promuove attività di ricerca finalizzata alla protezione della salute umana e alla valutazione dei servizi sanitari.
Il progetto è finanziato dai fondi multi regionali dell'Agenzia Italiana del Farmaco

Fonti
Raccomandazioni per le donne dalla Conferenza di consenso di Torino, BIF 2008, XV, 22-27:
http://www.bif-online.it/pdf/BIF_TOS.pdf
<http://www.partecipasalute.it>
<http://www.snig-issi.it/>
Farmaci e dintorni: terapia ormonale per la menopausa: <http://www.ceveas.it/>

Come?

- Corsi di formazione, focus group e opuscoli.
- Misurazione delle prescrizioni della terapia ormonale nel tempo, nelle regioni coinvolte nel progetto
- Indagini sulle conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti delle donne e degli operatori sanitari.
- Raccolta e valutazione degli articoli pubblicati sulla carta stampata.

MMV
MARIO NEGRI
FARMACOLOGICHE

ZADIG
SAUTE, LECTURA & AMBIENTE

Partecipasalute

SNIG

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

GInGps

Com Me
COMUNICAZIONE E MEDIA

Progetto CONoscere la MEnopausa

La menopausa è una fase della vita

La menopausa è un periodo di passaggio che si accompagna ai cambiamenti dell'età e a situazioni della vita che si modificano. Alcune donne la vivono come un momento positivo, perché per esempio non hanno più dolori mestruali o mal di testa ricorrenti, oppure perché possono vivere la sessualità più liberamente. Per altre donne è un passaggio critico: i disturbi della menopausa, i cambiamenti del proprio aspetto e del proprio corpo che avvengono con l'età, il diverso ruolo in famiglia o nel contesto in cui si vive possono diventare problemi da affrontare.

Quali disturbi possono sopraggiungere con la menopausa?

La menopausa non è una malattia e non va trattata come tale, ma può portare disturbi da prendere in considerazione.

Sudorazioni, vampate di calore, secchezza vaginale e dolore nei rapporti sessuali, risvegli notturni per sudorazioni sono problemi che la menopausa può causare. In genere, salvo la secchezza vaginale, passano con il tempo e hanno un'intensità variabile. Sono tutti sintomi benigni, cioè non sono associati ad alcun rischio di malattia.

Altri disturbi, come l'irritabilità, il cattivo umore, la depressione, l'ansia, il calo della libido possono sopraggiungere nello stesso periodo della menopausa, ma non sono causati direttamente da questa, al contrario di quello che comunemente si pensa. Sono problemi che possono arrivare con l'avanzare dell'età per diversi motivi e circostanze.

Anche la diminuzione della densità minerale ossea, i dolori alle ossa e ai muscoli, l'aumento di peso e problemi sessuali non dovuti a secchezza vaginale non sono causati direttamente dalla menopausa.

Alcuni di questi disturbi potrebbero avere spiegazioni di natura psicologica.

Come si possono controllare...

...le vampate di calore, le sudorazioni notturne e i disturbi del sonno
Un'attività fisica costante e un'alimentazione sana aiutano a controllare questi sintomi e sono di beneficio per molte altre condizioni (si veda *I vantaggi di un'attività fisica moderata e costante e di una dieta sana*).

La terapia ormonale in menopausa può essere utile per chi soffre di questi problemi e non riesce a tollerarli. Va assunta solo dopo aver parlato con il proprio medico dei rischi che può comportare, oltre che dei vantaggi, e comunque alla dose utile più bassa e per il tempo minimo necessario (si veda *La terapia ormonale in menopausa*).

...la secchezza vaginale

La secchezza vaginale, che porta spesso a dolore nei rapporti sessuali, può essere trattata con creme, gel, ovuli vaginali a base di ormoni, senza ricorrere alla terapia per via orale.

La terapia ormonale in menopausa

Effetti favorevoli

- Allevia il numero e l'intensità delle **vampate**
- Diminuisce i **risvegli notturni** per vampate
- Allevia la **secchezza vaginale** – per questo disturbo la terapia ormonale può essere usata in forma di crema, gel, ovuli vaginali.

Effetti favorevoli, ma con riserva

- Dopo tre anni di terapia, **diminuisce** il rischio di **tumore del colon retto**. Tra chi assume la terapia, meno donne si ammalano di questo tumore rispetto a chi non assume la terapia. A questo **non** corrisponde **una riduzione di mortalità** (si veda *Nel dettaglio*)
- Anche se la terapia aumenta la **densità minerale ossea**, in particolare di vertebre e femore, **non è consigliabile usarla** per prevenire le fratture (si veda *Nel dettaglio*).

Effetti sfavorevoli

- Aumenta il rischio di **trombi alle vene** da quando inizia la terapia, indipendentemente dall'età della donna
- Aumenta il rischio di **ictus** dopo un anno di terapia, indipendentemente dall'età
- Aumenta il rischio di **tumore del seno** in relazione alla durata della terapia: già dal primo anno c'è un aumento di rischio che diventa più importante dopo 5 anni di terapia (si veda *Nel dettaglio*)

Nessun effetto su

- Infarto
- Demenza
- Incontinenza urinaria
- Aumento di peso e perdita di capelli

A chi va riservata la terapia?

Valutando i benefici e i danni, si può concludere che va riservata alle donne che:

- sono entrate in menopausa a meno di 45 anni, cioè sono in menopausa precoce
- lamentano vampate di calore, sudorazioni e risvegli notturni, che percepiscono come importanti e persistenti
- vivono la menopausa in modo negativo e desiderano assumere la terapia. Queste donne devono valutare insieme al proprio medico quali vantaggi e quali svantaggi comporta la terapia, anche in base alle proprie condizioni di salute e ai propri fattori di rischio.

Per quanto tempo va usata?

Per il più breve tempo possibile e alle dosi minime utili. Quando si sospende la terapia, i sintomi possono ricomparire.

Va usata come prevenzione?

Non è consigliabile, perché è sfavorevole il rapporto tra i benefici possibili e i rischi. In particolare, la terapia ormonale non previene le demenze, né l'infarto o i disturbi cardiovascolari.

I vantaggi di un'attività fisica moderata e costante e di un'alimentazione sana

Gli estrogeni vegetali possono aiutare?

Gli estrogeni contenuti nella soia, nei suoi derivati e in altri vegetali possono contribuire a ridurre i disturbi della menopausa. Le prove scientifiche in questo senso sono ancora deboli. In alcune popolazioni orientali, dove la soia è un alimento molto diffuso, i disturbi vasomotori sembrano essere più rari.

Cosa significa attività fisica moderata

30 minuti di attività, per esempio di cammino, per 5 giorni la settimana o più.

Cosa significa una dieta sana

Frutta e verdura, 5 porzioni al giorno – una porzione corrisponde a circa 70 g di verdura o 100 g di frutta. Pochi grassi animali, molti legumi e cereali integrali, alcol moderato. Evitare il fumo di tabacco.

Effetti

L'attività fisica e una dieta appropriata riducono il rischio cardiovascolare, le vampate, le sudorazioni notturne, il peso, il rischio di osteoporosi. L'esercizio fisico riduce anche l'incontinenza urinaria.

Attività fisica in menopausa

L'esercizio fisico riduce il rischio di malattie cardiovascolari e la mortalità per questo tipo di malattie. Secondo alcuni studi protegge dal rischio di tumore del seno e del colon.

È utile nella prevenzione e nel trattamento della pressione alta, delle alterazioni della quantità di grassi nel sangue, ha effetti benefici sul sistema muscolo-scheletrico, sull'umore e sulla qualità di vita, inclusa la qualità del sonno. Riduce vampate e sudorazioni.

Dieta in menopausa

- La domanda di nutrienti cambia a seguito delle modificazioni ormonali; a volte, è necessario ridurre il consumo degli alimenti più ricchi di grassi e di calorie;
- Una dieta appropriata può diminuire il rischio di malattie cardiovascolari e tumori, in particolare tumore del seno e del colon.

Nel dettaglio

Terapia ormonale Effetti favorevoli, ma con riserva

Perché tra le donne che assumono la terapia ormonale ci sono meno casi di tumore del colon retto, ma non diminuisce la mortalità per questo tumore?

Nelle donne che si ammalano di tumore del colon retto che assumono la terapia ormonale, il sanguinamento rettale – sintomo del tumore – potrebbe venire scambiato per sanguinamento vaginale. La diagnosi sarebbe così ritardata, comportando una prognosi più grave perché il tumore viene trovato in fasi più avanzate.

Perché non è consigliabile usare la terapia ormonale per prevenire le fratture?

Il rischio di fratture del femore e delle vertebre aumenta con l'età e diventa alto ben oltre i 65-70 anni. Per le donne tra 50 e 60 anni di età quindi il vantaggio della terapia sulle fratture è molto basso. Per questo, a fronte dei rischi e del basso beneficio, non è consigliabile usarla per prevenire le fratture.

Se il rischio di fratture è alto

Le donne che hanno un rischio di fratture molto alto possono ricorrere a farmaci efficaci diversi dalla terapia ormonale, a meno di controindicazioni.

Come si può aumentare la densità minerale delle ossa?

Grazie a una dieta sana, un'attività fisica costante, moderando il consumo di alcol ed evitando di fumare. La diminuzione della densità minerale ossea non è una malattia da curare, è una condizione che si determina con l'avanzare dell'età, che aumenta il rischio di fratture. L'obiettivo importante per evitare le fratture è prevenire le cadute, e ci sono diversi accorgimenti utili per farlo.

Come si possono evitare le fratture?

Per prevenire le fratture, ci sono accorgimenti utili ed efficaci che riducono le cadute, come per esempio fare un controllo della vista o degli occhiali, o prestare attenzione se vengono assunte benzodiazepine (per esempio ansiolitici o sedativi) e/o antidepressivi. Anche fare attività fisica aiuta, perché aumenta i riflessi e la forza muscolare.

Effetti sfavorevoli

Il rischio è minore per le donne che usano:

- La terapia con soli estrogeni, rispetto a quella con estrogeni e progestinici insieme
- La terapia con progesterone naturale micronizzato, rispetto a quella con progestinici sintetici.

Dopo 5 anni dalla sospensione della terapia, il rischio sembra tornare quello della popolazione generale.

Trombi alle vene

Ogni anno su mille donne che assumono la terapia, 4 hanno una trombosi venosa su mille donne che non la assumono

2 hanno una trombosi venosa

↑ 2 casi in più su mille donne

Ictus

Ogni anno su mille donne che assumono la terapia, 3 hanno un ictus su mille donne che non la assumono

2 hanno un ictus

↑ 1 caso in più su mille donne

Tumore del seno

Ogni anno su mille donne che assumono la terapia, 4 si ammalano di tumore del seno su mille donne che non la assumono

3 si ammalano di tumore del seno

↑ 1 caso in più su mille donne

Tanto o poco?

Il rischio in più di trombi alle vene, ictus e tumore del seno è piccolo a livello individuale. La sua importanza va valutata personalmente considerando se si hanno altri fattori di rischio per queste malattie, e come si vive la menopausa. Diventa comunque una questione di salute pubblica rilevante se si considerano tutte le donne che assumono la terapia ormonale. Per questo è consigliabile usarla per meno tempo possibile, alle dosi minime necessarie per curare i sintomi.

ALLEGATO A3**Opuscolo rivolto agli operatori sanitari**

Conoscere la Menopausa

Questo materiale informativo è stato prodotto nell'ambito del **progetto Conoscere la Menopausa**, che **divulga le raccomandazioni** della Conferenza di consenso *“Quale informazione per la donna in menopausa sulla terapia ormonale sostitutiva”* e ne valuta l'impatto. La Conferenza di consenso è un progetto durato due anni promosso da PartecipaSalute e dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità.

Chi lo promuove

L'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - ente morale no profit che si occupa di ricerca nel campo biomedico. Ne fa parte il progetto PartecipaSalute.

Zadig - società giornalistica editoriale impegnata nella comunicazione e nella formazione su temi di medicina, scienza e ambiente.

Il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità che ha l'obiettivo di promuovere processi di valutazione e migliorare la realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità che promuove attività di ricerca finalizzata alla protezione della salute umana e alla valutazione dei servizi sanitari.

Il progetto è finanziato da fondi multiregionali dell'Agenda Italiana del Farmaco.

La menopausa è una fase della vita

La menopausa è una tappa evolutiva nella vita della donna, che talora può essere vissuta criticamente e può portare disturbi: non è una malattia, e non va trattata come tale.

I problemi per i quali è dimostrato un rapporto causale con la menopausa sono **sudorazioni, vampate di calore, secchezza vaginale, dispareunia e risvegli notturni a causa delle sudorazioni**. Sono tutti sintomi benigni di intensità variabile e, salvo la secchezza vaginale, regrediscono spontaneamente con il tempo.

L'irritabilità, il cattivo umore, la depressione, l'ansia e il calo della libido possono sopraggiungere nello stesso periodo della menopausa, ma non hanno con essa un nesso causale provato. Anche la diminuzione della densità minerale ossea, i dolori osteoarticolari, l'aumento di peso e problemi sessuali non secondari alla secchezza vaginale non sono causati direttamente dalla menopausa. Alcuni di questi disturbi potrebbero avere spiegazioni psicologiche.

Tutti questi problemi sono comunque meritevoli di attenzione e possono quindi richiedere un intervento medico.

La terapia ormonale in menopausa

A chi va riservata?

Valutando i benefici e i danni, in generale si può concludere che va riservata alle donne che:

- **sono in menopausa precoce**, che va considerata un quadro patologico
- **lamentano vampate di calore, sudorazioni e risvegli notturni** che percepiscono come importanti, persistenti e in grado di compromettere la qualità della loro vita
- **vivono la menopausa in modo negativo e desiderano assumere la terapia**.

La decisione in questi casi va discussa con la donna, valutando benefici e danni.

La secchezza vaginale e il dolore nei rapporti sessuali non sono indicazione a una terapia ormonale per via sistemica e dovrebbero essere trattati con preparati topici che risultano efficaci (creme, gel, ovuli vaginali).

Effetti favorevoli, ma con riserva

- Dopo tre anni di terapia, **diminuisce** il rischio di **tumore del colon retto**. A questo **non corrisponde** però una **riduzione di mortalità** (si veda Nel dettaglio)
- La terapia aumenta **la densità minerale ossea** (in particolare di vertebre e femore), ma **non è** comunque **indicata** per prevenire le fratture (si veda Nel dettaglio)

Nel dettaglio

Tumore del colon retto: la mortalità non diminuisce

E' possibile che nelle donne che si ammalano di tumore del colon retto e che assumono la terapia ormonale, il sanguinamento rettale venga scambiato per sanguinamento vaginale: questo ritarderebbe la diagnosi comportando una prognosi peggiore.

Perché non è consigliabile usare la terapia ormonale per prevenire le fratture

Il rischio di fratture del femore e delle vertebre aumenta con l'età e diventa consistente ben oltre i 65-70 anni. Per le donne tra 50 e 60 anni di età quindi il vantaggio della terapia ormonale sulle fratture è molto piccolo. A fronte dei danni della terapia e del contenuto benefico, non è quindi indicata per prevenire le fratture.



Se il rischio di fratture è alto

Per le donne che hanno un rischio di fratture molto alto – per esempio in prevenzione secondaria – c'è ampia disponibilità di farmaci efficaci diversi dalla terapia ormonale. In caso di controindicazioni a questi farmaci, allora si raccomanda l'utilizzo della terapia ormonale.

L'osteoporosi è una condizione di rischio, non una malattia

L'osteoporosi non è una malattia da curare, è una condizione che aumenta il rischio di fratture. Solo una piccola parte delle fratture si può prevenire con terapie farmacologiche per l'osteoporosi, molte si possono evitare semplicemente prevenendo le cadute. Per questo, le linee guida nazionali raccomandano una serie di interventi, tra cui controllare periodicamente la vista o gli occhiali di cui la persona fa uso e rivalutare l'eventuale utilizzo e le dosi di benzodiazepine, antidepressivi, antipertensivi o altri farmaci che possono interferire con l'equilibrio.

Effetti sfavorevoli

- Aumenta il rischio di **trombosi venosa** da quando si inizia la terapia, indipendentemente dall'età della donna
- Aumenta il rischio di **ictus** dopo un anno di terapia, indipendentemente dall'età della donna
- Aumenta il rischio di **carcinoma della mammella** in relazione alla durata della terapia: già dal primo anno si registra un aumento di rischio che aumenta dopo 5 anni di terapia

Nel dettaglio**Trombosi venosa**

Ogni anno, su mille donne che assumono la terapia, 4 hanno una trombosi venosa contro 2 su mille tra quelle che non assumono la terapia
→ 2 casi in più su mille donne

Ictus

Ogni anno, su mille donne che assumono la terapia, 3 hanno un ictus contro 2 su mille tra quelle che non assumono la terapia
→ 1 caso in più su mille donne

Carcinoma della mammella

Ogni anno, su mille donne che assumono la terapia, 4 si ammalano di carcinoma della mammella contro 3 su mille tra quelle che non assumono la terapia
→ 1 caso in più su mille donne

Il rischio è minore per le donne che usano:

- la terapia con soli estrogeni, rispetto a quella con estrogeni e progestinici
 - la terapia con progesterone naturale micronizzato rispetto a quella con progestinici sintetici.
- Dopo 5 anni dalla sospensione della terapia, il rischio sembra tornare quello della popolazione generale.

Nessun effetto su infarto, demenza, incontinenza urinaria, aumento di peso e perdita di capelli.

Per quanto tempo va usata? Si raccomanda di attenersi alle linee guida, che suggeriscono tempi di utilizzo più brevi possibili alle dosi minime efficaci, rivalutando periodicamente i disturbi e la disponibilità della donna.



Va usata come prevenzione?

La terapia ormonale non è consigliabile a scopo preventivo per un rapporto tra benefici e danni sfavorevole:

- comporta un rischio specifico di carcinoma della mammella legato alla durata e probabilmente al tipo di trattamento estro-progestinico utilizzato
- aumenta l'incidenza di ictus e di tromboembolia venosa, indipendentemente dall'età della donna; riguardo all'infarto, non sono disponibili prove di efficacia preventiva
- per quanto riguarda le fratture osteoporotiche, non è consigliabile un trattamento preventivo anticipato anche di decenni rispetto all'età in cui le fratture diventano più frequenti
- riguardo alle demenze e ai deterioramenti cognitivi, non sono disponibili prove di efficacia preventiva.

Nella scelta delle associazioni di trattamento, si può tenere conto dei dati relativi alla minore incidenza di carcinoma della mammella con progestinici naturali.

Cosa devono sapere le donne

- Devono essere ben informate su quali sintomi sono davvero attribuibili alla menopausa e sul fatto che i sintomi sono benigni e transitori (salvo la secchezza vaginale).
- Devono conoscere i benefici e i danni della terapia ormonale, e devono sapere che, una volta sospesa la terapia, i sintomi spesso ricompaiono.
- Devono essere informate sulle alternative terapeutiche non ormonali che potrebbero ridurre i disturbi, e soprattutto sugli stili di vita opportuni. Vanno raccomandate un'attività fisica costante e una dieta appropriata (si veda il dettaglio sotto).
- Le donne nel periodo di transizione alla menopausa devono essere informate della persistente possibilità di cicli ovulatori e quindi della minore affidabilità dei metodi contraccettivi naturali.

I vantaggi di un'attività fisica moderata e costante e di un'alimentazione sana

La menopausa va colta come occasione per proporre cambiamenti salutari e non medicalizzanti dello stile di vita, che comportano benefici al di là degli effetti sui sintomi della menopausa. In particolare, vanno raccomandate una dieta appropriata e un'attività fisica costante.

Una dieta appropriata riduce i sintomi vasomotori, il rischio di osteoporosi, il rischio cardiovascolare e il peso. Può contribuire a diminuire il rischio di neoplasie, in particolare della mammella e del colon.

Gli estrogeni vegetali possono aiutare? Gli estrogeni contenuti nella soia, nei suoi derivati e in altri vegetali possono contribuire a ridurre i disturbi della menopausa. Le prove scientifiche in questo senso sono tuttavia deboli.

L'attività fisica riduce l'incontinenza urinaria, le vampate e le sudorazioni. Riduce il rischio di malattie cardiovascolari e la mortalità per questo tipo di malattie. Secondo alcuni studi protegge dal rischio di carcinoma della mammella e del colon. E' utile nella prevenzione e nel trattamento della ipertensione, delle alterazioni del profilo lipidico, ha effetti benefici sul sistema muscolo-scheletrico, sull'umore e sulla qualità di vita, inclusa la qualità del sonno.

La scelta di trattamenti non farmacologici deve essere sostenuta da programmi di formazione e counselling adeguati.

Fonti Conferenza di consenso di Torino. *BIF* 2008, XV: 22-27; http://www.bif-online.it/pdf/Bif_TOS.pdf
<http://www.partecipasalute.it>
<http://www.snlg-iss.it>
Farmaci e dintorni: terapia ormonale per la menopausa; Prevenzione delle fratture ossee - <http://www.ceveas.it>



ALLEGATO A4

Vetrofania esposta nelle farmacie

Questa farmacia
partecipa al progetto

**Con
Me**

Conoscere la Menopausa

chiedi informazioni all'interno

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri | Zadig agenzia di editoria scientifica
progetto PartecipaSalute | Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) – Istituto Superiore di Sanità
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS)

ALLEGATO A5

Programma del corso residenziale (dicembre 2009)

<p>DIRETTORI DEL CORSO Alfonso Mele Serena Donati</p> <p>SEGRETERIA SCIENTIFICA Cinzia Colombo Serena Donati Paola Missconi Roberto Satolli Sabrina Senatore tel. 06/49904394</p> <p>SEGRETERIA TECNICA Silvia Andreozzi tel. 06/49904311 e-mail: silvia.andreozzi@iss.it Marina Pediconi tel. 06/49904315 e-mail: marina.pediconi@iss.it fax: 06/49904310</p> <p>Siti WEB: www.iss.it www.epicentro.iss.it</p>	<p>INFORMAZIONI GENERALI Sede ed Ingresso Aula G. B. Rossi ISS Via Gianno della Bella 34</p> <p>Destinatari e modalità di iscrizione Il corso è rivolto a ginecologi, ostetriche, medici di base e farmacisti con esperienza di formatori, identificati in ogni ASL, intervento di tutte le Regioni coinvolte nel progetto di ricerca.</p> <p>La partecipazione è gratuita. Saranno ammessi 40 partecipanti. Le schede di iscrizione dovranno pervenire, debitamente compilate, entro il 20 novembre 2009 (N. fax: 06/49904310).</p> <p>Viaggio e soggiorno Le spese di viaggio e soggiorno sono a carico dei partecipanti.</p> <p>Attestato di frequenza Ai partecipanti è richiesta la frequenza obbligatoria alle lezioni ed alle esercitazioni. Al termine del Corso sarà rilasciato l'attestato di frequenza, e/o l'attestato con il numero di crediti formativi ECM ai partecipanti i cui profili professionali risulteranno conformi a quelli per cui il corso è stato accreditato. La chiusura del Corso non verrà anticipata ed i partecipanti sono pregati di prenotare il proprio rientro di conseguenza.</p> <p>Accreditamento ECM I crediti formativi assegnati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua sono in corso di valutazione per i profili professionali: Medico di medicina generale, medico specialista in ginecologia ed ostetricia, farmacista, ostetrica</p> <p>Per ogni ulteriore informazione si prega di contattare la Segreteria Tecnica</p>	<p style="text-align: center;"> CORSO</p> <p style="text-align: center;">Valutazione di impatto di interventi rivolti ai cittadini e agli operatori sanitari per l'uso appropriato di farmaci: il caso della terapia ormonale sostitutiva alla luce della recente Conferenza di Consenso</p> <p style="text-align: center;">9 – 11 dicembre 2009</p> <p style="text-align: center;"></p>
---	--	---

Mercoledì 9 dicembre			
Menopausa e terapia ormonale: prove di efficacia e Consensus Conference	9.00 Registrazione dei partecipanti e pre-test 9.30 Obiettivi del Corso S. Donati 9.45 Menopausa e terapia ormonale: prove di efficacia S. Donati, S. Senatore 10.45 Pausa caffè 11.00 Consensus Conference: obiettivi e raccomandazioni P. Mosconi, R. Satolli 12.00 Il protocollo dello studio Con Mer: aspetti generali S. Senatore 13.00 Pausa pranzo		
Presentazione e discussione del protocollo	14.00 <i>Analisi temporale dei consumi di farmaci TOS</i> S. Spila Alegiani e R. Da Cas 14.20 <i>Formazione residenziale, a distanza e formazione in ASL</i> S. Donati, R. Satolli 14.40 <i>Indagine CAP rivolta alle donne e indagine on line rivolta agli operatori sanitari</i> S. Donati, P. Mosconi 15.40 <i>Offerta attiva delle raccomandazioni della TOS</i> S. Donati, S. Senatore 16.00 <i>Predisposizione del materiale informativo</i> P. Mosconi 16.20 <i>Analisi dei contenuti della stampa dopo la Conferenza di Consenso</i> C. Colombo 16.40 <i>Discussione</i> 17.30 Chiusura dei lavori		
Giovedì 10 dicembre	Formazione e survey a distanza 9.00 <i>Il modello del caso nella formazione a distanza</i> R. Manfredi 11.00 Pausa caffè 11.15 <i>La piattaforma e la gestione di una comunità virtuale e il pacchetto formativo</i> N. Scarpa 12.15 Lo strumento GOA-L per le indagini sugli operatori e per la costruzione del consenso R. Daghini 13.00 Pausa pranzo 14.00 <i>Esercitazione: Uso delle piattaforme</i> R. Manfredi, N. Scarpa, R. Daghini 16.30 Presentazione materiale informativo C. Colombo 17.00 <i>Aspetti organizzativi</i> S. Donati, S. Senatore 17.30 Chiusura dei lavori	La formazione in ASL: materiali e metodologia 14.00 <i>Il pacchetto formativo per la formazione residenziale</i> S. Donati, S. Senatore 15.00 <i>Esercitazione: simulazioni dell'attività didattica</i> S. Donati, S. Senatore, B. De Mei 17.00 Post test 17.30 Chiusura dei lavori	
Venerdì 11 dicembre	La rilevanza della relazione tra professionisti sanitari e le donne 9.00 <i>Modalità di comunicazione e counselling</i> B. De Mei 11.00 Pausa caffè 11.15 <i>Esercitazione: role playing e discussione di casi</i> B. De Mei 13.00 Intervallo		DOCENTI ED ESERCITATORI Serena Donati, Sabrina Senatore Reparto Salute della Donna e dell'età evolutiva CNESPS – ISS Barbara De Mei Unità di formazione e Comunicazione CNESPS – ISS Roberto Da Cas, Stefania Spila Alegiani, Reparto di Farmacoepidemiologia CNESPS – ISS Cinzia Colombo, Paola Mosconi Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano Roberto Manfredi, Roberto Satolli, Nicoletta Scarpa, Raffaella Daghini Zadig Agenzia Editoria Scientifica, Milano

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, luglio-settembre 2012 (n. 3) 10° Suppl.