

Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 7 del 6 febbraio 2006

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 28 dicembre 2005 - Deliberazione N. 2043 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - **Approvazione Studio di Fattibilità denominato: "Progetto sperimentale menopausa" destinato alle Aziende Sanitarie Locali Avellino 2, Napoli 1 e Salerno 2.**

PREMESSO:

- che la Regione Campania è da tempo attivamente impegnata nella preparazione di atti di programmazione, indirizzo, coordinamento e supporto tecnico alle AA.SS.LL. ed AA.OO.SS. tesi a promuovere il miglioramento dei servizi alla persona;
- che la tutela della salute della donna costituisce un impegno di valenza strategica per gli interventi di promozione alla salute e del benessere psico-fisico della popolazione generale;

VISTE:

- la L. 502/94;
- la L.R. 32/94;
- il D.M. 24.4.2000 (P.O.M.I.);
- la L.R. n. 10 dell'11.07.2002
- che prevedono tra gli obiettivi prioritari la promozione dello stato di benessere dei singoli e della collettività in sinergia con le altre istituzioni;

PRESO ATTO:

- che con D.G.R. n. 3439 del 12.07.2002 è stato istituito il Comitato Tecnico Scientifico Consultivo per tutte le attività connesse alla menopausa, successivamente nominato con D.P.G.R. n. 818 del 15.11.2002;
- che con D.G.R. n. 2534 del 06.08.2003, a seguito dell'attività del su indicato Comitato, è stato approvato il protocollo di un iter di prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi in menopausa;

TENUTO CONTO:

- che con nota n. 9286 del 07 novembre 2005, la A.S.L. Napoli 1 ha inviato, quale Azienda capofila e con il parere favorevole della propria Direzione Sanitaria, uno Studio di fattibilità per le donne della popolazione bersaglio (45/59 anni) residenti:
 - nei Distretti 44, 45, 46, 47, 49 e 53 della città di Napoli;
 - nella A.S.L. Avellino 2;
 - nella A.S.L. Salerno 2
- avente un costo complessivo di euro 150.000,00 (centocinquantamila) e una durata prevista in anni 1 (uno);

RITENUTO:

- opportuno approvare lo studio di fattibilità, così come predisposto, che consente di sviluppare e modulare un modello operativo multifunzionale da esportare successivamente su tutto il territorio regionale, con opportuna valutazione delle criticità riscontrate;

CONSIDERATO:

- che lo stesso, di durata annuale e destinato alle donne precedentemente riportate è ritenuto idoneo per il raggiungimento delle finalità contenute nel protocollo di prevenzione;
- che nello stesso è contenuta la richiesta di allocazione di risorse di euro 150.000,00 (centocinquantamila);

Propone, e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per le considerazioni esposte in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

- di approvare il "PROGETTO MENOPAUSA - Studio di Fattibilità" elaborato dalla A.S.L. Napoli 1 quale Azienda capofila e destinato alla copertura di almeno il 10% della popolazione target residente:

- nei Distretti 44, 45, 46, 47, 49 e 53 della città di Napoli;
- nella A.S.L. Avellino 2;
- nella A.S.L. Salerno 2
allegato alla presente a formarne parte integrante e sostanziale;
- di approvare altresì la richiesta finanziaria in esso contenuta, pari ad euro 150.000,00, (centocinquantamila) che sarà impegnata successivamente con atto monocratico, da imputare sul cap. 7078 dell'U.P.B. 4.15.38 del Bilancio Regionale 2005 che presenta la necessaria disponibilità;
- di inviare il presente atto al Settore Assistenza Sanitaria, per quanto di competenza ed al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la relativa pubblicazione.

Il Segretario
Brancati

Il Presidente
Bassolino

PROGETTO SPERIMENTALE MENOPAUSA
Studio di fattibilità

Il progetto intende sostenere la donna nel passaggio all'età post-fertile inteso come periodo di transizione precorrente la terza età e caratterizzato da una complessa serie di trasformazioni biologiche e sessuali che possono essere accompagnate da sintomi.

La sintomatologia dovuta alle trasformazioni ormonali può diventare lo specchio soggettivo interiore di altre difficoltà esterne, relazionali, familiari, ambientali con vissuti psicologici a queste collegati, che la donna affronta prevalentemente nella sfera dell'individuale, dell'intimo e del privato.

Attualmente, forse comunemente, si assegna all'esaurimento della funzione riproduttiva proprio della menopausa un significato di perdita e di negatività, nel contempo si tende a considerare la carenza ormonale estrogenica come l'unica causa eziopatogenetica delle patologie cosiddette "a breve, medio e lungo termine".

Al contrario lo stile di vita, considerato come l'insieme dei comportamenti dipendenti da fattori individuali, sociali, ambientali in uso alla società o a differenti gruppi di essa o a differenti individui, influenza fortemente il rischio di malattia lungo tutta la vita e ciò vale anche per la donna in menopausa. Già prima dell'età feconda è necessario porre attenzione alle abitudini igienico-alimentari nell'ottica dell'inscindibilità di un approccio globale a tale problematica che intervenga con una campagna educativa di tipo igienico-comportamentale dall'età evolutiva fino alla terza età.

Le statistiche più recenti rilevano una maggiore attesa di vita della popolazione che per le donne, raggiunge la media degli 80 anni circa di cui 30 successivi alla menopausa.

Appare evidente la ricaduta in termini di benessere psicofisico di un progetto di prevenzione a carattere socio-sanitario rivolto alle donne in età perimenopausale e postmenopausale capace sia di individuare rischi e patologie sia di modificare atteggiamenti e comportamenti dannosi: tutto questo in un contesto culturale poco attento ai bisogni della donna che invecchia.

Occorre un piano articolato tra i servizi Territoriali, Ospedalieri ed Universitari che attraverso un utilizzo integrato dei servizi socio-sanitari crei percorsi di accompagnamento, dalla sensibilizzazione, l'informazione, l'ascolto, al ricorso corretto di prescrizioni diagnostiche e interventi terapeutici che la medicina dell'evidenza offre. Ciò al fine di consentire alle donne la consapevolezza di sentirsi seguite, riconosciute, tutelate, nell'acquisizione di una corretta coscienza sanitaria e nella rivalutazione della soggettività anche in questa fase del ciclo di vita femminile.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- P.O.M.I. D.M. 24.04.2000
- L.R. 32/94
- Piano Sanitario Nazionale
- Piano Sanitario Regionale
- Delibere Regionali per lo screening Ca portio e mammella
- D.L. 4845 sui LEA
- Delibera regionale 44 del 29-settembre-2003 "Protocollo di un iter di prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi in menopausa"

TARGET

- Il presente Studio di Fattibilità si pone l'obiettivo del raggiungimento di almeno il 10% delle donne della popolazione bersaglio (tra i 45 e 59 anni) ivi comprese le donne in menopausa precoce, iatrogena e con prolungato ipoestrogenismo (> 12 mesi):
 - residenti nella A.S.L. Avellino 2;
 - della città di Napoli - residenti nei Distretti nn. 44, 45, 46, 47, 49 e 53 della A.S.L. Napoli 1;
 - residenti nella A.S.L. Salerno 2.

Tabella riepilogativa donne comprese nel target:

AZIENDE SANITARIE LOCALI			
età	Avellino 2	Napoli 1	Salerno 2
45-59	23.443	96.807	46.694

totale 166.944

Fonte: piani aziendali

Numero minimo di donne da screenare (10%): **16.694**

OBIETTIVI GENERALI

- Miglioramento del benessere psico-fisico della donna in perimenopausa e postmenopausa;
- promozione del miglioramento degli stili di vita e modifica degli atteggiamenti della società rispetto alla terza età della vita della donna.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Uniformare l'approccio alla menopausa nelle strutture territoriali U.O.M.I. e ospedaliere.
- Promuovere il lavoro di equipe attraverso l'integrazione delle attività legate al percorso menopausa e la comunicazione tra medici di medicina generale, medici consultoriali, medici ospedalieri, medici universitari, terzo settore
- Favorire l'accesso ai servizi riducendo l'uso improprio di prestazioni diagnostiche e terapeutiche con gli sprechi economici derivanti.
- Fornire una corretta informazione sulle problematiche connesse alla menopausa.
- Prevenire o ritardare le patologie legate alla senescenza, con particolare riguardo alla riduzione del disagio psicologico per favorire un sereno percorso di invecchiamento.

STATO DELL'ARTE

SITUAZIONE DI PARTENZA E ANALISI DELLE CRITICITA' STRUTTURALI E FUNZIONALI:

Fino ad ora in Campania vi sono state e vi sono a tutt'oggi iniziative ed esperienze ospedaliere e territoriali scollegate tra loro che, pur avendo il pregio di aver contribuito a sollevare l'attenzione su questa area di intervento, evidenziano limiti e carenze quali:

- scarsa attenzione all'aspetto formativo degli operatori sulla menopausa;
- approcci oltremodo medicalizzanti con ricorso a volte indiscriminato a metodiche diagnostiche e terapeutiche eccessive o inadeguate;
- discontinuità tra l'intervento di informazione/sensibilizzazione delle donne e il percorso clinico successivo quale causa di aspettative disattese;
- impossibilità di valutare l'efficacia o la congruità degli interventi in termini epidemiologici e di ricaduta sulla salute della collettività
- mancata presa in carico globale delle varie problematiche socio sanitarie di questa fascia di età;
- mancato raccordo tra le strutture competenti che dimostra l'evidente rischio di sovrapposizioni d'intervento con dispendio incontrollato della spesa sanitaria.

Assenza di formazione specifica e di sistemi di controllo di qualità

Ciò pone l'accento sulla necessità di organizzare un sistema di formazione e aggiornamento continuo del personale delle Aziende Sanitarie coinvolte, come atto propedeutico all'organizzazione di un programma organico di screening su tutto il territorio aziendale e per tutte le donne della popolazione bersaglio.

Necessità di adeguata informazione ed educazione dell'utenza

Il livello medio di informazione ed educazione sulla prevenzione in climaterio è, nell'intero territorio regionale, inferiore alla media nazionale. In ogni caso, per ottenere un adeguato livello di partecipazione

allo studio di fattibilità, è indispensabile attivare e mantenere nel tempo una campagna integrata educativo-promozionale con adeguato impiego dei mass-media.

FASE DI SENSIBILIZZAZIONE E DIVULGAZIONE

- L'avvio della campagna di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero e della mammella può offrire opportunità per affrontare e superare i punti critici descritti e inserire la donna in un programma di intervento globale di assistenza previsto dalla linee-guida sulla menopausa (DGR 29/09/2003 n. 44).
- Le donne vengono informate del programma:
 - nello studio del medico di medicina generale (presenza di materiale divulgativo)
 - nei consultori - U.O.M.I - C.U.P. - U.R.P.
 - nei luoghi di aggregazione femminili (Associazioni - Sindacati - Patronati) mediante incontri e distribuzione di opuscoli e manifesti
 - attraverso interventi audiovisivi e radiofonici di pubblicità dei mass-media regionali e locali
 - con il coinvolgimento dei Servizi Sociali dell' E.L.

FASE OPERATIVA

U.O.M.I./ Consultorio: le donne possono arrivare spontaneamente per motivi di diversa natura, inviate dai Medici di Medicina Generale o dai punti informativi, o perché già arruolate nei programmi di screening

Accoglienza e ascolto

L'accettazione nell' U.O.M.I. / Consultorio rappresenta il momento ideale per il primo contatto in quanto permette l'accoglienza, l'ascolto, l'informazione, con la immediata possibilità di arruolamento e con la prenotazione per le varie attività offerte.

Compilazione della scheda sociosanitaria

La compilazione è compito preferenzialmente dell'Assistente Sociale.

Gruppi d'informazione

Obiettivo del gruppo è l'informazione partecipativa della donna che diventa soggetto capace di amministrare e difendere la propria salute e di concordare scelte diagnostiche e terapeutiche. Il gruppo diventa sostegno di eventuale disagio. Esso si sviluppa attraverso:

- Incontri su tematiche specifiche calendarizzati e resi noti al pubblico in modo da essere frequentati a seconda dell'interesse soggettivo;
- Possibilità di sensibilizzare informando un elevato numero di persone su contenuti tanto sociali che sanitari
- Argomenti previsti:
 - Evoluzione del corpo e sintomi correlati.
 - Comprensione del concetto di screening per la prevenzione del ca. del collo dell' utero e della mammella
 - Addestramento all'autopalpazione della mammella
 - Esercizi del pavimento pelvico
 - Abitudini alimentari
 - Immagine di sé (rapporto soggettivo col corpo che cambia)
 - Sessualità, rapporto col partner
 - Stili di vita più appropriati (attività fisica, fumo, etc.)
 - Illustrazione critica dei percorsi diagnostici e degli orientamenti terapeutici
 - Influenza della menopausa nei vari aspetti emozionali della vita sociale ed affettiva

Percorso diagnostico-terapeutico personalizzato

- Colloquio iniziale clinico generale
- Compilazione di cartella unica regionale con indice di Kupperman e l'IGI e valutazione del rischio
- Misurazione di peso, altezza e P.A.

- Visita ginecologica e valutazione del pavimento pelvico
- Verifica della adesione agli screening del cervico-carcinoma, mammografico ed eventuale arruolamento
- Visita senologica
- Verifica delle analisi di laboratorio ed esecuzione degli esami strumentali come da linee guida regionali
- Consulenze eventuali: psicologica, cardiologica, nutrizionale, fisioterapica, angiologica, estetica
- Valutazione del rischio emerso
- Controlli periodici personalizzati su indicazione medica e su richiesta spontanea

Per le indicazioni terapeutiche si rimanda alle linee guida regionali.

Al termine del percorso si provvederà a consegnare alla donna un report sul suo stato ed un cartellino personale.

PERSONALE E SERVIZI COINVOLTI

- Medici di medicina generale
- U.O.M.I.
- Aziende ospedaliere ed Universitarie di Ostetricia e Ginecologia
- Specialisti ambulatoriali competenti per materia
- D.S.M. (facilitazioni negli invii per consulenze o prese in carico nei casi di depressione, latente o manifesta)

STRATEGIA DI COMUNICAZIONE E PUBBLICIZZAZIONE DEL PROGETTO

Pubblicizzazione:

Scopo. La partecipazione massiccia della popolazione bersaglio allo studio di fattibilità è uno dei fattori cruciali per la riuscita dello stesso. Tale partecipazione non può però considerarsi garantita semplicemente dall'attivazione del "servizio", data la scarsa attenzione della popolazione alle tematiche di prevenzione.

Un'adeguata pubblicizzazione del programma stesso ha lo scopo di elevare sensibilmente la percentuale di adesione e quindi di aumentare l'efficacia del programma in termini di riduzione della mortalità.

Modalità. La pubblicizzazione del programma prevede tre fasi distinte:

- I. In una prima fase, si organizzeranno incontri per presentare lo studio di fattibilità agli Amministratori locali ed ai Medici di Medicina Generale (MMG) di ogni singolo Distretto.
- II. I Medici di Base verranno successivamente contattati di persona affinché contribuiscano a diffondere la cultura preventiva tra le assistite. Gli stessi riceveranno informazioni dettagliate sulle caratteristiche dello studio e verranno dotati di materiale informativo-educativo (brochure) nonché di materiale promozionale (locandine e pieghevoli).
- III. La campagna promozionale prevede l'affissione di manifesti nelle strade e piazze principali e di locandine in luoghi pubblici di particolare frequenza o interesse (uffici comunali, postali e parrocchiali, farmacie), nonché la diffusione di messaggi a contenuto educativo e promozionale sui mass-media.

Strumenti.

Materiale cartaceo: Tutti i materiali utilizzati (manifesti, locandine, brochure, pieghevoli) saranno omogeneamente caratterizzati da un logo e da colori specifici in modo che siano prontamente riconoscibili. Il messaggio di invito alle persone sane a partecipare al programma di prevenzione ha una formulazione positiva e propositiva.

Video: Sarà realizzato un video informativo di circa 15-20 minuti da immettere nei circuiti televisivi locali, che riprende le stesse immagini e lo stesso logo del materiale cartaceo.

Inoltre saranno realizzati spot di 30 secondi, sempre utilizzabili nei circuiti locali.

Ciò consentirà di diffondere ulteriormente il messaggio promozionale tra la popolazione bersaglio.

Sito WEB: Saranno riservati appositi spazi sui portali delle AA.SS.LL. Avellino 2, Napoli 1 e Salerno 2 su cui saranno disponibili:

- Informazioni sul programma di prevenzione avviato;
- Informazioni sulle linee guida e gli eventuali protocolli di trattamento;
- Materiale educativo e di interesse specifico;

- Indirizzi, Numeri telefonici e e-mail delle istituzioni di riferimento (italiane e straniere);
- Links ad altri siti di interesse oncologico
- Tutte le ulteriori informazioni per la donna che possano contribuire a soddisfare le richieste della popolazione e ad avvicinare il SSN all'utenza

Incentivi Commerciali: Saranno cercati accordi con potenziali sponsor al fine di realizzare meccanismi di incentivazione commerciale alla partecipazione allo studio di fattibilità. Ad esempio, si potrebbero realizzare pacchetti di buoni sconto da fruire presso centri commerciali di grande richiamo da distribuire alle persone partecipanti al programma. Altre tecniche di marketing verranno via via valutate.

Comunicazione:

Scopo. Una corretta strategia comunicativa viene seguita in tutte le occasioni di contatto ed incontro con le donne coinvolte. Tale strategia deve guidare la formulazione delle convocazioni e delle notifiche del risultato, nonché il comportamento degli operatori e dei medici di base che vengono in contatto diretto con la popolazione bersaglio.

Una comunicazione efficace ha lo scopo, oltre che di contribuire alla riuscita del programma, di garantire la massima tutela del benessere psicologico delle persone sottoposte a screening e di favorire l'instaurarsi di un rapporto positivo con gli operatori e le strutture sanitarie partecipanti.

Strumenti. Strumenti tipici di un programma di prevenzione sono:

Lettera di invito. Sarà poco formale e d'immediata comprensione, inviata per posta. Essa sottolinea che il programma è rivolto a persone sane, in modo da non generare preoccupazione nel destinatario; specifica che si tratta di un intervento di sanità pubblica, gratuito, realizzato da strutture note che costituiscono punti di riferimento per l'assistenza sanitaria; illustra in modo semplice ed esauriente il tipo di esame sottolineando che esso è facile, innocuo ed utile; fornisce un appuntamento preciso ma elastico, sia per il ritiro del contenitore e delle istruzioni per l'effettuazione del test, sia per la consegna del campione, sottolineando la disponibilità dei sanitari verso le sue esigenze. Inoltre, vengono forniti numeri telefonici ed indirizzi di riferimento cui rivolgersi sia per ricevere chiarimenti che per spostare l'appuntamento. È fortemente consigliato che tale lettera venga co-firmata dal MMG.

Lettera di reinvio. Sarà rivolta alle persone che non si fossero presentate alla prima convocazione. Può essere sostituita/accompagnata da una telefonata. In entrambi i casi si fa riferimento al primo invito, di cui si ribadiscono ed enfatizzano alcuni contenuti essenziali (il fatto che il coinvolgimento nel programma non implica lo stato di malattia, la natura degli interlocutori e le dimostrazioni di efficacia di tale programma) con lo scopo di chiarire eventuali dubbi che avessero determinato la mancata adesione.

Sollecito tramite i MMG. Il coinvolgimento dei MMG è considerato essenziale per la buona riuscita del programma. Il MMG potrebbe distribuire i contenitori per la raccolta del campione. Per i non rispondenti al reinvio, inoltre, il MMG potrebbe effettuare direttamente un sollecito telefonico. Il MMG verrà adeguatamente formato a rispondere ad ogni possibile dubbio o richiesta di chiarimenti da parte dell'utenza.

Nota. Le lettere sono formulate in accordo ad un modello standardizzato e condiviso dagli operatori.

COSTO GENERALE DEL PROGETTO: Euro 150.000,00 (centocinquantamila).

AZIENDE SANITARIE DESTINATARIE

A.S.L. Avellino 2;

A.S.L. Napoli 1, per i distretti numero:

- 44 (Chiaia - Ferdinando - Posillipo),
- 45 (Bagnoli - Fuorigrotta),
- 46 (Pianura - Soccavo),
- 47 (Arenella - Vomero),
- 49 (San Carlo Arena - Stella),
- 53 (S. Lorenzo - Vicaria - Poggioreale)

A.S.L. Salerno 2.

AZIENDA e STRUTTURA CAPOFILA:

A.S.L. Napoli 1: Presidio Ospedaliero San Paolo Unità Operativa di Ginecologia ed Ostetricia DH per lo studio e la terapia della menopausa

UTILIZZO DEI FONDI

L'utilizzo delle risorse economiche (che saranno attribuite alle AA.SS.LL. in proporzione alla popolazione target residente), viene così ripartito:

omogeneizzazione delle strutture dedicate al progetto inteso come uniformità delle prestazioni diagnostiche e strumentali	50%
promozione e divulgazione del programma su scala locale e regionale	20%
spese generali	10%
aggiornamento del personale dedicato, da concordare con il Servizio Materno Infantile della Regione Campania	20%

- entità della popolazione femminile della fascia di età eleggibile residente nei distretti interessati
- entità dell'utenza territoriale (numero delle donne già afferenti ai Servizi territoriali esistenti)
- esistenza di preesistenti esperienze specifiche nell'ambito dell'area di progetto
- esistenza di una struttura territoriale ospedaliera di riferimento
- relazione del preesistente

Prerequisito all'accettazione della domanda dovrà essere l'impegno formale del Direttore Generale della A.S.L. a proseguire nel tempo, con i fondi ordinari assegnati all'Azienda, l'attività iniziata o potenziata a seguito del finanziamento assegnato, garantire l'adesione al progetto nel tempo da parte dei centri individuati, ed attivare un flusso informativo continuo per il monitoraggio del programma fornendo, con cadenza almeno semestrale, i dati al Centro di verifica e analisi, allocato c/o l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

INDICATORI

Di struttura:

- apertura dello spazio menopausa almeno una volta a settimana per un totale di tre ore rivolto esclusivamente al target in oggetto

Di accesso:

- numero di utenti che afferiscono (con indicazione dell'eventuale inviante)
- incremento annuale delle utenti

Di partecipazione:

- *adesione grezza*: numero di donne che si sottopongono all'arruolamento/numero di donne invitate
- *adesione corretta*: numero di donne invitate/numero di donne che rientrano nei criteri di esclusione e gli inviti inesitati)
- *copertura*: percentuale della popolazione bersaglio che già è stata invitata ed ha risposto all'arruolamento
- *% di partecipazione per classi di età, stato civile, luogo di nascita* ed altre variabili disponibili per individuare eventualmente gruppi selezionati o a maggiore rischio
- *% di partecipazione per I e II invito*
- *adesione ai gruppi*: numero delle donne che partecipano ai gruppi/numero di donne invitate

Del processo diagnostico:

- *% delle donne che ritornano sul totale delle donne esaminate*
- *% di adesione ai richiami*
- *% di donne soddisfatte*
- *% copertura massima*: percentuale della popolazione che esegue interventi diagnostico-terapeutici integrati con altre strutture del territorio
- *numero di associazioni socio-culturali sensibili al progetto*

Precoci di impatto

- *tasso di identificazione di patologie distinte per classi* (oncologica, cardiovascolare, ossea, ...)
- *rapporto prevalenza/incidenza per classi di età*
- *percentuale di donne che hanno cambiato stile di vita su base campionaria annuale*

Scopo degli indicatori

- a) Contribuire alla valutazione di impatto del programma
- b) Verificare la possibilità di interventi mirati per favorire la partecipazione di gruppi con esigenze particolari
- c) Valutare l'adeguatezza del servizio offerto

RISULTATI ATTESI

Tutti gli sforzi rivolti all'educazione socio-sanitaria, al miglioramento della diagnosi precoce e ad una prevenzione efficiente producono un risparmio della spesa sanitaria e un miglioramento della qualità della vita.

L'aspettativa di vita della donna è di circa 80 anni e tenuto conto che l'età media di insorgenza della menopausa in Italia è intorno ai 52 anni, la donna è destinata a vivere più di un terzo della sua vita in postmenopausa e quindi esposta ai rischi delle patologie dipendenti dalla carenza estrogenica: a malattie cardiovascolari, osteoporosi, disturbi urogenitali, declino cognitivo (alzheimer). Si tratta di numeri importanti dal momento che, a causa del progressivo invecchiamento della popolazione evidenziato dai dati ISTAT 2001, il 39.9% della popolazione femminile italiana ed il 31.3% della popolazione femminile campana è ultracinquantenne: ciò significa che un programma di prevenzione dei disturbi della menopausa coinvolgerebbe circa 900.000 donne campane ed andrebbe ad incidere su un gran numero di casi.

Come dimostrato dai programmi di prevenzione dei tumori della sfera genitale (cervice uterina, mammella) già operativi nella nostra regione, lo screening si traduce ogni anno nella diagnosi precoce di numerosissimi cancri e quindi non solo di moltissime vite salvate ma anche di un notevole risparmio per la spesa sanitaria, allo stesso modo un programma di prevenzione dei disturbi della menopausa, inserendosi peraltro nella scia di quelli già esistenti ed integrandosi con essi, permetterebbe la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie cardiovascolari, osteoporosi, disturbi urogenitali, (alzheimer), con notevole risparmio per la spesa sanitaria e sociale per riduzione sia dei costi diretti (degenze ospedaliere, interventi chirurgici, riabilitazione) sia dei costi indiretti (assenze dal lavoro, pensionamento anticipato).

Per quanto riguarda le **malattie cardiovascolari**, un programma di prevenzione andrebbe ad incidere su patologie che determinano nella popolazione anziana un numero annuo molto alto (circa 7.500.000-dati DRG 2000) di giorni di ricovero, su patologie per le quali la regione Campania detiene il triste primato della mortalità nel Paese (37.3 decessi all'anno ogni 10.000 abitanti per le donne contro una media nazionale di 28.1), su patologie che comportano nella popolazione anziana della Regione Campania tassi elevati di interventi chirurgici (114.36 bypass coronarici e 188.99 angioplastiche coronariche per 100.000 anziani-dati DRG 2000).

Per quanto riguarda l'**osteoporosi**, un programma di prevenzione inciderebbe su una patologia che interessa 1/3 delle donne fra i 60 e i 70 anni di età e 2/3 delle donne di over 80 anni e causa più morti di alcune patologie tumorali. In Italia sono 88.000 le donne a rischio di frattura collegata all'osteoporosi; 77.000 quelle che già presentano una frattura vertebrale; 22.000 quelle con una frattura di femore pregressa; 4.400 sono le fratture di femore annue collegabili alla patologia specifica. In tutto si calcolano 100.000 persone con diagnosi di osteoporosi, e 60.000 con diagnosi di osteoporosi severa. La mortalità entro un anno è di circa il 10% con una spesa di circa 800 miliardi per la sola ospedalizzazione. Nelle persone anziane queste fratture si accompagnano ad una serie di complicanze che, oltre a compromettere la qualità di vita e il grado di autosufficienza, prolungano la degenza ed i tempi di recupero funzionale: il 10% delle donne con frattura del femore finirà per perdere anche l'autonomia nella cura quotidiana della persona e di queste, il 19%, avrà bisogno di assistenza domiciliare continua. In un terzo dei pazienti, infine, la perdita di autosufficienza sarà tale da richiedere il ricovero per anziani inabili. I costi sociali annui, che si assommano alle gravi limitazioni della vita quotidiana, sono altissimi: 42 milioni di Euro per l'ospedalizzazione delle sole fratture di femore; 8 milioni per la loro riabilitazione; 40 milioni sono i costi sociali pubblici per l'istituzionalizzazione secondaria; 30 milioni i costi diretti e indiretti stimati per altre fratture, per un totale di 120 milioni di Euro l'anno, somma alla quale vanno poi aggiunti i costi di riabilitazione e quelli sociali non meno onerosi per mancata attività lavorativa. La regione Campania sicuramente beneficerebbe di un programma di screening se è vero che nell'anno 2000 si eseguivano 322.58 interventi di sostituzione dell'anca per 100.000 pazienti anziani, e che tale dato è in costante ascesa.

Per quanto riguarda i **disturbi urogenitali**, è difficile avere un preciso quadro epidemiologico perché sono spesso sottostimati e difficilmente riferiti dalle stesse donne, ma allo stesso tempo causa di forti spese

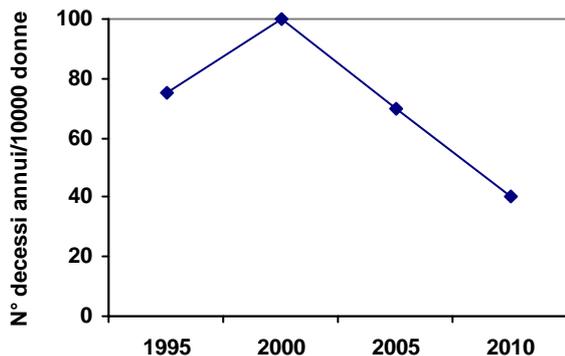
per il Sistema Sanitario Nazionale italiano che eroga per la sola incontinenza urinaria 320 miliardi di lire per pannoloni, 6 miliardi per traverse assorbenti e 46 miliardi per cateteri vescicali; a questi vanno aggiunti i costi legati agli interventi chirurgici di correzione e alla riabilitazione. Un programma di prevenzione avrebbe nella popolazione postmenopausale un bersaglio ideale essendo quella maggiormente a rischio per disturbi urinari e della statica pelvica.

Per quanto riguarda il declino cognitivo ed in particolare l'Alzheimer, un programma di prevenzione nella popolazione postmenopausale andrebbe ad incidere sulla quarta causa di morte negli ultrasessantacinquenni caratterizzata da una diffusione in costante crescita (450.000 ammalati stimati in Italia) e dall'alta potenzialità invalidante, che si ripercuote in modo drammatico sulle famiglie e comporta elevati costi sociali. Infatti, oltre all'ospedalizzazione spesso necessaria a fini diagnostici, è necessario considerare assistenza domiciliare e supporto per le famiglie (i pazienti con morbo di Alzheimer richiedono già dopo 3-4 anni di malattia una assistenza di 24 ore su 24), nonché recenti prospettati interventi riabilitativi parziali o mirati di lunga durata. Nell'ambito della valutazione dei costi sociali delle demenze va tenuto conto che, verificandosi circa il 2% delle demenze in soggetti di età inferiore ai 65 anni, sono frequenti i pensionamenti anticipati e tutt'altro che rari sono i casi (stimati in circa il 30%) di familiari più prossimi a loro volta costretti a ricorrere al pensionamento per assistere il congiunto. Considerando l'età di insorgenza e l'evoluzione invalidante della malattia, è stato stimato che la maggior parte dei pazienti ottiene il riconoscimento della invalidità civile intorno ai 63 anni. Poiché la durata media della malattia dopo il pensionamento è di circa 8 anni, si calcola un costo di circa 40 milioni di lire per ogni paziente per la sola invalidità civile. Il costo minimo stimato annuo per la comunità è di circa 7.000 miliardi di lire.

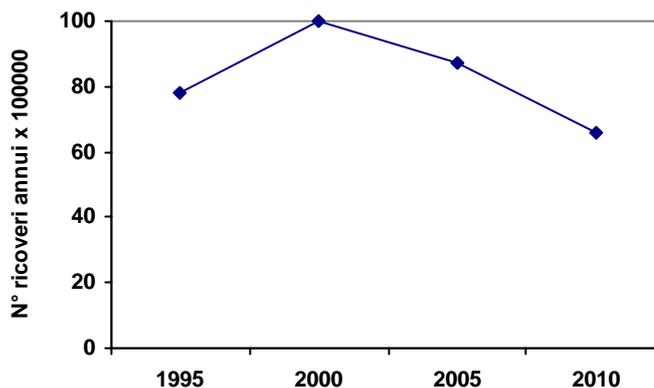
Al di là delle cifre è comunque convinzione, maturata peraltro sulla base degli studi presenti in letteratura, che le donne in postmenopausa non si prefiggano semplicemente l'allungamento della vita ma piuttosto il suo allargamento, la possibilità cioè di poter vivere la longevità e quindi il trentennio-e-più della fase postmenopausale non solo in assenza di malattie o di disturbi ma in pieno benessere, percependo la soddisfazione di esserci, e ciò si realizza non solo con un programma di screening delle "malattie" in senso stretto ma con un continuo supporto che investe i campi della vita sociale, affettiva, familiare, e che solo l'applicazione di un programma di prevenzione così articolato può garantire.

IPOSTESI DI RISPARMIO NEL BREVE TERMINE

Previsione di riduzione di spesa farmaceutica



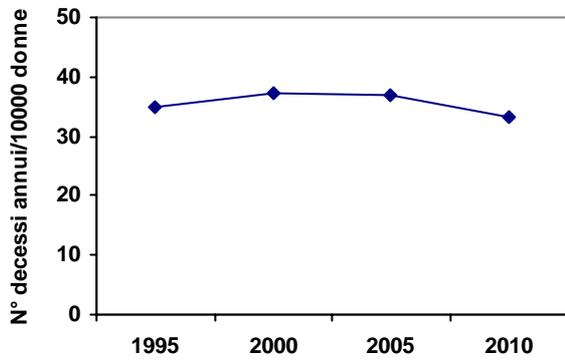
Previsione di riduzione di esami diagnostici inutili



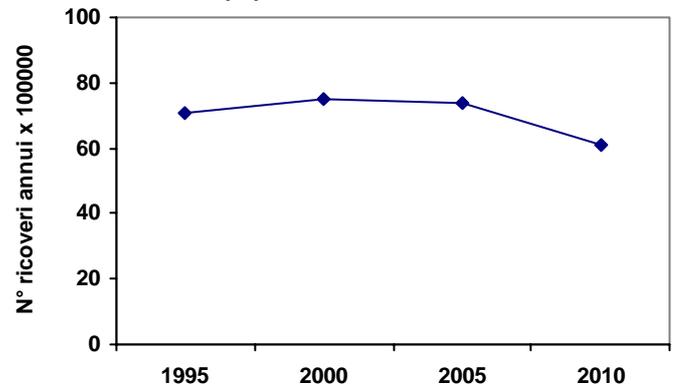
IPOSTESI DI RISPARMIO NEL LUNGO TERMINE

Malattie cardiovascolari (MCV)

Previsione di riduzione di mortalità per MCV

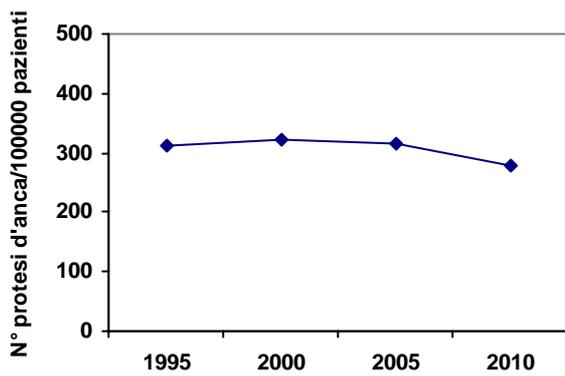


Previsione di riduzione dei ricoveri per MCV nella popolazione anziana



Fratture osteoporotiche del femore

Previsione di riduzione di interventi di protesi d'anca



Ipotesi di riduzione dei costi diretti e indiretti per fratture femore

