



Insero BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

SORVEGLIANZE NAZIONALI

LO SCREENING PER LA NEOPLASIA DELLA MAMMELLA IN ITALIA: I RISULTATI DELLO STUDIO PASSI (PROGRESSI DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA SALUTE IN ITALIA)

Tolinda Gallo^{1,2}, Nicoletta Bertozzi^{1,3}, Carla Bietta^{1,4}, Nancy Binkin¹, Giovanna De Giacomi^{1,5}, Pirous Fateh-Moghadam^{1,6}, Alberto Perra¹, Paola Scardetta¹, Francesco Sconza^{1,7} e Massimo O. Trinito^{1,8}

¹Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

²Dipartimento Prevenzione ASS 4 "Medio Friuli", Udine

³Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL, Cesena

⁴UO Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL 2 Umbria, Perugia

⁵Azienda Regionale Emergenza Sanitaria, (ARES) 118

⁶Servizio Osservatorio Epidemiologico, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento

⁷Dipartimento Prevenzione ASL 4, Cosenza

⁸UO Epidemiologia e Sistema Informativo, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C, Roma

TIl tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente e la principale causa di morte per tumore nelle donne: si contano infatti circa 32.000 nuovi casi all'anno con ben 11.000 decessi (1). La diagnosi precoce può consentire un adeguato trattamento di questa neoplasia fino alla guarigione. Le linee guida italiane ed europee consigliano di effettuare una mammografia ogni due anni nelle donne tra i 50 ed i 69 anni.

In Italia i programmi di screening mammografico si stanno sviluppando in tutto il Paese (2). In base ai dati dell'Osservatorio Nazionale Screening nel 2004 più del 68% delle donne di 50-69 anni risiedeva in un'area geografica in cui è attivo un programma di screening mammografico, anche se permane uno squilibrio territoriale nell'offerta di programmi di screening: al Sud solo ad una donna su tre è data la possibilità di effettuare una mammografia preventiva, mentre al Nord questa offerta è rivolta ad oltre l'80% della popolazione target (3).

Per ottenere informazioni relative all'effettuazione da parte della popolazione femminile tra i 50-69 anni di almeno una mammografia a scopo preventivo, sulla periodicità e sulla motivazione che ha portato all'esecuzione e sul coinvolgimento del personale sanitario nelle raccomandazioni, una serie di domande sullo screening mammografico sono state incluse nello Studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

Lo Studio PASSI è stato realizzato mediante interviste telefoniche a un campione di cittadini, di età compresa tra i 18 e i 69 anni, estratto con metodo casuale semplice dalle anagrafi sanitarie di 123 Aziende Sanitarie Locali (ASL) partecipanti allo Studio e appartenenti a tutte le regioni italiane. Le interviste sono state effettuate nel periodo tra aprile e luglio 2005. L'analisi è stata condotta sui dati ottenuti dalle 15.483 persone intervistate; di queste, 2.902 erano donne nella fascia d'età 50-69 anni (aggiornamento del 15 febbraio 2006).

Il 75% (95% IC = 73,5%-76,7%) delle donne di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito almeno una mammografia a scopo preventivo nel corso della vita (Tabella), con un range tra le ASL che hanno effettuato 200 interviste dal 34% dell'ASL di Lecce 1 al 100% dell'ASL di Varese. Tra i 50-59 anni l'ha eseguita il 77% delle donne, mentre più bassa è la percentuale tra i 60-69 anni (73%); l'analisi per grado di istruzione e stato civile non ha mostrato differenze rilevanti.

Il 57% (95% IC = 55%-59%) delle donne intervistate ha riferito di aver eseguito una mammografia negli ultimi due anni, in linea con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale che raccomandano la mammografia con periodicità biennale (Tabella). Questa percentuale è più alta nella classe 50-59 anni (61%), mentre diminuisce in quella 60-69 (52%), con una differenza statisticamente significativa. La raccomandazione sull'esecuzione ogni due anni della mammografia è risultata maggiormente seguita dalle donne con alto livello di istruzione e da quelle coniugate, con differen-

Tabella - Screening cancro della mammella (≥ 50 anni)

Caratteristiche demografiche Totale	Passi, 2005	
	Effettuata mammografia ^a 75,2 (IC95% = 73,5%-76,7%)	Mammografia ultimi 2 anni 57,0 (IC95% = 55,2%-58,8%)
Età		
50-59	76,8	61,1 ^b
60-69	73,3	52,3
Stato civile		
Coniugata	76,1	59,2 ^b
Non coniugata	71,5	48,8
Istruzione^c		
Bassa	74,6	55,4 ^b
Alta	76,6	61,0

(a) Le percentuali sono state calcolate su chi ha effettuato una mammografia a scopo preventivo; (b) differenza statisticamente significativa (p < 0,05); (c) istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

ze statisticamente significative. Tra le ASL che hanno effettuato 200 interviste, l'adesione alle linee guida sulla periodicità biennale varia tra il 15% dell'ASL di Caserta 1 all'88% della ASL di Bussolengo (Verona).

Il 66% (95% IC = 64%-67%) delle donne intervistate ha riferito di aver ricevuto da un medico il consiglio di effettuare periodicamente il test di screening.

Una delle strategie di provata efficacia nel promuovere l'adesione allo screening è l'invito attivo delle donne: dallo studio è risultato che il 58% (95% IC = 56%-60%) delle donne intervistate ha ricevuto l'invito a sottoporsi alla mammografia tramite una lettera inviata dall'ASL.

Aver ricevuto la lettera di invito dell'ASL è stata la motivazione principale all'effettuazione della mammografia nel 39% (95% IC = 37%-41%) delle donne intervistate (range tra lo 0% delle 8 ASL dove non erano ancora attivi i programmi di screening al momento delle interviste all'86% dell'ASL di Matera); il 32% ha riferito come motivazione principale l'iniziativa personale ed il 28% il consiglio di un medico.

Ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni solo il 21% di

chi dichiara di non aver ricevuto né la lettera né il consiglio del medico, il 58% di chi ha ricevuto solo il consiglio del medico, il 66% di chi ha ricevuto solo la lettera e il 76% di chi ha ricevuto entrambi gli interventi. Questi risultati sottolineano la maggiore efficacia dei programmi di screening organizzati, nei quali la donna ha maggiori probabilità di ricevere sia la lettera d'invito sia il consiglio del medico.

Infine l'86% (95% IC = 85%-88%) delle donne ha riferito di aver effettuato la mammografia in una struttura pubblica.

I risultati dello studio PASSI avvalorano la necessità di un'offerta attiva della mammografia su tutto il territorio nazionale mediante programmi organizzati. I dati, infatti, sottolineano l'importanza della chiamata attiva per migliorare l'effettuazione della mammografia e del programma di screening organizzato al fine di aumentare la percentuale di donne che effettuano l'esame nei tempi e nelle modalità raccomandati. Fondamentale, inoltre, è l'apporto di medici di medicina generale, ginecologi e altri operatori sanitari nel raccomandare l'importanza di mammografie periodiche.

La necessità di avviare interventi mirati a migliorare l'offerta di screening oncologici efficaci sta ormai diventando una consapevolezza sia a livello nazionale che regionale, come documenta anche il recente Piano della Prevenzione; ogni Regione italiana ha pianificato le linee operative per realizzare e/o migliorate i programmi di screening oncologici sul proprio territorio.

In questa ottica PASSI può rappresentare un utile strumento, oltre all'attuale sistema di monitoraggio basato sull'utilizzo di servizi per monitorare il grado di avanzamento e l'efficacia dei programmi messi in atto. ■

Riferimenti bibliografici

1. ISTAT. La mortalità per causa nelle regioni italiane - anni 2000-2002. (consultabile online all'indirizzo: <http://www.istat.it>).
2. Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007. 2005.
3. Giorgi D, Giordano L, Ventura L. et al. Lo screening mammografico in Italia: survey 2003-2004. In: *Osservatorio Nazionale Screening - Quarto Rapporto 2005*. p. 17-27.

Il commento

Marco Zappa

Osservatorio Nazionale Screening, Firenze

Lo studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) si presenta come un interessante strumento di monitoraggio delle attività preventive. Utilizza come

strumento l'intervista telefonica su un campione di cittadini ed elabora i propri dati sulla base delle risposte ottenute. Metodologicamente ognuno di questi passaggi presenta dei potenziali problemi che potrebbero far dubitare della bontà delle stime finali. Fortunatamente, sulle attitudini verso la diagnosi precoce abbiamo a disposizione varie fonti informative, ognuna delle quali ci dà un'immagine parziale della situazione italiana. Alcune di queste fonti si basano su dati universali (principalmente la survey dell'Osservatorio Nazionale Screening, o le analisi degli archivi delle presta-

zioni ambulatoriali regionali), altre campionarie come la indagine multiscopo ISTAT. In realtà, se confrontiamo i dati presentati nell'articolo e quello che già conosciamo dalle altre fonti vediamo emergere un quadro abbastanza omogeneo e consistente e questo, indirettamente, conferma la validità dello studio PASSI. Il quadro che emerge ci dice che circa il 60% delle donne ha effettuato una mammografia negli ultimi due anni. Le donne che effettuano il test regolarmente hanno queste caratteristiche: sono relativamente più giovani, coniugate, con un livello di studio elevato. L'aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL (che possiamo assumere come proxy dello screening organizzato) è la motivazione più frequente della scelta effettuata. L'importanza della presenza di screening organizzati è confermata dal fatto che, se si confrontano le coperture delle regioni dove un programma di screening è atti-

vo e quelli in cui non lo è, vediamo, anche attraverso lo studio PASSI, che un'alta copertura si raggiunge soltanto laddove un programma organizzato è presente. Dunque, l'indagine PASSI fornisce informazioni utili per stimare la reale copertura delle attività di diagnosi precoce, e permette di valutare il contributo di attività organizzate. Una cosa però rimane fuori da questo tipo di indagine: la misura della qualità dell'intervento di screening. La misura della qualità "oggettiva" si può effettuare solo avendo a disposizione una batteria di indicatori (tasso di richiamo, tasso di identificazione, rapporto lesioni benigne e maligne) che esulano da questo tipo di rilevazioni. Però aspetti della qualità "percepita" potrebbero essere rilevati (ad esempio, i tempi di attesa, la chiarezza del percorso diagnostico terapeutico, ecc.) e, magari potrebbero rappresentare un motivo di ricerca futura.

IL PIANO DI FORMAZIONE PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE ASSOLUTO

Chiara Orsi, Michela Trojani, Chiara Donfrancesco, Luigi Palmieri, Barbara De Mei, Francesco Dima e Simona Giampaoli

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

Lwwwa prevenzione cardiovascolare è stata inclusa tra gli obiettivi del nuovo Piano Nazionale di prevenzione 2005-07. L'identificazione delle persone a rischio aumentato, accompagnata da opportuni interventi di counselling, può favorire cambiamenti dello stile di vita sia tra gli individui ad alto rischio che nella popolazione generale e ridurre il numero di persone con caratteristiche, come l'ipertensione, che aumentano il rischio di malattie cardiovascolari (1). Per questo motivo, il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute ha lanciato un piano nazionale di formazione per la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto.

A tal fine è stato costruito un percorso formativo con l'obiettivo di aumentare tra i medici di medicina generale (MMG) la consapevolezza del valore della prevenzione primaria cardiovascolare e degli strumenti a disposizione. Il programma di formazione si propone di produrre un cambiamento nella pratica professionale che porterà ai seguenti obiettivi:

- adottare pratiche standard per la rilevazione dei fattori di rischio

- valutare il rischio cardiovascolare globale assoluto
- applicare lo strumento per il calcolo del rischio in versione elettronica e cartacea
- adottare raccomandazioni condivise creando un linguaggio comune sulla prevenzione del rischio cardiovascolare attraverso gli stili di vita
- adottare raccomandazioni condivise sul trattamento farmacologico dei casi suscettibili
- costruire e adottare strumenti condivisi per l'autovalutazione dei risultati dell'applicazione della carta del rischio alla popolazione di assistiti
- attivare l'attitudine a partecipare a gruppi di lavoro per la raccolta dei dati, l'analisi e la valutazione dei risultati
- applicare le basi del counselling per la comunicazione del rischio e la modifica degli stili di vita.

Il percorso formativo è costituito da 5 moduli sequenziali riguardanti l'acquisizione di competenze sull'uso del rischio cardiovascolare globale assoluto (moduli 1 e 2), la sua applicazione nella pratica clinica (modulo 3), la divulgazione dei risultati dell'intervento (moduli 4 e 5). Il

percorso didattico si realizza attraverso la formazione di formatori e la successiva formazione a cascata dei MMG; questa metodologia favorisce il coinvolgimento attivo dei MMG, promotori principali del cambiamento nelle pratiche di prevenzione del rischio cardiovascolare (2-4).

L'intervento formativo si compone di due fasi: una di progettazione e sperimentazione e una di applicazione in collaborazione con i MMG. Per quanto riguarda i primi due moduli (uso della carta di rischio cardiovascolare globale assoluto nella pratica clinica e comunicazione del rischio, promozione di stili di vita salubri e trattamento farmacologico per l'applicazione della carta di rischio cardiovascolare globale assoluto nella pratica clinica) è già avvenuta la fase di sperimentazione, attraverso due corsi realizzati presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità: un corso per MMG, che si è svolto il 7 marzo 2005, e un corso per formatori, che si è tenuto nei giorni 11-14 ottobre 2005.

In seguito, è stata avviata la fase di attivazione: nei mesi di novembre e dicembre 2005 è stato ▶

condotto un corso in Umbria, recentemente è stato realizzato un corso per formatori a Firenze presso la Società Italiana di Medicina Generale. Fino a oggi sono stati formati 187 medici e 19 trasfusiologi. Nel corso del 2006 altri corsi verranno realizzati nelle regioni che faranno richiesta.

Uno degli obiettivi fondamentali della formazione è quello di favorire l'implementazione del programma *cuore.exe* per il calcolo del rischio cardiovascolare, di cui, a partire dal 20 dicembre 2005, è disponibile online e scaricabile gratuitamente dalle pagine del sito web del Progetto CUORE (<http://www.cuore.iss.it>) la versione aggiornata 1.0.5. Rispetto alle versioni precedenti, l'ultimo aggiornamento presenta due importanti novità: 1) è stata attivata una raccolta dati su base volontaria attraverso la quale i medici possono partecipare al programma di formazione e di ricerca per la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto nella popolazione italiana promosso dal CCM; 2) sono stati realizzati software specifici per diverse categorie: MMG, specialisti (cardiologi, diabetologi, lipidologi, internisti, medici sportivi, angiologi, igienisti), servizi trasfusionali, ambulatori di prevenzione cardiovascolare. A breve sarà disponibile anche una versione del programma dedicata ai farmacisti. Questi software consentono di coinvolgere nell'attività di formazione e di ricerca, oltre ai MMG, anche altri operatori sanitari.

A poco più di due mesi dall'uscita dell'aggiornamento del programma, gli utenti che hanno scaricato *cuore.exe* sono 2.035, distribuiti su tutte le regioni italiane, di cui la maggior parte (94%) MMG di età compresa tra i 50 e i 59 anni (54%). La Tabella presenta il numero di MMG che hanno scaricato la versione 1.0.5 di *cuore.exe* fino al 28 febbraio 2006 disaggregati per regione di provenienza, il numero di MMG che esercita nella regione e la percentuale di medici che ha scaricato il programma.

Rispetto ai risultati presentati in un precedente articolo (5), in cui erano stati riportati dati analoghi relativi alla prima versione di *cuore.exe*,

Tabella - Distribuzione per regione dei medici che hanno scaricato *cuore.exe* versione 1.05 e percentuale rispetto ai medici di medicina generale (MMG) che esercitano nella regione

Regione	MMG che hanno scaricato il programma	MMG che esercitano nella regione	%
Abruzzo	49	1.066	4,6
Basilicata	19	515	3,7
Calabria	50	1.659	3,0
Campania	146	4.464	3,3
Emilia-Romagna	202	3.238	6,2
Friuli-Venezia Giulia	30	1.026	2,9
Lazio	121	4.640	2,6
Liguria	61	1.411	4,3
Lombardia	436	7.182	6,1
Marche	38	1.212	3,1
Molise	13	279	4,7
Piemonte	159	3.528	4,5
Puglia	93	3.294	2,8
Sardegna	58	1.362	4,3
Sicilia	151	3.969	3,8
Toscana	96	3.091	3,1
Trentino-Alto Adige	39	574	6,8
Umbria	25	729	3,4
Valle d'Aosta	1	97	1,0
Veneto	134	3.532	3,8
Totale	1.921	46.868	4,1

exe, risulta che il numero dei medici che hanno scaricato il software è più basso. Alla base di questo possono essere individuate due cause principali. La prima è che durante lo scorso anno il programma *cuore.exe* è stato integrato nel software millewin, utilizzato da più di 10.000 MMG; i medici che utilizzano *cuore.exe* attraverso millewin non sono stati inclusi nell'analisi. La seconda causa è che l'analisi è stata effettuata a soli due mesi dall'uscita della versione aggiornata, a differenza della precedente che era stata condotta a distanza di un anno dall'inizio della sua introduzione.

Questi risultati, seppur promettenti, mostrano che ancora molti sono i medici e gli operatori sanitari che possono e devono essere coinvolti in questo progetto. Anche per questo motivo risulta di fondamentale importanza implementare, attraverso il piano di formazione

nazionale, l'utilizzo del punteggio cardiovascolare individuale nella pratica clinica. ■

Riferimenti bibliografici

1. Disponibile all'indirizzo: www.cuore.iss.it
2. Giampaoli S, et al. Medici di famiglia a scuola di rischio. *Tempo medico Cuore* 2006;4:25-7.
3. Giampaoli S, Palmieri L, Orsi C. et al. *Uso e applicazione della carta del rischio cardiovascolare. Manuale per i formatori*. Roma; Il Pensiero Scientifico Editore. 2005.
4. Giampaoli S, Palmieri L, Orsi C. et al. *Uso e applicazione della carta del rischio cardiovascolare. Manuale per i partecipanti*. Roma; Il Pensiero Scientifico Editore. 2005.
5. Trojani M, Barbariol P, Orsi C, et al. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: utilizzo del programma *cuore.exe*. *Insero BEN - Not Ist Super Sanità* 2005;18(4): iii-iv.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it