

**Rapporto**  
**del progetto WINSMOKE**

A cura di: Mauro Ruggeri (Coordinatore scientifico e referente del progetto)  
Elisabetta Chellini (CSPO)  
Andrea Querci

Prato, 11 marzo 2008

## **Introduzione**

Il Progetto WINSMOKE prende avvio nel 2003 successivamente ad un percorso formativo rivolto ai medici di medicina generale (MMG), finanziato dalla Regione Toscana ed iniziato con un corso per MMG animatori di formazione svoltosi a Prato il 14 dicembre 2002 sull'assistenza per la disassuefazione al fumo di pazienti fumatori. Successivamente a quel primo corso vari altri corsi erano stati effettuati per MMG delle varie ASL toscane. Era prevista, come è ormai prassi in tutti gli eventi formativi, una valutazione dell'acquisizione di conoscenze da parte dei partecipanti, ma non era allora stata prevista alcuna valutazione della ricaduta a distanza sui pazienti dei MMG che avevano partecipato a tali corsi. Il progetto, finanziato dalla Regione Toscana e di cui si riferisce in questo rapporto, ha voluto parzialmente sopperire a tale carenza informativa ponendosi l'obiettivo di costruire e validare uno strumento informatico (WINSMOKE) attraverso il quale poter permettere: (i) al MMG di gestire i propri pazienti fumatori, verificando il livello di assistenza necessario e fornito, e valutando il proprio operato sul complesso dei propri pazienti fumatori; (ii) al sistema sanitario di validare l'intervento del MMG nell'ambito del percorso assistenziale al paziente fumatore previsto in rete con gli altri servizi sanitari territoriali.

Il progetto che ha visto la collaborazione tra SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), CSPO e ITT (Istituto Toscano Tumori) è stato sviluppato da un gruppo di lavoro del quale fanno parte operatori con competenze diverse: un medico di medicina generale (Dott. Mauro Ruggeri, coordinatore scientifico di questo progetto), un epidemiologo (Dott.sa Elisabetta Chellini, in servizio presso il CSPO), uno statistico (Dott. Andrea Querci). Si è avvalso inoltre delle competenze specifiche sul counseling del Dott. Pietro Mario Martellucci, psicologo della ASL 7 Siena che aveva già svolto docenza sull'argomento al 1° corso per MMG, e della Dott.ssa Rosangela Terrone, psicologo della sezione fiorentina della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

Il software è stato realizzato dalla ditta Genomedics srl sede legale piazza dello Spirito Santo 1

Pistoia P.I. 01440710471 azienda fortemente focalizzata sulla Analisi e lo Sviluppo di servizi ed applicazioni per il settore Sanitario ed in particolar modo per la Medicina Generale.

## **Normativa e finanziamenti**

Con **Decreto dirigenziale 7651 del 10 dicembre 2003** progetto “**Smettere di fumare**” valutazione delle iniziative intraprese nella Regione Toscana per incentivare la disassuefazione dal fumo: valutazione dell'attività dei MMG viene assegnata la cifra di Euro 5.000 alla Azienda USL 4, successivamente nell'ambito delle iniziative di prevenzione e contrasto al fumo di tabacco ai sensi della L.R. 25/2005 e della D.G.R. n. 894 del 12 settembre 2005 il **Decreto Dirigenziale n. 7400 del 30 dicembre 2005** e successivamente il **Decreto Dirigenziale n. 6323 del 18 Dicembre 2006** in attuazione della D.G.R. n 669 del 25 Settembre 2006 approvano il progetto “ **Studio, implementazione e diffusione di strumenti idonei a favorire l'attività di counselling antitabagico.**”

individuando l'Azienda USL 4 Prato Soggetto Capofila/gestore, con attribuzione finanziaria complessiva di Euro 30.550, e referente del progetto il Dott. Mauro Ruggeri.

## Metodologia

E' stato messo a punto un software per la gestione dei pazienti fumatori che consente ai singoli MMG:

- di raccogliere le informazioni sulle abitudini a fumo dei propri pazienti, di individuare il loro livello motivazionale a smettere di fumare, e, sulla base di tale livello, di avere indicazioni sulle terapie da seguire e sui consigli da dare al paziente (le indicazioni sono quelle desunte dalle Linee guida cliniche nazionali sulla disassuefazione al fumo, prodotte e diffuse dal Ministero della Salute italiano nel 2002;
- di elencare per i singoli pazienti in archivio i contatti effettuati sull'argomento e l'assistenza fornita;
- di produrre delle statistiche sulla propria casistica;
- di inviare i dati raccolti, non nominativi e appositamente criptati, ad un centro per poterli elaborare congiuntamente con quelli registrati da altri MMG.

Il software costruito è stata denominato WINSMOKE; è stato costruito in modo tale da poter essere eventualmente importato come modulo del programma Millewin, software sviluppato dalla SIMG utilizzato ormai da molti MMG per la gestione sanitaria complessiva dei propri assistiti.

Il questionario alla base del software WINSMOKE è quello di cui alla figura 1: è quello messo a punto ed utilizzato nel progetto di studio di counseling sulla disassuefazione al fumo offerto alle donne fumatrici afferenti ai servizi di screening per il tumore della cervice uterina presso il CSPO (Chellini et al,2007)<sup>1</sup>. Alla costruzione di tale questionario hanno contribuito per la parte motivazionale, per le loro specifiche competenze sul counseling, il Dott. Pietro Mario Martellucci e e la Dott.ssa Rosangela Terrone.

I dati che vengono raccolti con il software WINSMOKE riguardano quindi sia informazioni sull'abitudine al fumo dei pazienti, sull'anno di inizio, sulla tipologia del fumatore in relazione al numero di sigarette fumate (<10; 10-20; >20) e al grado di dipendenza ("alto" se accende la prima sigaretta entro i primi 30 minuti dal risveglio; "basso" se l'accende successivamente), sia sul livello motivazionale alla cessazione utilizzando lo schema classificativo di di Prochaska e Di Clemente (1983, 1992)<sup>2-3</sup>, che prevede 4 fasi denominate di "Pre-contemplazione", "Contemplazione", "Determinazione", e "Azione".

---

<sup>1</sup> Chellini E, Gorini G, Gasparrini A, Iossa A, Martellucci PM, Terrone R. Counseling for smoking cessation addressed to women attending cancer screening programs in Florence, Italy. Atti del Convegno ECToH 07 - 4th European Conference Tobacco or Health 2007, Basilea, 11-13 ottobre 2007, p.125

<sup>2</sup> Prochaska JO & Di Clemente CC. Stages and processes of self -change of smoking: toward an integrative model of ch'ange. J Consulting Clin Psychol 1983, 51: 390-5

Figura 1 – Questionario utilizzato per costruire WINSMOKE

**1. Lei fuma ancora?**  
 SI                       NO  
 ↓

**2. Quando ha smesso?**

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
 mese                      anno

*[STOP]*

↓

**3. Quante sigarette fuma al giorno?**      \_\_\_\_\_

**4. Quando accende adesso la prima sigaretta?**  
 Appena sveglia  
 Dopo colazione  
 Più tardi

**5. Ha desiderio di smettere?**  
 SI                       NO

**6. Ha provato nel frattempo a smettere**  
 SI                       NO  
 ↓

**6.1. Vuole provarci ?**  
 SI                       NO  
*[STOP. Ringraziare –Salutare la signora]*

**6.2. Vuole provarci entro il prossimo mese ?**  
 SI                       NO, NON SO  
*[con qualsiasi risposta counseling]*

↓

**6.3. Quante volte ?**      \_\_\_\_\_

**6.4. Vuole provarci ancora ?**  
 SI                       NO, NON SO  
*[STOP. Ringraziare –Salutare]*

↓

**6.5. Vuole provarci entro il prossimo mese ?**  
 SI                       NO, NON SO  
*[con qualsiasi risposta counseling]*

L'approccio scelto per l'utilizzo del questionario è quello del "colloquio motivazionale": uno stile di counseling centrato sul cliente, orientato per affrontare e risolvere un conflitto di ambivalenza in

<sup>3</sup> Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992, 47: 1102-14

vista di un cambiamento di comportamento (W.R. Miller;L S. Rollnick, 1991)<sup>4</sup>, i cui principi fondamentali sono l'esprimere empatia, l'evitare dispute e discussioni, l'aggirare ed utilizzare la resistenza, il lavorare sulle fratture interiori, e il sostenere l'autoefficacia.

Sono stati contattati gli MMG animatori di formazione di varie ASL toscane al fine di reperire MMG disponibili a collaborare alla validazione del software. Agli MMG partecipanti su base volontaria è stato chiesto di utilizzare WINSMOKE e far pervenire:

- al coordinatore del progetto le criticità riscontrate nell'uso del software;
- e al CSPO i dati raccolti, che possono infatti essere esportati in forma anonima e criptati, per ottemperare alle norme vigenti sulla privacy. Nel file esportato infatti è possibile solo risalire al medico inviante ma non al paziente di cui giunge un solo codice identificativo che il software stesso produce automaticamente

I dati così pervenuti dai singoli medici sono stati quindi elaborati e vengono presentati nel capitolo successivo dei Risultati.

---

<sup>4</sup> Miller, W., Rollnick, S., 1991. Motivational Interviewing. Preparing people to change addictive behaviour. New York, The Guilford Press

## Risultati

Hanno partecipato alla validazione 14 MMG inviando informazioni raccolte su loro pazienti dal 24/03/2007 al 12/02/2008. I MMG partecipanti alla validazione sono riportati nella tabella 1:

Tabella 1 – MMG partecipanti alla validazione del software

<b>Medici partecipanti</b>	<b>ASL</b>
Bartoli Umberto	3 Pistoia
Daly Claudio	4 Prato
Carlesi Massimo	5 Pisa
Franceschi Pier Lorenzo	12 Versilia
Grifagni Marcello	8 Arezzo
Santini Andrea	4 Prato
Menchetti Guglielmo	2 Lucca
Monicelli Paolo	5 Pisa
Panetta Andrea	6 Livorno
Rosellini Giulio	6 Livorno
Ruggeri Mauro	4 Prato
Squillace Alessandro	12 Versilia
Susini Giovanni	11 Empoli
Vannucci Renzo	3 Pistoia

I dati da un punto di vista informatico sono pervenuti al CSPO dal 26/03/2007 (data del primo invio dati) al 15/01/2008 (data dell'ultimo invio). I pazienti di cui si sono ricevute informazioni sono 301. La tabella 2 mostra la numerosità dei pazienti per numero di contatti/visite effettuate: come si può notare solo per 18 (6%) pazienti sono disponibili informazioni su più di 1 contatto/visita effettuata. La tabella 3 mostra la distribuzione per classi di età, età media e sesso della popolazione di assistiti entrata a far parte dello studio.

Tabella 2 – Distribuzione dei pazienti di cui si sono ricevute informazioni a livello centrale per la validazione del software

<b>N° di visite per paziente</b>	<b>N° visite</b>	<b>N° pazienti</b>
1	283	283
2	34	17
5	5	1
<b>Totale</b>	<b>322</b>	<b>301</b>

Tabella 3 – Distribuzione dei pazienti per classe di età e età media alla prima visita, e sesso

Età		Maschi		Femmine	
		n.	%	n.	%
Classi di età	< 29	11	6,1	11	9,2
	30-64	109	60,2	82	68,3
	65 +	61	33,7	28	23,3
	<b>Totale</b>	<b>181</b>	<b>100,0</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>
<b>Età media * (DS)^</b>		56,7 (16,5)		51,9 (15,9)	
<b>Range età*</b>		18-92		18-90	

*\*3 soggetti sono stati tolti dal conteggio medio perché anni di nascita discordanti con le altre informazioni temporali disponibili*

*^ deviazione standard*

La classe di età 30-64 anni è la più rappresentata in ambo i sessi. In generale tendono ad essere percentualmente più numerose le classi più avanzate a discapito della classe di età inferiore a 29 anni, fenomeno questo atteso dato che soggetti più giovani in genere hanno meno problemi di salute e quindi minore necessità di rivolgersi al proprio medico curante.

La tabella 4 mostra la distribuzione dei pazienti contattati per abitudine al fumo: i fumatori complessivamente sono 199 pari al 66,1 % del totale dei pazienti contattati, 58 (19,3%) sono ex-fumatori e 44 (14,6%) mai fumatori.

Tabella 4 – Distribuzione dei pazienti per abitudine al fumo, classi di età e sesso.

Sesso	Classe di età	Fumatori		Ex fumatori		Mai fumatori		Totale n.
		n.	%	n.	%	n.	%	
Femmine	< 29	9	81.8	1	9.1	1	9.1	11
	30-64	67	82.7	5	6.2	9	11.1	81
	65 +	9	32.1	2	7.1	17	60.7	28
	<b>Totale</b>	<b>85</b>	<b>70.8</b>	<b>8</b>	<b>6.7</b>	<b>27</b>	<b>22.5</b>	<b>120</b>
Maschi	< 29	8	72.7	1	9.1	2	18.2	11
	30-64	76	69.7	24	22.0	9	8.3	109
	65 +	30	49.2	25	41.0	6	9.8	61
	<b>Totale</b>	<b>114</b>	<b>63.0</b>	<b>50</b>	<b>27.6</b>	<b>17</b>	<b>9.4</b>	<b>181</b>
<b>Totale (maschi + femmine)</b>		<b>199</b>	<b>66.1</b>	<b>58</b>	<b>19.3</b>	<b>44</b>	<b>14.6</b>	<b>301</b>

Dai dati mostrati in tabella 4 emerge che:

- la percentuale di pazienti fumatori contattati tra gli over 65 è più bassa che nelle altre classi di età e rispecchia, come atteso, la minore percentuale di fumo in tale classe;
- pochi giovani sono stati contattati ma tra questi sono stati contattati e registrati prevalentemente i fumatori, sia tra gli uomini che tra le donne.

Interessanti sono i dati sull'età di inizio dell'abitudine tra gli intervistati sia fumatori che ex-fumatori. La tabella 5 riporta i soggetti divisi in quartili, e poi approssimati all'età intera più vicina al quartile: gli uomini risultano aver iniziato a fumare uno-due anni prima delle donne; circa la metà dei maschi inizia entro i 15 anni, contro i 17 anni delle femmine.

Tabella 5 – Distribuzione in quartili dei pazienti contattati, fumatori ed ex-fumatori, per sesso

<b>Sesso</b>	<b>Età di inizio</b>	<b>%</b>
<b>Femmine</b>	< 15 anni	22,35
	< 17 anni	48,24
	< 19 anni	70,59
<b>Maschi*</b>	< 14 anni	20,35
	< 15 anni	41,59
	< 18 anni	72,57

*\* 1 soggetto ex-fumatore risulta non rispondente*

Tra i fumatori contattati, come mostrato in tabella 6, la percentuale di forti fumatori è più elevata nella classe di età intermedia per entrambi i generi. Per il sesso maschile più della metà (55,3%) dei fumatori contattati è forte fumatore; nelle donne contattate di questa classe di età risulta una quota più bassa di forti fumatrici rispetto agli uomini, ma comunque elevata, pari al 34,3%.

In generale, come rilevato anche nella popolazione generale toscana dalle varie indagini multiscopo ISTAT, le donne fumano in genere un quantitativo inferiore di sigarette degli uomini: fuma infatti più di un pacchetto di sigarette al giorno il 29,4% delle fumatrici contattate e il 46,6% dei fumatori contattati. Un'analogha situazione si osserva per gli ex-fumatori (tabella 7), per i quali la numerosità è molto bassa e quindi non commentabile nel dettaglio; da notare comunque che tra le 8 ex-fumatrici nessuna fumava più di un pacchetto al giorno di sigarette.

Tabella 6 – Distribuzione dei pazienti fumatori per numero di sigarette fumate ogni giorno, sesso e classe di età.

Sesso	Classe di età	n.sigarette fumate al giorno						
		< 10		10-20		> 20		totale
		n.	%	n.	%	n.	%	n.
Femmine	< 29	3	33,3	5	55,6	1	11,1	9
	30-64	12	17,9	32	47,8	23	34,3	67
	65 +	2	22,2	6	66,7	1	11,1	9
	<b>Totale</b>	<b>17</b>	<b>20,0</b>	<b>43</b>	<b>50,6</b>	<b>25</b>	<b>29,4</b>	<b>85</b>
Maschi	< 29	3	37,5	4	50,	1	12,5	8
	30-64	6	7,9	28	36,8	42	55,3	76
	65 +	8	26,7	12	40,0	10	33,3	30
	<b>Totale</b>	<b>17</b>	<b>14,9</b>	<b>44</b>	<b>38,5</b>	<b>53</b>	<b>46,6</b>	<b>114</b>
<b>Totale (maschi + femmine)</b>		<b>34</b>	<b>17,1</b>	<b>87</b>	<b>43,7</b>	<b>78</b>	<b>39,2</b>	<b>199</b>

Tabella 7 – Distribuzione dei pazienti ex-fumatori per numero di sigarette fumate ogni giorno, sesso e classe di età.

Sesso	Classe di età	n.sigarette fumate al giorno						
		< 10		10-20		> 20		totale
		n.	%	n.	%	n.	%	n.
Femmine	< 29	-	-	1	100,0	-	-	1
	30-64	4	80,0	1	20,0	-	-	5
	65 +	2	100,0	-	-	-	-	2
	<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>75,0</b>	<b>2</b>	<b>25,5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>8</b>
Maschi	< 29	3	75,0	1	25,0	-	-	4
	30-64	2	8,7	14	60,9	7	30,4	23
	65 + *	-	-	4	18,2	18	81,8	22
	<b>Totale</b>	<b>5</b>	<b>10,2</b>	<b>19</b>	<b>38,8</b>	<b>25</b>	<b>50,0</b>	<b>49</b>
<b>Totale (maschi + femmine)</b>		<b>11</b>	<b>19,3</b>	<b>21</b>	<b>36,8</b>	<b>25</b>	<b>43,9</b>	<b>57</b>

\* 1 soggetto risulta non rispondente

Per quanto concerne la dipendenza da fumo, la tabella 8 mostra la distribuzione dei pazienti fumatori per momento della giornata in cui accendono la prima sigaretta. Si tratta questa di una domanda considerata un buon proxy del livello di dipendenza, che risulterebbe elevato nel caso di accensione entro i primi 30 minuti dal risveglio. Da notare che la metà dei fumatori contattati risulta con un livello alto di dipendenza (accende la 1° sigaretta entro 30 minuti dal risveglio); inoltre nessun uomo giovane (<29 anni) risulta in questa classe di dipendenza elevata mentre vi sono 3 donne giovani così classificabili.

Tabella 8 – Distribuzione dei pazienti fumatori per momento della giornata di accensione della prima sigaretta, sesso e classe di età

Sesso	Classe di età	Momento del giorno di accensione della 1° sigaretta				
		Entro 30 min. dal risveglio		Dopo 30 min. dal risveglio		totale
		n.	%	n.	%	n.
Femmine	< 29	3	33,3	6	66,7	9
	30-64	33	49,3	34	50,7	67
	65 +	4	44,4	5	55,6	9
	<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>47,1</b>	<b>45</b>	<b>52,9</b>	<b>85</b>
Maschi	< 29	-	-	7	100,0	7
	30-64	44	57,9	32	42,1	76
	65 +	18	60,0	12	40,0	30
	<b>Totale</b>	<b>62</b>	<b>54,9</b>	<b>51</b>	<b>45,1</b>	<b>113</b>
<b>Totale (maschi + femmine)</b>		<b>102</b>	<b>51,5</b>	<b>96</b>	<b>48,5</b>	<b>198</b>

Per quanto riguarda la parte motivazionale, la tabella 9 mostra la distribuzione dei fumatori per livello di motivazione alla cessazione al momento della prima visita: circa la metà dei soggetti che si presentano alla prima visita non sono intenzionati a smettere di fumare (fase di Pre-contemplazione), un quarto pronto a smettere di fumare (fase di Determinazione), e un po' meno di un quarto sono gli indecisi (fase di Contemplazione). Gli uomini inoltre risultano essere maggiormente pronti a smettere rispetto alle donne (nella fase di Determinazione: 32,5 % maschi e 17,7% femmine), comunque le donne presentano una maggiore attenzione alla possibilità di smettere (fase di Contemplazione: 28,2 femmine e 18,4 maschi).

Tabella 9 – Distribuzione dei pazienti fumatori per livello di motivazione alla cessazione, secondo il modello di Prochaska e Di Clemente, per sesso

Sesso	Livello motivazionale						
	Pre-contemplazione		Contemplazione		Determinazione		Totale
	n.	%	n.	%	n.	%	n.
<b>Femmine</b>	46	54,1	24	28,2	15	17,7	85
<b>Maschi</b>	56	49,1	21	18,4	37	32,5	114
<b>Totale</b>	<b>102</b>	<b>51,3</b>	<b>45</b>	<b>22,6</b>	<b>52</b>	<b>26,1</b>	<b>199</b>

Solo per 18 pazienti sono disponibili le informazioni relative a più di una visita. Data la bassa numerosità si riportano solo alcuni elementi descrittivi che rendono conto della rilevanza delle informazioni che possono essere raccolte ed elaborate.

Riguardo alla loro abitudine al fumo :

- 2 che avevano una bassa dipendenza (accendevano la prima sigaretta dopo la prima mezz'ora) smettono di fumare;
- 4 soggetti diminuiscono il numero di sigarette fumate al giorno, da 10-20 a meno di 10;
- 1 soggetto aumenta il numero di sigarette fumate al giorno, da 10-20 a più di 20;
- dei 3 soggetti a dipendenza bassa, 2 diminuiscono il numero di sigarette fumate, 1 le aumenta;
- 1 soggetto a dipendenza alta diminuisce il numero di sigarette fumate al giorno;
- il resto dei soggetti si presenta alla seconda visita con dati invariati.

Riguardo invece al livello motivazionale alla cessazione:

- dei 7 fumatori che erano alla prima visita nella fase di Pre-contemplazione (non hanno cioè intenzione di smettere), successivamente 5 risultano ancora in Pre-contemplazione ed 1 nella fase di Determinazione, cioè pronto a smettere;
- dei 6 fumatori che risultano alla prima visita in fase di Contemplazione (cioè pensano che potrebbero smettere), 3 regrediscono nella fase di Pre-contemplazione, 2 permangono nella fase di Contemplazione e 2 passano nella fase di Determinazione;
- infine, dei 5 fumatori risultati pronti a smettere alla prima visita (cioè nella fase di Determinazione), successivamente risulta che 2 hanno effettivamente smesso e 3 sono ancora nella fase di Determinazione.

### **Osservazioni dei MMG partecipanti al test**

Il software è stato giudicato positivamente da tutti i partecipanti. In particolare non sono state riscontrate particolari difficoltà di utilizzo. Anche il tempo necessario per ogni singola visita è stato considerato adeguato ai tempi dell'ambulatorio. Tutti, comunque, auspicano, che il software sia introdotto come parte costituente della cartella clinica computerizzata normalmente utilizzata per la gestione dei pazienti. Tutti hanno giudicato vantaggioso l'utilizzo dei vari help gestionali presenti. Un MMG ha ravvisato la necessità di un ulteriore approfondimento per la gestione corretta del counselling che tuttavia appesantirebbe troppo il programma. Sarebbe auspicabile un'azione formativa da affiancare all'utilizzo di Winsmoke.

## Criticità del software- modifiche da apportare

Sulla base delle osservazioni di ritorno dai MMG testers sono state individuate le seguenti modifiche:

1. far apparire un'icona che permette di accedere al Fagerstrom e di utilizzarlo se il medico lo ritiene necessario per capire meglio il livello di dipendenza del paziente.( calcolo automatico del punteggio)
2. far apparire un'icona con il test di Mondor sul livello motivazionale che il medico potrebbe ugualmente utilizzare nel caso volesse approfondire tale aspetto con calcolo automatico del punteggio
3. far apparire i dati relativi all'abitudine al fumo registrati nelle visite precedenti nel caso che il paziente abbia smesso di fumare e quindi abbia risposto "NO" alla domanda "Fuma?"
4. verificare la funzione inserimento "comune di nascita" (si sono registrate alcune difficoltà)
5. manca il mese di ottobre nel "quando ha smesso"
6. aumentare l'anno di calendario di almeno 10 anni rispetto a quello presente disponibile fino al 2008
7. mettere scheda per la vareniclina (area terapie farmacologiche)
8. ricontrollare le schermate relative alla terapia con nicotina
9. schermata help in casi paziente indeciso: modificare carattere dei consigli (sempre lo stesso per tutti)
10. Aggiungere dove è scritto chi ha fatto e progettato il software: consulenza per gli aspetti psicologici : Pietro Mario Martellucci, Rosangela Terrone

## Conclusioni

Smettere di fumare per un fumatore può essere semplice ma anche molto problematico e necessitare di un sostegno adeguato. Nel 1994 l'Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) negli USA ha coinvolto 125 esperti nella revisione di 3000 articoli sull'argomento, di cui circa 300 sono stati valutati adeguati per una tale valutazione. Dal lavoro ne sono uscite le Linee guida (dell'AHCPR)<sup>5</sup> sull'efficacia dei vari metodi. Queste linee guida sono state riprese da un analogo gruppo di lavoro inglese che si è basato sia sulla revisione della AHCPR che su quella effettuata dal Cochrane Tobacco Addiction Review Group (Raw, 1998; Parrot,1998)<sup>6-7</sup>: le linee guida inglesi sono periodicamente aggiornate e disponibili sul sito WEB della Cochrane Library ([www.cochrane.co.uk](http://www.cochrane.co.uk)). Le linee guida americane sono state aggiornate nel 1999 (Fiore, 2000)<sup>8</sup> ([www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)). Nel 2002 sono state stilate dall'ISS le linee guida italiane ([www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it))<sup>9</sup> il cui utilizzo è stato fortemente raccomandato dal Ministero della Salute. Da tutte queste linee guida si evince che un intervento breve di incentivazione alla cessazione fornito da personale sanitario, in particolare dal MMG, è in grado di aumentare il tasso di cessazione di base. Il MMG si trova in una posizione chiave per intervenire con i propri pazienti fumatori: ha infatti la possibilità di raggiungere ampie fasce di popolazione con messaggi personalizzati e fornire un supporto continuativo ai propri pazienti. E' stato stimato che almeno il 70% dei fumatori vede il proprio medico una volta all'anno.

Il MMG deve comunque anche affrontare nella sua attività professionale quotidiana molti aspetti legati alla salute dei propri pazienti, sia di tipo preventivo che diagnostico terapeutico. Oggi le nuove tecnologie informatiche, attraverso programmi computerizzati, rendono possibile al MMG una gestione rapida ed accurata dei propri pazienti. Uno dei programmi di maggior utilizzo a riguardo è quello implementato dalla SIMG, denominato Millewin. Questo programma è particolarmente sviluppato sugli aspetti diagnostici e terapeutici. Millewin prevede la possibilità di registrare l'abitudine al fumo dei pazienti, ma non contempla uno specifico modulo per il

---

<sup>5</sup> US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use among Young People: a Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia:US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994

<sup>6</sup> Raw M. et al, Smoking cessation guidelines for health professionals, Thorax, 1998, 53 (suppl 5, part I): S1-S19

<sup>7</sup> Parrot S, et al. Guidance for commissioners on the cost-effectiveness of smoking -cessation interventions. Thorax 1998, 53 (suppl 5, part II): s1-s38

<sup>8</sup> Fiore MC, Bailet WC, Cohen SJ, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville,MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000

<sup>9</sup> ISS (Istituto Superiore di sanità). Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. 2002 ([www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it))

trattamento del tabagismo. Connotare il tabagismo come malattia è d'altra parte di recente introduzione nella pratica medica corrente. Un primo forte segnale a riguardo è emerso all'inizio del 2000<sup>10</sup>.

Alla luce di quanto espresso in precedenza è stato avviato questo progetto con l'intenzione di sviluppare, validare e successivamente diffondere tra i MMG toscani uno strumento informatico che possa permettere loro di far smettere di fumare il maggior numero possibile di pazienti fumatori, fornendo in maniera agile indicazioni mirate alle esigenze specifiche di ciascun paziente.

Il software **Winsmoke** rappresenta un valido strumento per la pratica quotidiana del MMG nella gestione dei pazienti fumatori.

Permette al MMG di conoscere l'atteggiamento di ogni paziente nei confronti del fumo, in particolare definendone lo stadio motivazionale e quindi di predisporre un efficace intervento personalizzato di disassuefazione.

Al momento attuale il software prodotto WINSMOKE è slegato da Millewin ma è possibile che possa essere successivamente inglobato in tale programma e farne parte integrante. Qualora ciò accadesse si ridurrebbero i tempi di accensione di WINSMOKE come evidenziato dai MMG che hanno partecipato alla fase di validazione .

Il software sviluppato ha potenzialità considerevoli in quanto consente al medico di attivarsi più o meno intensamente a seconda della capacità di interazione con del paziente, interazione questa variabile a seconda del livello motivazionale in cui il paziente si trova riguardo alla possibilità di smettere di fumare.

La possibilità di elaborare un numero notevole di variabili sull'abitudine la fumo e sul livello motivazionale alla cessazione, che il software consente di raccogliere in un lasso di tempo breve e di verificare sul singolo e sull'intero gruppo di assistiti, rappresenta un valore aggiunto considerevole, sia per il singolo medico sia per il sistema sanitario qualora il MMG voglia mettere a disposizione i dati che ha raccolto, e che il programma consente di esportare in maniera congrua con le disposizioni legislative sulla privacy. La ricchezza informativa è evidente dai dati presentati nel capitolo sui Risultati, e potrebbe accrescersi qualora questi dati potessero essere agganciati alle ulteriori informazioni sulla storia di salute dei singoli pazienti.

WINSMOKE è ovviamente un programma che necessita di essere aggiornato via via che nuove evidenze si acquisiscono sull'efficacia di nuove procedure terapeutiche come ad esempio si è verificato con la recente introduzione in commercio della vareniclina.

---

<sup>10</sup> Kmietowicz Z. Doctor told to treat nicotine addiction as a disease. BMJ 2000, 320:397

Quindi la prossima fase di lavoro prevista è infatti quella di aggiornare le indicazioni presenti sul software. A seguire è prevista la diffusione di questo software a tutti gli MMG toscani e la sua pubblicizzazione attraverso i canali correnti di informazione e formazione della medicina generale.