



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

PSICOLOGIA DEL DISTURBO DA USO DI TABACCO

CASSETTA DEGLI ATTREZZI DELLA PSICOLOGIA DELLE DIPENDENZE



**PROGETTO OPL
PSICOLOGIA DELLE DIPENDENZE**



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it

PEC: segreteria@pec.opl.it

sito: www.opl.it

La Presidente

Laura Parolin

Consulta delle professioni

Silvia Valadè

Progetto Psicologia delle Dipendenze

Cinzia Sacchelli

Gruppo di Lavoro OPL Psicologia delle Dipendenze:

Cinzia Sacchelli, Alberto Ghilardi, Herald Cela,

Jessica Dagani, Aurora Teruggi,

Maria Francesca Amendola, Brunella Ieva,

Daniela Capitanucci, Sandra Basti, Cristina Foglio,

Rita Subioli, Pietro Cipresso, Giuseppina Gelmi,

Luca Biffi, Francesca Mercuri, Henry Pinamonti,

Simone Feder, Michele Guerreschi, Francesca Cresto

Progetto grafico

Alessandra Riva

Opera curata da: Ordine degli Psicologi della Lombardia - 2024

Tutti i diritti riservati. Riproduzione in qualsiasi forma, memorizzazione o trascrizione con qualunque mezzo (elettronico, meccanico, in fotocopia, su disco o in altro modo, compresi cinema, radio, televisione) sono vietate senza autorizzazione scritta dell'editore.

INDICE

Sommario	3
Presentazione del progetto	
1. Introduzione	8
1.1. La raccolta	
2. Epidemiologia	10
2.1. Prevalenza	
2.1.1. Altri Paesi/Mondiale	
2.1.2. Prevalenza in Italia	
2.2. Comorbilità	
2.2.1. Altri Paesi/Mondiale	
2.2.2. Comorbilità in Italia	
3. Diagnosi	14
3.1. Criteri	
3.1.1. DSM-5	
3.1.1.1. Disturbo da uso di tabacco	
3.1.1.2. Astinenza da tabacco	
3.1.1.3. Disturbo correlato al tabacco senza specificazione	
3.1.1.4. Disturbo del sonno indotto da tabacco	
3.1.2. ICD 11	
3.1.3. Considerazioni cliniche	
3.1.4. Considerazioni sulla diagnosi differenziale	
3.1.5. Considerazioni conclusive	
3.2. Considerazioni neurobiologiche	
3.3. Strumenti di valutazione	
3.4. Considerazioni particolari sui soggetti e sugli oggetti della dipendenza	
3.4.1. Declinazioni dell'oggetto	
3.4.1.1. Sigaretta tradizionale	
3.4.1.2. Sigaretta elettronica e vaporizzatori	
3.4.1.3. Sigari e pipa	
3.4.1.4. Tabacco da futo o da masticare	

3.4.2. Declinazioni del soggetto	
3.4.2.1. Adolescenti e prima età adulta	
3.4.2.2. Anziani	
3.4.2.3. Donne in età fertile e in gravidanza	
3.4.2.4. Fasce con svantaggio socio-economico	
3.4.2.5. Pazienti psichiatrici, pazienti che soffrono di un grave disturbo mentale	
3.4.2.6. Pazienti con altre patologie	
4. Trattamenti e interventi evidence based	28
4.1. I tre approcci fondamentali	
4.1.1. Trattamento non psicologico	
4.1.2. Trattamento psicologico	
4.1.2.1. Prospettive comportamentali	
4.1.2.2. Prospettive cognitivo-comportamentali	
4.1.2.3. Trattamenti di gruppo	
4.1.2.4. Trattamenti brevi	
4.1.2.5. Trattamenti con app o in altre forme di telemedicina	
4.1.2.6. Trattamenti in comorbilità	
4.1.3. Trattamenti integrati	
4.2. I contesti di intervento	
4.2.1. Contesto sanitario	
4.2.2. Contesto familiare	
4.2.3. Contesto lavorativo	
4.2.4. Contesto scolastico	
4.2.5. Contesto di comunità	
4.3. Trattamenti evidence based e agire effettivo clinico: alcune considerazioni di transizione narrativa sulla metodologia della ricerca	
5. La clinica del trattamento della dipendenza da tabacco	47
6. Prognosi ed efficacia	47
7. Prevenzione	48
7.1. I fattori di rischio secondo la letteratura	
8. Breve sintesi conclusiva	49
9. Bibliografia	51

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

L'Ordine degli Psicologi della Lombardia sta lavorando da tempo per fornire ai professionisti una formazione evidence-based che li orienti nelle diverse aree di lavoro dello psicologo, a partire dalla prevenzione, la diagnosi e la cura. Lo scopo è quello di valorizzare la professione di psicologo in settori in cui possiamo giocare un ruolo importante, ritagliandoci un campo di intervento specifico in cui mettere in gioco le nostre competenze.

In particolare, il Gruppo di Lavoro (GdL) del Progetto Psicologia delle Dipendenze sta portando avanti un lavoro prezioso per fornire ai colleghi strumenti e tecniche nel campo di questi disturbi, attraverso la stesura di diversi materiali. Questo documento riguarda il Tabagismo, la forma di dipendenza che interessa il maggior numero di cittadini in Italia. Il fumo, insieme all'alcol, è uno dei maggiori fattori di rischio che impatta sullo stato di salute della popolazione, ma mancano ancora percorsi di formazione specifici per gli psicologi che volessero occuparsene. Il dossier vuole allora essere una guida per conoscere da un punto di vista teorico questa problematica, e allo stesso tempo fornire delle linee guida sulla prevenzione e il trattamento.

Ringrazio i colleghi del GdL che hanno dedicato con impegno il loro tempo e le loro competenze al servizio dei colleghi più giovani nella creazione della Cassetta degli Attrezzi dello Psicologo delle Dipendenze. Il lavoro del GdL rispecchia la visione dell'Ordine di rimessa in gioco delle competenze tra colleghi esperti e nuovi, per creare una nuova generazione di psicologi sempre più attenta ai bisogni e specializzata. Auguro a tutti una buona lettura, con l'auspicio che questo dossier possa rappresentare un mattoncino nella loro formazione nel campo sempre più importante delle patologie delle dipendenze.

La Presidente
Laura Parolin

Questo documento è uno dei frutti del triennio di lavoro degli psicologi coinvolti nel Progetto "Psicologia delle Dipendenze" dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia.

L'idea del Progetto nasce dalla constatazione che lo Psicologo che voglia occuparsi di Dipendenze non trova ad oggi degli ambiti di formazione specifica né nel percorso universitario né nel percorso di specializzazione. Eppure, non sono pochi i colleghi che lavorano nella prevenzione, diagnosi e cura delle dipendenze né sono poche le opportunità occupazionali nei Servizi per le Dipendenze pubblici (SERD, Nucleo Operativo di Alcolologia, Riabilitazione Dipendenze, Servizi di Prevenzione...) e nei Servizi privati accreditati (SMI, Comunità Terapeutiche, Centri Diurni, Reparti di Cliniche e Ospedali, Cooperative per la prevenzione e reinserimento sociale...). Capitano, peraltro, con una certa frequenza anche negli studi privati pazienti che abbiano problemi da uso di sostanze, come per esempio: adolescenti che utilizzano cannabis, adulti che hanno episodi di abuso di alcol o problemi di gioco d'azzardo, persone che vorrebbero smettere di fumare.

Ebbene, lo Psicologo che vuol lavorare con le dipendenze si deve costruire in autonomia un percorso di sviluppo delle conoscenze e competenze utili per potersi proporre come un professioni-

sta esperto in questo settore. Di solito ciò avviene attraverso la esperienza sul campo, a partire dai tirocini formativi che offrono la possibilità di vedere come altri colleghi mentori hanno saputo tradurre le proprie competenze per l'applicazione nel lavoro clinico col paziente con problemi da addiction e con la famiglia.

La ricerca scientifica e la pratica clinica sono due fondamentali bussole che indicano allo Psicologo - e ai Servizi in cui lo Psicologo lavora - quali sono gli strumenti e le tecniche psicologiche da privilegiare perché hanno dato evidenza della loro efficacia (Evidence Based).

Questo documento, prodotto dal Gruppo di Lavoro (GdL) del Progetto Psicologia delle Dipendenze, fa parte di una serie di materiali che si propongono la finalità di aiutare i colleghi a costruire i propri percorsi formativi per sviluppare competenze nella prevenzione, diagnosi e cura delle dipendenze e l'obiettivo di orientare la scelta di strumenti e pratiche psicologiche Evidence Based per garantire la maggiore efficacia del lavoro psicologico con la utenza affetta da questa forma di disturbi.

Il Dossier è dedicato al Tabagismo, la forma di dipendenza più diffusa in Italia, con il maggior impatto negativo sullo stato di salute della popolazione, ma per cui l'intervento preventivo è ancora molto limitato. Un investimento negli scorsi anni è stato fatto per incrementare le opportunità di accesso a trattamenti per le persone che vogliono smettere di fumare. Sono stati incentivati gli interventi di counselling e supporto dei medici di medicina generale e dei servizi delle dipendenze in cui operano alcuni psicologi. Alcune realtà private che operano in campo oncologico, offrono trattamenti anche di gruppo a chi voglia smettere di fumare. La maggior parte delle persone che desiderano estinguere questo comportamento di addiction adotta il metodo "Fai da te", che spesso non porta risultati permanenti, ma che ha un suo mercato: manuali divulgativi che spiegano come sia facile smettere di fumare diventano best seller; molto scaricate le app che aiutano a tenere monitorata la astensione dal fumo; le sigarette elettroniche hanno avuto un boom ed ora hanno un mercato.

Abbiamo quindi voluto fornire una review della ricerca scientifica su questa materia, arricchendola con alcuni suggerimenti clinici, per orientare i colleghi Psicologi che volessero sviluppare una offerta di prevenzione e di intervento psicologico basata su elementi tecnici che ne supportino la validità e l'efficacia.

Ringraziamo la Presidente Laura Parolin e tutti i Consiglieri dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia che hanno voluto e fattivamente sostenuto il Progetto ordinistico sulla Psicologia delle Dipendenze. Il mio pensiero grato va a tutti i colleghi del GdL che, indotti dalla passione per il loro lavoro e dalla sensibilità verso i colleghi più giovani, hanno contribuito con grande impegno alla realizzazione dei documenti, dei webinar e dei materiali che hanno riempito di contenuti e dato grande spessore alla Cassetta degli attrezzi dello Psicologo delle Dipendenze.

Ci auguriamo che i materiali che abbiamo costruito possano trasmettervi, insieme alle informazioni contenute, anche la curiosità scientifica e l'insaziabile desiderio di cercare ogni volta la strada migliore per aiutare ogni persona che si rivolga a noi, professionisti della cura.

Cinzia Sacchelli
Consigliere OPL

NOTE INTRODUTTIVE

Il disturbo da uso di tabacco ha generalmente un andamento cronico, essendo mantenuto tanto dalla dipendenza fisica dalla nicotina quanto da meccanismi di apprendimento **[Rigotti et al. 2022]**. Circa il 70% dei fumatori prima o poi vorrebbe smettere di fumare: chi ci riesce (meno del 20% dei fumatori) prova mediamente 6 volte prima di avere successo **[Rigotti et al. 2022]**.

Il fumo è un problema rilevante perché nuoce alla salute individuale e della popolazione. È una dipendenza da cui costa fatica liberarsi; è insidiosa perché è legale e diffusa, ed esordisce in giovanissima età, quando ancora non viene vista con un sufficiente pensiero critico. Troppo spesso è considerata un problema minore rispetto ad altre patologie da addiction. Già questo basta a dare la giusta motivazione per scriverne.

1. INTRODUZIONE

1.1. LA RACCOLTA

Questo ebook è scritto da Psicologi, che hanno competenze cliniche e di ricerca, con l'intenzione di fornire ad altri colleghi uno strumento di conoscenza dei disturbi da uso del tabacco e del tabagismo nei termini di cosa siano e come si possano affrontare.

Non vuole essere un manuale clinico; tantomeno un riassunto di linee guida, né può dirsi una *review narrativa*. È piuttosto un discorso strutturato, che vorrebbe aiutare i colleghi a trovare le informazioni utili per approfondire il tema del tabagismo e gli strumenti per valutarlo: nasce per la clinica e si appoggia alla ricerca.

La sua costruzione si è articolata in tre macro-fasi.

Nella prima sono state effettuate 3 ricerche bibliografiche su Pubmed. Per la prima ricerca si è utilizzata la seguente stringa di query ("Tobacco Use Disorder/epidemiology"[MAJR] or "Tobacco Smoking"[MeSH] or "Tobacco Use Disorder"[Mesh] or "Tobacco Use Disorder/diagnosis"[MeSH] or "Tobacco Use Disorder/psychology"[MeSH] or "Tobacco Use Disorder/prevention and control"[MeSH] or "Tobacco Use Disorder/therapy"[MAJR] or "Smoking Cessation/psychology"[MAJR] "Smokers/psychology"[MeSH] or "Smoking Cessation/methods"[MAJR] or "Smoking Cessation/psychology"[MeSH] or "Smoking/epidemiology"[MeSH]) and ((treatment) or (assessment) or (screening) or (epidemiology) or (prevalence) or (comorbidity)) AND ((y_5[Filter]) AND (books-docs[Filter] OR clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter])) AND (english[Filter] OR italian[Filter])).

Abbiamo letto gli abstract dei 274 articoli ottenuti e abbiamo dato a ciascuno un punteggio da uno a cinque secondo la rilevanza per gli scopi dell'ebook, ottenendo circa 80 articoli. La lettura di questi primi articoli e dei precedenti ebook su altri temi relativi alla dipendenza ci ha permesso di ipotizzare la struttura del testo, che abbiamo riempito di contenuti presi dagli articoli selezionati.

Una seconda fase di ricerca di fonti è stata motivata dal fatto che alcuni *contenitori* della struttura narrativa dovevano essere meglio riempiti. A tal fine abbiamo usato, sempre su *Pubmed*, la seguente stringa ("empowerment"[MeSH] OR "empowerment"[MAJR] OR "Mentalizing"[MAJR] OR "Mentalizing"[MeSH] OR "Mentalization"[MAJR] OR "Mentalization"[MeSH] OR "Mentalization/physiology"[MAJR] OR "Mentalization/physiology"[MeSH] OR "Behavior Therapy/methods"[MAJR] OR "Behavior Therapy/methods"[MeSH] OR "Psychotherapy/methods"[MAJR] OR "Psychotherapy/methods"[MeSH] OR "Cognitive Behavioral Therapy/methods"[MeSH]) AND ("Motivational Interviewing/methods"[MeSH] OR "Smoking Cessation/methods"[MAJR] OR "Smoking Cessation/methods"[MeSH] OR "Tobacco Use Disorder"[MeSH] OR "Tobacco Use Disorder"[MAJR]) AND ((y_5[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (clinicaltrial[Filter] OR meta-analysis[Filter] OR randomizedcontrolledtrial[Filter] OR review[Filter] OR systematicreview[Filter])) ottenendo circa altri 90 articoli. Leggendo gli *abstract* e, se era il caso, i contenuti abbiamo ottenuto altri dati per completare il testo.

La terza ricerca bibliografica ha riguardato i siti – italiani ed esteri – che trattano del tabagi-

simo e del disturbo da uso di tabacco e le fonti istituzionali nazionali (Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Sanità, Pagine dedicate del sito di Regione Lombardia).

Nella seconda fase del lavoro, gli Psicologi clinici del progetto Psicologia delle Dipendenze di OPL hanno preso spunto dalla struttura e dai temi trattati per dare nuovi contenuti e struttura al testo: animandolo con i risultati dell'esperienza sul campo ne hanno aumentato la leggibilità e la chiarezza.

Alla fine – la terza fase – l'intero Gruppo di lavoro ha revisionato il testo e collaborato agli ultimi sforzi di *labor limae*.

La struttura di questo E-book ricalca quella dei volumi precedenti editi dallo stesso Gruppo di lavoro di OPL formato da esperti sulle dipendenze ed esperti nella ricerca scientifica.

2. EPIDEMIOLOGIA

2.1. PREVALENZA

2.1.1. ALTRI PAESI/MONDIALE

Tra le cause di morte prevenibili, l'uso del tabacco e il fumo di sigaretta sono al primo posto non solo negli Stati Uniti **[Young et al. 2021]**, ma nel mondo **[Akbari et al. 2023]**, **[Leone, Evers-Casey 2022]**. Il fumo causa annualmente 480.000 morti negli Stati Uniti o, secondo altri, il 20% delle morti complessive **[Collado et al. 2022]**; e circa 7 **[Young et al. 2021]** o 8 **[Webb et al. 2022]** milioni nel mondo. Dei decessi a livello mondiale associati all'uso di tabacco, circa l'80% avviene in paesi a medio e basso reddito **[Fouad et al. 2020]**. Solo negli Stati Uniti il peso economico annuale di questa dipendenza è pari a circa 310 miliardi di dollari (170 miliardi per le cure mediche e 160 miliardi per la perdita produttiva) *[Ibidem]* e si stima che il costo annuale mondiale superi i 1400 miliardi di dollari **[Webb et al. 2022]**.

Nel mondo circa 1,4 miliardi di persone usa regolarmente il tabacco **[Leone, Evers-Casey 2022]**. Negli Stati Uniti circa il 14% **[Rigotti et al. 2022]** o 15% **[McClure et al. 2020]** della popolazione fuma; la prevalenza delle donne è più bassa di quella degli uomini, ma le prime fanno più fatica a smettere di questi ultimi **[McClure et al. 2020]**. A proposito di differenze di genere, secondo una meta-analisi del 2021 **[Jafari et al. 2021]**, la prevalenza mondiale dell'uso di tabacco (principalmente del fumo di sigaretta) nelle donne è molto alta e significativa nei sottogruppi di adolescenti, adulti e gestanti. Prendendo a riferimento l'anno di pubblicazione del 2021, i dati dicono che nel mondo il 28% delle donne ha fumato almeno una volta ed il 17% sta fumando. Prendendo in considerazione sottogruppi particolari, le donne che hanno fumato almeno una volta si suddividono come segue: adolescenti 23%, adulte 27%, gestanti 32% e donne che soffrono di una qualsiasi patologia 38%; se si suddividono per continente, il 36% delle donne in Oceania ha fumato almeno una volta nella vita, il 14% in Asia, il 38% in Europa, il 31% in America e il 32% in Africa.

Chiaramente la prevalenza nell'uso di tabacco non è indipendente da fattori demografici, economici e culturali. Tra le caratteristiche associate al consumo di tabacco, tre sono quelle spesso citate in letteratura: il basso status socio-economico, la presenza di disturbi mentali e l'abuso di altre sostanze. A questi si aggiungono altri fattori che influiscono sulla dipendenza, tra i quali: la densità del commercio del tabacco al dettaglio (tabaccai); l'aver avuto genitori fumatori; l'essere persone divorziate **[Leone, Evers-Casey 2022]**.

Nonostante i progressi negli interventi farmacologici e comportamentali per aiutare i fumatori a smettere, l'astinenza a lungo termine non supera il 20% ad un anno dall'inizio del trattamento, anche quando esso è *evidence-based* e abbinato a pratiche descritte in linee-guida **[Webb et al. 2022]**. In Italia abbiamo sostanzialmente lo stesso tasso di successo del 20% **[PASSI] [MDS-PCT]**.

Il disturbo da uso di tabacco è un problema sanitario che coinvolge anche gli adolescenti **[Harvanko et al. 2020]**: nel 2014 il 22,1% degli studenti statunitensi delle scuole medie inferiori e

superiori ha dichiarato di aver fumato almeno una volta nella vita ed il 6,4% di averlo fatto negli ultimi 30 giorni. Tra gli studenti delle scuole superiori statunitensi, nel 2015, il 9,3% ha dichiarato di aver fumato sigarette nell'ultimo mese, percentuale che rappresentava circa 1,4 milioni di persone negli USA. Bisogna evidenziare che il 75% dei fumatori in età adulta dichiara di aver iniziato durante l'adolescenza (11 – 17 anni). I fumatori iniziano presto e faticano a smettere, quindi la prevenzione tra gli adolescenti è ovviamente un obiettivo primario.

Se un fumatore in età adulta riesce a smettere, può guadagnare fino a 10 anni nell'aspettativa di vita **[Rigotti et al. 2022]**.

2.1.2. PREVALENZA IN ITALIA

I dati sulla prevalenza del fumo di tabacco tra gli adulti sono raccolti ogni anno dall'ISTAT con la "Indagine sulle attività della vita quotidiana" e dall'Istituto Superiore di Sanità con la sorveglianza "PASSI" e l'Indagine ISS/Doxa.

Nel 2021, secondo dati ISTAT, i fumatori, tra la popolazione di 14 anni e più, sono poco meno di 10 milioni. La prevalenza è pari al 19%. Forti sono le differenze di genere: tra gli uomini i fumatori sono il 22,9% tra le donne il 15,3%. Il fumo di tabacco è risultato più diffuso nella fascia di età tra i 25-44 anni (circa 1 persona su 4)." **[MDS-Tabagismo]**.

La Sorveglianza PASSI è un sistema di "sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione, e fornisce dati **[PASSI-Fumo]** più aggiornati (2022/2023) sull'abitudine al fumo: In Italia, la maggioranza degli adulti 18-69enni non fuma (59%) o ha smesso di fumare (17%), ma 1 italiano su 4 è fumatore (24%). Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia 22 fumatori su 100 ne consumano più di un pacchetto. Il fumo di sigarette è più frequente fra gli uomini rispetto alle donne (28% vs 21%) e disegna un gradiente sociale significativo, coinvolgendo molto di più le persone con difficoltà economiche (36% vs 21% fra chi non ne ha) o con bassa istruzione (30% fra chi ha la licenza media o 26% fra chi ha al più la licenza elementare vs 18% fra i laureati). La variabilità territoriale mostra in testa alla classifica delle Regioni con le più alte quote di fumatori alcune del Centro-Sud, come Umbria e Campania"

2.2. COMORBILITÀ

2.2.1. ALTRI PAESI/MONDIALE

Secondo una meta-analisi del 2019 **[Chen et al. 2019]**, la vita sedentaria diminuisce l'aspettativa di vita di per sé, ma tra i fumatori l'effetto sarebbe ancora maggiore.

La comorbilità con altri disturbi mentali è alta **[Leone, Evers-Casey 2022]**. Di particolare interesse teorico è il risultato di uno studio **[Akbari et al. 2023]** secondo il quale circa il 30% dei soggetti nello spettro DOC (Disturbo Ossessivo Compulsivo) è dipendente dal fumo o, comunque, usa prodotti a base di tabacco; e la forza della dipendenza non dipenderebbe dalla gravità

dei sintomi DOC.

Non sorprende che la dipendenza da alcol e quella da tabacco correlino fortemente ed influenzino negativamente e reciprocamente l'una sull'altra per quanto concerne lo sviluppo temporale dei disturbi e l'intensità del trattamento da mettere in atto **[Smith et al. 2020]**: Il consumo di tabacco e quello di alcol causano, rispettivamente, il 11,5% e il 5,3% della mortalità dei soggetti adulti **[Krolo et al. 2022]** ed il loro consumo congiunto aumenta fino a 35 volte il rischio di cancro alla testa o al collo rispetto al consumo di una sola delle due sostanze **[Ibidem]**. In Germania si stima che il 55,1% dei bevitori di alcol a rischio sia anche fumatore e che il 30% dei fumatori sia un bevitore a rischio **[Krolo et al. 2022]**.

Negli Stati Uniti l'uso di sigarette e di cannabis sono fortemente correlati: le stime indicano che il 5,2% degli adulti usano sia sigarette sia cannabis, che il 69% di coloro che usano cannabis siano anche fumatori di sigarette e, infine, che il 17,8% dei fumatori di sigarette faccia uso anche di cannabis **[Rogers et al. 2020]**.

Non solo c'è un'ampia sovrapposizione tra consumo di sigarette ed uso di cannabis; il consumo di quest'ultima è anche un fattore che rende più difficoltoso smettere di fumare **[Rogers et al. 2020]**. L'implicazione terapeutica conseguente è che il trattamento della dipendenza da fumo non può prescindere da quello della cannabis.

2.2.2. COMORBILITÀ IN ITALIA

È ancora il portale **[PASSI-Fumo]** sulla sorveglianza Passi a fornire dati aggiornati di epidemiologia del nostro paese. Nella sezione **"Importanza per la salute"** si legge che:

L'abitudine al fumo di tabacco (tabagismo) rappresenta uno dei maggiori problemi di sanità pubblica nel mondo: l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ritiene che sia responsabile di 8 milioni di decessi l'anno fino al 2030. Oltre al tabacco, una sigaretta contiene molti componenti, più di 4.000 sostanze chimiche che si sprigionano per effetto della combustione. Una delle più pericolose è il catrame che contiene sia sostanze cancerogene che si depositano nel polmone e nelle vie respiratorie, sia sostanze irritanti che favoriscono infezioni, bronchite cronica ed enfisema. La nicotina, inoltre, è un alcaloide che influenza i sistemi cardiovascolare e nervoso e induce dipendenza.

Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio per i tumori (è fortemente associato a quelli del polmone, del cavo orale e gola, esofago, pancreas, colon, vescica, prostata, rene, seno, ovaie e ad alcuni tipi di leucemie) e per le malattie respiratorie non neoplastiche, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco); è inoltre uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ictus e infarto). Il fumo ha un impatto negativo sul sistema riproduttivo sia dell'uomo che della donna in quanto riduce la fertilità e deve essere totalmente evitato in fasi della vita quale ad esempio la gravidanza, per i molti effetti nocivi sul feto, rischio di basso peso alla nascita, aborti spontanei e altre complicanze. I danni fisici dovuti al fumo di tabacco sono legati a diversi fattori: età di inizio, numero di sigarette fumate quotidianamente, numero di anni di fumo, inalazione più o meno profonda.

Dai risultati delle analisi comparative del "Global burden of disease study 2017", emerge che

a livello mondiale, nel 2017, i maggiori fattori di rischio per una morte prematura e disabilità (in termini di Daly, Disability-adjusted life years[1]; una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura) sono stati: ipertensione arteriosa, fumo di tabacco, iperglicemia. In Italia, nell'intervallo temporale 2007-2017, pur con un decremento del 9,9%, l'abitudine tabagica si conferma il primo dei principali dieci fattori di rischio per morte prematura e anni vissuti in disabilità.

Insomma, la relazione del fumo di tabacco con molte altre patologie è l'aumento del rischio di contrarle.

Anche la ricerca italiana **[Lugoboni et al. 2011]** evidenzia che la prevalenza dell'abitudine al fumo di tabacco è alta tra chi soffre di disturbi mentali. Analizzando i dati di risposta ad un questionario **[Corsini et al. 2024]** inviato a direttori e coordinatori di Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si è rilevato che la percentuale di fumatori tra i ricoverati è stimata tra il 50% e l'80%; e circa un terzo di coloro che hanno risposto ritiene che la percentuale di fumatori tra i pazienti sia addirittura compresa tra lo 80% e il 100%.

3. DIAGNOSI

Nel DSM-IV-TR **[DSM-4-TR]** i disturbi associati al tabagismo erano trattati nel capitolo “Disturbi correlati a sostanze” nella sezione “Disturbi correlati alla nicotina” e si dividevano in “Disturbo da Uso di Nicotina”, con unica categoria diagnostica “Dipendenza da Nicotina”; “Disturbo Indotto da Nicotina”, che comprendeva la “Astinenza da Nicotina” e il “Disturbo Correlato alla Nicotina Non Altrimenti Specificato”.

Nella quinta edizione de “Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali” (DSM-5) la dipendenza da nicotina è sostituita dal “Disturbo da uso di tabacco”, che si caratterizza come un pattern problematico di uso del tabacco che porta un disagio clinicamente significativo per un periodo di almeno 12 mesi. La nicotina è la sostanza psicoattiva, la continua esposizione alla quale genera dipendenza, con le tipiche caratteristiche cliniche associate: aumento della tolleranza a seguito del consumo, e sindrome da astinenza quando si interrompe l’assunzione (irritabilità, *craving*, nausea, vertigini) **[Young et al. 2021]**.

Nel DSM-5-TR si mantiene la classificazione introdotta nel DSM-5: il nome del capitolo di riferimento è “Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction”; inoltre permane la sezione per i “Disturbi correlati al tabacco”, che assume una propria specificità rispetto al precedente manuale in cui il disturbo era legato principalmente alla nicotina.

I criteri dell’ICD-11 **[ICD-11]** prevedono due categorie che evidenziano le due componenti principali del disturbo: il **Tobacco use** (QE13) e i **Disorders due to use of nicotine** (6C4A).

Entrambi i sistemi di classificazione colgono i due aspetti principali: quello psicologico/comportamentale da una parte, e quello farmacologico/neurobiologico, dall’altra.

L’approccio del DMS-5-TR risulta più chiaro e pratico per il clinico, mentre quello dell’ICD-11 si presta maggiormente per la raccolta dati ospedaliera, permettendo di distinguere la componente farmacologica-neurochimica (6C4A) da quella sociale e comportamentale (QE13).

3.1. CRITERI

3.1.1. DSM-5

3.1.1.1. DISTURBO DA USO DI TABACCO

Disturbo da uso di tabacco: Criteri diagnostici

- [A]** Un pattern problematico di uso di tabacco che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:
- [1]** Il tabacco è spesso assunto in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni
 - [2]** Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l’uso di tabacco
 - [3]** Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi o usare tabacco
 - [4]** Craving, o forte desiderio o spinta all’uso di tabacco

- [5] Uso ricorrente di tabacco, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa (p.es. Interferenze con il lavoro)
- [6] Uso continuato di tabacco nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti del tabacco (p. es. discussioni con gli altri circa l'uso del tabacco)
- [7] Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di tabacco
- [8] Uso ricorrente di tabacco in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso (p.es. fumare a letto)
- [9] Uso continuato di tabacco nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dal tabacco.
- [10] Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti fattori:
 - [10.a] Un bisogno di quantità marcatamente aumentate di tabacco per ottenere l'effetto desiderato
 - [10.b] Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di tabacco
- [11] Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
 - [11.a] La caratteristica sindrome da astinenza da tabacco (con riferimento ai Criteri A e B del set dei criteri per l'astinenza da tabacco)
 - [11.b] Il tabacco (o una sostanza strettamente correlata, come la nicotina) viene assunto per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Specificare se:

In remissione precoce: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di tabacco sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di tabacco è stato soddisfatto per almeno 3 mesi, ma meno di 12 mesi (con l'eccezione del criterio A.4 "Craving o forte desiderio o spinta all'uso di tabacco", che può essere soddisfatto).

In remissione protratta: Dopo che i criteri per il disturbo da uso di tabacco sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da uso di tabacco è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più (con l'eccezione del criterio A.4 "Craving o forte desiderio o spinta all'uso di tabacco", che può essere soddisfatto).

Specificare se:

In terapia agonista: L'individuo sta assumendo un farmaco di mantenimento a lungo termine, come un farmaco sostitutivo della nicotina e nessun criterio per il disturbo da uso di tabacco è stato soddisfatto per quella classe di farmaci (eccetto la tolleranza o l'astinenza dal farmaco sostitutivo della nicotina).

In ambiente controllato: Questo specificatore aggiuntivo viene utilizzato se l'individuo si trova in un ambiente dove l'accesso al tabacco è limitato.

Codifica basata sulla gravità attuale/remissione: Se vi è anche un'astinenza da tabacco o

un disturbo del sonno indotto da tabacco, non usare i codici sottoindicati per disturbo da uso di tabacco. Per contro, il disturbo da uso di tabacco in comorbidità viene indicato nel 4° carattere del codice del disturbo indotto da tabacco (si veda la nota di codifica per astinenza da tabacco o per un disturbo del sonno indotto da tabacco). Per esempio, se vi sono un disturbo del sonno indotto da tabacco e un disturbo da uso di tabacco in comorbidità, viene fornito solo il codice per disturbo del sonno indotto da tabacco, con il 4° carattere a indicare se il disturbo da uso di tabacco in comorbidità è moderato o grave: F17.208 per disturbo da uso di tabacco moderato o grave con disturbo del sonno indotto da tabacco. Non è invece concesso codificare un disturbo da uso di tabacco lieve con un disturbo del sonno indotto da tabacco in comorbidità.

Specificare la gravità/remissione attuale:

Z72.0 Lieve: Presenza di 2-3 sintomi.

F17.200 Moderata: Presenza di 4-5 sintomi

F17.201 Moderata: Moderata, in remissione precoce

F17.201 Moderata: Moderata, in remissione protratta

F17.200 Grave: Presenza di 6 o più sintomi

F17.201 Grave: Grave, in remissione precoce

F17.201 Grave: Grave, in remissione protratta

3.1.1.2. ASTINENZA DA TABACCO

Astinenza da tabacco: Criteri diagnostici

[A] Uso quotidiano di tabacco per almeno diverse settimane.

[B] Brusca interruzione dell'uso di tabacco o riduzione della quantità di tabacco usato, seguita, entro 24 ore, da quattro (o più) dei seguenti segni o sintomi:

[B.1] Irritabilità, frustrazione o rabbia

[B.2] Ansia

[B.3] Difficoltà di concentrazione

[B.4] Aumento dell'appetito

[B.5] Irrequietezza

[B.6] Umore depresso

[B.7] Insonnia

[C] I segni o sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

[D] I segni o sintomi non sono attribuibili ad altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa intossicazione o astinenza da altra sostanza.

Nota di codifica: Il codice ICD-10-CM per l'astinenza da tabacco è F17.203. Da notare che il

codice ICD-10-CM indica la presenza di comorbidità di un disturbo da uso di tabacco moderato o grave, a riflettere il fatto che l'astinenza da tabacco può verificarsi solo in presenza di un disturbo da uso di tabacco moderato o grave.

3.1.1.3. DISTURBO CORRELATO AL TABACCO SENZA SPECIFICAZIONE

Disturbo correlato al tabacco senza specificazione: Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo correlato al tabacco, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno specifico disturbo correlato al tabacco o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction.

3.1.1.4. DISTURBO DEL SONNO INDOTTO DA TABACCO

Disturbo del sonno indotto da tabacco: Criteri diagnostici per il "Disturbo del sonno indotto da sostanze/farmaci

[A] Una rilevante e grave alterazione del sonno.

[B] Evidenza fondata sulla storia, sull'esame obiettivo o sui reperti di laboratorio di entrambe le condizioni seguenti:

[B.1] I sintomi del Criterio A si sono sviluppati durante o subito dopo l'intossicazione o l'astinenza da sostanza oppure dopo l'esposizione ad un farmaco o la sospensione dello stesso.

[B.2] La sostanza ovvero il farmaco coinvolti sono in grado di produrre i sintomi del Criterio A.

[C] L'alterazione non può essere meglio spiegata con un disturbo del sonno non indotto da sostanze o da farmaci. Le prove di un disturbo del sonno indipendente potrebbero comprendere quanto segue: I sintomi precedono l'inizio dell'uso della sostanza o del farmaco; i sintomi persistono per un considerevole periodo di tempo (per es. all'incirca un mese) dopo la cessazione di un'astinenza acuta o di una grave intossicazione; oppure vi è un'altra prova a suggerire l'esistenza di un indipendente disturbo del sonno non indotto da sostanze o da farmaci (per es. una storia di episodi ricorrenti non correlati a sostanze o a farmaci).

[D] L'alterazione non si verifica esclusivamente durante il decorso di un delirium.

[E] L'alterazione del sonno causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

[Omissis]

3.1.2. ICD 11

La codifica diagnostica dell'ICD-11 **[ICD-11-TUD]** relativamente ai disturbi associati all'uso di tabacco obbliga a scegliere tra almeno due categorie (ma con gli specificatori le varianti aumentano): **Tabacco use (QE13)** e **Disorders due to use of nicotine (6C4A)**. Esplicitare la struttura ad albero a cui i due codici appartengono aiuta a comprenderne la specificità rispetto alle scelte del DSM-5-TR.

Per quanto riguarda l'uso di tabacco" la struttura è la seguente:

- (24) Fattori che influenzano la salute o l'accesso ai servizi sanitari
- [24.2] Fattori che influenzano la salute
- [24.2.7] Problemi associati a comportamenti insalubri
- [24.2.7.1] Uso di sostanze pericolose
- [24.2.7.1] (QE13) Uso di Tabacco

Per la codifica di "disturbo dovuto all'uso di nicotina":

- (6) Disturbi mentali, comportamentali o del neurosviluppo
- [6.12] Disturbi dovuti all'uso o alla dipendenza da sostanze
- [6.12.1] Disturbi dovuti all'uso di sostanze
- [6.12.1.11] (6C4A) Disturbi dovuti all'uso di nicotina

Si nota subito che la diagnosi "QE13-Usò di tabacco" è più legata a fattori sociali e comportamentali e il disturbo sembra essere una sorta di effetto collaterale della sostanza che è definita *hazardous* (pericolosa). La codifica 6C4A è all'interno di un albero di categorizzazione più simile a quello che struttura il DSM-5-TR; qui, però, l'enfasi è sulla sostanza e sui suoi effetti sulla salute mentale; leggiamo la descrizione:

Description

Disorders due to use of nicotine are characterised by the pattern and consequences of nicotine use. Nicotine is the active dependence-producing constituent of the tobacco plant, *Nicotiana tabacum*. Nicotine is used overwhelmingly through smoking cigarettes. Increasingly, it is also used in electronic cigarettes that vaporize nicotine dissolved in a carrier solvent for inhalation (i.e., "vaping"). Pipe smoking, chewing tobacco and inhaling snuff are minor forms of use. Nicotine is a highly potent addictive compound and is the third most common psychoactive substance used worldwide after caffeine and alcohol. Nicotine Dependence and Nicotine Withdrawal are well described and Nicotine-Induced Mental Disorders are recognized.

Senza bisogno di tradurla nella sua interezza, la descrizione parla di un disturbo di mera dipendenza fisiologica. La codifica "6C4A-Disturbi dovuti all'uso di nicotina" fa quindi parte di una struttura categoriale più simile a quella del DSM-5-TR ma rispetto a questa manca della componente più prettamente comportamentale e psicologica.

In conclusione, il DSM-5-TR è lo strumento attualmente più capace di rappresentare la complessa condizione del disturbo articolato nelle sue espressioni biologiche, psichiche, comportamentali e sociali.

3.1.3. CONSIDERAZIONI CLINICHE

La piacevolezza del fumo percepita dal fumatore alimenta e mantiene il comportamento di addiction. La conoscenza generalista degli effetti dannosi sul fumo di solito non è sufficiente a motivare la scelta di smettere di fumare. La decisione viene presa o in funzione di un evento che

rende il fumo incompatibile con i fattori motivanti dell'individuo (per es. la gravidanza e la tutela del nascituro; una grave patologia fisica), o al termine di un lungo periodo di esperienze di vita e di riflessioni che risolvono l'ambivalenza interiore verso una prospettiva di cambiamento, seppur con la piena consapevolezza che l'estinzione del comportamento additivo non sarà privo di difficoltà a causa del craving, ossia della persistenza del pensiero automatico desiderante sulla sigaretta.

Quando la persona chiede un supporto per riuscire a smettere di fumare, la prima cosa da chiederle è perché voglia farlo. Conoscere il suo terreno motivazionale consente al clinico di fondare il percorso trattamentale sull'alleanza verso gli obiettivi del paziente e quindi di cominciare a co-costruirlo con l'interessato.

La conoscenza, la competenza diagnostica e le motivazioni del clinico a nulla servono se non incontrano l'interesse e la sensibilità dell'utente: è quindi da una fase di ascolto e conoscenza che si avvia un programma di cura. Lo psicologo che accoglie il fumatore è curioso e interessato a comprendere il punto di vista soggettivo dell'utente: che cosa abbia reso disfunzionale il fumo; la sua rappresentazione personale del rapporto con il tabacco; le sue aspettative sulla cura.

La raccolta anamnestica tossicologica si articola flessibilmente su più livelli: il comportamento additivo, i pensieri su di esso, i vissuti correlati al fumo. Nel colloquio con l'utente si analizza l'esordio; l'evoluzione del rapporto di dipendenza; la situazione nella attualità (cosa fuma, quantità e frequenza nei diversi momenti della giornata, la spesa sostenuta per il fumo); le condizioni che fungono da trigger, cioè attivano il desiderio di fumare; la pervasività e l'intensità del craving; i tentativi già fatti per smettere di fumare, i loro esiti e le difficoltà incontrate; le motivazioni che sottendono al cambiamento; le attese rispetto al programma di cura, al supporto del curante, ai benefici che ne verranno.

Queste informazioni consentono al clinico di fare una prima valutazione tossicologica, che potrà essere condivisa con l'utente quando si procederà a formulare una proposta di trattamento.

3.1.4. CONSIDERAZIONI SULLA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Se si accoglie una persona che richiede un aiuto per smettere di fumare, la valutazione psicologica si focalizza in prima istanza sull'oggetto della richiesta, quindi sul tema del tabagismo. Successivamente si procede ad una più ampia raccolta anamnestica atta a esplorare gli aspetti di vulnerabilità che sostengono il sintomo e le risorse individuali che possono sostenere il trattamento.

È importante valutare l'eventuale presenza di altre forme di dipendenza nella attualità (nell'ultimo mese e ultimo anno) o in anamnesi remota, in questo caso acquisendo informazioni anche sul che cosa è stato fatto per risolverle.

Si andranno ad indagare anche altre forme di sofferenza o disagio psichico presenti o nella storia della persona, a partire da quelli che potrebbero aver richiesto trattamenti farmacologici o psicoterapeutici; fino ad arrivare a quelli più lievi nella attualità che il paziente ritiene utile segnalare al curante. Una particolare attenzione verrà posta alle condizioni di comorbidità più frequentemente associate al tabagismo e ai sintomi correlati al fumo (insonnia, ansia, depressione, irritabilità...).

Gli elementi raccolti dovrebbero consentire al clinico di formulare una valutazione psicologica sugli aspetti più generali del funzionamento intrapsichico e sulla condizione di vita del paziente. La valutazione psicologica servirà per costruire un programma trattamentale del tabagismo mirato sulle caratteristiche del paziente a cui verrà proposto. La condivisione degli obiettivi di cura, della metodologia e delle tempistiche sarà un passaggio fondante dell'alleanza terapeutica.

3.1.5. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Un disturbo mentale si caratterizza per almeno due fattori [Wakefield (1992, 2010) citato in **Castonguay et al. 2021**]: “1. La malfunzione è dovuta al malfunzionamento di qualche meccanismo interno, mentale o fisico [...] 2. La condizione causa dei danni alla persona, secondo quanto indicato dagli standard della cultura di appartenenza del soggetto [...]”.

Le differenze tra la classificazione del disturbo da uso di tabacco così come è presentata nel DSM-5-TR e la classificazione utilizzabile per disturbi della stessa categoria facendo riferimento al DSM-IV-TR, al ICD-10 o al ICD-11 sono spiegabili tenendo presenti proprio i due fattori sopra citati: un tema è il focus sulla sostanza che genera dipendenza piuttosto che sul particolare pattern comportamentale della dipendenza stessa. E l'altro è sulla differenza tra natura organica in contrasto con quella funzionale del disturbo, con le implicazioni legate al riconoscimento sociale di questa differenza.

Per la persona che cerca un aiuto psicologico per smettere di fumare, è importante l'incontro con un professionista accogliente, che esprime apprezzamento per una scelta di cambiamento non scontata. Il processo diagnostico può utilmente essere proposto come un percorso di esplorazione e di conoscenza condiviso tra l'utente ed il curante: l'utente può fornire informazioni grazie alla propria meta-osservazione; il terapeuta può portare la sua conoscenza professionale. L'obiettivo della valutazione non è solo quello di attribuire un'etichetta diagnostica al comportamento-problema, ma soprattutto quello di ingaggiare il paziente in un percorso di cura con buone probabilità di efficacia e sostenibilità e che l'Interessato riconosce idoneo per sé.

3.2. CONSIDERAZIONI NEUROBIOLOGICHE

La neurobiologia del disturbo da uso di tabacco si basa sugli effetti della nicotina sul sistema mesolimbico, e sui sistemi noradrenergico, dopaminergico, serotonergico, della vasopressina e del glutammato [**Leone, Evers-Casey 2022**]. L'adattamento neurale alla nicotina (*Neuroadaptation*) avviene a seguito della continua presenza della stessa tra le sostanze attive a livello cerebrale. Da un punto di vista clinico ciò porta sia all'aumento della tolleranza (serve una maggior quantità di sostanza per raggiungere il medesimo effetto) sia, con l'interruzione dell'assunzione, alla sindrome da astinenza [**Young et al. 2021**]. Risulta quindi facile comprendere che per i fumatori è arduo smettere: negli Stati Uniti, nel 2015, il 68.0% dei fumatori adulti dichiarava che avrebbero voluto smettere di fumare, ma solo il 7,5% sarebbe poi riuscito nell'impresa [**Young et al. 2021**].

L'effetto della nicotina sulle funzioni cognitive [**Almeida et al. 2020**] mostra una forma “a U

rovesciata”: a parità di compito cognitivo i fumatori hanno prestazioni inferiori; i non fumatori a cui è stata dato un chewingum a basso dosaggio di nicotina (2 mg) hanno prestazioni migliori del gruppo con placebo e dei non fumatori a cui è stato dato un chewingum ad alto contenuto di nicotina (4 mg) che, a loro volta, hanno risultati peggiori del gruppo con placebo. I risultati suggeriscono che basse dosi di nicotina hanno funzioni attivanti sul sistema cognitivo, ma alte dosi – come quelle dei fumatori – portano ad un peggioramento delle funzioni cognitive.

3.3. STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Non si trovano facilmente in letteratura strumenti specifici per il disturbo. Il test più citato **[SDF-MS] [TDT-ER] [Fagerström 2001]** è il Fagerstrom Test for Nicotine Dependence. In fase diagnostica si consiglia di affiancargli un test motivazionale come il Mini_MAC/T.

Va detto che, sia la penuria di strumenti validati, sia la critica di quelli disponibili, si mostravano già 10 o 20 anni fa (**[Etter 2006], [Piper 2006], [Mushtaq & Beebe 2012]**).

Un gruppo di ricerca tutto italiano ha costruito un questionario per la valutazione dell'abitudine al fumo di tabacco, che è stato validato in uno studio pilota **[Campo et al. 2021]** ed utilizzato per valutare l'abitudine al fumo di tabacco su un campione di studenti dell'Università di Milano **[Campo et al. 2022]**.

In un recente studio di efficacia di un trattamento cognitivo-comportamentale **[Becoña et al. 2017]** troviamo una interessante lista di strumenti utili per valutare il disturbo da uso di tabacco, che nel capoverso successivo riportiamo letteralmente. Il lettore tenga conto del fatto che la presenza di test per valutare gli aspetti depressivi è sì specifica per gli scopi dell'articolo, che riguardavano il trattamento cognitivo-comportamentale con attivazione comportamentale di fumatori depressi, ma ne va comunque considerata caso per caso la pertinenza, data l'alta comorbilità tra dipendenza da tabacco e disturbi mentali e l'alta frequenza di disturbi dell'umore tra i disturbi mentali.

Lista dei test usati in Becoña **et al. 2017]**:

- Smoking Habit Questionnaire **[Becoña 1994]**, costituito da 56 item che riguardano caratteristiche socio-demografiche e l'uso di tabacco.
- Fagerström Test for Cigarette Dependence (FTCD) **[Fagerstrom 2012]**. È un test a sei item per valutare la dipendenza da sigarette. Punteggi maggiori o uguali a 6 sono considerati indicativi di dipendenza **[Fagerstrom et al. 2008]**.
- Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS) **[Shiffman et al. 2004], [Becoña et al. 2010]**. È un questionario per valutare la dipendenza da nicotina come sindrome.
- Nicotine Withdrawal Scale Minnesota (MNWS) **[Hughes et Hatsukami 1986]**. È una scala a 8 item per valutare la presenza di sintomi di astinenza (depressione, insonnia, irritabilità, ansietà, difficoltà di concentrazione, cambiamento nelle abitudini alimentari, agitazione psicomotoria).
- Intervista clinica strutturata basata sui criteri del DSM-5 per valutare il disturbo da uso di tabacco.
- Screening Questionnaire Major Depressive Episode (MDE) **[Muñoz 1998]**. Si tratta di uno

strumento per rilevare episodi depressivi maggiori, sia attuali sia passati.

- Beck Depression Inventory II (BDI-II) **[Beck et al. 1996]**. È la nota scala di 21 item ad auto-somministrazione per misurare eventuali sintomi depressivi attualmente presenti.
- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) **[Hamilton 1960]**.
- The Environmental Reward Observation Scale (EROS) **[Armento et al. 2007]**. Anche questa è una scala di autovalutazione e serve per dare informazioni sulla disponibilità di rinforzi ambientali per il paziente.
- Behavioral Activation for Depression Scale (BADs) **[Kanter et al. 2007]**. Si tratta di un questionario a 25 per misurare le dimensioni basilari del modello di attivazione comportamentale: attivazione, evitamento/ruminazione, disagio lavorativo o scolastico, problemi sociali.
- Ruminative Response Scale (RRS) **[Nolen-Hoeksema et al. 1999]**. È uno strumento ad autosomministrazione di 22 item che permette di valutare la presenza di reazioni di coping all'umore depresso che consistono in rimuginio.
- UCLA Loneliness Scale (Version 3) **[Russell 1996]**. Questo strumento misura il senso di solitudine che ha mostrato un'alta attendibilità.
- Valutazione del Monossido di Carbonio (CO) presente nell'aria espirata: serve a corroborare i dati relativi all'astinenza ottenuti attraverso quanto riportato dal paziente **[West et al. 2005]**.

3.4. CONSIDERAZIONI PARTICOLARI SUI SOGGETTI E SUGLI OGGETTI DELLA DIPENDENZA

La dipendenza da nicotina ed "il fumare" non sono la stessa cosa, ma sono strettamente legati. Ci sono vari modi per fumare il tabacco (sigarette, sigari, pipe...) e nuovi sono entrati nel mercato. La ricerca si focalizza sulle sigarette e sulle nuove sigarette elettroniche. È opportuno, tuttavia, che il clinico sappia che la dipendenza da fumo di tabacco non prevede solo l'uso della solita sigaretta.

Le nuove sigarette elettroniche e i vaporizzatori sono apparsi più di dieci anni fa sul mercato italiano come sostituti meno dannosi della sigaretta tradizionale. Il principio di prudenza e la recente letteratura non confermano questa credenza.

3.4.1. DECLINAZIONI DELL'OGGETTO

L'industria del tabacco continua, sin dai suoi esordi, a sviluppare metodi per rendere il prodotto più appetibile **[Leone, Evers-Casey 2022]**. Le sigarette sono ancora il principale strumento di consumo del tabacco, ma negli ultimi anni ad esse se ne sono affiancati altri, che hanno avuto un così forte effetto sulla popolazione più giovane (adolescenti e prima età adulta) – sigarette aromatizzate, sigarette elettroniche, narghilè, vaporizzatori – al punto che negli Stati Uniti (U.S. Surgeon General Report) le sigarette elettroniche sono state considerate un problema di salute pubblica in preoccupante aggravamento **[Leone, Evers-Casey 2022]**.

3.4.1.1. SIGARETTA TRADIZIONALE

La sigaretta tradizionale è presente sul mercato (almeno quelli statunitense e italiano) anche all'aroma di mentolo. I ricercatori si sono interrogati sulle eventuali differenze tra la sigaretta tradizionale e quella aromatizzata per quanto concerne sia il creare dipendenza sia gli effetti nocivi sulla salute. Secondo alcuni **[Cadham et al. 2020]** le sigarette al mentolo andrebbero bandite (come negli Stati Uniti è stato fatto per le sigarette aromatizzate con altri sapori), perché ci sono dati (per esempio gli effetti della proibizione di sigarette al mentolo in Ontario) che mostrano una riduzione (11%) del consumo sia di sigarette al mentolo sia di quelle tradizionali successivamente alla messa al bando. Altri studi **[Kim et al. 2022]** danno risultati meno certi e propongono interpretazioni più caute, affermando che i risultati delle meta-analisi sui dati attuali non evidenziano un differente effetto tra il consumo di sigarette al mentolo o sigarette "tradizionali" sui tentativi di smettere di fumare o sull'effettiva astinenza. È comunque opportuno evidenziare che alla fine dell'articolo è chiaramente dichiarato che gli autori i due autori (Kim e Curtin) potrebbero trovarsi in un conflitto di interesse, in quanto entrambi dipendenti di una società controllata da una industria che produce e commercia prodotti del tabacco (la *Reynolds American Inc.*).

3.4.1.2. SIGARETTA ELETTRONICA E VAPORIZZATORI

La letteratura suggerisce che la sigaretta elettronica è uno strumento per fumare non privo di insidie e da considerare con estrema attenzione. I motivi principali sono che (i) non è accertato che non generi dipendenza; (ii) non è accertato che non siano dannosa per la salute; (iii) è molto "alla moda" – ormai da circa 15 anni – e risulta essere molto utilizzata nelle fasce di popolazione particolarmente vulnerabili allo sviluppo di dipendenze (adolescenti e prima età adulta), potendo costituire il primo passo verso lo sviluppo di una vera e propria dipendenza; (iv) l'eventuale utilizzo come ausilio per smettere di fumare o come "male minore" per soggetti dipendenti dal fumo di sigaretta tradizionale, caratterizzati da particolari fragilità biomediche, psicologiche o sociali (pazienti con HIV, pazienti che soffrono di gravi disturbi mentali, pazienti psichiatrici, pazienti oncologici ...) deve essere fatto sotto stretta supervisione di operatori qualificati.

Alcuni studi conservativi affermano che i dati non chiariscono quale sia il rapporto costi/benefici dell'utilizzo delle sigarette elettroniche per supportare i fumatori adulti a smettere **[US Preventive Services Task Force 2021]**.

Secondo altri, la sigaretta elettronica può essere usata come un valido aiuto per smettere di fumare, con risultati simili ai trattamenti NRT (Nicotine Replacement Therapy) che servono a sostituire gli effetti della nicotina che veniva assorbita tramite l'uso di tabacco **[Lee et al. 2019]**. Inoltre non ci sarebbero evidenze che l'uso di sigarette elettroniche per 3 mesi (confrontandole con prodotti come "QuitSmart", una finta sigaretta che non rilascia alcun fumo né vapore: è una sorta di cannuccia per respirare l'aria: <https://quitsmart.com/quitsmart-kit/>) in un programma per smettere di fumare causino danni polmonari **[Veldheer et al. 2019]**.

Negli Stati Uniti le sigarette elettroniche hanno ottenuto grande popolarità ma non è chiaro il loro effetto sul sistema cardiocircolatorio e non ci sono studi a lungo termine a riguardo. In una recente review **[Shahandeh et al. 2021]** la conclusione è che sono necessari ulteriori approfon-

dimenti prima che i medici possano consigliare i propri pazienti di utilizzare le sigarette elettroniche per smettere di fumare.

Una meta-analisi **[Wang et al. 2021]** mostra che, come prodotto di libero consumo, la sigaretta elettronica non è associata ad una diminuzione della dipendenza nella popolazione adulta; diversamente si rivela efficace come ausilio per smettere di fumare in un programma terapeutico. Gli autori concludono, pertanto, che le sigarette elettroniche non dovrebbero essere un prodotto di libera vendita ma uno strumento terapeutico soggetto a prescrizione. Se è vero che i fumatori di sigarette tradizionali, adeguatamente istruiti e motivati, trovano beneficio a passare alle sigarette elettroniche, perché diminuisce la loro esposizione a prodotti chimici dannosi, è altrettanto vero, come detto prima, che questo beneficio si perde quando il fumatore utilizza la sigaretta elettronica in piena libertà, senza un piano d'azione **[Hatsukami et al. 2020]**.

Le sigarette elettroniche sembrano essere, in altri termini, una "ragionevole strategia" per aiutare i fumatori di sigarette classiche a smettere di fumare ma il messaggio da passare a chi non fuma deve essere chiaro: chi non ha il vizio del fumo non deve usare le sigarette elettroniche, perché non sono innocue **[Middlekauff 2020]**.

Gli adolescenti e i giovani adulti sono tra i soggetti più a rischio relativamente all'uso delle sigarette elettroniche in quanto fortemente associato ad un rischio doppio o quadruplo di iniziare a fumare sigarette tradizionali nell'arco di un anno **[Asher et al. 2019]**.

Cosa dice il Ministero della Salute italiano? Sull'apposito sito istituzionale **[MDS-Tabagismo]** leggiamo nella pagina dedicata:

"Ad aprile 2021 è stato pubblicato il parere finale del Comitato scientifico della Commissione europea, che valuta i rischi sanitari emergenti (*SCHEER - Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks*) sugli effetti sulla salute e la dimensione di salute pubblica delle sigarette elettroniche. Il Comitato ha riscontrato elementi di prova moderati dei rischi di danni irritativi locali alle vie respiratorie e un livello moderato, ma in crescita, di evidenze provenienti da dati umani che indicano che le sigarette elettroniche hanno effetti nocivi sulla salute, in particolare, ma non solo, sul sistema cardiovascolare. Inoltre, ha riscontrato elementi di prova da deboli a moderati dei rischi di cancerogenicità per le vie respiratorie dovuti all'esposizione cumulativa a lungo termine alle nitrosammine e all'esposizione all'acetaldeide e alla formaldeide e ha concluso che vi sono forti elementi di prova del rischio di avvelenamento e lesioni a causa di ustioni ed esplosioni.

Ha inoltre riscontrato elementi di prova da deboli a moderati di diversi rischi connessi all'esposizione passiva. Nel complesso, vi sono evidenze moderate del fatto che le sigarette elettroniche sono una via di accesso al tabagismo per i giovani ed evidenze forti del fatto che gli aromi contribuiscono in modo significativo all'attrattiva della sigaretta elettronica e all'iniziazione al suo utilizzo. Al contempo vi sono scarse prove a sostegno dell'efficacia delle sigarette elettroniche nell'aiutare i fumatori a smettere di fumare e i dati sulla riduzione del fumo sono giudicati da deboli a moderati.

[Omissis]

Nella misura in cui le sigarette elettroniche costituiscono aiuti per la disassuefazione dal fumo, la loro regolamentazione dovrebbe seguire la legislazione farmaceutica."

Insomma, le sigarette elettroniche sono da evitare, a meno che non siano proposte da operatori qualificati all'interno di un percorso trattamentale come uno strumento terapeutico facilitante l'astensione dalla nicotina, verificandone la effettiva efficacia.

3.4.1.3. SIGARI E PIPA

Non si deve dimenticare che la dipendenza può avere come oggetto non solo la sigaretta classica o prodotti simili di recente introduzione sul mercato (sigarette elettroniche, vaporizzatori etc. *vide supra*), ma anche i sigari o le pipe. Rispetto a questi ultimi, sembra non esserci in letteratura la stessa mole di dati presente per le sigarette; comunque, per gli scopi di questo e-book – che non riguardano principalmente questioni biochimiche, fisiologiche o biomediche in senso stretto – il focus rimane sulla dipendenza da strumenti o prodotti che consentono la respirazione del fumo del tabacco o di prodotti che contengono nicotina, piuttosto che sullo strumento di per sé tramite il quale la dipendenza si concretizza.

3.4.1.4. TABACCO DA FIUTO O DA MASTICARE

Lo SNUS [Meier et al. 2020] è un prodotto scandinavo molto utilizzato in loco. Si tratta di tabacco trattato per essere tenuto in bocca, sorbito come una caramella. Ha un alto contenuto di nicotina, ma non comporta i danni secondari dovuti alla combustione e agli altri prodotti presenti nelle sigarette. Come per le sigarette elettroniche, il fatto che il suo consumo non implichi i fattori di rischio per la salute delle modalità tradizionali di consumo di tabacco, non è di per sé sufficiente a considerarlo un prodotto innocuo e un valido sostituto delle sigarette tradizionali.

3.4.2. DECLINAZIONI DEL SOGGETTO

3.4.2.1. ADOLESCENTI E PRIMA ETÀ ADULTA

Uno studio [Kells et al. 2019] mostra l'importanza di identificare le mete, i valori e l'ambivalenza riguardo all'utilizzo di cannabis dei giovani per coinvolgerli ed aiutarli a diminuirne o cessarne l'utilizzo. A tal fine si rivelano utili brevi interventi di terapia motivazionale già a livello della medicina di base (medico di famiglia nel sistema sanitario italiano).

Gli interventi comportamentali sono utili a diminuire la probabilità che bambini o adolescenti che non fumano inizino a farlo. Servono ulteriori studi, invece, per comprendere gli effetti degli interventi comportamentali o di quelli farmacologici sugli adolescenti fumatori [Selph et al. 2020].

3.4.2.2. ANZIANI

I fumatori anziani hanno due caratteristiche: l'età e il maggior tempo libero in cui possono fumare. Non sorprende quindi che siano tra quelli che più difficilmente smettono di fumare **[Hughes 2020]**. Una review del 2022 **[Thomson et al. 2022]**, trattando della relazione tra fumo di sigaretta e asma, evidenzia che la metà dei pazienti che soffrono di asma sono fumatori o lo sono stati e prende in particolare considerazione i pazienti anziani fumatori di lungo periodo. In una review sistematica si tratta degli interventi mirati a far smettere di fumare anziani poveri **[Smith et al. 2019]**.

I contenuti che emergono principalmente dalla letteratura sono i seguenti: (i) gli anziani sono più resistenti a smettere di fumare, ma c'è comunque possibilità di fare qualcosa, anche tra gli anziani di categorie svantaggiate dal punto di vista socio-economico; (ii) le ricerche che hanno soggetti anziani tra i partecipanti, permettono di far luce sui meccanismi patogenetici di malattie in comorbilità all'abitudine di fumare.

L'età del fumatore e le possibili comorbilità sono un tema particolarmente importante per l'ambito delle demenze; ed è anche l'occasione per abituarsi a sviluppare una certa flessibilità critica nell'utilizzo della letteratura scientifica. Circa trent'anni fa alcuni studi (per esempio Brenner **et al. 1993**), **[Hillier & Salib 1993]**, **[Lee 1994]**), proponevano una relazione tra fumo di sigaretta e rischio di sviluppare demenza quanto meno ambiguo: il fumo nel migliore dei casi non sarebbe stato un fattore di rischio; nel peggiore avrebbe potuto essere interpretato come fattore protettivo. La ricerca ha poi rettificato queste ipotesi **[Reitz et al. 2007]**, **[Zhong et al. 2015]** e attualmente non c'è dubbio che fumare aumenti il rischio di sviluppare un quadro di decadimento cognitivo **[WHO-T&D]**.

3.4.2.3. DONNE IN ETÀ FERTILE E IN GRAVIDANZA

La US Preventive Services Task Force ha commissionato nel 2021 una review della letteratura scientifica per valutare il rapporto costi/benefici di interventi di prima cura (quelli che in Italia sono garantiti dal medico di base e dai servizi territoriali) per aiutare i fumatori adulti, comprese le donne in gravidanza, a smettere di fumare **[US Preventive Services Task Force 2021]**. Il risultato si concretizza nelle seguenti asserzioni: (i) la raccomandazione a tutti i medici di chiedere a tutti gli adulti se consumano prodotti a base di tabacco e, in caso di risposta affermativa, di consigliare loro di smettere e di fornire i trattamenti approvati dalla FDA (sostanzialmente l'agenzia del farmaco statunitense), che comprendono interventi comportamentali e terapia farmacologica; (ii) la raccomandazione che tutti i medici facciano la stessa cosa del punto precedente con le donne in gravidanza, con la sola eccezione della prescrizione della terapia farmacologica perché la review non è stata in grado di determinarne il rapporto costi/benefici per le donne gravide; (iii) le evidenze attuali sono insufficienti per stabilire il rapporto costi/benefici dell'uso delle sigarette elettroniche come ausilio per gli adulti – comprese le donne gravide – per smettere di fumare. Una ricerca, che ha preso in considerazione gli articoli rilevanti (da agosto 2017 a ottobre 2018) riguardo agli interventi per il cambiamento comportamentale di donne in gravidanza (non speci-

fico per il tema del tabagismo), evidenza che il principale approccio è stato di tipo didattico ed educativo per acquisizione di nuove conoscenze, piuttosto di quello che si rivelerebbe più utile e dovrebbe avere come scopo l'acquisizione di nuove abilità che aumentino l'efficacia della discente nel modificare il proprio comportamento **[Zinsser et al. 2020]**.

3.4.2.4. FASCE CON SVANTAGGIO SOCIO-ECONOMICO

La prevalenza del disturbo da uso del tabacco nella popolazione generale è diminuita dal 25% al 16% negli ultimi 30 anni, ma nelle fasce svantaggiate dal punto di vista socio-economico (in termini di reddito e livello di istruzione) la prevalenza è del 28%. I fumatori che vivono in condizioni di svantaggio provano a smettere in egual proporzione a quelli della popolazione generale, ma coloro che riescono a mantenere l'astinenza sono il 40% in meno. A peggiorare la situazione c'è il fatto che questi pazienti hanno meno accesso alle cure offerte dal sistema sanitario **[Collado et al. 2022]**.

I fumatori che appartengono a fasce svantaggiate della popolazione (basso reddito o istruzione) hanno scarso accesso alle cure mediche negli Stati Uniti, e, comunque, maggiori difficoltà a smettere di fumare. Ad aggravare le implicazioni personali della loro dipendenza dall'uso di tabacco c'è il fatto che spesso espongono a fumo passivo i propri figli. Uno studio **[Collins et al. 2020]** mostra che interventi da linee guida proposti dal pediatra, a cui si aggiunga supporto psicologico semplice e mirato (counseling telefonico), possono essere sufficienti a ridurre l'esposizione dei figli di questi soggetti al fumo passivo.

3.4.2.5. PAZIENTI PSICHIATRICI, PAZIENTI CHE SOFFRONO DI UN GRAVE DISTURBO MENTALE

Se categorizziamo i disturbi mentali nei termini delle categorie "internalizzanti", "esternalizzanti" e "del pensiero", possiamo dire che sono state trovate spiegazioni neurofisiologiche delle interazioni tra la dipendenza dalla nicotina e disturbi psichiatrici "internalizzanti", come i disturbi depressivi e i disturbi d'ansia, o "del pensiero", come la schizofrenia, **[Mouro et al. 2023]**. Siccome la prevalenza del disturbo da uso di tabacco nella popolazione di pazienti che soffrono di disturbo mentale è doppia rispetto a quella della popolazione generale, linee di ricerca di questo tipo sono di grande interesse per futuri sviluppi nel campo della diagnosi e della terapia.

3.4.2.6. PAZIENTI CON ALTRE PATOLOGIE

Il fumo è un fattore di rischio per il Lupus Eritematoso Sistemico e ne influenza negativamente il trattamento e il decorso **[Paris et al. 2019]**.

4. TRATTAMENTI E INTERVENTI EVIDENCE BASED

Smettere di fumare è possibile ed è meglio farsi aiutare: il basso successo di chi prova a smettere e l'alto tasso di ricadute è probabilmente dovuto al fatto che solo il 31% (dato sostanzialmente costante negli Stati Uniti nel periodo 2005 – 2015) dei fumatori si rivolge a operatori qualificati **[Kotsen et al. 2019]**. Anche in Italia ciò accade: “I più recenti dati ISTAT indicano che il 90% degli ex fumatori ha smesso senza bisogno di aiuto, ma provando in media 6 volte.” **[MDS Tabagismo]**.

Nella valutazione dell'efficacia di un intervento effettuata tramite un disegno RCT (“Randomized Control Trial”), il ruolo del gruppo di controllo è fondamentale; lo è parimenti comprendere in cosa consista il trattamento a cui il gruppo di controllo è sottoposto. L'ideale sarebbe che esistesse un trattamento di controllo unanimemente riconosciuto come valido da tutta la comunità scientifica. Una review sistematica **[Kraiss et al. 2023]** si occupa di questo problema ed evidenzia che la variabilità tra le condizioni a cui sono sottoposti i gruppi di controllo rende difficile interpretare i risultati – positivi o negativi che siano – degli studi che valutano l'efficacia degli interventi per smettere di fumare. Un'altra review sistematica **[Black et al. 2020]** prende in considerazione il problema dell'effetto dei particolari trattamenti utilizzati per i gruppi di controllo di disegni randomizzati nella variabilità e nell'efficacia di interventi mirati a far smettere di fumare. Gli interventi comportamentali utilizzati per i gruppi di controllo dei 104 gruppi selezionati variano considerevolmente tra loro; comunque, il risultato dell'analisi è che i tassi di successo del trattamento sui gruppi di controllo (oltre i sei mesi) è predetto da due fattori principali: la presenza o assenza di intervento farmacologico (la presenza migliora l'efficacia) e la numerosità delle tecniche comportamentali insegnate (più sono numerose maggiore è l'efficacia). Questo risultato supporta l'ipotesi di una sostanziale aspecificità dell'intervento psicologico e, quindi, della sua utilità nei termini di intensità e frequenza – piuttosto che di tipologia – soprattutto se accompagna l'uso di terapie farmacologiche.

La ricerca non si interessa solo dei problemi di interpretabilità dei risultati di trial clinici randomizzati, legati alla difficoltà di trovare un trattamento di riferimento standard a cui sottoporre il gruppo di controllo. Un esempio di interesse per i meccanismi di efficacia degli interventi motiva le review sistematiche condotte per valutare lo stato dell'arte **[de Ruijter et al. 2022]** dei programmi di intervento attivi nel sistema sanitario olandese per aiutare i pazienti di medicina di base a smettere e per aggiornare i trattamenti cercando miglioramenti (a tutto il 28 ottobre 2021) **[Mergelsberg et al. 2023]**. Gli autori, per quanto riguarda la prima review, concludono che è fondamentale evidenziare con chiarezza le tecniche comportamentali effettivamente utilizzate, i meccanismi in azione e la precisione nell'implementazione del programma terapeutico per poter continuare a migliorare e sviluppare interventi evidence based che aiutino a smettere di fumare. In altri termini servono dati di maggiore qualità sugli interventi utilizzati. Per quanto riguarda la seconda review, essa si conclude con la raccomandazione di mettere in atto interventi basati sul rapporto diretto (“faccia a faccia”) tra operatore e paziente, che abbiano come contenuto l'insegnamento di abilità pratiche, attraverso strumenti di facile utilizzo, come un mazzo di *flashcard* (si tratta di cartoncini che sono usati per quiz o per studiare: da un lato hanno una

domanda e dall'altro la risposta da consultare al bisogno). Ancora una volta pare che il *supporto* psicologico sia l'intervento chiave: deve esserci una presenza umana, visibile o almeno *udibile al telefono*; o simulata da un software interattivo (si veda la sezione sulle *app*) ben fatto. La lezione della socialità – e attualmente potremmo dire della socializzazione – mediata dai *social network* come buon succedaneo del bisogno di altri si presenta con tutta la sua forza.

In letteratura si trovano citati anche metodi per smettere di fumare legati alle cosiddette medicine alternative, come la digitopressione auricolare (“Auricular Acupressure”) [Lee 2019, Lee 2020] associata alla psicoterapia di gruppo con intervista motivazionale. Anche risultati di questo tipo sembrano costituire ancora una volta la prova che per smettere di fumare sembra contare di più il “contatto” del “codice”, cioè che non sarebbe tanto importante la specificità metodologica dell'intervento, quanto il fatto che vi sia un intervento di supporto psicologico a valenza interpersonale.

Sul tema della probabile aspecificità dei trattamenti psicologici e non, la letteratura non ci offre solo contributi delle cosiddette medicine alternative. Il metodo “Allen Carr’ Easyway” (ACE) esiste da circa quarant'anni sul mercato internazionali ed è frutto del lavoro di Allen Carr, un contabile londinese, a quanto pare senza alcuna formazione medica o psicologica, poi diventato saggista e imprenditore [<https://www.independent.co.uk/news/obituaries/allen-carr-426347.html>]. Uno studio recente supporta l'efficacia del metodo, tramite un disegno RCT in cui 468 partecipanti sono stati divisi casualmente in due gruppi: uno trattato con il metodo ACE ed uno con il trattamento specialistico del sistema sanitario inglese, basato su terapia farmacologica e supporto comportamentale. All'analisi statistica i due metodi si sono rivelati della stessa efficacia [Frings et al. 2020]. Secondo un altro studio il metodo ACE supera in efficacia quello fornito dal sistema sanitario irlandese [<https://www2.hse.ie/living-well/quit-smoking/>] denominato “Quit.ie” [Keogan et al. 2019].

I risultati di alcune ricerche farebbero pensare ad una forte associazione tra l'anedonia e la dipendenza da tabacco: (1) l'anedonia di tratto aumenterebbe il rischio di diventare fumatore; (2) l'astinenza da fumo aumenterebbe l'anedonia; (3) la somministrazione di nicotina diminuisce l'anedonia; tuttavia, benché l'associazione esista, non è così forte come sembrerebbe e deve essere considerata alla luce di altri fattori di modulazione, come l'efficienza delle funzioni esecutive [Gilbert, Stone 2022].

Il costrutto “Controllo Cognitivo” comprende alcune funzioni esecutive come lo sforzo attentivo, l'uso della memoria di lavoro, il riconoscimento di segnali attesi, l'inibizione di alcune risposte, la programmazione della risposta e lo spostamento dell'attenzione. Si tratta, in termini intuitivi, dell'attenzione utilizzata per eseguire compiti efficacemente. In termini ancora più semplici potremmo parlare di “impegno di un soggetto volenteroso”, di “zelo”. Una review della letteratura mostra che questa funzione complessa è strettamente legata alla dipendenza da tabacco – in modo articolato – per tre motivi: (i) è rinforzata dalla nicotina; (ii) è coinvolta nel controllo del comportamento stesso in cui si concreta la dipendenza; (iii) perde forza con il progredire della dipendenza da tabacco. L'ipotesi è che la dipendenza da tabacco avrebbe l'effetto paradossale di facilitare inizialmente la funzione cognitiva che sarebbe poi coinvolta nel controllo del comportamento di dipendenza permettendo di controllarlo (per esempio permettendo di evitare ricadute durante il periodo di astinenza) ma, alla lunga, la dipendenza stessa indebolirebbe tale

funzione **[Evans et al. 2019]**.

Un ruolo importante delle funzioni esecutive – ossia della capacità di controllare il proprio comportamento, programmando ciò che si vuole fare e inibendo ciò che non si vuole fare – nello sviluppo e nel possibile trattamento del disturbo da uso di tabacco è messo in evidenza da uno studio che mostra l'efficacia di training cognitivi per la memoria di lavoro (componente centrale delle funzioni esecutive) sulla diminuzione del numero di sigarette fumate, risultato mediato, secondo gli autori, da un aumento della capacità di attendere il rinforzo (Delay Discounting) **[Collado et al. 2022]**.

In altri termini, aumentare l'efficienza delle funzioni esecutive permetterebbe di preferire i risultati positivi (rinforzi) più lontani nel tempo e a maggior valore rispetto ai rinforzi immediati di minor valore, se non addirittura dannosi (come il fumo).

La differenza tra i concetti di "ansietà" e di "distress emotivo" è importante (<https://www.apa.org/topics/stress/anxiety-difference>). L'ansia è una condizione pervasiva meno influenzata da fattori scatenanti esterni: è una condizione di allerta che si perpetua autonomamente nel soggetto. Il distress emotivo o stress è una condizione che nasce in risposta ad accadimento attuale ed esterno al soggetto, caratterizzata da un pattern tipico di attivazione fisiologica (attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, vasodilatazione interna e vasocostrizione periferica, aumento della temperatura e della frequenza cardiaca, sudorazione etc.). Un interessante studio **[Schlam et al. 2020]** tratta della relazione tra la sensibilità all'ansietà e la bassa tolleranza allo stress quali fattori predittivi di successo nel tentativo di smettere di fumare. Questo studio prende in considerazione la relazione tra ansietà e tolleranza allo stress – come variabili indipendenti – e la dipendenza dal tabacco, la cessazione della dipendenza, l'astinenza e la risposta farmacologica. Si mostra che l'alta sensibilità all'ansia e la bassa tolleranza allo stress sono due fattori chiave associati sia alla forza della dipendenza, sia all'intensità del *craving* e degli affetti negativi durante l'astinenza. Tuttavia, è la tolleranza allo stress la variabile fondamentale per spiegare, *ceteris paribus*, l'astinenza misurata durante un periodo che va da un mese ad un anno da quando il soggetto ha smesso di fumare. In altre parole, la tolleranza allo stress – in presenza di un trattamento di supporto con nicotina – sembra essere il miglior predittore per il mantenimento dell'astinenza.

Se i fattori interni sono importanti per il controllo del comportamento, non dobbiamo dimenticare l'importanza anche degli stimoli ambientali che suggeriscono il comportamento – in termini meno tecnici parleremmo di tentazioni – ed hanno pertanto un ruolo fondamentale nel determinare l'esecuzione. In uno studio del 2020 **[MacLean et al. 2020]** si evidenzia che i *bias* attentivi verso stimoli legati al fumo di sigaretta e all'alcol correlano fortemente tra di loro: quando uno dei due è alto, lo è anche l'altro. È interessante che nessuno dei due *bias* attentivi è risultato essere associato in maniera significativa con il *craving*. Gli autori concludono che "la relazione tra il consumo di sigarette ed alcol probabilmente dipende fortemente da specifici stimoli ambientali, mentre per quanto riguarda la relazione tra *craving* e *bias* attentivi sono necessari ulteriori approfondimenti".

Per quanto riguarda il ruolo del *craving*, i risultati di una meta-analisi **[Betts et al. 2021]** evidenziano che è un indice importante della sensibilità agli stimoli ambientali che indurrebbero al comportamento di dipendenza. Azzardando una interpretazione, potremmo dire che un buon

modo di aiutare chi soffre di queste forme di dipendenza, almeno all'inizio del percorso di *disintossicazione*, è di evitare il più possibile l'esposizione a *tentazioni*, a situazioni che porterebbero a mettere in atto il comportamento in cui si concreta la dipendenza. Irrobustire i meccanismi interni e permettere esperienze che assomigliano all'esposizione con prevenzione della risposta sarebbero i passi trattamentali successivi.

Distinguere la causa dall'effetto non è sempre agevole, soprattutto quando due variabili si influenzano reciprocamente. Uno studio sulla relazione tra autoefficacia ed effettiva astinenza dal fumo (effettuato con modelli statistici detti di *Path Analysis* che servono a inferire i nessi causali tra i processi sottostanti alle variabili misurate) mostra che sono indipendenti e singolarmente necessarie per spiegare l'astinenza in diversi tempi da quando si è smesso di fumare (1, 3, 5 e 10 settimane) **[Clyde et al. 2019]**: In altre parole l'autoefficacia percepita e l'effettiva astinenza sono due entità differenti che si alimentano reciprocamente: l'autoefficacia attuale spiega la futura astinenza che a sua volta motiva l'autoefficacia. Risultati di questo tipo ci fanno ricordare che dobbiamo sempre essere cauti quando crediamo di aver individuato una direzione causale tra stati interni (cognitivi, neurochimici etc.) e comportamenti effettivi.

Smettere di fumare non è semplice anche perché i fumatori si trovano a dover affrontare non solo l'aumento di affetti negativi (rabbia, umore depresso, irritabilità, frustrazione), ma anche la diminuzione di quelli positivi (sicurezza di sé, serenità, buonumore, allegrezza, gioia) **[Klemperer et al. 2021]**. I sintomi affettivi negativi, legati ai sintomi di astinenza da fumo, possono impiegare più di 67 giorni, da quando il paziente ha smesso di fumare, per diminuire sensibilmente, anche se il craving finisce prima **[Gilbert et al. 2019]**. Il rapporto tra depressione e sintomi negativi va spiegato nei termini della loro differenza. Il peggioramento dello stato del paziente che sta provando a smettere di fumare – nei termini di maggiore afflizione da affetti negativi e minore godimento di affetti positivi – non implica che i pazienti con depressione vivano un peggioramento della loro condizione se smettono di fumare. Si ha invece che al follow up di 1, 3, 6 e 12 mesi, da quando un paziente con depressione maggiore smette di fumare, i suoi sintomi depressivi non peggiorano; il peggioramento dei sintomi è invece associato alla storia depressiva del paziente. Ma c'è di più: se si prendono due gruppi di pazienti con gravi sintomi depressivi ed uno dei due continua a fumare mentre l'altro smette, dopo un anno i fumatori presenteranno sintomi depressivi più gravi dei depressi che nel frattempo hanno smesso di fumare **[Liu et al. 2021]**.

È stato ipotizzato (*Hardening hypothesis*) che il numero di successi nello smettere di fumare diminuisca nel tempo, cioè, diminuisca il numero di soggetti che passano dall'essere fumatori al non esserlo più. L'interesse per questa ipotetica diminuzione del "flusso di uscita" non è solo puramente epidemiologico: gli operatori dovrebbero chiedersi se ciò sia dovuto ad un minor numero di tentativi (e minore motivazione) o ad un minor numero di successi (dipendenza dalla nicotina) ed agire di conseguenza. Una più recente review qualitativa **[Hughes 2020]** non evidenzia una diminuzione del numero di soggetti che diventano ex-fumatori. Questo dato pare contraddire i molti studi che hanno mostrato che la diminuzione di prevalenza dei fumatori è più lenta tra i seguenti gruppi: anziani; abitanti di zone rurali; donne; fumatori con bassa istruzione; fumatori con basso reddito; fumatori con problemi psicologici, problemi di dipendenza da alcol o droga, problemi medici o forte dipendenza dalla nicotina [Ibidem]. Di conseguenza, in mancanza di dati univoci, con soggetti con queste caratteristiche l'intervento dovrà essere personalizzato

con maggior cura possibile e potrebbe richiedere più tempo, per mostrare la sua efficacia, che con altri tipi di pazienti.

In Italia il Ministero della Salute ha realizzato un sito **[ISS-sdf]** nel quale è possibile trovare un'interessante guida pratica di auto-aiuto **[ISS-sdf-guida]**, finalizzata sostanzialmente a far prendere consapevolezza al fumatore dei costi e dei benefici della scelta di smettere di fumare ed accompagnarlo, attraverso l'automonitoraggio, nel percorso di mantenimento della motivazione all'astinenza.

L'approccio di network alla psicopatologia **[Robinaugh et al. 2020]** si basa sull'idea che i disturbi mentali siano sindromi, i cui sintomi sono tra loro legati da fattori causali e non espressione di una causa comune latente. Nell'alveo di questa prospettiva teorica, uno studio del 2020 analizza l'associazione nel tempo tra 10 sintomi tipici della sindrome da astinenza da tabacco **[Lydon-Staley et al. 2020]**. Lo studio ha evidenziato la presenza di una struttura stabile di relazioni tra i sintomi della sindrome da astinenza che potrebbero non essere spiegati da un unico fattore, ovvero se con metodi statistici tipici dell'approccio citato si sono evidenziati le connessioni tra le espressioni del disturbo senza dover supporre un unico fatto biochimico o psicologico alla loro base. Ciò permette di comprendere perché la dipendenza dalla sigaretta può essere trattata con cure di diverso tipo.

4.1. I TRE APPROCCI FONDAMENTALI

4.1.1. TRATTAMENTO NON PSICOLOGICO

Le linee guida statunitensi consigliano di affiancare la terapia farmacologica e quella psicologica. La terapia farmacologica utilizza i cosiddetti NRT (acronimo inglese per "Terapie sostitutive della Nicotina") – tipicamente gomme o cerotti alla nicotina –, il Bupropione (un antidepressivo) o la Vareniclina (che agisce sui recettori colinergici sui quali agisce anche la nicotina) **[Leone, Evers-Casey 2022]**. Anche se la prescrizione di farmaci non è tra le attività svolte dallo psicologo, è sempre utile avere delle conoscenze di base sulla eventuale terapia farmacologica, per poterne considerare i riflessi sul trattamento psicologico.

Depressione e tabagismo sono temi che si incrociano facilmente: si pensi al ruolo che assumono gli affetti negativi e gli affetti positivi durante la sindrome da astinenza e, più in generale, la relazione tra le dipendenze da sostanze e i disturbi dell'umore. È naturale quindi chiedersi quale sia il possibile ruolo degli antidepressivi nel trattamento farmacologico della dipendenza da nicotina o come ausilio per smettere di fumare. In due recenti meta-analisi si evidenzia che la letteratura non fornisce chiare indicazioni per preferire il trattamento con bupropione (un antidepressivo) a quello in uso con prodotti sostitutivi della nicotina (p.es. gomme da masticare o cerotti che rilasciano nicotina) associati alla vareniclina **[Howes et al. 2020, Hajizadeh et al. 2023]**.

Sul portale del Ministero della Salute leggiamo, per quanto riguarda le terapie farmacologiche: "La terapia con i sostitutivi della Nicotina (NRT), il Bupropione, la Vareniclina e la Citisina, aiuta i fumatori a smettere e ad alleviare i sintomi di astinenza; sono allo studio altri farmaci, che possono favorire la disassuefazione." **[MDS-Tabagismo]**. Possiamo quindi affermare che, a parte la Citisina, l'approccio italiano e quello statunitense sono gli stessi dal punto di vista farmacolo-

gico.

La diminuzione del contenuto di nicotina nelle sigarette è efficace sui giovani (18 – 24 anni), ma non sugli adulti ≥ 25 anni nel far diminuire tanto la piacevolezza del fumo quanto il numero di sigarette fumate **[Cassidy et al. 2019]**.

La stimolazione magnetica transcranica – una tecnica di stimolazione cerebrale non invasiva – è un trattamento riconosciuto dalla FDA (Food and Drug Administration, l'organo statunitense che si occupa anche di ciò che in Italia è appannaggio dell'Agenzia Nazionale del Farmaco) per aiutare i pazienti a smettere di fumare **[Young et al. 2021]**. La stimolazione prefrontale dà buoni risultati **[Tseng et al. 2022]**; il trattamento funziona come il bupropione (un antidepressivo usato anche nella terapia per smettere di fumare) se è di almeno 20 sessioni distribuite su 12 settimane consecutive (10 sessioni nelle prime due settimane e una sessione alla settimana per le rimanenti 10 settimane) **[Ghorbani Behnam et al. 2019]**.

L'astinenza dalla nicotina è un fattore importante che influenza la ricaduta, cioè il riprendere a fumare. Uno studio complesso e raffinato – in cui si sono usati anche metodi di neuroimmagine e il cui difetto principale è la scarsa numerosità del campione (44 soggetti, di cui 24 fumatori e 20 non fumatori) – suggerisce che i fumatori sarebbero più impulsivi durante l'astinenza da nicotina ed il trattamento farmacologico (NRT e Vareniclina) agirebbe sui circuiti cerebrali (regioni meso- limbiche) che sottostanno sia all'espressione degli effetti cronici della dipendenza da nicotina sia alla risposta comportamentale e cognitiva "in acuto" alla stimolazione dei recettori acetilcolinici sensibili alla nicotina **[Lesage et al. 2017]**.

4.1.2. TRATTAMENTO PSICOLOGICO

Una recente meta-review sull'efficacia delle terapie psicologiche per il trattamento dei disturbi da abuso di sostanze - non specifica per il disturbo da uso di tabacco - non offre risultati confortanti, in quanto i risultati si sono rivelati, nel breve periodo, al più modesti, se non addirittura equivalenti ai controlli, che consistevano nella totale assenza di trattamento **[Dellazizzo et al. 2023]**.

Invece un'altra review sistematica evidenzia la maggiore efficacia di specifici interventi comportamentali per smettere di fumare, rispetto ad altri. Le teorie suggeriscono che i processi associativi, motivazionali e di autoregolazione sono rilevanti per il cambiamento comportamentale e quest'ultima metanalisi lo conferma, soprattutto per quanto riguarda i processi associativi e di autoregolazione **[Black et al. 2020]** che, in estrema sintesi, gli autori distinguono con le seguenti parole *"First, behaviour can be enacted through processes that are relatively more associative and those that are relatively more reflective [...]. Associative processes are those that occur relatively automatically through encountering cues that prompt behaviour. Reflective processes are those that are relatively more conscious and effortful and drive behaviour through decisional processes. These can be thought of as two types of subprocesses: those that give direction to behaviour (reflective motivational processes) and those that control whether a person is able to enact the behaviour (self-regulatory processes)"*. Gli interventi comportamentali di tipo associativo sono quelli che riteniamo comportamentali *par excellence* e si basano sostanzialmente sulle contingenze di rinforzo; gli interventi di autoregolazione sono, invece, più di tipo

cognitivo-comportamentale o addirittura metacognitivo.

Nonostante sia intuitivamente evidente che debba esservi un ruolo fondamentale delle abilità metacognitive e delle funzioni esecutive perché entrambe associate al controllo del comportamento, vedremo che i risultati non sono coerenti e stabili al riguardo. Per esempio, alcuni ricercatori **[Bos et al. 2019]** non trovano alcuna differenza nella diminuzione di sigarette fumate al giorno, in funzione di un training cognitivo (*go/no go task*) che dovrebbe diminuire gli effetti dell'impulsività. La cosa particolarmente interessante è che per entrambi i gruppi – quello sperimentale e quello di controllo – si ha comunque una diminuzione nel numero di sigarette fumate.

La mancanza in letteratura di un vero e proprio trattamento *evidence based* di comprovata efficacia e universale utilizzo potrebbe indicare il rilievo di fattori di aspecificità degli interventi: ossia che l'efficacia dell'intervento psicologico nel trattamento del tabagismo consista principalmente nel garantire un supporto psicologico al paziente, nel rendergli disponibile una presenza terapeutica che ha verosimilmente un effetto sulla motivazione e sulla perseveranza nel rispettare il programma di trattamento.

Un intervento basato sulla Mindfulness, somministrato anche tramite una app, sembra avere effetto per aiutare i fumatori a smettere. L'effetto è però specifico per il genere: le donne ne traggono beneficio, mentre gli uomini no **[Janes et al 2019]**. La spiegazione che ne danno gli autori, benché non possa considerarsi definitiva, fornisce utili spunti di riflessione anche per il clinico.

La dipendenza da nicotina è una condizione cronica soggetta a ricadute. Il 70% dei fumatori vorrebbe smettere di fumare ma meno del 5% ogni anno riesce a raggiungere l'astinenza. Una delle difficoltà più evidenti a cui vanno incontro i fumatori che vogliono smettere è la presenza di stimoli che inducono a fumare (*cue*); benché siano molte le strutture cerebrali coinvolte nella risposta a stimoli legati al consumo di sigarette, sembra che un ruolo fondamentale sia svolto dalla corteccia cingolata posteriore (PCC), un nodo fondamentale del circuito "default mode network" **[Raichle et al. 2001, Yshurun et al. 2021, Menon 2023, Smallwood et al. 2021]**, che costituirebbe il substrato neuronale di quella condizione di *attivazione di base* che corrisponderebbe, da un punto di vista fenomenico, ad una *tranquilla e pronta presenza* in cui le sollecitazioni dell'ambiente esterno e gli accadimenti interni si integrano con il richiamo del passato – semantico e autobiografico – per creare rappresentazioni del presente e del futuro. In termini intuitivi sarebbe la base della vigile capacità di associare liberamente mantenendo una calma attenzione diffusa. All'interno di questa "rete di vigile presenza", il PCC svolgerebbe un ruolo fondamentale **[Raichle et al. 2001]**. In buona sostanza, il PCC sarebbe coinvolto nell'essere propensi a fare attenzione alla tentazione costituita dai *cue* che inducono a fumare. La terapia basata sulla mindfulness sembra avere effetto nel diminuire la sensibilità del PCC a stimoli legati al fumo, ma solo sulle donne. Nel loro insieme, questo studio ed altri precedenti suggeriscono che per le donne un ruolo fondamentale nel mantenimento della dipendenza sia dovuto al coinvolgimento del PCC. Gli uomini, invece, rispondono meglio al trattamento farmacologico tradizionale, che mitiga gli effetti della nicotina e dell'astinenza **[Janes et al 2019]**.

Ci sono motivi per ipotizzare che la differenza di genere nella dipendenza da tabacco possa essere dovuta al fatto che generalmente le donne fumerebbero come risposta a stati interni simil-depressivi, mentre gli uomini svilupperebbero una dipendenza più legata agli effetti neurobiologici della nicotina. Secondo questa ipotesi, si potrebbe spiegare il fatto che le donne hanno

tassi minori di successo nello smettere di fumare [McClure et al. 2020] se si rilevasse che la terapia farmacologica con sostituti della nicotina e la Vareniclina (un antagonista della nicotina) è più indicata per gli uomini mentre quella col Bupropione (un antidepressivo) sarebbe da preferire per le donne.

Il trattamento comportamentale basato sul condizionamento operante (cioè, i soggetti ricevono voucher se non fumano) si rivela efficace, anche se somministrato in interventi di telemedicina [Harvanko et al. 2020], ma solo per un breve periodo, in quanto comporta col passare del tempo una scarsa partecipazione ed un alto tasso di drop-out.

Si dimostrano efficaci per il trattamento del disturbo da uso di tabacco anche protocolli di telemedicina del tipo *digital clinician-assisted* ("Quit Genius"), basato sulla terapia cognitiva classica (CBT), che prevede anche la somministrazione di trattamenti sostitutivi della nicotina (come le gomme o i cerotti alla nicotina), che sembrano offrire risultati stabili per lungo tempo (rispetto al controllo l'efficacia si mantiene superiore per circa un anno) [Webb et al. 2022].

In un articolo che si propone di analizzare l'eterogeneità dei risultati a 6 mesi di un intervento per aiutare a smettere di fumare (che comprendeva anche un supporto per evitare di prendere peso) [Javitz et al. 2019], gli autori concludono che le differenze di risposta alle condizioni di trattamento nei termini del perdurare dell'astinenza sono spiegate non tanto dai diversi trattamenti quanto da fattori aspecifici come il numero totale di contatti per la consulenza psicologica e caratteristiche di base dei pazienti, tra le quali la motivazione e la fiducia nell'intervento per i primi 30 giorni di astinenza e la attiva compliance alla terapia farmacologica, sostenuta dal supporto psicologico, per arrivare ai 90 giorni di astinenza.

Proprio sulla linea argomentativa della maggiore importanza delle specificità del paziente, piuttosto che delle specificità tecniche dell'intervento psicologico di supporto, trova spazio l'osservazione [Zvolensky et al. 2023] che gli effetti di un trattamento per smettere di fumare sono fortemente influenzati dalle vulnerabilità individuali, come la comorbidità con un altro disturbo mentale, e devono essere presi in considerazione per sviluppare trattamenti personalizzati.

4.1.2.1. PROSPETTIVE COMPORTAMENTALI

Per quanto concerne i fumatori saltuari è naturale chiedersi cosa li distingua dai fumatori che soffrono di una vera e propria dipendenza. Uno studio [Shiffman et al. 2020], i cui soggetti erano fumatori saltuari che provavano a smettere definitivamente, evidenzia che nel permettersi di fumare una sigaretta avrebbero un ruolo fondamentale gli "smoking cues" – ovverosia gli stimoli (nei termini di oggetti o eventi) che suggeriscono di fumare, come la disponibilità di sigarette, l'assunzione di alcol – e lo stress emotivo. Ciò rende meno plausibile l'ipotesi della dipendenza da nicotina – almeno per i fumatori saltuari – e sostiene l'utilizzo di tecniche cognitive e comportamentali di *coping* per resistere alla tentazione.

Il tema della dipendenza da fumo e del suo trattamento si muove in uno spazio concettuale definito dagli assi Natura-Cultura e Endogeno-Esogeno. Le prospettive che pongono maggiore attenzione ai fattori endogeni – legati alla motivazione, al controllo dei comportamenti, all'autoefficacia (prettamente cognitive) o agli effetti farmacologici delle sostanze (principalmente biomediche) – si trovano a dialogare con quelle più attente ai fattori esogeni – i *cue* e le tentazio-

ni dell'ambiente, i fattori di debolezza psicosociale, le "cattive abitudini". L'articolo di **[Minian et al. 2020]** si occupa di quest'ultima parte. Chi consuma tabacco, rispetto a chi non lo fa, corre un rischio notevolmente maggiore di avere abitudini dannose per la salute, come l'eccessivo consumo di alcol, la sedentarietà e una dieta squilibrata. Questo studio si propone di identificare i contesti e i meccanismi utilizzati in interventi che abbiano lo scopo di modificare molteplici comportamenti che mettono a rischio la salute, tra i quali il vizio del fumo. I risultati evidenziano l'importanza dei ruoli ambientali e contestuali esterni all'individuo per aiutarlo a smettere di fumare: le capacità e la motivazione hanno un ruolo solo in alcuni contesti, mentre sono più importanti i fattori ambientali, sui quali gli operatori della salute pubblica dovrebbero porre maggiormente la loro attenzione.

Anche i rinforzi in denaro sono efficaci per far smettere i fumatori: i dati di una ricerca mostrano che gli incentivi economici, distribuiti in un'azienda ai soggetti che avessero smesso di fumare per 12 mesi, hanno avuto un effetto positivo mediato, non tanto dal valore dell'incentivo per il singolo fumatore (si trattava di 350 €), quanto dall'aumento dell'autoefficacia e da una maggiore partecipazione al piano terapeutico farmacologico **[van den Brand et al. 2021]**.

In una review con meta-analisi sull'efficacia degli interventi comportamentali per smettere di fumare **[Hartmann-Boyce et al. 2021]**, gli autori concludono che il supporto di interventi comportamentali aumenta la probabilità di smettere di fumare fino a sei mesi o più dall'intervento, senza creare effetti collaterali; questo sarebbe vero indipendentemente dal fatto che i soggetti stiano assumendo una terapia farmacologica o meno.

4.1.2.2. PROSPETTIVE COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT, Cognitive Behavioral Therapy) è uno degli interventi più studiati per smettere di fumare. In una review **[Vinci 2020]** si cercano i risultati relativi agli interventi CBT e agli interventi MBI (mindfulness-based intervention) per aiutare i fumatori a smettere. L'autrice nota che molti interventi non sono semplicemente CBT o MBI, ma combinano diversi approcci, spesso utilizzando sistemi di Telemedicina (*app* per smartphone o basate sul web); suppone, inoltre, che questo trend possa perdurare. Benché leggendo l'articolo si nota che i risultati positivi siano deboli, incostanti e non definitivi, l'autrice dichiara che *"Overall, recent meta-analyses and systematic reviews have indicated that MBIs for smoking cessation are effective"*.

Troviamo una esemplificazione della terapia cognitiva standard applicata ai trattamenti per smettere di fumare (SCBST, Standard cognitive-behavioral smoking cessation treatment) in uno studio spagnolo **[Martínez-Vispo et al. 2019]** che segue, modificandolo, un protocollo proposto due anni prima **[Becoña et al. 2017]** e si occupa della presunta efficacia per il trattamento del tabagismo di una delle tecniche di intervento cardine dell'approccio cognitivo-comportamentale: l'attivazione comportamentale (BA, Behavioral Activation). Il protocollo proposto come standard – descritto in un manuale del 2007 (Becoña E. Programa para dejar de fumar [Smoking cessation program]. Vigo: Nova Galicia Edicións; 2007) – si suddivide in 8 sedute di 60 minuti ciascuna, effettuate una alla settimana per 8 settimane consecutive. Di seguito il programma di ciascuna:

1. Nella prima si spiega al paziente la struttura dell'intervento; gli si chiede di monitorare giornalmente il proprio comportamento relativo al fumo (numero di sigarette al giorno e descrizione degli antecedenti e delle conseguenze del comportamento). Si analizzano le ragioni per smettere di fumare. Si parla della sua storia di fumatore e degli eventuali tentativi passati di smettere. Gli si fornisce materiale scritto che tratti del tabacco, della dipendenza dalla nicotina, delle conseguenze del fumo sulla salute e dei benefici che si ottengono smettendo di fumare. Gli si spiega la diminuzione dell'effetto della nicotina attraverso il cambiamento di tipo di sigarette che fumerà. Come consegne comportamentali (Homework) fino alla successiva seduta dovrà: (i) cambiare marca di sigarette passando ad una marca con minor concentrazione di nicotina, (ii) comunicare ad almeno una persona di fiducia (familiare, amico, collega) l'intenzione di smettere di fumare, (iii) non fumare più di quanto fumato in media nella settimana precedente, (iv) fumare solo i due terzi di ogni sigaretta; (v) rifiutare l'offerta di sigarette.
2. Nella seconda seduta si valuta assieme al paziente come sono andate le attività che doveva fare a casa e la compliance all'uso delle nuove sigarette (a minor contenuto di nicotina). Si discute sulle difficoltà incontrate. Si cambia nuovamente tipo di sigarette che avranno un contenuto ancora inferiore di nicotina, e si diminuisce il numero di sigarette fumate al giorno. Si evidenzia nuovamente l'importanza del supporto sociale. Si insegnano tecniche per il controllo dello stimolo e per la gestione dei sintomi di astinenza. Si insegnano tecniche di respirazione e rilassamento.
3. Nella terza seduta si monitora l'effetto dell'utilizzo di sigarette a minor contenuto di nicotina, la diminuzione del numero di sigarette fumate e la costanza nell'uso delle tecniche di controllo dello stimolo, degli esercizi di respirazione e delle strategie per evitare i sintomi di astinenza. Si continua a monitorare il numero di sigarette fumate e le condizioni comportamentali (antecedenti e conseguenze) del fumare la sigaretta. Si passa a sigarette con un contenuto di nicotina ancora inferiore e si diminuisce ulteriormente il numero di sigarette che si possono fumare. Si danno materiale scritto e spiegazioni su alcune strategie per controllare l'eventuale aumento di peso. Si misura il CO dell'aria espirata.
4. La quarta seduta riprende sostanzialmente la terza: si continua a controllare la diminuzione di nicotina, l'uso delle tecniche di controllo dello stimolo e la diminuzione del numero di sigarette fumate. Si misura la CO dell'aria espirata. Si insegnano tecniche per la gestione dello stress e dell'ansietà; si fa un training sul problem solving. Si cambiano ancora sigarette e si diminuisce il numero di quelle che si possono fumare.
5. La quinta seduta è come la quarta. Si continua con automonitoraggio e diminuzione di contenuto di nicotina e numero di sigarette. Si insegnano tecniche per la gestione della rabbia e dell'ansia. Si favorisce e sostiene il cambiamento di idee disfunzionali relative al tabacco.
6. La sesta seduta è focalizzata sull'esperienza attuale di aver smesso di fumare e sui sintomi dell'astinenza. Si discute dei rischi di ricaduta. Si lavora sulla motivazione, sulle strategie per gestire eventuali ricadute. Si ribadiscono i vantaggi dello smettere di fumare. Si dà un feedback fisiologico (CO nel respiro)
7. La settima seduta è sostanzialmente identica alla sesta.

8. Nell'ultima seduta si fornisce il feedback fisiologico (CO nel respiro). Si tratta delle tecniche per gestire il rischio di ricaduta, della necessità di mantenere la motivazione e l'astinenza.

Gli autori **[Martínez-Vispo et al. 2019]** ipotizzano che sia utile aggiungere l'attivazione comportamentale (BA, Behavioral Activation), perché agisce su variabili comportamentali legate al rinforzo e ha effetti benefici sull'umore. Alla fine dello studio gli autori concludono che l'aggiunta della attivazione comportamentale al trattamento cognitivo standard per smettere di fumare dà risultati positivi a breve e medio termine, contribuendo anche ad una riduzione dei sintomi depressivi. L'attivazione comportamentale, inoltre, migliora l'astinenza a lungo termine, soprattutto per i pazienti con un minor numero di sintomi depressivi **[Martínez-Vispo et al. 2020]**.

Gli interventi psicologici dovrebbero essere utili non solo per motivare i fumatori a smettere o per accompagnarli e sostenerli durante il percorso, ma anche per diminuire eventuali timori di effetti collaterali spesso temuti dello smettere di fumare (per es. l'aumento di peso).

Uno studio pilota **[Bloom et al. 2020]** che applica il Distress Tolerance Treatment, iniziato con pochi pazienti (61), dà risultati incoraggianti anche se non significativi.

4.1.2.3. TRATTAMENTI DI GRUPPO

Le terapie di gruppo **[Kotsen et al. 2019]** sono efficaci tanto quelle individuali – se non di più – nel trattamento della dipendenza da tabacco, e ciò ha chiare implicazioni economiche per chi debba sottoporsi al trattamento. Le terapie di gruppo hanno mostrato la loro efficacia anche in popolazioni di pazienti con altre patologie, come coloro che soffrono di HIV: in questo caso, però, ad essere in dubbio è l'efficacia a lungo termine **[Stanton et al. 2020]**.

Una review sistematica con meta-analisi **[Mersha et al. 2023]** si propone di trovare quali siano i componenti efficaci – tecniche di cambiamento comportamentale – che caratterizzano i programmi per smettere di fumare basati sulla terapia di gruppo. Gli autori hanno trovato che sono 4 le tecniche di cambiamento comportamentale (BCT: behavior change techniques) che sono significativamente associate ad una probabilità di smettere di fumare valutate dopo 6 mesi: il "Problem solving", il "fornire informazioni circa le conseguenze per la salute", il "fornire informazioni circa le conseguenze ambientali" e la "ricompensa".

Uno studio RCT **[McClure et al. 2020]** confronta la terapia di gruppo basata sulla CBT standard con una basata sull'ACT e non evidenzia differenza di efficacia tra i due approcci. È opportuno evidenziare che il risultato – nei termini di astinenza a 12 mesi – è di circa il 15% ed entrambi i gruppi hanno utilizzato una terapia sostitutiva della nicotina (cerotti che rilasciano nicotina).

4.1.2.4. TRATTAMENTI BREVI

Un intervento di circa 6 mesi, somministrato tramite una app su smartphone e basato sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la terapia di crescita motivazionale (MET), si è rivelato efficace **[Prince et al. 2020]** addirittura nel far diminuire l'uso di cannabis da parte di giovani adulti. Il disegno prevedeva anche l'introduzione di esercizio fisico e alcune strategie di compor-

tamento protettivo (PBS, protective behavioral strategy), che l'analisi dei dati ha mostrato essere centrali nell'effetto di diminuzione del consumo di cannabis.

4.1.2.5. TRATTAMENTI CON APP O IN ALTRE FORME DI TELEMEDICINA

Sono stati sviluppati molti interventi basati su *app* per *smartphone* (SASC, ovvero *Smartphone app-based smoking cessation*), che hanno lo scopo di aiutare a smettere di fumare. Una recente review sistematica con meta-analisi [Guo et al. 2023], condotta con la metodologia Cochrane, non fornisce supporto all'efficacia di queste *app* nella riduzione del comportamento (nei termini di maggiori tassi di astinenza); si rivelano tuttavia maggiormente utili se combinate con interventi di tipo farmacologico. Se invece si cerca di valutare l'efficacia dell'uso di queste App associate ad un intervento cognitivo-comportamentale [Barroso-Hurtado et al. 2024] non si ottengono risultati significativi: il gruppo sottoposto al solo intervento cognitivo comportamentale e quello che ha utilizzato anche l'*app* hanno risultati non distinguibili dal punto di vista statistico rispetto agli indicatori di efficacia (nel caso di questo studio astinenza puntuale a 12 mesi e accettabilità del trattamento).

Messi assieme i due risultati precedenti indicano che la terapia farmacologica beneficia dell'abbinamento di una terapia psicologica; e che, se l'uso di *app* come forma di intervento ha di per sé un effetto, esso è notevolmente inferiore rispetto a quello di un trattamento cognitivo comportamentale standard.

Altri studi costringono a considerare l'uso di *app* per smettere di fumare in maniera differente. L'aggiunta di esercizi mindfulness ad una *app* per smettere di fumare basata sul "campionamento dell'esperienza" (ES, experience sampling) [Garrison et al. 2020] non aggiunge niente all'efficacia della *app* di per sé nei termini di probabilità di smettere di fumare. Tuttavia, sembra che allenti la relazione tra il *craving* e l'effettivo accendersi una sigaretta. Il "campionamento dell'esperienza" consiste nel porre le seguenti domande: (1) "quando hai iniziato a rispondere a questo momento di valutazione della situazione, quanto desideravi fumare una sigaretta?" (2) "Il contatore dice che oggi hai fumato [x] sigarette finora. Puoi modificare il valore [x] qui sotto." Il fatto interessante è che anche solo un semplice intervento che può essere parafrasato con "Quanto vorresti fumare una sigaretta adesso? Occhio che finora ne hai già fumate X!" è associato – a sei mesi – al fatto che circa l'11% delle persone fuma di meno (anche se bisogna dire che il disegno manca di un gruppo di controllo vero e proprio con "trattamento zero").

Le procedure di rinforzo contingente (CM, Contingency Management) sono tipiche ed efficaci forme di condizionamento operante che consistono nel fornire un rinforzo (generalmente positivo) subito dopo un comportamento di cui si voglia aumentare la frequenza. Una review sistematica con meta-analisi mostra che è possibile utilizzare questo schema di condizionamento anche tramite telemedicina (raggiungendo i pazienti sui loro telefoni cellulari e fornendo rinforzi come riscontri sul fatto che il controllo comportamentale sta andando bene o piccole somme di denaro) ed ottenere risultati apprezzabili nel ridurre il consumo di alcol o tabacco tra adulti che non stiano seguendo un trattamento specifico per disturbo da uso di sostanze [Getty et al. 2019].

Per raggiungere le popolazioni rurali, si è visto che interventi di counseling tramite video-chiamate o chiamate telefoniche sono ben accettati dalla popolazione – e ritenuti migliori di quelli

tramite materiale scritto – anche se quelli con video chiamata sono risultati inferiori rispetto a tre elementi: la valutazione della numerosità dei contatti, l'ipotesi di consigliare lo stesso trattamento a parenti/amici e la percezione di efficacia **[Byaruhanga et al. 2020]**.

Gli interventi per aiutare a smettere di fumare tramite messaggi di testo (come gli SMS) sono stati provati in vari contesti e generalmente si sono ottenuti risultati positivi. Uno studio, condotto in un gruppo di universitari svedesi, che si è occupato di evidenziare i fattori di eterogeneità dei risultati dei trattamenti di questo tipo ha evidenziato che il genere, il numero di anni passati da quando si è iniziato a fumare e l'eventuale uso di snuff [Vide Supra] non hanno rilievo. Questo tipo di trattamento si è invece rivelato meno efficace per i soggetti con una dipendenza più forte dalla nicotina o che fumano di più **[Bendtsen et al. 2020]**. L'uso di questa forma di trattamento, eventualmente basata sulla mindfulness, si rivela comunque utile, soprattutto perché permette di essere utilizzata con fasce della popolazione a basso reddito **[Spears et al. 2019]**.

In uno studio sono stati messi a confronto, nell'ambito di trattamenti di gruppo per smettere di fumare, interventi basati sul supporto comportamentale, sulla ACT, o sull'ACT a cui si aggiungeva una APP anch'essa basata sull'ACT. Al follow-up a sei mesi i tre gruppi non differivano rispetto all'efficacia (circa il 20% ha smesso di fumare). Misurando l'astinenza 3 settimane dopo il trattamento invece, l'ACT a cui si aggiunge l'APP ottiene risultati migliori: circa 1 su 3 non fuma, mentre nel gruppo "solo ACT" e "solo supporto comportamentale" la percentuale è più o meno la stessa del follow-up a 6 mesi **[O'Connor et al. 2020]**.

Uno studio pilota (su 84 soggetti) valuta l'efficacia di una app in cui il paziente interagisce con uno o più avatar - "Avatar Led Intervention", nel caso specifico denominata "Flexiquit" - secondo un modello basato sull'ACT (Acceptance and Commitment Therapy) nel motivare giovani adulti a smettere di fumare **[Karekla et al. 2020]** ed ottiene risultati incoraggianti e significativi su alcuni indicatori, come il numero di sigarette fumate, la dipendenza dalla nicotina e l'autoefficacia.

Sembra che gli interventi tramite app siano promettenti anche con popolazioni di pazienti con HIV che fumano e fanno parte di strati svantaggiati della popolazione statunitense: i risultati non sono statisticamente significativi, ma lo studio pilota **[Shuter et al. 2020]** ha mostrato che il metodo merita di essere approfondito.

4.1.2.6. TRATTAMENTI IN COMORBILITÀ

Una review **[Lightfoot et al. 2020]** si interroga sull'efficacia dei metodi per smettere di fumare tra chi soffre di una patologia psichica, popolazione nella quale la frequenza di fumatori è più alta di quella nella popolazione generale. C'è un'ampia gamma di interventi psicologici disponibili ed efficaci per aiutare i soggetti con disturbo mentale a smettere di fumare, ma gli studi ben fatti sono troppo pochi per giungere a considerazioni affidabili. Tuttavia, si può dire che ci sono prove chiare che interventi come la CBT, l'Intervista Motivazionale e il Counseling comportamentale o di supporto siano efficaci se accoppiati con la terapia sostitutiva della nicotina (NRT) o con la farmaco-terapia. Interventi brevi e basati su contatti telefonici sembrano avere un'efficacia paragonabile ad altri interventi di maggiore intensità e durata. Ci sono anche prove che esiste una "dipendenza dalla quantità" degli effetti della cura: una maggiore frequenza e partecipazione è correlata ad un maggior effetto positivo sui sintomi psichiatrici.

Negli Stati Uniti la prevalenza di fumatori tra chi soffre di HIV è circa tripla di quella della popolazione normale. Una ricerca si è occupata dell'efficacia di un intervento per smettere di fumare su donne statunitensi affette da HIV basato sulla narrazione (nel caso specifico, un film): i risultati non sono chiarissimi ma promettenti **[Kim et al. 2020]**.

Il "delay discounting" è la diminuzione dell'efficacia di un rinforzo all'aumentare del tempo che separa la sua erogazione dalla conclusione del comportamento da rinforzare. Questo processo sembra essere centrale nelle dipendenze, compreso il disturbo da uso di tabacco. L'uso di programmi adeguati di rinforzo (CM, Contingency Management) in un campione di pazienti depressi permette di ridurre il "delay discounting" che, a sua volta, si associa – in un follow-up a lungo termine – ad una diminuzione dei sintomi depressivi e ad una maggiore probabilità di smettere di fumare **[García-Pérez et al. 2020]**.

Nel Regno Unito la prevalenza di fumatori tra chi soffre di depressione o di ansia patologica è più del doppio (rispettivamente 34% e 29%) rispetto alla popolazione generale (13%). La terapia psicologica online è un approccio standard e smettere di fumare può avere un effetto paragonabile a quello degli antidepressivi. Per questo motivo uno studio si è interessato all'inserimento di un trattamento per smettere di fumare all'interno del protocollo di terapia online per la depressione ed i disturbi d'ansia **[Blackwell et al. 2024]**.

Una terapia basata sull'ACT e somministrata tramite una App sul Web si è dimostrata efficace – rispetto al trattamento proposto dal sistema sanitario statunitense "Smokefree.gov", usato come controllo – per aiutare a smettere di fumare chi soffre di un disturbo bipolare: a breve termine l'effetto è stato maggiore di quello del controllo e al follow-up di un mese (circa l'8% smette di fumare) **[Heffner et al. 2020]**.

Una review sistematica con meta-analisi **[Pearsall et al. 2019]** si è occupata degli interventi farmacologici e comportamentali per aiutare pazienti che soffrono di disturbo bipolare o di schizofrenia a smettere di fumare. Gli autori concludono che, benché gli articoli trovati siano pochi per soggetti di questa popolazione, gli interventi comportamentali e di tipo psicoterapeutico hanno pochissima utilità per aiutare questi pazienti a smettere di fumare, benché, d'altra parte, non arrechino danno. La Vareniclina invece si è rivelata efficace sia a tre, sia a sei mesi; mentre l'utilità dei sostituti della nicotina o del buprione si ferma a tre mesi.

A partire dall'ipotesi che, se un trattamento risulta efficace per un disturbo di una certa gravità allora risulterà efficace per altri disturbi comparabili ma di gravità minore, una review sistematica **[Tatar et al. 2020]** sui trattamenti psicoterapeutici di telemedicina per aiutare i pazienti con psicosi a diminuire l'uso di cannabis potrebbe dare indicazioni utili per aiutare soggetti della stessa popolazione psichiatrica a smettere di fumare. Inoltre, non bisogna dimenticare che la comorbidità tra disturbo da uso del tabacco e disturbo da uso di cannabis è tutt'altro che trascurabile. Purtroppo, si trovano pochi articoli che studiano questo approccio e quei pochi danno risultati deboli.

Analizzando l'efficacia dei trattamenti per smettere di fumare dopo aver ricevuto una diagnosi di tumore, una recentissima review con meta-analisi **[Scholten et al. 2024]** conclude che nonostante la scarsità di studi metodologicamente di valore, l'approccio consigliato combina il trattamento farmacologico e quello comportamentale.

Per aiutare a smettere di fumare i pazienti obesi, uno studio **[Krotter et al. 2024]** mostra che

la CBT dà una percentuale di astinenza a dodici mesi di circa il 10%; l'aggiunta della Contingency Management non fa differenza. Quattro anni prima, una meta-analisi **[Secades-Villa et al. 2020]** sulla *Contingency Management* (CM) per aiutare a smettere di fumare chi soffre di disturbi da uso di sostanze ha dato risultati positivi: la CM dà risultati migliori dei controlli per aiutare chi consuma sostanze a smettere di fumare.

Il rischio di riprendere a fumare dopo un trattamento che comprende prodotti sostitutivi della nicotina e terapia cognitivo-comportamentale è maggiore (di 1,5/2 volte) tra i pazienti che hanno una storia di abuso di sostanze e stanno guarendo dal disturbo. **[Quisenberry et al. 2019]**.

Se si smette di fumare, si hanno migliori risultati nel trattamento del disturbo da uso di alcol **[van Amsterdam, J., & van den Brink, W. 2022]**.

Gli interventi basati su strumenti digitali per aiutare i fumatori a smettere hanno avuto un notevole sviluppo negli ultimi anni. Una review sistematica si è occupata di tale approccio terapeutico con i fumatori affetti da gravi disturbi mentali e conclude che, anche con questa popolazione, ci sono dati di efficacia benché sia minore la disponibilità di strumenti adeguati al tipo di pazienti **[Martinez Agulleiro ET AL. 2023]**.

I pazienti che soffrono di BPCO (Broncopneumopatia cronica ostruttiva) sono particolarmente fragili per gli effetti del fumo e aiutarli a smettere è una priorità. Una meta-analisi **[Han et al. 2023]** ha mostrato che rispetto all'assistenza infermieristica tradizionale, gli interventi per smettere di fumare con una base su una cornice teorica aumentano la probabilità di smettere di fumare, migliorano la qualità della vita e della funzionalità polmonare, pur non diminuendo la dipendenza da nicotina dei pazienti.

Fumare complica il diabete ed una review specifica **[Sammut et al. 2024]** si è occupata di identificare gli interventi appropriati in questi casi per aiutare i fumatori a smettere. Gli Autori concludono che la ricerca su questo tema dovrà approfondire gli interventi basati sulle "5 A", sull'Intervista Motivazionale e sulla CBT.

Chi soffre di disabilità fisica ha un'alta probabilità di essere fumatore e bassa probabilità di chiedere aiuto per questo problema. L'applicazione sistematica ed esplicita della teoria del cambiamento comportamentale può essere utile in questo caso. Una review **[Wuerstl et al. 2023]** si è occupata di cercare quanto gli interventi fossero basati su un approccio teorico, evidenziando che gli interventi descritti negli articoli selezionati non erano *theory-based* benché fossero *evidence-based*, in conformità alle linee guida per il trattamento della dipendenza da fumo (counseling comportamentale assieme a terapia farmacologica).

Per i pazienti depressi che si sottopongono a diversi trattamenti per smettere di fumare (farmacologico, cognitivo, comportamentale), l'apprendimento tramite rinforzo diminuisce nel tempo tanto più intensamente quanto più forti sono i sintomi di depressione, indipendentemente dal tipo di trattamento in corso per smettere di fumare. In altri termini il paziente depresso perde velocemente la capacità di apprendere dalle conseguenze delle proprie scelte: tutto si appiattisce e si perde in motivazione. I fumatori fortemente depressi perdono velocemente la capacità di "apprendere per rinforzo" e necessitano di interventi specifici per la loro condizione. **[Gollan et al. 2024]**

Il disturbo post traumatico da stress (PTSD) e il disturbo da uso di tabacco sono spesso in comorbidità e ci si è interrogati sull'efficacia della combinazione dei trattamenti per i due disturbi.

In uno studio [**Dedert et al. 2019**] si confrontano due gruppi: uno trattato solo con un intervento standard per il tabagismo (counseling e terapia farmacologica) e l'altro con lo stesso intervento ed in aggiunta una CPT (Cognitive Processing Therapy) focalizzata sul trauma. Per quanto riguarda l'efficacia sul tabagismo non si è riscontrata differenza tra i due gruppi.

4.1.3. TRATTAMENTI INTEGRATI

Che il supporto psicologico al trattamento farmacologico sia utile, è un'ipotesi confortata da una review i cui autori affermano che c'è una forte evidenza che fornire supporto psicologico e comportamentale – tramite contatto telefonico o personalmente – a soggetti che stanno utilizzando una terapia farmacologica per smettere di fumare aumenta i tassi di astinenza. L'effetto può essere pari ad un aumento che va dal 10% al 20% del numero di persone che riescono a smettere [**Hartmann-Boyce et al. 2019**].

È ormai conoscenza condivisa che i fattori psicologici - che comprendono l'aspettativa conscia del paziente - sono elementi fondamentali nel trattamento sanitario. Non sorprende pertanto il risultato di uno studio recentissimo in cui i partecipanti non solo riescono a capire se sono stati assegnati al gruppo con il farmaco (nel caso particolare la Vareniclina) piuttosto che al gruppo di controllo (con placebo), ma, quando credono di aver assunto il farmaco, presentano una maggiore sensibilità ai suoi effetti positivi (nel caso particolare era più probabile che smettessero di fumare) [**Schnoll et al. 2024**].

Sempre più ricerche mostrano l'influenza di fattori non farmacologici sulla risposta dell'organismo alla somministrazione per fini sperimentali di nicotina, tabacco e (ovviamente) sostanze placebo [**Schlagintweit et al. 2020**]. Non risulta strano, quindi, che il supporto psicologico comportamentale, la terapia sostitutiva della nicotina e l'uso di farmaci come la vareniclina o il bupropione, benché siano efficaci solo singolarmente, se usati in combinazione lo siano ancora di più: la terapia di prima scelta dovrebbe quindi includere sia il supporto psicologico e comportamentale sia l'intervento farmacologico, cominciando con la vareniclina o una combinazione di diversi trattamenti sostitutivi della nicotina [**Rigotti et al. 2022**].

Questo porta ad altre considerazioni sulla relazione tra terapia farmacologica e terapia psicologica. Uno studio su soggetti statunitensi afroamericani non fumatori abituali [**Nollen et al. 2020**] ha evidenziato che, usando come misura di efficacia l'astinenza, non fa differenza usare la terapia farmacologica (NRT, cioè prodotti che sostituiscono la nicotina, come cerotti o gomme da masticare) assieme ad un intervento telefonico di counseling (12 settimane di counseling telefonico o in presenza) o l'intervento di counseling da solo. Tralasciando i possibili problemi di validità esterna (il campione è particolare ed i metodi di estrazione non perfetti), risultati come questi suggeriscono che l'intervento psicologico può dare il suo meglio quanto la dipendenza fisiologica non si è ancora radicata (come sarebbe la situazione dei non fumatori cronici o di coloro che sono a rischio di iniziare a fumare) o quando, comunque, sta diminuendo (come nel caso di trattamento di fumatori cronici).

La mancanza di continuità nell'assunzione della terapia da parte di soggetti in trattamento farmacologico per smettere di fumare è un fatto frequente. Uno studio [**Kim et al. 2019**] utilizza strumenti di machine learning per stimare i fattori che la determinano quando la terapia è di

prodotti che sostituiscono la nicotina (NRT, nicotine replacement therapy). La collaborazione al trattamento era alta in coloro che erano più dipendenti dal tabacco e più esposti a tentazioni di fumare. La motivazione a smettere e la fiducia erano predittori di attiva partecipazione al trattamento. In buona sostanza i risultati sembrano suggerire che la *compliance* alla terapia sia legata alla comprensione di averne bisogno e alla fiducia che farà effetto.

I Nativi Americani sono la popolazione statunitense che non mostra un calo di prevalenza nel disturbo da consumo di tabacco come succede negli altri sottogruppi etnici. Uno studio randomizzato ha provato a intervenire con diversi metodi (15 gruppi, suddivisi per intensità e tipo di intervento). L'uso di trattamenti sostitutivi della nicotina ha avuto effetto (valutato a 18 mesi), ma nessun altro intervento ha contribuito in maniera significativa ad aiutare a smettere di fumare **[Dignan et al. 2019]**.

4.2. I CONTESTI DI INTERVENTO

4.2.1. CONTESTO SANITARIO

In Regione Lombardia negli scorsi anni vi è stato un investimento per facilitare l'accesso alla cura del Tabagismo. Il modello utilizzato è stato quello del Counselling Motivazionale, per apprendere il quale sono stati messi a disposizione percorsi formativi per i medici di medicina generale e per tutto il personale sanitario. Il Legislatore ha voluto incentivare e moltiplicare il numero di professionisti che possano motivare i loro pazienti fumatori a smettere di fumare e possano accompagnarli con incontri di monitoraggio e di sostegno.

4.2.2. CONTESTO FAMILIARE

Il fumo in ambiente familiare ne peggiora gli effetti, non solo perché avviene al chiuso ma anche e soprattutto perché sottopone a fumo passivo gli altri membri della famiglia, purtroppo anche i figli minorenni. È possibile insegnare ai genitori fumatori a evitare di fumare in casa, attraverso alcuni interventi che prevedono un supporto psicologico (coaching) e l'installazione di strumenti di misura della qualità dell'aria che permettono ai fumatori di verificarne in tempo reale la pessima qualità all'interno delle mura domestiche **[Hovell et al. 2020]**.

4.2.3. CONTESTO LAVORATIVO

In Regione Lombardia gli interventi di prevenzione includono il Programma WHP, Luoghi di Lavoro che promuovono salute, che ha l'obiettivo di intervenire sui comportamenti di addiction in una prospettiva preventiva e d'intervento precoce. Molte Aziende hanno fatto la scelta di essere "libere dal fumo", vietando di fumare negli spazi lavorativi e individuando degli spazi esterni per poterlo fare. Alcune Aziende, specie quelle sanitarie, offrono ai propri dipendenti la possibilità di accedere a programmi gratuiti finalizzati alla disassuefazione dal fumo.

4.2.4. CONTESTO SCOLASTICO

Nelle Scuole l'intervento di prevenzione al tabagismo viene spesso incluso all'interno degli interventi più ampi di prevenzione delle dipendenze e promozione della salute e sono pochi gli interventi specifici di carattere informativo e di sensibilizzazione. Negli Istituti Scolastici è stato vietato il fumo.

4.2.5. CONTESTO DI COMUNITÀ

Si è trovato **[Grobe et al. 2019]** che l'etnia modifica l'effetto della Intervista Motivazionale sugli effetti dell'induzione a smettere di fumare, nel senso che avrebbe meno effetto sugli afroamericani rispetto agli altri. Per stessa ammissione degli autori, tuttavia, il risultato potrebbe essere dovuto al fatto che nel campionamento non si è tenuto conto di altre variabili psicosociali che potrebbero essere, invece, la vera fonte della variabilità (per esempio il censo). Ciò nonostante, consigliano di preferire un approccio basato sul counseling direttivo per questa popolazione. L'implicazione pratica per un paese come il nostro è che le condizioni sociali, culturali ed economiche sono variabili fondamentali di cui tenere conto quando si sceglie un approccio terapeutico e, soprattutto, una tecnica specifica per un paziente.

I farmacisti, per il loro ruolo sul territorio, potrebbero essere un ottimo punto di riferimento per le campagne di astinenza dal fumo: sono di facile accesso alla popolazione e possono consigliare e fornire interventi per smettere di fumare basati su supporto comportamentale e, in alcuni casi, prodotti farmacologici. La review **[Carson-Chahhoud et al. 2019]** che suggerisce questa opzione ha preso in considerazione articoli di interventi di comunità di questo tipo avvenuti in paesi ad alto reddito, ma chiarisce che ulteriori studi sono necessari essendo basso l'indice di evidenza. A riguardo si ricorda il protocollo d'intesa stipulato da Regione Lombardia con la Federazione degli ordini dei Farmacisti regionale.

Come già evidenziato il sistema sanitario nazionale italiano fornisce prestazioni universali e gratuite – almeno fino ad oggi. Secondo la nostra Costituzione la tutela della salute è oggetto di legislazione concorrente tra Stato e Regioni (art. 117, comma 2).

La Regione Lombardia è molto attiva per quanto riguarda la prevenzione del fumo e ha realizzato un interessante portale in cui si trovano facilmente informazioni **[LOM-SdF]** tra le quali è opportuno citare due protocolli d'intesa: quello con la "Federazione degli Ordini dei Farmacisti della Lombardia", tramite il quale si dà la possibilità ai farmacisti di promuovere la cessazione dal fumo di tabacco anche attraverso lo strumento del counseling motivazionale breve; e quello con la Società Italiana di Tabaccologia, per promuovere la ricerca e la creazione di progetti di prevenzione e cura del tabagismo.

Altre risorse sono rese disponibili dal sito dell'Istituto Superiore di Sanità **[ISS-LOM]**, tra le quali, per esempio, un documento **[ISS-LOM-CT]** sui Centri per il trattamento del tabagismo.

4.3. TRATTAMENTI EVIDENCE BASED E AGIRE EFFETTIVO CLINICO: ALCUNE CONSIDERAZIONI DI TRANSIZIONE NARRATIVA SULLA METODOLOGIA DELLA RICERCA

Supponiamo che al profano la distinzione tra le etichette “evidence based” e “evidenza clinica” possa, nella gran parte dei casi, non dire niente. Se un trattamento non ha l’etichetta “evidence based” è perché non è stato sottoposto al controllo di qualità oppure non lo ha passato. Quindi non dovrebbe stare sullo scaffale del terapeuta o di qualsiasi operatore sanitario.

Cosa troviamo sullo scaffale della “evidenza clinica” e perché non è su quello “evidence based”? Qui si apre un mondo, quello delle discipline in cui l’oggetto del discorrere e dell’agire è l’uomo, il mondo delle Scienze Umane. Questo e-book non ha la pretesa né la possibilità di addentrarsi nei limiti epistemologici e metodologici intrinseci ad esse, ma alcune considerazioni che giustifichino la distinzione tra “evidence based” e “evidenza clinica” sono non solo opportune, ma a questo punto necessarie.

Partiamo citando un testo di metodologia statistica [**Salvan et al. 2020, pagg 14-15, corsivo aggiunto**] nel quale leggiamo, riguardo alla costruzione di un modello statistico a partire dai dati (cioè riguardo alla possibilità di inferire per induzione una spiegazione generale a partire da singole osservazioni), che *“La determinazione di un modello per quanto possibile [e] ragionevole alla luce dei dati e delle conoscenze sostanziali, è spesso frutto, più che di puntuali prescrizioni teoriche, delle abilità, per così dire, di fine artigiano dell’analista dei dati. Molto spesso, la costruzione di un modello è frutto di un processo interattivo. Analisi esplorative preliminari suggeriranno un modello iniziale che andrà poi valutato e rielaborato tramite controlli empirici formali (ad esempio test) o informali (tipicamente analisi grafiche)”*. Anche in statistica serve mestiere: vogliamo solo ricordare che l’esperienza del caso singolo è ineludibile e il terapeuta costruisce la sua conoscenza da queste interazioni e la affina con il confronto – diretto o indiretto che sia – con altri terapeuti nella sincronia e sé stesso nella diacronia. Le osservabili che il clinico ottiene interagendo con il singolo paziente sono molteplici e difficili sia da enumerare sia da standardizzare: usando l’analogia precedente, i terapeuti sarebbero “artigiani” alle prese con dati numerosi e complessi attraverso i quali creano modelli del singolo paziente e, da questi, della psicopatologia come genere.

Scriveva Heidegger nel 1929, per il suo insediamento ufficiale nella cattedra di filosofia nell’Università di Friburgo in sostituzione del maestro Husserl, “[...] in tutte le scienze, seguendo gli intenti propri a ciascuna, noi ci rapportiamo all’ente stesso. Non c’è, infatti, dal punto di vista delle scienze, un campo che abbia la preminenza sull’altro, non la natura sulla storia, né viceversa. Non c’è un modo di trattare gli oggetti che sia superiore all’altro. La conoscenza matematica non è più rigorosa di quella storico-filologica. Essa ha solo il carattere dell’«esattezza», che non coincide col rigore. Pretendere esattezza dalla scienza storica significherebbe contravvenire all’idea di rigore che è specifica delle scienze dello spirito. Tutte le scienze, come tali, sono governate da quel riferimento al mondo che le spinge a cercare l’ente stesso per farne l’oggetto di un’indagine e di una determinazione fondante, secondo il suo contenuto essenziale e secondo il suo modo d’essere. Si attua così nelle scienze, in conformità alla loro idea, un approssimarsi a ciò che vi è di essenziale in tutte le cose.” [**Heidegger 1929**]

In Psicologia il clinico che guarda un paziente alla volta e lo sperimentatore che ne osserva centinaia con *check-list* o programmi al computer non sono in contraddizione, ma coprono ciascuno una modalità dell'esperire che all'altro è preclusa o, almeno, impedito di raggiungere con facilità. L'asse nomotetico e quello idiografico sono singolarmente necessari per individuare il piano su cui si sviluppano e giocano gli enti – osservatori o osservati che siano – delle Scienze Umane. È opportuno che anche nelle Scienze Psicologiche i Clinici ed i Ricercatori dialoghino.

5. LA CLINICA DEL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA TABACCO

La metodologia del trattamento della dipendenza da tabacco prevede un processo per fasi successive e conseguenti.

- L'accoglienza, l'ascolto, l'analisi della domanda e delle aspettative di cura.
- La valutazione del sintomo e la valutazione psicologica della persona e del suo contesto (anamnesi tossicologica e personale, triage e valutazione psicologica).
- La definizione del programma individualizzato: obiettivi, interventi e strumenti, tempistiche degli incontri individuali e/o di gruppo, strumenti di automonitoraggio e loro condivisione (diari, app), forme di incentivazione e gratificazione (per es. conteggio e riutilizzo del denaro risparmiato non acquistando sigarette, esami strumentali, attività sportiva...)
- La Psicoeducazione e l'Intervento Motivazionale, in un setting individuale o gruppale (anche in Telemedicina), con l'insegnamento di strategie per l'evitamento dei trigger e la gestione del craving.
- L'avvio della astensione dal fumo accompagnata dall'automonitoraggio quotidiano dell'andamento periodicamente condiviso col curante (e col gruppo), dal supporto al cambiamento e al sostegno alla motivazione (incontri di gruppo, incontro coi curanti).
- La prosecuzione del programma per la stabilizzazione della astensione del fumo (ed il recupero precoce delle recidive con il ripristino della astensione).
- Il follow up con incontri via via meno frequenti e la conclusione del trattamento.

6. PROGNOSE ED EFFICACIA

Per le donne è più difficile smettere di fumare [McClure et al. 2020] che per gli uomini; e ciò potrebbe essere associato alle differenze di genere per quanto riguarda l'effetto della forza del *craving* e della intensità dello stress. In una ricerca sugli effetti della ossitocina sulla reattività allo stress, sul *craving* e sulla dipendenza da tabacco in uomini e donne fumatori [Ibidem] sembra che il *craving* non differisca tra uomini e donne, mentre le donne hanno mostrato un maggiore reattività allo stress degli uomini. In entrambi i gruppi la somministrazione di ossitocina non sembra avere avuto effetto sul *craving* o sulla effettiva espressione comportamentale della dipendenza.

La difficoltà a smettere riguarda anche soggetti appartenenti ad altre particolari categorie: anziani, soggetti di fasce socio-economiche più deboli, pazienti con altre malattie (soprattutto quelli con disturbi mentali).

7. PREVENZIONE

Molti articoli sul tabagismo – la gran parte di quelli citati in bibliografia – iniziano evidenziando che il fumo è un fattore di rischio per la salute e spiega (statisticamente) molti decessi; tra i fattori di rischio è quello che ha i maggiori effetti negativi e quello su cui con maggior guadagno si potrebbe agire preventivamente.

Le politiche istituzionali dei diversi stati del mondo, che hanno preso sul serio il problema della dipendenza da tabacco, hanno avuto come oggetto non solo i trattamenti per far smettere i fumatori (diminuire la prevalenza), ma anche gli interventi di sensibilizzazione per evitare che nuove persone iniziassero a fumare (diminuire l'incidenza).

L'Europa suggerisce alcune linee comuni di intervento **[EU-Tabacco]**. In Italia il Ministero della Sanità (**[MDS-SdF]**, **[MDS-Tabagismo]**, **[MDS-Tabagismo-Prodotti]**, **[MDS-PCT]**), anche tramite l'Istituto Superiore di Sanità (**[ISS-CNDD]**, **[ISS-LG]**, **[ISS-sdf]**, **[ISS-sdf-guida]**, **[ISS-AaF]**, **[PASSI]**, **[PASSI-fumo]**), gli organi concorrenti regionali **[ER-TdT]**, **[LOM-SdF]**, **[LOM-ST]** e l'ISTAT **[ISTAT-Fumo]** danno concretezza alle direttive sovranazionali, attuando il monitoraggio necessario e fornendo i servizi di prevenzione e trattamento. L'utente che può usufruire del sistema sanitario italiano ha a disposizione diversi modi di accedere ai trattamenti, i principali dei quali sono chiedere consiglio al medico di famiglia o contattare direttamente un numero verde (800 554 088) o i servizi territoriali sulle dipendenze, presenti in ogni regione (in Lombardia **[LOM-ST]**).

7.1. I FATTORI DI RISCHIO SECONDO LA LETTERATURA

Il fumo è pericoloso per i bambini e gli adolescenti **[WHO-EIF]**, non solo perché possono subirne gli effetti dovuti al fatto che gli adulti fumano in loro presenza. Si inizia a fumare in adolescenza: leggiamo in pagine dedicate al tema sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità che *“Oltre il 70% dei fumatori, indipendentemente dal genere, ha iniziato a fumare tra i 15 ed i 20 anni. L'età media di inizio è 17,6 anni con uno scarto di circa 1 anno tra maschi e femmine che hanno la tendenza ad iniziare più tardi dei loro coetanei”* **[ISS-EIF]**.

Anche il sito del Ministero della Salute evidenzia che *“Nonostante la diminuzione del numero dei fumatori nei paesi industrializzati, resta preoccupante la percentuale dei fumatori giovani. [...] Per contrastare questo problema, che racchiude in sé, sia aspetti sanitari che sociali, la comunità scientifica raccomanda programmi di prevenzione da rivolgere, sia alla società nel suo complesso e alla popolazione “sana” (prevenzione ambientale e universale), che a gruppi e individui a rischio (prevenzione selettiva e indicata).”* **[MDS-EIF]**.

Diversi studi internazionali **[Flay et al. 1999]**, **[Kelly et al. 2011]**, **[Swan 1999]**, **[Clayton 1999]**, **[Camenga et al. 2016]**, **[Soneji et al. 2017]** in passato si sono occupati della relazione tra adolescenza e fumo, con risultati non sempre chiari e coerenti.

Uno studio su un campione di 1293 studenti canadesi di 12-13 anni (l'equivalente dei nostri studenti di seconda o terza media) **[Karp et al. 2006]** dà risultati interessanti sia per la grandezza

del campione sia perché mette in luce chiaramente i due fattori principali legati alla dipendenza da tabacco: anzitutto sono maggiormente a rischio di diventare dipendenti quelli che hanno fumato di recente rispetto a quelli che hanno fumato qualche volta in passato (cioè conta la frequenza e la perseveranza, quasi in maniera tautologica); ma il risultato interessante è che i soggetti maggiormente a rischio di dipendenza sono quelli che hanno un metabolismo della nicotina più lento e presentano un numero maggiore di sintomi depressivi. Il lettore attento delle sezioni precedenti avrà notato che il tema dei sintomi depressivi e quello della dipendenza farmacologica dalla nicotina si sovrappongono continuamente nei quesiti e nei risultati delle ricerche citate.

8. BREVE SINTESI CONCLUSIVA

- A. La prevalenza (Italia, 2021) è pari al 19%. Tra gli uomini i fumatori sono il 22,9% tra le donne il 15,3%. Nella fascia di età tra i 25-44 anni si ha la prevalenza maggiore: circa 1 persona su 4. Le fasce “deboli” della popolazione – pazienti con disturbi mentali, soggetti con scarsa istruzione o basso reddito – sono particolarmente soggette a sviluppare la dipendenza da tabacco.
- B. La letteratura citata è quasi interamente in lingua inglese, in buona parte statunitense. Un grosso limite alla generalizzazione alla realtà italiana di cui tenere sempre conto – non solo nello specifico ambito della dipendenza da uso di tabacco – è che il sistema sanitario italiano è pubblico e universale, mentre in altri, tra cui quello statunitense, le spese mediche sono a carico dei cittadini che accedono in maniera fortemente diversificata alle cure disponibili in funzione dell’assicurazione sanitaria che sono in grado di sottoscrivere.
- C. La sigaretta elettronica non è innocua: è un punto di passaggio. Per gli adolescenti è un fattore di rischio che aumenta la probabilità di diventare fumatore di sigarette tradizionali. Per chi è già fumatore, se usata sotto controllo di operatori specializzati, potrebbe essere un utile ausilio per smettere di fumare.
- D. La terapia sostitutiva della nicotina – cerotti, gomme etc. – è utile.
- E. La TMS è molto promettente, ma probabilmente sarà utilizzabile solo dai medici.
- F. L’intervento psicologico non solo è utile, ma è fondamentale: aumenta la compliance al trattamento, anche non psicologico. Complessivamente gli interventi ascrivibili all’ambito cognitivo-comportamentale sono quelli che si sono rivelati più efficaci o con il migliore rapporto costi/benefici.
- G. Ricordando quanto sopra (al punto B), sembra che l’attenzione all’unicità del paziente, la alleanza terapeutica su obiettivi e strumenti condivisi, e la continuità del supporto siano fattori fondamentali per ottenere risultati concreti – per esempio nei termini di durata dell’astinenza o numero di sigarette fumate – come dimostrano i diversi articoli citati in cui anche semplici interventi di counseling telefonico sortiscono effetti misurabili.
- H. Strettamente legato a B e a G c’è il tema della aspecificità degli interventi psicologici. In alcuni casi, l’impressione è che si cerchi di risparmiare sulle cure e, quindi, di validare il validabile: si avrebbe fame di trattamenti evidence based perché sono quelli che le As-

sicurazioni pagano, con il rischio di un abbassamento della qualità. Sospendendo per un momento l'ipotesi di un conflitto di interesse economico, la ipotizzata mancanza di specificità degli interventi sarebbe un caso particolare della importanza della presenza del terapeuta/operatore nei processi di cambiamento, del suo porsi, delle sue fantasie e di quelle che fa nascere (qui c'è lo spazio per il setting, per la relazione terapeutica, per il transfert – controtransfert etc. qui inizia la clinica, soprattutto quella di prospettiva psicodinamica)

I. Dai dati della Sorveglianza PASSI, nel 2018 i tentativi di smettere di fumare sono leggermente aumentati rispetto all'anno precedente (37,9% vs 35,4% del 2017), ma ancora inferiori ai valori del 2008. Il tentativo fallisce nella stragrande maggioranza dei casi (oltre l'80%): solo una bassa quota (meno del 10%) raggiunge l'obiettivo e riferisce di aver smesso di fumare da più di 6 mesi. Nel quadriennio 2015-2018 la percentuale di fumatori che tenta di smettere è maggiore tra donne (37,1% rispetto agli uomini 34,1%), diminuisce all'aumentare dell'età mentre aumenta con l'aumentare del titolo di studio per cui la percentuale di chi tenta di smettere tra i laureati (39,2%) è maggiore di quella tra chi ha il diploma di scuola media inferiore (34,4%). Non ci sono invece differenze significative in base alla condizione socio-economica. Le persone che tentano di smettere di fumare si riducono progressivamente nel tempo, ma va sottolineato che nel tempo si va riducendo anche la quota di fumatori."

9. BIBLIOGRAFIA

[Akbari et al. 2023] Akbari, M., Seydavi, M., Chasson, G. S., Leventhal, A. M., & Lockwood, M. I. (2023). Global prevalence of smoking among individuals with obsessive-compulsive disorder and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Health psychology review*, 17(3), 505–519. <https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2125037>

[Almeida et al. 2020] Almeida, N. L., Rodrigues, S. J., Gonçalves, L. M., Silverstein, S. M., Sousa, I. C., Gomes, G. H., Butler, P. D., Fernandes, T. P., & Santos, N. A. (2020). Opposite effects of smoking and nicotine intake on cognition. *Psychiatry research*, 293, 113357. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113357>

[Asher et al. 2019] Asher, T., Belden, J. L., Kelsberg, G., & Safranek, S. (2019). Does using e-cigarettes increase cigarette smoking in adolescents?. *The Journal of family practice*, 68(10), E12–E13.

[Barroso-Hurtado et al. 2024] Barroso-Hurtado, M., López-Durán, A., Martínez-Vispo, C., Suárez-Castro, D., & Becoña, E. (2024). Evaluation of effectiveness and acceptability of a psychological treatment for smoking cessation combined with a smartphone App: A pilot study. *Internet interventions*, 36, 100737. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2024.100737>

[Becoña et al. 2017] Becoña, E., Martínez-Vispo, C., Senra, C., López-Durán, A., Rodríguez-Cano, R., & Fernández Del Río, E. (2017). Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smokers with depressive symptomatology: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 17(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1301-7>

[Becoña E. 2007] Becoña E. (2007). Programa para dejar de fumar [Smoking cessation program]. Vigo: Nova Galicia Edicións; 2007

[Bendtsen et al. 2020] Bendtsen M. Heterogeneous treatment effects of a text messaging smoking cessation intervention among university students. *PLoS One*. 2020 Mar 5;15(3):e0229637. doi: 10.1371/journal.pone.0229637. PMID: 32134977; PMCID: PMC7058321.

[Black et al. 2020] Black N, Johnston M, Michie S, Hartmann-Boyce J, West R, Viechtbauer W, Eisma MC, Scott C, de Bruin M. Behaviour change techniques associated with smoking cessation in intervention and comparator groups of randomized controlled trials: a systematic review and meta-regression. *Addiction*. 2020 Nov;115(11):2008–2020. doi: 10.1111/add.15056. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32196796.

[Black et al. 2020] Black N, Eisma MC, Viechtbauer W, Johnston M, West R, Hartmann-Boyce J, Michie S, de Bruin M. Variability and effectiveness of comparator group interventions in smoking cessation trials: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2020 Sep;115(9):1607–1617.

[Blackwell et al. 2024] Blackwell AKM, Daryan S, Roy D, Duffy D, Hisler G, Sawyer K, Ainsworth B, Richards D, Hiscock D, Papadakis S, Brown J, Munafò MR, Jacobsen P, Aveyard P, Taylor G. Integrating Smoking Cessation treatment into usual online Psychological care for people with common mental illness: Protocol for an online randomised feasibility and pilot study (ESCAPE digital). *Contemp Clin Trials*. 2024 Jun;141:107541. doi: 10.1016/j.cct.2024.107541. Epub 2024 Apr 21. PMID: 38643854.

[Betts et al. 2021] Betts, J. M., Dowd, A. N., Forney, M., Hetelekides, E., & Tiffany, S. T. (2021). A Meta-Analysis of Cue Reactivity in Tobacco Cigarette Smokers. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 23(2), 249–258. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa147>

[Bloom et al. 2020] Bloom EL, Ramsey SE, Abrantes AM, Hunt L, Wing RR, Kahler CW, Molino J, Brown RA. A Pilot Randomized Controlled Trial of Distress Tolerance Treatment for Weight Concern in Smoking Cessation Among Women. *Nicotine Tob Res*. 2020 Aug 24;22(9):1578-1586. doi: 10.1093/ntr/ntaa026. PMID: 31993658; PMCID: PMC7443582.

[Bos et al. 2019] Bos J, Staiger PK, Hayden MJ, Hughes LK, Youssef G, Lawrence NS. A randomized controlled trial of inhibitory control training for smoking cessation and reduction. *J Consult Clin Psychol*. 2019 Sep;87(9):831-843. doi: 10.1037/ccp0000424. Epub 2019 Jul 18. PMID: 31318233.

[Brenner et al. 1993] Brenner, D. E., Kukull, W. A., van Belle, G., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., & Larson, E. B. (1993). Relationship between cigarette smoking and Alzheimer's disease in a population-based case-control study. *Neurology*, 43(2), 293–300. <https://doi.org/10.1212/wnl.43.2.293>

[Byaruhanga et al. 2020] Byaruhanga J, Wiggers J, Paul CL, Byrnes E, Mitchell A, Lecathelinais C, Tzelepis F. Acceptability of real-time video counselling compared to other behavioural interventions for smoking cessation in rural and remote areas. *Drug Alcohol Depend*. 2020 Dec 1;217:108296. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108296. Epub 2020 Sep 15. PMID: 32980788; PMCID: PMC7491422.

[Cadham et al. 2020] Cadham, C. J., Sanchez-Romero, L. M., Fleischer, N. L., Mistry, R., Hirschtick, J. L., Meza, R., & Levy, D. T. (2020). The actual and anticipated effects of a menthol cigarette ban: a scoping review. *BMC public health*, 20(1), 1055. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09055-z>

[Camenga et al. 2016] Camenga, D. R., & Klein, J. D. (2016). Tobacco Use Disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 25(3), 445–460. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.02.003>

[Campo et al. 2021] Campo, L., Vecera, F., & Fustinoni, S. (2021). Validation of a Questionnaire to

Assess Smoking Habits, Attitudes, Knowledge, and Needs among University Students: A Pilot Study among Obstetrics Students. *International journal of environmental research and public health*, 18(22), 11873. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211873>

[Campo et al. 2022] Campo, L., Lumia, S., & Fustinoni, S. (2022). Assessing Smoking Habits, Attitudes, Knowledge, and Needs among University Students at the University of Milan, Italy. *International journal of environmental research and public health*, 19(19), 12527. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912527>

[Carson-Chahhoud et al. 2019] Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, Bond CM. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Oct 31;2019(10):CD003698. doi:10.1002/14651858.CD003698.pub3. PMID: 31684695; PMCID: PMC6822095.

[Cassidy et al. 2019] Cassidy, R. N., Tidey, J. W., Cao, Q., Colby, S. M., McClernon, F. J., Koopmeiners, J. S., Hatsukami, D., & Donny, E. C. (2019). Age Moderates Smokers' Subjective Response to Very-Low Nicotine Content Cigarettes: Evidence from a Randomized Controlled Trial. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 21(7), 962–969. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty079>

[Castonguay et al. 2021] Castonguay L.G., Oltmanns T.F., Lott, A.P. (2021). *Psychopathology. From Science to Clinical Practice. Second Edition.* The Guilford Press. (trad. it. *Psicologia clinica e psicopatologia. Un approccio integrato.* Nuova edizione, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2023)

[Chen et al. 2019] Chen, X., Zhang, L., Zhang, Q., & Zhao, R. (2019). The effects of cigarette smoking on the associations between sitting time and all-cause mortality: a meta-analysis. *European journal of public health*, 29(2), 315–319. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky121>

[Clayton 1999] Clayton R. R. (1999). Tobacco prevention research: new partnerships and paradigms of psychosocial approaches to understanding the etiology of tobacco use. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 1 Suppl 1, S57–S58. <https://doi.org/10.1080/14622299050011601>

[Clyde et al. 2019] Clyde, M., Pipe, A., Reid, R., Els, C., & Tulloch, H. (2019). A bidirectional path analysis model of smoking cessation self-efficacy and concurrent smoking status: impact on abstinence outcomes. *Addiction biology*, 24(5), 1034–1043. <https://doi.org/10.1111/adb.12647>

[Collado et al. 2022] Collado, A., Felton, J., Grunevski, S., Doran, K., & Yi, R. (2022). Working Memory Training Reduces Cigarette Smoking Among Low-Income Individuals With Elevated Delay Discounting. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 24(6), 890–896. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntac005>

[Collins et al. 2020] Collins, B. N., Lepore, S. J., Winickoff, J. P., & Sosnowski, D. W. (2020). Parents' Self-efficacy for Tobacco Exposure Protection and Smoking Abstinence Mediate Treatment Effects on Child Cotinine at 12-Month Follow-up: Mediation Results from the Kids Safe and Smoke-free Trial. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(11), 1981–1988. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz175>

[Corsini et al. 2024] Corsini, G., Trabucco, A., Respino, M., Magagnoli, M., Spiridigliozzi, D., Escelsior, A., & Amore, M. (2018). La gestione del tabagismo nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura [Tabagism and its management in Italian Psychiatric Intensive Care General Hospital Units]. *Rivista di psichiatria*, 53(6), 309–316. <https://doi.org/10.1708/3084.30764>

[Dedert et al. 2019] Dedert EA, Resick PA, Dennis PA, Wilson SM, Moore SD, Beckham JC. Pilot Trial of a Combined Cognitive Processing Therapy and Smoking Cessation Treatment. *J Addict Med*. 2019 Jul/Aug;13(4):322-330. doi: 10.1097/ADM.0000000000000502. PMID: 30664539; PMCID: PMC9107776.

[Dellazizzo et al. 2023] Dellazizzo L, Potvin S, Giguère S, Landry C, Léveillé N, Dumais A. Meta-review on the efficacy of psychological therapies for the treatment of substance use disorders. *Psychiatry Res*. 2023 Aug;326:115318. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115318. Epub 2023 Jun 19. PMID: 37356250.

[de Ruijter et al. 2022] de Ruijter D, Mergelsberg E, Crone M, Smit E, Hoving C. Identifying Active Ingredients, Working Mechanisms, and Fidelity Characteristics Reported in Smoking Cessation Interventions in Dutch Primary Care: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*. 2022 Mar 26;24(5):654-662. doi:10.1093/ntr/ntab236. PMID: 34788849; PMCID: PMC8962690.

[Dignan et al. 2019] Dignan MB, Jones K, Burhansstipanov L, Ahamed SI, Krebs LU, Williams D, Ahsan GMT, Addo I, Sargent M, Cina K, Crawford K, Thibeault D, Bordeaux S, Kanekar S, Petereit D. A randomized trial to reduce smoking among American Indians in South Dakota: The walking forward study. *Contemp Clin Trials*. 2019 Jun;81:28-33. doi: 10.1016/j.cct.2019.04.007. Epub 2019 Apr 13. PMID: 30986536; PMCID: PMC6608583.

[DSM-4-TR] American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).

[DSM-5-TR] American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787> Print version style: American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

[ER-TdT] Gruppo tecnico di coordinamento dei CAF della Regione Emilia Romagna, Terapia del Tabagismo (http://www.sipsot.it/areariservata/terapia_tabagismo_emilia_romagna_files/Raccomandazioni-RER_Bettinardi.pdf)

[Etter 2006] Etter J. F. (2006). Evaluation de la dépendance au tabac [Evaluating tobacco dependence]. *Revue médicale suisse*, 2(89), 2744–2748.

[EU-Tabacco] European Commission (https://health.ec.europa.eu/tobacco_en)

[Evans et al. 2019] Evans, D. E., To, C. N., & Ashare, R. L. (2019). The Role of Cognitive Control in the Self-Regulation and Reinforcement of Smoking Behavior. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 21(6), 747–754. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty029>

[Fagerström 2001] Fagerström K. O. (2001). Valutare la dipendenza [Measuring nicotine dependence]. *Italian heart journal: official journal of the Italian Federation of Cardiology*, 2 Suppl 1, 53–55.

[Flay et al. 1999] Flay, B. R., Petraitis, J., & Hu, F. B. (1999). Psychosocial risk and protective factors for adolescent tobacco use. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 1 Suppl 1, S59–S65. <https://doi.org/10.1080/14622299050011611>

[Fouad et al. 2020] Fouad, H., Commar, A., Hamadeh, R. R., El-Awa, F., Shen, Z., & Fraser, C. P. (2020). Smoking prevalence in the Eastern Mediterranean Region. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 26(1), 94–101. <https://doi.org/10.26719/2020.26.1.94>

[Frings et al. 2020] Frings D, Albery IP, Moss AC, Brunger H, Burghlea M, White S, Wood KV. Comparison of Allen Carr’s Easyway programme with a specialist behavioural and pharmacological smoking cessation support service: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2020 May;115(5):977–985. doi: 10.1111/add.14897. Epub 2020 Jan 22. PMID: 31968400; PMCID: PMC7186816.

[García-Pérez et al. 2020] García-Pérez Á, Vallejo-Seco G, Weidberg S, González-Roz A, Secades-Villa R. Long-term changes in delay discounting following a smoking cessation treatment for patients with depression. *Drug Alcohol Depend*. 2020 Jul 1;212:108007. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108007. Epub 2020 Apr 25. PMID: 32370930.

[Garrison et al. 2020] Garrison KA, Pal P, O’Malley SS, Pittman BP, Gueorguieva R, Rojiani R, Scheinost D, Dallery J, Brewer JA. Craving to Quit: A Randomized Controlled Trial of Smartphone App-Based Mindfulness Training for Smoking Cessation. *Nicotine Tob Res*. 2020 Mar 16;22(3):324–331. doi: 10.1093/ntr/nty126. PMID: 29917096; PMCID: PMC7297096.

[Getty et al. 2019] Getty CA, Morande A, Lynskey M, Weaver T, Metrebian N. Mobile telephone-delivered contingency management interventions promoting behaviour change in individuals with substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*. 2019 Nov;114(11):1915-1925. doi: 10.1111/add.14725. Epub 2019 Jul 27. PMID: 31265747; PMCID: PMC6852192. 57. *Addiction*. 2019 Nov;114(11):1915-1925. doi: 10.1111/add.14725. Epub 2019 Jul 27.

[Ghorbani Behnam et al. 2019] Ghorbani Behnam, S., Mousavi, S. A., & Emamian, M. H. (2019). The effects of transcranial direct current stimulation compared to standard bupropion for the treatment of tobacco dependence: A randomized sham-controlled trial. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 60, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.04.010>

[Gilbert et al. 2019] Gilbert, D. G., Rabinovich, N. E., Gilbert-Matuskowitz, E. A., Klein, K. P., & Pergadia, M. L. (2019). Smoking abstinence symptoms across 67 days compared with randomized controls-Moderation by nicotine replacement therapy, bupropion, and negative-affect traits. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 27(6), 536–551. <https://doi.org/10.1037/pha0000278>

[Gilbert, Stone 2022] Gilbert, D. G., & Stone, B. M. (2022). Anhedonia in Nicotine Dependence. *Current topics in behavioral neurosciences*, 58, 167–184. https://doi.org/10.1007/7854_2022_320

[Gollan et al. 2024] Gollan, J. K., Liverant, G., Jao, N. C., Lord, K. A., Whitton, A. E., Hogarth, L., Fox, E., Bauer, A. M., Quinn, M. H., Pizzagalli, D. A., Leone, F. T., Papandonatos, G. D., Schnoll, R. A., & Hitsman, B. (2024). Depression Severity Moderates Reward Learning Among Smokers With Current or Past Major Depressive Disorder in a Smoking Cessation Randomized Clinical Trial. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 26(5), 639–644. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntad221>

[Goodwin et al. 2019] Goodwin BJ, Constantino MJ, Westra HA, Button ML, Antony MM. Patient motivational language in the prediction of symptom change, clinically significant response, and time to response in psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy (Chic)*. 2019 Dec;56(4):537-548. doi: 10.1037/pst0000269. PMID: 31815509.

[Grobe et al. 2019] Grobe JE, Goggin K, Harris KJ, Richter KP, Resnicow K, Catley D. Race moderates the effects of Motivational Interviewing on smoking cessation induction. *Patient Educ Couns*. 2020 Feb;103(2):350-358. doi: 10.1016/j.pec.2019.08.023. Epub 2019 Aug 18. PMID: 31466882; PMCID: PMC7012686.

[Guo et al. 2023] Guo, Y. Q., Chen, Y., Dabbs, A. D., & Wu, Y. (2023). The Effectiveness of Smartphone App-Based Interventions for Assisting Smoking Cessation: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 25, e43242. <https://doi.org/10.2196/43242>

[Hajizadeh et al. 2023] Hajizadeh, A., Howes, S., Theodoulou, A., Klemperer, E., Hartmann-Boyce, J., Livingstone-Banks, J., & Lindson, N. (2023). Antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000031. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000031.pub6>

[Han et al. 2023] Han M, Fu Y, Ji Q, Deng X, Fang X. The effectiveness of theory-based smoking cessation interventions in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2023 Aug 9;23(1):1510. doi:10.1186/s12889-023-16441-w. PMID: 37559043; PMCID: PMC10410903.

[Hartmann-Boyce et al. 2019] Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, Wheat H, Fanshawe TR. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 Jun 5;6(6):CD009670. Doi:10.1002/14651858.CD009670.pub4. PMID: 31166007; PMCID: PMC6549450.

[Hartmann-Boyce et al. 2021] Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, Lindson N, Freeman SC, Sutton AJ, Theodoulou A, Aveyard P. Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jan 4;1:CD013229. doi:10.1002/14651858.CD013229.pub2. PMID: 33411338.

[Harvanko et al. 2020] Harvanko, A., Slone, S., Shelton, B., Dallery, J., Fields, S., & Reynolds, B. (2020). Web-Based Contingency Management for Adolescent Tobacco Smokers: A Clinical Trial. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(3), 332–338. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty243>

[Hatsukami et al. 2020] Hatsukami, D. K., Meier, E., Lindgren, B. R., Anderson, A., Reisinger, S. A., Norton, K. J., Strayer, L., Jensen, J. A., Dick, L., Murphy, S. E., Carmella, S. G., Tang, M. K., Chen, M., Hecht, S. S., O'connor, R. J., & Shields, P. G. (2020). A Randomized Clinical Trial Examining the Effects of Instructions for Electronic Cigarette Use on Smoking-Related Behaviors and Biomarkers of Exposure. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(9), 1524–1532. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz233>

[Heffner et al. 2020] Heffner JL, Kelly MM, Waxmonsky J, Mattocks K, Serfozo E, Bricker JB, Mull KE, Watson NL, Ostacher M. Pilot Randomized Controlled Trial of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy Versus Smokefree.gov for Smokers With Bipolar Disorder. *Nicotine Tob Res*. 2020 Aug 24;22(9):1543-1552. doi:10.1093/ntr/ntz242. PMID: 31883336; PMCID: PMC7443589.

[Heidegger 1929] Heidegger M. (1929). *Was ist Metaphysik?* (trad. it., a cura di Franco Volpi, *Che cos'è metafisica?* Adelphi, Milano, 2001)

[Hillier & Salib 1993] Hillier, V., & Salib, E. (1997). A case-control study of smoking and Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry*, 12(3), 295–300. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199703\)12:3<295::aid-gps476>3.3.co;2-v](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199703)12:3<295::aid-gps476>3.3.co;2-v)

[Howes et al. 2020] Howes, S., Hartmann-Boyce, J., Livingstone-Banks, J., Hong, B., & Lindson, N. (2020). Antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD000031. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000031.pub5>

[Hovell et al. 2020] Hovell, M. F., Bellettiere, J., Liles, S., Nguyen, B., Berardi, V., Johnson, C., Matt, G. E., Malone, J., Boman-Davis, M. C., Quintana, P. J. E., Obayashi, S., Chatfield, D., Robinson, R., Blumberg, E. J., Ongkeko, W. M., Klepeis, N. E., Hughes, S. C., & Fresh Air Research Group (2020). Randomised controlled trial of real-time feedback and brief coaching to reduce indoor smoking. *Tobacco control*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054717>

[Hughes 2020] Hughes J. R. (2020). An Update on Hardening: A Qualitative Review. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(6), 867–871. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz042>

[ICD-11] World Health Organization (2021). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). <https://icd.who.int/> [<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>]

[ICD-11-TUD] World Health Organization (2021). International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.) Diagnosi di disturbi relativi all'uso di tabacco [<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>]

[ISS-AaF] Istituto Superiore di Sanità, L'abitudine al Fumo in Italia 2014-2017, (<https://www.epicentro.iss.it/fumo/pdf/Fumo%20Italia%202014-17.pdf>)

[ISS-CNDD] Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale Dipendenze e Doping (<https://www.iss.it/cndd-copertina>)

[ISS-EIF] Istituto Superiore di Sanità, Gli Italiani ed il fumo (2011) [https://www.iss.it/documents/20126/2225077/DOXA_2011_PACIFICI.pdf/f5fc9f0b-8d06-b88e-4e2e-f75e1650b984?t=1575726326554#:~:text=Oltre%20il%2070%25%20dei%20fumatori,loro%20coetanei%20\(Figura%205\).](https://www.iss.it/documents/20126/2225077/DOXA_2011_PACIFICI.pdf/f5fc9f0b-8d06-b88e-4e2e-f75e1650b984?t=1575726326554#:~:text=Oltre%20il%2070%25%20dei%20fumatori,loro%20coetanei%20(Figura%205).)

[ISS-LG] Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale dipendenze e doping, Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina (2023) (<https://www.iss.it/-/lg-trattamento-della-dipendenza-da-tabacco-e-nicotina>)

[ISS-LOM] [<https://www.epicentro.iss.it/territorio/lombardia/>]

[ISS-LOM-CT] [https://www.epicentro.iss.it/territorio/lombardia/pdf/Linee_indirizzo.pdf]

[ISS-SdF] Istituto Superiore di Sanità: "Smetto di fumare". <https://smettodifumare.iss.it/>

[ISS-SdF-guida] Istituto Superiore di Sanità: "Smetto di fumare". <https://smettodifumare.iss.it/it/guida-smetto-di-fumare/>

[ISTAT-Fumo] Abitudine al fumo, (dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=15513)

[Jafari et al. 2021] Jafari, A., Rajabi, A., Gholian-Aval, M., Peyman, N., Mahdizadeh, M., & Tehrani, H. (2021). National, regional, and global prevalence of cigarette smoking among women/females in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Environmental health and preventive medicine*, 26(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12199-020-00924-y>

[Janes et al. 2019] Janes, A. C., Datko, M., Roy, A., Barton, B., Druker, S., Neal, C., Ohashi, K., Benoit, H., van Lutterveld, R., & Brewer, J. A. (2019). Quitting starts in the brain: a randomized controlled trial of app-based mindfulness shows decreases in neural responses to smoking cues that predict reductions in smoking. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 44(9), 1631–1638. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0403-y>

[Javitz et al. 2019] Javitz, H. S., Bush, T. M., Lovejoy, J. C., Torres, A. J., Wetzel, T., Wassum, K. P., Tan, M. M., Alshurafa, N., & Spring, B. (2019). Six Month Abstinence Heterogeneity in the Best Quit Study. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 53(12), 1032–1044. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz014>

[Karekla et al. 2020] Karekla M, Savvides SN, Gloster A. An Avatar-Led Intervention Promotes Smoking Cessation in Young Adults: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Ann Behav Med*. 2020 Oct 1;54(10):747-760. doi: 10.1093/abm/kaaa013. PMID: 32383736.

[Karp et al. 2006] Karp, I., O'Loughlin, J., Hanley, J., Tyndale, R. F., & Paradis, G. (2006). Risk factors for tobacco dependence in adolescent smokers. *Tobacco control*, 15(3), 199–204. <https://doi.org/10.1136/tc.2005.014118>

[Kelly et al. 2011] Kelly, A. B., O'Flaherty, M., Connor, J. P., Homel, R., Toumbourou, J. W., Patton, G. C., & Williams, J. (2011). The influence of parents, siblings and peers on pre- and early-teen smoking: a multilevel model. *Drug and alcohol review*, 30(4), 381–387. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00231.x>

[Kells et al. 2019] Kells M, Burke PJ, Parker S, Jonestrask C, Shrier LA. Engaging Youth (Adolescents and Young Adults) to Change Frequent Marijuana Use: Motivational Enhancement Therapy (MET) in Primary Care. *J Pediatr Nurs.* 2019 Nov-Dec;49:24-30. doi: 10.1016/j.pedn.2019.08.011. Epub 2019 Aug 29. PMID: 31473464.

[Keogan et al. 2019] 62: Keogan S, Li S, Clancy L. Allen Carr's Easyway to Stop Smoking - A randomised clinical trial. *Tob Control.* 2019 Jul;28(4):414-419. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2018-054243. Epub 2018 Oct 25. PMID: 30361322; PMCID: PMC6589447.

[Kim et al. 2022] Kim, M. M., & Curtin, G. M. (2022). Assessing the Evidence on the Differential Impact of Menthol versus Non-menthol Cigarette Use on Smoking Dependence in the US Population: A Systematic Review and Meta-analysis. *American journal of health behavior, 46(4)*, 376–422. <https://doi.org/10.5993/AJHB.46.4.3>

[Kim et al. 2019] Kim N, McCarthy DE, Loh WY, Cook JW, Piper ME, Schlam TR, Baker TB. Predictors of adherence to nicotine replacement therapy: Machine learning evidence that perceived need predicts medication use. *Drug Alcohol Depend.* 2019 Dec 1;205:107668. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.107668. Epub 2019 Oct 25. PMID: 31707266; PMCID: PMC6931262.

[Kim et al. 2020] Kim SS, Lee SA, Mejia J, Cooley ME, Demarco RF. Pilot Randomized Controlled Trial of a Digital Storytelling Intervention for Smoking Cessation in Women Living With HIV. *Ann Behav Med.* 2020 May 25;54(6):447-454. doi: 10.1093/abm/kaz062. PMID: 31863582; PMCID: PMC7391216.

[Klemperer et al. 2021] Klemperer, E. M., Hughes, J. R., Peasley-Miklus, C. E., Callas, P. W., Cook, J. W., Streck, J. M., & Morley, N. E. (2021). Possible New Symptoms of Tobacco Withdrawal III: Reduced Positive Affect-A Review and Meta-analysis. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 23(2)*, 259–266. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa044>

[Kotsen et al. 2019] Kotsen, C., Santorelli, M. L., Bloom, E. L., Goldstein, A. O., Ripley-Moffitt, C., Steinberg, M. B., Burke, M. V., & Foulds, J. (2019). A Narrative Review of Intensive Group Tobacco Treatment: Clinical, Research, and US Policy Recommendations. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 21(12)*, 1580–1589. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty162>

[Kraiss et al. 2023] Kraiss J, Viechtbauer W, Black N, Johnston M, Hartmann-Boyce J, Eisma M, Javornik N, Bricca A, Michie S, West R, de Bruin M. Estimating the true effectiveness of smoking cessation interventions under variable comparator conditions: A systematic review and meta-regression. *Addiction.* 2023 Oct;118(10):1835-1850. doi: 10.1111/add.16222. Epub 2023 May 24. PMID: 37132077; PMCID: PMC10952237.

[Krolo et al. 2022] Krolo, F., Baumann, S., Tiede, A., Bischof, G., Krause, K., Meyer, C., John, U., Gaertner, B., & Freyer-Adam, J. (2022). The Role of Tobacco Smoking in the Efficacy of Brief Alcohol Intervention: Results from a Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 5847. <https://doi.org/10.3390/ijerph19105847>

[Krotter et al. 2024] Krotter A, García-Fernández G, García-Pérez Á, Aonso-Diego G, Weidberg S. Contingency management for smoking cessation for individuals with overweight or obesity: A randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2024 May 1;258:111269. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2024.111269. Epub 2024 Mar 19. PMID: 38547787.

[Lee 1994] Lee P. N. (1994). Smoking and Alzheimer's disease: a review of the epidemiological evidence. *Neuroepidemiology*, 13(4), 131–144. <https://doi.org/10.1159/000110372>

[Lee 2019] Lee EJ. Auricular Acupressure and Positive Group Psychotherapy With Motivational Interviewing for Smoking Cessation. *Holist Nurs Pract*. 2019 Jul/Aug;33(4):214-221. doi: 10.1097/HNP.0000000000000333. PMID: 31192833.

[Lee 2020] Lee EJ. The Effect of Auricular Acupressure and Positive Group Psychotherapy With Motivational Interviewing for Smoking Cessation in Korean Adults. *Holist Nurs Pract*. 2020 Mar/Apr;34(2):113-120. doi: 10.1097/HNP.0000000000000348. PMID: 31567305.

[Lee et al. 2019] Lee, S. H., Ahn, S. H., & Cheong, Y. S. (2019). Effect of Electronic Cigarettes on Smoking Reduction and Cessation in Korean Male Smokers: A Randomized Controlled Study. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 32(4), 567–574. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.04.180384>

[Leone, Evers-Casey 2022] Leone, F. T., & Evers-Casey, S. (2022). Tobacco Use Disorder. *The Medical clinics of North America*, 106(1), 99–112. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.011>

[Lesage et al. 2017] Lesage, E., Aronson, S. E., Sutherland, M. T., Ross, T. J., Salmeron, B. J., & Stein, E. A. (2017). Neural Signatures of Cognitive Flexibility and Reward Sensitivity Following Nicotinic Receptor Stimulation in Dependent Smokers: A Randomized Trial. *JAMA psychiatry*, 74(6), 632–640. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0400>

[Martinez Agulleiro ET AL. 2023] Martinez Agulleiro, L., Patil, B., Firth, J., Sawyer, C., Amann, B. L., Fonseca, F., Torrens, M., Perez, V., Castellanos, F. X., Kane, J. M., & Guinart, D. (2023). A systematic review of digital interventions for smoking cessation in patients with serious mental illness. *Psychological medicine*, 53(11), 4856–4868. <https://doi.org/10.1017/S003329172300123X>

[Lightfoot et al. 2020] 43: Lightfoot K, Panagiotaki G, Nobes G. Effectiveness of psychological interventions for smoking cessation in adults with mental health problems: A systematic review. *Br J Health Psychol*. 2020 Sep;25(3):615-638. doi: 10.1111/bjhp.12431. Epub 2020 Jul 17. PMID: 32678937.

[Liu et al. 2021] Liu, N. H., Wu, C., Pérez-Stable, E. J., & Muñoz, R. F. (2021). Longitudinal Association Between Smoking Abstinence and Depression Severity in Those With Baseline Current, Past, and No History of Major Depressive Episode in an International Online Tobacco Cessation Study. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 23(2), 267–275. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntaa036>

[LOM-SdF] Sito “Smettere di Fumare, Regione Lombardia (<https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglio-redazionale/temi/stili-di-vita/smettere-di-fumare>)

[LOM-ST] <https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/7c528fd0-9328-4971-a0db-5ac3bf003cbc/Guida+ai+servizi+territoriali+-IIS.pdf?MOD=AJPERES>

[Lugoboni et al. 2011] Lugoboni F, Faccini M, Casari R, Guadagnini P, Gamba F (2011) Figli di un dio minore: il trattamento del tabagismo nei pazienti con malattie mentali *Tabaccologia*; 2: 37-43

[Lydon-Staley et al. 2020] Lydon-Staley DM, Schnoll RA, Hitsman B, Bassett DS. The Network Structure of Tobacco Withdrawal in a Community Sample of Smokers Treated With Nicotine Patch and Behavioral Counseling. *Nicotine Tob Res.* 2020 Mar 16;22(3):408-414. doi: 10.1093/ntr/nty250. PMID: 30452739; PMCID: PMC7297103.

[MacLean et al. 2020] MacLean, R. R., Sofuoglu, M., & Waters, A. J. (2020). Naturalistic measurement of dual cue attentional bias in moderate to heavy-drinking smokers: A preliminary investigation. *Drug and alcohol dependence*, 209, 107892. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107892>

[Martínez-Vispo et al. 2020] Martínez-Vispo C, López-Durán A, Senra C, Rodríguez-Cano R, Fernández Del Río E, Becoña E. Behavioral activation and smoking cessation outcomes: The role of depressive symptoms. *Addict Behav.* 2020 Mar;102:106183. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106183. Epub 2019 Oct 19. PMID: 31809878.

[Martínez-Vispo et al. 2019] Martínez-Vispo, C., Rodríguez-Cano, R., López-Durán, A., Senra, C., Fernández Del Río, E., & Becoña, E. (2019). Cognitive-behavioral treatment with behavioral activation for smoking cessation: Randomized controlled trial. *PloS one*, 14(4), e0214252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214252>

[McClure et al. 2020] McClure, E. A., Baker, N. L., Gray, K. M., Hood, C. O., Tomko, R. L., Carpenter, M. J., Ramakrishnan, V. R., Buchanan, C. J., & Saladin, M. E. (2020). The influence of gender and oxytocin on stress reactivity, cigarette craving, and smoking in a randomized, placebo-controlled laboratory relapse paradigm. *Psychopharmacology*, 237(2), 543–555. <https://doi.org/10.1007/s00213-019-05392-z>

[McClure et al. 2020] McClure JB, Bricker J, Mull K, Heffner JL. Comparative Effectiveness of Group-Delivered Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Randomized Controlled Trial. *Nicotine Tob Res.* 2020 Mar 16;22(3):354-362. doi:10.1093/ntr/nty268. PMID: 30590810; PMCID: PMC7297086.

[MDS-EIF] Ministero della Salute, Giovani e Fumo, <https://www.salute.gov.it/portale/fumo/dettaglioContenutiFumo.jsp?lingua=italiano&id=5582&area=fumo&menu=vuoto>

[MDS-PCT] Ministero della Salute (2020): PREVENZIONE E CONTROLLO DEL TABAGISMO. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2916_allegato.pdf

[MDS-SdF] Ministero dell Salute, Guida “Smetto di Fumare” (<https://smettodifumare.iss.it/it/il-progetto/>), (<https://smettodifumare.iss.it/public-caf/Files/Guida-Smetto-di-Fumare-A5-V07.pdf>)

[MDS-Tabagismo] Ministero della salute, tabagismo (<https://www.salute.gov.it/portale/fumo/dettaglioContenutiFumo.jsp?lingua=italiano&id=5579&area=fumo&menu=vuoto>)

[MDS-Tabagismo-Prodotti] Ministero della Salute (2024): Fumo – Prodotti del tabacco – Sigarette elettroniche. <https://www.salute.gov.it/portale/fumo/homeFumo.jsp>

[Meier et al. 2020] Meier, E., Lindgren, B. R., Anderson, A., Reisinger, S. A., Norton, K. J., Jensen, J., Strayer, L., Dick, L., Tang, M. K., Chen, M., Carmella, S. G., Hecht, S. S., Murphy, S. E., Yang, J., Stepanov, I., O'Connor, R. J., Shields, P. G., & Hatsukami, D. K. (2020). A Randomized Clinical Trial of Snus Examining the Effect of Complete Versus Partial Cigarette Substitution on Smoking-Related Behaviors, and Biomarkers of Exposure. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(4), 473–481. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz055>

[Mergelsberg et al. 2023] Mergelsberg ELP, de Ruijter D, Crone MR, Smit ES, Hoving C. Active Ingredients of Interventions Improving Smoking Cessation Support by Dutch Primary Care Providers: A Systematic Review. *Eval Health Prof.* 2023 Mar;46(1):3-22. doi:10.1177/01632787221099941. Epub 2022 May 20. PMID: 35594377.

[Mersha et al. 2023] Mersha AG, Bryant J, Rahman T, McGuffog R, Maddox R, Kennedy M. What Are the Effective Components of Group-Based Treatment Programs For Smoking Cessation? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine Tob Res.* 2023 Aug 19;25(9):1525-1537. doi:10.1093/ntr/ntad068. PMID: 37104053; PMCID: PMC10439487.

[Miller 2023] Miller WR. The evolution of motivational interviewing. *Behav Cogn Psychother.* 2023 Nov;51(6):616-632. doi:10.1017/S1352465822000431. Epub 2023 May 12. PMID: 37170826.

[Minian et al. 2020] Minian N, Corrin T, Lingam M, deRuiter WK, Rodak T, Taylor VH, Manson H, Dragonetti R, Zawertailo L, Melamed OC, Hahn M, Selby P. Identifying contexts and mechanisms in multiple behavior change interventions affecting smoking cessation success: a rapid realist review. *BMC Public Health*. 2020 Jun 12;20(1):918. doi: 10.1186/s12889-020-08973-2. PMID: 32532233; PMCID: PMC7291527.

[Murphy et al. 2024] Murphy JG, Dennhardt AA, Utzelmann B, Borsari B, Ladd BO, Martens MP, White HR, Yurasek AM, Campbell KW, Witkiewitz K. A pilot trial of a brief intervention for cannabis use supplemented with a substance-free activity session or relaxation training. *Psychol Addict Behav*. 2024 May;38(3):255-268. Doi: 10.1037/adb0000988. Epub 2024 Jan 25. PMID: 38271079; PMCID: PMC11065625.

[Menon 2023] Menon V. (2023). 20 years of the default mode network: A review and synthesis. *Neuron*, 111(16), 2469–2487. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2023.04.023>

[Middlekauff 2020] Middlekauff H. R. (2020). Cardiovascular impact of electronic-cigarette use. *Trends in cardiovascular medicine*, 30(3), 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2019.04.006>

[Mouro et al. 2023] Mouro Ferraz Lima, T., Castaldelli-Maia, J. M., Apter, G., & Leopoldo, K. (2023). Neurobiological associations between smoking and internalizing disorders. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 35(5-6), 486–495. <https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2252907>

[Mushtaq & Beebe 2012] Mushtaq, N., & Beebe, L. A. (2012). A review of the validity and reliability of smokeless tobacco dependence measures. *Addictive behaviors*, 37(4), 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.003>

[Newman et al. 2022] Newman MG, Basterfield C, Erickson TM, Caulley E, Przeworski A, Llera SJ. Psychotherapeutic treatments for generalized anxiety disorder: cognitive and behavioral therapies, enhancement strategies, and emerging efforts. *Expert Rev Neurother*. 2022 Sep;22(9):751-770. doi: 10.1080/14737175.2022.2125800. Epub 2022 Oct 10. PMID: 36107159; PMCID: PMC9754763.

[Nollen et al. 2020] Nollen NL, Cox LS, Mayo MS, Ellerbeck EF, Ahluwalia JS. Counseling alone or in combination with nicotine replacement therapy for treatment of black non-daily smokers: a randomized trial. *Addiction*. 2020 Aug;115(8):1547-1560. Doi: 10.1111/add.14948. Epub 2020 Feb 6. PMID: 31899564.

[O'Connor et al. 2020] O'Connor M, Whelan R, Bricker J, McHugh L. Randomized Controlled Trial of a Smartphone Application as an Adjunct to Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Behav Ther*. 2020 Jan;51(1):162-177. doi: 10.1016/j.beth.2019.06.003. Epub 2019 Jun 12. PMID: 32005334.

[Olando et al. 2019] Olando Y, Kuria M, Mathai M, Huffman MD. Efficacy of a group tobacco cessation behavioral intervention among tobacco users with concomitant mental illness in Kenya: protocol for a controlled clinical trial. *BMC Public Health*. 2019 Dec 18;19(1):1700. doi: 10.1186/s12889-019-8040-2. PMID: 31852536; PMCID: PMC6921564.

[PASSI] Ministero della Salute: “Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia” (Sito Istituzionale). <https://www.epicentro.iss.it/passi/>

[PASSI-Fumo] Sorveglianza PASSI (<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo>)

[Parisis et al. 2019] Parisis, D., Bernier, C., Chasset, F., & Arnaud, L. (2019). Impact of tobacco smoking upon disease risk, activity and therapeutic response in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *Autoimmunity reviews*, 18(11), 102393. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2019.102393>

[Pearsall et al. 2019]36: Pearsall R, Smith DJ, Geddes JR. Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ Open*. 2019 Nov 28;9(11):e027389. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027389. PMID: 31784428; PMCID: PMC6924825.

[Piper 2006] Piper, M. E., McCarthy, D. E., & Baker, T. B. (2006). Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 8(3), 339–351. <https://doi.org/10.1080/14622200600672765>

[Poulin et al. 2019] Poulin LE, Button ML, Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. The predictive capacity of self-reported motivation vs. early observed motivational language in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Ther*. 2019 Sep;48(5):369-384. doi: 10.1080/16506073.2018.1517390. Epub 2018 Sep 21. PMID: 30239259.

[Prince et al. 2020] Prince MA, Collins RL, Wilson SD, Vincent PC. A preliminary test of a brief intervention to lessen young adults' cannabis use: Episode-level smartphone data highlights the role of protective behavioral strategies and exercise. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2020 Apr;28(2):150-156. doi: 10.1037/pha0000301. Epub 2019 May 30. PMID: 31144836; PMCID: PMC6884655.

[Quisenberry et al. 2019] Quisenberry AJ, Pittman J, Goodwin RD, Bickel WK, D'Urso G, Sheffer CE. Smoking relapse risk is increased among individuals in recovery. *Drug Alcohol Depend*. 2019 Sep 1;202:93-103. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.07.001. Epub 2019 Jul 8. PMID: 31325822; PMCID: PMC6685745.

[Raichle et al. 2001] Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(2), 676–682. <https://doi.org/10.1073/pnas.98.2.676>

[Reddy et al. 2023] Reddy LF, Glynn SM, McGovern JE, Sugar CA, Reavis EA, Green MF. A Novel Psychosocial Intervention for Motivational Negative Symptoms in Schizophrenia: Combined Motivational Interviewing and CBT. *Am J Psychiatry*. 2023 May 1;180(5):367-376. doi: 10.1176/appi.ajp.20220243. Epub 2023 Mar 9. PMID: 36891649.

[Reitz et al. 2007] Reitz, C., den Heijer, T., van Duijn, C., Hofman, A., & Breteler, M. M. (2007). Relation between smoking and risk of dementia and Alzheimer disease: the Rotterdam Study. *Neurology*, 69(10), 998–1005. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000271395.29695.9a>

[Rigotti et al. 2022] Rigotti, N. A., Kruse, G. R., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2022). Treatment of Tobacco Smoking: A Review. *JAMA*, 327(6), 566–577. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.0395>

[Robinaugh et al. 2020] Robinaugh, D. J., Hoekstra, R. H. A., Toner, E. R., & Borsboom, D. (2020). The network approach to psychopathology: a review of the literature 2008-2018 and an agenda for future research. *Psychological medicine*, 50(3), 353–366. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003404>

[Rogers et al. 2020] Rogers, A. H., Shepherd, J. M., Buckner, J. D., Garey, L., Manning, K., Orr, M. F., Schmidt, N. B., & Zvolensky, M. J. (2020). Current cannabis use and smoking cessation among treatment seeking combustible smokers. *Drug and alcohol dependence*, 209, 107928. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107928>

[Salvan et al. 2020] Salvan A., Sartori N., Pace L. (2020). *Modelli Lineari Generalizzati*. Springer-Verlag, Milano.

[Sammut et al. 2024] Sammut R, Grech J, Polosa R, Campagna D, Di Ciaula A, Dugal T, Kenge A, Misra A, Abbas Raza S, Russo C, Somasundaram N, Walicka M, Phoung LD, Prezzavento GC, Casu M, La Rosa GRM, Caponnetto P. Behavioral Therapy for People With Diabetes Who Smoke: A Scoping Review. *J Prim Care Community Health*. 2024 Jan-Dec;15:21501319241241470. doi: 10.1177/21501319241241470. PMID: 38654523; PMCID: PMC11041542.

[Schlagintweit et al. 2020] Schlagintweit, H. E., Perry, R. N., Darredeau, C., & Barrett, S. P. (2020). Non-pharmacological Considerations in Human Research of Nicotine and Tobacco Effects: A Review. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(8), 1260–1266. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz064>

[Schlam et al. 2020] Schlam, T. R., Baker, T. B., Smith, S. S., Cook, J. W., & Piper, M. E. (2020). Anxiety Sensitivity and Distress Tolerance in Smokers: Relations With Tobacco Dependence, Withdrawal, and Quitting Success[†]. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(1), 58–65. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz070>

[Schnoll et al. 2024] Schnoll, R., Wileyto, E. P., Bauer, A. M., Fox, E. N., Blumenthal, D., Hosie Quinn, M., Leone, F., Huffman, M. D., Khan, S. S., Gollan, J. K., Papandonatos, G. D., & Hitsman, B. (2024). Seeing Through the Blind: Belief About Treatment Randomization and Smoking Cessation Outcome Among People With Current or Past Major Depressive Disorder Who Smoke in a Placebo-Controlled Trial of Varenicline. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 26(5), 597–603. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntad218>

[Scholten et al. 2024] Scholten PR, Stalpers LJA, Bronsema I, van Os RM, Westerveld H, van Lonkhuijzen LRCW. The effectiveness of smoking cessation interventions after cancer diagnosis: A systematic review and meta-analysis. *J Cancer Policy*. 2024 Mar;39:100463. doi: 10.1016/j.jcpo.2023.100463. Epub 2023 Dec 6. PMID: 38065242.

[Secades-Villa et al. 2020] Secades-Villa R, Aonso-Diego G, García-Pérez Á, González-Roz A. Effectiveness of contingency management for smoking cessation in substance users: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2020 Oct;88(10):951-964. doi: 10.1037/ccp0000611. PMID: 33048571.

[Selph et al. 2020] Selph S, Patnode C, Bailey SR, Pappas M, Stoner R, Chou R. Primary Care-Relevant Interventions for Tobacco and Nicotine Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2020 Apr 28;323(16):1599-1608. doi: 10.1001/jama.2020.3332. PMID: 32343335.

[Shahandeh et al. 2021] Shahandeh N, Chowdhary H, Middlekauff HR. Vaping and cardiac disease. *Heart*. 2021 Oct;107(19):1530-1535. doi: 10.1136/heartjnl-2020-318150. Epub 2021 Feb 11. PMID: 33574049.

[van Amsterdam, J., & van den Brink, W. 2022] van Amsterdam, J., & van den Brink, W. (2022). Smoking As an Outcome Moderator In the Treatment of Alcohol Use Disorders. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 57(6), 664–673. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agac027>

[Shiffman et al. 2020] Shiffman S, Scholl SM, Mao J, Ferguson SG, Hedeker D, Tindle HA. Ecological momentary assessment of temptations and lapses in non-daily smokers. *Psychopharmacology (Berl)*. 2020 Aug;237(8):2353-2365. doi: 10.1007/s00213-020-05539-3. Epub 2020 May 12. PMID: 32399632.

[Shuter et al. 2020] Shuter J, Kim RS, An LC, Abrams LC. Feasibility of a Smartphone-Based Tobacco Treatment for HIV-Infected Smokers. *Nicotine Tob Res.* 2020 Mar 16;22(3):398-407. doi: 10.1093/ntr/nty208. PMID: 30285151; PMCID: PMC7297101.

[Smallwood et al. 2021] Smallwood, J., Bernhardt, B. C., Leech, R., Bzdok, D., Jefferies, E., & Margulies, D. S. (2021). The default mode network in cognition: a topographical perspective. *Nature reviews. Neuroscience*, 22(8), 503–513. <https://doi.org/10.1038/s41583-021-00474-4>

[Smith et al. 2020] Smith, C. L., Jenkins, G., Burduli, E., Tham, P., Miguel, A., Roll, J., & Mcpherson, S. (2020). Crossover associations of alcohol and smoking, craving and biochemically verified alcohol and nicotine use in heavy drinking smokers. *Behavioural pharmacology*, 31(7), 702–705. <https://doi.org/10.1097/FBP.0000000000000568>

[Smith et al. 2019] Smith, P., Poole, R., Mann, M., Nelson, A., Moore, G., & Brain, K. (2019). Systematic review of behavioural smoking cessation interventions for older smokers from deprived backgrounds. *BMJ open*, 9(11), e032727. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032727>

[Soneji et al. 2017] Soneji, S., Barrington-Trimis, J. L., Wills, T. A., Leventhal, A. M., Unger, J. B., Gibson, L. A., Yang, J., Primack, B. A., Andrews, J. A., Miech, R. A., Spindle, T. R., Dick, D. M., Eissenberg, T., Hornik, R. C., Dang, R., & Sargent, J. D. (2017). Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 171(8), 788–797. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1488>

[Spears et al. 2019] 45: Spears CA, Abrams LC, Glass CR, Hedeker D, Eriksen MP, Cottrell-Daniels C, Tran BQ, Wetter DW. Mindfulness-Based Smoking Cessation Enhanced With Mobile Technology (iQuit Mindfully): Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019 Jun 24;7(6):e13059. doi: 10.2196/13059. PMID: 31237242; PMCID: PMC6613894.

[Stanton et al. 2020] Stanton, C. A., Kumar, P. N., Moadel, A. B., Cunningham, C. O., Schechter, C. B., Kim, R. S., & Shuter, J. (2020). A Multicenter Randomized Controlled Trial of Intensive Group Therapy for Tobacco Treatment in HIV-Infected Cigarette Smokers. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 83(4), 405–414. <https://doi.org/10.1097/QAI.00000000000002271>

[Swan 1999] Swan G. E. (1999). Implications of genetic epidemiology for the prevention of tobacco use. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 1 Suppl 1, S49–S56. <https://doi.org/10.1080/14622299050011591>

[Tatar et al. 2020] Tatar O, Bastien G, Abdel-Baki A, Huynh C, Jutras-Aswad D. A systematic review of technology-based psychotherapeutic interventions for decreasing cannabis use in patients with psychosis. *Psychiatry Res.* 2020 Jun;288:112940. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112940. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32344316.

[Thomson et al. 2022] Thomson, N. C., Polosa, R., & Sin, D. D. (2022). Cigarette Smoking and Asthma. *The journal of allergy and clinical immunology. In practice*, 10(11), 2783–2797. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2022.04.034>

[Tseng et al. 2022] Tseng, P. T., Jeng, J. S., Zeng, B. S., Stubbs, B., Carvalho, A. F., Brunoni, A. R., Su, K. P., Tu, Y. K., Wu, Y. C., Chen, T. Y., Lin, P. Y., Liang, C. S., Hsu, C. W., Chen, Y. W., & Li, C. T. (2022). Efficacy of non-invasive brain stimulation interventions in reducing smoking frequency in patients with nicotine dependence: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *addiction (Abingdon, England)*, 117(7), 1830–1842. <https://doi.org/10.1111/add.15624>

[US Preventive Services Task Force 2021] US Preventive Services Task Force, Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., Donahue, K., Doubeni, C. A., Epling, J. W., Jr, Kubik, M., Ogedegbe, G., Pbert, L., Silverstein, M., Simon, M. A., Tseng, C. W., & Wong, J. B. (2021). Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 325(3), 265–279. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.25019>

[van den Brand et al. 2021] van den Brand FA, Candel MJJM, Nagelhout GE, Winkens B, van Schayck CP. How Financial Incentives Increase Smoking Cessation: A Two-Level Path Analysis. *Nicotine Tob Res.* 2021 Jan 7;23(1):99-106. doi: 10.1093/ntr/ntaa024. PMID: 31993637; PMCID: PMC7789935.

[Veldheer et al. 2019] Veldheer, S., Yingst, J., Midya, V., Hummer, B., Lester, C., Krebs, N., Hrabovsky, S., Wilhelm, A., Liao, J., Yen, M. S., Cobb, C., Eissenberg, T., & Foulds, J. (2019). Pulmonary and other health effects of electronic cigarette use among adult smokers participating in a randomized controlled smoking reduction trial. *Addictive behaviors*, 91, 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.041>

[Vinci 2020] Vinci C. (2020). Cognitive Behavioral and Mindfulness-Based Interventions for Smoking Cessation: a Review of the Recent Literature. *Current oncology reports*, 22(6), 58. <https://doi.org/10.1007/s11912-020-00915-w>

[Wang et al. 2021] Wang, R. J., Bhadriraju, S., & Glantz, S. A. (2021). E-Cigarette Use and Adult Cigarette Smoking Cessation: A Meta-Analysis. *American journal of public health*, 111(2), 230–246. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305999>

[Webb et al. 2022] Webb, J., Peerbux, S., Ang, A., Siddiqui, S., Sherwani, Y., Ahmed, M., MacRae, H., Puri, H., Majeed, A., & Glasner, S. (2022). Long-Term Effectiveness of a Clinician-Assisted Digital Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Smoking Cessation: Secondary Outcomes From a Randomized Controlled Trial. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 24(11), 1763–1772. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntac113>

[WHO-EIF] World Health Organization, Tobacco control to improve child health and development: thematic brief (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022218>)

[WHO-T&D] World Health Organization, Tobacco and Dementia (2014)(https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128041/WHO_NMH_PND_CIC_TKS_14.1_eng.pdf?sequence=1)

[Wuerstl et al. 2023] Wuerstl KR, Todd K, Lawrason S, Shwed A, Holmes B, Gainforth HL. Theoretical components of smoking cessation interventions for persons with physical disabilities: A scoping review. *Addict Behav.* 2023 Oct;145:107762. doi: 10.1016/j.addbeh.2023.107762. Epub 2023 Jun 4. PMID: 37331134.

[Young et al. 2021] Young, J. R., Galla, J. T., & Appelbaum, L. G. (2021). Transcranial Magnetic Stimulation Treatment for Smoking Cessation: An Introduction for Primary Care Clinicians. *The American journal of medicine*, 134(11), 1339–1343. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.06.037>

[Yshurun et al. 2021] Yeshurun, Y., Nguyen, M., & Hasson, U. (2021). The default mode network: where the idiosyncratic self meets the shared social world. *Nature reviews. Neuroscience*, 22(3), 181–192. <https://doi.org/10.1038/s41583-020-00420-w>

[Zinsser et al. 2020] Zinsser LA, Stoll K, Wieber F, Pehlke-Milde J, Gross MM. Changing behaviour in pregnant women: A scoping review. *Midwifery.* 2020 Jun;85:102680. doi: 10.1016/j.midw.2020.102680. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32151875.

[Zhong et al. 2015] Zhong, G., Wang, Y., Zhang, Y., Guo, J. J., & Zhao, Y. (2015). Smoking is associated with an increased risk of dementia: a meta-analysis of prospective cohort studies with investigation of potential effect modifiers. *PloS one*, 10(3), e0118333. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118333>

[Zvolensky et al. 2023] Zvolensky, M. J., Bakhshaie, J., Garey, L., Kauffman, B. Y., Heggeness, L. F., & Schmidt, N. B. (2023). Cumulative vulnerabilities and smoking abstinence: A test from a randomized clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 162, 104272. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104272>

Bibliografía relativa ai test citati in [Becoña et. al. 2017]:

[Becoña 1994] Becoña E. Evaluación de la conducta de fumar [Assessment of smoking behavior]. In: Graña JL, editor. *Conductas Adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate; 1994. p. 403–54.

[Fagerstrom 2012] Fagerstrom K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the Fagerstrom test for cigarette dependence. *Nicotine Tob Res.* 2012;14(1):75–8.

- [Fagerstrom et al. 2008]** Fagerström K, Furberg H. A comparison of the Fagerström test for nicotine dependence and smoking prevalence across countries. *Addiction*. 2008;103(5):841–5.
- [Shiffman et al. 2004]** Shiffman S, Waters A, Hickcox M. The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob Res*. 2004;6(2):327–48.
- [Becoña et al. 2010]** Becoña E, López A, Fernández del Río E, Míguez MC, Castro J. Spanish adaptation of the NDSS (nicotine dependence syndrome scale) and assessment of nicotine-dependent individuals at primary care health centers in Spain. *Span J Psychol*. 2010;13(2):951–60.
- [Hughes&Hatsukami 1986]** Hughes JR, Hatsukami D. Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(3):289–94.
- [Muñoz 1998]** Muñoz R. Preventing major depression by promoting emotion regulation: a conceptual framework and some practical tools. *Int J Ment Health Promot*. 1998;1:23–40.
- [Beck et al. 1996]** Beck A, Steer R, Brown G. Beck depression inventory. Texas. San Antonio: The Cognitive-Behavioral Corporation; 1996.
- [Hamilton 1960]** Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–62.
- [Armento et al. 2007]** Armento MEA, Hopko DR. The environmental reward Observation scale (EROS): development, validity, and reliability. *Behav Ther*. 2007 Jun;38(2):107–19.
- [Kanter et al. 2007]** Kanter JW, Mulick PS, Busch AM, Berlin KS, Martell CR. The behavioral activation for depression scale (BADs): psychometric properties and factor structure. *J Psychopathol Behav Assess*. 2007;29(3):191–202.
- [Nolen-Hoeksema et al. 1999]** Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1999;77(5):1061–72.
- [Treyner et al. 2003]** Treyner W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*. *Cognit Ther Res*. 2003;27(3):247–59.
- [Russell 1996]** Russell DW. UCLA loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996;66(1):20–40.
- [West et al. 2005]** West R, Hajek P, Stead L, Stapleton J. Outcome criteria in smoking cessation trials: proposal for a common standard. *Addiction*. 2005;100(3):299–303.

www.opl.it



ordinepsicologilombardia



ordine_psicologi_lombardia



Ordine degli Psicologi della Lombardia



tvOPL



PsicologiOPL



ORDINE
DEGLI PSICOLOGI
DELLA LOMBARDIA

corso Buenos Aires, 75 - 20124 MILANO

tel: +39 02 2222 6551

PEO: segreteria@opl.it | PEC: segreteria@pec.opl.it