

Il valore attribuito alle terapie antitabagiche in una coorte di fumatori in un ambulatorio specialistico

The clinical value attributed to smoking cessation therapies in a cohort of smokers in a medical specialist cabinet

Fabio Lugoboni, Patrizia Guadagnini, Laura Morbioli

Riassunto

Introduzione: La gestualità legata al fumo è stata spesso sottostimata e poco indagata da ricercatori e clinici che si occupano di tabagismo. Gli autori hanno voluto indagare il valore attribuito ai vari supporti offerti, farmacologici e non, ai pazienti che avevano richiesto un supporto per smettere di fumare presso un ambulatorio specialistico. In particolare, sono stati valutati anche supporti meramente gestuali, quali le sigarette alle erbe, prive di tabacco, raramente impiegate negli ambulatori del fumo e non menzionate nelle linee guida nazionali ed internazionali.

Metodi: 100 fumatori (51 maschi e 49 femmine) sono stati intervistati telefonicamente alcuni mesi dopo l'iter offerto loro come sostegno al processo di cessazione del fumo.

Risultati: Il 40% degli intervistati si dichiarava astinente dal fumo, mentre il 38% riferiva di aver smesso ma di aver ricominciato. I valori attribuiti dagli intervistati alle varie componenti dell'iter di sostegno loro offerto sono risultati generalmente molto elevati, sia per la parte del *counseling* che per la parte farmacologica. Elevata, inoltre, è risultata essere la valutazione positiva nei confronti dei dispositivi unicamente gestuali, come le sigarette senza tabacco. La gestualità è risultata significativamente più correlata con il sesso femminile.

Conclusioni: Ancora una volta si dimostra, a prescindere dal risultato ottenuto, come il trattamento di sostegno a coloro che sono intenzionati a smettere e che chiedono un aiuto ai centri specialistici, debba integrare sostegno psicologico e trattamento farmacologico. La pura gestualità è una componente che andrebbe maggiormente valutata.

Parole chiave: Tabagismo, trattamento, cessazione, gestualità, sigarette senza nicotina.

Cura è il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute (OMS, 1988).

Abstract

Introduction: Gestures related to tobacco smoking are often not well considered by scholars and physicians who deal with tobacco addiction. The authors aimed to study the importance assigned to different kinds of treatments, pharmacological or of other nature, offered to patients who had asked for tobacco smoking cessation help in a specialised clinic. In particular, we examined among offered treatments, support for simple gestures linked to tobacco smoking such as non nicotine herbal cigarette use, seldom used in tobacco cessation clinics and unmentioned in international and national guidelines.

Methods: 100 smokers (51 males and 48 females) were interviewed by telephone calls a few months after the end of the offered cessation programmes.

Results: 40% of the individuals interviewed declared to be abstinent, whereas 38% of them declared relapse after quitting. The importance of the different items of their treatment programmes was generally considered as high, both for the counselling and for the pharmacological treatments offered. A positive consideration for the support for gesture, such as use of non nicotine cigarettes, was registered. Gesture was interestingly considered as important by the female individuals of this study.

Conclusions: Once again, independently of the obtained results, this study underlines the importance of an integration of psychological support and pharmacological treatment for smokers who seek specialist help for quitting. Gesture is an aspect which should be assessed to a greater extent.

Keywords: Nicotine dependence, tobacco addiction, treatment, smoking cessation, addictive behavior, fake cigarettes.

Introduzione

L'uso di tabacco e di sostanze psicoattive sono fenomeni complessi, che non si esauriscono nella sola dimensione biologica. Tutte le attività, azioni e comportamenti,

dotati di senso e significato, indotte dall'uso prolungato, andrebbero esplorate o attentamente valutate [1-5]. Ad oggi non è possibile avere dubbi in merito alla nocività del fumo, che va distinta da quella della nicotina. Il nuovo manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5, ha allargato l'attenzione dalla nicotina come unica sostanza distintiva diagnosticabile al tabacco (*il DSM-5 definisce come "disturbo da uso di tabacco" "la diagnosi assegnata ad individui che hanno una dipendenza per la droga nicotina a causa dell'uso di prodotti derivati dal Tabacco"*) [6-8]. La componente gestuale, meccanica di ogni addiction andrebbe attentamente valutata, non solo come mera componente psicologica, bensì come parte di un apprendimento profondo, che Pavlov chiamava condizionamento, diventato poi "condizionamento classico" per opera degli autori successivi, nell'intento di distinguere il condizionamento "binario" pavloviano (rinforzo positivo e stimolo neutro specifico) dal più complesso "condizionamento operante", dove il rinforzo si associa a miriadi di stimoli o situazioni neutre ma con alta capacità di indurre craving [9-12]. Per contro, il difficile e lungo processo di decondizionamento, chiamato da Pavlov "estinzione", sta a significare la perdita di salienza degli stimoli neutri associati al fumo, niente di più vicino al concetto di "cessazione" nell'immaginario dei fumatori. Il fumo di sigaretta, con le sue caratteristiche di "normalità" e "ripetività", oltre al perfetto "drug control" sulla nicotina, spinge ancora oltre le caratteristiche gestuali, comuni a tutte le droghe; nessuna altra droga, infatti, viene assunta così spesso, in situazioni così differenziate e quotidiane, come le boccate di nicotina; nessuna droga è così finemente modulabile attraverso l'intensità e la frequenza della boccata [1,2,10,11,13].

Il consumo di tabacco si inserisce quindi in una più ampia cornice legata agli usi, alle abitudini, ai

simboli che mediano e diversificano le pratiche legate al fumo.

L'analisi del tabagismo non può dunque prescindere da un attento e complesso studio degli aspetti medici, psicologici, sociali, culturali ed economici ad esso correlati [9-13].

Infine, è possibile osservare che un'altissima percentuale di chi cerca di smettere non raggiunge quanto desiderato o non mantiene lo stato d'astinenze [11,13-16]. Indagare sulla "gestualità" del fumatore si colloca dunque entro questa prospettiva: comprendere il tipo di sistema concettuale utilizzato dal consumatore e di cui poter tener conto nel processo decisionale di emancipazione, elemento ancora poco contemplato nello studio del tabagismo, poco discusso nelle linee guida esistenti e di conseguenza nelle prassi utilizzate dagli operatori sanitari e nelle procedure di intervento adottate dai servizi preposti [14-18].

Nel presente lavoro si è cercato di valutare l'importanza attribuita alla gestualità della sigaretta e a prodotti, presidi e interventi – farmacologici e non – utilizzati dalle persone assistite, sulla base della loro esperienza nel percorso per smettere di fumare, presso un ambulatorio specialistico di secondo livello, consci che l'intensità della dipendenza varia da individuo a individuo; per questo motivo le modalità di intervento devono necessariamente essere molteplici e personalizzate, per raggiungere il massimo effetto durante il trattamento.

Obiettivi

Scopo del presente lavoro è stato indagare e descrivere quanto percepito dai pazienti, a mesi di distanza da un trattamento specialistico di cessazione. Normalmente gli studi sul tabagismo si occupano di *outcome* come *endpoint* primario, ben più raramente di percezione di sostegno, più correlata col *craving* [14-16,19-21]. In questo caso si è cercato di valorizzare quanto di positivo è stato percepito dai pazienti, a prescindere dal

risultato "cessazione". In particolare poi, si è cercato di indagare la percezione dei pazienti riguardo ai dispositivi puramente gestuali, quali le sigarette senza tabacco.

Pazienti e metodi

Il gruppo indagato dallo studio comprende una coorte di pazienti afferiti all'ambulatorio specialistico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona nel periodo 2013-2014, ovvero persone che hanno intrapreso un percorso finalizzato alla cessazione del fumo di sigaretta. Il percorso terapeutico proposto consta generalmente di un trattamento farmacologico personalizzato, accompagnato mediamente da 6-8 visite mediche nell'arco di 3 mesi. Alla dimissione i pazienti hanno, di regola, sospeso le terapie farmacologiche.

I partecipanti allo studio sono stati contattati telefonicamente tra agosto e ottobre 2014. È stato randomizzato un campione di 120 soggetti. Coloro che hanno preso parte alla ricerca, rispondendo all'intervista telefonica, sono stati 100 pazienti, 49 femmine e 51 maschi, l'83% del campione randomizzato. L'intervistatore era lo psicologo che aveva compilato le loro cartelle alla prima visita ma non il medico che aveva impostato il trattamento e che le aveva seguite. Nella nostra intenzione l'intervistatore non doveva essere percepito come persona sconosciuta, ma nemmeno essere eccessivamente coinvolta nel trattamento, per non mettere in imbarazzo i soggetti ricaduti.

È stato chiesto di rispondere alle domande del questionario in prima persona, cioè sulla base della loro esperienza nel percorso per smettere di fumare; la partecipazione era volontaria e anonima. I soggetti avevano già firmato un consenso informato all'atto della presa in carico.

Il questionario telefonico d'indagine si componeva di 4 domande: 2 orientate ad indagare l'importanza attribuita alla componente gestuale e al supporto alla gestualità durante il percorso, 1 orientata alla valutazione di prodotti, farmacolo-

gici e non, utilizzati ed un'ultima ad indagare da quanto, o per quanto tempo, avessero concretamente interrotto il consumo di tabacco. Tra gli strumenti terapeutici usati dal Centro Antifumo ci sono anche le sigarette senza nicotina (NTB, Honey-Rose), proposte (mai come unica terapia) a quanti ritenessero utile provarle come integrazione alle terapie di prima linea (vareniclina, NRT e bupropione). Si tratta di prodotti piuttosto poco diffusi a livello nazionale ma molto popolari nella nostra zona, disponibili nella maggior parte delle farmacie. Nelle prime tre domande del questionario si chiedeva di rispondere ad ognuno dei quesiti posti, assegnando un punteggio (da 1 a 5), facendo riferimento alla propria esperienza, secondo il seguente significato:

- Per niente importante: a questo elemento non si attribuisce alcun valore;
- Poco importante: il valore attribuito si rileva di scarsa importanza;
- Abbastanza importante: questo elemento ha una attribuzione di importanza media;
- Importante: è possibile attribuire a questo elemento parecchia importanza;
- Molto importante: a questo elemento si attribuisce la massima importanza.

Solo nella prima domanda il punteggio da assegnare si differenziava, con un punteggio da 0 a 10, ovvero da nulla a importantissimo. Le 4 domande si completavano con le informazioni di carattere anagrafico ed anamnestico rilevate dalle cartelle cliniche, utilizzate in prima visita e durante il percorso di cessazione del fumo, tra cui erano riportati: il genere, l'età, il livello di istruzione, lo stato civile, smoking status.

Per effettuare l'analisi dei dati relativi alle 4 domande del questionario è stato applicato un foglio elettronico Excel.

Di seguito viene riportato il questionario utilizzato per le interviste telefoniche.

Tabella 1 Esito del trattamento.

Sesso	Età media	Smesso (%)	Ricaduto (%)	Non smesso (%)	Totali N
Femmine	51,5	24 (49)	7 (14,3)	18 (36,7)	49
Maschi	53,5	23 (45,1)	10 (19,6)	18 (35,3)	51
Totali	52,5	47 (47)	17 (17)	36 (36)	100

Tabella 2 Valore attribuito ai vari trattamenti.

	N° utilizzatori	Importanza media (1-5)	% Per quanti importante o più
Supporto medico	95	4,3	80
Vareniclina	73	4,2	80
NTB/HR sig. senza nicotina	51	3	39
Supporto psicol.	37	4,6	94,5
NRT: cerotti	17	2,9	47
Bupropione	14	3,6	50
Acudetox	11	3,3	54
NRT: Inhaler	9	3,9	66,7
NRT: cp./gomme	8	2,7	40

- Quanto era (o è, se fuma ancora) importante per lei la gestualità della sigaretta? Dia un punteggio da 0 a 10 (0 = nulla e 10 = importantissimo);
- Nella sua esperienza, quanto sono stati importanti i seguenti presidi (solo quelli utilizzati)? Dia un punteggio da 1 a 5 (**Tabella 2**);
- Sulla base della sua esperienza nel percorso per smettere di fumare, essere supportato nella gestualità quanto può influire sui seguenti aspetti: dia un punteggio da 1 a 5 (**Tabella 5**);
- Da quanto tempo, o per quanto tempo (se ha ripreso) ha concretamente interrotto il consumo di tabacco?

Risultati e discussione

I 100 soggetti valutati avevano un'età media di circa 52,51 anni, 22 sigarette fumate al giorno, e 17 anni, quale età media di inizio del fumo.

Di questi 100 la metà, il 47%, dichiarava di aver smesso di fumare, distribuendosi uniformemente tra femmine e maschi, mentre il 17%, affermava di avere ripreso a fumare ed il 36% di non aver mai interrotto. Non si sono dimostrate differenze di genere statisticamente significative (**Tabella 1**).

Circa l'80% dei pazienti si attestavano su un grado di dipendenza da nicotina medio-alto: 50 avevano un punteggio 4-6 al test di Fagerstrom (FTND), 43 un grado di dipendenza molto alto con un punteggio da 7 a 10; solo 7 soggetti avevano un FTND inferiore a 4.

Gestualità. I pazienti intervistati hanno associato al concetto di "gestualità" un valore di importanza molto elevato, con un punteggio medio di 7,83. In particolare, sembra aver ricoperto una maggiore importanza per chi ha smesso (8,2) e per chi ha smesso ma è ricaduto (8,3) rispetto a chi non ha smesso (5,8) (**Tabella 3**).

Tabella 3 Valore attribuito in base all'esito.

Trattamento ricevuto	SMESSO	RICADUTO	NON SMESSO
Supporto medico	4,6	4	3,7
Vareniclina	4,6	4,2	3,3
NTB/HR (sig. senza tabacco)	3,7	2,4	2,2
Supporto psicologico	4,8	4,4	4,3

Tabella 4 Importanza assegnata alla Gestualità in base all'esito (0-10).

SMESSO	RICADUTO	NON SMESSO	TOTALE
8,2	8,3	5,8	7,8

Tabella 5 Importanza assegnata alla Gestualità in base all'esito (0-10).

	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
Senso sicurezza	3,1	2,7	2,9
Umore	3,1	2,6	2,8
Relazioni familiari	3	2,4	2,7
Relazioni partner	2,9	2,5	2,7
Immagine di sé	2,9	2,6	2,8
Gestione situazioni difficili	3,1	2,5	2,8
Relazioni sociali	3	2,6	2,8
Desiderio di fumare	3	2,8	2,9

Questo è infatti un concetto maggiormente associato all'azione e al comportamento del tabagista e, probabilmente, chi se ne è emancipato o lo ha fatto per un periodo, lo configura come elemento rilevante rispetto all'idea di sé e al modo di pensare e di percepire. L'elemento della gestualità non si rifà solo ad una dimensione fisica del corpo, ma è guidato da un nuovo sentimento di sé, attraverso i diversi moventi e le ragioni presenti nelle credenze, nei modelli che forniscono il sistema di significati attraverso cui viene costruita l'esperienza personale e nei loro effetti sull'identità o sui sistemi di autorganizzazione percettiva e adattativa.

Importanza attribuita ai supporti farmacologici e non, utilizzati. I pazienti intervistati riferiscono una diversificata attribuzione di importanza ai prodotti farmacologici e non, utilizzati (**Tabella 2**).

L'importanza attribuita a supporti e prodotti utilizzati, fa rilevare ai primi posti il supporto dell'operatore (medico e psicologo) con indici di gradimento elevati.

In questo senso, "parola" e "relazione terapeutica", intese come spazio interattivo e strumento di cambiamento e di promozione di salute, appaiono indispensabili per chi ha intrapreso un percorso di emancipazione dal tabacco. Molto elevato risulta il riconoscimento assegnato alla vareniclina, percepita come un importante sostegno da un'alta percentuale di pazienti che l'hanno sperimentata. Minore riconoscimento hanno ricevuto, tra i trattamenti di prima linea il bupropione e NRT; tutti i trattamenti hanno superato la media (2,5). Da notare che un trattamento poco utilizzato e sconosciuto ai più, come le sigarette senza nicotina, abbiano superato in gradimento trat-

tamenti di prima linea come le gomme o le compresse di nicotina. Anche tra gli NRT, gli Inhaler sono stati valutati più positivamente degli altri, segno ancora una volta della considerazione positiva per la componente gestuale (**Tabella 2**).

Un'ulteriore analisi dei dati, attraverso le medie riscontrate dall'incrocio tra l'attribuzione d'importanza agli interventi maggiormente utilizzati con l'esito del trattamento, ovvero chi ha smesso, chi ripreso e chi non ha mai interrotto, fa rilevare come chi ha smesso e chi è ricaduto abbia assegnato punteggi notevolmente maggiori agli strumenti utilizzati rispetto a chi non ha smesso, cosa abbastanza comprensibile (**Tabella 3**).

Il significato attribuito all'importanza può rappresentare un risorsa tra medico e paziente: le parole possono assumere significati diversi in situazioni diverse. Il significato attribuito ad un termine dipende anche dal tipo di attesa di chi ascolta.

L'efficacia degli strumenti che il medico decide di adottare non è assoluta, ma dipende dalle aspettative concordate con il paziente, rivelandosi dunque come elemento che deve essere condiviso dalla coppia medico-paziente.

Influenza del supporto alla gestualità. Coerentemente con quanto rilevato dai dati relativi all'importanza attribuita ai prodotti utilizzati, i pazienti intervistati hanno associato al "supporto alla gestualità" un valore di influenza medio-alto. Anche in questo caso chi ha smesso e chi ripreso ha assegnato punteggi notevolmente maggiori alla componente gestuale rispetto a chi non ha smesso (**Tabella 4**).

Se considerata la componente gestuale in relazione ad una serie di fattori sociali/relazionali si sono evidenziati punteggi poco dispersi, di poco superiori alla media, con significative differenze tra maschi e femmine. Su ognuno degli 8 item indagati le femmine davano una maggior importanza alla componente gestuale, rispetto ai maschi. La differenza media tra maschi e femmine è risultata altamente si-

gnificativa dal punto di vista statistico ($p < 0,00006$) (Tabella 5). In particolare, il supporto alla gestualità sembra ricoprire un'influenza riguardo ai seguenti elementi: senso di sicurezza e desiderio di fumare, stato d'animo e d'umore, immagine di sé, gestione di situazioni di difficoltà e relazioni sociali ed infine relazioni familiari e rapporto con il partner (Tabella 5).

Conclusioni

A fronte di quanto emerso è possibile, in conclusione, effettuare alcune considerazioni rispetto ai dati rilevati.

Innanzitutto un paziente su due, con intensità medio-alta di dipendenza da nicotina, interrompe il consumo di tabacco. Si specifica che si tratta di un campione pre-selezionato, ovvero pazienti che hanno richiesto un supporto specialistico per emanciparsi dal fumo. In questo senso, si potrebbe affermare che "smette chi ha deciso di smettere", orientando dunque l'attenzione a come le persone giungono ad una scelta, che comporta in questo caso una modificazione non solo del comportamento, ma anche di tutto un sistema di ruoli, regole e apprendimenti che hanno connotato il senso d'identità autobiografica non separabile dal contesto di appartenenza, fino a quel momento sperimentato. Infatti gli individui effettuano valutazioni e fanno scelte sulla base di criteri che ritengono essere appositamente costruiti per guidare il comportamento decisionale, ma che in realtà rispecchiano percezioni soggettive. In questi termini, una persona che miri a modificare un comportamento può selezionare, nel processo decisiona-

le, le informazioni che fanno pendere il piatto della bilancia sull'importanza attribuita agli strumenti utilizzati e sulle attese e aspettative sull'efficacia dell'intervento [4,5, 12,16]. A distanza di 6-12 mesi la percentuale di ricaduta è stata del 17%, senza significative differenze di genere; ancora una volta la prevenzione della ricaduta si dimostra fondamentale. Il fatto che 1 paziente su 3 non abbia smesso sottolinea l'inadeguatezza degli strumenti attuali. Si potrebbe far rilevare che il campione analizzato si caratterizzava per un livello di nicotino-dipendenza medio molto elevato, segno di una problematicità di fondo. Resta il fatto che fumatori motivati non sono riusciti a smettere, nemmeno per un periodo limitato di tempo.

Il ruolo del medico e/o esperto dovrebbe quindi essere quello di accogliere, ascoltare, informare, essere d'aiuto nella considerazione degli aspetti pertinenti al motivo per cui la persona si trova lì e alla gestione di eventuali problematiche che bloccano il processo decisionale [3,16-18]. La comunicazione medico-paziente serve a costruire una relazione all'interno della quale i soggetti possano soddisfare le proprie motivazioni ad interagire. L'obiettivo dichiarato, ad esempio "stare meglio" – "liberarsi da una dipendenza" dipende sia da una definizione di salute sia dal significato conferito ad una certa situazione od evento, che deve essere condivisa dalla coppia medico-paziente.

La gestualità attiene ad ogni attività umana appresa: dal modo in cui si compiono i gesti più comuni secondo uno "stile individuale", per arrivare ai gesti artistici, a volte ini-

mitabili. Da questo punto di vista, la gestualità legata al fumo potrebbe essere indice di "forte apprendimento", dove la componente neutra del gesto viene rinforzata dall'azione dopaminergica (e quindi legata al piacere o alla riduzione dello stress) della nicotina, come nel condizionamento pavloviano classico, ma resa più complessa dalla ripetitività del "gesto-fumo", estremamente più comune ed accettato rispetto alle altre droghe.

L'attribuzione piuttosto elevata alla gestualità, riscontrata in questo studio, dovrebbe comportare una maggiore attenzione alle differenti necessità soggettive, promuovendo e ampliando le possibilità di scelta. Scelte che sembrano orientarsi nel prediligere, da parte dei pazienti, un percorso caratterizzato dalla combinazione di supporto medico e psicologico, di farmaci con specifica funzione analoga alla nicotina e di prodotti con funzione di supporto alla gestione della componente gestuale, soprattutto (vista l'alta significatività statistica) nel caso delle femmine, unanimemente ritenute meno responsive ai trattamenti tradizionali e più soggette alla ricaduta, cosa non confermata in questo studio. Tutto ciò può offrire la possibilità di tener conto delle complessità e delle diversificate esigenze portate dai pazienti. Appare con una discreta evidenza che la componente gestuale non debba essere trascurata. Le attuali terapie antitabagiche non possono essere considerate soddisfacenti, essendo usate da una percentuale davvero bassa di soggetti. Speriamo che questo nostro contributo possa stimolare studi più approfonditi e corposi numericamente.

Tabaccologia 2015; 3:29-34

Corresponding author:

Fabio Lugoboni

✉ fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it

**Fabio Lugoboni,
Patrizia Guadagnini,
Laura Morbioli**

Unità operativa di Medicina
delle Dipendenze, Policlinico
GB Rossi, Verona



Bibliografia

1. Lubman DI, Yucel M, Pantelis C. Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction*. 2004;99:1491-1502.
2. Koob GF. Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies on extended amygdala. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2003;13:442-452.
3. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav*. 1996;21:835-842.
4. West R, Shiffman S. Smoking cessation. Abingdon: Health Press; 2007.
5. Iudici A. "Il Tabagismo" in Droghe. Tossicofilia e Tossicodipendenza. A cura di A.Salvini, I. Testoni, A. Zamperini, Utet Libreria, 2002, Torino, pp. 138-164.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. "DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali". Edizioni Masson, 1994, Milano.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. "DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali". Raffaello Cortina Editore, 2014.
8. Cosci F. Discordanza nella misurazione della dipendenza da tabacco tra DSM-IV, ICD-10 e FTND. *Tabaccologia*. 2013; 3:32-33.
9. Chiamulera C. Cue reactivity in nicotine and tobacco dependence: a "multiple action" model of nicotine as a primary reinforcement and as an enhancer of the effects of smoking-associated stimuli. *Brain Res Rev*. 2007;48:74-97.
10. O'Brien CP, Childress AR, Ehrman R, Robbins S, McLellan AT. Conditioning mechanisms in drug dependence. *Clin Neuropharmacol*. 1992;15:66-67.
11. Waters AJ, Shiffman S, Sayette MA, Paty JA, Gwaltney CJ, Balabanis MH. Cue-provoked craving and nicotine replacement therapy in smoking cessation. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:1136-1143.
12. Rumiati R & Bonini N. "Psicologia della decisione". Il Mulino, 2011.
13. Lugoboni F, Quaglio GL, Pajusco B, Sarti M, Mezzelani P, Lechi A. Curare il tabagismo: un obiettivo di salute prioritario. *Ann It Med Int*. 2003;28:73-82.
14. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB et al. Treating tobacco use and dependence. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 2008.
15. US Public Health Service. A Clinical Practice Guideline for treating Tobacco Use and Dependence. *JAMA*. 2000; 283:3244-3254.
16. Lugoboni F. "Aiutare a smettere può essere facile se sai come e soprattutto se cominci a farlo". Edizioni SEEd, 2012, Torino.
17. Lugoboni F. Migliorare la compliance in medicina: il colloquio motivazionale. SEED, Torino 2008.
18. Salvini A. "La psicoterapia interazionista: presupposti e prassi clinica". In: *Psicologia Clinica dell'Interazione e Psicoterapia*. A cura di Dondoni M., Salvini A. Giunti Editore, 2011, Firenze.
19. Stapleton J, Watson L, Spirling LI et al. Varenicline in the routine treatment of tobacco dependence: A pre-post comparison with nicotine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. *Addiction*. 2008;103:146-154.
20. Kasliwal R, Wilton LV, Shakir SAW. Safety and drug utilization profile of varenicline as used in general practice in England. *Drug Saf*. 2009;32:499-507.
21. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;1:CD006103.