

Cure intensive e nuove prospettive per il trattamento del tabagismo in regime di ricovero

Intensive care and new perspectives for smoking addiction treatment: hospital-based care

Biagio Tinghino

Riassunto

Smettere di fumare non è mai un evento singolo ma un processo complesso. Tale processo può risultare piuttosto semplice per alcuni ma può essere estremamente arduo per altri. Solitamente è il caso di forti fumatori che, proprio a causa di ciò, necessiterebbero di smettere di fumare. Gli aspetti legati alla volontà e determinazione, importanti ma di impatto relativo e spesso insufficienti in una dipendenza come il tabagismo, vengono purtroppo eccessivamente enfatizzati dai medici a scapito della ricerca sistematica di ogni possibile terapia della dipendenza da tabacco atta a raggiungere la cessazione del fumo. In questa prospettiva anche lo strumento del ricovero, finalizzato allo smettere di fumare, deve essere considerato come una possibile opzione. Per aiutare quei forti fumatori motivati, una percentuale largamente minoritaria dei fumatori italiani, ma sicuramente bisognosa di particolare cura ed attenzione perché più dipendente e malata, occorre incentivare in Italia le cure residenziali, sull'esperienza di alcune ancor rare ma significative esperienze estere. Tali esperienze documentano che l'ambiente ospedaliero può avere un ruolo decisivo negli interventi di disassuefazione dal fumo nei forti fumatori motivati, resistenti ai trattamenti ordinari. Questi interventi si sono dimostrati efficaci anche in termini di costo-beneficio e possono avere straordinari risultati in termini di anni di vita salvati. Questa breve rassegna cerca di esaminare tale problematica e di dare un panorama aggiornato di questo approccio, ancora poco praticato.

Parole chiave: *Dipendenza nicotina, Smettere di fumare, Terapia del tabagismo, Trattamento residenziale ospedaliero*

INTRODUZIONE

L'efficacia dei trattamenti del tabagismo è ancora un argomento molto critico, anche per gli esperti del settore. Tenuti presenti i limiti dell'esempio, si può dire che si guarisce più facilmente dal cancro al seno che dalla dipendenza da tabacco. Il tasso di cessazione spontanea, infatti, non supera il 3%. Anche se il *minimal advice* può raddoppiare questa percentuale e il trattamento in un Centro Antifumo può portarlo al 25-30%, si tratta pur sempre di una minoranza di tabagisti. Gli obiettivi delle organizzazioni internazionali di sanità, proprio per questo motivo, trattano il tabacco come una patologia ende-

Summary

Smoking cessation is never a single event, but always a complex process. It can be either simple for some people or extremely difficult for others.

The latter seems to be the case of heavy smokers, who need to quit smoking. The characteristics regarding willingness and determination, albeit important, have often an insufficient impact on smoking addiction. Nevertheless, doctors put an excessive emphasis on them at the expense of systematic research of possible treatments of tobacco dependency. From this perspective, the admission as a tool for smoking cessation should be considered as a viable option.

To help the more motivated heavy smokers, who are in need for special care and attention due to their significant addiction and illness, it is necessary to facilitate the establishment of residential treatment centres on the basis of some rare, but noteworthy foreign experiences.

These practices testify that the hospital environment may play a crucial role in the intervention programmes for smoking cessation in motivated heavy tobacco users, who are resistant towards usual treatments. It has been demonstrated that these interventions are cost-effective and have remarkable results in terms of saved years of life.

This short paper tries to examine the problems and gives an updated viewpoint of this less widespread approach.

Keywords: *Nicotine addiction, Smoking cessation, Smoking treatment, Residential treatment.*

mica, alla stessa stregua della malaria, per la quale l'idea di una eradicazione è stata temporaneamente abbandonata. È un approccio particolarmente frustrante, visto che si parla di un comportamento appreso, per cui non esistono agenti patogeni esterni, e per il quale l'iniziazione avviene in età relativamente avanzata, ossia l'adolescenza.

Una strategia importante per ridurre il numero di fumatori nella popolazione generale è la prevenzione. Numerosi studi confermano che interventi ripetuti, attuati per periodi lunghi, che coinvolgono il rinforzo di fattori protettivi (*life skills*) e che coinvolgono il gruppo dei pari possono dare buoni risultati. Si

tratta però di progetti che richiedono l'attivazione di una vasta rete di operatori che lavorano stabilmente in una direzione che promuove la crescita di giovani con competenze interiori capaci di opporsi alle pressioni sociali e dire "no" all'uso di tabacco, alcol e altre sostanze. Per questo motivo la prevenzione del tabagismo nel nostro

paese non è praticata in modo costante, ma frammentata in diversi progetti – non tutti validati – il cui impatto sulla popolazione giovanile è di fatto scarso¹⁻⁵.

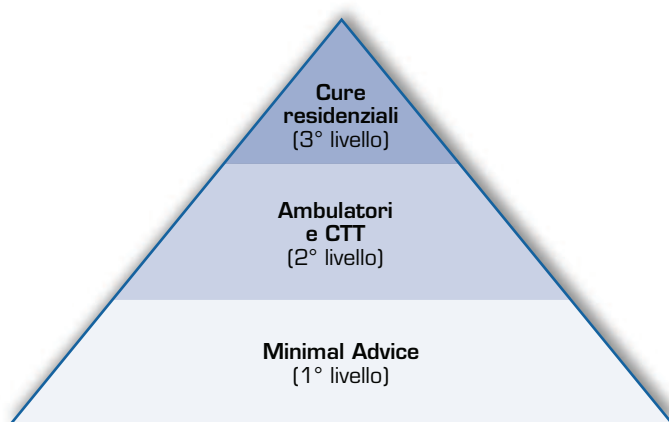
Nonostante queste osservazioni, ridurre il numero di fumatori nella popolazione generale è possibile. Gli interventi efficaci sono costituiti, da una parte, dalle restrizioni legislative al consumo e dall'incremento del costo delle sigarette, dall'altra dalla diffusione delle cure.

Se immaginiamo i percorsi di trattamento stratificati per intensità e numerosità di target, otterremo una piramide, la cui base è costituita da un vasto numero di persone fumatrici, con dipendenza medio-bassa, suscettibili di interventi semplici, praticabili in ambulatorio, da medici e altre figure sanitarie con una formazione minima. La constatazione che nel nostro paese fumano circa 13 milioni di persone basta da sola a far comprendere come tutti gli operatori sanitari debbano essere coinvolti nel promuovere la cessazione.

La parte intermedia della piramide, quindi una fascia di fumatori meno numerosa, può modificare il proprio comportamento con cure strutturate e l'uso di farmaci efficaci.

Una piccola parte di tabagisti, infine, richiederebbe cure intensive, approcci di alta specializzazione e trattamenti prolungati (farmacologici e non).

La scarsa efficacia dei trattamenti è in realtà, dunque, un problema scomponibile in diversi ulteriori componenti.



La maggior parte dei tabagisti può beneficiare di approcci brevi, praticati dai MMG e da altri operatori sanitari. Col crescere della gravità della dipendenza e della complessità clinica è necessario ricorrere ad un secondo livello di cure (ambulatori e Centri per il Trattamento del Tabagismo) o ad un terzo livello (Cure Residenziali).

Elementi di insuccesso nel trattamento del tabagismo

- Elevato livello di dipendenza (FQT>8)
- Polidipendenza
- Grande suscettibilità alle *cues* ambientali
- Comorbilità psichiatrica
- Ripetuti fallimenti terapeutici
- Scarsa *self-efficacy*

ELEVATO LIVELLO DI DIPENDENZA

Dalla letteratura emergono diversi elementi legati alla ricaduta e all'insuccesso terapeutico.

Un primo fattore prognostico è legato, ovviamente, al punteggio al FQT. Il questionario di Fagerstrom, com'è noto, indaga principalmente l'urgenza di fumare in condi-

zioni particolari di deprivazione da tabacco, come la malattia, i luoghi in cui è proibito, o dopo un periodo di astinenza di poche ore (il riposo notturno). Questi indicatori, insieme al numero di sigarette fumate, sono particolarmente legati alla cinetica della nicotina e alla sintomatologia astinenziale. Per punteggi superiori a 8 è frequente la presenza di altre problematiche, come quelle psichiatriche⁶.

POLIDIPENDENZA PER ALCOL O DROGHE

L'uso concomitante di altre sostanze psicotrope è ritenuto comunemente un fattore aggravante nella smoking cessation, anche se non tutte le esperienze sono concordi. Sicuramente esiste una cross reactivity tra gli stimoli che portano all'uso di tabacco e quelli che inducono il consumo di sostanze.

Circa l'80% degli alcolisti fuma e il 30% dei fumatori beve in modo patologico. Il tabacco diventa un sostituto importante dell'alcol quando l'uso di quest'ultimo viene a cessare. L'astinenza da nicotina incrementa il bisogno di bere e la quantità di alcol assunta. L'uso di alcol, dall'altra parte, incrementa la sensibilità generale al craving legato agli stimoli esterni (*cues*). Questo spiega il fatto che gli alcolisti hanno un elevato tasso di mortalità per patologie correlate al fumo.

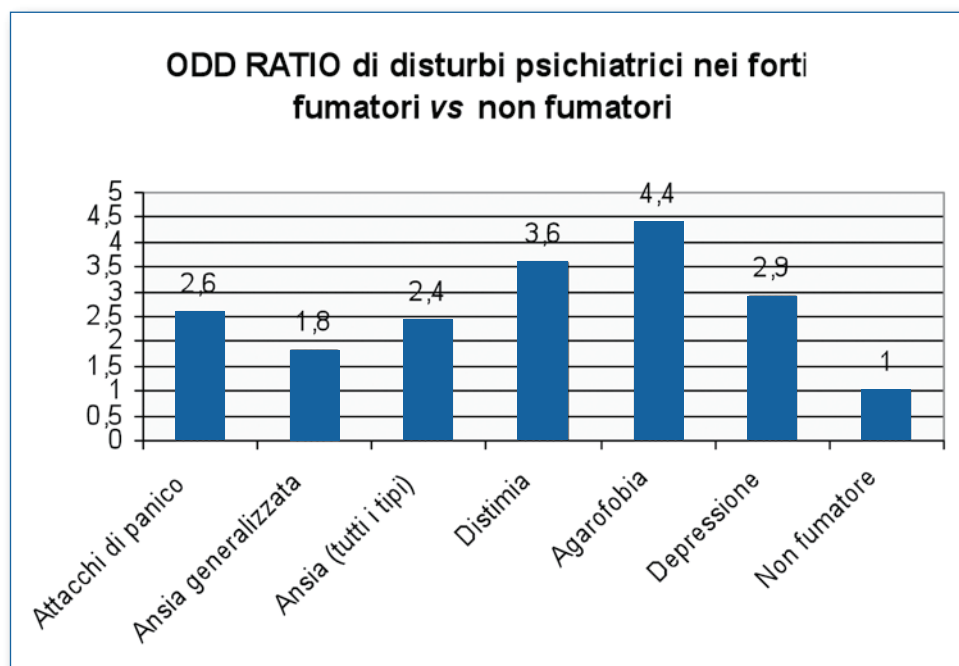
Molti tossicodipendenti o consumatori di droghe, inoltre, hanno nella propria storia dei tentativi di smettere di fumare. In uno studio effettuato tra gli utenti afferenti al SERT di Monza si rilevavano mediamente 1,2 tentativi per i cocainomani e 1,6 negli eroinomani. I consumatori cronici di eroina avevano al loro attivo un tempo di astensione cumulativa cumulativamente breve (4,2 mesi in totale), ma comunque superiore ai cocainomani il cui tempo di astensione rilevato era prossimo allo zero⁷.

Le ricerche riportano comunque una forte correlazione tra i fattori di rischio per l'iniziazione al consumo di tabacco e i fattori di rischio per uso di stupefacenti, tra i giovani.

Le strutture di personalità con propensione alla dipendenza passano frequentemente dall'uso di sostanze al tabacco e viceversa, cercando una sostituzione alla mancanza della droga primaria (Tinghino et. al. dati non pubblicati).

COMMORBILITÀ PSICHIATRICA

La presenza di disturbi psichiatrici è molto alta nei forti fumatori e, allo stesso tempo, la diagnosi di dipendenza da tabacco è frequentemente misconosciuta o sottovalutata nei servizi di



psichiatria, nonostante il suo impatto sulla salute dei pazienti e l'interferenza con i trattamenti usuali⁸.

Esiste una correlazione tra gravità della dipendenza e depressione (OR 2.9 vs 1.1 se si confrontano i forti fumatori con i fumatori "leggeri"), ma anche tra tabagismo e disturbi d'ansia, in particolare l'ansia sociale e il GAD (GAD=*generalized anxiety disorder*)⁹. I pazienti affetti da disturbi del tono dell'umore hanno tassi di cessazione più bassi e anche minime variazioni dello stato psichico possono determinare una ricaduta nel tabagismo.

Quasi tutte le patologie psichiatriche sembrano favorire l'insorgenza della dipendenza da nicotina e rendono più problematico il trattamento, soprattutto per la maggior presenza di craving a lungo termine¹⁰.

La presenza di ansia (di ogni tipo) è più elevata (OR 2.4 vs 1.4) nei fumatori "pesanti" rispetto a quelli con minore score di dipendenza. I soggetti che ne sono affetti risentono maggiormente delle pressioni esterne, sia a causa dei sentimenti di paura che connotano le relazioni sociali che la conseguente ricerca di comportamenti "facilitanti"^{11,12}.

Considerando semplicemente questi due tipi di disturbo (ansia e depressione), l'esperienza clinica comune riferisce notevoli difficoltà del trattamento di cessazione senza un adeguato sostegno terapeutico (psico-farmacologico). La disassuefazione tabagica, senza altro intervento di supporto può facilmente determinare il riemergere della sintomatologia di base, con un progressivo peggioramento della situazione psichica e una maggiore facilità alla ricaduta. Una forte correlazione con la dipendenza da tabacco si verifica per la distimia (OR 3.6), l'agarofobia (OR 4.4), gli attacchi di panico (OR 2.6) e l'ansia generalizzata (OR 1.8)¹³⁻²⁰.

FALLIMENTI PRECEDENTI

Anche il numero di tentativi falliti in precedenza è un dato importante al fine di predire una ricaduta o un insuccesso

terapeutico. Sebbene sia noto che ogni fumatore compia diversi tentativi prima di interrompere definitivamente il consumo di sigarette, è anche vero che se il loro numero è molto elevato (superiore a 6) la prognosi peggiora sensibilmente, così come sembra essere un predittore negativo non l'aver mai tentato di smettere di fumare²¹.

I soggetti con ripetuti insuccessi alle spalle sono portatori di vissuti molto negativi rispetto alle proprie capacità di farcela, cosa che condiziona generalmente l'esito degli interventi o la stessa motivazione ad intraprenderli. Viceversa, l'essere riusciti a non fumare nel passato per almeno 1 anno incrementa notevolmente le probabilità

di successo^{22,23}. Naturalmente la prognosi diventa peggiore se i fallimenti si sono verificati dopo un percorso terapeutico convenzionale.

SUSCETTIBILITÀ ALLE CUES AMBIENTALI, SELF-EFFICACY, SOCIAL SKILLS

Gli stimoli ambientali sono determinanti nel ricordare ai fumatori il bisogno di accendere la sigaretta, modulando addirittura l'intensità del craving, con particolare riferimento ai primi giorni dopo la cessazione. La maggior parte di essi riduce la propria forza dopo una settimana di astensione²⁴. Risulta per questo motivo importante l'allontanamento, nel periodo più critico, da situazioni, contesti o comportamenti che evocano il bisogno di fumare.

Un'altra causa di ricaduta è costituita dalle scarse risorse interiori, intese come capacità di problem-solving, abilità sociali (social skills) e altri tipi di competenze legate alla capacità di gestire la frustrazione o altre emozioni²⁵.

Una gran parte di queste difficoltà sono conoscibili già prima del trattamento, con opportuni strumenti diagnostici. Gli stessi pazienti percepiscono la loro fragilità rispetto all'autoefficacia ($r=0,26$), o la presenza di amici o parenti che fumano ($r=0,21$)²⁶.

Fattori che sono risultati significativi ($p<0,05$) come predittori protettivi nei confronti della ricaduta sono l'età (maggiore), la suscettibilità percepita alle malattie, l'essere consapevoli dei vantaggi economici della cessazione dal fumo, la consapevolezza dei danni del fumo, e l'esistenza di malattie croniche legate al consumo di tabacco. Un fattore che favorisce la ricaduta invece è il timore di ingrassare o l'aumento effettivo di peso dopo la cessazione^{27,28}.

NUOVE PROSPETTIVE

Lo studio dei fattori predittivi di ricaduta e dei bisogni legati ai casi più complessi dovrebbe servire da guida per la

strutturazione del programma di trattamento. A fronte delle difficoltà sopra elencate, non sempre l'offerta terapeutica è adeguata, sia per la carenza di risorse umane che per gli ostacoli che i Centri per il Trattamento del Tabagismo incontrano sul piano organizzativo nel nostro paese.

Giù una indagine effettuata dalla Società Italiana di Tabaccologia (progetto INSPIRO), che aveva censito 139 Centri Antifumo italiani, aveva rilevato una grande eterogeneità di approcci diagnostici e terapeutici^{29,30}.

La valutazione del tabagismo era quasi sempre affidata ad un colloquio clinico e solo alla somministrazione del test di Fagerstrom. L'utilizzo di questionari per la valutazione di ansia e depressione si riscontrava in una percentuale dei casi minima. Nessuno aveva dichiarato di eseguire sessioni psicodiagnostiche in senso stretto, con somministrazione di test più complessi, come l'MMPI o la SCID I o II. La stessa misurazione del CO espirato era praticata solo nel 27% dei casi.

È evidente, quindi, come ad un miglioramento del livello diagnostico potrebbe conseguire un approccio più mirato e una maggiore efficacia dei trattamenti. Non solo, sarebbe anche possibile incrementare il livello di integrazione con altri servizi per il coinvolgimento di altre figure professionali. La costante e strutturata presenza di psicologi nei CTT assicurerebbe cure adeguate nella fase di cessazione, ma potrebbe far ipotizzare percorsi di psicoterapia breve per prolungare il sostegno alle persone bisognose di essere seguite per un tempo maggiore, con conseguente stabilizzazione del quadro clinico.

La collaborazione costante con gli psichiatri permetterebbe di gestire al meglio anche i casi più problematici.

Sebbene tutto ciò possa sembrare dispendioso, la gravità delle patologie correlate al fumo e la loro diffusione giustifica ampiamente un simile livello di investimento, che dovrebbe essere ben più elevato di quello oggi praticato dal Sistema Sanitario Nazionale.

Le osservazioni cliniche, infine, cominciano ad indicare la necessità di modulare i trattamenti in riferimento al profilo del paziente, senza escludere la possibilità di cure prolungate (anche in senso farmacologico), accessi periodici ai servizi, strategie di contenimento del danno, alla stregua di approcci oggi ritenuti efficaci in altre dipendenze.

CURE INTENSIVE E CENTRI DI RICOVERO

I riferimenti internazionali per il trattamento del tabagismo in regime di ricovero non sono moltissimi, ma le esperienze fin qui fatte hanno aperto importanti scenari clinici, per la possibilità di migliorare la prognosi di pazienti altrimenti destinati a restare legati al fumo di sigaretta.

Nonostante i costi sociali e sanitari del tabagismo l'offerta terapeutica residenziale è inspiegabilmente insufficiente e inadeguata, rispetto a ciò che succede per altre patologie.

Molti fumatori sarebbero in grado di smettere se fossero sottoposti a interventi intensivi, mentre non riescono con le cure convenzionali (cure ambulatoriali). In caso di fallimento del counselling individuale o di gruppo (anche in associazione a farmaci) l'unica possibilità che resta loro è di ripetere trattamenti simili, con aspettative sempre minori ad ogni ciclo.

Se consideriamo il primo livello equivalente all'ambulatorio mono-specialistico, il secondo livello al Centro territoriale per il Trattamento del Tabagismo (CTT), si tratterebbe, per provare a dare una definizione, di delineare l'organizzazione di centri di III livello.

In questo senso si sono rivelate vincenti, per una percentuale di pazienti straordinariamente alta (52% di cessazioni a 1 anno), le esperienze di trattamento in regime di ricovero, come quelle praticate presso la Mayo Clinic (Rochester, USA), al St. Elena Hospital in California, e all'Ospedale di Verona. Queste

scelte hanno dimostrato come alla gravità della dipendenza sia molto utile opporre una maggiore specializzazione dei trattamenti e un contesto speciale, quale è quello residenziale^{31,32}.

Nel caso della Mayo Clinic, si tratta di un approccio farmacologico mirato (spesso terapie combinate), una diagnosi multidisciplinare (comprendente anche gli aspetti psichiatrici), la protezione dagli stimoli ambientali durante il ricovero, l'uso del tempo di cura per offrire incontri di informazione sugli aspetti neurobiologici della dipendenza da nicotina, attività educazionali volte a far acquisire abilità di fronteggiamento del craving, management dello stress, prevenzione della ricaduta.

Si sono rivelati utili, inoltre, momenti di ricreazione con attività fisica e step di informazione rispetto ad una alimentazione equilibrata.

La prognosi generalmente negativa che connota le dipendenze più gravi da tabacco, quindi, è un elemento modificabile, a patto che sia possibile disporre di un iter diagnostico e terapeutico attrezzato per la complessità clinica che la caratterizza.

In questo senso vanno incoraggiate le iniziative che si propongono di offrire cure anche per i target più difficili di pazienti. L'elevatissimo beneficio che i trattamenti intensivi producono giustifica ampiamente gli sforzi e gli investimenti in questa direzione. ■

Disclosure: L'Autore dichiara l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.



Bibliografia

1. Center for Disease Control (CDC). High school students who tried to quit smoking cigarettes. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2009 May 1;58(16): 428-31.
2. Kramer J.J. et al. Effectiveness of a web-based self-help smoking cessation intervention: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2009 Jan 22;9:32.
3. Charlton A. Youth and cigarette smoking. Tobacco Control Facsheets at www.globalink.org/en/youth.shtm
4. Campbell R, Starley F, Holliday J., Audrey S., Bloor M et al. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomized trial. *The Lancet*, 2008; 371: 1595-1602.
5. Center for Disease Control (CDC). High school students who tried to quit smoking cigarettes. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2009 May 1;58(16): 428-31.
6. Radzius A, Gallo JJ, Epstein DH, Gorelick DA, Cadet JL, Uhl GE, Moolchan ET. A factor analysis of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). *Nicotine Tob Res*. 2003 Apr;5(2):141-
7. Tinghino B, Rossin L., Correlazioni tra dipendenza da tabacco e uso di sostanze stupefacenti. *Tabaccologia* 2006; 1:23-25.
8. Peterson AL, Hryshko-Mullen AS, Cortez Y., Assessment and diagnosis of nicotine dependence in mental health settings. *AM J Addict* 2003 May-Jun;12(3):192-7.
9. Breslau N., Novak SP, Kessler RC., Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. *Psychol Med*. 2004 Feb;34(2):323-33.
10. Hughes JR, Craving among long-abstinent smokers: an Internet survey. *Nicotine Tob Res*. 2010 Apr;12(4):459-62.
11. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS, Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*. 2000 Nov 8;284(18):2348-51.
12. Leyro TM, Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A. Anxiety sensitivity and smoking motives and outcome expectancies among adult daily smokers: replication and extension. *Nicotine Tob Res*. 2008 Jun;10(6):985-94.
13. Breslau N, Novak SP, Kessler RC. Psychiatric disorders and stages of smoking. *Biol Psychiatry*. 2004 Jan 1;55(1):69-76.
14. Isensee B., Wittchen HY., Stein MB., Hofler M., Lieb R., Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry*, 2003 Jul;60(7):692-700.
15. Piper ME, Smith SS, Schlam TR, Fleming MF, Bittrich AA, Brown JL, Leitzke CJ, Zehner ME, Fiore MC, Baker TB. Psychiatric disorders in smokers seeking treatment for tobacco dependence: relations with tobacco dependence and cessation. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Feb;78(1):13-23.
16. John U., Meyer C., Rumpf HJ, Hapke U., Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity – a population-based study including smoking cessation after three years. *Drug Alcohol Depend*. 2004 Dec 7; 76(3):287-95
17. Breslau N, Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav genet* 1995 Mar; 25(2):95-101
18. Lagrue G, Dupont P, Fakhfakh R, Anxiety and depressive disorders in tobacco dependence. *Encephale*, 2002 Jul-Aug;28(4):374-7.
19. Novak A, Burgess ES, Clark M, Zvolensky MJ, Brown RA, Anxiety sensitivity, self-reported motives for alcohol and nicotine use, and level of consumption. *J Anxiety Disord*. 2003; 17(2):165-80.
20. Humair JP, Smoking cessation in patients with mental disorders. *Rev Med Suisse* 2009 Jul 1;5(210):1472-5.
21. Tinghino B., Andreoni V., Ciocio, a T., Colombo V., Crocco A., de Giovanni V., Lissoni b., Monaco G., Palmieri L. Zucchetto F. Questionario Multiarea per la valutazione del tabagismo. *Tabaccologia* 2009; 4: 20-26.
22. Herd N., Borland R., Hyland A. Predictors of smoking relapse by duration of abstinence: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Addiction*, 2009 Dec; 104 (12):2100-1.
23. Heffner JL, Lee TC, Arteaga C., Anthenelli RM, Predictors of post-treatment relapse to smoking in successful quitters: Pooled data from two phase III varenicline trials. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Jan 11.
24. Gross J., Stitzer ML, Nicotine replacement: ten-week effects on tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacology*. 1989;98:334-341.
25. Davis JR, Glaros AG, Relapse prevention and smoking cessation. *Addict Behav*. 1986;11(2):105-14.
26. Grove JR, *Addict. Behav*. 1993 May-Jun;18(3):311-20. Attributional correlates of cessation self-efficacy among smokers.
27. Yang JH, Ha HS, Kam S., Lim JS, Kang YS, Lee DH, Chun BY, Factors affecting re-smoking in male workers. *J Prev med Public Health*, 2005 May;38(2):208-14.
28. Addicott AK, Gray JJ, Todd BL, Mood, dietary restraint, and women's smoking and eating urges. *Women Health*, 2009 Jun;49(4):310-20.
29. C. Chiamulera, G. Mangiaracina, V. Zagà, C. B. Tinghino, C. Poropat, M. Del Donno. Dossier/Progetto Inspiro. L'indagine SITAB sui Centri Antifumo italiani: album di foto o film in svolgimento? *Tabaccologia* 2006; 4: 39-41.
30. Poropat C, Mangiaracina G. Le ricadute del progetto INSPIRO. *Tabaccologia* 2008; 3: 15-16.
31. Hurt R. D., Croghan I.T., Inpatient or residential Treatment for Smokers with Tobacco Dependence. *Tabaccologia* 2008; 3:5-6.
32. Lugoboni F., Quaglio G., Il ricovero elettivo per smettere di fumare. Presentazione delle esperienze in letteratura. *Tabaccologia* 2008; 3:32-35.



12th Annual Meeting of the SRNT Europe
Monday 6th September - Thursday 9th September 2010

events@purevisionevents.com

University of Bath (UK)

www.srntheurope.org