

Studio osservazionale sulla comorbidità psichiatrica in un Centro Antifumo: prevalenze ed esiti del trattamento

Observational study on psychiatric comorbidity in a Smoking cessation Center: prevalence and treatment outcomes

Ottaviano Cricenti, Riccardo Tominz, Davide Jugovac, Giulia Generoso, Alessandro Vegliach, Rosanna Ciarfeo Purich

Riassunto

Introduzione: Secondo letteratura coloro che soffrono di un disturbo mentale vanno incontro ad una maggiore prevalenza di tabagismo rispetto a chi non ha una sofferenza mentale. Questi pazienti fumano molto di più di chi non soffre di un disturbo psichiatrico e quando cercano di smettere hanno una minor probabilità di cessazione. Lo studio intende verificare se la prevalenza di comorbidità psichiatrica all'interno del Centro Antifumo è conforme ai dati di letteratura, che la collocano mediamente intorno al 25-59%, e se i tassi di svezzamento relativi a questi soggetti siano sovrapponibili o meno rispetto alla popolazione generale.

Metodi: Abbiamo considerato l'intera utenza afferente al Centro nell'arco temporale di un anno ($n = 223$). Tutti i pazienti sono stati valutati per l'attribuzione di un'eventuale diagnosi psichiatrica secondo DSM IV-TR e poi raggruppati secondo gravità.

Risultati: I dati mostrano, come la diagnosi psichiatrica grave implichi dei tassi di cessazione del fumo inferiori rispetto alla diagnosi psichiatrica lieve o ai soggetti senza diagnosi psichiatrica. Si evidenzia inoltre una mancanza di associazione tra gli esiti di trattamento e le dimensioni gravità della dipendenza e livello della motivazione.

Conclusioni: I tassi di cessazione

dei soggetti con diagnosi psichiatrica grave sono nettamente inferiori a quelli dei soggetti con diagnosi psichiatrica lieve i quali hanno tassi di cessazione sovrapponibili a quanti non hanno una diagnosi psichiatrica. Le dimensioni dipendenza e motivazione non sono associate agli esiti del trattamento. Questo suggerisce che gli interventi a favore delle persone con comorbidità psichiatrica non devono trovare ostacolo pregiudiziale nell'assessment iniziale.

Parole chiave: Comorbidità psichiatrica, tabagismo, trattamento.

Abstract

Introduction: According to the literature, those who suffer from a mental disorder have a higher prevalence of nicotine dependence than those without a mental illness. These patients smoke much more than those who do not suffer from a psychiatric disorder, and when they try to quit they make more effort.

Methods: The study will investigate whether the prevalence of psychiatric comorbidity among those who ask for an aid to a Smoking Cessation Center complies with the literature data, which place it around 25-59%, and if the rates of weaning on these subjects are overlapping or worse than those in the general population. We considered all the patients attending the Center over a period of one year

($n = 223$). The patients were evaluated for the ascription of any psychiatric diagnosis according to DSM IV-TR and then grouped according to severity of the illness.

Results: Data show that those with a diagnosis of a severe psychiatric disorder have lower cessation rates than those with a mild severity of the psychiatric disorder or without psychiatric diagnosis. It also highlights a lack of association between the outcomes of treatment and the size and severity of the addiction level of motivation.

Conclusions: The cessation rates in patients with severe psychiatric diagnoses are significantly lower than those of patients with mild psychiatric diagnosis who have cessation rates comparable to those who do not have a psychiatric diagnosis. The dimensions dependence and motivation are not associated with the outcome of the treatment. This suggests that interventions for people with psychiatric comorbidity should not be hampered.

Keywords: Psychiatric comorbidity, smoking, treatment.

Introduzione

Vi sono evidenze che sostengono che coloro che soffrono di un disturbo mentale, e in particolare coloro che esibiscono un disturbo "life-time" vadano incontro ad una maggiore prevalenza di tabagismo rispetto a chi non ha, o non ha mai

avuto una sofferenza mentale con tassi stimati del 25-59% (si considerano la prevalenza life-time della malattia mentale o episodi pregressi, periodi di fumo e periodi life-time), e tassi di svezamento, a seconda delle casistiche internazionali, sovrapponibili o peggiori rispetto alla popolazione generale (tasso riferito di cessazione del 37,1% per i fumatori con storia di malattia mentale, e del 30,5% per i fumatori con una pregressa malattia mentale vs un tasso riferito di cessazione nei fumatori senza malattia mentale del 42,5%) [1].

Vi sono prove, inoltre, che fra i disturbi mentali severi, vi sia un'alta comorbidità tra il tabagismo e la propensione al suicidio e, ancora, che tra i pazienti psichiatrici coloro che fumano abbiano più alti tassi di ospedalizzazione per ragioni psichiatriche rispetto ai non fumatori con disturbi mentali [2].

Accanto a questo va sottolineato come i pazienti affetti da grave patologia psichiatrica siano persone "fragili", vale a dire particolarmente esposti a rischi di salute fisica: tendono a trascurare le norme igieniche personali e domestiche, a non assumere correttamente le terapie farmacologiche (psichiatriche e internistiche), ad avere comportamenti poco salutari (la sedentarietà, l'abuso d'alcol o di sostanze illegali), a coltivare poco le relazioni interpersonali, a perdere facilmente il lavoro e a trovarsi in situazioni di degrado ambientale, fisico e di marginalità. Sono dunque persone soggette ad una più facile ospedalizzazione e ad una ridotta aspettativa di vita rispetto alla popolazione generale [3].

Chi fuma vede diminuire l'aspettativa di vita da 10 a 14 anni. La mortalità fumo-correlata è ancora più elevata fra i pazienti con disturbo mentale. Parrebbe che questi fumino circa il 44% delle sigarette fumate nei paesi sviluppati, pur essendo una quota nettamente minoritaria della popolazione. In confronto alla popolazione generale i pazienti psichiatrici fumano da 2 a 3 volte di più [4].

In quanto persone fragili i tabagisti con comorbidità psichiatrica si ammalano più facilmente, più facil-

mente vanno incontro ad ospedalizzazione, più facilmente si ammalano di patologie fumo-correlate e tuttavia vi è una diffusa tendenza a preoccuparsene poco. È frequente il riscontro di medici e operatori sanitari che non danno peso alla dipendenza da tabacco in questi soggetti [5].

Questo impone una riflessione sulla necessità di riflettere su ipotesi di sensibilizzazione e trattamento di questi soggetti, proprio seguendo le stesse considerazioni di salute pubblica che riguardano la popolazione generale, e tenendo conto delle difficoltà oggettive di fronteggiamento di questa dipendenza in queste persone.

Secondo il Sistema di Sorveglianza Passi, a Trieste fuma il 32% (IC 95% 30-38%) degli adulti fra 18-69 anni (contro il 28,0% della stima pool per l'Italia) ed il 14% (IC95% 10%-18%) di quelli con 65 anni o più. Nei 12 mesi precedenti l'intervista ha tentato di smettere il 27% di questi solo l'1% con aiuto dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria 1 Triestina, dato consistente la numerosità dell'utenza del Centro Anti Fumo (CAF dell'Azienda, in media 350 utenti/anno).

Obiettivo del presente lavoro è stato individuare la percentuale di comorbidità psichiatrica fra gli afferenti al CAF, valutando il tasso di astinenza a 6 mesi in presenza o meno di tale comorbidità.

Metodi

Abbiamo considerato l'intera utenza afferente al CAF nell'arco temporale di un anno, dall'ottobre 2011 all'ottobre 2012 (n = 223).

Gli utenti del Centro seguono un protocollo valutativo e di trattamento standardizzato che prevede una prima visita, la raccolta clinico-anamnestica, la somministrazione di un test motivazionale (Test di Valutazione della Motivazione di Richmond), la somministrazione di un test per la valutazione dell'entità della dipendenza (Test di Fagerström) [6] e la misurazione del monossido di carbonio con breath test (micro smokerlyzer © Bedfont).

Ad ognuno è proposto un set di 8 incontri di counselling individuale

che prevedono anche la possibilità di prescrizione farmacologica e la possibilità di introduzione in un setting di counselling di gruppo. Tutti i pazienti sono stati valutati attraverso colloquio clinico psichiatrico per l'attribuzione di un'eventuale diagnosi psichiatrica secondo DSM IV-TR [7]. Coloro per i quali è stata formulata una diagnosi psichiatrica sono stati suddivisi in due gruppi in relazione alla gravità di questa. Nel gruppo "Diagnosi Psichiatrica Lieve" sono stati introdotti i pazienti con Disturbi dell'Umore con Specificazione lieve e Disturbi d'Ansia. Nel gruppo "Diagnosi Psichiatrica Grave" sono stati collocati i pazienti con: Schizofrenia e altri Disturbi Psicotici; Disturbi dell'Umore con Specificazione moderato-grave; Disturbi di Personalità di cluster A; Sindromi e Disturbi da Alterato Comportamento Alimentare. Tutti i soggetti sono stati valutati secondo lo schema standardizzato al momento dell'accoglienza (T0), a 3 mesi dall'inizio del trattamento (T1) e a 6 mesi dall'inizio del trattamento (T2).

Gli indicatori considerati sono stati:

- Dipendenza alta: punteggio ≥ 4 al test di Fagerstrom.
- Motivazione alta: punteggio ≥ 6 al test di Richmond.
- Diagnosi Psichiatrica (nessuna, lieve, grave).
- Astinenza anamnestica.
- Astinenza strumentale rilevata con CO.
- Comorbidità con Alcolismo e Tossicodipendenza.
- Scolarità alta: > 8 anni.
- Terapia con Vareniclina
- Terapia con Bupropione
- Terapia Nicotinic Sostitutiva (Nicotine Replacement Therapy - NRT)

I farmaci sono stati utilizzati secondo standard ai seguenti dosaggi:

- Vareniclina: da 0,5 a 2 mg/die;
- Bupropione: da 150 a 300 mg/die;
- NRT in qualunque forma da 0,5 a 21 mg/die.

Le associazioni sono state indagate mediante test di contingenza (chi quadrato corretto per continuità o test esatto di Fisher a due code quando appropriato). Gli intervalli di confidenza sono riportati sempre al 95%. La ricerca di eventuali con-

fondenti/modificatori di effetto è stata effettuata mediante stratificazione e applicazione delle statistiche di Cochran Mantel Haenszel e del test di omogeneità di Breslow. Le elaborazioni statistiche sono state eseguite con il software SAS-EG versione 7.1.

Risultati

Dei 223 soggetti arruolati, 179 sono stati sottoposti, a 6 mesi dalla verifica dell'astinenza con lo Smokerlyzer, mentre per i restanti 44 vi è soltanto un dato anamnestico. L'astinenza a 6 mesi è stata valutata strumentalmente su 179 dei 223 utenti considerati (80%). Fra i due gruppi (verifica strumentale sì e verifica strumentale no) non sono state rilevate differenze rispetto alle variabili indagate, con eccezione di *counselling individuale* (RR 0,73 con IC 0,67-0,80). Va però puntualizzato che nessuno dei soggetti con solo rilievo anamnestico di astinenza a 6 mesi è stato sottoposto a *counselling individuale* (Tabella 1). Complessivamente i soggetti con diagnosi psichiatrica erano 67 (30%), 18 (quelli con diagnosi psichiatrica grave (8%); fra i 179 utenti con verifica strumentale dell'astinenza queste numerosità e percentuali sono rispettivamente 55 (31%) e 15 (8%).

Gli astinenti a 6 mesi con verifica strumentale erano 61 su 179 (34,08%), 105 su 223 (47,09%) considerando anche gli utenti con sola verifica anamnestica.

La variabile in studio: *diagnosi psichiatrica grave* non risultata associata all'outcome *astinenza strumentale* a 6 mesi. Non sono state evidenziate associazioni nemmeno fra *diagnosi psichiatrica grave* e *astinenza anamnestica*, *diagnosi psichiatrica* e *astinenza strumentale*, *diagnosi psichiatrica* e *astinenza anamnestica*.

L'*astinenza strumentale* è risultata per contro associata alla terapia con *vareniclina* (RR 1,94 con IC 1,04-3,61). L'associazione con *counselling individuale* non è facilmente interpretabile perché il 98,36% dei soggetti che l'hanno fatta risulta astinente, comportando un RR = 29,50 con IC 4,19-207,66. Per *counsel-*

Tabella 1 Confronto fra sottoposti e non sottoposti a verifica strumentale dell'astinenza. Per ciascuna delle modalità riportate è indicata la percentuale con la verifica strumentale e la forza dell'associazione con questa come Rischi Relativo.

Variabile	Freq	% con verifica strumentale astinenza	RR	Intervallo di confidenza 95%	
Donna	96	81,25%	1,02	0,90	1,16
Classe di età					
20-35	20	85,00%	-	-	-
36-59	150	78,67%	-	-	-
60-80	53	83,02%	-	-	-
Scolarità > 8 anni	123	80,49%	1,01	0,88	1,15
Diagnosi psichiatrica					
assente	156	79,49%	-	-	-
lieve	49	81,63%	-	-	-
grave	18	83,33%	-	-	-
PAC	27	77,78%	0,96	0,78	1,19
Tossicodipendenza	2	50,00%	0,62	0,16	2,49
Dipendenza alta	126	80,16%	1,00	0,87	1,14
Motivazione alta	209	79,43%	0,86	0,73	1,00
NRT	14	78,57%	0,98	0,74	1,30
Vareniclina	171	78,36%	0,91	0,79	1,03
Counselling di gruppo	10	90,00%	1,13	0,91	1,40
<i>Counselling individuale*</i>	164	73,17%	0,73	0,67	0,80
TOT	223	80,27%	-	-	-

* $p < 0,0001$ (tutti i soggetti senza Psicoterapia individuale hanno fatto a 6 mesi la verifica strumentale dell'astinenza).

ling di gruppo (RR 2,06 con IC 1,24-3,43) si è ai limiti della significatività statistica ($p = 0,0640$) (Tabella 2).

Da notare in particolare la mancanza di associazione fra astinenza strumentale e dipendenza e motivazione. L'associazione con *counselling di gruppo* è ai limiti della significatività statistica ($p = 0,0640$). Allargando il campione anche ai soggetti con rilievo solo anamnestico di astinenza a 6 mesi (da 179 a 223) non si evidenziano modifiche. La *diagnosi psichiatrica grave* è risultata associata a PAC (RR 3,41 con IC 1,45-8,02), *dipendenza alta* (RR 1,76 con IC 1,44-2,14), *motivazione alta* (RR 1,09 con IC 1,08-1,14), *NRT* (RR 9,11 con IC 3,15-26,37) *vareniclina* (RR 0,51 con IC 0,27-0,96) (Tabella 3).

Utilizzando invece la variabile *dia-*

gnosi psichiatrica (che considera anche le diagnosi di problemi psichiatrici lievi) scompaiono le associazioni con motivazione e dipendenza, diminuisce la forza dell'associazione con PAC (RR 1,88 con IC 95% 1,17-3,04) e compare un'associazione con il genere femminile (RR 1,80 con IC 95% 1,15-2,82). Stratificando l'effetto di *diagnosi psichiatrica grave* su *astinenza strumentale* per le variabili con RR statisticamente significativi non si riesce ad identificare eventuali modificazioni di questo effetto, causa la scarsa numerosità (o la totale assenza) di valori in alcune celle delle tabelle di contingenza.

Discussione

La percentuale di comorbidità psichiatrica fra gli afferenti al CAF è

Tabella 2 Associazioni fra le variabili indipendenti studiate e la variabile outcome astinenza strumentale. Il dato di psicoterapia individuale non è utilizzabile per la presenza di una sola osservazione nella cella terapia no astinenza sì.

Variabile	Freq	% astinenti a 6 mesi (n = 179)	RR	Intervallo di confidenza 95%	
Donna	78	29,49%	0,78	0,51	1,20
Classe di età					
20-35	17	52,94%	-	-	-
36-59	118	30,51%	-	-	-
60-80	44	36,36%	-	-	-
Scolarità > 8 anni	99	39,39%	1,43	0,93	2,21
Diagnosi psichiatrica	55	29,09%	0,80	0,50	1,29
Diagnosi psichiatrica grave	15	13,33%	0,37	0,10	1,37
Diagnosi psichiatrica assente	124	36,29%	-	-	-
lieve	40	35,00%	-	-	-
grave	15	13,33%	-	-	-
PAC	21	19,05%	0,53	0,21	1,31
Dipendenza alta	101	29,70%	0,75	0,50	1,12
Motivazione alta	166	34,94%	1,51	0,55	4,17
NRT	11	18,18%	0,52	0,15	1,84
Vareniclina*	134	38,81%	1,94	1,04	3,61
Counseling di gruppo	9	66,67%	2,06	1,24	3,43
<i>Counseling individuale</i>	120	50,00%	29,50	4,19	207,66
TOT	179	34,08%			

* p = 0,0213.

risultata complessivamente del 30% (31% se consideriamo quelli con valutazione strumentale dell'astinenza). La percentuale di utenti con diagnosi psichiatrica grave era dell'8% sia complessivamente sia per i pazienti con valutazione strumentale dell'astinenza.

Le percentuali di astinenti a 6 mesi, con e senza verifica strumentale, erano rispettivamente 34,08% e 47,09%.

In letteratura emerge come il tasso riferito di cessazione per i fumatori con storia di malattia mentale sia del 37,1%, e per i fumatori senza malattia mentale del 42,5% [1]. Fra i 179 utenti del presente studio, quelli con diagnosi psichiatrica assente o lieve avevano tassi di astinenza a 6 mesi sovrapponibili (36% e 35%), molto maggiori al

13% dei pazienti con diagnosi psichiatrica grave. La presenza di comorbidità psichiatrica (complessivamente o grave) non è però risultata associata in maniera statisticamente significativa con l'astinenza a 6 mesi. I dati emersi sono dunque coerenti con le casistiche internazionali, sebbene la classificazione operata tra diagnosi psichiatrica grave e lieve non sia mai stata adoperata in altre ricerche, dove si parla di diagnosi psichiatrica in generale o piuttosto dove vengono prese in esame le singole categorie diagnostiche secondo criterio nosografico.

Fra le variabili considerate solo la terapia con vareniclina è risultata associata con l'outcome considerato. Coloro che l'hanno fatta hanno, rispetto agli altri utenti del CAF,

una probabilità di cessazione quindi quasi doppia.

Rilevante come non sia stato possibile trovare un'associazione con l'outcome né per la motivazione né per la dipendenza.

Questo lavoro è stato svolto sulla base di dati raccolti di routine dagli operatori del CAF. Sono stati considerati tutti gli utenti afferenti al Centro nel corso di un anno, senza utilizzare nessun criterio di esclusione. Un limite dello studio è rappresentato dal fatto che, trattandosi di uno studio osservazionale, i pazienti che hanno abbandonato il percorso terapeutico dopo la prima visita non sono stati rivalutati: questo ha probabilmente contribuito a ridimensionare il dato relativo alla prevalenza dei soggetti con diagnosi psichiatrica grave e selezionato quei soggetti la cui diagnosi non comportava un rilevante divario negli esiti rispetto alla popolazione non psichiatrica.

Non sappiamo se la prevalenza degli utenti con comorbidità sia rappresentativa della situazione nella popolazione generale e quindi i risultati sono inferibili essenzialmente ai tabagisti che si rivolgono a un CAF (verosimilmente l'1% di coloro che tentano di smettere).

Sono auspicabili ulteriori studi che abbiano come oggetto di indagine la prevalenza del fumo nella popolazione psichiatrica all'interno di contesti specialistici, con i limiti legati alla strutturazione di programmi standardizzati di secondo livello in tali ambiti.

I soggetti con diagnosi psichiatrica lieve hanno le stesse probabilità di riuscire in un trattamento per smettere di fumare dei soggetti senza diagnosi psichiatrica.

La prevalenza dei soggetti con diagnosi psichiatrica grave è molto bassa; questo dato è coerente con quanto emerge in letteratura: sui pazienti psichiatrici pesa il pregiudizio degli stessi operatori della salute mentale che non confidano nella possibilità di poter affrontare il problema fumo dei loro assistiti.

La motivazione e la dipendenza non sono variabili da prendere in considerazione quando si decide di proporre un trattamento, anche trattandosi di soggetti con patolo-

Tabella 3 Associazioni fra diagnosi psichiatrica grave e le altre variabili indipendenti.

		Diagnosi psichiatrica grave perc	RR	Intervallo di confidenza 95%	
Donna	sì	60,00%	1,43	0,91	2,24
	no	42,07%			
Età	20-35	6,67%	-	-	-
	36-59	86,67%	-	-	-
	60-80	6,67%	-	-	-
Scolarità alta	sì	46,67%	0,83	0,48	1,45
	no	56,10%			
PAC*	sì	33,33%	3,41	1,45	8,02
	no	9,76%			
Dipendenza alta**	sì	93,33%	1,76	1,44	2,14
	no	53,05%			
Motivazione alta***	sì	100,00%	1,09	1,08	1,14
	no	92,07%			
NRT§	sì	33,33%	9,11	3,15	26,37
	no	3,66%			
Vareniclina§	sì	40,00%	0,51	0,27	0,96
	no	78,05%			
Counseling di gruppo	sì	0,00%	-	-	-
	no	5,49%			
Counseling individuale	sì	86,67%	1,33	1,06	1,67
	no	65,24%			

* p = 0,0216.

** p = 0,0061.

*** Tutti i soggetti con *Diagnosi psichiatrica grave* erano altamente motivati; dato comunque NON statisticamente significativo.

§ p = 0,0007.

gia psichiatrica, non trovando correlazione negli outcome ad 1 anno. Ulteriori studi sarebbero necessari per capire se un reclutamento più ampio nell'area della patologia psichiatrica grave possa fornire indicazioni statisticamente significative sugli esiti.

La prevalenza dei pazienti con patologia psichiatrica, grave o lieve, è del 30,04%, in linea con la letteratura. La prevalenza riguardante i soli soggetti con diagnosi psichiatrica grave è dell'8%, nettamente al di sotto delle casistiche internazionali. Questo dato suggerisce uno scarso accesso al Centro da parte di questi soggetti.

Il tasso di cessazione a 6 mesi nei soggetti senza diagnosi psichiatrica è del 36,29%, quello dei soggetti con diagnosi psichiatrica lie-

ve è del 35%, quello dei soggetti con diagnosi psichiatrica grave è del 13,33%, con una sovrapposizione sostanziale degli esiti di trattamento dei soggetti con diagnosi lieve con la popolazione generale. Il tasso di cessazione dei soggetti con diagnosi psichiatrica grave è molto basso anche in relazione alle casistiche. Ciò nonostante non è stato possibile rilevare un'associazione statisticamente significativa fra diagnosi psichiatrica (né lieve, né grave) ed astinenza a 6 mesi (sia strumentale che anamnestic), verosimilmente a causa della scarsa numerosità degli utenti considerati. Un dato estremamente interessante deriva dalla mancanza di associazione tra l'esito positivo del trattamento ed il peso delle dimensioni *motivazione e dipen-*

denza: normalmente si è portati a pensare che gli esiti di trattamento siano fortemente condizionati dalla motivazione iniziale, ma anche dal livello della dipendenza al momento della presa in carico.

Conclusioni

I soggetti con diagnosi psichiatrica lieve hanno le stesse probabilità di riuscire in un trattamento per smettere di fumare dei soggetti senza diagnosi psichiatrica.

La prevalenza dei soggetti con diagnosi psichiatrica grave è molto bassa; questo dato è coerente con quanto emerge in letteratura: sui pazienti psichiatrici pesa il pregiudizio degli stessi operatori della salute mentale che non confidano nella possibilità di poter affrontare il problema fumo dei loro assistiti. La motivazione e la dipendenza non sono variabili da prendere in considerazione quando si decide di proporre un trattamento, anche trattandosi di soggetti con patologia psichiatrica, non trovando correlazione negli outcome ad 1 anno. Ulteriori studi sarebbero necessari per capire se un reclutamento più ampio nell'area della patologia psichiatrica grave possa fornire indicazioni statisticamente significative sugli esiti.

Tabaccologia 2015; 3:23-28

Corresponding author:

Ottaviano Cricenti

✉ ottaviano.cricenti@as1.sanita.fvg.it

**Ottaviano Cricenti,
Davide Jugovac, Giulia Generoso,
Alessandro Vegliach**

Struttura Complessa Dipendenza da Sostanze Legali, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda per l'Assistenza Sanitaria 1 Triestina

**Riccardo Tominz,
Rosanna Ciarfeo Purich**

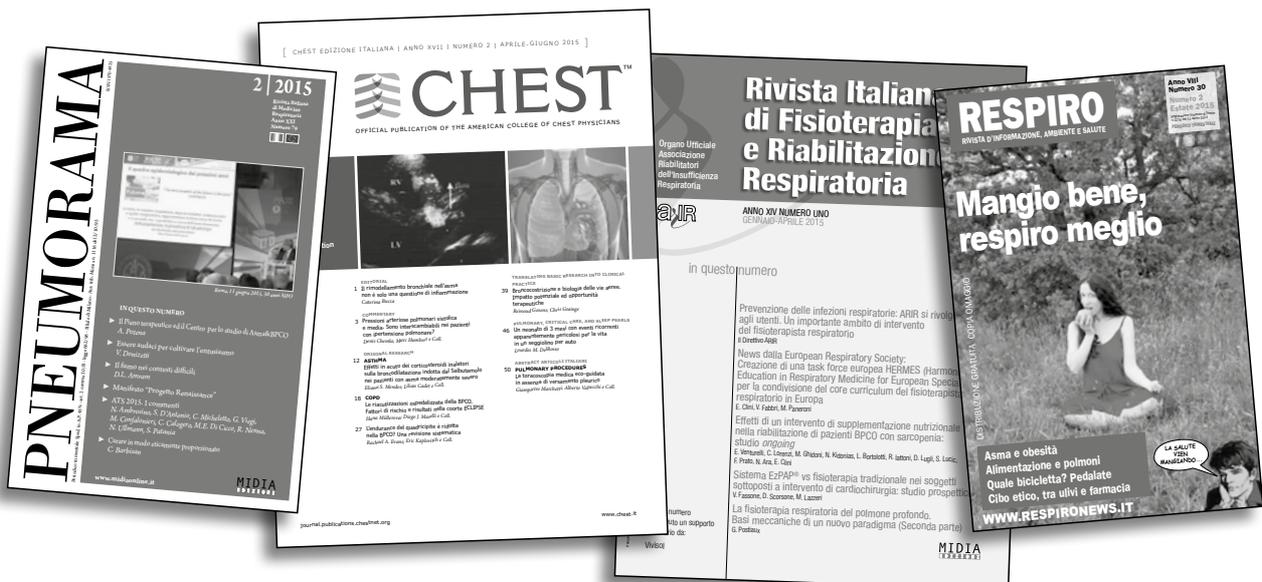
Gruppo di lavoro dipartimentale di Epidemiologia, Dipartimento di Prevenzione, Azienda per l'Assistenza Sanitaria 1 Triestina

► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi.*

Bibliografia

1. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000 Nov 22-29;284(20):2606-2610.
2. Kobayashi M, Ito H, Okumura Y, Mayahara K, Matsumoto Y, Hirakawa J. Hospital readmission in first-time admitted patients with schizophrenia: smoking patients had higher hospital readmission rate than non-smoking patients. *Int J Psychiatry Med*. 2010;40(3):247-257.
3. Ziedonis D, Kosten TR, Glazer WM, Frances RJ. Nicotine dependence and schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*. 1994;45(3):204-206.
4. Lugoboni Fabio, Faccini Marco, Casari Rebecca, Guadagnini Patrizia, Gamba Francesca. Figli di un dio minore: il trattamento del tabagismo nei pazienti con malattie mentali. *Tabaccologia*. 2011;2:37-43.
5. Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, Batki SL, Green AI, Henry RJ, Montoya I, Parks J, Weiss RD. Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatr Pract*. 2005;11:315-339.
6. Fagerstrom KO, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12:159-182.
7. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision. ICD-10/ICD-9-CM. Classificazione parallela. Masson Editore.

L'EDITORIA DELLE MALATTIE RESPIRATORIE Cultura e Comunicazione



MIDIA
EDIZIONI

Tel. +39 040 3720456 - midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it