

Questionario Multiarea per la valutazione del tabagismo

Risultati preliminari di una ricerca sui fattori predittivi di efficacia e osservazioni su un questionario multiarea di valutazione del fumatore

Multiarea questionnaire for smokers'evaluation

Preliminary report on predictive factors of smoking cessation and use of a multiarea questionnaire for smokers'evaluation

Biagio Tinghino, Valeria Andreoni, Teresa Ciociola, Valeria Colombo, Antonio Crocco, Valeria De Giovanni, Barbara Lissoni, Giuseppe Monaco, Lorenza Palmieri, Francesca Zucchetto

Riassunto

Introduzione. Gli studi clinici esistenti hanno dimostrato la grande variabilità dei fattori che influenzano l'efficacia della cessazione dal fumo. Essi sono costituiti principalmente dalle pressioni esterne, dal delicato equilibrio di motivazione interna e dai fattori legati alla dipendenza da nicotina e alla struttura di personalità. Sono molti i test e questionari su questo argomento, anche se la diagnosi del fumo resta un fenomeno complesso. Per tale motivo, l'obiettivo primario di questo studio retrospettivo era di identificare i fattori predittivi della smoking cessation.

Materiali e metodi. Sono stati valutati 1230 pazienti con un questionario multiarea che esplorava i fattori socio-demografici, abitudini legate al fumo, livello di ambivalenza, l'attitudine alla cessazione, il tipo di motivazione, il livello di frattura interiore, il grado di soddisfazione generale, l'auto-efficacia, la comorbidità per altre dipendenze (alcol, sostanze illecite) o malattie psichiatriche (depressione, ansia, disturbi del comportamento alimentare).

Risultati. I predittori positivi sono: il numero di sigarette (tra 10 e 30) e il numero di tentativi tra 1-4. È più facile smettere per le persone che dichiarano di fumare per compensare lo stress rispetto alle persone che fumano per "relax" o "fumano continuamente". Hanno una efficacia superiore le persone che smettono per prendersi cura di se stessi, quelle che hanno un elevato il grado di soddisfazione generale nella vita e anche coloro che sanno riconoscere l'ambivalenza. Sono predittori negativi l'anomalo consumo di alcol (dipendenza, abuso o uso per sostituire le sigarette), il non sapere resistere all'offerta di tabacco, provare a smettere di fumare sotto pressioni esterne (la famiglia, convincimento estemporaneo ottenuto, per esempio, attraverso campagne di prevenzione) rispetto ad un processo di decisione personale. È più difficile smettere per le persone che usano droga (qualsiasi tipo), quelli affetti da disturbo depressivo (attuale o passato), disturbo d'ansia.

Conclusioni. Lo studio ha confermato i principali fattori di efficacia, riferiti alla popolazione italiana, come già emerso dalla letteratura internazionale. È stato così formulato un questionario qualitativo, basato sulle analisi statistiche preliminari e descrittive, che può essere utile come guida per il colloquio clinico nei comuni setting per il trattamento del tabagismo.

Parole chiave: fumo di tabacco, fattori d'efficacia, questionario, valutazione.

Summary

Introduction. Existing clinical trials have shown the great variability of factors affecting the effectiveness of smoking cessation. They consist mainly in the external pressures, the delicate balance of inner motivation and the factors related to nicotine addiction and personality structure. Many tests and questionnaires investigate these issues, even if the diagnosis of smoking remains complex. For this reason, the principal objective of this retrospective study was to identify predictive factors of smoking cessation.

Materials and methods. 1230 patients were evaluated, with a multiarea questionnaire exploring socio-demographic factors, smoke habits, ambivalence level, attitude to cessation, kind of motivation and "inner split" level, overall satisfaction, self-efficacy, comorbidity for other addiction (alcohol, illicit substances) or psychiatric illness (depression, anxiety, eating disorders).

Results. The positive predictors are: number of cigarettes (between 10 and 30) and number of attempts between 1-4. It is easier to quit for people that declare to smoke as compensation of stress than for those that smoke for "relax", AU, or "smoke uninterruptedly". The higher effectiveness belongs to people that stop to take care of their health, those who have a high degree of overall satisfaction in life and those who can recognize the ambivalence. Negative predictors are abnormal alcohol use (addiction, abuse, or use in order to replace cigarettes), being unable to decline the offer of tobacco, trying to quit smoking under external pressures (family, extemporaneous conviction obtained, i.e., through prevention campaigns) compared with a personal decision process. It is more difficult to quit for people using drugs (any kind) and suffering from depressive (actual or past) anxiety disorder.

Conclusions. The study confirmed the main factors of effectiveness, referred to the Italian population, as already emerged from the international literature. Based on the results of this preliminary/descriptive statistical analysis, a qualitative questionnaire was formulated, that could be a useful guide to clinical interview in a common setting for smoking cessation.

Keywords: tobacco, efficacy factors, questionnaire, evaluation.

Biagio Tinghino (tinghino.biagio@aslmb.it) Valeria Andreoni, Teresa Ciociola, Valeria Colombo, Antonio Crocco, Valeria De Giovanni, Barbara Lissoni, Giuseppe Monaco, Lorenza Palmieri, Francesca Zucchetto
Centro per il Trattamento del Tabagismo, ASL di Monza.

INTRODUZIONE

Gli studi clinici esistenti hanno dimostrato la grande variabilità di fattori^{1,2,3,4,5} che incidono sull'efficacia dei trattamenti di disassuefazione dal fumo. Essi sono costituiti fondamentalmente dalle pressioni esterne, dal delicato equilibrio delle motivazioni interne e da fattori inerenti alla struttura di personalità^{6,7,8}. In particolare sono noti alcuni elementi in grado di determinare l'esito o la propensione del fumatore ad abbandonare la sua dipendenza. Tale variabilità si riflette sul grande numero di test e questionari utilizzati per misurare la dipendenza fisica e i vari aspetti clinico-diagnostici nel tabagismo, nessuno dei quali riesce a soddisfare nella sua complessità tutte le esigenze diagnostiche.

Per approfondire e identificare i fattori predittivi di efficacia nella cura del tabagismo, il gruppo di lavoro del Centro Per il Trattamento del Tabagismo di Monza (ASL provincia di Monza e Brianza) ha sviluppato un progetto di ricerca, a titolarità della Regione Lombardia e con il cofinanziamento della Fondazione Cariplo, che si è concluso nel 2007. I primi dati emersi ci hanno permesso di identificare delle macroaree decisive per il percorso di diagnosi del tabagismo e alcuni indicatori sensibili rispetto alla prognosi. Queste indicazioni, insieme a quelle rilevate dalla letteratura, hanno permesso di estrapolare un Questionario Multiarea che possa servire da traccia nella o nei colloqui clinici valutativi.

MATERIALE E METODI

Il disegno dello studio, di tipo retrospettivo, prevedeva tre periodi:

- arruolamento e valutazione diagnostica
- trattamento
- follow-up

ARRUOLAMENTO

Erano arruolabili pazienti tra i 18 e i 70 anni di età, maschi e femmine, con un consumo minimo di 10 sigarette al dì, da almeno 1 anno. L'adesione sarebbe avvenuta su base volontaria, attraverso la collaborazione dei medici di medicina generale, farmacie, centri antifumo, luoghi di lavoro etc. Si escludevano dallo studio pazienti con infermità mentali tali da determinare una incapacità di intendere e di volere. I soggetti che aderivano attraverso l'acquisizione del consenso informato, erano sottoposti ad uno screening sanitario e a un colloquio psicologico. Veniva misurato il CO espirato e somministrato il questionario, costituito da 40 domande chiuse. Per quelli che rispondevano in modo positivo agli items 28-40 (area psichiatrica) e per cui lo psicologo riteneva ci fossero indizi clinici sufficienti, era previsto un secondo livello diagnostico, consistente nella somministrazione della SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV) per la conferma di diagnosi per i disturbi dell'asse I del DSM-IV.

I soggetti inseriti, entro 30 giorni dall'arruolamento, sono stati trattati da una equipe composta da un medico e uno psicologo, con tecniche di counselling sanitario e sostegno psicologico individuale o di gruppo, per un totale di 7 incontri, distribuiti nell'arco di 5 settimane.

FOLLOW-UP

Il follow-up consisteva di una prima valutazione a fine trattamento e una seconda valutazione telefonica (a 4 settimane) che coincideva con un colloquio clinico, durante il quale era misurato il CO espirato. I pazienti che al contatto telefonico per il secondo incontro (a 4 settimane) dichiaravano di fumare abitualmente non venivano testati col CO espirato. Si intendeva validata la dichiarazione del paziente di non aver fumato qualora la misurazione del CO espirato risultasse minore o uguale a 10 ppm.

L'elaborazione statistica sia descrittiva che inferenziale è stata effettuata con i seguenti package statistici: SPSS, Minitab, OpenStat. I dati che vengono forniti di seguito sono prevalentemente descrittivi, mentre gli altri aspetti sono in corso di elaborazione.

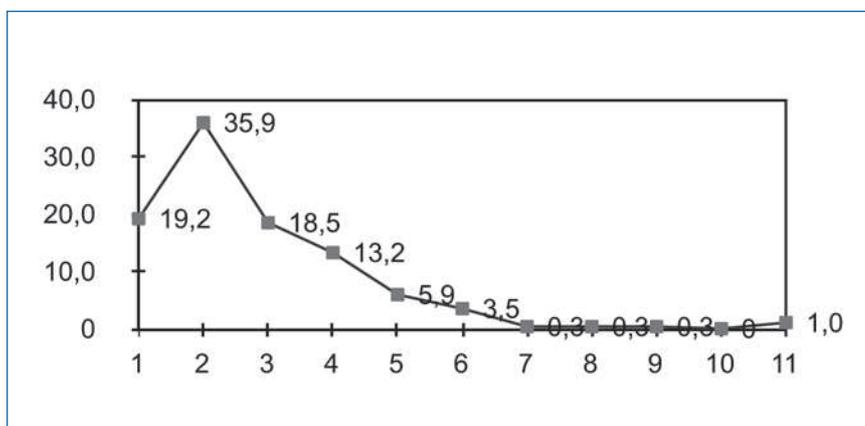
RISULTATI

Sono stati presi in considerazione i questionari di 1230 fumatori, il cui **numero medio di sigarette fumate** al giorno è risultato essere pari a 23. Il **tasso di cessazione** complessivo a quattro settimane dal trattamento era del 38,7%. Con l'aumentare dell'età aumentavano gli **anni di fumo**, per cui sono giunti alla nostra osservazione persone che spesso avevano una lunga storia di tabagismo.

Il dato **periodo più lungo di astinenza** nel campione era pari a una mediana di 35 gg per le donne ed una ed un massimo di 3650 gg.

Per gli uomini il periodo più lungo di astinenza era pari ad una mediana di 30 gg con un massimo di 7300 gg.

Per quanto riguarda i **tentativi di smettere di fumare** si è rilevato che i maschi nel 19% dei casi non aveva mai tentato di farlo, il 35% aveva provato per almeno una volta, il 17% aveva provato 2 volte, il 13% aveva tentato almeno 3 volte, mentre tra l'8% e l'1% hanno tentato dalle 4 alle 6 volte e lo 0,2% ha tentato diverse decine di volte.



Numero di tentativi precedenti di smettere correlato all'efficacia.

Il 51,1 % dei fumatori dichiarava di **fumare di più nelle prime ore** della mattinata, quindi aveva presumibilmente un grado di dipendenza da nicotina medio-alto.

Il 37,7% da affermato di fumare di più nei **momenti di stress**, il 13,7% nei **momenti di relax**, mentre solo 0,1% sosteneva di fumare **continuamente**.

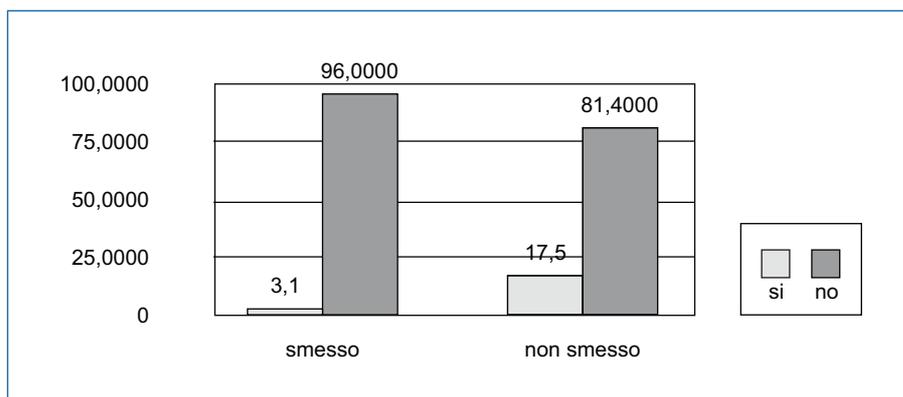
Una prima valutazione dei dati mostra una correlazione tra il numero di tentativi precedenti di smettere e l'efficacia, in quanto (a parte chi non ha mai provato a smettere) è avvantaggiato chi ha compiuto pochi tentativi. I soggetti con ripetuti e numerosi insuccessi hanno una probabilità decrescente di smettere di fumare.

Il numero di sigarette fumate è tra i predittori più valutati in letteratura^{6,7}. Nonostante sarebbe stato ragionevole pensare il contrario, nel nostro campione, chi fuma meno di 10 sigarette al giorno ha dimostrato di avere minori probabilità di smettere, rispetto a chi ne fuma tra 10 e 30. La percentuale di successo decresce nuovamente quando si superano le 30 sigarette/die. Cosa che può indicare come i fumatori "moderati" tendano a sottostimare il rischio del fumo, ritenendo probabilmente di essere in grado di controllare la dipendenza e di poter smettere quando vogliono. Il risultato è che, in realtà, smettono meno degli altri. Stesso risultato, ma probabilmente per motivi speculari, si ottiene nei forti fumatori, in cui evidentemente la quantità di nicotina assunta diventa l'elemento determinante dell'insuccesso.

N. sigarette fumate e percentuali di successo				
N sigarette	<=10	>10 <=20	>20 <=30	>30
% successo	9,8	47,4	24,0	18,5

La percentuale di quanti hanno smesso è più elevata nei fumatori che dichiarano di fumare soprattutto per stress. È molto più difficile interrompere la dipendenza in quelli che usano sigarette per connotare i momenti di relax, e la stessa cosa vale per chi fuma "continuamente", ossia ha una prevalenza di aspetti compulsivi e ansiosi⁸⁻¹².

Fumo di più se			
N sigarette	<=10	>10 <=20	>20 <=30
% successo	9,8	47,4	24,0



Usa alcol se non trova sigarette?

L'uso patologico di alcol è più frequente nei forti fumatori rispetto alla popolazione generale^{11,13,14}. L'idea di potere usare alcol in alternativa al fumo è un fattore predittivo negativo di efficacia. Sebbene la quantità di risposte positive a questo item non sia elevata, le differenze tra i due gruppi sono forti.

Non riuscire a rifiutare l'offerta della sigaretta è un elemento di insuccesso importante. Quanti sono attratti "irresistibilmente" dall'offerta hanno una percentuale di fallimento pari al 40,1%, contro il 28,5% di chi sa opporsi a questa "lusinga".

Le competenze interiori rispetto a consapevolezza, stadio del cambiamento e tipo di motivazione sono generalmente ritenuti fattori decisivi¹⁵⁻¹⁷. Quando siamo passati a considerare la capacità di riconoscere l'ambivalenza (riconoscersi nella frase "mi piace di fumare ma a volte vorrei provare a smettere") ci siamo resi conto che le risorse introspettive sono determinanti. Le

risposte riferite ad una scala Likert¹⁻⁵ dicono che chi non si riconosce nella situazione di ambivalenza (punteggio 1 e 2) ha pochissime probabilità di riuscire (1,4% e 2,8% rispettivamente). I punteggi più alti³⁻⁵ sono correlati al successo nel 20,6%, 27,2% e 23,3% dei casi.

Il sentirsi pronti a smettere, caratteristica della fase della determinazione, invece è un buon indicatore di efficacia. Quanto più, nella scala 1-5, ci si colloca nei punteggi

mediani³⁻⁴, tanto più si supera la dipendenza tabagica. Chi invece dichiara di non sentirsi pronto (punteggio 1) smette solo nel 2,1% dei casi, quasi a certificare il meccanismo di una profezia che si auto-avvera. L'essere passati all'azione è, poi, un altro predittore favorevole. Chi non sta facendo nulla per smettere ha difficoltà a farcela anche se immesso successivamente in una fase di terapia (63,7% di insuccessi contro il 40% di chi è già "lanciato" nel tentativo).

"Mi sento pronto a smettere"					
Punteggio	1	2	3	4	5
% successo	2,1	10,8	22,3	21,6	19,9

La percezione che il fumo sia un ostacolo allo svolgimento di una attività quotidiana o che impedisca di fare qualcosa che piace si "spalma" su tutti i 5 punteggi Likert senza rilevanza rispetto alla cessazione, salvo che per il punteggio 1 (ossia chi ritiene che il fumo non costituisca un impedimento a fare ciò che vuole). Su quest'ultima condizione si concentra la maggior percentuale di insuccessi.

L'esame dei tipi di motivazione a smettere, per quanto schematica, ha permesso di chiarire che le pressioni esterne (o percepite tali) sono veramente poco efficaci nello spingere il fumatore verso il cambiamento. Il 71% di utenti che dichiarava come prevalente questa spinta falliva nel tentativo, contro solo il 18% di insuccessi di chi voleva smettere per "prendersi cura di se stesso". Quasi nessuna differenza tra successi e insuccessi è stata verificata in chi è giunto alla decisione di smettere per motivi di salute. Il che può voler significare che il semplice invio da parte di un sanitario

o la sola convinzione razionale della necessità di smettere per patologie correlate al fumo non spostano di molto le probabilità di farcela, a meno che tale motivo non sia interiorizzato, cioè visto come modo per prendersi cura di sé in modo interessante e vantaggioso.

Il grado di soddisfazione nella vita è un elemento importante di efficacia (18). Chi sta attraversando un momento di scarsa soddisfazione difficilmente riesce a smettere. I punteggi più alti si addensano negli item 3-4 della scala Likert, mentre coloro che sono perfettamente soddisfatti (punteggio 5) tornano a perdere efficacia nel processo di disassuefazione. Come dire che i totalmente insoddisfatti e quelli totalmente soddisfatti, per motivi evidentemente diversi, non riescono a smettere con facilità. Evidentemente la percezione "abbastanza" positiva della propria situazione, legata ad un grado medio di frattura interiore, costituisce la ricetta buona per farcela.

Un elemento che è risultato determinante, e che si correla evidentemente al tipo di motivazione è costituito dalla

modalità di invio. Chi è stato arruolato nel corso di manifestazioni pubbliche, stand (quindi con un approccio "opportunistico" od "occasionale") smette veramente poco (4,1% dei casi). L'invio sanitario si rivela correlato all'efficacia nel 23,6% dei casi, mentre la richiesta spontanea evidenzia un tasso di successo pari al 63,7%.

"Modalità di invio"			
	spontaneo	sanitario	manifestazioni
% successo	63,7	23,6	4,1

L'assunzione di psicofarmaci anche per un solo periodo della vita, che sottende evidentemente un disagio di area psichiatrica¹⁹⁻²², riduce fortemente le probabilità di farcela (36,5% di insuccessi versus 23,4% di chi non ne usa).

I fumatori con disturbo depressivo^{10,23,24} hanno presentato grosse difficoltà a superare l'astinenza da tabacco, ottenendo una percentuale di efficacia del trattamento pari circa ad un terzo di quello del campione esaminato (13,3% contro il 38,7%). Anche chi soffre di disturbo d'ansia^{10,25,26} riesce meno a smettere (20,4% dei casi).

CONCLUSIONI

I dati riferiti, come già specificato, attendono di essere ulteriormente elaborati. E però evidente che il campione preso in considerazione può essere solo parzialmente rappresentativo della popolazione generale, in quanto già la semplice adesione alla somministrazione di un questionario di un Centro Antifumo

può avere condizionato la selezione degli utenti. Alcune sottopopolazioni, inoltre, sono numericamente esigue, per cui sarà difficile ottenere elementi di significatività. Cosa che non esclude la verifica delle ipotesi su campioni più numerosi e diversamente selezionati. Inoltre, per questioni di pianificazione della ricerca, i follow-up sono stati effettuati a 4 settimane dalla conclusione del trattamento, mentre dati più solidi si avranno appena saranno disponibili le interviste a 6 e 12 mesi. Le limitazioni sopra esposte, in particolare quella legata alla modalità di arruolamento degli utenti, se da una parte risultano evidenti, dall'altra permettono di pensare che questi dati sono più rappresentativi della popolazione che abitualmente si rivolge ai Centri per il Trattamento del Tabagismo, che in fondo era l'obiettivo che ci ponevamo. ■

può avere condizionato la selezione degli utenti. Alcune sottopopolazioni, inoltre, sono numericamente esigue, per cui sarà difficile ottenere elementi di significatività. Cosa che non esclude la verifica delle ipotesi su campioni più numerosi e diversamente selezionati. Inoltre, per questioni di pianificazione della ricerca, i follow-up sono stati effettuati a 4 settimane dalla conclusione del trattamento, mentre dati più solidi si avranno appena saranno disponibili le interviste a 6 e 12 mesi. Le limitazioni sopra esposte, in particolare quella legata alla modalità di arruolamento degli utenti, se da una parte risultano evidenti, dall'altra permettono di pensare che questi dati sono più rappresentativi della popolazione che abitualmente si rivolge ai Centri per il Trattamento del Tabagismo, che in fondo era l'obiettivo che ci ponevamo. ■

"Grado di soddisfazione nella vita"					
Scala Likert	1	2	3	4	5
% successo	5,2	13,9	29,9	32,7	11,1

COME UTILIZZARE IL QUESTIONARIO MULTIAREA

Il Questionario Multiarea per la valutazione del tabagismo che abbiamo predisposto si è rivelato uno strumento molto utile per guidare l'operatore nella ricerca dei fattori predittivi di efficacia del trattamento. Inserito nel contesto della raccolta anamnestica più generale (non ha sostituito, ovviamente, la cartella clinica) ha permesso di indagare in modo sistematico le aree più importanti legate alla cura del tabagismo. In particolare:

DIPENDENZA DA TABACCO (ITEMS DA 1-6)

Valuta le abitudini del fumatore, con riferimento anche ai precedenti tentativi di smettere e alle risorse che ha dimostrato di possedere nel passato. Le persone con esperienze di lunghi periodi di cessazione alle spalle in genere hanno una prognosi più favorevole. La domanda 5 fa riferimento alla gravità della sindrome da astinenza dopo il riposo notturno. Il numero di anni di fumo e le modalità dell'uso di tabacco (relax, nervosismo, fumo continuo) forniscono informazioni sul grado di dipendenza fisica e sui comportamenti (per es. permettono di mirare le strategie di problem solving)

STADIO DEL CAMBIAMENTO (7-9)

Sono stati tenuti in considerazione gli stadi precontemplativo (poco frequente per il target che giunge ai Centri), contemplativo e della determinazione. La scala likert utilizzata permette all'operatore di quantificare, sia pur approssimativamente, la posizione dell'utente all'interno dello stadio specifico.

SELF-EFFICACY, FRATTURA INTERIORE (10-14)

Il cambiamento è facilitato dal fatto che il fumatore percepisce di avere sufficienti risorse per farcela. In letteratura il grado di autoefficacia è direttamente correlato all'esito del processo. La frattura interiore esprime la discrepanza percepita dall'utente tra l'obiettivo (smettere di fumare) e la sua situazione attuale. Un alto livello di frattura associato a un buon livello di auto-efficacia sono forti predittori positivi nella cessazione. La sola frattura interiore, nel caso in cui il fumatore si senta "scoraggiato" o abbia "poca speranza" di farcela non è sufficiente a garantire un buon risultato.

AREA		DOMANDE	RISPOSTA
Dipendenza da tabacco	1	n. anni di fumo	
	2	Numero di sigarette fumate al giorno	
	3	Periodo più lungo di astinenza (n.giorni)	
	4	n. di tentativi di smettere	
	5	Fuma la prima sigaretta entro: 5'=1 6-30'=2; 31-60'=3 ; >60'=4	
	6	Aumenta il numero di sigarette: stress/nervosismo= 0 relax= 1 fumo continuamente=2	
Stadio del cambiamento	7	In questo periodo non sta prendendo in considerazione lo smettere di fumare (da 1 a 5)	
	8	A volte pensa di smettere, ma le piace fumare (da 1 a 5)	
	9	Si sente pronto a smettere, sta cercando il modo di riuscirci entro il prossimo mese (da 1 a 5)	
Self-efficacy, frattura interiore	10	Ritiene di riuscire a smettere da solo (da 1 a 5)	
	11	Abitualmente raggiunge gli obiettivi che si pone (da 1 a 5)	
	12	La preoccupano le conseguenze della sua abitudine al fumo (da 1 a 5)	
	13	E' scontento di se stesso perché continua a fumare (da 1 a 5)	
	14	In questo periodo può dirsi complessivamente soddisfatto della sua vita (da 1 a 5)	
Motivazione	15	Ha deciso di smettere a causa delle eccessive pressioni esterne vero=1 falso=0	
	16	Vuole smettere a causa delle sue condizioni di salute vero=1 falso=0	
	17	Ha intenzione di prendersi cura di se stesso e per questo vuole smettere vero=1 falso=0	

AREA		DOMANDE	RISPOSTA
Alcol e sostanze	18	Ci sono stati periodi in cui ha usato droghe vero=1 falso=0	
	19	Attualmente sta usando droghe vero=1 falso=0	
	20	Se non trova la sigaretta usa alcolici si =1 no=0	
	21	Le è capitato di bere alcolici in modo esagerato, tanto da creare problemi per sé o per gli altri vero=1 falso=0	
	22	Beve alcolici e smettere le creerebbe dei problemi fisici vero=1 falso=0	
D. alimentari	23	Ha sempre avuto un buon rapporto col cibo vero=1 falso=0	
	24	La sua relazione col cibo ha suscitato o suscita preoccupazioni da parte dei suoi familiari (da 1 a 5)	
Comorbilità psichiatriche (depressione, ansia)	25	Assume od ha assunto psicofarmaci vero=1 falso=0	
	26	Si sente frequentemente scoraggiato, triste, depresso vero=1 falso=0	
	27	E' scomparso l'interesse o il piacere per quasi tutte le cose che fa vero=1 falso=0	
	28	Pensa spesso alla morte come uno sbocco alla sua situazione vero=1 falso=0	
	29	Sente di valere poco e percepisce frequenti sentimenti di colpa vero=1 falso=0	
	30	Le manca l'energia ed è sempre stanco vero=1 falso=0	
	31	Ha percepito /percepisce ansia o eccessiva preoccupazione da almeno 6 mesi, e questo ha limitato alcune attività della sua vita sociale o lavorativa vero=1 falso=0	
	32	Percepisce ansia e preoccupazione che si associano ad almeno 3 di questi sintomi: a) irrequietezza, tensione b) facile affaticabilità c) difficoltà di concentrazione o vuoti di memoria d) irritabilità e) tensione muscolare f) alterazioni del sonno vero= 1 falso=0	
33	L'ansia o la preoccupazione sono disturbi che causano disagio significativo e menomano la mia vita sociale, lavorativa, o altre aree importanti vero= 1 falso=0		

MOTIVAZIONE (15-17)

Le pressioni esterne producono risultati generalmente poco duraturi e insoddisfacenti, a meno che non innescino percorsi di consapevolezza e vengano interiorizzate. Una richiesta legata alla propria salute viene percepita già come più personale e quindi maggiormente efficace. I migliori risultati vengono ottenuti da persone che si trovano ad uno stadio avanzato di cambiamento, che hanno cominciato a prefigurarsi il passaggio allo status di "non fumatore" come altamente desiderabile, e vedono in questo processo una opportunità di cura di se stessi.

ALCOL E SOSTANZE (18-23)

L'abuso, anche saltuario di alcol, è un predittore negativo, così come la sostituzione del fumo con il bere e, ancor peggio, la presenza di una dipendenza etilica attuale. Anche l'uso patologico di alcol pregresso deve essere considerato generalmente come fattore prognostico negativo.

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, COMMORBILITÀ PSICHIATRICA (24-33)

IL DCA, anche se pregresso, riduce le probabilità di efficacia del trattamento e richiede una particolare attenzione nel percorso terapeutico. L'ambito della commorbilità implica la necessità di percorsi formativi specifici per gli operatori. Gli items 26-30 corrispondono in modo sintetico ai criteri di diagnosi per disturbo depressivo del DSM-IV, mentre quelli dal 31 al 33 alla diagnosi per disturbo d'ansia. La positività di 2 criteri per depressione e altrettanti per ansia dovrebbe indicare il bisogno di un approfondimento diagnostico clinico o con appositi test (nella domanda 32, bastano 3 criteri su 6).

Disclosure: Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

Fonti di finanziamento: ASL provincia di Mi3 e Fondazione Cariplo.

Si ringrazia la Dott.ssa Elisabetta Chiesa per il contributo alla revisione del testo.

Bibliografia

- Dijkstra A, Conijn B, De Vries H. A mismatch test of a stage model of behaviour change in tobacco smoking. *Addiction*. 2006 Jul;101(7):1035-43
- Willemsen MC, Wiebing M, van Ernt A, Zee-man G. Helping smokers to decide on the use of efficacious smoking cessation methods: a randomized controlled trial of a decision aid. *Addiction*. 2006 Mar;101(3):441-9
- Rose JE. Nicotine and non nicotine factors in cigarette addiction. *Psychopharmacology (Berl)*. 2006 Mar;184(3-4):274-85. Epub 2005 Dec 16
- Quist-Paulsen P, Bakke PS, Gallefoss F. Predictors of smoking cessation in patients admitted for acute coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2005 Oct;12(5):472-7
- Bernstein SL, Cannata M. Nicotine dependence, motivation to quit, and diagnosis in emergency department patients who smoke. *Addict Behav*. 2006 Feb;31(2):288-97. Epub 2005 Jul 1
- Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell TD Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tob Control*. 1997;6 Suppl 2:S57-62.
- 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):141-4.
- Lipkus IM, Barefoot JC, Williams RB, Siegler IC. Personality measures as predictors of smoking initiation and cessation in the UNC Alumni Heart Study. *Health Psychol*. 1994 Mar;13(2):149-55
- Cox LS, Tiffany ST, Christen AG. Evaluation of the brief questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. *Nicotine Tob Res*. 2001 Feb;3(1):7-16
- Psujek JK, Martz DM, Curtin L, Michale KD, Aeschleman SR, gender differences in the association among nicotine dependence, body image, depression, and anxiety within a college population. *Addict Behav*. 2004 Feb;29(2):375-80
- Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Valenca AM, Mezzasalma MA, Figueira I, Nardi AE. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Braz J Med Biol Res*. 2002 Aug 35(8):961-7
- Lesch OM, Dvorak A, Hertling I, Klingler A, Kunze M, Ramkogler K, Saletu-Zyhlarz G, Schoberberger R, Walter H. The Austrian multicentre study on smoking: subgroups of nicotine dependence and their craving. *Neuropsychobiology*. 2004;50(1):78-88.
- Gomółka E, Król A, Wilimowska J, Kameniczak A. Tobacco smoking by alcohol addicted patients—preliminary report. *Przeegl Lek* 2008;65(10):522-3.
- Katz A, Goldberg D, Smith J, Trick WE. Tobacco, alcohol, and drug use among hospital patients: concurrent use and willingness to change. *J Hosp Med*. 2008 Sep;3(5):369-75
- Farkas AJ, Pierce JP, Zhu SH, Rosbrook B, Gilpin EA, Berry C, Kaplan RM. Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. *Addiction*. 1996 Sep;91(9):1271-80; discussion 1281-92
- Prochaska JO, DiClemente CC, Velicer WF, Gimpil S, Norcross JC. Predicting change in smoking status for self-changers. *Addict Behav*. 1985;10(4):395-406.
- Gorman DM. Does measurement dependence explain the effects of the Life Skills Training program on smoking outcomes? *Prev Med*. 2005 Apr;40(4):479-87.
- Hertel AW, Finch EA, Kelly KM, King C, Lando H, Linde JA, Jeffery RW, Rothman AJ. The impact of expectations and satisfaction on the initiation and maintenance of smoking cessation: an experimental test. *Health Psychol*. 2008 May;27(3 Suppl):S197-206
- 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
- Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Valenca AM, Mezzasalma MA, Figueira I, Nardi AE. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Braz j. Med Biol Res*, 2002, Aug 35(8):961-7 21. 21.
- Keuthen NJ, Niaura RS, Borrelli B, Goldstein M, dePue J, Murphy C, Gastfriend D, reiter SR, Abrams D. Comorbidity, smoking behaviour and treatment outcome. *Psychother Psychosom*. 2000 Sept-Oct; 69(5):244-50
- Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. DSM-III-R nicotine dependence in young adults: prevalence, correlates and associated psychiatric disorders. *Addiction* 1994 Jun; 89(6):743-54
- Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav genet* 1995 Mar; 25(2):95-101
- Psujek JK, Martz DM, Curtin L., Michale KD, Aeschleman SR, gender differences in the association among nicotine dependence, body image, depression, and anxiety within a college population. *Addict Behav*. 2004 Feb; 29(2):375-80
- Laguerre G, Dupont P, Fakhfakh R. Anxiety and depressive disorders in tobacco dependence. *Encephale*. 2002 Jul-Aug;28(4):374-7.
- 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