

# Il laboratorio di fisiopatologia respiratoria come setting favorente la disassuefazione dal fumo di sigaretta in pazienti in fase di pre-contemplazione

## *The Laboratory of Respiratory Pathophysiology as a favourable setting to overcome cigarette smoking in pre-contemplation patients*

Rossella Menarello, Luisa Pandolfo

---

### Riassunto

**Introduzione:** In Italia quasi la metà dei fumatori tenta di smettere di fumare. La maggior parte prova autonomamente, di questa, solo una piccola parte raggiunge la cessazione, mentre l'82% fallisce. Al counseling in sedute multiple e al counseling telefonico pro-attivo a contatti frequenti, viene riconosciuto un ruolo fondamentale nel favorire il cambiamento verso la disassuefazione, con un effetto dose-risposta. Alcuni studi riportano l'efficacia dell'invio di SMS a chi vuole smettere di fumare, sia ai fini della cessazione, che di supporto nell'astinenza dal fumo. Con questo studio, condotto in ambito pneumologico, si è sperimentato un trattamento del tabagismo, rivolto ai fumatori che dichiaravano all'operatore di non avere ancora deciso di smettere di fumare e, nel caso avessero deciso di intraprendere un tentativo in tal senso, lo avrebbero fatto da soli. Scopo dello studio, è stato quello di promuovere un cambiamento in favore della cessazione in questi fumatori, con l'aiuto di contatti ripetuti di counseling telefonico pro-attivo.

**Materiali e metodi:** Lo studio è stato attuato in due realtà ambulatoriali di fisiopatologia respiratoria, logisticamente diverse, a favore dei fumatori che si sottoponevano ai Test di Funzionalità Respiratoria.

**Risultati:** L'adesione al programma da parte dei fumatori è stata soddisfacente, ottenendo, in entrambe le realtà di sperimentazione, risultati pressoché sovrapponibili. In evidenza anche l'inserimento della variante invio di SMS.

**Conclusioni:** Questo studio dimostra che è possibile accompagnare in modo discreto, in un percorso di cessazione, quei fumatori che sono indecisi, non pronti o già pronti a smettere di fumare ma che vogliono fare da soli. Si auspica che, in futuro, possa essere offerto a questo tipo di fumatori questo modello di trattamento del tabagismo coinvolgente, non costoso, accessibile e flessibile.

**Parole chiave:** Tabagismo, smettere di fumare, counseling telefonico, SMS.

### Abstract

**Introduction:** In Italy almost half of the smokers try to quit smoking. Most of them try on their own; among those, only a small part reaches smoking cessation, whereas 82% fails to do so. It is recognised that multiple session counselling and counselling by proactive phone-calling have a fundamental role in fostering change towards overcoming smoking, in a dose-response relationship. Some studies report the efficacy of SMS sent to patients willing to quit smoking either for cessation or for support against tobacco smoke withdrawal symptoms. With this study, done in a pneumological ward, we experimented a tobacco smoking cessation treatment towards smokers who declared to caregivers to be undecided whether to quit smoking and in the case they did want that, to be able to achieve it alone. Aim of this study was to promote a change towards cessation in these smokers by means of repeated contacts of counselling by proactive phone-calling.

**Materials and Methods:** The study was conducted in two different respiratory pathophysiological subcentres, logistically different, dedicated to smokers who underwent functional respiratory tests.

**Results:** The smoking patients' compliance to the programme was satisfactory, reaching, in the two different subcentres, about the same results. We evidence also the variant consisting of the use of SMS.

**Conclusions:** This study shows that it is possible to accompany with discretion, in a cessation itinerary, those smokers who are undecided, or not ready to stop smoking but prefer to try on their own. We hope in future, that this treatment model may be offered to these kind of smokers, which is involving, not expensive, accessible and flexible.

**Keywords:** Tobacco use, smoking cessation, telephone counselling, SMS.

## Introduzione

I dati nazionali del sistema di sorveglianza italiano PASSI (Processi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), riferiti al periodo 2011-2014, rilevano che più di un italiano adulto su quattro fuma e che il 39% di questi mostra la volontà di smettere. Nella quasi totalità dei casi il tentativo di cessazione viene fatto autonomamente, senza ricorrere all'uso di farmaci e cerotti, o ai servizi e corsi offerti dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Tuttavia, la mancanza di supporto, farmacologico e non, al tentativo di smettere comporta il fallimento nell'82% dei casi [1].

È stato osservato che un cambiamento in favore della cessazione, successivo all'intervento di counseling antitabagico di un operatore sanitario, viene preso in considerazione dal fumatore per un periodo limitato di tempo.

Se il fumatore non riceve altro rinforzo, può rimanere indeciso a smettere di fumare per un lungo periodo di tempo, fino all'abbandono del progetto di cambiamento.

Le Linee Guida Internazionali sul Trattamento del Tabagismo evidenziano che ulteriori rinforzi dopo il primo contatto, possono promuovere il cambiamento in favore della cessazione, in quanto i contatti ripetuti di counseling hanno un effetto dose-risposta [2].

Al counseling telefonico, strutturato in sedute multiple, è riconosciuto un ruolo di fondamentale importanza. Esso infatti, favorisce ed incrementa l'astinenza a lungo termine dei fumatori che non si avvalgono dell'intervento di trattamento del tabagismo vis à vis [3].

Alcuni studi, pubblicati in letteratura, hanno segnalato che l'invio di SMS su telefoni cellulari a soggetti intenzionati a smettere di fumare, è risultato efficace sia nel raggiungimento della cessazione che come supporto nel mantenimento dell'astinenza dalla sigaretta [4].

Le Linee Guida Nazionali e Internazionali, raccomandano ai professionisti della salute, tra questi gli infermieri opportunamente formati, l'offerta ai fumatori attivi del consiglio minimo e del counseling breve, insieme ad un percorso di cessazione [5].

In un contesto di medicina di opportunità, in ambito specialistico pneumologico, nel Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria, si è sperimentata l'applicazione di un intervento di trattamento del tabagismo, rivolto agli utenti fumatori attivi che si sottoponevano ai Test di Funzionalità Respiratoria (TFR). In particolare, a favore di fumatori che dichiaravano di non avere ancora progettato di smettere di fumare fino a quel momento e che, nel caso avessero deciso in tal senso, lo avrebbero fatto da soli.

## Materiali e metodi

Scopo del presente lavoro è stato quello di verificare se, con l'offerta di contatti di counseling telefonico pro-attivo, successivi al primo incontro con l'infermiere, attuati dallo stesso, sia possibile accompagnare verso la cessazione i fumatori che non desiderano essere aiutati a smettere [6].

Nel Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria, collegato all'Ambulatorio per il Trattamento del Tabagismo (ATT) dell'U.O.C. di Pneumologia, presso l'ULSS11-Ve in aprile/maggio 2013 (*Studio α*) e presso l'ULSS18-Ro in maggio/giugno 2014 (*Studio β*), le infermiere, conduttrici di TFR e perfezionate in Trattamento del Tabagismo, individuavano i fumatori attivi tra gli utenti afferenti per sottoporsi a spirometria, mediante la compilazione della scheda infermieristica ambulatoriale, con le domande: lei fuma, quanto fuma, da quanto tempo fuma, ha mai pensato di smettere.

Nell'accogliere l'utente e nella conduzione del test spirometrico, si applicava il counseling infermieristico, mirato alla promozione della gestione del problema respiratorio. Si attuavano interventi di tipo educativo, in relazione alle competenze professionali infermieristiche ed il piano di cure medico-assistenziali. Il fine era di fornire le conoscenze necessarie alla situazione respiratoria, selezionate in modo mirato, in base alla valutazione delle necessità conoscitive dell'utente. Si continuava il colloquio applicando l'approccio motivazionale breve, strutturato secondo lo schema delle 5A [7], contemporaneamente al Modello Transteorico degli Stadi del Cambiamento di DiClemente e Prochaska [8], per individuare il fumatore pronto a smettere di fumare (stadio della determinazione-azione), non pronto (stadio della pre-contemplazione), indeciso (stadio della contemplazione). Si consigliava, ai fumatori motivati a smettere, l'aiuto dell'Ambulatorio di Terapia del Tabagismo (ATT), informandoli sull'attività e la composizione dell'equipe.

Ai fumatori non intenzionati a

smettere e/o non desiderosi di aiuto per smettere di fumare, si chiedeva il consenso, nel rispetto della libertà di scelta e della privacy, ad aderire ad un trattamento per il tabagismo sperimentale. Consisteva in contatti di counseling telefonico pro-attivo ad intervalli programmati, attuati dallo stesso infermiere del colloquio vis à vis, così articolati:

- 1° dopo 15 giorni dal vis à vis,
  - 2° dopo un mese dal vis à vis,
  - 3° dopo due mesi dal vis à vis,
  - 4° dopo tre mesi dal vis à vis,
- a titolo osservazionale e senza particolare impegno a smettere di fumare.

Inoltre, si offriva l'opportunità di ricevere, se graditi, ulteriori contatti telefonici a frequenza settimanale, a supporto e consolidamento dei progressi a favore della cessazione ottenuti.

La possibilità, infine, di ricorrere in qualsiasi momento del percorso, all'aiuto dell'ATT.

Si perfezionava l'arruolamento dell'utente, continuando il colloquio secondo l'approccio motivazionale breve. Si compilava la scheda individuale e diario dei colloqui di counseling telefonico pro-attivo, che accoglieva i dati anagrafici, i parametri vitali, peso, altezza, BMI, terapia in atto, storia di del tabagismo. Si somministrava e spiegava

il Test di Fagerström (FQT), si misurava il CO, commentando il risultato, si rilevava l'autovalutazione soggettiva dell'autoefficacia, si illustrava e consegnava il diario del fumatore e materiale di auto-aiuto personalizzato.

Infine si concordava con il fumatore il primo appuntamento telefonico. L'intervento di counseling, dava avvio alla relazione infermiere-fumatore e poneva le basi per la costruzione dell'alleanza operativa. Si applicavano tecniche di ascolto attivo, per favorire l'ascolto riflessivo, l'espressione e la consapevolezza dell'ambivalenza, la valorizzazione dell'autoefficacia, la promozione dell'empowerment e di abilità di problem-solving.

Dal punto di vista organizzativo, si individuava presso l'ATT il numero telefonico ed il luogo dedicati ai colloqui di counseling telefonico pro-attivo.

## Risultati

I fumatori arruolati si trovavano, rispetto alla motivazione, nella posizione di indecisi, decisi e non pronti (Tabella 1a e 1b). Alcuni presentavano patologie fumo correlate, quali: Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), con deficit ventilatorio ostruttivo di grado severo e/o moderato, Asma bron-

chiale, Ipertensione, Neoplasia.

La dipendenza alla nicotina, individuata con FQT, era di grado medio. Tutti avevano già sperimentato, almeno un tentativo di cessazione. Al primo contatto di counseling telefonico, i fumatori riferivano di aver usato il diario del fumatore, di aver ridotto il numero di sigarette, e/o di essere astinenti dal fumo. Si enfatizzavano i risultati ottenuti e si offriva a tutti il contatto telefonico pro-attivo settimanale.

I fumatori rispondevano all'offerta in modo differente. Si costituivano così due gruppi: il gruppo A, composto da persone che volevano proseguire con i contatti telefonici settimanali, ed il gruppo B, composto da persone che decidevano di continuare col contatto telefonico mensile. In relazione alla motivazione risultavano decisi e indecisi. Nel corso dei monitoraggi, si osservava che il gruppo A otteneva migliori risultati in favore della cessazione, rispetto al gruppo B (Tabella 2a e 2b).

Il gruppo A dello *Studio α*, vedeva incrementato il numero dei fumatori che riducevano le sigarette fumate, pari al 19% degli arruolati, e la richiesta di aiuto all'ATT, pari al 9,5% degli arruolati.

Nello *Studio β*, in occasione dell'ultimo monitoraggio, si inseriva la variante invio di SMS di prome-

**Tabella 1a** *Studio α* Fumatori afferenti e adesione al programma.

	Afferenti	Fumatori attivi	5 A	Decisi	Indecisi	Non pronti	Arruolati	Aiutati dall'ATT	Non arruolati
Maschi	185	17	17		1	16	14		5
Femmine	265	11	11	1	4	6	7	1	2
Totale	450	28	28	1	5	22	21	1	7

**Tabella 1b** *Studio β* Fumatori afferenti e adesione al programma.

	Afferenti	Fumatori attivi	5 A	Decisi	Indecisi	Non pronti	Arruolati	Aiutati dall'ATT	Non arruolati
Maschi	74	13	13	3	7	3	13	1	
Femmine	67	9	9	1	3	5	7		2
Totale	141	22	22	4	10	8	20	1	2

**Tabella 2a** Studio  $\alpha$  Monitoraggio dei gruppi di fumatori e situazione motivazionale.

	c. telefonico 15 giorni	c. telefonico 1 mese	c. telefonico 2 mese	c. telefonico 3 mese
<b>Gruppo A (12 fumatori)</b>				
Deciso	5	5	6	10
Indeciso	7	7	6	2
Non pronto				
<b>Totali</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Gruppo B (9 fumatori)</b>				
Deciso	5	2		
Indeciso	4	5	2	
Non pronto		2	7	9
<b>Totali</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

**Tabella 2b** Studio  $\beta$  Monitoraggio dei gruppi di fumatori e situazione motivazionale.

	c. telefonico 15 giorni	c. telefonico 1 mese	c. telefonico 2 mese	c. telefonico + SMS 3 mese
<b>Gruppo A (11 fumatori)</b>				
Deciso	3	3	4	5
Indeciso	7	7	5	6
Non pronto	1	1	1	0
<b>Totali</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>
<b>Gruppo B (9 fumatori)</b>				
Deciso	1	2	4	5
Indeciso	3	3	2	1
Non pronto	5	4	3	3
<b>Totali</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

moria follow-up, ottenendo la cessazione dal fumo nel 25% degli arruolati e la richiesta di aiuto all'ATT nel 5% degli arruolati. (Tabella 3a e 3b), (Tabella 4a e 4b).

Dal punto di vista organizzativo, si ottimizzava il tempo a disposizione dell'infermiere per la conduzione della spirometria e del counseling vis à vis, grazie all'applicazione di tecniche di counseling strutturate, offrendo così un intervento professionalmente qualificato.

## Discussione

Il numero soddisfacente dei fumatori arruolati, 75% (Studio  $\alpha$ ) e 90% (Studio  $\beta$ ) dei fumatori attivi afferenti, suggeriva che il problema tabagismo viene percepito dalla maggioranza dei fumatori che si confrontano con l'ambiente di cura, come un comportamento sbagliato e rischioso per la salute. L'intervento antitabagico personalizzato, attuato in ambito sanitario, contri-

buiva a far emergere nei fumatori che lo ricevevano, il senso di responsabilità nei confronti della propria salute ed il desiderio di salvarla.

L'applicazione del consiglio minimo e del Counseling Motivazionale Breve secondo lo schema delle 5A, contestualmente al Modello Transtorico di DiClemente e Prochaska, consentivano di individuare, nei fumatori la motivazione a smettere di fumare e a porre le basi per una successiva relazione di counseling telefonico personalizzata.

La misurazione del CO, la compilazione del diario del fumatore, il suggerimento di strategie di comportamento, per superare le difficoltà di percorso, favorivano la progettualità verso la cessazione.

Indicativo il numero degli arruolati (gruppo A), di entrambi gli studi, che davano il loro consenso a contatti di counseling telefonico più intensivi (settimanali). In questo modo, autorizzavano l'infermiera ad offrire loro aiuto più intensivo, dimostrando indirettamente, la consapevolezza di aver bisogno di aiuto, di essere disposti a farsi aiutare, la fiducia nell'operatore e l'esistenza della relazione di aiuto infermiere/fumatore.

Significativo anche l'andamento dei fumatori di entrambi gli studi, che avevano scelto di mantenere i contatti di counseling telefonico mensile (gruppo B), i quali, rispetto al gruppo A, ottenevano risultati in favore della cessazione molto inferiori.

Rilevante nello Studio  $\beta$ , il comportamento dei fumatori del gruppo B che, dopo aver ricevuto degli SMS di promemoria di follow-up, dimostravano un minore abbandono del programma rispetto al gruppo B dello Studio  $\alpha$ , i quali, non avevano ricevuto SMS.

I risultati quindi, supportavano l'obiettivo prefissato con questo lavoro e cioè dimostrare che un intervento di counseling telefonico pro-attivo, successivo al counseling infermieristico e al Counseling Motivazionale Breve secondo lo schema delle 5A, con contemporanea

**Tabella 3a** Studio  $\alpha$  Situazione finale sigarette fumate (3° mese).

	Riduzione fumo di 1/3	Riduzione fumo di 1/2	Riduzione fumo di 3/4	Riduzione totale fumo	Non riduzione
Gruppo A	2	1	3	4	
Gruppo B	/	/	/	/	9
Totali	2	1	3	4	9

**Tabella 3b** Studio  $\beta$  Situazione finale sigarette fumate (3° mese).

	Riduzione fumo di 1/3	Riduzione fumo di 1/2	Riduzione fumo di 3/4	Riduzione totale fumo	Non riduzione
Gruppo A		6	2	4	
Gruppo B	1	2	1	1	3
Totali	1	8	3	5	3

applicazione del Modello Transtorico di DiClemente e Prochaska, sia in grado di promuovere un cambiamento in favore della cessazione nei fumatori indecisi, non pronti o pronti a smettere di fumare ma non desiderosi di ricevere aiuto.

La relazione infermiere-fumatore, dal vis à vis al counseling telefonico, si caratterizzava per continuità, fiducia ed empatia. Aiutava il fumatore ad individuare la propria personale motivazione a smettere di fumare, ed a raggiungere obiettivi condivisi.

Viene citato, come esempio il caso di una signora di 52 anni, fumatrice di 10 sigarette/die, con tosse persistente e con reflusso gastrico mal controllato dalla terapia. Confidava all'infermiera che il suo problema non era la tosse, ma il fatto che gli accessi le causassero piccole perdite di urina, limitando la sua vita sociale. Si informava la signora delle complicanze della patologia gastrica, le quali possono danneggiare la mucosa tracheale e bronchiale, infiammandola. Il fumo di sigaretta, agente molto irritante delle vie respiratorie, procurava un'ulteriore infiammazione e quindi i continui accessi di tosse. Con l'informazione, la signora, acquisiva le conoscenze sul meccanismo causale del suo disagio, diveniva consapevole del problema fumo e realizzava di poter migliorare la qualità della sua vita, smettendo di fumare. Il desiderio di ricomporre l'immagine di sé e riprendere una vita sociale serena, sono stati i motivi che l'hanno sostenuta nella decisione di abbandonare la sigaretta, permettendo all'infermiera di negoziare un percorso di disassuefazione.

**Tabella 4a** Studio  $\alpha$  Riassunto a fine osservazione (3° mese).

Classi di età	Maschi	Femmine	Uscita dal trattamento	Cessazione totale fumo	Trattamento c. telefonico	Trattamento ATT
25-34	3	1	3			1
35-49	3	2	1	1	2	1
49-69	5	4	3	2	4	
70-79	3		2	1		
Totali	14	7	9	4	6	2

**Tabella 4b** Studio  $\beta$  Riassunto a fine osservazione (3° mese).

Classi di età	Maschi	Femmine	Uscita dal trattamento	Cessazione totale fumo	Trattamento c. telefonico	Trattamento Tg-fumo
21-34	3	3	1	1	4	
35-49	1	2			3	
50-69	8	2	2	3	9	1
70-79	1			1	1	
Totali	13	7	3	5	17	1

La caratteristica dello studio, mirato all'aggancio e sostegno discreto dei fumatori non desiderosi di aiuto per smettere di fumare, non chiedeva loro di recarsi al luogo di cura per il colloquio, ma era l'operatore che li raggiungeva.

Tuttavia si evidenziavano delle criticità, riferite ai limiti del ruolo e delle competenze della professione infermieristica, per cui non si arruolavano i fumatori con problemi psichiatrici o con altre dipendenze o in trattamento psicologico, in quanto bisognosi di supporto specialistico e multidisciplinare, offerto solo all'interno dell'ATT.

## Conclusioni

I danni ingenti alla salute dei cittadini ed il relativo incremento della spesa sanitaria, causati dal tabagismo, richiedono l'offerta ai fumatori di proposte di disassuefazione nuove, coinvolgenti, non costose, flessibili ed accessibili, anche a quei fumatori che, per motivi di lavoro,

di vita sociale e affettiva, non possono o non vogliono recarsi ai servizi dell'ASL per seguire un programma di disassuefazione.

Lo studio dimostra che l'infermiere, se formato, può effettuare interventi di provata efficacia, per aiutare gli utenti a smettere di fumare, con un contributo significativo, in termini di risparmio per la spesa sanitaria, che altrimenti verrebbe sostenuta per la cura delle malattie fumo-correlate.

Si sottolinea che la sola BPCO, ha un impatto socio-economico medio variabile/anno per singolo paziente che oscilla dai 1.000 euro ai 5.452 euro, in base alla gravità della malattia. Che in percentuale, rispetto alle altre malattie croniche, la BPCO impegna risorse economiche pari al 250% in più per l'ospedalizzazione ed al 160% in più per i servizi ambulatoriali, con un incremento dei costi del 300% negli ultimi 5 anni di malattia. Se si considera che la durata media della malattia è di 30-35 anni, mentre la durata media della disabilità è di

circa 10 anni, la BPCO è la malattia più costosa per il SSN, rispetto alle malattie neoplastiche con orizzonte temporale a 5 anni [9].

L'infermiere può attuare un intervento che va oltre la semplice erogazione di una prestazione, ma bensì di più ampio respiro culturale e professionale, di "presa di cura" in grado di promuovere l'empowerment, affinché l'utente sia il protagonista del suo cambiamento verso uno stile di vita più salutare.

[*Tabaccologia* 2016; 1:26-31]

### Rossella Menarello

✉ [rossmen@gmail.com](mailto:rossmen@gmail.com)

Infermiera c/o il Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria ULSS18 Rovigo, Perfezionata in Trattamento del Tabagismo

### Luisa Pandolfo

✉ [luisapandolfo@libero.it](mailto:luisapandolfo@libero.it)

Infermiera c/o il Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria ULSS13-Ve, Counselor, Perfezionata in Trattamento del Tabagismo

## Bibliografia

1. PASSI 2014: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SmettereFumo.asp>.
2. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB et al. (2008). Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guidelines. Rockville: MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service updated 2008, [http://www.treatobacco.net/it/page\\_23.php](http://www.treatobacco.net/it/page_23.php).
3. Linee guida del servizio sanitario pubblico degli USA 2012: [http://www.teatobacco.net/en/\\_page56.php](http://www.teatobacco.net/en/_page56.php).
4. Casari R, Faccini M, Guadagnini P, Velo E, Lugoboni F. Il ruolo della messaggeria elettronica in un centro antifumo. *Tabaccologia*, 2013; 3:12.
4. Jugovac D, Generoso G, Vegliach A. L'utilizzo degli "SMS" come supporto nel secondo anno di astinenza. Uno studio di verifica, in abstract XI Congresso SITAB. *Tabaccologia*, 2015; 4: 10-20.
5. ISS: Linee Guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. <http://www.iss.it/fumo/index.php?lang=1&anno2013&tipo=17>.
6. Pandolfo L. Tesi per il Corso di Perfezionamento in Trattamento del Tabagismo: Applicare le 5A: dal Minimal Advice al counseling telefonico pro-attivo. Esperienza di un trattamento del tabagismo in ambito pneumologico, Relatore Prof. Orlandini D, 2013.
6. Menarello R. Tesi per il Corso di Perfezionamento in Trattamento del Tabagismo: Un possibile percorso per smettere di fumare in un Laboratorio di Fisiopatologia Respiratoria condotto da una infermiera esperta, Relatore Prof. Orlandini D, 2014.
7. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.
8. Ragazzoni P, Di Pilato M, Longo R, Scarponi S. Gli stadi del cambiamento: storia, teoria ed applicazioni Modello Transteorico di Di Clemente e Prochaska, DORS Regione Piemonte, 2014.
9. Dal Negro WR. BPCO: i costi, La continuità assistenziale: Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). GARD Italy un mondo dove respirare liberamente, 2011. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1893\\_allegato](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1893_allegato).