

GOVERNARE LA COMPLESSITÀ

I SERVIZI PER LE DIPENDENZE TRA INDIRIZZI ISTITUZIONALI,
EVIDENZE CLINICHE E BISOGNI EMERGENTI



NAPOLI
14-15-16
OTTOBRE
2026

Hotel Royal Continental

EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEL PERCORSO DI CESSAZIONE DAL FUMO

dott.ssa Sabrina Flores

Medico Psichiatra

Referente CTT

Dipartimento Integrato Dipendenze ASL Città di Torino

Docente NSMT (National School of Medical Tobaccology) SITAB



EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEL PERCORSO DI CESSAZIONE DAL FUMO

PREMESSA

La dipendenza da tabacco è sostenuta dalla nicotina, una sostanza psicoattiva con un potenziale additivo paragonabile a quello di eroina e cocaina

La nicotina inalata raggiunge il cervello in soli **7 secondi**. Si lega ai **recettori nicotinici dell'acetilcolina alfa2beta4** nel *nucleus accumbens*, stimolando il rilascio di dopamina e noradrenalina, mediatori del piacere e del rinforzo.

La dipendenza impedisce al fumatore di smettere nonostante la consapevolezza dei danni.
L'iniziazione in età adolescenziale è associata a una dipendenza più severa in età adulta

La dipendenza ha due componenti:

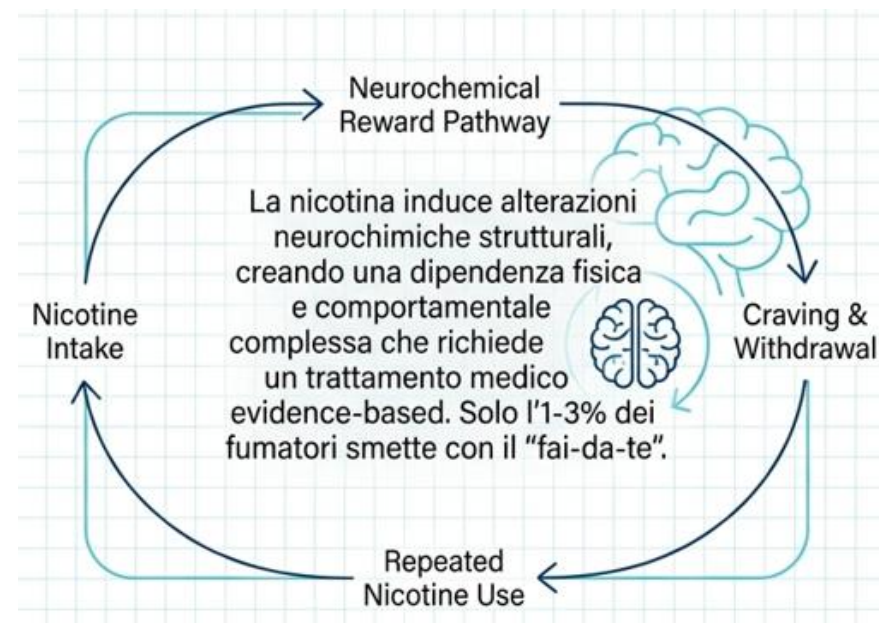
fisica (neurobiologica)

psicologica/comportamentale (legata a routine e stimoli sociali)

Il trattamento ottimale deve pertanto essere integrato:

farmacoterapia per i sintomi fisici e

terapia cognitivo-comportamentale (CBT) per modificare gli automatismi



Smoking: can we really make a difference?

G Sutherland

The enormous health benefits of stopping smoking are now well established. Doctors have a vital role in motivating smokers and initiating quit attempts. The mainstay of National Health Service smoking cessation strategy should be the routine provision of brief opportunistic intervention in primary care, backed up by referral to a specialist smoking cessation service. There is an urgent need to increase substantially the numbers of smokers referred by general practitioners, other members of the primary care team, and those working in acute hospital trusts to specialist smoking cessation services and for better coordination between the various services. The combination of brief advice with brief treatment (nicotine replacement therapy) is the most effective way of increasing the number of smokers who quit often relapse.



Health for the number of smokers successfully quitting using the services. It is expected that funding will continue to be provided to keep the momentum going with the allocation to primary care trusts from 2003 onwards reflecting the high priority of smoking cessation within the NHS.

Updated UK guidelines on smoking cessation were published in 2000.⁵ These evidence based guidelines are endorsed by 25 professional bodies including the Royal College of Physicians, the Royal College of General Practitioners, and the Royal College of Nursing. Obstacles to full implementation of the guidelines include the perception (which is slowly changing) that smoking is



Figure 1 Expected one year success rates from different interventions (biochemically validated abstinence).

NAPOLI
14-15-16
OTTOBRE
2026

Hotel Royal Continental

EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEL PERCORSO DI CESSAZIONE DAL FUMO

PROGRESSIONE DEI TASSI DI SUCCESSO AD UN ANNO (ASTINENZA CONTINUA) IN BASE ALL'INTENSITÀ DELL'INTERVENTO E AL TIPO DI SUPPORTO FORNITO:

- **Nessun consiglio o supporto sanitario:** solo l'1–2% dei fumatori riesce a smettere e a rimanere astinente dopo un anno.
- **Consiglio breve del medico (3 minuti):** L'intervento minimo di un medico porta il tasso di successo al 5%.
- **Consiglio breve + Farmacoterapia:** L'aggiunta di un trattamento farmacologico raddoppia il risultato precedente, portando l'astinenza al 10%.
- **Supporto comportamentale intensivo:** L'assistenza erogata da un centro o clinica specialistica incrementa ulteriormente le probabilità di successo 13%

La combinazione di un intervento comportamentale strutturato e della terapia farmacologica offre i risultati migliori in assoluto, raggiungendo un tasso di successo del 25% ad un anno

GOVERNARE LA COMPLESSITÀ

I SERVIZI PER LE DIPENDENZE TRA INDIRIZZI ISTITUZIONALI,
EVIDENZE CLINICHE E BISOGNI EMERGENTI



Cochrane Database of Systematic Reviews

Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Review)

Hartmann-Boyce J, Livingstone-Banks J, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, Lindson N, Freeman SC, Sutton AJ, Theodoulou A, Aveyard P

Lo studio analizza l'efficacia comparativa dei supporti comportamentali per la cessazione dal fumo attraverso una panoramica di revisioni e una meta-analisi a rete

Aveyard P.
Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2021, Issue 1. Art. No.: CD013229.
DOI: 10.1002/14651858.CD013229.pub2.

www.cochranelibrary.com

2021

Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis (Review)
Copyright © 2021 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY



Linea guida per il
trattamento della dipendenza
da tabacco e da nicotina

2023

Linea guida 1/2023 SNLG

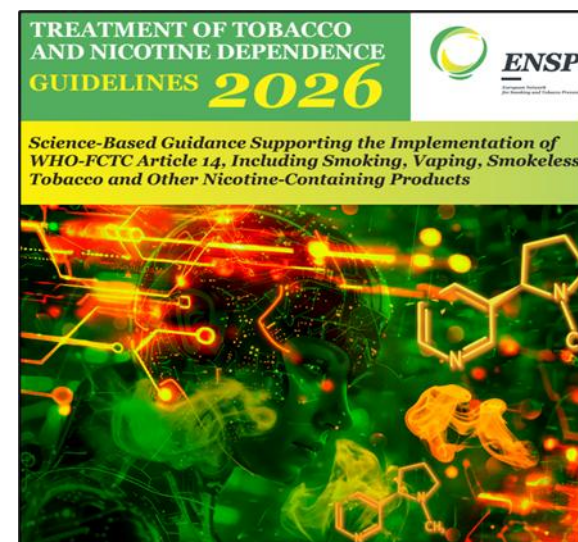
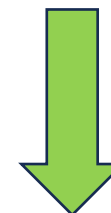


SNLG (2023)



ENSP (2026)

SCIENZA DEGLI INTERVENTI





EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEL PERCORSO DI CESSAZIONE DAL FUMO

L'Equazione Fondamentale: Il Moltiplicatore di Efficacia



Nessun Intervento / Solo Volontà

Tassi di successo base minimi. Altissimo rischio di ricaduta immediata.



Solo Farmaco OPPURE Solo Counselling

Miglioramento significativo. (Efficacia dimostrata di NRT, Vareniclina, Bupropione o supporto psicologico isolato).

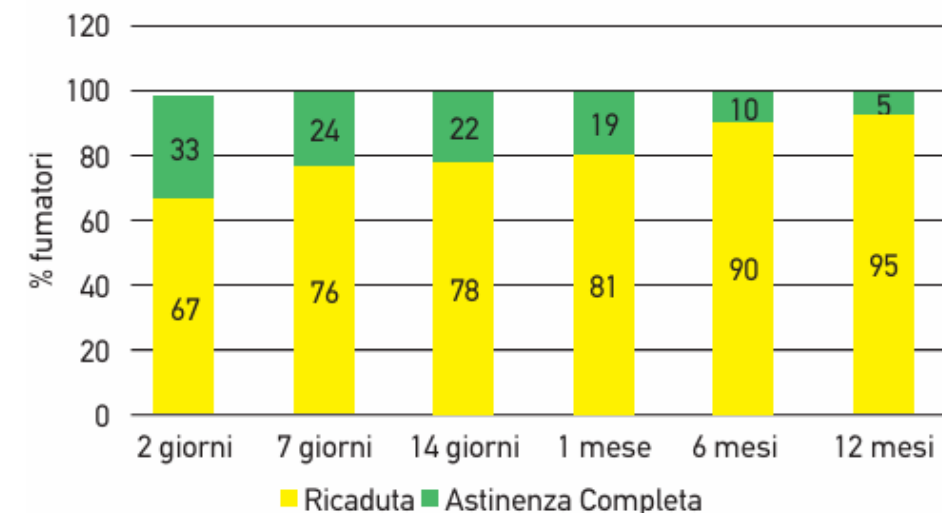


Farmacoterapia + Counselling Intenso (>4 Sessioni)

Efficacia Massima. SNLG 2023 e US 2008 concordano: l'efficacia esplode quando si fondono il supporto comportamentale intensivo (da 4 a 10 sessioni) con la potenza farmacologica.

Nota

Figura 1.2: Modello di ricaduta nei fumatori che hanno smesso autonomamente (senza alcun supporto)¹²



il più alto tasso atteso di disassuefazione ai 12 mesi con la terapia combinata
è compreso tra il **25** ed il **40%**

GOVERNARE LA COMPLESSITÀ

I SERVIZI PER LE DIPENDENZE TRA INDIRIZZI ISTITUZIONALI,
EVIDENZE CLINICHE E BISOGNI EMERGENTI



NAPOLI
14-15-16
OTTOBRE
2026

Hotel Royal Continental

EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICO DI CE

Raccomandazione

Nei fumatori di sigaretta di tabacco tradizionale, il Panel raccomanda di utilizzare l'intervento breve (minimal/brief advice) rispetto a nessun intervento o usual care.

Nei fumatori di sigaretta di tabacco tradizionale che hanno scelto di seguire un trattamento per la cessazione, il Panel raccomanda di utilizzare l'intervento di counselling rispetto alla sola informazione di tipo medico.

Interventi farmacologici con supporto comportamentale

Quesito

Nel trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina, qual è l'efficacia di un trattamento farmacologico (in monoterapia o farmacoterapia combinata) in associazione ad un intervento di counselling (individuale o di gruppo) rispetto al solo trattamento farmacologico o al solo intervento di counselling (individuale o di gruppo)?

Raccomandazione (trattamento farmacologico + counselling vs solo counselling)

Nei fumatori di sigaretta di tabacco tradizionale che hanno scelto di seguire un trattamento per la cessazione, il Panel raccomanda di utilizzare l'associazione del trattamento farmacologico con l'intervento di counselling rispetto al solo intervento di counselling.
[Raccomandazione forte basata su una qualità moderata delle prove]

Raccomandazione (trattamento farmacologico + counselling vs trattamento farmacologico)

Nei fumatori di sigaretta di tabacco tradizionale che hanno scelto di seguire un trattamento per la cessazione, il Panel suggerisce di utilizzare l'associazione del trattamento farmacologico con l'intervento di counselling rispetto al solo trattamento farmacologico. [Raccomandazione condizionata basata su una qualità bassa delle prove]



Linea guida per il
trattamento della dipendenza
da tabacco e da nicotina

Linea guida 1/2023 SNLG

**RACCOMANDAZIONI E
INDICAZIONI DI BUONA PRATICA
INTERVENTI COMPORTAMENTALI**

**Brief Advice (minimal advice) (counselling breve) per smettere di fumare**

«un intervento una tantum, senza follow up o consulenze supplementari, della durata da 5 a 10 minuti»

Comprende uno o più dei seguenti aspetti:

- un semplice suggerimento a smettere di fumare;
- una valutazione della disponibilità da parte del paziente a smettere di fumare;
- l'offerta di una farmacoterapia o supporto comportamentale;
- fornire materiale informativo sulla cessazione da fumo e dare indicazioni sui centri antifumo.



Figura 3.1: Minimal Advice nelle Cure primarie



L' identificazione dei fumatori è obbligatoria nella pratica medica abituale

> [Recenti Prog Med.](#) 2016 Nov;107(11):592-594. doi: 10.1701/2484.25972.

[Efficacy and effectiveness of prevention programs in the population: for a more rational choice of public health interventions]

[Article in Italian]

[Alessandro Coppo](#)¹, [Francesco Barone Adesi](#)², [Fabrizio Faggiano](#)¹

Affiliations + expand

PMID: 27869878 DOI: [10.1701/2484.25972](#)

Results: Even assuming that Smoking Cessation Centers always offer the best available intervention (efficacy: 82%), they do not seem able to have a major effect on smoking cessation in the population (effectiveness: 0.8%). This is due to the very small number of smokers that seek help to these centers (1%). On the contrary, interventions based on minimal advice are anticipated to have much higher effectiveness (21%).



EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEL PERCORSO DI CESSAZIONE DAL FUMO

I 5 Stadi del Cambiamento

Pre-contemplazione (Pre-contemplation): Il fumatore è appagato dalla propria abitudine e non avverte alcun bisogno o intenzione di modificare il proprio comportamento da fumo

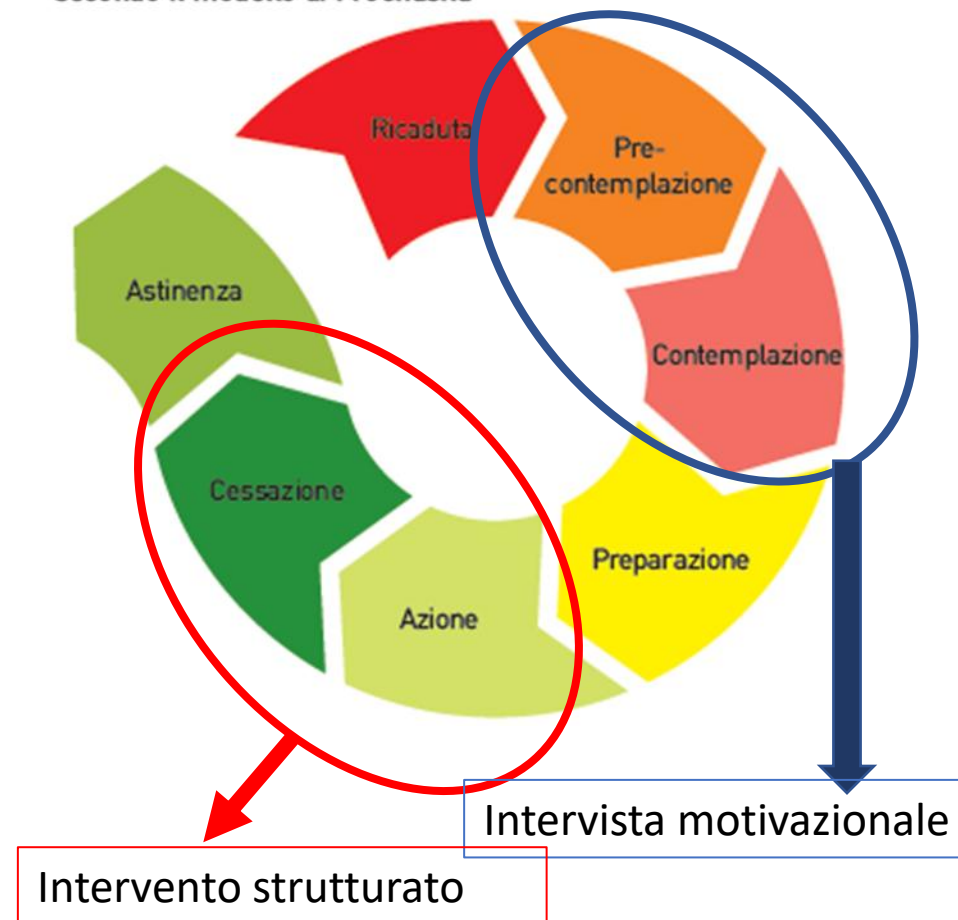
Contemplazione (Contemplation): La persona avverte la necessità di cambiare, ma la motivazione non è ancora abbastanza forte da spingerla all'azione o alla definizione di un piano concreto nell'immediato

Preparazione (Preparation): Il paziente ha deciso di provare a smettere ed è pronto a pianificare concretamente il tentativo di cessazione nel futuro prossimo

Azione (Action): La persona avvia e mette in atto il tentativo di cessazione dal fumo

Mantenimento (Maintenance): Il paziente consolida i risultati ottenuti e mantiene l'astinenza continua dal fumo per un periodo di almeno 6 mesi o più

Figura 1.4: Fasi del cambiamento per la cessazione del fumo secondo il modello di Prochaska





Intervista motivazionale

Per chi si trova in pre-contemplazione o contemplazione si applicano interventi di incremento motivazionale (come le "5R" o l'intervista motivazionale) per facilitare il passaggio allo stadio successivo.

Le metanalisi indicano che l'applicazione di tali tecniche da parte dei clinici incrementa significativamente la frequenza dei futuri tentativi di cessazione e i tassi di astinenza a lungo termine rispetto ai consigli generici o alle cure di routine.

L'**Intervista Motivazionale (Motivational Interviewing)**, si basa sull'ascolto empatico, sulla comprensione delle paure del paziente e sulla creazione di un clima di fiducia senza colpevolizzazioni

La **strategia motivazionale delle "5R"** è un modello di counselling sviluppato appositamente per i fumatori che non sono ancora pronti o motivati a smettere di fumare al momento della valutazione clinica; anziché forzare il paziente o insistere in modo direttivo, il professionista sanitario utilizza questo approccio per far emergere le motivazioni personali e superare le ambivalenze



EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEL PERCORSO DI CESSAZIONE DAL FUMO

INDIVIDUARE LE RAGIONI PERSONALI DEL PZ- INTERVISTA MOTIVAZIONALE

- Esprimere empatia attraverso domande aperte che esplorino l'attitudine a fumare ("Quanto pensa che sia importante smettere di fumare per la sua vita?").
- Usare tecniche di ascolto riflessivo ("Allora, lei pensa che fumare la aiuti a mantenere il suo attuale peso-forma?").
- Supportare il paziente che rifiuta il cambiamento ("Capisco che lei non sia pronto a smettere di fumare adesso. Quando vorrà provarci, io sarò qui ad aiutarla").
- Sviluppare discrepanze tra l'attuale comportamento del paziente ed i loro valori personali (frattura interiore) ("Lei dice che la sua famiglia la tiene in alta considerazione. Come pensa che la sua dipendenza da fumo influisca su sua moglie e sui suoi figli?").

- Attitudine empatica ("Lei è forse preoccupato degli eventuali sintomi d'astinenza da nicotina?").
- Costruire una motivazione al cambiamento ("La aiuteremo ad evitare di avere un infarto cardiaco, come è successo a suo padre fumatore").
- Chiedere il permesso di fornire informazioni ("Vuole imparare assieme a me delle piccole strategie di comportamento che la aiuteranno a fronteggiare in modo diverso le situazioni che lei attualmente risolve fumando?").
- Fornire soluzioni semplici, come piccoli passi verso la disassuefazione: un numero telefonico verde a cui rivolgersi nei momenti di bisogno, piccoli volantini che riportino suggerimenti per il cambiamento comportamentale etc.



5 R

Relevance (Rilevanza / Pertinenza): Il medico o l'operatore sanitario invita il paziente a riflettere su quanto e perché smettere di fumare sia importante personalmente per lui

La discussione viene centrata sulla situazione individuale del fumatore (es. stato di salute attuale, ruolo genitoriale, contesto familiare o valori personali)

Risks (Rischi): Si chiede al paziente di identificare le conseguenze negative e i potenziali rischi legati al proseguimento del fumo, aiutandolo a stratificare sia i rischi acuti (es. affanno, riacutizzazioni di patologie respiratorie come la BPCO) sia i rischi a lungo termine (es. tumori, malattie cardiovascolari, infertilità) e i rischi legati all'esposizione al fumo passivo per la famiglia

Rewards (Ricompense / Benefici): Il clinico aiuta il fumatore a individuare i benefici diretti e personali derivanti dalla cessazione

. Tra questi rientrano il miglioramento della salute e delle prestazioni fisiche, il recupero di gusto e olfatto, il risparmio economico e la sensazione di riacquistare il controllo sulla propria vita

Roadblocks (Ostacoli / Barriere): Si invita il paziente ad analizzare le barriere o gli ostacoli che teme di incontrare o che gli impediscono di tentare di smettere (es. paura dei sintomi di astinenza, timore di ingrassare, stress, mancanza di supporto sociale o presenza di altri fumatori in casa). Il professionista aiuta quindi il paziente a ipotizzare strategie pratiche di coping per superare tali ostacoli

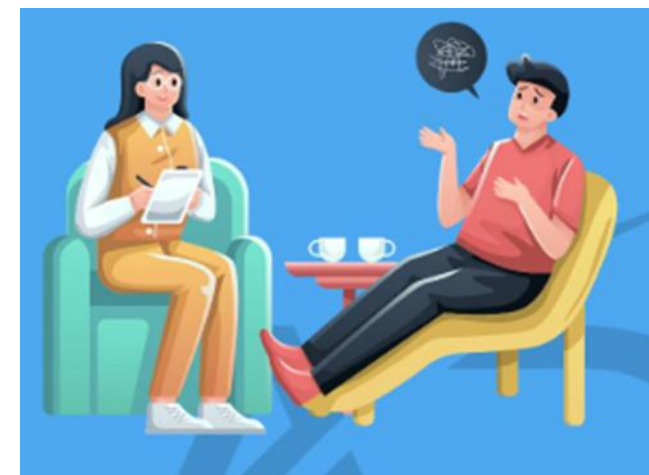
Repetition (Ripetizione): L'intervento motivazionale viene ripetuto ad ogni visita o contatto clinico successivo con il fumatore non ancora deciso a smettere. Poiché la disponibilità a cambiare comportamento non è statica ma può evolvere nel tempo, la reiterazione empatica dell'intervento aumenta le probabilità che il paziente decida in seguito di compiere un tentativo di cessazione



COUNSELLING STRUTTURATO (sinonimi: sostegno comportamentale, supporto comportamentale, counselling comportamentale)

L'OMS descrive il counselling come: *“un **processo** che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere e gestire problemi e a prendere decisioni; coinvolge un cliente e un counsellor: il primo è un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo è una persona esperta, imparziale, non legata al cliente, addestrata all'ascolto, al supporto e alla guida”* (Clarkson, 1991).

Nella cura del tabagismo, il termine “counselling” va generalmente inteso come “**counselling strutturato**”, ossia non occasionale, ma pianificato, che costituisce il percorso di accompagnamento alla cessazione dal fumo o dal consumo di altri prodotti contenenti tabacco e/o nicotina all'interno del CTT, preferibilmente in associazione al farmaco.





Contenuti Counselling strutturato

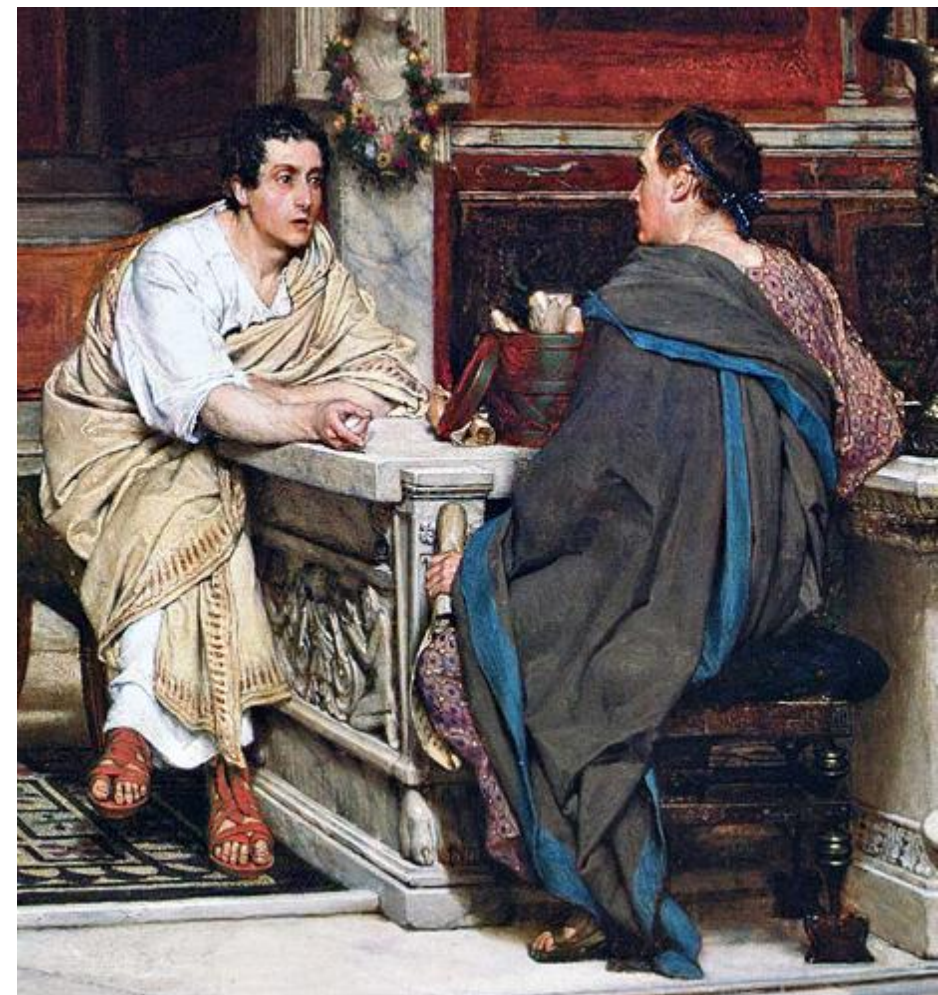




Counselling strutturato

Il counselling fornisce supporto per indurre la **motivazione a smettere**, il **problem solving** e migliorare le **abilità di coping**.

Le sessioni di sostegno come contenuto hanno frequentemente aspetti mutuati dalla psicologia cognitivo-comportamentale (es. **analisi degli ostacoli**, **utilizzo del diario comportamentale**, **gestione del craving**, **addestramento a tecniche per il riconoscimento delle situazioni a rischio**, ecc.), come tecnica di conduzione del colloquio mutuano aspetti legati al counselling e alla “**colloquio motivazionale**” per esempio: approccio non giudicante, alleanza formulazione di domande aperte, ascolto riflessivo, implementazione dell'autoefficacia, ecc.).





EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEL PERCORSO DI CESSAZIONE DAL FUMO

Durante le sessioni di supporto comportamentale, lo specialista e il paziente mappano i fattori scatenanti attraverso diversi passaggi:

Analisi dei tentativi passati: Esame dei precedenti tentativi di cessazione per individuare quali situazioni o stati d'animo specifici abbiano causato i cedimenti temporanei (lapse) o la ricaduta vera e propria (relapse)

Automonitoraggio (Diario del fumo): Durante la fase di preparazione prima del giorno stabilito per smettere (quit date), il paziente registra ciascuna sigaretta fumata, annotando l'ora, l'attività in corso, l'ambiente, la presenza di altre persone e il livello di bisogno percepito

Valutazione del profilo di dipendenza: Discussione guidata per distinguere se la sigaretta viene accesa per gestire la dipendenza chimica da nicotina o per gestire aspetti emotivi e gestuali



GOVERNARE LA COMPLESSITÀ

I SERVIZI PER LE DIPENDENZE TRA INDIRIZZI ISTITUZIONALI, EVIDENZE CLINICHE E BISOGNI EMERGENTI



Hotel Royal Capotaormina

Nome: _____ Data: _____

Sigaretta n°	Ora	Luogo, attività, persone presenti*	Stato d'animo o motivi**	Voglia di fumare****	Necessità sì, no	Attività alternativa
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

* Attività: a casa, al lavoro, al telefono, in auto, in pausa, a una fermata di trasporti pubblici
 ** Stato d'animo: neutro, inquieto, stressato, snervato, depresso, soddisfatto, tranquillo, stanco, annoiato
 *** Voglia: assente, debole, moderata, forte, fortissima

0848 000 181

DIARIO FUMO

Per un periodo di 1–2 settimane prima della data stabilita per smettere, il fumatore annota in tempo reale ogni sigaretta fumata (o ogni impulso acuto), registrando

Ora e Luogo: Per individuare la distribuzione temporale nell'arco della giornata e gli ambienti fisici associati al fumo (es. casa, auto, posto di lavoro)

Attività in corso (Contesto): Ciò che si sta facendo al momento dell'accensione (es. subito dopo il caffè, durante una pausa dal lavoro, alla guida o al telefono)

Presenza di altre persone: Se si è da soli o in compagnia (in particolare con altri fumatori o in contesti sociali)

Stato d'animo ed Emozione: Il fattore interno che spinge a fumare (es. stress, ansia, noia, rabbia, frustrazione o ricerca di relax)

Livello di bisogno / Urgenza (Craving): Un punteggio su una scala (es. da 1 a 5 o da 1 a 10) per quantificare l'intensità del desiderio percepito



EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEL PERCORSO DI CESSAZIONE DAL FUMO

I Principali Fattori Scatenanti (Triggers)

I fattori che innescano il bisogno di fumare si dividono in quattro categorie principali:

Stati emotivi e interni negativi: Sensazioni di stress, ansia, frustrazione, rabbia, noia o stanchezza

Routine e comportamenti condizionati: Situazioni e abitudini quotidiane automaticamente associate al fumo, come il caffè del mattino, la fine del pasto, la guida dell'auto, le pause dal lavoro o il consumo di bevande alcoliche

Contesti sociali e ambientali: Trovarsi in compagnia di altri fumatori, frequentare luoghi abitualmente legati al fumo o partecipare a feste ed eventi sociali

Indizi visivi e disponibilità immediata: Avere a portata di mano pacchetti di sigarette, accendini o posacenere in casa, in borsa o in macchina





EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEL PERCORSO DI CESSAZIONE DAL FUMO

Strategie Comportamentali e di Coping

Una volta individuati i trigger, il percorso di counselling fornisce strategie pratiche per affrontarli:

Controllo dello stimolo (Stimulus Control): Eliminazione completa di sigarette, accendini e posacenere dagli ambienti di vita e di lavoro e pulizia degli spazi per rimuovere l'odore di fumo

Riorganizzazione delle routine: Modifica delle abitudini associate al fumo (ad esempio sostituire il caffè con un tè, alzarsi da tavola subito dopo aver mangiato o cambiare percorso abituale)

Gestione del craving (Regola dei 7 minuti): Consapevolezza che l'impulso più acuto di fumo ha una durata di circa 7 minuti prima di affievolirsi; in questo arco di tempo si applicano tecniche di distrazione come bere un grande bicchiere d'acqua a piccoli sorsi, masticare gomme, usare palline antistress o praticare esercizi di respirazione e rilassamento

Pianificazione di azioni alternative (Problem-Solving): Elaborazione di piani d'azione prestabiliti del tipo "Se mi trovo in una situazione di stress, allora applicherò una tecnica di respirazione anziché accendere una sigaretta"

COPING STRATEGIES





EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PSICOEDUCATIVI NEL PERCORSO DI CESSAZIONE DAL FUMO

DURATA Counselling intensivo



Numero sessioni: minimo di 4 sessioni fino a un massimo di 10 sessioni

Durata incontri: circa 45 minuti

Durata complessiva del percorso: Il ciclo di trattamento standard si sviluppa nell'arco di 8–12 settimane

Counselling di Gruppo

Numero di sessioni: Generalmente organizzato in 5–10 sessioni

Durata della singola sessione: Le sedute di gruppo richiedono tempi più ampi per favorire l'interazione, compresi tra 45 e 90 minuti (fino a 90–120 minuti per specifici modelli cognitivo-comportamentali)

Durata totale: Il programma di gruppo si articola solitamente nell'arco di 1–3 mesi



operatore

Poiché si basa su tecniche specifiche (come la terapia cognitivo-comportamentale e l'intervista motivazionale),
il requisito essenziale per la sua erogazione è il possesso di una formazione specifica e qualificata nel trattamento del tabagismo

Può essere condotta da:

- medici
- infermieri
- educatori
- ostetriche

Formazione del personale sanitario



Quesito

Nel trattamento della dipendenza tabacco e da nicotina è più efficace una formazione specifica (universitaria e post-universitaria) dei MMG e degli altri professionisti della salute rispetto all'attuale informazione generica sul tabagismo che si riceve nei corsi di laurea infermieristica, di medicina o psicologia?

Indicazioni di buona pratica clinica

È ragionevole realizzare percorsi di formazione specifica, a livello universitario o post-universitario, rivolti ai MMG e altri professionisti della salute al fine di implementare le attività di prevenzione e trattamento della dipendenza da tabacco e nicotina, nei consumatori di sigaretta di tabacco tradizionale, tabacco non da fumo, tabacco riscaldato, sigaretta elettronica e altri prodotti contenenti nicotina.



NON C'È UNA DIFFERENZA SIGNIFICATIVA IN TERMINI DI EFFICACIA TRA I TRATTAMENTI PSICOEDUCATIVI SINGOLI (INDIVIDUALI) E QUELLI DI GRUPPO DI CESSAZIONE DAL FUMO

Entrambi sono nettamente superiori al tentativo di smettere da soli o all'uso di semplici materiali di auto-aiuto.

La scelta tra le due modalità non dipende quindi da quale sia "più efficace" in assoluto, ma da fattori pratici, logistici e dalle preferenze personali del fumatore.





Trattamento Singolo (Individuale)

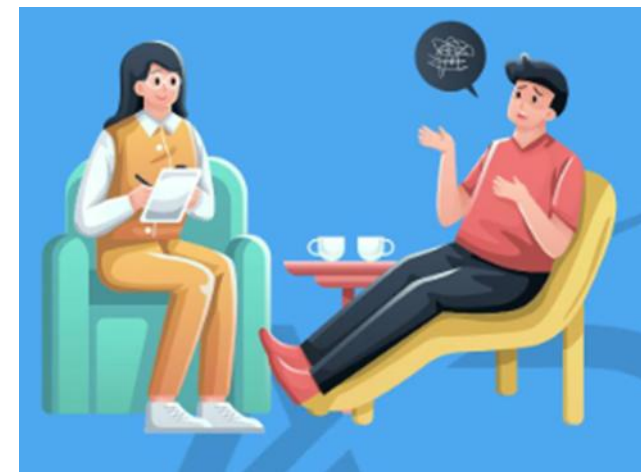
Il colloquio faccia a faccia (della durata minima di 10-15 minuti per sessione) si concentra esclusivamente sulla storia clinica e personale del singolo fumatore.

I vantaggi dell'individuale:

- **Massima personalizzazione:** Il terapeuta modella le strategie cognitive e comportamentali esattamente sui "trigger" specifici e sullo stile di vita della persona.
- **Flessibilità logistica:** È decisamente più facile pianificare e riprogrammare le sedute in base alle proprie esigenze lavorative o personali.
- **Maggiore riservatezza:** È l'approccio ideale per chi non si sente a proprio agio nel condividere le proprie difficoltà o la propria vulnerabilità di fronte a degli estranei.

I limiti:

- Manca del tutto la rete di supporto dei pari, lasciando il paziente a fare affidamento unicamente sulla relazione bilaterale con il professionista.





Trattamento di Gruppo

I programmi collettivi (solitamente composti da 7-12 partecipanti guidati da un conduttore) sfruttano le dinamiche relazionali come strumento terapeutico.

I vantaggi del gruppo:

- **Fattore "microcosmo sociale":** Condividere lo stesso obiettivo riduce il senso di isolamento, la vergogna e la colpa legati alla dipendenza.
- **Sostegno reciproco (Peer Support):** I partecipanti si scambiano feedback immediati, strategie pratiche per superare i momenti critici e si offrono mutuo incoraggiamento.
- **Modellamento positivo:** Vedere i progressi e i successi degli altri membri infonde speranza e motivazione nel continuare il percorso.

I limiti:

- Richiede **flessibilità oraria** per adattarsi agli incontri fissi e può risultare difficile l'accesso o il mantenimento della frequenza se sorgono impegni personali.
- **Non è adatto per tutti i pazienti**



Counselling Telefonico e Quitlines

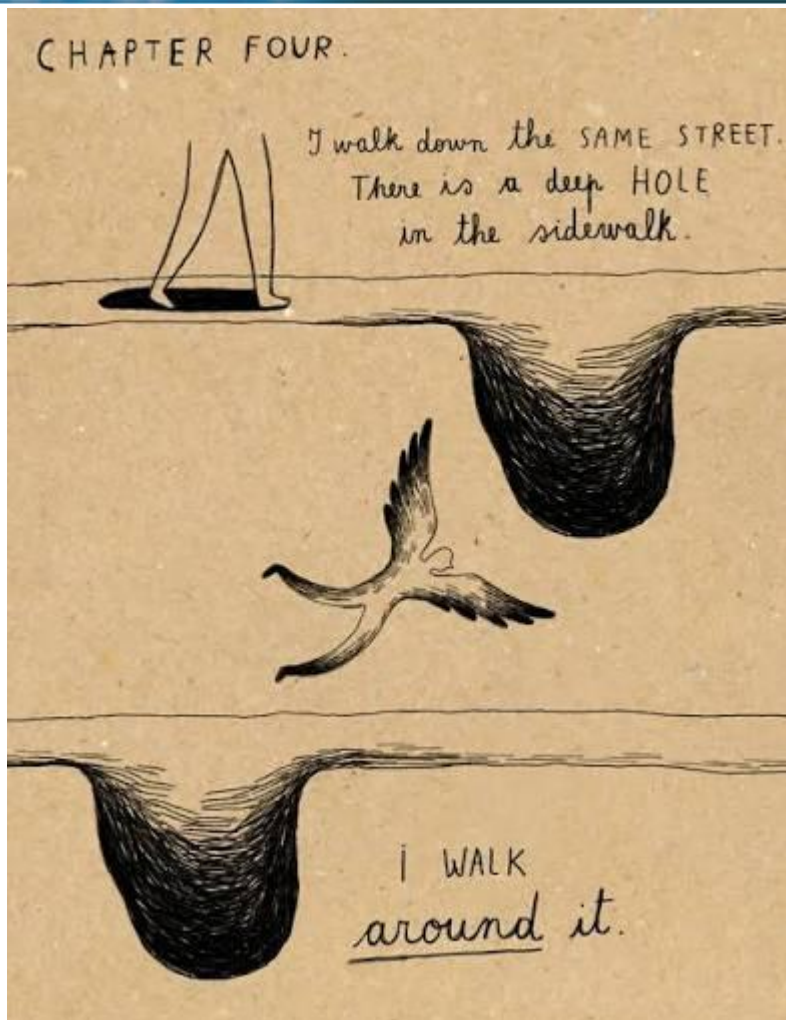
Efficacia: Il counselling telefonico di tipo proattivo (in cui è il counsellor a pianificare e ricontattare il paziente) aumenta i tassi di astinenza a lungo termine rispetto ai soli materiali di auto-aiuto (RR 1,25–1,37)

Frequenza dei contatti: **Un minimo di 2 o più chiamate proattive** è essenziale per evidenziare un beneficio clinico

Vantaggi e Raccomandazioni: Offre un'elevata accessibilità e flessibilità, eliminando le barriere di spostamento per persone con mobilità ridotta o residenti in aree geografiche isolate/rurali

Nota di linea guida (ISS): L'ISS raccomanda di preferire, quando possibile, l'interazione diretta terapeuta-paziente con contatto visivo (in presenza o in videochiamata) rispetto al supporto solo telefonico

Tipologia di Supporto	Livello di Efficacia Clinica	Punto di Forza Principale	Ruolo nelle Linee Guida
Individuale (Faccia a Faccia / Video)	Elevata (OR ~1,44; RR ~1,57) 1 2	Massima personalizzazione e gestione casi complessi 5 7	Raccomandato (Trattamento elettivo) 5 31
Gruppo	Elevata (OR ~1,98 vs auto-aiuto) 11	Sostegno sociale tra pari e costo-efficacia 15 17	Raccomandato (Equivalente all'individuale) 11 13
Telefonico Proattivo (Quitline)	Moderata (RR ~1,25 – 1,37) 2 19	Accessibilità e superamento barriere geografiche 21 22	Raccomandato (Preferibile in presenza/video se dispon.) 5 ...
SMS / Messaggi di testo	Moderata/Buona (OR ~1,45) 1 2	Automatizzabile e ad ampio raggio 24 30	Raccomandato come supporto di prima linea 24



Grazie per l'attenzione

Autobiografia in cinque corti capitoli

Capitolo primo

Cammino lungo una strada.
 C'è una buca profonda nel marciapiede.
 Ci casco dentro.
 Sono perduto,
 non posso farci nulla,
 non è colpa mia.
 Ci metto una vita per uscirne.

Capitolo secondo

Cammino lungo la stessa strada.
 C'è una buca profonda nel marciapiede.
 Faccio finta che non ci sia.
 Ci casco dentro.
 Non posso credere di essere ancora nello stesso posto.
 Ma non è colpa mia.
 Mi ci vuole un sacco di tempo per uscirne.

Capitolo terzo

Cammino lungo la stessa strada.
 C'è una buca profonda nel marciapiede.
 La vedo benissimo.
 Ci casco dentro di nuovo;
 è un'abitudine.
 Ma i miei occhi sono aperti:
 so dove sono.
 È colpa ma.
 Ne esco immediatamente.

Capitolo quarto

Cammino lungo la stessa strada.
 C'è una buca profonda nel marciapiede.
 Ci cammino intorno.

Capitolo quinto

Me ne vado per un'altra strada."

Portia Nelson