



LINEA GUIDA PER IL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA TABACCO E DA NICOTINA

SCOPE

1. Titolo esteso

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

2. Mandato

Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale Dipendenze e Doping e Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio.

2.1 Definizione

La dipendenza da tabacco (tabagismo) è una patologia cronica recidivante riconosciuta come le altre dipendenze patologiche, di cui la nicotina, sostanza neuro-psicotropa, è ampiamente accettata come la principale componente (1) che induce alterazioni neurochimiche, modifica la plasticità di alcune zone cerebrali e delle strutture recettoriali, e causa cambiamenti comportamentali relativi alla memoria, alle emozioni e all'apprendimento (2). Il consumo di tabacco e di nicotina può quindi causare una dipendenza che rende difficoltoso smetterne l'uso, nonostante la consapevolezza dei gravi rischi per la salute associati a quest'abitudine. Tale dipendenza si estrinseca anche come dipendenza gestuale e comportamentale sia dall'uso della sigaretta tradizionale che dal device, nel caso del tabacco riscaldato e della sigaretta elettronica essendo prodotti che si basano anche sull'attrattività del design (3-6).

3. Le ragioni alla base di questa LG

3.1 Epidemiologia

La dipendenza da tabacco e da nicotina rappresenta un serio problema per la salute pubblica essendo uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie.

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile. L'OMS calcola che più di 8 milioni di persone perdono la vita ogni anno per i danni da tabagismo. A questi si aggiungono 1,2 milioni di non fumatori esposti al fumo passivo (7, 8).

Il consumo di tabacco è la prima causa di morbosità e mortalità prevenibile nella regione europea dove contribuisce ampiamente alla disuguaglianza sanitaria.

Il fumo di tabacco anche in Italia rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile (9), con preoccupanti dati relativi ai consumi tra i giovani: come riportato nella relazione annuale sul fumo 2018, in cui si evidenzia che il 47% della popolazione scolastica (11-17 anni) ha già avuto un contatto con il tabacco, mentre il 4,5% degli studenti intervistati ha iniziato a fumare la prima sigaretta a 9-10 anni e ben il 43,7% ha iniziato a fumare la prima sigaretta a 11-13 anni (10). Inoltre vi è una riduzione della percentuale di quanti provano a smettere: nel triennio 2011-2014 erano il 38,4%, nel 2012-2015, il 37,2%, e nel 2016-2019, il 36,1% (11), nonché la comparsa sul mercato di nuovi prodotti a base di nicotina dannosi per la salute (6, 12-17).

Il consumo di tabacco rappresenta uno dei principali fattori di rischio modificabili, ai quali si può ricondurre il 60% del carico di malattia (Burden of Disease), in Europa e in Italia (18).

In particolare, nel nostro Paese si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco più di 70.000 morti l'anno (19).

Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Il fumo non è responsabile solo del tumore del polmone e di altri 11 neoplasie (20), ma rappresenta anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, fra cui la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ed è uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare: un fumatore ha un rischio di mortalità, a causa di una coronaropatia, superiore da 3 a 5 volte rispetto a un non fumatore. Un individuo che fuma per tutta la vita ha il 50% di probabilità di morire per una patologia direttamente correlata al fumo e la sua vita potrebbe non superare un'età compresa tra i 45 e i 54 anni (21).

L'articolo 14 della Convenzione quadro sul controllo del tabacco dell'OMS (22) richiede che siano istituiti servizi per smettere di fumare a livello nazionale. Gli approcci consigliati includono: brevi consigli a livello di cure primarie, linee telefoniche nazionali per smettere di fumare, terapie sostitutive della nicotina con copertura dei costi e l'uso di tecnologie digitali e mobili per responsabilizzare coloro che vogliono smettere. L'intervento per la cessazione del fumo produce risultati efficaci sulla salute della comunità riducendo l'impatto economico-sanitario legato alla cura delle patologie fumo-correlate. Nel 2018 solo 23 paesi (inclusi solo sei paesi a reddito medio paesi e un paese a basso reddito) hanno offerto un supporto completo per la cessazione ai tabagisti in cerca di aiuto per smettere (23). Il rafforzamento dell'attuazione dell'FCTC è un fattore chiave nel raggiungimento degli obiettivi sanitari legati ai traguardi di Sviluppo Sostenibile entro il 2030.

In Italia, nonostante gli sforzi compiuti per contrastare l'epidemia tabagica, si assiste attualmente ad una situazione di sostanziale stagnazione relativamente alla riduzione del numero di fumatori. Prendendo infatti in esame i dati storici relativi alle indagini sull'abitudine al fumo degli italiani condotte dall'Istituto Superiore di Sanità, è possibile osservare come nel 2019 si registrino di fatto le stesse prevalenze di fumatori (22% degli italiani) riscontrate cinque anni prima (2014) e undici anni prima (2008), a conferma del fatto che da oltre dieci anni le politiche e le attività di contrasto al tabagismo abbiano avuto un impatto sulla percentuale dei fumatori piuttosto marginale (24, 25).

A livello nazionale e regionale occorre investire ed implementare un approccio globale al fenomeno del tabagismo orientato a promuovere ambienti e persone libere dal fumo e fondato su una visione intersettoriale e interdisciplinare del problema, integrando politiche e azioni efficaci per contrastare il fenomeno, quali monitoraggio dei consumi (anche relativamente ai nuovi prodotti), politiche di prevenzione e di protezione della popolazione, sostegno alla cessazione, informazione sui pericoli del tabacco, nonché rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco, politiche fiscali e dei prezzi (26).

La dipendenza da tabacco va affrontata come una malattia che necessita della cura da parte di professionisti del settore sanitario secondo i criteri previsti dalla medicina basata sulle evidenze. In tale

contesto, risulta di fondamentale importanza per gli operatori sanitari disporre di linee guida di pratica clinica ovvero di uno strumento validato che consenta un rapido trasferimento delle conoscenze, elaborate dalla ricerca biomedica, nella pratica clinica quotidiana.

In questi ultimi anni, ai prodotti del tabacco convenzionali, si sono aggiunti nuovi prodotti del tabacco (prodotti a tabacco riscaldato) e dispositivi elettronici aromatizzati con o senza nicotina (sigarette elettroniche), ampliando le popolazioni di consumatori sia di tabacco che di nicotina; tali prodotti meritano attenzione soprattutto per i giovani perché ne favoriscono la sperimentazione e possono indurre all'iniziazione al fumo di sigarette tradizionali. Per quanto riguarda i prodotti a tabacco riscaldato, nel 2018, l'indagine condotta annualmente dall'Istituto Superiore di Sanità relativa all'abitudine al fumo degli italiani aveva rilevato che il 2,7% della popolazione (circa 1,4 milioni di persone, ≥ 15 anni) dichiarava di averli provati. Di questi il 54,5% erano fumatori, l'11,4% ex fumatori, mentre il 34,1% non aveva mai fumato sigarette tradizionali. La rilevazione aveva messo in luce come la notorietà di questi prodotti in tre anni fosse quasi triplicata passando dal 21,5% nel 2015 al 52,3% nel 2018 (27, 28).

L'anno successivo (2019), l'indagine campionaria aveva evidenziato come questi prodotti venissero utilizzati abitualmente o occasionalmente dall'1,1% della popolazione italiana, circa 600.000 persone (≥ 15 anni). Relativamente alla percezione del rischio per la salute derivante dall'uso di questi prodotti, si era potuto osservare che, sebbene la maggioranza dei fumatori (il 55,8%) ritenesse che questi prodotti fossero dannosi al pari delle sigarette tradizionali, un 25,3% di essi riconosceva i prodotti a tabacco riscaldato come meno dannosi. Inoltre, il 6,4% dei non fumatori ed il 27,6% dei fumatori 'passerebbe/inizierebbe a fumare esclusivamente questi nuovi prodotti del tabacco di fronte alla certezza che essi siano meno dannosi per la salute rispetto alle sigarette tradizionali'. Il dato relativo ai fumatori si è rivelato particolarmente interessante perché dimostrava come ben il 58,4% di essi non sarebbe stato disposto ad utilizzare esclusivamente i nuovi prodotti, divenendo dunque di fatto un utilizzatore duale di prodotti contenenti nicotina (24), amplificando così il rischio di patologie correlate all'uso di tabacco e di nicotina.

I risultati dell'indagine condotta nel 2020, hanno mostrato che gli utilizzatori (occasionalmente + abituali) di prodotti a tabacco riscaldato sono il 4,1% degli italiani di età compresa tra i 18 e i 74 anni (29, 30).

Per quanto riguarda la sigaretta elettronica, i risultati relativi all'indagine condotta dall'ISS nel 2018 hanno mostrato che gli utilizzatori (occasionalmente + abituali) erano il 2,1% degli italiani (circa 1,1 milioni di persone, base: età ≥ 15 anni) (31). Di questi il 60,3% erano fumatori, il 32,3% ex-fumatori e il 7,4% persone che non avevano mai fumato sigarette tradizionali. La maggior parte degli utilizzatori (75,3%) era rappresentata da consumatori duali che fumavano le sigarette tradizionali e contemporaneamente l'e-cig, in particolare quelle con liquidi contenenti nicotina. A parte lievi oscillazioni nelle percentuali rilevate, queste caratteristiche si mantengono costanti nel tempo (nel 2019 erano circa 900.000 persone, pari a 1,7%).

L'indagine condotta nel 2020 ha mostrato che gli utilizzatori (occasionalmente + abituali) di sigaretta elettronica sono l'8,1% della popolazione di età compresa tra i 18 e i 74 anni (30).

Ulteriore preoccupazione relativamente all'ingresso sul mercato di sigarette elettroniche e prodotti a tabacco riscaldato ad alte temperature è legata alla percezione di questi prodotti come meno dannosi per la salute rispetto alla sigaretta tradizionale: tale percezione, infatti, può influenzare negativamente la motivazione di un fumatore a cessare il consumo di qualsiasi prodotto che contenga nicotina e che dunque crei dipendenza. Nell'indagine condotta dall'ISS nel 2019 il 19,2% degli intervistati riteneva i prodotti a tabacco riscaldato meno dannosi per la salute rispetto alla sigaretta tradizionale: tale percentuale saliva al 25,3% tra i fumatori. Inoltre, il 28,7% dei fumatori (e il 25,0% della popolazione generale) riteneva la sigaretta elettronica molto o abbastanza utile per aiutare il fumatore a smettere di fumare. Tali percentuali erano più contenute relativamente ai prodotti a tabacco riscaldato (aiutavano a smettere per il 22,1% dei

fumatori ed il 17,9% nella popolazione generale), probabilmente perché questi ultimi rispetto alla sigaretta elettronica sono maggiormente percepiti dalle persone come prodotti alternativi alla sigaretta tradizionale (24).

Obiettivo della *Linea guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e nicotina*, è pertanto quello di formulare raccomandazioni evidence-based per promuovere la cessazione del fumo di sigaretta tradizionale, dei prodotti a tabacco riscaldato e del consumo di prodotti a base di nicotina (es. sigaretta elettronica) nella popolazione italiana. Queste linee guida costituiscono un aggiornamento delle *Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, pubblicate nel 2002 dall'Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo Alcol e Droga. Destinatari delle presenti *Linee guida* sono tutti gli operatori sanitari coinvolti nel trattamento della dipendenza da tabacco e nicotina che operano in strutture ambulatoriali e ospedaliere, e altre professionalità quali medici di famiglia, pediatri, farmacisti, dentisti, medici del lavoro, ecc.

3.2 Criticità

L'idea di trattare la dipendenza da tabacco e da nicotina non è molto diffusa, perché si continua a pensare che sia sufficiente la semplice volontà degli individui per interrompere la dipendenza; questa, però, è in realtà così forte che col "fai-da-te" solo l'1-3% dei casi ottiene una "guarigione spontanea". Inoltre, i fumatori che hanno molte difficoltà economiche hanno la probabilità più bassa di smettere (7%), senza differenze per regione, istruzione, metodo utilizzato. Chi non ha difficoltà economiche ha più successo (12%) e il successo è concentrato nel Nord, in Toscana, Marche, Lazio e Puglia rispetto a gran parte del Sud (32).

Inoltre, è evidente la carenza di corsi regolari di tabagismo nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie (medicina, infermieristica, specializzazioni, ecc).

Pertanto è particolarmente sentita la necessità di una cultura dei trattamenti standardizzati, basati sulle evidenze e che siano accessibili in egual misura a tutti i cittadini. La cessazione del consumo di tabacco e di nicotina richiede competenze integrate, provenienti da diverse aree formative, e deve diventare pratica comune di tutti coloro che lavorano per la salute, con l'intento di fornire una base comune, costruita sull'evidenza scientifica, per contrastare l'epidemia del consumo di tabacco e della dipendenza da nicotina.

4. Popolazione

Consumatori di tabacco e di nicotina.

Sottogruppi:

1. Pazienti ospedalizzati
2. Persone con comorbilità (quali malattie cardio- e cerebrovascolari, malattie dell'apparato respiratorio, tumori, HIV, diabete, allergopatie)
3. Donne in gravidanza
4. Minori
5. Pazienti con patologie psichiatriche
6. Persone in regime di detenzione carceraria.

5. Setting

Cure erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e Enti pubblici su base associativa vigilati dal Ministero della Salute.

6. Principali aree tematiche

- Intervento breve (brief advice)

- Interventi via web, social media o app per dispositivi mobili e la loro capacità di copertura dellapopolazione target
- Counselling individuale e di gruppo nella cessazione
- Interventi farmacologici (in monoterapia o farmacoterapia combinata) e altri trattamenti non farmacologici
- Interventi farmacologici in monoterapia o farmacoterapia combinata in associazione ad un intervento di counsellingindividuale o di gruppo
- Modalità e intensità delle sessioni di trattamento dei pazienti in trattamento per la cessazione
- Formazione specifica dei MMG e degli altri professionisti della salute
- Utilizzo di sigarette elettroniche o di prodotti a tabacco riscaldato nella cessazione.

7. Outcome

- Astinenza da fumo di tabacco e da nicotina (tabacco riscaldato e sigaretta elettronica o altri prodotti) a diversi follow-up (follow-up minimo 6 mesi)
- Tentativi di smettere
- Ritenzione in trattamento
- Eventi avversi (qualsiasi evento avverso, eventi avversi gravi).

8. Professionalità coinvolte

Epidemiologi, pneumologi, igienisti, psicologi, cardiologi, tossicologi, infettivologi, economisti sanitari, rappresentanti dei pazienti affetti da BPCO, rappresentanti dei cittadini, oncologi, pediatri, farmacologi clinici, otorinolaringoiatri, esperti del Ministero della Salute, operatori dei SERD (servizi pubblici per le dipendenze patologiche).

9. Tematiche che non saranno oggetto delle presenti Linee Guida

Interventi di prevenzione mediante campagne di formazione e informazione nella popolazione generale, giovanile e nelle scuole.

Bibliografia

1. Falcone M., Lee B., Lerman C., Blendy J.A. (2015) Translational Research on Nicotine Dependence. In: Robbins T.W., Sahakian B.J. (eds) Translational Neuropsychopharmacology. Current Topics in Behavioral Neurosciences, vol 28. Springer, Cham.
2. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco. Edizione italiana; 2020.
3. D'Amario D, Migliaro S, Borovac JA, et al. Electronic Cigarettes and Cardiovascular Risk: Caution Waiting for Evidence. Eur Cardiol. 2019;14(3):151-158.
4. Romijnders KAGJ, Pennings JLA, van Osch L, de Vries H, Talhout R. A Combination of Factors Related to Smoking Behavior, Attractive Product Characteristics, and Socio-Cognitive Factors are Important to Distinguish a Dual User from an Exclusive E-Cigarette User. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(21):4191.
5. Romijnders KA, Krüsemann EJ, Boesveldt S, Graaf K, Vries H, Talhout R. E-Liquid Flavor Preferences and Individual Factors Related to Vaping: A Survey among Dutch Never-Users, Smokers, Dual Users, and Exclusive Vapers. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(23):4661.
6. SCHEER (Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks), Scientific Opinion on electronic cigarettes,

16 April 2021)

7. World Health Organization (WHO). Tobacco. Health Topics, 2020. Disponibile da: https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1
8. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1223-1249.
9. GBD 2017 Italy Collaborators. Italy's health performance, 1990-2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Public Health*. 2019 Dec;4(12):e645-e657. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30189-6
10. Pacifici R. Relazione annuale sul fumo 2018. Disponibile da: <https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+Fumo+2018+-+R.+Pacifici.pdf/33369ce4-9323-c36b-165c-7303163ed6ff?t=1609743052597>
11. Sorveglianza PASSI. Disponibile da: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SmettereFumo>
12. CDC. About Electronic Cigarettes (E-Cigarettes). April 2021 https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/about-e-cigarettes.html
13. NIDA. Vaping Devices (Electronic Cigarettes). Drugs Facts, January 2020. <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/drugfacts-vaping-devices.pdf>
14. Cao Y, Wu D, Ma Y, Ma X, Wang S, Li F, Li M, Zhang T. Toxicity of electronic cigarettes: A general review of the origins, health hazards, and toxicity mechanisms. *Sci Total Environ*. 2021 Jun 10;772:145475;
15. Talih S, Salman R, Soule E, El-Hage R, Karam E, Karaoghlanian N, El-Hellani A, Saliba N, Shihadeh A. Electrical features, liquid composition and toxicant emissions from 'pod-mod'-like disposable electronic cigarettes. *Tob Control*. 2021 May 12:tobaccocontrol-2020-056362.
16. Jaegers NR, Hu W, Weber TJ, Hu JZ. Low-temperature (< 200 °C) degradation of electronic nicotine delivery system liquids generates toxic aldehydes. *Sci Rep*. 2021 Apr 8;11(1):7800.
17. Leigh NJ, Lawton RI, Hershberger PA, Goniewicz ML. Flavourings significantly affect inhalation toxicity of aerosol generated from electronic nicotine delivery systems (ends). *Tobacco Control*. 2016; 25(Suppl 2):ii81±ii7).
18. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Macro obiettivo 1 “malattie croniche non trasmissibili. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
19. Gallus S, Muttarak R, Martínez-Sánchez JM, Zuccaro P, Colombo P, La Vecchia C. Smoking prevalence and smoking attributable mortality in Italy, 2010. *Prev Med*. 2011 Jun;52(6):434-8.
20. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
21. Ministero della Salute. Fumo. Secondo l'OMS il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile. 29 maggio 2019. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=53&area=Vivi_sano
22. Framework Convention on Tobacco Control, WHO FCTC: www.who.int/fctc/en/ - Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 91 del 17 aprile 2008.
23. WHO report on the global tobacco epidemic 2019 “Offer help to quit tobacco use”. Disponibile da: https://www.who.int/tobacco/global_report/en/
24. Pacifici R. L'Osservatorio Fumo Alcol e Droga presenta il Rapporto Nazionale sul Fumo 2019. Disponibile da: https://www.iss.it/documents/20126/0/PACIFICI-31-maggio-2019.pdf/c5c9a560-86dd_3240-65e4-

[3eded6aa2b17?t=1576334471234](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf)

25. Lugo A, Zuccaro P, Pacifici R, Gorini G, Colombo P, La Vecchia C, Gallus S. Smoking in Italy in 2015-2016: prevalence, trends, roll-your-own cigarettes, and attitudes towards incoming regulations. *Tumori*. 2017 Jul 31;103(4):353-359.
26. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Macro obiettivo 2 “dipendenze e problemi correlati”. Disponibile da: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
27. Pacifici R, Palmi I, Mastrobattista L. Indagine ISS-DOXA 2018. Il fumo di tabacco in Italia. *Tabaccologia* 2018;3:14-16. Disponibile da: https://www.tabaccologia.it/filedirectory/PDF/03_2018/04-03_2018.pdf
28. Liu X, Lugo A, Spizzichino L, Tabuchi T, Pacifici R, Gallus S. Heat-not-burn tobacco products: concerns from the Italian experience. *Tob Control*. 2019 Jan;28(1):113-114.
29. CS N° 36/2020 - Giornata Mondiale senza tabacco: diminuisce durante il lockdown il numero di fumatori di sigaretta tradizionale, aumentano i consumatori di tabacco riscaldato e di e-cig. Disponibile da: <https://www.iss.it/comunicati-stampa>
30. Gallus S. Il fumo in Italia ai tempi del Covid. *Tabaccologia* 2020; 2:5. Disponibile da: https://www.tabaccologia.it/PDF/SITAB_TABACCOLOGIA_2_2020.pdf
31. Liu X, Lugo A, Davoli E, Gorini G, Pacifici R, Fernández E, Gallus S. Electronic cigarettes in Italy: a tool for harm reduction or a gateway to smoking tobacco? *Tob Control*. 2020 Mar;29(2):148-152.
32. Gorini G, Carreras G, Minardi V, et al. [Socioeconomic and regional inequalities in smoking cessation in Italy, 2014-2017]. *Epidemiologia e Prevenzione*. 2019 Jul-Aug;43(4):275-285. DOI: 10.19191/ep19.4.p275.078.

QUESITI CLINICI

Quesito 1. Nel trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina, qual è l'efficacia dell'intervento breve (minimal/brief advice) rispetto nessun intervento (o usual care)?

Quesito 2. Nel trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina, qual è l'efficacia di interventi digitali confrontati fra di loro, rispetto ad un trattamento standard, o a nessun trattamento?

Quesito 3. Nel trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina, qual è l'efficacia di offrire counselling individuale o di gruppo, rispetto al fornire esclusivamente informazioni di tipo medico?

Quesito 4. Nel trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina, qual è l'efficacia di interventi farmacologici (NRT, bupropione, vareniclina, nortriptilina, citisina) rispetto a placebo, confrontati tra di loro o rispetto ad altri trattamenti non farmacologici (quali counselling, agopuntura e ipnosi)?

Quesito 5. Nel trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina, qual è l'efficacia di un trattamento farmacologico in monoterapia (NRT, bupropione, vareniclina, nortriptilina, citisina) rispetto a una farmacoterapia combinata?

Quesito 6. 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?

Quesito 7. Nel trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina, quale modalità (incontri in presenza, quit-line, contatti a distanza telefonici o videochiamata) e intensità (numero e durata) delle sessioni di counselling è più efficace?

Quesito 8. Nel trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina qual è l'efficacia delle sigarette elettroniche rispetto a trattamenti farmacologici o interventi di counselling o nessun trattamento?

Quesito 9. Nel trattamento della dipendenza da 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?