

# Il Pediatra come facilitatore di *smoking cessation*

*The Pediatrician as a facilitator of smoking cessation*

---

**Paola Martucci**

Centro per il Trattamento del Tabagismo, Dipartimento di Oncopneumoematologico, A.O.R.N.A. Cardarelli, Napoli

**Corrispondenza:** Paola Martucci **e-mail:** paola.martucci@aocardarelli.it

**Riassunto:** I pediatri, generalmente ben preparati ad interventi di tipo preventivo, non hanno mai affrontato la dipendenza da tabacco in modo appropriato e sistematico, confinandola al margine di un intervento di prevenzione generale sul bambino, sui genitori e gli adolescenti per quanto riguarda i rischi per la salute derivanti dall'esposizione al fumo di seconda (SHS) e terza mano (THS). In parte ciò è ritenuto essere legato ad un' inadeguata formazione professionale sulla promozione della cessazione del fumo. Tuttavia, essi rappresentano un osservatorio privilegiato in connessione con differenti soggetti target all'interno del gruppo familiare (bambini, adolescenti, genitori, donne in gravidanza). Può un pediatra farsi carico dei genitori fumatori dei bambini che ha in cura, e incoraggiarli a smettere di fumare? A nostro avviso la risposta è SI. Essi dovrebbero favorire in occasione di ogni consultazione medica per i loro pazienti, un *Minimal Advice* (MA) con i genitori e con gli adolescenti sulla necessità e possibilità di smettere di fumare in modo da ottenere: una riduzione dell'esposizione al fumo nell'infanzia e nell'adolescenza, un minore assorbimento di prodotti del tabacco nei bambini e negli adolescenti, supportando i genitori e gli adolescenti ad iniziare un programma di disassuefazione dal fumo.

**Parole chiave:** cessazione tabagica, pediatra, fumo di seconda mano, *Minimal Advice* (MA), *Very Brief Advice* (VBA).

**Summary:** The paediatricians, though generally well trained in preventive intervention have never faced tobacco addiction appropriately and systematically, confining it at the margin of general preventive intervention on child's parents regarding the risks and health's effects by exposition to second and third hand smoking. In part this is believed to be linked to inadequate professional training on promoting smoking cessation. Nevertheless, they represent a privileged observatory through different target subjects within family group (children, adolescents, parents, grandparents, pregnant women). Can a paediatrician address smokers who are parents of children they care for, and encourage them to stop smoking? In our opinion the answer is YES. They should encourage, in almost any medical consultation for their patients, a minimal advice (MA) in order to obtain: a lower smoking exposition in childhood and adolescence; a lower uptake of tobacco consuming in children and adolescents, providing support to child's parents and adolescents to start a smoking cessation program.

**Keywords:** smoking cessation, paediatrician, secondhand smoke (SHS), minimal advice (MA), very brief advice (VBA).

---

## INTRODUZIONE

Il pediatra di famiglia è il primo riferimento dei genitori per la salute globale del bambino. Lo segue nella sua crescita, ne verifica lo sviluppo con visite periodiche e fornisce ai genitori informazioni sanitarie e indicazioni sui corretti stili di vita. Spesso il tema dell'esposizione al fumo passivo risulta marginale all'interno delle prestazioni sanitarie fornite e inoltre, la mancanza di competenze specifiche e di consapevolezza dell'efficacia di questo tipo di interventi educazionali, sono state descritte come barriere per intraprendere un intervento con i genitori. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene che un miglior utilizzo dei principi e dei metodi di approccio tipici delle "cure primarie" sia l'unica via oggi praticabile per far fronte all'impatto sociale delle principali patologie croniche comprese quelle respiratorie. Si ha attualmente un'accresciuta consapevolezza della necessità che il pediatra assuma, sin dall'età preconcezionale, e, soprattutto nei primi anni di vita del bambino, un ruolo chiave nell'indagare la presenza di fattori di rischio sottostanti e agire per la loro rimozione potendo dover fronteggiare diverse condizioni: fumo attivo degli adolescenti, esposizione di bambini/adolescenti a fumo passivo dei genitori, fumo attivo/passivo in donne in gravidanza. Per fronteggiare questi temi

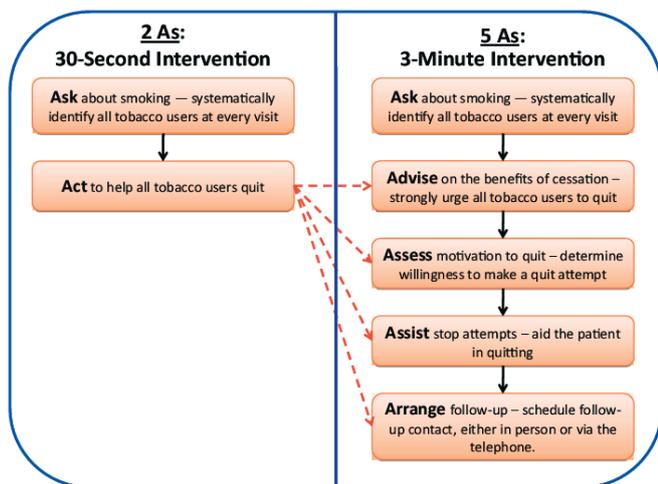
è opportuno acquisire competenze tecnico scientifiche per migliorare la efficacia nella pratica della promozione della disassuefazione dal fumo, ai fini di ridurre l'esposizione passiva al fumo nei bambini, specialmente quelli con patologie croniche. Il pediatra pertanto può essere messo in condizione di realizzare interventi clinici minimi di provata efficacia, con l'obiettivo di promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo nei genitori di bambini con patologie croniche, negli adolescenti e donne in gravidanza o che hanno di recente partorito e che hanno ripreso a fumare. Studi condotti in tutto il mondo hanno dimostrato che la formazione medica universitaria non fornisce ai futuri medici le conoscenze adeguate e non migliora le abilità tecniche necessarie per implementare le attuali linee guida per smettere di fumare. In Italia sono disponibili alcuni dati sulla relazione tra le abitudini al fumo dei medici e il loro atteggiamento verso l'offerta di un intervento per smettere di fumare nei pazienti adulti, ma sono difficilmente disponibili dati relativi alla posizione dei pediatri su questo tema. (1) Un sondaggio lanciato dalla SIMRI nell'aprile 2016 con il coinvolgimento di 804 pediatri di famiglia su tutto il territorio nazionale, è stato presentato al congresso annuale della European Respiratory Society (ERS), a Milano, nel settembre 2017. La maggior parte di essi (96%) affronta l'esposizione a fumo passivo del bambino nel corso della propria visita medica, ma solo in minima parte (25%) in maniera sistematica. Circa il 45% dei pediatri fornisce informazioni sui rischi per la salute dei bambini a causa del SHS e la maggior parte di essi (circa il 97%) consiglia al genitore di smettere di fumare in maniera però assolutamente generica. Il 43% dei pediatri intervistati dichiara di non aver ricevuto una adeguata formazione medica al riguardo né di conoscere a fondo i rischi di esposizione al fumo passivo e al THS. Infine, il 78% di essi è interessato a migliorare le proprie abilità comunicative sull'argomento e ad apprendere tecniche efficaci motivazionali quando debbano sostenere i genitori dei bambini nella decisione di smettere di fumare. Per rispondere alle esigenze formative sul *Minimal Advice* (MA) per smettere di fumare in ambito pediatrico e trasferire nella pratica clinica le giuste competenze, è stato promosso nel 2016, in Italia, con il consenso delle Società scientifiche AIPO, SIMRI e FIMP (Associazione medica dei pediatri di famiglia) il progetto pilota, GARD Demonstration Project Italy "MAPed, Minimal Advice for Pediatricians", approvato dall'Executive Committee del WHO GARD nel Maggio 2018, con l'avvio sul territorio nazionale di Corsi di formazione allo scopo di guidare il pediatra alla realizzazione di interventi clinici minimi di provata efficacia, con l'obiettivo di promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo nei genitori di bambini con patologie respiratorie croniche, negli adolescenti e nelle donne in gravidanza.

## LE OPPORTUNITÀ DI INTERVENTO ANTITABAGICO IN PEDIATRIA

Il grande numero di fumatori esistenti rende necessario un approccio multilivello, che va dal *Very Brief Advice* (VBA), al *Minimal Advice* (MA) che possono essere svolti da tutti gli operatori sanitari fino alla cura nei CTT (Centri per il Trattamento del Tabagismo) o Centri di II livello dove è prevista una *equipe* multidisciplinare, si attuano terapie farmacologiche, terapie di sostegno psicologico, terapie di gruppo ed individuali e si seguono casi complessi.

Nei *setting* opportunistici (es. studio del medico di famiglia, ambulatori specialistici, reparti ospedalieri, farmacie, ecc.), tutti dovrebbero praticare alcuni interventi di base, utilizzando tutte le "occasioni" favorevoli come: una visita medica, la consegna di esami di laboratorio, la fase di ricovero o preparazione per un intervento chirurgico.

Gli interventi brevi o di primo livello possono garantire una percentuale di cessazione tabagica del 5-10%, superiore al tasso di cessazione spontanea che si aggira intorno al 2-3%. Interventi antitabagici brevi nello studio del pediatra hanno dimostrato di essere in grado di aumentare le percentuali di cessazione del fumo nei genitori e creare ambienti *smoke-free*. Le occasioni per poter avviare un discorso sul fumo dei genitori sono molteplici a partire dalle visite ambulatoriali e domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico, comprese le prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche; il consulto con lo specialista in sede ambulatoriale o domiciliare; l'accesso presso gli ambienti di ricovero in fase di accettazione, di degenza o dimissione del proprio paziente; le



**Fig. 1:** Step degli interventi di minima e relativi tempi di erogazione.

fumano. **ADVISE**= **consigliare** a tutti di smettere di fumare. Ogni fumatore dovrebbe essere messo a conoscenza del fatto che esistono dei trattamenti efficaci per superare la dipendenza e che può essere aiutato a farcela. **ASSESS**= **valutare** la volontà a fare un tentativo di cessazione **ASSIST**= **aiutare** e assistere il paziente lungo il percorso, fornendogli sostegno farmacologico e comportamentale. **ARRANGE**= **pianificare** il *follow-up* e verificare i risultati ottenuti. Nel tempo sono state sviluppate versioni successive le **3 “A”** e le **2 “A”** che tendono a ridurre ulteriormente il tempo di impegno necessario per stimolare l’attenzione dell’utente sul tema della cessazione tabagica (Figura 1).

Gli interventi “brevi” più praticati oggi prevedono:

- Il **Very Brief Advice (VBA)**: è un consiglio molto breve, della durata di 30-40 secondi consigliato quando si ha pochissimo tempo a disposizione; consiste nel chiedere al paziente se fuma ed eventualmente consigliargli correttamente di smettere, inviandolo ad un servizio per il tabagismo.

#### Esempi di approccio

Una volta stabilito lo stato di fumatore la domanda da fare può essere: “avete mai pensato di smettere di fumare?” oppure “siete consapevole dei benefici per la vostra salute se smettete di fumare?”

**ADVICE**= “Può essere molto difficile smettere da soli ma esistono degli specialisti e dei supporti farmacologici che possono garantire un successo nella cessazione 4 volte maggiore che con la sola forza di volontà

**ACT**= posso fornirvi un trattamento... posso fornirvi il numero di un centro specialistico per il trattamento del tabagismo... Quando si sente pronto può contattarlo...

- Il **Minimal Advice**, della durata di 3-6 minuti, adotta la tecnica del counseling motivazionale breve (5).

### COME CI SI RELAZIONA CON IL PAZIENTE FUMATORE. IL COUNSELING MOTIVAZIONALE

Il *counseling* in ambito sanitario è un processo relazionale di tipo professionale che coinvolge un operatore sociosanitario e una persona che sente il bisogno di essere aiutata a risolvere un problema o a prendere una decisione. “...Se una persona si trova in difficoltà, il miglior modo per aiutarla è quello di attingere alle sue risorse interiori (emozionali, cognitive, ecc.). Il paziente trova, così, da solo le proprie soluzioni e si assume la responsabilità delle proprie scelte”. A partire da questa intuizione Carl Rogers, padre fondatore della psicologia umanistica, ha basato il suo modello di *counseling*, non direttivo e centrato sull’utente, sull’esperienza

certificazioni ai fini dell’ammissione agli asili nido, ai fini dell’astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino; la certificazione di stato di buona salute per lo svolgimento di attività sportive non agonistiche a seguito di richiesta dell’autorità scolastica competente; richiesta di indagini specialistiche, proposte di ricovero e di cure termali; osservanza e rilevazioni di reazioni indesiderate post-vaccinali. Il *Minimal Advice* per i tabagisti è uno degli interventi con più favorevole rapporto costo/efficacia esistenti in medicina (2). Uno schema di intervento di minima è individuato con un acronimo tratto dalla lingua anglosassone, le 5 “A” e si riferisce agli steps per agganciare il fumatore (3, 4): **ASK**= **chiedere** a tutti se

dell'empatia e della comprensione fenomenologica (6). Fare *counseling* non vuol dire fornire consigli, cercare di convincere o spiegare semplicemente qualcosa ma più correttamente può tradursi in una alleanza terapeutica, e una relazione di aiuto tra paziente e medico che privilegia l'ascolto attivo e si avvale di uno stile empatico, non giudicante, riflessivo (7).

La tecnica che viene utilizzata nel *counseling* è quella del Colloquio Motivazionale, proposta da Miller e Rollnick nel 1983 (8).

Ogni persona ha motivazioni diverse per affrontare un problema. Per essere efficaci è necessario individuare la chiave giusta per aprire la porta giusta. Utilizzare gli elementi che il paziente ci fornisce per individuare la sua personale chiave e non opporsi alle resistenze del paziente, ma usarle... per non entrare in un vicolo cieco.

#### **Esempi di approccio:**

*“Mi sembra di capire che lei proverebbe a smettere se qualcuno le desse una mano a sentire meno il forte bisogno di fumare, giusto?”*

*“Da quello che mi ha detto, lei proverebbe a smettere se fosse aiutato/a a non prendere peso. Ho capito bene?”*

*“Mi ha detto che ha provato tante volte, ma da solo/a. Forse che se fosse aiutato/a a non sentire il bisogno forte di fumare e se qualcuno le desse un po' di sostegno ci proverebbe. Vero?”*

*“Mi sembra di capire che questo per lei è un momento difficile. Possiamo pensare ad un momento in cui sarà meno impegnato o più propenso?”*

*“Capisco... lei è veramente stressato/a ed ha un sacco di responsabilità sulle spalle! Ha bisogno di prendersi cura di sé e di dedicare un po' di tempo alla sua salute, a se stesso/a, non pensa?”*

*“Mi ha detto che è un po' preoccupato/a per il calo di rendimento sportivo. Perché non prova a smettere con un po' di aiuto? Con i nuovi trattamenti le dovrebbe venire piuttosto facile”*

#### **Esempio di approccio in caso di fallimento. Il paziente sembra essere scoraggiato per i fallimenti precedenti**

*...Posso capirla non è facile*

La **chiave** potrebbe essere costituita dal senso di fallimento, la **soluzione** un trattamento che lo aiuti a non avvertire i sintomi dell'astinenza da nicotina

*...Capisco il suo punto di vista. Quando si ha una forte dipendenza da nicotina smettere di fumare è difficile, rende nervosi e tutto si complica. Che ne pensa se la inviassi ad un servizio specialistico dove possono aiutarla a riprovarci ma senza sentire i sintomi dell'astinenza? Oggi si può smettere di fumare senza soffrire... ed è una gran bella cosa. Lo sapeva?*

## **MINIMAL ADVICE CON I GENITORI**

Chiedere ai genitori se fumano ed offrire loro aiuto per la cessazione sono gli elementi essenziali di un approccio minimo. Gli interventi forniti possono stimolare l'interesse dei genitori a smettere, aumentare i tentativi per riuscirci e le percentuali di cessazione. Importante è documentare l'intervento svolto per un *remind* in occasione di visite successive. I bambini e gli adolescenti che vivono in case *smoke-free* hanno meno probabilità di diventare fumatori. Adottare regole stringenti di evitamento del fumo a casa incoraggiano la cessazione nei membri della famiglia. L'esempio dei genitori gioca un ruolo fondamentale nell'iniziazione dei figli. Più il figlio è abituato sin dalla tenera età ad avere accanto fumatori, maggiore è il rischio di divenire a sua volta fumatore. (9)

**Esempi di approccio:**

*Lei fuma? Ha mai pensato di smettere*

*C'è qualcuno che vive nella sua casa che fuma? Chi è? Dove fuma?*

*Lei ha detto che nessuno fuma vicino a suo/a figlio/a. Cosa significa?*

*Qualcuno in famiglia ha insistito perché smetta di fumare? Me ne parli...*

*Capisco il suo punto di vista... non è bello sentirsi continuamente giudicati e controllati*

*...Esistono servizi per il trattamento del tabagismo dove si trovano operatori che conoscono le difficoltà che si provano a smettere*

*Se vuole posso aiutarla a provarci*

**Veicolare messaggi con informazioni che contano:**

*“Eliminare l'esposizione al fumo di suo /a figlio/a è la cosa più importante che può fare per proteggere la sua salute”*

**Enfatizzare l'impatto sulla salute, sulle finanze...**

*“Fumare non è un bene per voi (e per i bambini e la famiglia). Io posso aiutarla a smettere.”*

*Dovreste almeno assicurare che la casa e l'auto siano “smoke free”*

Ciò significa che non si deve fumare **mai in casa e in auto!** Ma anche che non ha senso fumare vicino alla finestra, sul balcone, nell'auto con il finestrino aperto.

Dopo aver fumato in casa una sola sigaretta occorrono circa 2 ore perché i valori di monossido di carbonio (CO), del particolato fine e degli idrocarburi aromatici ritornino a valori normali.

**Testimoniare con messaggi individualizzati anche la importanza di evitare la contaminazione ambientale con fumo di “terza mano”****Mostrare che la esposizione a fumo passive contrasta ed annulla i benefici della terapia per l'asma del bambino**

**Se il genitore non è pronto** a prendere in considerazione di smettere di fumare al momento, fornirgli un riferimento scritto per un successivo tentativo mentre la discussione può concentrarsi su altri modi per ridurre l'esposizione del bambino, come

- chiedere ai genitori di rispettare la regola di non fumare in casa ed in auto.
- fumare a distanza di almeno 20 metri da una porta o una finestra aperta.

## MINIMAL ADVICE CON ADOLESCENTI FUMATORI

Occorre stabilire alcune regole per avviare un colloquio motivazionale sul fumo con gli adolescenti. La confidenzialità “è una priorità”. Parlare con l'adolescente non in presenza dei genitori tende a migliorare l'approccio motivazionale. Gli adolescenti in genere resistono alle pressioni di chi dice loro cosa fare. Renderli consapevoli che smettere di fumare è una propria scelta e intanto fornire loro informazioni su come attuarlo è l'atteggiamento raccomandato. L'approccio deve sempre essere rispettoso e non giudicante. Per gli adolescenti sperimentatori fornire avvisi e supporto per evitare la transizione allo stato di fumatore regolare; anche i fumatori occasionali possono essere già dipendenti (10). Aumentare la consapevolezza e le abilità di fronteggiare situazioni a rischio, contrastare le influenze sociali in grado di promuovere o mantenere il fumo. Discutere delle modalità di uso personale di tabacco (es. analisi del diario di consumo). Discutere su convinzioni, atteggiamenti, pensieri e ragioni a favore o contro l'uso del tabacco (es. le influenze della pubblicità, l'influenza dei pari). Chiarire quali sono gli effetti fisici e psicologici derivanti dall'uso di tabacco e le conseguenze a medio e lungo termine (11). Cosa motiva gli adolescenti a smettere: fattori estetici (es. fumare rende meno attraenti a causa del cattivo odore, alito e denti gialli); fattori economici (costo delle sigarette); difficoltà organizzative (es. organizzare una pausa sigaretta quando non è possibile); effetti negativi sulla salute soprattutto quelli a breve e medio termine (12). Occorre pertanto provare a far leva su alcuni elementi molto concreti e immediatamente efficaci, come ad esempio: l'immagine sociale negativa che hanno i fumatori, soprattutto nell'ambiente lavorativo o scolastico; i danni che il fumo provoca all'attività sportiva, alle prestazioni agonistiche e anche i risvolti negativi del fumo sulla vita sessuale.

### **Esempi di approccio**

*Fumi? Fumano i tuoi amici, parenti?*

*Hai provato a smettere? **Un fallimento è un ovvio indicatore di diminuita autonomia***

*Cosa pensi delle alternative al fumo (e-cig, IQOS, etc.)?*

*Fumi perchè è realmente difficile smettere? **Anche i fumatori occasionali possono essere dipendenti***

*Ha mai sperimentato desiderio intenso e urgenza di fumare, il cosiddetto craving? **Il craving può rendere difficile e spiacevole lo smettere di fumare***

**Fornire informazioni sulla dipendenza nicotinic:** *“I giovani fumatori spesso vengono trattati come deboli, privi di volontà, incapaci di resistere alle pressioni degli amici, ma in realtà esiste una dipendenza fisica da nicotina che spiega le difficoltà a smettere” e sulle strategie per smettere di fumare* **“Esistono anche dei trattamenti efficaci...”**

*Posso aiutarti? Sei pronto? Posso suggerire un incontro con gli operatori di un servizio per il trattamento del tabagismo dove...*

**Informazioni personalizzate: Enfatizzare l'impatto sulla salute, sulle finanze...**

*“I vostri polmoni sono ancora in fase di sviluppo e i ragazzi che fumano non sono in grado di usarli al meglio.*

*Io credo che farebbe meglio nello sport se smettesse. Io posso aiutarla... è pronto/a?”*

## **MINIMAL ADVICE CON DONNE IN GRAVIDANZA**

La mamma deve conoscere quali sono i danni da fumo per il suo bambino e come prevenirli, prima, alla nascita e dopo la nascita. Nelle donne gravide il fumo attivo e l'esposizione al fumo passivo contribuisce al basso peso del nascituro, alla nascita pretermine e alla Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). Fumare durante la gravidanza può inoltre causare: difetti orofacciali (es. palatoschisi), placenta previa (sanguinamento e parto pretermine), distacco di placenta (sanguinamento nella donna e morte per il feto). Molte donne attuano dei cambiamenti nella loro vita durante la gravidanza, per esempio prestano attenzione all'alimentazione, assumono vitamine, e riducono o smettono di fumare. Dopo il parto avvengono numerose trasformazioni e può non essere facile mantenere alcuni dei cambiamenti attuati prima.

### **Esempi di approccio**

**Puntare sui i benefici dello smettere di fumare**

*Smettere di fumare la farà sentire meglio e contribuirà a creare un ambiente più sano intorno al suo bambino*

*Quando smetterà di fumare il suo bambino si ossigenerà meglio anche un solo giorno dopo la cessazione*

*Avrà meno rischi che il suo bambino possa nascere precocemente*

*e minori possibilità che il neonato debba essere assistito in ospedale dopo la nascita*

*Per lei meno rischi di sviluppare malattie fumo correlate e di vivere bene godendosi anche i suoi nipoti*

*Avrà più energia e respirerà più facilmente*

*I suoi abiti, i suoi capelli, la sua casa profumerà*

*Gusterà meglio il cibo*

*Avrà a disposizione più soldi da spendere in altre cose*

**Spiegare e affrontare le ragioni per cui si desidera intensamente fumare dopo la nascita**

*Se avete smesso di fumare durante la gravidanza, potete provare la sensazione di aver raggiunto un grande traguardo e a quel punto si ripresenta il desiderio di fumare come ricompensa per essere state astinenti durante la gravidanza*

*Trovarsi con persone o in posti dove si fuma e che non frequentavate prima può scatenare il desiderio di fumare*

*Aver cura del neonato e i maggiori cambiamenti della vita dopo la nascita causano stress che può essere altra causa per riprendere a fumare*

**Discutere su come affrontare i momenti di intenso desiderio o craving è assolutamente un punto cruciale.**

## CONCLUSIONI

È prioritario fornire strumenti base adeguati ad affinare le competenze del pediatra per stimolare la realizzazione di interventi clinici minimi di provata efficacia, orientati a contrastare l'abitudine tabagica dei genitori, degli adolescenti, delle donne in gravidanza e porre le basi di una rete che metta in relazione gli interventi di primo livello svolti dai pediatri con quelli di secondo livello effettuati all'interno dei Centri Antifumo.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Cilluffo G, Ferrante G et al. *Barriers and incentives for Italian paediatricians to become smoking cessation promoters: a GARD-Italy Demonstration Project*. J Thorac Dis 2020
- (2) West R et al. *Rapid review of brief interventions and referral for smoking cessation*. 2006 [www.nice.org.uk/guidance/ng92](http://www.nice.org.uk/guidance/ng92)
- (3) Fiore MC, Wetter DW et al. *The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline*. JAMA. 1996;275(16):1270-1280
- (4) Stead LF, Buitrago D et al. *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev 2013(5):CD000165
- (5) Lancaster T, Stead LF. *Individual behavioural counselling for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 31;3:CD001292
- (6) Rogers C. *Counseling and Psychotherapy*. First edition 1942
- (7) Whitlock EP et al. *Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach*. Am J Prev Med. 2002 May;22(4):267-84
- (8) Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interview*. First Edition 1983
- (9) Wilkinson AV et al. *Maternal current smoking: Concordance between adolescent proxy and mother's self-report*. Nicotine & Tobacco Research 11(8):1016-9
- (10) Stephenson J. *Clues Found to Tobacco Addiction*. JAMA. 1996;275(16):1217-1218
- (11) Patnode CD, O'Connor E et al. *Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Ann Int. Med. 2013;4:CD001293
- (12) McVea KLS, Miller DL et al. *How Adolescents Experience Smoking Cessation*. Qual Health Res 2009 May;19(5):580-92