

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Cessazione dal fumo interventi e strategie

Introduzione

Questo foglio informativo di Best Practice è stato tratto da una revisione commissionata e intrapresa dal Joanna Briggs Institute¹.

Questa revisione ha cercato di identificare l'esistenza di revisioni sistematiche sugli interventi e sulle strategie per smettere di fumare. Sono state identificate quindici revisioni sistematiche che hanno incontrato i criteri di inclusione e sono state valutate come essere di sufficiente qualità metodologica. In questa revisione, non sono state incluse revisioni specifiche di pazienti pediatrici o ostetrici.

I riferimenti primari su cui questo foglio illustrativo è stato basato sono elencati a pagina 5. Le prove delle revisioni originarie hanno usato differenti classificazioni per le evidenze. Visto il fine di questo foglio informativo è stato adottato un sistema di classificazione uniforme (vedi i livelli di evidenza in questa pagina).

Background

Il fumo è stato identificato come una delle più significative cause di morte e malattia evitabili². Malgrado l'incremento nella consapevolezza generale e la spinta a ridurre l'esposizione al fumo, l'incidenza del fumo stesso continua a rappresentare una minaccia alla salute ed al benessere dei fumatori sia attivi sia passivi. Programmi che incoraggiano i fumatori a smettere di fumare sono descritti come strumento efficace nella promozione della salute e nella riduzione delle conseguenti malattie connesse al fumo.

Questo foglio informativo contiene i seguenti concetti:

- Background
- Screening
- Informazioni per smettere di fumare
- Modalità di trattamento
- Valutazione e procedure di follow-up
- Raccomandazioni

Malgrado il potenziale impatto dei programmi di cessazione dal fumo, molti fumatori entrano ed escono ogni giorno dal sistema sanitario senza ricevere consigli su questo importante rischio per la salute. Stabilire la miglior evidenza disponibile connessa a questa area sanitaria è un primo significativo passo per implementare efficacemente le strategie di cessazione dal fumo.

Screening per l'uso di tabacco

Per offrire trattamenti o assistenza nella cessazione dal fumo, devono innanzitutto essere identificati i pazienti che fumano.

La ricerca ha esaminato l'impatto dei programmi di screening sulla comprensione

Livelli di evidenza

Tutti gli studi sono considerati a seconda della forza dell'evidenza basata sul seguente sistema di classificazione.

Livello I Evidenza ottenuta da una revisione sistematica di trials randomizzati controllati tutti rilevanti.

Livello II Evidenza ottenuta da almeno un trial randomizzato controllato progettato con appropriatezza.

Livello III.1 Evidenza ottenuta da un trial ben progettato ma senza randomizzazione.

Livello III.2 Evidenza ottenuta da studi di coorte o studi analitici caso-controllo ben disegnati preferibilmente ottenuti da centri diversi piuttosto che da un singolo centro o da un solo gruppo di ricerca.

Livello III.3 Evidenza ottenuta da serie multiple nel tempo con o senza intervento. Risultati eclatanti in sperimentazioni non controllate.

Livello IV Opinioni di soggetti dalla riconosciuta autorevolezza, basate sull'esperienza clinica, studi descrittivi, o relazioni di commissioni di esperti.

degli interventi clinici e sulla cessazione dal fumo a lungo termine.

I programmi di screening sono stati valutati essere efficaci strategie per stimolare gli interventi clinici per la cessazione dal fumo. L'effetto sulla cessazione dal fumo a lungo termine non è stata dimostrata³.

Consigli per smettere di fumare

Gli studi hanno esaminato il ruolo dei medici nel fornire consigli per smettere di fumare durante le visite di routine. In molti studi sono stati forniti anche materiali stampati. E' stato provato che i consigli forniti dai medici avevano un effetto positivo sulla percentuale di cessazione dal fumo e dovrebbero quindi essere incoraggiati.⁴

Un certo numero di studi ha esaminato il problema di quali discipline siano efficaci nel fornire c o n s i g l i relativamente alla cessazione dal



fumo. Rice e Stead⁴ hanno specificatamente valutato i consigli per smettere di fumare dati dalle infermiere e hanno trovato che erano altamente efficaci nella promozione della cessazione dal fumo quando comparati con nessun intervento. L'iniziale consiglio fornito dall'infermiere deve essere considerato come una terapia di prima linea. Questo lavoro conferma quanto trovato in una precedente revisione rispetto a dentisti, farmacisti, psicologi, infermieri, assistenti sociali e altro personale sanitario.³ Tutti i gruppi professionali sono stati efficaci nel fornire consigli/interventi correlati alla cessazione dal fumo con nessun chiaro vantaggio fra le diverse discipline. Gli interventi che usano più operatori provenienti da discipline differenti sono marcatamente più efficaci di quando non c'era nessun operatore coinvolto, ulteriore indicazione che gli operatori sanitari, provenienti da una gamma di discipline diverse, possono promuovere efficacemente la cessazione dal fumo.³

Modalità di trattamento

Trattamento di auto-aiuto

I fumatori possono scegliere di intraprendere un programma per smettere di fumare senza l'assistenza di un professionista sanitario. Le strategie di auto-aiuto possono utilizzare materiali scritti, audiovisivi o video, programmi destinati al computer e linee telefoniche dedicate. I materiali possono essere adeguati a particolari popolazioni come gruppi di età differenti, gruppi etnici o a

caratteristiche individuali del fumatore. I programmi di auto-aiuto sono risultati essere un po' più efficaci rispetto a nessun intervento e più efficaci quando i materiali di auto-aiuto sono adeguati al fumatore specifico.

Counselling individuale e terapia di gruppo

Due diverse revisioni sono state condotte esaminando il counselling individuale ed i metodi di terapia di gruppo per smettere di fumare.^{7,8} Entrambe le forme di counselling sono state altamente efficaci ed hanno prodotto uguale beneficio al fumatore.

Intensità

Una domanda critica in termini di utilizzazione delle risorse è il livello di intensità di tempo richiesta per un'efficace consiglio e counselling.

Gli studi hanno esaminato il tempo minimo per fornire un consiglio (consultazione < a 20 minuti con almeno un follow-up) verso nessun consiglio, e l'intervento intensivo (consultazione iniziale > a 20 minuti e/o più di una visita di follow-up o la fornitura di materiale di supporto supplementare) verso nessun consiglio.⁴

Entrambi i livelli di tempo dedicato per consigliare hanno dimostrato essere più efficaci rispetto a nessun consiglio. L'analisi suggerisce che l'intervento intenso può avere un effetto maggiore rispetto al consiglio più breve.⁴

Terapia di avversione

La terapia di avversione riguarda la somministrazione di stimoli sgradevoli per neutralizzare gli effetti piacevoli del fumo, quindi per scoraggiare il desiderio del fumo. La forma più comune di terapia di avversione è il fumo veloce dove il soggetto è obbligato a fumare a una velocità significativamente maggiore. Anche se i risultati dello studio erano favorevoli alla terapia di avversione,⁹⁻¹⁰ gli studi stessi erano di scarsa qualità ed i risultati devono essere considerati con cautela. Non c'era evidenza che altre forme di terapia di avversione fossero efficaci.

Terapie alternative

L'ipnosi terapia è stata usata sia come terapia singola che come terapia aggiuntiva ad altri interventi per smettere di fumare.¹¹ Tuttavia la

qualità degli studi nella revisione sull'ipnosi terapia era scarsa ed i risultati inconcludenti.

Sono stati esaminati gli studi che confrontano i metodi di agopuntura, compreso la puntura con l'ago, l'agopressione ed l'elettroagopressione.¹² I trattamenti, in tutte le forme, non hanno indicato un beneficio statisticamente significativo. Sulla base di questa evidenza, l'agopuntura non può essere suggerita per smettere di fumare.

Farmacoterapia

La maggior parte dei farmaci usati per smettere di fumare agisce riducendo gli effetti secondari da mancanza di nicotina, anche se sostanze quale l'acetato di argento sono usate come trattamenti in terapia di avversione. La più comune e in forma più ampia oggetto di ricerca è la terapia sostitutiva della nicotina (NRT) nelle sue varie forme.

Terapia sostitutiva della nicotina

La terapia sostitutiva della nicotina (NRT) è fornita in una vasta gamma di preparati compreso la gomma da masticare, i cerotti transdermici, lo spray nasale, i dispositivi inalatori ed le compresse sub-linguali. Questi prodotti variano nel dosaggio e nella durata di cessione durante giorno. Varia, inoltre, la durata generale del trattamento e i regimi del trattamento stesso possono anche includere terapie concomitanti, tuttavia, in una vasta revisione, tutte le forme di NRT sono state trovate essere sensibilmente più efficaci rispetto al placebo o a nessuna NRT.¹³

Una revisione ha studiato l'uso della gomma da masticare alla nicotina ed ha trovato che la gomma da 4mg era più efficace della gomma da 2mg per i fumatori identificati come "altamente dipendenti". L'uso della gomma da 4mg è stato trovato non essere più efficace della gomma da 2mg per i fumatori a "bassa dipendenza". Di conseguenza, i fumatori a bassa dipendenza possono essere trattati efficacemente con la gomma a più bassa concentrazione.¹³

I cerotti di nicotina sono considerati terapia convenzionale, comunque la durata in termini di tempo in cui un cerotto deve essere applicato può avere effetto sulla sua efficacia e sul grado di tolleranza di chi lo porta. La revisione ha indicato che i cerotti portati per 16 ore (mentre sveglio) erano efficaci quanto

i cerotti portati per 24 ore. È stata inoltre esaminata la durata totale del trattamento e l'uso dei cerotti oltre le 8 settimane non era più efficace della sospensione del trattamento a 8 settimane.¹³

Nel completamento della NRT non c'è differenza fra lo svezzamento, la riduzione graduale della terapia rispetto alla cessazione brusca.¹³

La revisione inoltre ha esaminato l'efficacia di varie forme di NRT offerte in ambiti differenti. Viene affermato, nella conclusione, che la gomma da masticare era la meno efficace in ambito ospedaliero. I risultati per i cerotti erano più consistenti in tutti i diversi ambiti.¹³ Ciò suggerisce che i cerotti possono essere i più adatti in ambito ospedaliero.

E' stato riscontrato inoltre che il supporto dato dagli operatori sanitari aumenta l'efficacia dei NRT nella promozione della cessazione del fumo. L'aumento dell'intensità del supporto ha migliorato l'effetto sia dei cerotti che della gomma da masticare alla nicotina.

Altri Farmaci

Principalmente un anti-ipertensivo, la clonidina, può ridurre i sintomi da astinenza relative alle varie dipendenze. E' stato trovato efficace quando paragonato al placebo, ma ha effetti collaterali significativi. Il Lobeline è stato ampiamente usato nella terapia per smettere di fumare, tuttavia quando è stata fatta una revisione sull'argomento, non è stato identificato nessuno studio di qualità sufficiente.¹⁵

È stata esaminata l'efficacia sulla cessazione dal fumo di una vasta gamma di farmaci antidepressivi e ansiolitici. Di questi, soltanto il Bupropione è risultato efficace paragonato al placebo o al NRT. Il Mecamylamine è un antagonista specifico della nicotina e l'evidenza lo indica efficace nella riduzione del desiderio di fumare.¹⁷

Valutazione del follow-up e delle procedure

Il follow-up è importante a causa della lunga durata del trattamento e del rischio di ricaduta nel tempo. Inoltre la complessità del fenomeno della dipendenza da nicotina e della varietà di terapie disponibili suggerisce che le strategie di follow-up possono essere considerate una componente standard degli interventi per smettere di fumare.³

Strategie motivazionali

Nel progettare ed applicare gli interventi per smettere di fumare, deve essere considerato il ruolo che gioca la motivazione personale. Benché i benefici del rinunciare a fumare siano considerevoli, il livello dell'impegno richiesto per tentare di rinunciare è pure considerevole. Per una varietà di ragioni i pazienti rinverranno la decisione di smettere di fumare o non si impegneranno affatto.

Le strategie motivazionali per smettere includono concetti quali la rilevanza, i rischi, le ricompense e le ricadute.³ Le informazioni fornite al paziente devono essere rilevanti rispetto alla loro condizione di malattia, preoccupazione rispetto alla salute e alla loro situazione sociale. Devono essere evidenziati i rischi acuti e a lungo-termine per i pazienti e i rischi ambientali per gli altri. Devono anche essere enfatizzate le ricompense quali il miglioramento della salute, il risparmio di denaro, l'aumento della sensazione di benessere, la migliore salute del coniuge e dei bambini, la libertà dalla dipendenza e prevedere anche gratificazioni specifiche per il paziente. Le strategie motivazionali devono essere ripetute ad ogni visita di follow-up.³

Prevenzione della ricaduta

Malgrado l'efficacia dimostrata degli interventi disponibili per i fumatori, la percentuale di chi smette a lungo termine è modesta. Di conseguenza molti fumatori che si presentano ai clinici hanno avuto ricadute dopo tentativi di smettere.

Gli studi indicano che la ricaduta si presenta più frequentemente entro i primi tre mesi di cessazione,³ tuttavia la ricaduta può verificarsi molti anni dopo aver smesso. Devono essere quindi prese in considerazione le strategie di prevenzione dalla ricaduta per tutti gli ex fumatori. Le strategie minime comprendono le congratulazioni, l'incoraggiamento e nel coinvolgimento del paziente nella discussione in cui si focalizzano le funzioni positive della cessazione dal fumo. Deve anche essere fatto il problem solving rispetto a tutti gli effetti collaterali alla cessazione dal fumo quale l'aumento del peso corporeo e dei sintomi da astinenza prolungata.

Popolazioni e gruppi specifici

La ricerca indica che i programmi per smettere di fumare sono ugualmente efficaci in entrambi i sessi.³ Mentre la percentuale di

fumatori varia fra i diversi gruppi razziali ed etnici, la dipendenza dalla nicotina e il desiderio di smettere sono in tutti i casi consistenti.³

Pazienti ospedalizzati

I pazienti ospedalizzati presentano sia rischi addizionali rispetto al fumo che possono interferire con la guarigione, sia maggiori opportunità di smettere per l'aumento della disponibilità di operatori professionali e di interventi. Gli interventi di base in ospedale sono efficaci nell'aiutare i pazienti a smettere di fumare.

Pazienti con disturbi mentali

I pazienti con disturbi mentali hanno una più alta prevalenza di fumatori rispetto alla popolazione in genere.³ L'astinenza da nicotina può esacerbare nei pazienti una comorbilità e questo rischio deve essere considerato quando si progettano strategie per smettere di fumare. Questi pazienti hanno inoltre un elevato rischio di ricaduta.

Aumento di peso

Molti fumatori sono preoccupati dall'aumento del peso corporeo come conseguenza della rinuncia a fumare. C'è una certa evidenza che suggerisce che le restrizioni dietetiche e i tentativi di impedire l'aumento del peso insidiano il tentativo di rinunciare al fumo, tuttavia, l'uso della gomma alla NRT farà ritardare l'inizio di aumento ponderale.

Conclusione

Aiutare i pazienti a smettere di fumare è difficile e richiede un approccio sistematico e multifaccettato. I benefici della promozione alla cessazione dal fumo, specialmente fra i ricoverati in ospedale, sono ben conosciuti non soltanto dal soggetto interessato ma dall'intera comunità. C'è una vasta gamma di interventi e di strategie alternative che sono sostenute da ricerca qualitativa basata sull'evidenza. Benché possano essere efficaci da soli, un programma di interventi combinati, compreso una appropriata farmacoterapia associata ad adeguati consigli personalizzati al singolo paziente è più probabile che raggiunga il successo. Questi interventi possono essere applicati efficacemente soltanto se ci sono sistemi in loco per selezionare, valutare e seguire con follow-up i pazienti che desiderano smettere di fumare.

Conclusioni basate sul consenso di esperti (Livello IV)

Le raccomandazioni basate su livelli I di evidenza sono elencate a pagina 6. Ci sono ulteriori raccomandazioni, elencate di seguito, scaturite dalle revisioni selezionate che sono derivate da evidenze catalogate come di Livello IV: opinioni di esperti.

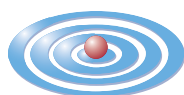
- I sistemi di screening clinici devono essere ampliati includendo anche la condizione di fumatore o meno all'interno della rilevazione dei parametri vitali per completare la valutazione iniziale e la documentazione.
- La continuità dall'astinenza dal fumo deve essere verificata regolarmente durante tutto il trattamento e al suo termine.
- I pazienti che non vogliono sottoporsi a un programma per smettere di fumare devono, durante i primi contatti, essere forniti di supporto motivazionale.
- Se il paziente ha una ricaduta, devono essergli offerti ulteriori interventi.
- Gli ex-fumatori che non partecipano più attivamente a programmi per smettere di fumare, devono avere i benefici positivi di tale decisione e devono essere seguiti per ogni problema residuo collegato all'aver smesso di fumare.

Gruppi specifici

- Gli stessi interventi dovrebbero venire offerti a prescindere dal sesso o dall'appartenenza a gruppi etnici o razziali. Nonostante ciò, potrebbe essere necessario tenere in considerazione specificità culturali durante la pianificazione e l'implementazione di programmi di cessazione dal fumo.
- Ai fumatori con associati disturbi mentali deve essere offerto un intervento di aiuto a smettere di fumare dopo aver valutato il rischio dell'esacerbazione di co-morbilità.
- Si deve avvertire i fumatori che è possibile che acquistino peso a seguito dell'interruzione dal fumo ma che avranno maggiori benefici nel smettere di fumare in confronto all'aumento di peso. Occorre consigliare di evitare programmi per dimagrire fino a che il paziente non sia sicuro di evitare ricadute.

Bibliografia

1. The Joanna Briggs Institute, Smoking Cessation Interventions and Strategies for Hospitalised Patients: An Evidence Based Integrative Review. Health Promotion Unit, Royal Adelaide Hospital; 2000. (unpublished)
2. NHMRC. National Health Policy on Tobacco in Australia and Examples of Strategies for Implementation: National Health and Medical Research Council; 1991.
3. Agency-for-Health-Care-Policy-and-Research. Smoking cessation: clinical practice guideline: US DEPT HHS PUBLPublic Health Serv; 1996.
4. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. In: The Cochrane Library. Issue 2, Update Software, online or CD ROM, update quarterly; 2000.
5. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
6. Lancaster T, Stead L. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. 2000.
7. Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software. 2000.
8. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
9. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
10. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
11. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
12. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
13. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
14. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
15. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
16. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).
17. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. The Cochrane Library 2000(2).



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

this is a Health Promoting Initiative

Raccomandazioni

Raccomandazioni relative alle strategie di screening rispetto al fumo e interventi per far smettere di fumare

Screening per l'uso del tabacco

1. A tutti i pazienti deve essere chiesto se consumano tabacco e si deve documentare il loro status rispetto al fumo. **(Livello I)**

Modalità di trattamento

2. A tutti i pazienti fumatori deve essere offerto il consiglio di smettere di fumare da parte del loro medico. **(Livello I)**
3. I professionisti di tutte le discipline devono offrire consigli/interventi ai pazienti che fumano come consentito dalle risorse disponibili. **(Livello I)**
4. Counselling individuale e di gruppo sono egualmente metodi efficaci per promuovere la cessazione dal fumo. **(Livello I)**
5. Quando i pazienti scelgono di seguire un programma di auto-aiuto, deve anche essergli offerto un supporto personalizzato. **(Livello I)**
6. Dove le risorse lo consentono, si devono utilizzare modalità multiple di intervento. **(Livello I)**
7. Ai pazienti deve essere offerta una terapia sostitutiva della nicotina (NRT) come trattamento di prima linea per assisterli nel programma di interruzione dal fumo. **(Livello I)**
8. La decisione rispetto a quale tipo di NRT debba essere usata deve essere determinata dai bisogni/preferenze del paziente, dalla tollerabilità e da considerazioni rispetto ai costi. I cerotti sono maggiormente efficaci in ambienti ospedalieri. **(Livello I)**
9. I cerotti di NRT devono essere usati solo durante le ore di veglia (16 ore/dì) e la durata del trattamento con cerotti per un periodo superiore alle 8 settimane non aumenta la possibilità di smettere di fumare. **(Livello I)**
10. Quando si utilizzano NRT sotto forma di gomma da masticare, il preparato da 4 mg deve essere offerto ai fumatori molto dipendenti e quello da 2 mg a coloro che hanno bassa dipendenza. **(Livello I)**
11. L'uso del NRT deve essere affiancato ai consigli circa altri interventi utili a smettere di fumare. **(Livello I)**
12. La Clonidina deve essere utilizzata con cautela come farmaco per smettere di fumare. A causa dell'alta incidenza di effetti collaterali che comporta, deve essere considerata una terapia di seconda linea laddove altre terapie hanno già fallito. **(Livello I)**
13. Il Brupopione è una valida alternativa laddove le NRT hanno fallito. **(Livello I)**
14. Laddove l'aumento di peso sia di particolare preoccupazione, il medico può raccomandare le NRT sotto forma di gomma da masticare. **(Livello I)**



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital, North Terrace,
Adelaide, South Australia 5000
<http://www.joannabriggs.edu.au>
ph: (+61 8) 8303 4880 fax: (+61 8) 8303 4881
• Published by Blackwell Publishing Asia

The series *Best Practice* is disseminated collaboratively by:



"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise), is, to the extent permitted by law, excluded".

Acknowledgments

This information sheet was derived from a commissioned review conducted by Rick Weichula and Craig Lockwood of The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery for the Health Promotion Unit, Royal Adelaide Hospital. The review report and recommendations were reviewed by a multidisciplinary panel and in particular the Institute would like to acknowledge the efforts of Mr Andrew Zoerner, Director, Health Promotions Unit, and Dr Rick Stapleton who chaired the review group with initial funding from the Anti-Tobacco Ministerial Advisory Taskforce.

In addition the *Best Practice* sheet has been peer reviewed by experts nominated by JBIEBNM centres throughout Australia, New Zealand and Hong Kong.