



Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

Volume 12
Issue 8
2008
ISSN: 1329-1874

Traduzione a cura di
Cormons Viviana
Collaboratore Centro
studi EBN - Direzione
Servizio Infermieristico
e Tecnico
Azienda Ospedaliera di
Bologna - Policlinico
S.Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9 -
40138 Bologna, Italia

Cessazione dal fumo: interventi e strategie

Raccomandazioni

- L'auto-aiuto non dovrebbe essere considerato una terapia d'assalto per smettere di fumare; dov'è l'unica forma di terapia disponibile, i materiali dovrebbero essere adattati alle esigenze dei singoli individui. **(Grado A)**
- Gli interventi terapeutici intensivi individuali di tipo comportamentale nella forma di 12 brevi sessioni di counselling sono raccomandati nei casi in cui l'NRT (terapia sostitutiva della nicotina) non è stata efficace, o dove le persone non desiderano utilizzare NRT. **(Grado A)**
- I programmi di terapia di gruppo dovrebbero essere offerti prima di programmi di auto-aiuto e possono essere aggiunti all'NRT. **(Grado A)**
- La terapia di avversione e le terapie alternative, come ad esempio l'agopuntura o l'agopressione, non dovrebbero essere utilizzate. **(Grado A)**
- I cerotti alla nicotina hanno un effetto terapeutico quando indossati durante le ore di veglia (16 h/gg) per più di 8 settimane. **(Grado A)**
- Dove è usata la gomma da masticare alla nicotina, offrire dosi da 4mg per fumatori ad alta dipendenza e gomme da 2 mg per fumatori a bassa dipendenza. **(Grado A)**
- La Clonidina, il Lobeline o gli antagonisti degli oppioidi non devono essere offerti per la cessazione dal fumo. **(Grado A)**
- In singoli casi in cui l'NRT non è stata efficace, prendere in considerazione uno tra Bupropione o Nortriptilina. **(Grado A)**
- Per i pazienti ricoverati continuare il counselling intensivo fino a un mese post-dimissione. **(Grado A)**

Cont. >

Fonte delle informazioni

L'evidenza in materia di cessazione dal fumo è cresciuta di forza dopo il primo foglio "Cessazione del fumo: interventi e strategie" pubblicato nel 2001.¹ Questo foglio informativo comprende 12 nuove o aggiornate revisioni sistematiche, fornendo più evidenze conclusive sull'efficacia della cessazione dal fumo, sia per l'NRT (terapia sostitutiva della nicotina) che per le altre strategie o interventi.²⁻¹⁵

Background

Sebbene l'NRT formi il pilastro delle strategie per la cessazione dal fumo¹², c'è un esauriente corpo di evidenza riguardante un ampio range di altri interventi, che vanno da forme di terapia comportamentale, tipi di counselling, strategie di auto-aiuto, altri interventi farmaco terapeutici, a strategie per specifiche popolazioni di pazienti e/o specifiche condizioni. Un iniziale suggerimento di un professionista della salute è importante per stimolare la consapevolezza, dopodiché gli individui possono anche essere indirizzati allo specialista, ad esempio il NHS Stop Smoking Service nel Regno Unito.

L'auto-aiuto è una forma di terapia in cui l'individuo si impegna a gestire il proprio programma per smettere di fumare. Di conseguenza, l'auto-aiuto è a basso costo, ma il suo rapporto costo-efficacia rispetto ad altre terapie è basso.⁸ Gli interventi comportamentali comprendono il coping e il training delle competenze sociali, la gestione delle contingenze, l'autocontrollo e gli interventi cognitivo-comportamentali.⁷⁻¹⁴

Questa terapia di gruppo si colloca tra la terapia intensiva di counseling individuale e l'auto-aiuto con minimo supporto di un terapeuta che la rende un'alternativa a basso consumo di risorse come il counseling intensivo uno a uno, mentre offre equivalenti incidenza di cessazione in un più vitale modello economico. Venti studi hanno dimostrato che un significativo aumento della probabilità di smettere di una persona si verifica con un intervento infermieristico.¹⁰

L'evidenza di tipo aneddotico suggerisce che una storia di depressione è più prevalente tra fumatori, e che lo smettere di fumare in se può condurre a episodi di depressione. Inoltre alcune persone, considerando di smettere di fumare, potrebbero preferire una forma di farmacoterapia non basata sulla nicotina.¹² Gli antidepressivi pertanto possono servire a un duplice scopo oltre che a una strategia per smettere di fumare; diversi antidepressivi sono stati oggetto di ampio studio. Mentre l'NRT e gli antidepressivi sono le più disponibili opzioni farmaceutiche, terapie alternative, compresa l'agopuntura e l'ipnosi terapia, sono stati sottoposti a revisione sistematica e sono riportate in questo foglio informativo.

Gradi delle Raccomandazioni

Questi Gradi delle Raccomandazioni sono stati basati sui Gradi dell'efficacia del Joanna Briggs Institute, sviluppati nel 2006⁴

Grado A Forte evidenza che merita applicazione

Grado B Moderata evidenza che garantisce considerazione nell'applicazione

Grado C Mancanza di evidenza

- Iniziare strategie per smettere di fumare in attesa di intervento chirurgico 6-8 settimane prima dell'intervento chirurgico. **(Grado A)**
- Tra i pazienti CHD, sono raccomandati interventi psicosociali in corso di follow-up per smettere di fumare. **(Grado B)**
- Dovrebbe essere chiesto a tutti i pazienti se fanno uso di tabacco e avere documentato il loro status di fumatore. **(Grado B)**
- A tutti i pazienti che fanno uso di tabacco dovrebbe essere offerta una consulenza in materia di cessazione dal fumo dal loro medico generico, farmacista o infermiere. **(Grado B)**

Oltre che a specifici interventi, specifici gruppi di pazienti sono stati studiati per la loro disponibilità a smettere di fumare per diminuire nel lungo o breve termine i rischi per la salute. Quelle affrontate in questo foglio informativo includono pazienti in attesa di interventi chirurgici, quelli con depressione, con malattia coronarica o ricoverati in ospedale. È anche stata revisionata la consulenza di farmacisti e medici, con tempi di consultazione lunghi e brevi, esaminata per l'effetto sull'incidenza di cessazione confrontata a nessuna consulenza e nessun altro intervento.

Obiettivi

Lo scopo di questo foglio informativo di Best Practice è di descrivere i migliori interventi che portano a smettere di fumare.

Tipi di Intervento

Gli interventi che sono documentati in questo foglio informativo consistono in strategie terapeutiche (per esempio: auto-aiuto o gruppo-orientato) e medicazioni derivate da fonti farmacoterapeutiche.

Risultati - Modalità di trattamento

Auto-aiuto

Il trattamento di auto-aiuto si basa su una serie di strategie come video o materiali cartacei. Gli studi sull'auto-aiuto sono stati confrontati con: una lettera breve, o nessuna informazione, l'auto-aiuto con contatto breve, o la consulenza, o l'auto-aiuto + NRT, o solo NRT, o materiali di auto-aiuto individualizzati, ulteriori materiali scritti o video. I principali risultati sono stati che l'auto-aiuto può migliorare le percentuali di cessazione del fumo, ma l'effetto è piccolo, mentre l'aggiunta di auto-aiuto ad altre forme di terapia come ad esempio l'NRT non ha alcun effetto significativo sulle percentuali di cessazione.⁸ Adegando i materiali di auto-aiuto può essere di maggior aiuto rispetto a materiali standardizzati, tuttavia, l'impatto è minore rispetto ad altre forme di terapia.

In assenza di tali materiali, l'auto-aiuto è probabile che rischi di fallire, mentre adattando i materiali ai bisogni degli individui aumenta la probabilità che smettano, anche se l'auto-aiuto è solo leggermente più efficace rispetto a non fornire altri supporti.⁸

Terapia individuale

In 21 studi clinici con oltre 7000 partecipanti, la terapia individuale (un intervento comportamentale) è stata valutata rispetto all'effetto della terapia di gruppo. Rispetto al minimo contatto, la terapia individuale è stata maggiormente in grado di portare a smettere di fumare. Combinando la terapia individuale con l'NRT non si è avuto un aumento in efficacia in entrambe le terapie. Infatti è risultato a minore probabilità generale di smettere di fumare. Gli elementi di prova non supportano il counselling individuale moderato come più benefico rispetto al counselling breve. Comunque, l'intensità del counselling individuale è stato collegato a un aumento della cessazione. L'input intensivo è consistito di 12 sessioni cognitivo-comportamentali di prevenzione delle recidive.⁷

Terapia di gruppo

Sono stati descritti in letteratura più di 100 forme di terapia di gruppo. Le funzioni della terapia di gruppo sono: analizzare i motivi del

comportamento per i membri del gruppo; fornire un'opportunità di apprendimento sociale; generare esperienze emotive; impartire informazioni e insegnare nuove competenze.¹⁴ Un totale di 55 studi clinici ha incontrato i criteri di inclusione per i confronti. Sedici studi confrontavano un programma di gruppo con un programma di auto-aiuto. La cessazione è aumentata con un programma di gruppo (N = 4395, odds ratio (OR) 2.04, 95% intervallo di confidenza (IC) 1.60 a 2.60). I programmi di gruppo sono stati più efficaci che nessun intervento di controllo (sette studi, N = 815, OR 2.17, 95% CI 1.37 a 3.45). Non c'è stata nessuna evidenza che la terapia di gruppo sia stata più efficace rispetto a una intensità simile del counselling individuale. Unendo la terapia di gruppo con altre forme di trattamento, come ad esempio l'NRT, è stata efficace nel promuovere la cessazione dal fumo, anche se la terapia di gruppo non è sempre ben accolta dai pazienti. C'è evidenza limitata che i programmi che hanno compreso aspetti per aumentare le competenze cognitive e comportamentali ed evitare le ricadute, siano più efficaci dei programmi di uguale lunghezza o più brevi, senza questi componenti.¹⁴

Terapia di avversione

La ricerca disponibile sulla terapia di avversione suggerisce che questa aumenta la probabilità di smettere di fumare. Tuttavia, il livello di beneficio è basso e probabilmente legato a bias di pubblicazione piuttosto che a una reale efficacia. Nessuna delle terapie di avversione, a parte i fumatori rapidi, è stata trovata essere efficace. Pertanto questa forma di terapia non dovrebbero essere considerata per la maggior parte dei pazienti.⁵

Terapie alternative

L'agopuntura è una forma di terapia tradizionale Cinese che utilizza aghi per stimolare particolari punti del corpo. L'agopuntura è stata valutata per la sua capacità di migliorare la cessazione dal fumo riducendo la sintomatologia nelle persone durante l'esperienza di smettere di fumare. Oltre l'agopuntura, è stata valutata l'evidenza riguardante l'agopressione, la laser terapia e le stimolazioni elettriche. Tuttavia, l'evidenza esistente non supporta il loro uso.

Farmacoterapia

NTR

L'NRT è disponibile in una diversa modalità di somministrazione, tra cui la gomma da masticare, i cerotti, gli inalatori, lo spray nasale e le compresse sublinguali. Questi variano nei dosaggi e nella velocità di somministrazione, e può richiedere diverse modalità di trattamento. Le evidenze, tuttavia, dimostrano chiaramente che l'NRT in qualsiasi forma è significativamente più efficace ad aumentare le percentuali di cessazione del fumo rispetto al placebo o nessun NRT.

Gomma da masticare NTR

Le prove di evidenza relative al gum di NRT dimostrano che l'efficacia della terapia è inibita da bevande acide e caffè. La gomma di NRT è anche associata con effetti collaterali gastrici e transfert di dipendenza. Il dosaggio della gomma può essere adattato al singolo livello di dipendenza dalla nicotina: gli individui con alta dipendenza beneficiano della gomma da 4mg, mentre i fumatori a bassa dipendenza possono essere efficacemente trattati con una gomma a dose inferiore (2 mg).¹²

Cerotto alla nicotina

I cerotti alla nicotina sono disponibili in una vasta gamma di scelta e si indossano come terapia per varie ore al giorno per la durata del programma di cessazione dal fumo. Le evidenze di una grande revisione sistematica indicano che indossare un patch per 16 ore durante le ore di veglia è efficace come un patch per 24 ore. La stessa revisione ha individuato che continuare la terapia con cerotti alla nicotina oltre le 8 settimane non è stata più efficace di quella con durata della terapia di 8 settimane. Piccoli studi clinici suggeriscono tempi ancora più brevi: fino a 3 settimane sono efficaci come quelli di durata maggiore: ma bisogna condurre studi più grandi per confermare questi risultati. La terapia con cerotti di NRT può essere interrotta senza dosi decrescenti o svezzamento, non vi è infatti alcuna differenza fra i metodi per smettere il trattamento di cerotti NRT.¹²

Altri medicinali

La Clonidina, originariamente un antipertensivo, agisce sul sistema nervoso centrale (SNC) diminuendo i sintomi di astinenza SNC-relati. Uno studio altamente significativo fra sei studi di una revisione sistematica è stato trovato favorevole alla Clonidina forse ha influenzato l'effetto positivo generale rispetto al placebo. Gli effetti sgradevoli e l'ampio intervallo di confidenza suggeriscono che la Clonidina non dovrebbe essere raccomandata dove esistono altre alternative.⁴

Il Lobeline è stato ampiamente usato come un intervento per la cessazione dal fumo. Tuttavia l'evidenza, da una revisione sistematica del 1997 che include tutti gli studi identificati, è di scarsa qualità. Non sono stati effettuati aggiornamenti di questa revisione.¹³

Antagonisti degli oppioidi nella cessazione dal fumo

Quattro RCTs sono stati di sufficiente qualità da includere nella meta-analisi che esamina l'impatto del Naltrexone, antagonista degli oppioidi, sulle percentuali di cessazione. Non vi è stata alcuna differenza significativa sulle percentuali di cessazione a 6 mesi tra il placebo ed il Naltrexone; pertanto, non può essere raccomandato nella cessazione dal fumo.³

Antidepressivi nella cessazione dal fumo

Una revisione sugli antidepressivi, che include 53 studi clinici che esaminano il Bupropione e la Nortriptilina come unica terapia per smettere di fumare, ha trovato che entrambi i farmaci raddoppiano la probabilità di smettere rispetto a nessun trattamento. Tre studi clinici sulla terapia a lungo termine con Bupropione non ha riscontrato alcun effetto benefico sulla prevenzione delle ricadute. Le evidenze sono state inadeguate per determinare se l'aggiunta degli antidepressivi nella terapia sostitutiva della nicotina ha fornito ulteriori benefici a lungo termine.⁶ Tre studi clinici hanno trovato maggiore probabilità nella cessazione dal fumo con la Vareniclina rispetto al Bupropione. L'efficacia di questi farmaci deve essere bilanciata con un associato rischio di convulsioni ed altri spiacevoli o indesiderati gravi effetti collaterali. Il Bupropione non è consigliato durante la gravidanza, l'allattamento o in età <18 anni. Inoltre, utilizzando inibitori selettivi della serotonina non vi è stato alcun impatto sulla cessazione dal fumo. I benefici clinici associati agli antidepressivi, ed in particolare al bupropione ed alla nortriptilina, non sono abbastanza forti da giustificare l'uso di antidepressivi come terapia d'attacco per smettere di fumare al posto dei sostitutivi della nicotina.⁶

Popolazioni Specifiche di Pazienti

Pazienti ospedalizzati

Una revisione ha trovato che il counselling intensivo iniziato durante il ricovero e continuato con contatti di supporto per almeno un mese dopo la dimissione ha incrementato le

percentuali di dimissione dal fumo dopo la dimissione, anche se l'effetto è stato di piccole dimensioni. Il counselling di più lunga durata nel corso della degenza ospedaliera non è stato associato a una più elevata percentuale di cessazione, né lo è stato l'aggiunta di NRT al counselling intensivo; questi risultati indicano che iniziare un programma di cessazione dal fumo in ospedale può aiutare i pazienti a smettere, e che l'intervento non deve essere intensivo, o includere NRT per essere efficace. Tuttavia, il counselling più lungo può essere più efficace.¹¹

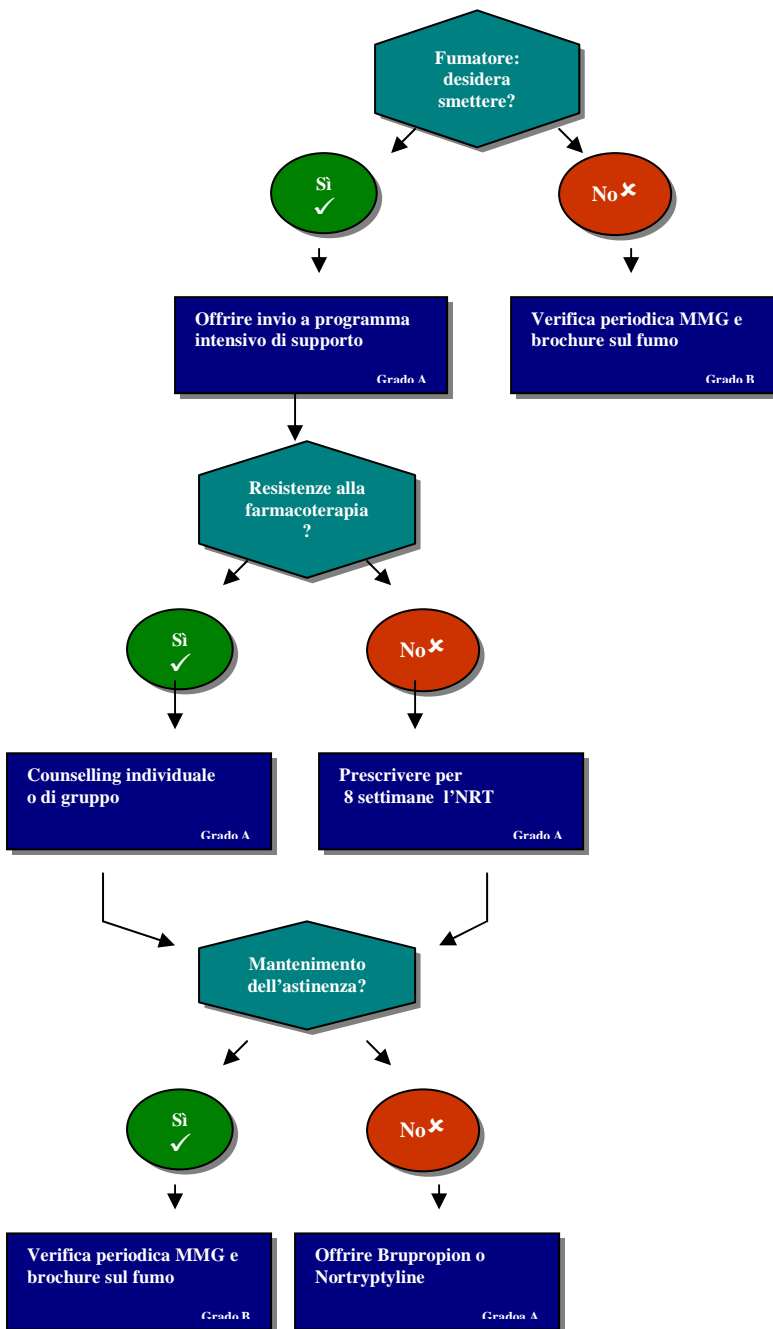
Pazienti preoperatori

Quattro studi clinici in una revisione miravano a stabilire se esista un legame tra smettere di fumare e i risultati post-operatori.⁹ In tutti gli studi clinici è stato ridotto significativamente il fumo pre-operatorio, ma solo due studi clinici hanno segnalato l'effetto del fumo sulle complicazioni della ferita; i risultati sono stati eterogenei, con una significativa riduzione delle complicazioni connesse alla ferita, delle complicazioni cardiopolmonari e del rischio globale di complicazioni in un studio, di un complessivo rischio di qualsiasi complicanza in un altro e nessuna differenza nei risultati clinici nell'altro. I benefici sono venuti da uno studio in cui la cessazione del fumo è iniziata 6-8 settimane prima dell'intervento. L'effetto a lungo termine della cessazione dal fumare non è stato significativo in nessuno dei due studi clinici con follow-up oltre il periodo pre-operatorio.⁹

Pazienti con malattia coronarica

Una revisione ha valutato i trattamenti terapeutici comportamentali, gli interventi di auto aiuto, il supporto telefonico e gli interventi mirati sui fattori di rischio, dove l'outcome era di smettere di fumare al follow-up di 6 mesi per i pazienti con malattie cardiache coronariche. L'auto-aiuto includeva opuscoli informativi, volantini, video o audio. L'intensità di intervento è stata pure esaminata, basandosi sul numero di ore di contatto. L'outcome di interesse era l'astinenza al follow-up di 6-12 mesi. La revisione ha trovato che tutti gli interventi psico-sociali sono stati ugualmente efficaci rispetto all'assistenza standard. È stato anche trovato che una maggiore intensità della terapia (ore di contatto) ha notevolmente incrementato la quota di successi nella cessazione dal fumo, mentre una minore intensità di terapia (breve intervento senza alcun follow-up entro le 4 settimane) non è stata efficace.²

Cessazione dal fumo: interventi e strategie



- Hajek P and Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001 Issue 3.
- Hughes JR, Stead LF and Lancaster T. "Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 Issue 1.
- Lancaster T and Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 3.
- Lancaster T and Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 3.
- Møller A and Villebro N. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 3.
- Rice VH and LF Stead. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999 Issue 3.
- Rigotti NA, Munafò MR and Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 Issue 3.
- Silagy C, Lancaster T, Stead LF, Mant D and Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004 Issue 3.
- Stead LF and Hughes J. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1997 Issue 3.
- Stead LF and Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 2.
- White A, Rampes H, and Campbell JL. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 1.
- The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
- Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J of Evidence-Based Healthcare* 2005; 3(8):207-215.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE

- The Joanna Briggs Institute
Royal Adelaide Hospital
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au
ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au
- Published by Wiley-Blackwell

Blackwell Publishing

"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 *Best Practice* information sheet was developed by the Joanna Briggs Institute and the review authors.

In addition this *Best Practice* information sheet has been reviewed by nominees of International Joanna Briggs Collaborating Centres:

- Dr Suzy Roberston-Malt, National & Gulf Centre for Evidence Based Medicine, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.
- Maggie Roberts, School of Nursing, Nottingham University, Nottingham, UK.
- Bridie Kent, School of Nursing, Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, New Zealand.

References

- The Joanna Briggs Institute. Smoking Cessation Interventions and Strategies. *Best Practice: evidence-based practice information sheets for health professionals*. 2001; 5(3).
- Barth J, Critchley J, and Bengel J. Efficacy of Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with Coronary Heart Disease: A systematic review and meta analysis. *Annals of Behavioural Medicine* 2006;32(1): 10-20.
- David S, Lancaster T, Stead LF and Evins AE. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 3.
- Gourlay SG, Stead LF and Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004 Issue 3.



This *Best Practice* information sheet presents the best available evidence on this topic. Implications for practice are made with an expectation that health professionals will utilise this evidence with consideration of their context, their client's preference and their clinical judgement.¹⁷