

Linee guida cliniche  
per promuovere  
la cessazione  
dell'abitudine al fumo

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

# Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo

---

## **Autori**

Piergiorgio Zuccaro (coordinatore), Graziella Caraffa, Fiorenzo Massimo Corti, Marina Davoli, Domenico Enea, Vincenzo Fogliani, Daniela Galeone, Elena Malvezzi, Silvia Minozzi, Stefano Nardini, Roberta Pacifici, Diego Vanuzzo.

## **Gruppo di lavoro dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga**

Alessandra Di Pucchio, Laura Martucci, Donatella Mattioli, Gabriele Modigliani, Claudia Mortali, Enrica Pizzi, Rosaria Russo, Emanuele Scafato.

## **Revisori**

Giuseppe Benagiano, Roberto Bertollini, Germano Bettoncelli, Giulio Bigotti, Massimo Chiariello, Carlo Cis, Claudio Cricelli, Vincenzo Cuomo, Roberto De Marco, Mario De Palma, Carlo Di Clemente, Fabrizio Faggiano, Francesco Forastiere, Silvio Garattini, Marinella Gattone, Simona Giampaoli, Donato Greco, Gabriella Greco, Roberto Grilli, Giovanni Invernizzi, Maurizio Laezza, Carlo La Vecchia, Giacomo Leopardi, Alessandro Liberati, Franco Macagno, Giacomo Mangiaracina, Roberto Masironi, Antonino Mazzone, Alfonso Mele, David Mocini, Anna Maria Moretti, Michele Muggeo, Gian Luigi Nicolosi, Carlo Alberto Perucci, Giorgio Flavio Pintus, Michele Quaranta, Pio Enrico Ricci Bitti, Eugenio Sabato, Giulia Scaravelli, Francesco Schittulli, Francesco Tancredi, Benedetto Terracini, Umberto Veronesi.

**Sommario** \_\_\_\_\_ pag. 7

**Razionale per l'intervento sul fumo  
di tabacco da parte dei medici** \_\_\_\_\_ pag. 11

- Abitudine al fumo: indicazioni del Piano Sanitario Nazionale
- Rilevanza del fumo in Italia
- Obiettivo della Linea Guida

**Aspetti metodologici** \_\_\_\_\_ pag. 15

- Analisi della letteratura
- Elaborazione delle Linee Guida
- Livelli di evidenza e forza delle raccomandazioni
- Destinatari delle Linee Guida
- Strategie di implementazione
- Indicatori di monitoraggio e valutazione
- Aggiornamento delle Linee Guida

**Intervento clinico minimo** \_\_\_\_\_ pag. 19

- ASK: chiedere se fuma
- ADVICE: raccomandare di smettere
- ASSESS: identificare i fumatori motivati a smettere
- ASSIST: aiutare a smettere
- ARRANGE: pianificare follow up

**Popolazioni oggetto di intervento** \_\_\_\_\_ pag. 41

**Carta del rischio cardiovascolare** \_\_\_\_\_ pag. 45

**Strategie di implementazione  
di Linee Guida** \_\_\_\_\_ pag. 47

**Sintesi delle revisioni sistematiche sulla efficacia degli interventi di cessazione del fumo** \_\_\_\_\_ pag. 53

**Revisione sistematica delle Linee Guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo** \_\_\_\_\_ pag. 65

**Bibliografia** \_\_\_\_\_ pag. 69

**Elenco autori e revisori** \_\_\_\_\_ pag. 73

## Sommario

La cessazione dell'abitudine al fumo rappresenta oggi la strategia più efficace per ridurre la mortalità associata al fumo di sigaretta a medio termine. Una riduzione del 50% nel numero di attuali fumatori potrebbe evitare da 20 a 30 milioni di morti premature nel primo quarto di secolo e circa 150 milioni nel secondo quarto in tutto il mondo.

I medici di medicina generale, gli specialisti, gli operatori sanitari hanno una straordinaria opportunità di ridurre il tasso di fumatori e la conseguente morbidità, mortalità, nonché i costi economici associati.

Questa opportunità risulta da una combinazione di fattori:

- Consapevolezza nella popolazione dei danni da fumo
- Alta percentuale di fumatori che vogliono smettere
- Esistenza di centri di disassuefazione
- Disponibilità di trattamenti efficaci

Sulla base di queste premesse l'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato il lavoro di un gruppo multidisciplinare che, sulla base di una revisione sistematica della letteratura scientifica, ha elaborato un documento nazionale di linee guida cliniche per la cessazione dell'abitudine al fumo.

### Obiettivo

Obiettivo della linea guida è quello di promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo nella popolazione italiana, in accordo con quanto dichiarato nel Piano Sanitario Nazionale 2002-2004.

Tale obiettivo può essere raggiunto anche attraverso la realizzazione, da parte dei medici, in particolare dei medici di famiglia, di interventi brevi rivolti ai propri assistiti nel corso della loro attività ambulatoriale. In letteratura è ampiamente dimostrato come il semplice consiglio del medico curante possa incrementare il numero di fumatori che fanno seri tentativi di smettere. Anche se la percen-

tuale di soggetti che riesce a ottenere un risultato in maniera stabile sembra limitata, questo tipo di approccio ha il grande vantaggio di poter facilmente raggiungere un grande numero di persone ottenendo risultati a livello di popolazione di grande rilevanza.

### **Destinatari delle Linee Guida**

La linea guida è rivolta a tutti gli operatori sanitari, che operano nell'assistenza di primo e di secondo livello, nel corso della loro attività ambulatoriale e ospedaliera, ed in particolare è rivolta ai medici di famiglia.

### **Sintesi delle raccomandazioni**

Sulla base della forza delle prove di efficacia disponibili, le raccomandazioni contenute in questa linea guida sono state suddivise in:

- Raccomandazioni molto forti (prove di efficacia basate su revisioni sistematiche o su studi controllati randomizzati)
- Raccomandazioni abbastanza forti (prove di efficacia basate su studi controllati non randomizzati o studi osservazionali)
- Raccomandazioni deboli (prove di efficacia basate solo su parere di esperti)

### **Raccomandazioni molto forti**

- 1) Domandare a tutti i soggetti che si presentano in ambulatorio, indipendentemente dal motivo della visita, se sono fumatori
- 2) Raccomandare a tutti i soggetti fumatori di smettere di fumare, fornendo consigli chiari, forti e personalizzati
- 3) Fornire materiale cartaceo di supporto (manuali, opuscoli)
- 4) Proporre la terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino dipendenti al test di Fagerström
- 5) Proporre a tutti i soggetti che vogliono smettere, la terapia cognitivo comportamentale o il counseling professionale

### **Raccomandazioni abbastanza forti**

- 1) Riportare in cartella, per ogni assistito, la condizione di fumatore, non fumatore, ex fumatore
- 2) Valutare il livello di dipendenza da nicotina dei fumatori utilizzando il test di Fagerström

### **Raccomandazioni deboli**

- 1) Identificare i fumatori motivati a smettere
- 2) Se il soggetto indica chiaramente che non desidera provare a smettere in questo momento fornire un intervento per motivarlo;
- 3) Con i soggetti desiderosi di smettere definire una data per smettere, possibilmente entro le due settimane
- 4) Prevedere contatti per il follow up. Questi contatti potranno essere tenuti sia in modo diretto che per telefono
- 5) I soggetti che hanno ripreso a fumare vanno valutati per vedere se sono disponibili ad altri tentativi

## Razionale per l'intervento sul fumo di tabacco da parte dei medici

### **Abitudine al fumo: indicazioni del Piano Sanitario Nazionale**

Il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004, in linea con gli intenti degli organismi sanitari internazionali ha inserito la lotta al tabagismo tra gli obiettivi diretti a promuovere comportamenti e stili di vita per la salute. Oltre ad auspicare la drastica diminuzione del numero dei fumatori il Piano pone l'accento sulle necessità del rispetto della normativa esistente sul divieto di fumo.

Al fine di attivare una più incisiva azione di dissuasione l'applicazione del divieto di fumo dovrà essere esteso a tutti gli spazi confinati, ad eccezione di quelli adibiti ad uso privato e a quelli eventualmente riservati ai fumatori che dovranno essere dotati di appositi dispositivi di ricambio d'aria per tutelare la salute dei lavoratori addetti.

Gli interventi legislativi, comunque, devono essere coniugati con maggiori e più incisive campagne di educazione ed informazione sui danni procurati dal fumo attivo e/o passivo, la cui efficacia potrà essere maggiore se verranno rivolte soprattutto ai giovani in età scolare e alle donne in età fertile.

Dovrà essere inoltre varato un piano di comunicazione istituzionale sugli stili di vita, i comportamenti salutari e non salutari, la prevenzione e l'appropriatezza degli interventi, curando l'aggiornamento dei medici e degli altri operatori sanitari.

### **Rilevanza del fumo in Italia**

La prevalenza dei fumatori attivi in Italia è ancora molto elevata (32,4% e 17,1% rispettivamente per gli uomini e per le donne in età superiore ai 14 anni).<sup>(1)</sup>

La percentuale dei fumatori tra i 14 ed i 24 anni è addirittura aumentata negli ultimi anni (17,4% nel 1993, 20,5% nel 1997, 21,6% nel 1999). Quindi oltre un quinto dei giovanissimi fuma e

questa percentuale sale al 24,9% per i coetanei che abitano nelle aree metropolitane.<sup>(2)</sup> L'abitudine al fumo dei ragazzi dipende fortemente dall'esempio fornito dai genitori. Inoltre, più del 50% dei bambini è correntemente esposto al fumo passivo nelle mura domestiche, soprattutto nelle famiglie di condizione sociale più bassa.

Sono attribuibili al fumo di tabacco in Italia circa 80-85.000 morti l'anno (di cui approssimativamente un terzo per patologia cardiovascolare, un terzo per patologia respiratoria ed un terzo per patologia oncologica).<sup>(3)</sup> Oltre il 25% dei decessi attribuibili al fumo è compreso tra i 35 ed i 65 anni. Il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale. Il fumo è dannoso ad ogni età, ma il rischio ad esso correlato di contrarre una patologia (cardiovascolare, oncologica, pneumologica) è strettamente dipendente dall'età di inizio di tale abitudine. Infatti, per esempio, una persona che inizia a fumare a 15 anni ha una probabilità tre volte superiore di ammalarsi di tumore rispetto ad un individuo che inizi a fumare all'età di 20 anni.<sup>(4,5)</sup> L'esposizione al fumo passivo è causa di aumento del rischio per malattie respiratorie (particolarmente tra i bambini)<sup>(6)</sup>, per infarto del miocardio<sup>(7)</sup> e per tumore polmonare.<sup>(8)</sup>

Inoltre il fumo è un potente fattore sinergico nella determinazione del rischio globale (vedi per esempio carta del rischio cardiovascolare).

Il fumo delle madri durante la gravidanza è causa di molteplici patologie, con gravi conseguenze per lo sviluppo neurocomportamentale del lattante; tra le conseguenze più evidenti vanno ricordate in particolare una significativa riduzione del peso alla nascita<sup>(9)</sup> ed un eccesso di rischio di morti improvvise del lattante.<sup>(10)</sup>

A fronte di tali dati epidemiologici, la consapevolezza degli effetti negativi del fumo in Italia è ancora sottovalutata sia nella popolazione generale che tra il personale sanitario dove la prevalenza di fumatori è paradossalmente più elevata di quella della popolazione generale.

In letteratura è ampiamente dimostrato come il consiglio del medico curante possa incrementare il numero di fumatori che fanno seri

tentativi di smettere<sup>(11)</sup>: anche se la percentuale di soggetti che riesce a ottenere un risultato in maniera stabile sembra limitata (intorno al 5%). Questo tipo di approccio ha il grande vantaggio di poter facilmente raggiungere un grande numero di soggetti ottenendo risultati a livello di popolazione di grande rilevanza.

### Obiettivo della Linea Guida

Obiettivo della presente linea è di promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo nella popolazione italiana, in accordo con quanto dichiarato nel Piano Sanitario Nazionale 2002-2004.

Tale obiettivo può essere raggiunto anche attraverso la realizzazione, da parte dei medici, in particolare i medici di famiglia, di interventi brevi rivolti ai propri assistiti nel corso della loro attività ambulatoriale.

## Aspetti metodologici

### Analisi della letteratura

Per redigere le presenti linee guida è stata effettuata una revisione sistematica della letteratura ricercando revisioni sistematiche, studi controllati randomizzati (Randomized Controlled Trial, RCT) e linee guida pubblicate da altri organismi.

Per reperire le revisioni sistematiche è stata effettuata una ricerca bibliografica sulle banche dati Medline, Embase, Cochrane Library dal 1990 al marzo 2001. Le revisioni individuate sono state sottoposte ad una valutazione della qualità metodologica.<sup>(12,13)</sup> Le revisioni sistematiche Cochrane sono risultate essere le più aggiornate, le più recenti, le più complete e metodologicamente di migliore qualità. Pertanto per l'estrazione dei dati di efficacia ci si è limitati a considerare le revisioni Cochrane. Una descrizione dettagliata delle prove di efficacia reperite nelle revisioni sistematiche è riportata nel capitolo “Sintesi delle revisioni sistematiche sulla efficacia degli interventi di cessazione del fumo”.

La ricerca degli RCT si è limitata a studi di recente pubblicazione e non ancora inclusi in revisioni sistematiche. Non sono stati individuati RCT di recente pubblicazione che modificano in modo sostanziale i risultati delle revisioni sistematiche.

Per reperire le linee guida pubblicate da altri organismi è stata effettuata una ricerca bibliografica su Medline ed Embase dal 1995 al marzo 2001 e sono stati consultati i siti internet di linee guida.

Le linee guida reperite sono state sottoposte ad una valutazione della qualità metodologica concentrandosi sui seguenti aspetti: descrizione della metodologia utilizzata per reperire e analizzare gli studi primari; descrizione della metodologia utilizzata per elaborare le raccomandazioni e sottoporre la bozza delle linee guida ad un processo di revisione prima della loro pubblicazione; descrizione della composizione del gruppo multidisciplinare che ha redatto la linea guida; presenza di uno schema di grading della forza delle raccomandazioni e/o del livello delle evidenze reperite;



presenza di una bibliografia aggiornata; indicazione della data entro la quale è previsto l'aggiornamento della linea guida; indicazioni di eventuali strategie di implementazione.<sup>(14-16)</sup> Una descrizione dettagliata della metodologia seguita per la valutazione critica delle Linee Guida e dei risultati sia in termini di qualità metodologica sia in termini di interventi raccomandati nei diversi documenti è riportata nel capitolo "Revisione sistematica delle linee guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo".

### Elaborazione delle Linee Guida

Le due epidemiologhe del gruppo di lavoro hanno effettuato la ricerca bibliografica, valutato criticamente gli studi e le linee guida. Le prove di efficacia reperite nelle revisioni sistematiche Cochrane e le raccomandazioni contenute nelle linee guida individuate di migliore qualità (quelle che hanno ottenuto un punteggio di 3+) sono state quindi utilizzate per redigere il testo della presente linea guida. La bozza di linea guida redatta dal gruppo di autori è stata quindi sottoposta ad un processo di revisione da parte di esperti esterni al progetto e dai presidenti delle principali società scientifiche del settore (vedi elenco autori e revisori).

Le prove di efficacia sono state classificate secondo i livelli di evidenza riportati di seguito; tali livelli riflettono il grado di validità (assenza di distorsioni sistematiche) dei risultati e delle conclusioni relative alla efficacia dei trattamenti riportati nei singoli studi. Il presupposto su cui si basano tali livelli è che i disegni di studio dei livelli superiori sono in grado di fornire evidenze più valide di quelli ai livelli più bassi. Infatti, affinché i risultati di uno studio possano essere attribuiti con relativa certezza all'intervento sperimentale, è necessario che il disegno dello studio abbia rispettato una serie di requisiti metodologici. In caso contrario possono verificarsi errori sistematici che possono portare a concludere erroneamente per l'efficacia o la non efficacia di un intervento.<sup>(17)</sup> L'interpretazione delle prove di efficacia reperite negli studi tiene conto dei livelli di evidenza, della numerosità e della qualità metodologica degli studi, della consistenza dei risultati e della rilevanza

clinica delle misure di risultato utilizzate. Tale interpretazione, alla luce anche della esperienza clinica degli autori e del contesto locale in cui le linee guida andranno implementate, porta alla formulazione del grading della forza delle raccomandazioni pratiche.

### Livelli di evidenza e Forza delle raccomandazioni

#### *Livelli di evidenza*

- Livelli di evidenza 1  
*Revisioni sistematiche di studi controllati randomizzati*
- Livelli di evidenza 2  
*Studi controllati randomizzati*
- Livelli di evidenza 3  
*Studi controllati non randomizzati*
- Livelli di evidenza 4  
*Studi osservazionali*
- Livelli di evidenza 5  
*Parere degli esperti in assenza di prove di efficacia*

#### *Forza delle raccomandazioni*

- Forza delle raccomandazioni A = molto forte  
*Basata su prove di efficacia di livello 1 o 2*
- Forza delle raccomandazioni B = abbastanza forte  
*Basata su prove di efficacia di livello 3 o 4 o su revisioni sistematiche o studi controllati randomizzati con risultati contrastanti o campioni di piccole dimensioni*
- Forza delle raccomandazioni C = debole  
*Parere degli esperti in assenza di prove di efficacia*

### Destinatari delle Linee Guida

La linea guida è rivolta a tutti gli operatori sanitari, che operano nell'assistenza di primo e di secondo livello, nel corso della loro attività ambulatoriale e ospedaliera, ed in particolare è rivolta ai medici di famiglia.

## Strategie di implementazione

Numerosi studi hanno dimostrato che la semplice diffusione delle linee guida, se non accompagnata da strategie di implementazione più intense, non è efficace nel produrre un cambiamento nei comportamenti dei destinatari delle linee guida.<sup>(18-26)</sup>

Dovranno essere organizzati workshops nei quali vengano discusse le linee guida, le possibilità e le difficoltà legate alla realizzazione dell'intervento proposto e l'impatto atteso in termini di salute pubblica. È importante inoltre realizzare delle esercitazioni durante le quali verranno simulate visite in ambulatorio di diverse tipologie di pazienti (disponibile, non disponibile, non interessato, con problemi particolari, etc.).

## Indicatori di monitoraggio e valutazione

È prevista l'elaborazione di un questionario da inviare ai medici di famiglia per valutare l'applicabilità delle raccomandazioni contenute nella linea guida e il suo effettivo utilizzo. Gli indicatori principali sono:

- Numero di medici che chiedono ai loro pazienti se sono fumatori
- Numero di medici che utilizzano una cartella clinica per ogni assistito
- Numero di medici che riportano in cartella in modo evidente la condizione di fumatore/non fumatore dell'assistito
- Numero di medici che formulano brevi raccomandazioni sull'importanza di smettere di fumare ai loro assistiti in occasione delle visite ambulatoriali e tipologia dei pazienti con i quali realizzano l'intervento

## Aggiornamento delle Linee Guida

La revisione e l'aggiornamento della presente linea guida sono previsti entro il 31 maggio 2004 o prima di tale data in presenza di nuove evidenze rilevanti.

## Intervento clinico minimo

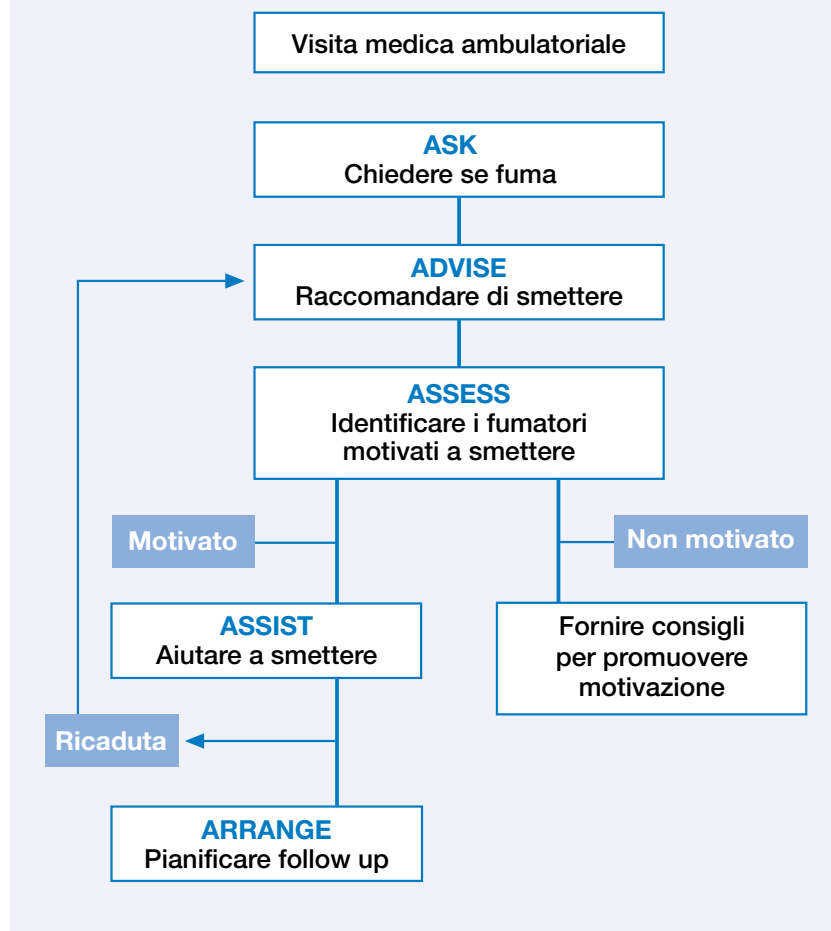
L'intervento clinico minimo di efficacia provata e raccomandato nelle principali linee guida prodotte da organismi nazionali di diversi paesi europei ed extraeuropei è quello noto con la sigla delle "5 A: ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE".

Tale intervento può essere realizzato spendendo anche pochi minuti nel corso di una qualunque visita medica.

Si è ritenuto di proporre questo intervento anche per i medici di famiglia italiani in quanto esso organizza gli interventi più efficaci descritti in letteratura.

Interventi più intensi vanno realizzati da personale specializzato in strutture apposite (vedi *Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco*, [www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it)).

## Diagramma di flusso dell'intervento

ASK  
Chiedere se fuma

- Domandare a *tutti* i soggetti che si presentano in ambulatorio se sono fumatori. L'argomento fumo deve essere affrontato con tutti, vecchi e giovani, indipendentemente dal motivo della visita.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A**  
LIVELLO EVIDENZA 1

*Ai fumatori e a coloro che hanno smesso nell'ultimo anno la domanda dovrebbe essere ripetuta ad ogni visita.*

- La condizione e la storia di fumatore (Si/No/Ex fumatore) dovrebbe essere registrata tra i dati del paziente.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B**  
LIVELLO EVIDENZA 3

*A questo scopo possono essere utilizzati questionari prestampati, cartelle computerizzate che includano questo dato, oppure la condizione di fumatore può essere registrata in cartella insieme ai segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso, indici respiratori, etc.).*

*Chi ha smesso di recente, deve essere rinforzato nella sua scelta evidenziando i vantaggi derivanti dall'astensione dal fumo (migliore performance fisica, miglioramento del gusto e dell'olfatto, aumento della stima di sé, senso di libertà dalla dipendenza, risparmio economico).*

### ASK Chiedere se fuma

- Chiedere ai fumatori quanto fumano e da quanto tempo. Utilizzare il Test di Fagerström per valutare il grado di dipendenza dalla nicotina (tabella 1).

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B**  
LIVELLO EVIDENZA 3

Tabella 1. Test di Fagerström.

Domande	Risposte	Punti
1. Dopo quanto tempo dal risveglio accende la prima sigaretta?	Entro 5 minuti	3
	Entro 6-30 minuti	2
	Entro 31-60 minuti	1
	Dopo 60 minuti	0
2. Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, chiesa, mezzi pubblici, etc.)?	Si	1
	No	0
3. A quale sigaretta le costa di più rinunciare?	La prima del mattino	1
	Tutte le altre	0
4. Quante sigarette fuma al giorno?	10 o meno	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o più	3
5. Fuma più frequentemente durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?	Si	1
	No	0
6. Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?	Si	1
	No	0

Un punteggio da 0 a 2 indica lieve dipendenza, 3 o 4 media dipendenza, 5 o 6 forte dipendenza, da 7 a 10 dipendenza molto forte.

### ADVISE Raccomandare di smettere

- Raccomandare a tutti i fumatori di smettere di fumare, fornendo un consiglio chiaro e inequivocabile a smettere. Questo intervento può essere qualificato come intervento minimo. Anche se il tempo richiesto può essere solo di 3 minuti, l'intervento è tanto più efficace, quanto maggiore è la sua durata.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A**  
LIVELLO EVIDENZA 1

- Con i soggetti portatori di altri fattori di rischio oltre al fumo e con i fumatori portatori di malattia legata o aggravata dal fumo (vedi capitolo "Popolazioni oggetto di intervento") realizzare un intervento motivazionale più intenso della durata di 10-30 minuti.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C**  
LIVELLO EVIDENZA 5

- Fornire materiale scritto di supporto (manuali, opuscoli, etc) agli altri interventi.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A**  
LIVELLO EVIDENZA 1

## ADVISE

### Raccomandare di smettere

- Valutare la presenza di malattie legate o aggravate dal fumo. Se il paziente è affetto da patologie dell'apparato respiratorio o cardiovascolare, effettuare un intervento più intenso concentrandosi sugli effetti dannosi del fumo. Personalizzare l'intervento sulla base di dati anamnestici e clinici ricavati dall'esame obiettivo.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C**  
LIVELLO EVIDENZA 5

## ADVISE

### Suggerimenti per la realizzazione dell'intervento

Il medico può cercare di motivare il soggetto utilizzando le argomentazioni che seguono, che devono essere il più possibile personalizzate rispetto ad ogni singolo paziente. È compito e responsabilità del medico decidere quale tipo di argomentazione (più centrata sui rischi ovvero sui benefici) utilizzare. In ogni caso l'approccio deve mettere in evidenza gli aspetti positivi rispetto a quelli negativi o colpevolizzanti, aiutando il paziente a sfruttare la frequente situazione di ambivalenza nei confronti della sua abitudine. Andrebbe comunque sottolineato il vantaggio costituito dall'uscire da uno stato di dipendenza; rinunciando al fumo, non si perde qualcosa, ma si acquista maggiore libertà.

È di fondamentale importanza cercare di stabilire una "alleanza" con il soggetto; gli elementi del dialogo che possono contribuire a determinarla sono:

- esprimere chiaramente la consapevolezza che si tratta di una scelta difficile
- accettare lo stato di ambivalenza e la resistenza come aspetti normali ed evitare di entrare in conflitto verbale o psicologico con il fumatore
- aiutare il fumatore a trovare le proprie motivazioni per smettere (che non necessariamente sono quelle indicate dal medico)
- accettare di parlare degli aspetti "positivi" del fumare oltre che di quelli negativi per entrare in relazione con il paziente, comprenderne meglio i meccanismi e aiutarlo ad accettare il ruolo guida del medico

Discutere gli aspetti di prevenzione delle malattie legate al fumo:

- *malattie respiratorie:* il fumo ne è la principale causa o concausa (cancro del polmone e delle vie respiratorie, enfisema polmonare, infezioni broncopulmonari, asma, bronchiti recidivanti)
- *neoplasie diverse dal cancro del polmone:* il fumo le provoca in organi e sistemi diversi (cavo orale e faringe, laringe, prime vie digestive, pancreas, rene e vescica, collo dell'utero)
- *cardiovasculopatie:* il fumo è uno dei più importanti fattori di rischio per malattie coronariche e le vasculopatie cerebrali

- *vasculopatie periferiche (morbo di Buerger, claudicatio intermittens)*
- *gravidenza e puerperio*: il fumo della madre è la principale causa di basso peso alla nascita, di aumento di mortalità perinatale e di malattie respiratorie dopo la nascita
- *fattori di rischio associati* che aumentano il grado di rischio globale, in particolare cardiovascolare (diabete, ipercolesterolemia, dislipidemie, ipertensione arteriosa)
- *possibili interazioni con l'assunzione di farmaci*:
  - contraccettivi orali (aumento effetto trombotico)
  - neurolettici (modifica la farmacocinetica)
  - teofillina (aumentato metabolismo)
  - ipocolesterolizzante (il fumo abbassa i livelli di HDL)
  - antianginosi

#### Illustrare ulteriori vantaggi:

- estetici (pelle meno rugosa, alito non sgradevole)
- economici (fumo come spesa)
- affettivi (rispetto per la salute dei familiari e dei conviventi, miglioramento dell'autostima: sentirsi orgogliosi per essere riusciti in un'impresa importante)

### ASSESS

#### Identificare i fumatori motivati a smettere

- Accertarsi che il soggetto voglia smettere.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C**  
LIVELLO EVIDENZA 5

- Se il soggetto non vuole smettere dovrebbe esser realizzato un breve intervento volto a promuoverne la motivazione.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C**  
LIVELLO EVIDENZA 5

- Se il soggetto vuole smettere, fornire subito consigli comportamentali dedicandovi il maggior tempo possibile o, compatibilmente con l'attività ambulatoriale, fissare un appuntamento entro due settimane (vedi fase successiva ASSIST).

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C**  
LIVELLO EVIDENZA 5

## ASSIST

### Aiutare a smettere

Concordare con il soggetto una strategia per la cessazione:

- Concordare una data per smettere vicina nel tempo (possibilmente entro le due settimane). Può essere utile far sottoscrivere l'impegno al paziente.

#### FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C

#### LIVELLO EVIDENZA 5

*Insegnare a riconoscere i sintomi da astinenza nicotinic. Informare sui modi per ridurli o annullarli attraverso la terapia farmacologica e attraverso alcune semplici azioni. Parlare in particolare del desiderio impellente di fumare (craving), della difficoltà a concentrarsi, dei sintomi di frustrazione e rabbia, dell'insonnia, della sensazione di deprivazione. Spiegare che questi sintomi sono massimi nei primissimi giorni di astinenza e poi vanno attenuandosi nel tempo. Questi sintomi possono essere superati e la terapia farmacologica è in grado di contrastarli sempre efficacemente. Altre conseguenze della cessazione che si verificano spesso sono costituite dall'aumento di peso e dalla stipsi.*

*Quest'ultima può essere efficacemente contrastata con una dieta più ricca in fibre e liquidi.*

*Spiegare l'importanza di eliminare tutto ciò che può ricordare il fumo (accessori, posacenere, occasioni di incontro con amici o colleghi fumatori).*

*In questa fase è utile fornire al soggetto un supporto scritto di consigli (depliant, opuscolo) che però è efficace solo se i contenuti sono gli stessi già spiegati dal medico.*

*Concentrarsi sui rischi del fumo per il soggetto e per i familiari, sui benefici dello smettere, sulle modalità per evitare gli effetti indesiderati. L'intervento andrebbe ripetuto ad ogni visita.*

## Sintomi d'astinenza e conseguenze della cessazione<sup>(27)</sup>

I problemi sottoelencati sono in qualche misura inevitabili e si presentano con differente frequenza e gravità a seconda del grado di dipendenza. L'utilizzo della terapia farmacologica riduce o annulla molti dei problemi. Tuttavia anche consigli comportamentali giocano un ruolo essenziale e vanno comunque dati. Al paziente verrà raccomandato di evitare - ogni volta che può - tutte le situazioni che si associavano al consumo di sigarette. Ogni persona avrà "situazioni difficili" diverse che cercherà di rifuggire o di modificare: qui di seguito vengono dati alcuni consigli per le più frequenti. Questi consigli possono essere riassunti nell'acrostico "RIDE" (Ritardare, Involarsi, Distrarsi, Evitare) che aiuta a ricordare le principali soluzioni comportamentali ai problemi derivanti dalla astinenza. Il medico può tenere presente l'acrostico come artificio mnemonico.

PROBLEMA	CONSIGLI
<b>Craving</b>	<p>Si definisce “craving” il desiderio, la necessità impellente di fumare. A volte il paziente avverte la sensazione di non poter superare i momenti in cui il “craving” si presenta.</p> <p>Al paziente va spiegato che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il desiderio impellente di sigaretta dura solo pochi minuti, circa 5, dopo diventa nettamente inferiore.</li> <li>• Bere un bicchiere d'acqua a piccoli sorsi, lentamente, tenendo l'acqua in bocca per un attimo prima di deglutire aiuta a “spegnere” il desiderio.</li> <li>• Distrarsi nel modo che più piace fa superare questo momento. Fare qualcosa d'altro, come fare una piccola passeggiata per 5 o 10 minuti, stare in piedi se si era seduti o viceversa, spezza la tensione del momento. Lo stesso risultato si ottiene masticando una gomma o una caramella o tenendo le mani occupate (giocherellando con una matita o scarabocchiando qualcosa).</li> </ul> <p>Situazioni in cui si può manifestare il craving.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>La mattina al risveglio o dopo il caffè</i> La prima sigaretta del mattino è quella che spesso manca di più, soprattutto dopo il caffè.</li> <li>• <i>Alla fine dei pasti</i> Fumare a fine pasto dopo il caffè è molto frequente. Quindi è opportuno mangiare con tranquillità, assaporando i cibi. Evitare di bere il caffè. Finito il pasto, muoversi subito in modo da distrarsi dalla necessità di una sigaretta. Lavarsi i denti immediatamente dopo il pasto riduce molto il desiderio di fumare.</li> <li>• <i>Al telefono</i> Se si ha l'abitudine di fumare durante la conversazione al telefono, cercare di cambiare le azioni abituali. Per esempio, se di solito il paziente sta seduto, proverà a stare in piedi o a impugnare la cornetta con la mano con cui di solito fumava; si procurerà dei piccoli oggetti da tenere a portata di mano per impegnare le mani (per es. una matita per scarabocchiare qualcosa).</li> </ul>

PROBLEMA	CONSIGLI
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In automobile</i> Per evitare di fumare in automobile masticare una gomma o della liquirizia, se possibile, tenendo il finestrino un po' abbassato in modo che l'aria fresca possa circolare. Fondamentale è che in auto non ci siano “ricordi di fumo”: pacchetti di sigarette, accendini, odore di fumo, etc.</li> <li>• <i>Con gli amici, al bar, al ristorante, in viaggio</i> Se gli amici del paziente fumano, far chiedere di non fumare in sua presenza, oppure consigliare il paziente di allontanarsi mentre loro stanno fumando. Se il bar è un luogo di forte “tentazione”, per i primi tempi sarebbe meglio evitarlo, oppure sceglierne uno dove non vi sia un'alta percentuale di fumatori. Se è possibile, frequentare amici che non fumano, almeno nei primi tempi. Ovunque sia possibile, ristoranti, treni, alberghi, il paziente sceglierà gli spazi destinati ai non fumatori.</li> </ul>
<b>Nervosismo, frustrazione, rabbia</b>	<p>Consigliare al paziente di fare alcuni respiri profondi. È utile cercare di cambiare situazione: una passeggiata, una chiacchierata con un amico, un bagno rilassante, sono espedienti che possono essere consigliati per ridurre la tensione.</p>
<b>Difficoltà a concentrarsi</b>	<p>Consigliare al paziente, quando si presentasse questo sintomo di rilassarsi per un momento; se gli è possibile fare una piccola passeggiata. Soprattutto è importante che il paziente capisca che il suo fisico deve abituarsi a questa nuova situazione, che è solo momentanea.</p>
<b>Insonnia</b>	<p>Consigliare al paziente di evitare di bere il caffè dopo cena e di ridurre il consumo di bevande ricche di caffeina come tè, coca cola; un bicchiere di latte caldo prima di coricarsi può essere rilassante. Anche un incremento della attività fisica, con passeggiate a piedi oppure un po' di palestra, aiutano ad arrivare più rilassati ed un po' più stanchi la sera e quindi prendere sonno più facilmente.</p>



PROBLEMA	CONSIGLI
<b>Aumento di peso</b>	<p>L'aumento di peso è una preoccupazione molto frequente per chi decide di smettere di fumare specie nelle donne: a volte è anzi il più importante dei motivi per cui si ritorna a fumare.</p> <p>Un certo aumento di peso è quasi inevitabile, ma non è superiore ai due o tre chili e non tutti comunque ingrassano.</p> <p>Per non incorrere in questo problema, non è necessario seguire una dieta rigida, che soprattutto nelle prime settimane sarebbe troppo difficile da sostenere, ma cambiare gradatamente le proprie abitudini alimentari. Verrà quindi suggerito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mangiare con tranquillità, lentamente, il senso di sazietà insorge dopo 15 minuti.</i></li> <li>• <i>Preferire ai dolci, alcol e cibi ricchi di grassi (non necessari ai fini nutrizionali) frutta e verdura fresche. Preferire ai fritti, cibi alla griglia o bolliti.</i></li> <li>• <i>Consumare caramelle e gomme senza zucchero e bere molta acqua, se al paziente insorge la voglia di mangiare dolci.</i></li> <li>• <i>Consumare cibi a basso contenuto calorico, come latte scremato, alimenti a basso contenuto di zuccheri.</i></li> <li>• <i>Praticare una anche minima attività fisica: salire le scale a piedi, andare in bicicletta, scendere dal mezzo di trasporto urbano una fermata prima, parcheggiare la macchina un po' più lontano del solito in modo da camminare almeno 30 minuti al giorno a passo svelto.</i></li> </ul>
<b>Stipsi</b>	<p>Il disturbo è superabile bevendo molta acqua, mangiando cibi ricchi di fibre: frutta, verdura, alimenti integrali.</p>

### ASSIST

Aiutare a smettere

- Proporre la terapia farmacologica a tutti i soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno o che risultino fortemente dipendenti al test di Fagerström (punteggio di 5 o superiore).

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A**  
LIVELLO EVIDENZA 1

- I farmaci di prima scelta sono i sostitutivi della nicotina nelle varie forme farmaceutiche (cerotti, preparato per inalazione, gomme da masticare, compresse sublinguali) e il bupropione a rilascio prolungato.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A**  
LIVELLO EVIDENZA 1

*Non esistono al momento studi controllati che consentano di raccomandare la terapia sostitutiva con nicotina (NRT) o il bupropione su specifici gruppi di pazienti. Sarà quindi responsabilità del medico consigliare l'uno o l'altro trattamento - eventualmente dopo aver discusso con il soggetto il rischio-beneficio - tenendo conto di alcuni fattori:*

- *Storia clinica del paziente*
- *Età e presenza di eventuali co-patologie*
- *Tipologia di fumo*
- *Preferenze manifestate dal paziente*
- *Presenza di controindicazioni*

*La terapia sostitutiva della nicotina (NRT) (tabella 2 e 3) riduce i sintomi di astinenza. Nelle forme "al bisogno" fornisce una sostituzione della quantità di nicotina assunta fumando abitualmente le sigarette.*

*È un prodotto da banco che può essere consigliato verbalmente e interamente gestito dal paziente, anche se l'esperienza insegna che prescrivere il farmaco e il dosaggio consigliato sul ricettario medico dà una valenza maggiore alla terapia.*

*In particolare è indicata per chi:*

- 1) fuma 10 o più sigarette;
- 2) ha già avuto esperienza di crisi d'astinenza in precedenti tentativi di smettere;
- 3) fuma la prima sigaretta entro mezz'ora dal risveglio.

*La durata media del trattamento è di circa 3 mesi.*

*Il soggetto deve essere informato che sarebbe meglio assumere la terapia sostitutiva della nicotina e rimanere astinenti dal fumo; nulla tuttavia vieta di sostituire una o più sigarette con le forme "al bisogno" di NRT (compresse, gomme, inalatori), continuando a fumare quelle a cui al momento non riesce a rinunciare. Tale avvertenza va tenuta presente anche per tutti coloro che hanno fallito il tentativo, soprattutto se l'alternativa è quella di "perdere" il contatto con il soggetto.*

*Per le controindicazioni fare riferimento al foglietto illustrativo.*

*Il bupropione è efficace nel promuovere la disassuefazione dal fumo (tabella 2). Il farmaco sembra agire sia sul meccanismo biochimico della dipendenza da nicotina, che si traduce in pratica nella attenuazione del desiderio impellente di fumare, sia sulla sintomatologia propria della sindrome da astinenza. Il farmaco, utilizzato per molti anni come antidepressivo, si è dimostrato attivo nella cessazione del fumo su soggetti fumatori non depressi e con differente grado di dipendenza dalla nicotina. Per quanto riguarda il profilo di sicurezza del bupropione si deve tenere presente che si tratta di un farmaco disponibile solo su presentazione di prescrizione medica. Per quanto riguarda le precauzioni d'impiego, le avvertenze speciali, gli effetti indesiderati e le controindicazioni, fare riferimento a quanto riportato dal foglietto illustrativo. Si ricorda comunque che cautela va utilizzata nei soggetti anziani, epatopatici e nefropatici, nei quali può essere necessario ridurre il dosaggio (il farmaco si è dimostrato attivo anche a dosaggio dimezzato).*

Tabella 2. Terapia farmacologica. (28)

PRINCIPIO ATTIVO	NICOTINA				BUPROPIONE
	Compresse sublinguali	Gomme	Inalatori	Cerotti	Compresse
<b>Forma Farmaceutica</b>					
<b>Costo Medio Euro/Settimana</b>	da 11,36 a 21,17 €				
<b>Durata minima del trattamento</b>	Almeno 12 settimane, poi ridurre gradualmente	Almeno 4 settimane, poi continuare "al bisogno"	Fino a 8 settimane, poi ridurre la dose alla metà per due settimane	Preferibilmente 8 settimane; almeno 4	Dalle 7 alle 9 settimane
<b>Dosi</b>	16-24 compresse al giorno per i forti fumatori; da 8 a 12 per i fumatori più leggeri; dosaggio massimo: 30 compresse/die	1 gomma per 1 sigaretta. 4 mg per i forti fumatori, 2 mg per quelli "leggeri"; 10-15 gomme al giorno	Il paziente fa una o più "irate" tutte le volte che lo desidera. Dalle 6 alle 12 "cartucce"/di	15 mg almeno per i forti fumatori; 10 mg per i fumatori leggeri; riservare il cerotto da 24 ore a chi soffre di notte o al mattino di sintomi da astinenza	1 cp. da 150 mg al di per i primi 6 giorni, poi due al giorno distanziate di almeno otto ore per 7-9 settimane
<b>Vantaggi</b>	Può essere usata senza dare nell'occhio; facilmente adattabile alle necessità del singolo; scarsi effetti collaterali	Facilmente adattabile alle necessità individuali; contrasta la bulimia; può essere usato insieme con un cerotto per una copertura "immediata"	Simula gestualità e sensazioni abituali; facilmente adattabile secondo le necessità; contrasta la bulimia frequente nel periodo di disassuefazione	Di uso semplicissimo; viene ceduta automaticamente la dose necessaria	Si tratta di una compressa da deglutire; non contiene nicotina (alcuni pazienti rifiutano la nicotina per principio)
<b>Limiti</b>	Si deve imparare ad usare correttamente; se inghiottita è sprecata	Difficoltà a seconda dell'ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale; non adatto ai portatori di protesi; di uso non semplicissimo	Difficoltà a seconda dell'ambiente sociale frequentato e dello stile di vita personale; Poco adatto ai forti fumatori	Non fornisce un picco di nicotina; non simula sensazioni orali né gestualità familiari al fumatore	È un farmaco etico, con alcune controindicazioni (v. testo)

Tabella 3. Possibile utilizzo della NRT. (28)°

Dipendenza (Fagerström)	Bassa (da 0 a 4)		Media (da 5 a 6)		Alta (>7)	
	peak-seekers	maintainers	peak-seekers	maintainers	peak-seekers	maintainers
peak-seekers o steady-state maintainers	Inalatore o gomma (2 mg) o compresse “al bisogno”	Cerotto a basso dosaggio (5-10 mg)	Inalatore o gomma o compresse	Cerotto	Gomma da 2 mg o compresse da 2 mg (1 compressa /ora)	Cerotto eventualmente associato a gomme/compresse /inalatore
10-20 sig./die	Inalatore o gomma	Cerotto (10-15 mg)	Inalatore o gomma o compresse	Cerotto	Gomma da 4 mg o compresse (1-2 compresse /ora)	Cerotto eventualmente associato a gomme/compresse /inalatore
>20 sig./die	Inalatore o gomma o compresse	Cerotto ad alto dosaggio (20-30 mg)	Inalatore o gomma o compresse	Cerotto	Gomma da 4 mg o 2 compresse /ora da 2 mg	Cerotto ad alto dosaggio (oppure 2 cerotti a medio dos.) associato a gomma o compresse

NB. Il bupropione può essere prescritto indifferentemente e con lo stesso dosaggio a tutti i pazienti, indipendentemente dal tipo di fumatore cui appartengono.

° Una guida al dosaggio di NRT è data dal numero di sigarette fumate al giorno (1 sigaretta=1mg di nicotina). Un'idea del grado di dipendenza è data dalla distanza temporale della accensione della prima sigaretta rispetto al risveglio. Un'idea altrettanto approssimativa del tipo di formulazione da consigliare è data dal tipo di fumo (regolare-irregolare, quest'ultimo in occasioni particolari come riunioni di lavoro, occasioni sociali, etc.) che contraddistingue il soggetto fumatore: infatti in letteratura coloro che assumono il fumo per il rinforzo positivo vengono definiti “peak-seekers” (“cercatori del picco”) mentre quelli che fumano per evitare i sintomi da astinenza vengono definiti “steady state maintainers” (“cercatori del tasso costante”).

### ASSIST Aiutare a smettere

- La associazione di cerotti con inalatori, gomme o compresse sublinguali di nicotina è più efficace di una singola formulazione e può essere una risorsa con i pazienti che non riescono a smettere di fumare con una sola.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A  
LIVELLO EVIDENZA 1**

- Il bupropione associato a NRT è più efficace della sola NRT, ma non è più efficace del solo bupropione. Allo stato attuale delle conoscenze non possono però essere formulate raccomandazioni relative all'uso combinato di NRT e bupropione.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B  
LIVELLO EVIDENZA 2**

*Deve essere tenuto presente che il paziente trattato con l'associazione di bupropione e terapia sostitutiva della nicotina ha un aumentato rischio di crisi ipertensive.*

## ASSIST

### Aiutare a smettere

- Proporre a tutti i soggetti che vogliono smettere, per i quali è indicato un intervento più intenso, o che lo desiderino, la terapia cognitivo comportamentale o il counselling professionale individuale. Gli interventi maggiormente efficaci sono: fornire indicazioni pratiche di comportamento per risolvere problemi e gestire situazioni di difficoltà, fornire supporto sociale come parte del trattamento, aiutare ad ottenere supporto sociale al di fuori del trattamento.

#### FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A

#### LIVELLO EVIDENZA 1

*Tali interventi possono essere realizzati sia a livello individuale che come terapia di gruppo. Nella terapia di gruppo, alle strategie comportamentali si aggiunge la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori. La presenza di ex-fumatori può fornire un rinforzo positivo. Tali trattamenti devono essere condotti da psicologi, da medici o da altri operatori sanitari appositamente formati. Questi tipi di interventi vengono solitamente realizzati presso centri specializzati (ambulatori specializzati, centri anti-fumo). I soggetti possono essere indirizzati presso centri specializzati del Servizio Sanitario Nazionale o presso altre Associazioni purché erogino trattamenti basati sulle prove di efficacia e rispondano a requisiti minimi di organizzazione e formazione del personal come quelli organizzati dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.*

*Un elenco dei centri è stato pubblicato dall'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità e può essere richiesto al Telefono Verde contro il fumo (800.554088) o si può consultare sul sito [www.ossfad.iss.it](http://www.ossfad.iss.it).*

## ARRANGE

### Pianificare follow up

- I contatti con il soggetto andrebbero presi entro la prima settimana dalla data fissata per la cessazione, possibilmente il giorno stesso. Un ulteriore contatto dovrebbe essere preso entro un mese, ulteriori contatti con cadenza regolare entro l'anno successivo alla cessazione.

#### FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C

#### LIVELLO EVIDENZA 5

*Durante questi contatti, molti dei quali possono essere soltanto telefonici, ci si informa della situazione e ci si complimenta per i risultati ottenuti.*

*Si evidenziano i risultati ottenuti sul piano dei sintomi (ad esempio miglioramento della tolleranza allo sforzo, riduzione o "ammorbidimento" della tosse, riduzione della frequenza cardiaca e di eventuali extrasistoli, restituzione "ad integrum" dell'olfatto e del gusto, ecc.).*

*Si verifica la compliance del paziente ai trattamenti prescritti (comportamentale e/o farmacologico).*

*Si controlla l'esistenza di situazioni che hanno posto il paziente a rischio di ricaduta e si analizzano con l'interessato.*

*Se il contatto avviene in ambulatorio si controlleranno anche polso, pressione e peso corporeo.*

*Trascorso l'anno senza recidive i controlli potranno essere diradati (praticamente facendoli coincidere con le visite routinarie) ma mai tralasciati.*

## ARRANGE

### Pianificare follow up

#### Ricadute

- I soggetti che hanno ripreso a fumare dovrebbero essere contattati per vedere se sono disponibili ad un altro tentativo.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C**  
**LIVELLO EVIDENZA 5**

*Dal momento che l'abitudine al fumo è una malattia cronica, come l'asma, l'ipertensione o il diabete, periodi di remissione si accompagnano a recidive. La recidiva (il soggetto ha ricominciato a fumare) non va intesa né vissuta come un fallimento (del medico o del paziente) e va invece trattata come tutte le riacutizzazioni: con una terapia maggiormente intensa.*

*Il medico fornirà sostegno e incoraggiamento. Eviterà di colpevolizzare il soggetto, attribuendo il motivo della recidiva a quelle che sono le cause più frequenti e le analizzerà con lui: stress, aumento di peso, ansia, depressione, riduzione della motivazione, fattori sociali. Metterà l'accento sui successi parziali ottenuti. Spiegherà che ogni tentativo, conferendo nuove esperienze e conoscenze, avvicina al successo.*

*In ogni caso non si deve perdere di vista l'obiettivo finale. Se il paziente è disponibile si ripete il tentativo; se non lo è si propone la riduzione con l'opportuna terapia con l'obiettivo della cessazione definitiva. Non si dimentichi che l'importante è non perdere il rapporto con il soggetto.*

*Se il grado di priorità della disassuefazione è elevato, se il soggetto è motivato o se il medico ne ravvisa la necessità, si deve indirizzare il soggetto verso un centro specializzato.*

## Popolazioni oggetto di intervento

Esiste una diretta correlazione tra le modalità dell'intervento di disassuefazione applicato e i tassi di astinenza raggiunti e mantenuti nel lungo periodo. D'altra parte non è possibile allo stato organizzativo attuale assicurare il massimo di assistenza a tutti i fumatori. Pertanto è compito del medico quello di scegliere all'interno della popolazione i fumatori da trattare e quelli da destinare ad interventi più intensi presso centri specializzati.

*Fumatori senza altri fattori di rischio.* Molti fumatori appartengono a questa categoria in cui la priorità di intervento è la più bassa. Ad essi dovrà quindi essere destinato almeno il trattamento ASK + ADVISE (tempo richiesto dai 5 ai 10 minuti).

*Fumatori portatori di altri fattori di rischio (oltre al fumo).* Soggetti che per familiarità, storia clinica pregressa, stili di vita, siano portatori di fattori di rischio diversi dal fumo (es. ipertensione arteriosa, familiarità per neoplasie o per malattie respiratorie, diabete, dislipidemia). È possibile stimare il rischio cardiovascolare anche per graduare l'intensità dell'intervento. Questo gruppo di pazienti è meritevole di un intervento mediamente intenso quale può essere fornito dallo stesso medico, dedicando più tempo alla fase ADVISE volta a motivare il paziente (tempo medio 10-30 minuti), oppure ambulatori dedicati o da associazioni che erogino trattamenti basati sulle prove di efficacia.

*Fumatori portatori di malattia (legata al/o aggravata dal fumo).* Pazienti che continuano a fumare affetti da: broncopatia cronica ostruttiva (BPCO), patologie cardiovascolari (in particolare coloro che hanno avuto un infarto o un ictus, o affetti da arteriopatia periferica) e pazienti diabetici con complicanze macrovascolari. Per tutti costoro è indicato una volta fallito il trattamento breve un trattamento specialistico, quale può essere fornito da un ambulatorio dedicato o da associazioni che erogino trattamenti basati sulle prove di efficacia.

*Fumatori "difficili".* Fumatori che avevano smesso e hanno ricominciato e fumatori che non riescono a smettere nonostante la motivazione. In questa categoria rientrano anche i soggetti con patologie psichiatriche, dipendenza da alcol o droghe, ove la prevalenza dell'abitudine al fumo è superiore che nella popolazione generale. Costoro vanno indirizzati ad un ambulatorio dedicato o ad associazioni che erogano trattamenti basati sulle prove di efficacia.

*Fumatori conviventi con soggetti esposti al rischio di fumo passivo.* I bambini esposti al fumo di membri della famiglia presentano un aumentato numero di infezioni del tratto respiratorio e una aumentata incidenza di asma. Negli asmatici adulti l'esposizione al fumo di sigaretta di membri della famiglia si traduce in un aumento del numero delle riacutizzazioni, in un aumento dell'uso di farmaci e in un aumento delle visite in Pronto Soccorso. Per queste ragioni è particolarmente importante l'intervento di disassuefazione sui fumatori conviventi con bambini e adulti asmatici.

*Donne in gravidanza.* Il periodo della vita nel quale la donna decide di avere un figlio e poi lo aspetta può costituire un terreno particolarmente fertile rispetto all'intervento di disassuefazione e pertanto deve essere oggetto di particolare attenzione. Il fumo di sigaretta è la principale causa di basso peso alla nascita nei paesi sviluppati. Il basso peso alla nascita è a sua volta causa di aumentata morbosità e mortalità dei neonati. Il fumo in gravidanza è anche associato ad un aumentato rischio di parto prematuro, sindrome di distress respiratorio e morte improvvisa del neonato. È fondamentale pertanto realizzare con tutte le donne gravide fumatrici interventi per promuovere la cessazione del fumo.

- Alle donne che hanno deciso di avere un figlio, consigliare di smettere di fumare.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C**  
LIVELLO EVIDENZA 5

*La gravidanza può costituire per un'alta percentuale di donne il trampolino di lancio verso la coorte dei non fumatori; infatti i frequenti disturbi neurovegetativi del primo trimestre comportano spesso una brusca riduzione o una cessazione del consumo di sigarette. In seguito l'allontanamento per un lungo periodo di tempo dalle attività extradomestiche, il rinato interesse per l'allattamento prolungato, la vicinanza costante del bambino per un lungo periodo, favoriscono il consolidamento della abitudine al non fumo.*

- Alle donne in gravidanza effettuare l'intervento alla prima visita, ma anche nelle visite successive in fasi più avanzate della gravidanza.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE B**  
LIVELLO EVIDENZA 2

- Alle donne in gravidanza offrire un intervento di tipo sociale e comportamentale, possibilmente più intenso degli interventi minimi di raccomandazione.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE A**  
LIVELLO EVIDENZA 1

- Per le donne in gravidanza la terapia farmacologica andrebbe presa in considerazione solo se la donna non riesce a smettere con gli interventi di tipo sociale e comportamentale.

**FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE C**  
**LIVELLO EVIDENZA 5**

*Attualmente il foglietto illustrativo della terapia sostitutiva riporta in Italia la gravidanza come controindicazione. Ciò perché la nicotina è tossica per il feto. D'altra parte il fumo (che contiene anche molte altre sostanze tossiche) è molto più dannoso della sola nicotina. Pertanto il medico dovrà fare un accurato bilancio con la paziente dei rischi e dei benefici attesi, ottenendone un consenso informato. Gli estensori di queste linee guida ritengono che gli organi competenti del Ministero della Salute dovrebbero rivedere al più presto il testo del foglietto illustrativo nel senso sopra indicato.*

## Carta del rischio cardiovascolare<sup>(29)</sup>

### Come usare la carta del rischio cardiovascolare per i soggetti che non hanno avuto un evento cardiovascolare

La carta può essere utilizzata per stimare il rischio cardiovascolare globale in soggetti che non hanno avuto un evento cardiovascolare o altra malattia di natura aterosclerotica. La carta è costituita da 4 tabelle.

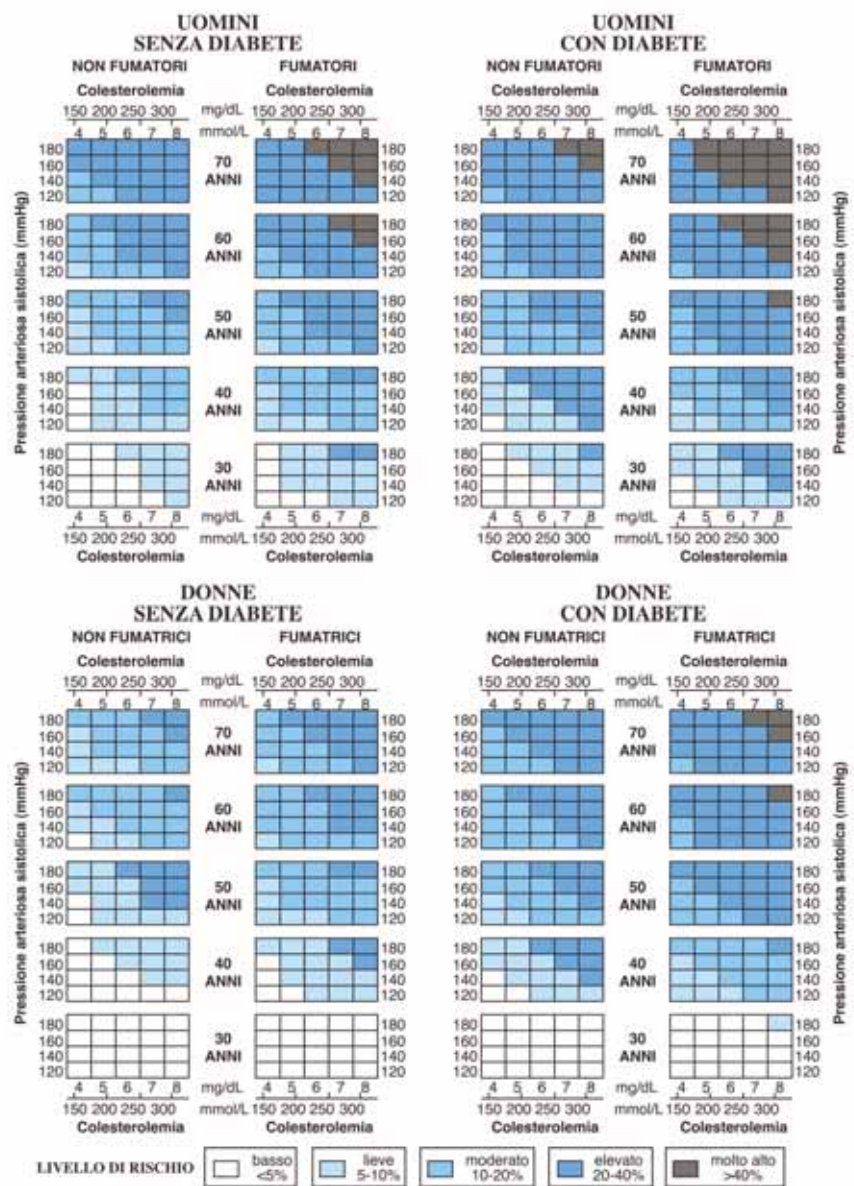
Per stimare il rischio cardiovascolare assoluto nei successivi **10 anni** è necessario innanzi tutto prendere in considerazione il sesso e la presenza o assenza di diabete mellito. Se il soggetto è di sesso maschile si fa riferimento alle due tabelle superiori, se di sesso femminile alle due inferiori; se il soggetto non è affetto da diabete mellito si fa riferimento alle due tabelle di sinistra, se invece è diabetico si fa riferimento alle due tabelle di destra.

All'interno di ciascuna tabella bisogna individuare la casella che corrisponde alla combinazione di: decennio d'età, esposizione al fumo (fumatore/non fumatore), livello di colesterolemia (in mg/dL o in mmol/L), valore della pressione arteriosa sistolica (mmHg).

**Vengono considerati a rischio elevato i soggetti che hanno un rischio maggiore del 20% di incorrere in un evento cardiovascolare nei successivi 10 anni.**

La carta può essere anche utilizzata per valutare l'effetto della combinazione dei fattori di rischio nel corso della vita. Una volta individuata la casella corrispondente alla combinazione dei fattori di rischio di un certo individuo, si può valutare come si modifica il livello del rischio nei decenni successivi, se rimane costante l'esposizione ai fattori di rischio. L'effetto indotto dai cambiamenti della colesterolemia, dei valori della pressione arteriosa e della condizione di fumatore sulla modifica del rischio può essere valutato confrontando le caselle che corrispondono a diversi valori di ciascun fattore di rischio.

### Carta del rischio cardiovascolare per i soggetti che non hanno avuto un evento cardiovascolare



## Strategie di implementazione di Linee Guida

### Tipi di interventi e prove di efficacia

(A cura di Marina Davoli e Silvia Minozzi)

Data la grande quantità di studi pubblicati volti a valutare l'efficacia delle diverse strategie di implementazione delle linee guida, si è deciso di limitare la ricerca alle revisioni sistematiche e, tra queste, di limitare l'analisi a quelle di migliore qualità dal punto di vista metodologico e più complete dal punto di vista del numero di studi primari inclusi.

Per questa ragione è stata effettuata una ricerca bibliografica sulla Cochrane Library, banca dati che raccoglie le revisioni sistematiche Cochrane e le revisioni sistematiche non Cochrane di migliore qualità, e su Best Evidence, banca dati di dimensioni relativamente contenute, che indicizza soltanto articoli che sono stati giudicati di migliore qualità dal punto di vista metodologico e di maggiore rilevanza dal punto di vista della pratica clinica. <sup>(16-26)</sup>

### Tipi di interventi

Le diverse strategie di diffusione e implementazione vengono classificate come segue:

- Distribuzione di materiale educativo: invio postale della linea guida, pubblicazione su riviste, materiale audiovisivo o pubblicazioni elettroniche.
- Incontri educativi: conferenze, convegni, workshop in cui vengono presentate le LG;
  1. Incontri in cui non è prevista la partecipazione attiva dei partecipanti
  2. Incontri che prevedono la discussione in piccoli gruppi e la partecipazione attiva alla discussione dei partecipanti



- Utilizzo di opinion leaders locali per presentare le LG: gli opinion leaders partecipano ai seminari o convegni in cui vengono presentate le LG o allegano una loro lettera di presentazione all'invio postale delle LG, mantengono contatti formali o informali con i destinatari delle LG.
- Local consensus processes: inclusione dei destinatari delle LG nella discussione in fase di elaborazione o di presentazione delle LG per garantire che siano d'accordo che il problema scelto è rilevante e che l'approccio scelto per gestire il problema sia appropriato.
- Educational outreach visits: visite individuali da parte di operatori preparati e qualificati ai medici nel loro setting clinico (ambulatorio, ospedale) per presentare le LG; dare informazioni con lo scopo di stimolare l'utilizzo della linea guida da parte del medico: le informazioni fornite possono includere il feedback sul comportamento del medico e dei colleghi.
- Interventi rivolti ai pazienti: qualunque tipo di intervento che ha lo scopo di modificare il comportamento dei medici ma che agisce sui pazienti: fornire informazioni sull'argomento trattato dalla linea guida attraverso l'invio postale di materiale informativo ai pazienti; elaborare versioni per il paziente della linea guida; mettere a disposizione dei pazienti materiale nelle sale d'attesa degli ambulatori, raccogliere informazioni dal paziente e fornirle al medico, interventi di counselling rivolti al paziente e realizzati da altri operatori.
- Audit and feedback: utilizzo di dati sul comportamento dei clinici in un determinato periodo di tempo: livello di aderenza dei clinici alle raccomandazioni; dati individuali del singolo medico, dati relativi al comportamento dei colleghi; dati relativi ai costi degli esami/trattamenti prescritti inviati ai medici una sola volta o periodicamente con frequenze diverse (settimanali, mensili, etc.).

- Reminders: strumenti, manuali o computerizzati, che ricordano al medico di compiere una determinata azione raccomandata nella linea guida (prescrizione di esami o di trattamento, domande da porre nella raccolta dell'anamnesi, etc.): può trattarsi di un foglio con suggerimenti, raccomandazioni o informazioni semplici; di un documento che contiene sia dati e/o raccomandazioni relative a specifici pazienti sia domande che prevedono risposte o informazioni.  
Tali reminders possono essere realizzati in versione cartacea o computerizzata.
- Marketing: utilizzo di interviste personali, di discussioni di gruppo (focus group) o di indagini trasversali per individuare le barriere al cambiamento da parte dei medici e di conseguenza pianificare interventi volti a modificare o superare le barriere individuate.

## Risultati

Sono state considerate le 9 revisioni sistematiche più rilevanti per completezza della ricerca bibliografica e qualità metodologica, pubblicate dal 1994 al 2001.

1. Una è una revisione pubblicata nel 94 su Effective Health Care che include 97 studi RCT (studi controllati randomizzati), CCT (studi controllati non randomizzati) e ITS (analisi delle serie temporali), pubblicati dal 1976 al 1994 che valutano l'impatto delle diverse strategie di implementazione su qualunque aspetto assistenziale: 35 valutano LG di assistenza, 34 di prevenzione, 22 di diagnosi, 6 sono revisioni sistematiche Cochrane che valutano l'impatto di specifiche strategie di implementazione <sup>(18)</sup>
2. Una valuta l'impatto dell'utilizzo di opinion leaders locali; include 8 studi controllati randomizzati (RCT) individuati attraverso una ricerca bibliografica effettuata per gli anni: 1966-1998 <sup>(19)</sup>
3. Una valuta l'impatto delle "educational outreach visits"; include 18 RCT individuati attraverso una ricerca bibliografica effettuata per gli anni 1966-1997 <sup>(20)</sup>

4. Una valuta l'impatto dell'audit and feedback confrontato con un non intervento; include 37 RCT individuati attraverso una ricerca bibliografica effettuata per gli anni 1966-1997 <sup>(21)</sup>
5. Una valuta l'impatto audit and feedback confrontato con altre strategie di implementazione; include 7 RCT individuati attraverso una ricerca bibliografica effettuata per gli anni 1966-1997 <sup>(22)</sup>
6. Una valuta l'impatto della diffusione di materiale scritto (invio postale, pubblicazione); include 11 studi (RCT, CCT, ITS); non sono specificati gli anni di pubblicazione coperti dalla ricerca bibliografica <sup>(23)</sup>
7. Una valuta l'impatto di incontri educativi didattici (workshops interattivi, corsi, presentazioni didattiche); include 32 studi (RCT, studi quasi sperimentali) individuati attraverso una ricerca bibliografica effettuata per gli anni 1966-1999 <sup>(24)</sup>
8. e 9. Due sono revisioni sistematiche di revisioni sistematiche cioè sono lavori che ricercano, analizzano e sintetizzano i risultati di revisioni sistematiche già pubblicate: la prima è stata pubblicata nel 1998 sul BMJ; include 18 SR individuate attraverso una ricerca bibliografica effettuata per gli anni 1966-1995. La seconda è stata pubblicata nel 1999 su Effective Health Care, include 44 SR e si propone come aggiornamento della precedente; in questa revisione sono incluse anche tutte le revisioni citate fin qui <sup>(25,26)</sup>

I risultati di tutti i lavori considerati possono essere sintetizzati come segue:

Interventi efficaci (risultati positivi e consistenti in contesti diversi)

- Educational outreach visit
- Reminders
- Interventi combinati (combinazione di due o più dei seguenti: audit and feedback, reminders, local consensus processes, marketing)
- Incontri educativi interattivi (partecipazione dei medici destinatari in workshop che prevedono discussione, partecipazione attiva o esercitazioni pratiche)

Interventi di efficacia variabile

- Audit and feedback
- Uso di opinion leaders locali (non si possono trarre conclusioni definitive a causa del piccolo numero di studi esistenti)
- Local consensus processes
- Interventi rivolti ai pazienti

Interventi poco o non efficaci

- Distribuzione di materiale educativo (invio postale, pubblicazione su riviste mediche)
- Incontri educativi didattici (seminari, conferenze) in cui non è prevista la partecipazione attiva dei medici

Nella letteratura considerata sono inoltre riportate le seguenti conclusioni o considerazioni:

- Raccomandazioni complesse sono meno efficaci di raccomandazioni semplici a prescindere dalla strategia di implementazione
- La diffusione passiva (invio postale, pubblicazione, seminari o conferenze) è da sola inefficace ma è una tappa comunque necessaria e preliminare ad ulteriori strategie più articolate
- Le evidenze disponibili si riferiscono prevalentemente al comportamento dei medici; pochi studi valutano l'impatto delle LG rispetto al risultato ottenuto sul paziente (comportamento o salute dei pazienti)
- Non esistono strategie di implementazione sempre e comunque efficaci; prima di decidere quale strategia utilizzare è sempre necessario tenere conto degli aspetti organizzativi, educativi, economici e della comunità (ambiente sociale) in cui i medici operano e valutare in che misura questi aspetti possono influire sul comportamento dei medici
- Interventi basati su di un'analisi preliminare dei fattori che ostacolano il cambiamento è più probabile che siano efficaci

Gli autori dell'ultima revisione affermano nelle loro conclusioni quanto segue:

- La fase di implementazione delle LG dovrebbe essere sempre preceduta da una fase di “indagine diagnostica” per conoscere il contesto in cui le LG andranno implementate; tale analisi dovrebbe prevedere:
  - identificazione dei gruppi di operatori coinvolti nel processo di cambiamento
  - identificazione degli aspetti rilevanti del cambiamento proposto che possono influenzare la sua effettiva adozione
  - valutazione del grado di disponibilità al cambiamento dei medici destinatari e potenziali barriere al cambiamento interne al gruppo target
  - identificazione di potenziali barriere esterne al gruppo target
  - identificazione di altri fattori che possono ostacolare il cambiamento (capacità tecniche, risorse disponibili)

Tutte le informazioni raccolte in questa fase andranno utilizzate per decidere quale strategia di implementazione è più opportuno utilizzare nello specifico contesto.

- La fase di diffusione e di implementazione dovrebbero procedere di pari passo ed essere coordinate.

## Sintesi delle revisioni sistematiche sulla efficacia degli interventi di cessazione del fumo

*(A cura di Marina Davoli e Silvia Minozzi)*

È stata effettuata una ricerca bibliografica sulle banche dati Medline, Embase, Cochrane Library dal 1990 al marzo 2001. Per essere inclusi nella revisione gli articoli dovevano rispondere ai seguenti criteri di inclusione:

1. Essere revisioni sistematiche di studi primari (articoli di revisione in cui è specificato l'obiettivo della revisione, è descritta la strategia di ricerca utilizzata e sono precisati i criteri di inclusione degli studi primari)
2. Valutare l'efficacia di interventi di cessazione dell'abitudine al fumo
3. Valutare interventi rivolti alla popolazione generale sana, fumatori adulti
4. Valutare l'astinenza dal fumo ad almeno 6 mesi dall'inizio del trattamento (misure autoriferite e quando disponibili, misure validate da test biochimici)

### Risultati

Attraverso la ricerca bibliografica sono stati reperiti 30 articoli, di cui 15 relativi a revisioni Cochrane e 15 ad altre revisioni sistematiche. La presente revisione si è limitata alle revisioni Cochrane perché più aggiornate e condotte secondo una metodologia standardizzata<sup>(30,31)</sup>; infatti, per essere pubblicate nella banca dati della Cochrane Library le revisioni sistematiche devono rispettare alcuni criteri metodologici comuni. Inoltre le stesse revisioni Cochrane hanno rappresentato la base per la preparazione di tutte le più recenti linee guida, sia inglesi che americane.

Gli interventi valutati sono stati così raggruppati:

- Interventi da parte di medici ed infermieri
- Counseling individuale e terapia di gruppo
- Terapie “avversive” (che generano repulsione per il fumo)
- Materiale di auto aiuto e counseling telefonico
- Terapie alternative
- Terapie farmacologiche

Le Tabelle 4-6 presentano la sintesi dei risultati delle revisioni Cochrane analizzate. La popolazione bersaglio degli interventi è rappresentata da fumatori adulti e la misura di risultato è costituita dall'astinenza dal fumo ad almeno 6 mesi dall'inizio del trattamento. I risultati vengono riportati schematicamente secondo i raggruppamenti utilizzati in una recente rassegna.<sup>(32)</sup>

#### Interventi da parte di medici ed infermieri

L'effetto del semplice consiglio del medico è stato analizzato in una revisione sistematica di 31 trial controllati randomizzati (RCT).<sup>(33)</sup> La popolazione bersaglio è rappresentata da fumatori adulti che si rivolgono al medico; in alcuni studi i pazienti sono a rischio di specifiche patologie (polmonari, diabete, coronaropatie), in altri sono soggetti non selezionati. L'Odds ratio (OR) è di 1.69 (CI 95%: 1.45-1.98) per gli interventi brevi rispetto a nessun intervento (16 RCT). Gli interventi intensi sono più efficaci di quelli brevi, OR: 1.44 (CI 95%: 1.23-1.68).

Una revisione di 15 RCT ha analizzato l'effetto di raccomandazioni o altri tipi di interventi realizzati da personale infermieristico confrontati con nessun intervento o con le cure usuali.<sup>(34)</sup> La maggior parte degli interventi sono realizzati negli ambulatori ospedalieri. Complessivamente, l'OR è 1.43 (CI 95%: 1.24-1.66) per l'intervento rispetto al non intervento. L'efficacia rimane anche quando gli studi sono separati a seconda se gli interventi siano offerti presso gli ambulatori OR: 1.58 (CI 95%: 1.20-2.10)

o nelle corsie ospedaliere di reparti specialistici (cardiologia), OR: 2.14 (CI 95%: 1.39-3.31). Gli interventi più intensi, più frequenti e di durata maggiore, non sembrano avere efficacia diversa da quelli meno intensi.

#### **Counseling**

Una revisione sistematica di 11 RCT ha valutato l'efficacia del counselling individuale, definito come incontri individuali di durata superiore a 10 minuti con un operatore preparato per aiutare i soggetti a smettere di fumare.<sup>(35)</sup> Nove studi hanno confrontato il counselling con gli interventi cosiddetti minimi (raccomandazioni di durata <10 minuti, materiale di auto aiuto, assistenza ordinaria), OR: 1.55 (CI 95%: 1.27-1.90). Solo due studi confrontavano gli interventi più intensi con quelli brevi, senza evidenziare differenze significative OR: 1.17 (CI 95%: 0.59-2.34). Un'altra revisione sistematica di 19 RCT ha analizzato l'efficacia della terapia di gruppo, che prevede almeno due incontri in cui i soggetti ricevono interventi comportamentali, come informazioni, raccomandazioni, incoraggiamenti o terapia cognitivo comportamentale rinforzata dal mutuo supporto.<sup>(36)</sup> Confrontata con il solo materiale di auto aiuto (13 studi), la terapia di gruppo è risultata efficace nel favorire la cessazione dell'abitudine al fumo a 6 mesi dall'intervento OR: 2.10 (CI 95%: 1.64-2.70), così come è risultata più efficace nella metanalisi di 5 studi che la confrontavano con nessun intervento o interventi minimi OR: 1.91 (CI 95%: 1.20-3.04). Nessuna differenza significativa si è evidenziata invece quando la terapia di gruppo veniva confrontata con un intervento anche breve fatto dal medico o dagli infermieri (5 studi), OR: 0.96 (CI 95%: 0.69-1.35). Nessuna differenza si è evidenziata nei due studi che confrontavano la terapia individuale con quella di gruppo. Sia gli interventi di counselling individuale che le caratteristiche delle terapie di gruppo erano assai eterogenee tra gli studi per poter individuare una specifica modalità di trattamento efficace.

### **Terapie “avversive”**

Negli anni '70 sono stati proposti diversi metodi che associano uno stimolo sgradevole allo stimolo piacevole del fumo:

- “Rapid smoking”: chiedere al soggetto di fumare più sigarette di seguito molto rapidamente (una inspirazione ogni 6-10 secondi) e di concentrarsi sulle sensazioni sgradevoli
- Chiedere al soggetto di fumare di più di quanto desiderato
- Chiedere al soggetto di fumare concentrandosi sulle sensazioni negative o immaginando gli effetti dannosi
- “Rapid puffing”: fare inspirazioni rapide senza inalare il fumo

Sono stati pubblicati 24 studi<sup>(37)</sup> che sono però di bassa qualità metodologica (bassa potenza statistica, misure auto riferite, possibilità di publication bias) per cui, nonostante si evidenzino solo per il “rapid smoking” un OR significativamente superiore ad 1, non sembrano esserci prove dell'efficacia di questi metodi quando venivano confrontati non con nessun intervento, ma con una attenzione del medico, che veniva considerata come effetto placebo. Anche l'acetato d'argento (in compresse, spray, chewingum), che produce un cattivo sapore quando associato con il fumo di sigaretta, è stato valutato in una revisione di due studi<sup>(38)</sup>, dove, confrontato con il placebo, non si evidenziavano differenze OR: 1.05 (CI 95%: 0.63-1.73).

### **Materiale di auto aiuto e counseling telefonico**

Diverse forme di materiale di auto aiuto, sono state sviluppate negli anni: manuali, videocassette o cassette audio consegnate ai fumatori, contenenti informazioni sui danni del fumo e strategie per smettere di fumare, più recentemente sono disponibili anche programmi per computer.<sup>(39)</sup> Nei 9 studi che confrontano l'utilizzo di materiale di auto aiuto senza contatto personale con nessun intervento si evidenzia una efficacia minima, ai limiti della significatività statistica OR 1.23 (CI 95%: 1.02-1.49). Se il materiale viene offerto in aggiunta al contatto personale non sembra esserci diffe-

renza di efficacia OR:1.19 (CI 95%: 0.96-1.49). Alcuni interventi utilizzano materiali individualizzati che tengono conto delle caratteristiche individuali; negli otto studi che confrontano l'utilizzo di materiale personalizzato con quello standard si evidenzia una differenza statisticamente significativa OR 1.41 (CI 95%: 1.14-1.75). Una revisione recente, appena pubblicata sulla Cochrane Library<sup>(40)</sup>, ha analizzato l'efficacia degli interventi di counselling telefonico, suddiviso in counselling attivo, quando un operatore contatta direttamente la persona per fornire supporto nello smettere di fumare o per evitare le ricadute e counselling passivo quando è fornito attraverso helplines o hotlines, chiamate direttamente dagli interessati o anche dai parenti. Il counselling telefonico attivo non sembra aggiungere nulla né a un intervento faccia a faccia, né alla terapia sostitutiva con nicotina. La troppa eterogeneità dei trial non permette di calcolare una stima cumulativa dell'effetto del counselling telefonico se aggiunto agli interventi minimi. I due studi che analizzano gli effetti del counselling telefonico passivo tramite l'accesso a numeri telefonici dedicati, danno risultati inversi, uno ne dimostra un'efficacia statisticamente significativa e l'altro nessuna differenza significativa.

### **Terapie alternative**

L'ipnoterapia e l'agopuntura sono stati proposti come terapie per la disassuefazione dal fumo. La revisione Cochrane sulla ipnoterapia<sup>(41)</sup> prende in considerazione 9 trial estremamente eterogenei sia per la durata (da 30 minuti a 7 ore) che per la numerosità delle sedute valutate (da 1 a 9 incontri). Dei tre studi che confrontano l'ipnoterapia con nessun trattamento, due sono risultati positivi ed uno negativo; quattro studi confrontavano l'ipnoterapia con le raccomandazioni del medico, di questi due erano negativi e due positivi. Gli altri studi che confrontavano l'ipnoterapia con il counselling individuale (2 studi) e con la terapia di gruppo (3 studi) erano tutti negativi.

Diciotto pubblicazioni per un totale di 20 confronti hanno valutato l'efficacia dell'agopuntura<sup>(42)</sup> (inserzione di aghi nei punti descrit-

ti dall'autore, orecchie, viso, corpo, per la durata della sessione di trattamento, 15-20 minuti, inclusa la elettroagopuntura). Quindici studi confrontavano l'agopuntura con l'agopuntura simulata a breve (<6 settimane), medio (<6 mesi) e lungo termine (1 anno), senza evidenziare differenze. Nei tre studi che confrontavano l'agopuntura con nessun intervento si evidenziava una efficacia solo a breve termine, ma molto marcata OR:5.88 (CI 95%: 2.66-13.01), ad indicare un rilevante ruolo dell'effetto placebo in questo caso. Nessuna differenza si evidenziava quando l'agopuntura veniva confrontata con altri interventi.

### **Terapia farmacologica**

Il trattamento farmacologico più sperimentato per la cessazione del fumo è la terapia sostitutiva con nicotina, sotto forma di gomme da masticare, cerotti, spray nasale, preparazioni per inalazione. Più di 90 trial sulla terapia sostitutiva della nicotina sono stati pubblicati fino ad oggi. Complessivamente, la terapia sostitutiva con nicotina si è dimostrata più efficace del placebo o di nessun intervento<sup>(43)</sup> OR: 1.72 (CI 95%: 1.60-1.84). Nessuna delle preparazioni disponibili sembra essere più efficace dell'altra (Tabella 7). Dosaggi di 4 mg rispetto a 2 mg delle gomme da masticare sembrano essere più efficaci OR: 2.67 (CI 95%: 1.69-4.22), mentre portare il cerotto per 24 ore invece di 16 o per una durata maggiore di otto settimane non sembra fare differenza. Gli studi che hanno valutato l'efficacia di più preparazioni combinate sono troppo pochi per fornire prove definitive. La scelta di quale preparazione utilizzare, non essendovi tra loro differenza di efficacia, è quindi subordinata alla valutazione delle caratteristiche individuali del paziente a cui deve essere somministrata. Un altro aspetto da considerare è che la terapia sostitutiva con nicotina è stata somministrata a persone che nella maggior parte erano dipendenti dalla nicotina, per cui la generalizzabilità di questi risultati a fumatori più leggeri non è nota. Infine, tutti questi trattamenti erano associati alla offerta almeno di raccomandazioni brevi che quindi dovrebbero sempre accompagnare la terapia farmacologica per garantirne l'efficacia.

Un altro grosso gruppo di farmaci sperimentati per la disassuefazione dal fumo sono gli ansiolitici e gli antidepressivi.<sup>(44)</sup> Particolare interesse ha suscitato la sperimentazione del bupropione a lento rilascio, che è un farmaco antidepressivo atipico, il quale, in due grandi trial pubblicati e due ancora non pubblicati, si è dimostrato più efficace nell'aumentare la probabilità di smettere di fumare rispetto al placebo OR: 2.73 (CI 95%: 1.90-3.94). Gli effetti collaterali principali sono rappresentati da secchezza delle fauci e insonnia, ma effetti collaterali gravi non sono stati documentati nei trial. Le prove di efficacia del bupropione rispetto alla terapia sostitutiva derivano ancora da un solo trial, così come quelle relative alla combinazione di bupropione e terapia sostitutiva con nicotina<sup>(45)</sup> rispetto ai soli sostitutivi e non sono quindi sufficienti per trarre conclusioni definitive. Diversi studi di valutazione del bupropione sono ancora in corso ed è verosimile che, come si è verificato per la terapia sostitutiva con nicotina, tendano a confermarne l'efficacia, mentre la stima cumulativa dell'effetto potrebbe diminuire. Infine, va sottolineato che in tutti gli studi di valutazione dell'efficacia del bupropione, la somministrazione del farmaco era associata ad interventi di counselling individuali piuttosto intenso, che quindi sembrano essere necessari per l'efficacia del farmaco stesso.

Gli altri farmaci antidepressivi che si sono dimostrati efficaci sono la nortriptilina (2 RCT), OR: 2.83 (CI 95%: 1.59-5.03) e la fluoxetina, confrontati con il placebo ( $p < 0.05$ ).

Nessun ansiolitico considerato si è dimostrato efficace.

Altri farmaci considerati sono la clonidina<sup>(46)</sup>, che sembra avere una certa efficacia: la revisione Cochrane dei 6 trial pubblicati evidenzia una efficacia significativa OR: 1.89 (CI 95%: 1.30-2.74), ma la sua applicabilità clinica è limitata dagli importanti effetti collaterali: ipotensione posturale e alta incidenza di sonnolenza. La mecamilamina, un antagonista della nicotina è stato studiato come coadiuvante della terapia sostitutiva con nicotina<sup>(47)</sup> e sembrerebbe aumentare l'effetto di quest'ultima se dato prima e dopo la cessazione.

**Tabella 4.** Sintesi dei risultati delle revisioni sistematiche Cochrane sui metodi di cessazione del fumo: Cochrane Library 2.2001. Interventi non farmacologici.

Intervento/i valutato/i	Risultati
Raccomandazioni del medico di smettere di fumare <sup>(33)</sup>	Interventi brevi verso nessun intervento (16 RCT) OR: 1.69 (CI 95%: 1.45-1.98) Interventi intensi vs interventi brevi OR: 1.44 (CI 95%: 1.23-1.68)
Raccomandazioni o altri tipi di interventi realizzati da personale infermieristico <sup>(34)</sup>	Intervento vs non intervento (15 RCT) OR: 1.43 (CI 95%: 1.24-1.66) Interventi in ospedale specializzato vs non intervento (3 RCT) OR: 2.14 (CI 95%: 1.39-3.31)
Counseling individuale (durata >10 minuti) <sup>(35)</sup>	Counseling individuale vs interventi minimi (9 RCT) OR: 1.55 (CI 95%: 1.27-1.90) Counseling più intenso vs meno intenso (2 RCT) OR: 1.17 (CI 95%: 0.59-2.34)
Terapie di gruppo che prevedono almeno due incontri <sup>(36)</sup>	Terapia di gruppo verso auto aiuto (13 RCT) OR: 2.10 (CI 95%: 1.64-2.70) Terapia di gruppo verso counselling individuale (2 RCT) OR: 0.83 (CI 95%: 0.55-1.26) Terapia di gruppo verso raccomandazioni medico/infermiere (5 RCT) OR: 0.96 (CI 95%: 0.69-1.35) Terapia di gruppo verso nessun intervento o interventi minimi (5 RCT) OR: 1.91 (CI 95%: 1.20-3.04)
Metodi "avversivi" <sup>(37)</sup>	Rapid smoking (10 RCT) OR: 2.08 (CI 95%: 1.39-3.12) Piccoli trial, non in cieco. Altri metodi avversivi OR: 1.19 (CI 95%: 0.77-1.83)
Acetato d'argento <sup>(38)</sup> (compresse, spray, gomme da masticare)	Acetato d'argento (2 RCT) OR: 1.05 (CI 95%: 0.63-1.73)
Materiali di auto aiuto: <sup>(39-40)</sup> manuali, videocassette o cassette audio consegnate ai fumatori, programmi di computer	Materiali di auto aiuto senza contatti personali vs non intervento (9 RCT) OR: 1.23 (CI 95%: 1.02-1.49) Interventi personalizzati verso interventi standard: (8 RCT) OR: 1.41 (CI 95%: 1.14-1.75) Auto aiuto + consiglio del medico vs consiglio del medico: non differenze significative

**Tabella 5.** Sintesi dei risultati delle revisioni sistematiche Cochrane sui metodi di cessazione del fumo: Cochrane Library 2.2001. Terapie alternative.

Intervento/i valutato/i	Risultati
Ipnoterapia <sup>(41)</sup>	Ipnosi vs nessun trattamento (3 RCT) 2 studi positivi e 1 negativo Ipnosi vs raccomandazioni (4 RCT) 2 studi positivi e 2 negativi Ipnosi vs counseling individuale (2 RCT) 2 studi negativi Ipnosi + terapia di gruppo vs terapia di gruppo (3 RCT) 3 studi negativi
Agopuntura <sup>(42)</sup>	Agopuntura vs agopuntura simulata (15 RCT) OR: 1.38 (CI 95%: 0.90-2.11) Agopuntura vs no trattamento (3 RCT) OR: 5.88 (CI 95%: 2.66-13.01) Agopuntura vs altri interventi (terapia sostitutiva con nicotina, materiale informativo, terapia comportamentale, terapia di gruppo, ansiolitici) OR: 1.11 (CI 95%: 0.63-1.94)

**Tabella 6.** Sintesi dei risultati delle revisioni sistematiche Cochrane sui metodi di cessazione del fumo: Cochrane Library 2.2001. Terapia farmacologica.

Intervento/i valutato/i	Risultati
Terapia sostitutiva con nicotina (NRT) (gomme da masticare, cerotti transdermici, spray nasale, preparati per l'inalazione) <sup>(43)</sup>	NRT tutte vs placebo o nessun trattamento (90 RCT) OR: 1.72 (CI 95%: 1.60-1.84). Gomma 4 mg vs 2 mg (4 RCT) OR: 2.67 (CI 95%: 1.69-4.22) Cerotti 24 h/die vs cerotti 16 h/die e 8 settimane vs durata maggiore: non differenze significative
Ansiolitici: diazepam, meprobamato, metoprololo, oxprenololo, buspirone <sup>(44)</sup>	Buspirone vs placebo (2 RCT) OR: 0.74 (CI 95%: 0.34-1.48) Buspirone vs NRT (1 RCT) OR: 1.11 (CI 95%: 0.60-2.09) Diazepam vs placebo (1 RCT) Non differenze significative Meprobamato vs placebo (1 RCT) Non differenze significative
Antidepressivi: <sup>(44,45)</sup> bupropione, fluoxetina, nortriptilina	Bupropione vs placebo (4 RCT) OR: 2.73 (CI 95%: 1.90-3.94) Bupropione vs NRT (1 RCT) OR: 2.03 (CI 95%: 1.22-3.37) Bupropione + NRT vs NRT (1 RCT) OR: 2.65 (CI 95%: 1.58-4.45) Fluoxetina vs placebo (1 RCT) OR: 1.72 (CI 95%: 1.28-2.32) Nortriptilina vs placebo (2 RCT) OR: 2.83 (CI 95%: 1.59-5.03)
Clonidina per via orale o con cerotti transdermici <sup>(46)</sup>	Clonidina vs placebo (6RCT) OR: 1.89 (CI 95%: 1.30-2.74). Elevata frequenza di effetti collaterali dose dipendenti, soprattutto sedazione e secchezza delle fauci.
Mecamilamina (antagonista della nicotina) <sup>(47)</sup>	% soggetti astinenti a 6 mesi 1) mecamilamina + NRT: 37.5%, NRT + placebo: 12.5% p=0,05 2) mecamilamina + NRT: 40% NRT: 20% mecamilamina + placebo: 15% p=NS Effetti collaterali: stipsi

**Tabella 7.** Metanalisi degli studi sul trattamento sostitutivo con nicotina. <sup>(32)</sup>

Intervento/i valutato/i	Risultati	
	Odds Ratio	95% C.I.
Gomma (46 trials, N=16,482)	1.63	1.48 - 1.78
Cerotto (30 trials, N=14,638)	1.77	1.58 - 1.97
Spray nasale (4 trials, N=887)	2.27	1.61 - 3.20
Preparati per l'inalazione (4 trials, N=976)	2.08	1.43 - 3.04
Compresse sublinguale (2 trials, N=488)	1.73	1.07 - 2.80
<b>Tutte le preparazioni</b>	<b>1.72</b>	<b>1.60 - 1.84</b>

In conclusione, diverse sono le strategie che si sono dimostrate efficaci per smettere di fumare:

- Il consiglio del medico
- L'intervento strutturato degli infermieri
- Il counseling individuale
- La terapia di gruppo
- La terapia sostitutiva della nicotina
- Il bupropione

Non esistono ancora prove sufficienti che aiutino a scegliere una strategia piuttosto che un'altra. Anche se esistono prove che indicano che sia possibile smettere di fumare senza alcun intervento, sembra sicuramente da raccomandare che ogni medico rilevi l'abitudine al fumo dei propri pazienti, incoraggi i fumatori a smettere ed offra tutte le possibili strategie efficaci.

### Ringraziamenti

Ringraziamo Tim Lancaster e Lindsay Stead, rispettivamente base editor e coordinatore del Gruppo di Revisione Cochrane sul tabacco, per averci fornito una versione preliminare della sintesi delle revisioni sulla cessazione del fumo successivamente pubblicata sul BMJ e le revisioni non ancora pubblicate sulla Cochrane Library.



## Revisione sistematica delle Linee Guida per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo

*(A cura di Marina Davoli e Silvia Minozzi)*

È stata effettuata una ricerca sulle banche dati Medline ed Embase per gli anni 1996-2000. Sono stati inoltre consultati i seguenti siti internet di linee guida: Agency for Healthcare Research and Quality, Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé, Canadian Medical Association, MJA Clinical guidelines, National guideline Clearinghouse, National Heart, Lung and Blood Institute at NIH, New Zealand Guidelines Group, Références Medical Opposables, Swedish Council of Technology Assessment in Health Care, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, National Institute for Clinical Excellence. Sono stati inoltre visitati i seguenti siti italiani: CNR; Banca dati Tripps, Internet per il medico di famiglia, SIMG, CSERMEG, ISS, Ministero della Salute.

Le linee guida per essere inserite nella revisione dovevano rispondere a tutti i seguenti criteri di inclusione:

- Essere LG sugli interventi per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo
- Essere LG in cui la popolazione target è costituita dalla popolazione generale adulta o dalle donne gravide
- Essere pubblicate dopo il 1995

Dovevano inoltre rispondere ad almeno uno dei seguenti criteri metodologici:

- Presenza di un grading delle prove di efficacia reperite o della forza delle raccomandazioni
- Elaborazione della linea guida da parte in un gruppo multidisciplinare la cui composizione fosse riportata nel testo
- Presenza di una bibliografia completa

Le linee guida incluse nella revisione sono state sottoposte ad una valutazione critica della qualità metodologica secondo i seguenti criteri: <sup>(14-16)</sup>

- Descrizione della metodologia utilizzata per reperire e analizzare gli studi primari
- Descrizione della metodologia utilizzata per elaborare le raccomandazioni e sottoporre la bozza delle linee guida ad un processo di revisione prima della loro pubblicazione
- Descrizione della composizione del gruppo multidisciplinare che ha redatto la linea guida
- Presenza di uno schema di grading della forza delle raccomandazioni e/o del livello delle evidenze reperite
- Presenza di una bibliografia aggiornata
- Indicazione della data entro la quale è previsto l'aggiornamento della linea guida; indicazioni di eventuali strategie di implementazione

Per ciascuna linea guida è stata compilata una tabella con la descrizione delle caratteristiche metodologiche (form metodologico) e una tabella in cui sono state riportate le principali raccomandazioni relative alla diagnosi e al trattamento (form clinico).

Per ciascuna linea guida è stato inoltre formulato un giudizio complessivo relativo alla metodologia di produzione (riportato alla fine del form metodologico) e uno relativo alla rilevanza clinica e alla leggibilità (riportati alla fine del form clinico).

È stato inoltre attribuito a ciascuna linea guida un punteggio per la qualità metodologica secondo i seguenti criteri: la linea guida guadagna:

- Un + se è composta da un gruppo multidisciplinare la cui composizione è riportata nel testo con la specifica delle professionalità dei singoli membri

- Un + se è stato utilizzato uno schema di grading delle prove di efficacia e/o della forza delle raccomandazioni e se di fianco ad ogni raccomandazione è indicato il livello di prova che la sostiene o la forza della raccomandazione stessa
- Un + se nella linea guida è riportata la bibliografia e se tale bibliografia è aggiornata all'anno precedente la pubblicazione della linea guida

Una descrizione dettagliata dei forms e della modalità di compilazione è reperibile sul sito [www.pnlg.it/db/db.htm](http://www.pnlg.it/db/db.htm), nel capitolo "Introduzione" della "Banca dati linee guida". Sullo stesso sito sono reperibili anche le tabelle sinottiche e di confronto delle linee guida internazionali sulla cessazione del fumo utilizzate per redigere la presente linea guida.

### **Risultati**

Attraverso la ricerca bibliografica sono state individuati 16 documenti. Di questi 7 sono stati esclusi per le seguenti ragioni: 1 era una versione pubblicata precedentemente e inclusa nella revisione di un aggiornamento; 1 aveva come popolazione target i bambini e gli adolescenti, 2 non erano linee guida ma rassegne della letteratura, 1 era pubblicata nel 1994, 2 non rispondevano a nessuno dei criteri metodologici di inclusione.

Complessivamente, la qualità metodologica delle 9 linee guida considerate è risultata essere di livello intermedio:

- 3 linee guida hanno ottenuto 3+ <sup>(53,55,56)</sup>
- 2 hanno ottenuto 2+ <sup>(49,54)</sup>
- le rimanenti hanno ottenuto un solo + <sup>(48,50,51,52)</sup>

Dei 16 documenti reperiti:

- 5 linee guida utilizzavano uno schema di grading della forza delle raccomandazioni o del livello di evidenza
- 5 erano elaborate da un gruppo multidisciplinare
- 6 descrivevano la metodologia seguita per analizzare le evidenze reperite

Per quanto riguarda i contenuti delle raccomandazioni diagnostiche e terapeutiche, ciò che emerge da questa analisi è la estrema omogeneità delle linee guida: tutte raccomandano l'intervento minimo delle cosiddette "5 A : ASK, ADVISE, ASSESS, ASSIST, ARRANGE" da realizzarsi in occasione di ogni visita medica, qualunque sia la ragione della visita e qualunque sia la specialità del medico (assistenza di primo livello, assistenza specialistica).

Tutte le linee guida raccomandano la prescrizione della terapia farmacologica con terapia sostitutiva della nicotina; solo le linee guida più recenti considerano anche il bupropione fra i trattamenti farmacologici di prima scelta. Tutte le linee guida infine, raccomandano l'invio presso strutture specializzate dei pazienti che desiderano, o per i quali è indicato, un intervento di counseling o di tipo comportamentale più intenso. Le differenze fra le linee guida riguardano sostanzialmente il livello di specificazione e di dettaglio delle raccomandazioni relativamente alle modalità pratiche per realizzare gli interventi. Le diverse linee guida differiscono tra loro anche relativamente alla descrizione più o meno dettagliata delle prove di efficacia (studi primari e revisioni sistematiche) reperite che sono state utilizzate per formulare le raccomandazioni.

## Bibliografia

1. ISTAT giugno 2001. Rapporto annuale: la situazione del Paese nel 2000.
2. ISTAT aprile 2001. Indagine multiscope: Aspetti della vita quotidiana 1999.
3. Linee guida concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia. Accordo tra il Ministero della Sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano. Suppl. 102 della G.U. n. 100 del 2 maggio 2001.
4. Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000; 321: 323-329.
5. Simonato L, Agudo A, Ahrens W et al. Lung cancer and cigarette smoking in Europe: an update of risk estimates and an assessment of inter-country heterogeneity. *Int J Cancer* 2001; 91 (6): 876-877.
6. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997; 52 (10): 905-914.
7. He J, Vupputuri S, Allen K, et al. Passive smoking and the risk of coronary heart disease - A meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999; 340 (12): 920-926.
8. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; 315: 980-988.
9. Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for association between environmental tobacco smoke exposure and birth weight: a meta-analysis and new data. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1999; 13 (1): 35-57.
10. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52 (11): 1003-1009.
11. Silagy C. Physician Advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2 (2000) Oxford: Update Software, 2001.*
12. Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH. User's guides to the medical literature. VI. How to use an overview. Evidence Based Medicine Working Group. *JAMA*, 1994; 272 (17): 1367-1371.
13. Oxman AD. Checklist for review articles. *BMJ* 1994; 309: 648-651.
14. Hayward RSA, Wilson MC. User's guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendation valid? The Evidence Based Medicine Working Group. *JAMA*, 1995; 274 (7): 570-574.
15. Wilson MC, Hayward RSA. User's guides to the Medical Literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. B. What are the recommendation and will they help you in caring for your patients? The Evidence Based Medicine Working Group *JAMA*, 1995; 274 (20): 1630-1632.

16. Cluzeau FA, Littlejohns P, Grimshaw JM et al. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Health Care*, 1999; 11 (1): 21-28. Review.
17. Grilli R, Penna A, Liberati A. *Migliorare la pratica clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1995.
18. NHS Centre for Review and Dissemination. *Implementing clinical practice guideline: can guidelines be used to improve clinical practice?* *Effective Health Care*; 1994; vol. 8.
19. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB et al. Local Opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.
20. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA et al. Educational Outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.
21. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA et al. Audit and Feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.
22. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA et al. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.
23. Freemantle N, Harvey EL, Wolf Fet al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.
24. Thomson O'Brien MA, Freemanmtje N, Oxman AD et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. (Cochrane Review). In: *The Cochrane library*, 2, 2001. Oxford: Update Software.
25. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM et al. Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998; 317: 465-468.
26. NHS Centre for Review and Dissemination. *Getting evidence into practice*. *Effective Health Care*; 1999; vol.5, n.1.
27. Nardini S, Casali L, Marino L et al. Il programma AIPO per l'aggiornamento sui problemi medici legati al fumo. *Rass Patol App Resp* 1998; 13: 408-427.
28. Nardini S, Bertoletti R, Sabato E et al. Nuove risorse terapeutiche nell'ambito dell'ambulatorio per controllo del fumo: I- le compresse sublinguali di nicotina a confronto con le altre formulazioni. *Rass Patol App Resp*, 2001; 16: 397-404.
29. Nota 13, Suppl. ord. n. 4, G.U. n. 7 del 10 gennaio 2001; *Bollettino d'informazione sui farmaci* 2000, n. 5-6: 31-32.  
[Http://www.sanita.it/farmaci/bollettino/bollettino.htm](http://www.sanita.it/farmaci/bollettino/bollettino.htm)
30. Jadad AR, Cook DJ, Jones A. Klassen TP, Tugwell P, Moher M. Methodology and reports of systematic reviews and meta-analysis. *JAMA* 1998; 280: 278-280.
31. Olsen O, Middleton P, Ezzo J, Gotsche PC, Hadhazy V, Herzheimer A, Kleijnen J, McIntosh H. Quality of Cochrane reviews: assessment of sample from 1998. *BMJ* 2001; 323: 829-832
32. Lancaster T, Stead L, Silagy C. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ* 2000; 321: 355-358.
33. Silagy C. Physician Advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
34. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
35. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
36. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
37. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
38. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
39. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
40. Lancaster T, Stead LF. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
41. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
42. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.
43. Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 2*. Oxford: Update Software, 2001.

44. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.
45. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685-691.
46. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.
47. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library Issue 2. Oxford: Update Software, 2001.

## Linee Guida

48. AMERICAN COLLEGE OF PREVENTIVE MEDICINE. Tobacco cessation and patients counselling. *Am J Prev Med* 1998; 15 (2): 160-162.
49. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psych* 1996; 153 (10): s1-s31.
50. ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI. Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico. *Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio* 2000; 15 (2): 1-30.
51. ANAES Arret de la consommation du tabac. Conference de consensus Salpetrière 1998.  
<http://www.anaes.fr>.
52. COLLEGE DE MEDECINS DU QUEBEC. Smoking prevention and cessation. Montreal, Quebec. 1999.  
<http://www.cmq.org>.
53. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEM IMPROVEMENT. Tobacco use prevention and cessation for adults and mature adolescents. 2000.  
<http://www.icsi.org>.
54. NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP. Guidelines for smoking cessation. 1999.  
[http://www.nzgg.org.nz/library/gl\\_complete/smoking](http://www.nzgg.org.nz/library/gl_complete/smoking).
55. HEALTH EDUCATION AUTHORITY. West, R. McNeil, A. Row, M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987-999.
56. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence clinical practice guidelines. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Service. Public Health Service. AHRQ Publication N. 00-0032. June 2000.  
[www.ahrq.gov/clinic/](http://www.ahrq.gov/clinic/) and clicking on clinical practice guidelines.

## Autori delle Linee Guida

- Dott. Piergiorgio Zuccaro. Responsabile dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Coordinatore del gruppo.
- Dott.ssa Graziella Caraffa. Responsabile della comunicazione scientifica RGB Medical, Agenzia di Comunicazione, Milano. Esperta in comunicazione sociale e sanitaria.
- Dott. Fiorenzo Massimo Corti. Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG), Segretario regionale Lombardia. Medico di famiglia.
- Dott.ssa Marina Davoli. Dipartimento di Epidemiologia, ASL RME, Roma. Coordinatore del Gruppo di Revisione Cochrane su Droghe e Alcol. Epidemiologa.
- Prof. Domenico Enea. Centro "Policlinico senza fumo", Azienda Policlinico Umberto I°, Roma. Ginecologo.
- Dott. Vincenzo Fogliani. Divisione di Pneumologia, Servizio di Fisiologia Respiratoria, Presidio Ospedaliero di Milazzo. Past President Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO). Pneumologo.
- Dott.ssa Daniela Galeone. Direzione Generale della Prevenzione, Ministero della Salute, Roma.
- Dott.ssa Elena Malvezzi. Lega Italiana per la lotta contro i Tumori, Milano. Esperta in progetti di educazione alla salute.
- Dott.ssa Silvia Minozzi. Centro Cochrane Italiano, Istituto Mario Negri, Milano. Epidemiologa.
- Dott. Stefano Nardini. Presidio Ospedaliero Vittorio Veneto. Responsabile Dipartimento Area Medica. Responsabile Gruppo di studio AIPO Prevenzione-Educazione. Pneumologo.
- Dott.ssa Roberta Pacifici. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Responsabile Settore Fumo.
- Dott. Diego Vanuzzo. Centro per la Lotta contro le Malattie Cardiovascolari, A.S.S. 4 "Medio Friuli" e Agenzia Regionale della Sanità, Udine. Cardiologo.

## Gruppo di lavoro dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga

Dott.ssa Alessandra Di Pucchio, Sig.ra Laura Martucci, Dott.ssa Donatella Mattioli, Sig. Gabriele Modigliani, Dott.ssa Claudia Mortali, Dott.ssa Enrica Pizzi, Dott.ssa Rosaria Russo, Dr. Emanuele Scafato.

## Revisori Linee Guida

- Prof. Giuseppe Benagiano - Azienda Policlinico Umberto I - Roma.
- Dott. Roberto Bertollini - Direttore Centro Europeo Ambiente e Salute - Organizzazione Mondiale della Sanità - Roma.
- Dott. Germano Bettoncelli - Presidente regionale Società Italiana di Medicina Generale - Regione Lombardia - Brescia.
- Dott. Giulio Bigotti - Coordinamento delle associazioni per la difesa dell'ambiente e dei diritti degli utenti e dei consumatori (CODACONS) - Roma.
- Prof. Massimo Chiariello - Presidente Società Italiana di Cardiologia - Napoli
- Prof. Carlo Cis - Presidente Osservatorio sul Tabacco - ASL Varese - Varese.
- Dott. Claudio Cricelli - Presidente Società Italiana di Medicina Generale - Firenze.
- Prof. Vincenzo Cuomo - Presidente Società Italiana di Farmacologia - Milano.
- Prof. Roberto De Marco - Sezione di Epidemiologia e Statistica Medica - Università di Verona - Verona.
- Prof. Mario De Palma - Presidente Federazione Italiana contro le malattie polmonari sociali e la tubercolosi - Roma.
- Prof. Carlo Di Clemente - University of Maryland Baltimore County - Baltimore, MD, U.S.A.
- Dott. Fabrizio Faggiano - Università degli Studi di Torino - Dipartimento di Sanità Pubblica - Torino.
- Dott. Francesco Forastiere - Segretario Associazione Italiana di Epidemiologia - Roma.
- Prof. Silvio Garattini - Direttore Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" - Milano.
- Dott.ssa Marinella Gattone - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - Firenze.
- Dott.ssa Simona Giampaoli - Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica - Istituto Superiore di Sanità - Roma.
- Dott. Donato Greco - Direttore Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica - Istituto Superiore di Sanità - Roma.

- Dott.ssa Gabriella Greco - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - Roma.
- Dott. Roberto Grilli - Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna - Bologna
- Dott. Giovanni Invernizzi - Responsabile nazionale della Task Force Contro il Fumo - Area Pneumologica Società Italiana di Medicina Generale - Milano.
- Dott. Maurizio Laezza - Ufficio Tossicodipendenze Assessorato alle Politiche Sociali Regione Emilia Romagna - Bologna.
- Prof. Carlo La Vecchia - Capo Laboratorio di Epidemiologia Generale - Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" - Milano.
- Dott. Giacomo Leopardi - Presidente Federazione Ordini Farmacisti Italiani - Roma.
- Prof. Alessandro Liberati . Università degli studi di Modena e Reggio Emilia. Direttore Scientifico Centro Valutazione Efficacia Assistenza Sanitaria (Ce.V.E.A.S.) - Modena.
- Prof. Franco Macagno - Presidente Società Italiana di Neonatologia - Udine
- Dott. Giacomo Mangiaracina - Presidente Società Italiana di Tabaccologia - Roma.
- Dott. Roberto Masironi - Presidente European Medical Association on Smoking or Health- EMASH - Ginevra, Svizzera.
- Dott. Antonino Mazzone - Direttore Medicina II ed Oncologia Ospedale Civile di Legnano - Milano.
- Dott. Alfonso Mele - Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica - Istituto Superiore di Sanità - Roma.
- Dott. David Mocini - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - Firenze.
- Dott.ssa Anna Maria Moretti - Presidente Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri - Milano.
- Prof. Michele Muggeo - Presidente Società Italiana di Diabetologia - Verona.
- Dott. Gian Luigi Nicolosi - Presidente Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - Firenze.
- Dott. Carlo Alberto Perucci - Direttore Dipartimento di Epidemiologia ASL RME - Roma.

- Dott. Giorgio Flavio Pintus - Area Comunicazione, Federazione Ordini Farmacisti Italiani - Roma.
- Dott. Michele Quaranta - Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori - Bari.
- Prof. Pio Enrico Ricci Bitti - Direttore del Dipartimento di Psicologia Università di Bologna - Bologna.
- Dott. Eugenio Sabato - Centro tabagismo Ospedale di Mesagne - Brindisi.
- Dott.ssa Giulia Scaravelli - Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica - Istituto Superiore di Sanità - Roma.
- Prof. Francesco Schittulli - Presidente Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori - Roma.
- Prof. Francesco Tancredi - Presidente Società Italiana di Pediatria - Napoli.
- Prof. Benedetto Terracini - Centro per la Prevenzione Oncologica Regione Piemonte - Università di Torino - Torino.
- Prof. Umberto Veronesi - Direttore Scientifico Istituto Europeo di Oncologia - Milano.

