



Best Practice



Informazioni evidence based per la pratica della professione infermieristica

Strategie per smettere di fumare

Questo numero di *Best Practice* deriva da una revisione sistematica condotta dal Joanna Briggs Institute.¹

Questa revisione ha preso in esame 15 revisioni sistematiche di sufficiente qualità metodologica. Sono state escluse invece le revisioni su soggetti in età adolescenziale nelle donne gravide.

Le revisioni usavano diverse classificazioni delle prove, in questo dossier è stato usato un sistema di classificazione omogeneo.

Premessa

Il fumo è una delle più importanti cause di malattia e di morte evitabile.² Il fumo continua a essere una minaccia per la salute di fumatori attivi e passivi nonostante vi sia una crescente consapevolezza dei danni arrecati e una forte spinta a smettere di fumare. I programmi per smettere di fumare sembrano efficaci nel promuovere la salute e ridurre le malattie correlate al fumo.

Per migliorare le strategie per smettere di fumare il primo passo è riconoscere le migliori prove disponibili.

Screening dei fumatori

Per poter offrire un'assistenza adeguata ai fumatori bisogna innanzitutto riconoscerli.

La ricerca ha valutato l'effetto dei

programmi di screening sugli interventi clinici e a lungo termine.

I programmi di screening sembrano efficaci per stimolare e attivare strategie per smettere di fumare. L'impatto di questi programmi a lungo termine non è stato studiato.

Consigli per smettere di fumare

Alcuni studi hanno valutato se i consigli dati dai medici o la distribuzione di materiale stampato siano efficaci. Si è visto che i consigli dati dai medici hanno un effetto positivo.³

Alcuni studi hanno valutato in particolare il ruolo degli infermieri e hanno visto che i loro consigli sono mol-

➔	Trattamento	2
➔	Follow up	2
➔	Strategie motivazionali	2
➔	Prevenzione delle ricadute	3
➔	Conclusione	3
➔	Raccomandazioni	4

to efficaci rispetto al non intervento. Ciò conferma i risultati di una revisione precedente su dentisti, farmacisti, psicologi, infermieri, assistenti sociali e altri operatori sanitari:⁴ tutti sapevano dare consigli su come smettere di fumare ma nessuna categoria aveva più successo delle altre.

I programmi più efficaci sono quelli che prevedono la partecipazione di più operatori.

Livelli delle prove

Tutti gli studi sono considerati in base alla forza delle prove classificate secondo i livelli riportati di seguito:

Livello I	Prova ottenuta da una revisione sistematica di studi randomizzati, tutti rilevanti.
Livello II	Prova ottenuta da almeno uno studio randomizzato ben progettato.
Livello III	Prova ottenuta da studi ben progettati ma non randomizzati.
Livello III.2	Prova ottenuta da studi di coorte o studi analitici caso-controllo ben progettati, preferibilmente condotti da più centri piuttosto che da un singolo centro o da un solo gruppo di ricerca.
Livello III.3	Prova ottenuta da serie di casi con o senza intervento. Risultati eclatanti in sperimentazioni non controllate.
Livello IV	Opinioni di esperti basate su esperienza clinica, studi descrittivi o relazioni di commissioni di esperti.

Trattamento

L'autoaiuto

I fumatori possono iniziare un programma per smettere di fumare senza l'assistenza di un operatore sanitario, ricorrendo a materiali scritti, audiovisivi, video, software e supporto telefonico.

I materiali devono essere adeguati alle persone a cui sono rivolti: età, etnia, caratteristiche individuali.

I programmi di autoaiuto sono un po' più efficaci rispetto al non trattamento e molto più efficaci quando sono personalizzati.

Counselling individuale e terapia di gruppo

Sono state condotte 2 revisioni sistematiche sul *counselling* individuale e sulla terapia di gruppo per smettere di fumare.^{7,8}

Entrambi i metodi sono molto efficaci e hanno prodotto benefici simili nei fumatori.

Durata e intensità del counselling

Un punto critico è la durata e l'intensità del *counselling* (la durata degli incontri e del programma in generale).

Gli studi hanno confrontato un *counselling* breve (colloquio inferiore a 20 minuti con almeno un follow up) con il non intervento e un intervento intensivo (colloquio superiore ai 20 minuti, più di una visita di follow up e materiale di supporto) rispetto al non consiglio.³

In entrambi i casi il *counselling* era più efficace del non trattamento; inoltre il trattamento più intensivo sembrava più efficace di uno meno intensivo.⁴

Terapia di avversione

La terapia di avversione prevede la somministrazione di stimoli sgradevoli per neutralizzare gli effetti piacevoli del fumo e quindi per scoraggiare il soggetto a fumare. La forma più comune di terapia di avversione è il fumo veloce cioè obbligare il soggetto a fumare a una velocità significativamente più alta del normale. Questa terapia sembra dare buoni risultati, ma gli studi sono di scarsa qualità metodologica, per cui i risul-

tati vanno considerati con cautela. Non ci sono prove di efficacia di altri tipi di terapie di avversione.

Terapie non convenzionali

L'ipnosi è stata usata sia da sola sia associata ad altri interventi per smettere di fumare.¹¹ Anche in questo caso gli studi non sono di buona qualità metodologica, per cui non consentono conclusioni definitive.

Nel confronto tra agopuntura, acupressione e elettroacupressione¹² non sono emersi benefici né differenze, per cui l'agopuntura non può essere raccomandata come trattamento per smettere di fumare.

Farmacoterapia

La maggior parte dei farmaci usati per smettere di fumare agisce sugli effetti avversi causati dalla mancanza di nicotina, mentre alcune sostanze quali l'argento acetato vengono utilizzate in terapia di avversione. Il trattamento più comune e più studiato è la terapia sostitutiva con nicotina.

Terapia sostitutiva con nicotina

La terapia sostitutiva è disponibile in molte forme farmaceutiche: gomme masticabili, cerotti transdermici, spray nasale, inalatori e compresse sublinguali. Questi prodotti hanno diversi dosaggi e durata d'azione.

La durata media del trattamento varia e la terapia può prevedere anche altri interventi. Dai risultati di un'ampia revisione sistematica, tutte le forme di terapia sostitutiva con nicotina si sono rivelate significativamente più efficaci del placebo o della non terapia.

In base a una revisione sulle gomme da masticare, quelle con 4 mg di nicotina sono risultate molto più efficaci di quelle con 2 mg nei fumatori molto dipendenti, ma non nei fumatori a bassa dipendenza, che possono pertanto essere trattati con le gomme a basso dosaggio.¹³

I cerotti a base di nicotina sono considerati una terapia ormai convenzionale, tuttavia la durata dell'applicazione può incidere sull'efficacia e sulla tollerabilità.

La revisione ha mostrato che l'efficacia non cambia se si applicano i cerotti per 16 ore (durante il giorno) o per 24 ore; inoltre la prosecuzione dei ce-

rotti per più di 8 settimane non dà ulteriori benefici rispetto alla sospensione del trattamento a 8 settimane.¹³

Al termine della terapia sostitutiva non c'è differenza neppure tra interruzione brusca e graduale.¹³

La revisione inoltre ha esaminato l'efficacia di varie forme di terapia sostitutiva con nicotina in contesti diversi: le gomme da masticare sono meno efficaci in ambito ospedaliero mentre l'efficacia dei cerotti rimane sostanzialmente imm modificata.¹³ Questo significa che in ospedale è meglio usare i cerotti.

Il sostegno fornito dagli operatori sanitari aumenta l'efficacia della terapia sostitutiva con nicotina: maggiore è il sostegno migliore è l'efficacia di cerotti e gomme.

Altri farmaci

La clonidina, un antipertensivo, può ridurre i sintomi da astinenza di varie dipendenze. E' efficace rispetto al placebo ma causa molti effetti collaterali.¹⁴

Anche la lobelina è stata molto usata per aiutare a smettere di fumare ma non ci sono studi di qualità metodologica sufficiente a sostegno di questo trattamento.¹⁵

E' stata valutata l'efficacia di alcuni farmaci ansiolitici e antidepressivi.¹⁶ Solo il bupropione ha mostrato una certa efficacia rispetto al placebo o alla terapia sostitutiva con nicotina. La mecamilamina è un antagonista della nicotina, che avrebbe una certa efficacia nel ridurre il desiderio di fumare.¹⁷

Follow up

Visto il rischio di ricaduta il follow up è importante. Data la complessità della dipendenza da nicotina e la varietà delle terapie disponibili, il follow up va considerato una componente standard degli interventi per smettere di fumare.⁴

Strategie motivazionali

Nel progettare e applicare gli interventi per smettere di fumare bisogna considerare il ruolo della motivazione personale. I benefici che si ottengono smettendo di fumare sono con-

sidevoli ma anche l'impegno richiesto per smettere non è poco. Accade perciò che per motivi diversi i fumatori rinviino la decisione di smettere o non si impegnino affatto.

Le strategie motivazionali per smettere di fumare usano concetti come rilevanza, rischi, ricompense e ripetizione dei messaggi.⁴

Le informazioni date al soggetto dovrebbero essere adatte alla situazione di salute, alle preoccupazioni del singolo e al suo stato sociale.

Vanno sottolineati i rischi a breve, a lungo termine e ambientali. Inoltre va sottolineato il beneficio per la salute, il risparmio economico, l'aumento della sensazione di benessere, il benessere del partner e dei bambini, la libertà dalla dipendenza e la gratificazione personale.

Le strategie motivazionali vanno usate a ogni visita di follow up.⁴

Prevenzione delle ricadute

La percentuale di soggetti che smette di fumare permanentemente o per periodi prolungati è modesta nonostante sia stata dimostrata l'efficacia delle terapie. Molti soggetti che smettono di fumare hanno una ricaduta. Gli studi dimostrano che le ricadute sono più frequenti nei primi 3 mesi dalla sospensione del fumo,³ ma possono verificarsi anche molti anni dopo. Per questo motivo per tutti gli ex fumatori si dovrebbero adottare interventi e strategie per prevenire le ricadute.

Le strategie più semplici prevedono gratificazioni, incoraggiamenti e il coinvolgimento del soggetto in discussioni che si concentrino sugli aspetti positivi dello smettere di fumare.

Si dovrebbe anche cercare di risolvere i problemi legati all'interruzione del fumo quali l'aumento di peso e i sintomi da astinenza.

Gruppi specifici

I programmi per smettere di fumare hanno uguale efficacia nei 2 sessi.⁴

Mentre la percentuale di fumatori varia nei diversi gruppi etnici, non ci sono differenze per la dipendenza dalla nicotina e il desiderio di smettere.

Soggetti ricoverati in ospedale

I soggetti ricoverati da un lato sono più a rischio perché il fumo può interferire con la guarigione dall'altro hanno maggiori opportunità per smettere grazie all'assistenza e agli interventi degli operatori sanitari.⁴

Gli interventi per aiutare a smettere di fumare in ospedale sono efficaci.

Soggetti con disturbi mentali

La prevalenza di fumatori è più alta nei soggetti con disturbi mentali rispetto alla popolazione generale.³ Quando si iniziano programmi per aiutare a smettere di fumare in questi soggetti, si deve tenere presente la possibilità che l'astinenza possa esacerbare il disturbo già presente. Questi soggetti hanno anche un alto rischio di ricadute.

Aumento di peso

Molti fumatori sono preoccupati dell'aumento di peso dopo la sospensione del fumo.

Una dieta stretta o altri accorgimenti per prevenire l'aumento di peso rendono più difficile il tentativo di smettere di fumare, tuttavia la terapia sostitutiva con nicotina in gomme da masticare sembra contrastare l'aumento di peso.

Conclusione

L'assistenza ai soggetti che vogliono smettere di fumare è complessa e richiede un approccio sistematico e multifattoriale.

I benefici della sospensione del fumo, soprattutto nei soggetti ricoverati in ospedale, sono ben noti.

Ci sono molti interventi e strategie sostenute da prove di efficacia.

I singoli interventi possono essere efficaci anche da soli, ma un programma multifattoriale che comprenda farmacoterapia, consigli e so-

stegno individualizzato ha maggiori probabilità di efficacia.

Questi interventi possono essere efficaci solo se ci sono sistemi che individuino, valutino e seguano i soggetti che vogliono smettere di fumare.

Bibliografia

1. Wiechula R, Lockwood. Smoking cessation interventions and strategies for hospitalised patients: an evidence based integrative review. Health Promotion Unit, Royal Adelaide Hospital; 2000. (non pubblicata)
2. National Health and Medical Research. National health policy on tobacco in Australia and examples of strategies for implementation. National Health and Medical Research Council 1991.
3. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
4. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Smoking cessation clinical practice guideline. Department of Health and Human Services, Public Health Service 1996.
5. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
6. Lancaster T, Stead L. Self help interventions for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
7. Lancaster T, Stead L. Individual behavioural counselling for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
8. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
9. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
10. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
11. Abbot NC, Stead LF, White AR. Hypnotic therapy for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
12. White AR, Rampes H, Ernst E. Acupuncture for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
13. Silagy C, Mant D, Fowler G et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
14. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL. Clonidine for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
15. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
16. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics and antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.
17. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. The Cochrane Library 2000.

RACCOMANDAZIONI ►

Raccomandazioni

Di seguito si riportano le raccomandazioni relative alle strategie e agli interventi per smettere di fumare basate su un livello di prova I.

- Screening**
- 1 Bisogna chiedere a tutti i pazienti se fumano e documentare la loro condizione di fumatore.
- Trattamento**
- 2 Il medico dovrebbe dare consigli a tutti i fumatori, su come smettere di fumare.
 - 3 Tutti gli operatori sanitari devono dare consigli ai pazienti per smettere di fumare.
 - 4 Il *counselling* individuale e la terapia di gruppo hanno pari efficacia per smettere di fumare.
 - 5 Quando i pazienti scelgono un programma di autoaiuto si deve offrire anche un sostegno personalizzato.
 - 6 Quando le risorse lo consentono, si devono utilizzare diverse tipologie di intervento.
 - 7 La terapia sostitutiva con nicotina è il trattamento di prima scelta per smettere di fumare.
 - 8 Il paziente deve scegliere la forma di terapia sostitutiva in base ai propri bisogni, preferenze, tollerabilità e costi. I cerotti sono più efficaci in ambiente ospedaliero.
 - 9 I cerotti a base di nicotina vanno usati durante le ore di veglia (16 ore al giorno); un trattamento che duri più 8 settimane non è più efficace sull'astensione dal fumo.
 - 10 Le gomme da masticare a base di nicotina da 4 mg sono per i soggetti molto dipendenti mentre quelle da 2 mg sono per i soggetti poco dipendenti.
 - 11 La terapia sostitutiva a base di nicotina dovrebbe essere abbinata ad altri interventi per smettere di fumare.
 - 12 La clonidina va usata con cautela come farmaco per smettere di fumare.
 - 13 Il bupropione è una valida alternativa quando la terapia sostitutiva con nicotina non ha avuto successo.
 - 14 Quando l'aumento di peso è un problema il medico può raccomandare la terapia sostitutiva con gomme da masticare.

Di seguito si riportano altre prove derivate da opinioni di esperti (livello IV)

- 1 Bisogna ampliare i sistemi di screening clinici rilevando e documentando la condizione di fumatore.
 - 2 Si deve costantemente verificare, sia durante il trattamento sia dopo, che la persona non fumi.
 - 3 Fin dai primi contatti bisogna aiutare le persone che non vogliono smettere di fumare a trovare la giusta motivazione.
 - 4 Se il soggetto ha una ricaduta bisogna insistere con altri interventi.
 - 5 Quando un ex fumatore non partecipa più ai programmi per smettere di fumare si devono rinforzare i benefici di questa decisione e va garantito sostegno per ogni problema residuo legato alla sospensione del fumo.
- Gruppi specifici**
- 6 Bisogna offrire gli stessi programmi indipendentemente da sesso o etnia. Nella pianificazione degli interventi vanno però tenute presenti le differenze culturali.
 - 7 I fumatori con disturbi mentali vanno inseriti in programmi per smettere di fumare solo dopo aver valutato il rischio di esacerbazione della loro malattia.
 - 8 Bisogna avvertire i fumatori che smettendo di fumare potrebbero aumentare di peso e sottolineare i benefici dell'astensione dal fumo rispetto allo svantaggio dell'aumento di peso. E' meglio consigliare di evitare diete o programmi per dimagrire finché il soggetto non è sicuro di evitare le ricadute.

Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery

Margaret Graham Building, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, South Australia, 5000.

www.joannabriggs.edu.au ph: (08) 8303 4880, fax: (08) 8303 4881

Publicato da Blackwell Science-Asia

Questa serie di *BestPractice* è distribuita in collaborazione con:



Le procedure descritte in *BestPractice* devono essere usate solo da personale esperto. L'applicabilità di ogni informazione deve essere valutata caso per caso. E' stata posta molta attenzione nell'assicurare che questo numero di *BestPractice* consideri tutte le ricerche disponibili e l'opinione di esperti; è esclusa ogni responsabilità in caso di danni, costi o spese subite o incorse come conseguenza dell'utilizzo delle procedure qui discusse.

Ringraziamenti

Questo numero di *Best Practice* deriva da una revisione condotta da Rick Wiechula e Craig Lockwood del Joanna Briggs Institute for Evidence based nursing and midwifery. Questo numero è stato sottoposto a revisione da un gruppo di esperti. In particolare il Joanna Briggs Institute ringrazia Andrew Zoener, direttore della Health Promotion Unit e Rick Stapleto che ha presieduto il gruppo di revisione. Inoltre questo numero di *Best Practice* è stato sottoposto a peer review da esperti nominati dai centri australiani, neozelandesi e di Hong Kong del Joanna Briggs Institute.

Per la versione italiana:

Traduzione a cura di: Viviana Cormons

Centro studi Evidence based nursing

Azienda ospedaliera universitaria di Bologna –

Policlinico S. Orsola Malpighi, www.evidencebasednursing.it

Redazione:

Zadig srl, via Calzecchi 10, 20133 Milano, www.zadig.it

e-mail: segreteria@zadig.it – tel.: 02 7526131 – fax: 02 76113040

Direttore editoriale: Pietro Dri

Redazione: Nicoletta Scarpa

Grafica: Luigi Bona