

# **SINTESI DELLE REVISIONI SISTEMATICHE COCHRANE SULLA EFFICACIA DEGLI INTERVENTI di CESSAZIONE e PREVENZIONE DEL FUMO di TABACCO**

(A cura di Laura Amato e Zuzana Mitrova)

*aggiornata al 11/2010*

E' stata effettuata una ricerca bibliografica sulla Cochrane Library dal 1990 ad ottobre 2010.

Per essere inclusi nella revisione gli articoli dovevano rispondere ai seguenti criteri di inclusione:

1. Essere revisioni sistematiche Cochrane di studi primari (articoli di revisione in cui è specificato l'obiettivo della revisione, è descritta la strategia di ricerca utilizzata, 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, fumatori giovani;
4. Valutare interventi legislativi per contrastare o prevenire l'uso di tabacco

Gli esiti considerati erano:

Per gli interventi mirati alla astinenza da fumo: cessazione del fumo, dopo l'intervento e a vari periodi di follow up, riduzione del numero di sigarette fumate, prevenzione delle ricadute.

Per gli interventi rivolti alla popolazione generale di contrasto e/o di prevenzione: differenze prima - dopo nella prevalenza di persone fumatrici

## **Risultati**

Attraverso la ricerca bibliografica sono stati reperiti 54 revisioni sistematiche Cochrane. La scelta di limitare la ricerca alle revisioni Cochrane è dovuta al fatto che esse sono di qualità metodologica migliore in quanto condotte secondo una metodologia standardizzata; inoltre esse vengono regolarmente aggiornate circa ogni due anni. Le stesse revisioni Cochrane hanno rappresentato la base per la preparazione di tutte le più recenti linee guida, sia inglesi che americane.

Le 54 revisioni incluse in questa sintesi, consideravano l'efficacia di numerosi interventi per la cessazione o la prevenzione del fumo di tabacco.

Gli interventi valutati sono stati così raggruppati:

- Interventi di tipo farmacologico (14 revisioni)
- Interventi psicologici associati o meno a trattamenti farmacologici (9 revisioni)
- Interventi brevi basati su raccomandazioni/consigli (2 revisioni)
- Altro tipo di interventi (10 revisioni)
- Interventi svolti in setting particolari o rivolti a particolari tipologie di persone (9 revisioni)
- Interventi di Comunità (6 revisioni)
- Interventi legislativi (3 revisioni)
- Interventi per categorie particolari di assuntori di tabacco (2 revisioni)

In appendice 1 vengono presentate in forma tabellare risultati delle 54 revisioni mentre di seguito sono riportati i risultati principali per tipologia di intervento/sostanza valutato e per tipo di risultati ottenuti in termini di efficacia/utilità.

## **Interventi di tipo farmacologico per smettere di fumare, prevenire le ricadute ed evitare l'aumento di peso successivo alla cessazione del fumo**

14 revisioni valutano l'efficacia di vari interventi farmacologici, 12 utilizzati per smettere di fumare, uno ciascuno per ridurre i danni associati al fumo e l'aumento di peso dopo la cessazione. La maggior parte degli interventi studiati si è dimostrata efficace, per pochi sulla base dei dati disponibili è impossibile trarre conclusioni circa l'utilità dell'intervento.

### **Interventi dimostratesi di qualche utilità:**

**Trattamenti sostitutivi:** 3 revisioni (Parsons 2009; Silagy 2008; Stead 2010) valutano l'efficacia della terapia sostitutiva con nicotina (NRT). La revisione di Silagy, che include 132 RCT, con più di 40.000 partecipanti, dimostra che *tutte le forme commerciali disponibili di NRT* (gomma, cerotto, spray nasale, inalatore e compresse) sono efficaci come parte di una strategia per promuovere la cessazione del fumo, esse aumentano da 1.5 a 2 volte la probabilità di smettere di fumare indipendentemente dal setting in cui si svolge l'intervento in studio. La revisione di Stead, 16 RCT inclusi, valuta l'efficacia dell'NRT nel *ridurre i danni legati ad un uso continuativo di tabacco*, evidenziando una diminuzione statisticamente significativa di più del 50% del numero giornaliero di sigarette fumate a breve, medio e lungo termine, 9 studi, 3429 partecipanti, RR 1.72 (IC95% da 1.41 a 2.10). La revisione di Parsons, considera *l'efficacia della NRT per prevenire l'aumento di peso dopo la cessazione del fumo* evidenziandone l'efficacia alla fine del trattamento, 6 studi, 774 partecipanti, MD -1.11 (95% IC da -1.47 a -0.76) ma non ai follow up a 6 e 12 mesi.

**Trattamenti con agonisti parziali della nicotina:** 1 revisione (Cahill 2008), 7 RCT inclusi, considera l'efficacia della vareniclina dimostrando che essa è efficace per smettere di fumare sia se confrontata col placebo, 6 studi, 2582 partecipanti, RR 2.33 (95%IC da 1.95 a 2.80) che con il bupropione, 3 studi, 1622 partecipanti RR 1.52 (95%IC da 1.22 a 1.88). L'effetto collaterale riscontrato è una modesta nausea.

**Antagonisti della nicotina:** Una revisione (Lancaster 2007) valuta l'efficacia della mecamilamina, i risultati dei 2 studi inclusi, 128 partecipanti, suggeriscono che la combinazione mecamilamina+nicotina potrebbe essere migliore della nicotina da sola nel promuovere la cessazione del fumo: astinenti ad un anno 37.5% verso 4.2%.

**Antidepressivi:** 1 revisione (Hughes 2009), 66 RCT inclusi, dimostra che gli *antidepressivi* efficaci per la cessazione del fumo sono il bupropione, 36 studi, 11440 partecipanti RR 1.69 (IC95% da 1.53 a 1.85) e nortriptilina, 6 studi, 975 partecipanti RR 2.03 (IC95% da 1.48 a 2.78), mentre gli inibitori del reuptake della serotonina (come ad esempio la fluoxetina) non lo sono. L'azione del bupropione e della nortriptilina sembra essere indipendente dal loro effetto antidepressivo ed essi hanno un'efficacia simile a quella della terapia sostitutiva con nicotina. Gli eventi avversi per entrambi questi farmaci sono raramente seri o tali da interrompere il trattamento. Una seconda revisione (Tsoi 2010), 21 RCT inclusi, dimostra che il *bupropione* aumentano, sebbene in modo non statisticamente significativo, il tasso di astinenti nei *fumatori affetti da schizofrenia* senza provocare effetti negativi sullo stato mentale di queste persone. Il bupropione può inoltre ridurre il numero di sigarette fumate. Entrambe le revisioni includono numerose meta analisi, vedi relative tabelle in allegato 1.

**Antagonisti dei recettori dei cannabinoidi di tipo 1** (Rimonabant): 1 revisione (Cahill 2007), 3 studi inclusi, evidenzia l'efficacia del rimonabant 20 mg nell'aumentare il numero di persone che smettono di fumare, 2 studi, 1049 partecipanti, RR 1.50 (95%IC da 1.10 a 2.05). Sono stati rilevati effetti collaterali quali infezioni del tratto respiratorio superiore, nausea e aumento di peso; il rischio di eventi avversi gravi è basso, tuttavia nell'ottobre 2008 il farmaco è stato ritirato dal commercio in Europa a causa di disturbi mentali causati dal suo uso. E' impossibile trarre conclusioni definitive sull'efficacia dell'intervento poiché i dati provengono da pochi studi.

**Clonidina:** 1 revisione (Gourlay 2008) con 6 RCT inclusi, dimostra che la clonidina è efficace per smettere di fumare, 6 studi, 776 partecipanti, RR 1.63 (95%IC da 1.22 a 2.18) ma i risultati

provengono da trial di piccole dimensioni e con alto rischio di bias; inoltre gli effetti collaterali limitano il suo utilizzo.

### **Interventi per cui non è possibile trarre conclusioni circa l'utilità:**

**Ansiolitici:** 1 revisione (Hughes 2009), 6 RCT inclusi, due studi sul buspirone e uno studio ciascuno per diazepam, meprobamato, metoprololo e oxprenololo, tutti confrontati col placebo. Inoltre un confronto tra buspirone e placebo. Nessuno studio/confronto mostrava differenze statisticamente significative in favore degli ansiolitici.

**Antagonisti degli oppiacei:** 1 revisione (David 2009), 28 RCT inclusi, conclude che è impossibile trarre conclusioni definitive sull'efficacia degli antagonisti degli oppiacei per smettere di fumare. Gli intervalli di confidenza dei pochi studi per cui è stato possibile effettuare una sintesi statistica dei risultati, sono compatibili sia con risultati in favore che con possibili effetti negativi del trattamento.

**Lobeline:** 1 revisione (Stead 1997), nessuno studio incluso

**Acetato d'argento:** 1 revisione (Lancaster 2009, 3 RCT inclusi)

## **Interventi psicologici associati o meno a trattamenti farmacologici per smettere di fumare e prevenire le ricadute**

9 revisioni valutano questo tipo di interventi 8 per smettere di fumare ed 1 per prevenire le ricadute. La maggior parte degli interventi studiati si sono dimostrati efficaci, mentre per pochi è impossibile trarre conclusioni circa l'utilità dell'intervento studiato sulla base dei dati disponibili.

### **Interventi dimostratesi di qualche utilità:**

***Interventi di tipo comportamentale:*** 2 revisioni valutano l'efficacia di questo intervento per smettere di fumare. Una revisione (Lancaster 2009) con 30 RCT inclusi, valuta l'efficacia del ***counselling comportamentale***, dimostrando che questo intervento aumenta il numero di persone che smettono sia rispetto agli interventi minimi, 22 studi, 9587 partecipanti, RR 1.39 (95%IC da 1.24 a 1.57) che associata alla NRT rispetto alla NRT da sola, 4 studi, 1732 partecipanti, RR 1.27 (95%IC da 1.02 a 1.59). Un'altra revisione (Stead 2008), 53 RCT inclusi, valuta l'efficacia delle ***terapie comportamentali di gruppo*** dimostrando che, per smettere di fumare, essa risulta più efficace degli interventi di auto-aiuto, 13 studi, 4375 partecipanti, RR 1.98 (95%IC da 1.60 a 2.46) e di nessun intervento, 8 studi, 1040 partecipanti, RR 2.71 (95%IC da 1.84 a 3.97); se confrontata con la terapia individuale, non si evidenziano differenze statisticamente significative tra i due interventi, né la terapia di gruppo sembra migliorare l'efficacia della terapia sostitutiva con nicotina.

***Intervista motivazionale:*** 1 revisione (Lai 2010), 14 RCT inclusi, considera l'efficacia ***dell'intervista motivazionale*** per smettere di fumare, concludendo può aiutare a smettere di fumare se confrontata con interventi brevi o di routine, 14 studi, 10538 partecipanti, RR 1.27 (95%IC da 1.14 a 1.42) ma i risultati vanno interpretati con cautela a causa della variabilità della qualità degli studi, della fedeltà al tipo di intervento ed alla possibilità di bias di pubblicazione e nel riportare le misure di risultato. Un'altra revisione (Grimhaw 2010) considera l'efficacia ***dell'intervista motivazionale per aiutare i giovani a smettere di fumare*** evidenziando che approcci complessi mostrano di essere efficaci per la prevalenza di giovani astinenti a 30 giorni e a 6 mesi, soprattutto quelli che includono approcci motivazionali e comportamentali, 5 studi, 1419 partecipanti, RR 1.93 (95%IC da 1.28 a 2.90), tuttavia le prove disponibili non consentono di individuare un unico intervento da implementare. Gli autori sottolineano che per questo tipo di popolazione continua ad esservi bisogno di grossi trial ben disegnati e condotti

***Interventi di auto aiuto e counselling telefonico:*** Una revisione (Lancaster 2009), 68 studi inclusi, considera diverse forme di ***materiale di auto aiuto***: 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. Il materiale di auto aiuto risulta leggermente più efficace di nessun intervento, 19 studi, 22337 partecipanti, RR 1.24 (IC95% 1.11- 1.39), mentre non vi sono evidenze che l'intervento di auto aiuto associato ad altri quali avviso da parte di sanitari o NRT, ne potenzi l'efficacia. Il materiale mirato per singoli individui è più efficace di quello generico, 25 studi, 28189 partecipanti, RR 1.31 (95%IC da 1.20 a 1.42). Un'altra revisione (Stead 2009), 48 studi inclusi, valuta l'efficacia di interventi di ***counselling telefonico*** evidenziando che il counselling telefonico prolungato aiuta i fumatori interessati a smettere, 9 studi, 24904 partecipanti, RR 1.37 (95%IC da 1.26 a 1.50). Un protocollo con una - due chiamate è meno efficace. Un protocollo di tre - quattro chiamate è più efficace della semplice offerta di materiale di auto-aiuto, 27 studi, 16194 partecipanti, RR 1.34 (95%IC da 1.22 a 1.47), consiglio breve, 9 studi, 2953 partecipanti, RR 1.38 (95%IC da 1.14 a 1.68) e terapia farmacologia, 9 studi, 5664 partecipanti RR 1.16 (95%IC da 1.03 a 1.32).

### **Interventi per cui non è possibile trarre conclusioni circa l'utilità:**

***Interventi di tipo comportamentale:*** Hajek 2009, 54 RCT inclusi, valuta questo intervento rispetto alla sua capacità di ***prevenire le ricadute*** evidenziando che, al momento, non vi sono evidenze

sufficienti che sostengono l'uso di specifici interventi comportamentali per la prevenzione delle ricadute.

**Intervista motivazionale:** Cahill 2010, 41 RCT inclusi, valuta l'efficacia di vari interventi confrontandoli tra loro stessi a seconda che considerino *lo stadio motivazionale* cioè il livello attuale di motivazione dei partecipanti oppure no e conclude che vi sono poche differenze significative tra gli interventi di auto aiuto ed il counselling individuale entrambi basati sul livello motivazionale e gli stessi interventi quando non considerano il livello di motivazione del soggetto. Il valore additivo di adattare l'intervento allo stato di motivazione di chi vuole smettere è incerto

## **Interventi brevi basati su raccomandazioni per smettere di fumare**

2 revisioni valutano due interventi entrambi dimostratisi utili

### **Interventi dimostratisi di qualche utilità:**

2 revisioni valutano l'efficacia di semplici raccomandazioni per smettere di fumare, una (Stead 2008), 41 RCT inclusi, considera le *raccomandazioni fatte dal medico* e dimostra che esse sono efficaci rispetto a nessun intervento, aumentando dall'1 al 3% le persone che smettono di fumare, 26 studi, 22240 partecipanti RR 1.76 (IC95% da 1.58 a 1.95). La seconda revisione (Rice 2008), 42 RCT inclusi, considera le *raccomandazioni fatte dall'infermiere* e dimostra che gli interventi realizzati da personale infermieristico sono efficaci rispetto a nessun intervento, 31 studi, 15205 partecipanti, RR 1.28 (95%IC da 1.18 a 1.38). La sfida sarebbe quella di incorporare questo tipo di interventi come pratica standard di routine così che possa essere offerta a tutti i pazienti.

## **Altro tipo di Interventi per smettere di fumare**

10 revisioni valutano l'efficacia di 10 differenti tipi di intervento per smettere di fumare, fra questi pochi si sono dimostrati efficaci, molti concludono che sulla base dei dati disponibili è impossibile trarre conclusioni circa l'utilità dell'intervento studiato e uno si è dimostrato inutile o dannoso.

### **Interventi dimostratesi di qualche utilità:**

*Messaggi inviati al telefono cellulare* (Whittaker 2009, 4 RCT inclusi), i risultati della revisione dimostrano l'efficacia dell'intervento a breve termine, 2 studi, 1905 partecipanti, OR 2.18 (IC95% da 1.80 a 2.65) ma non a lungo termine; *interventi che utilizzano internet* (Civljak 2010, 20 studi inclusi), i risultati dimostrano che alcuni interventi via internet possono aiutare a smettere di fumare, specialmente se l'informazione da dare è specificatamente pensata per gli utilizzatori di internet, 8 studi, 11042 partecipanti, RR 1.22 (IC95% da 1.08 a 1.38) e se frequenti contatti in rete possono essere assicurati.

### **Interventi per cui non è possibile trarre conclusioni circa l'utilità:**

*Accertamento dei rischi biomedici* (Bize 2009, 11 RCT inclusi)

*Agopuntura* (White 2006, 24 studi inclusi)

*Esercizi fisici* (Ussher 2008, 13 RCT)

*Incentivi e sviluppo della competitività* (Cahill 2008, 17 RCT inclusi)

*Ipnosi* (Barnes 2010, 9 RCT inclusi)

*Modalità avversive tipo "rapid smoking"* (Hajek 2009, 25 RCT inclusi)

*Cessazione improvvisa e netta* (Lindson 2010, 10 RCT inclusi).

### **Interventi inutili o dannosi:**

*Interventi lascia e vinci* (Cahill 2008, 5 studi inclusi)

## **Interventi per smettere di fumare svolti in setting particolari o rivoltati a particolari tipologie di persone**

9 revisioni valutano l'efficacia di interventi per smettere di fumare svolti in setting specifici o diretti a particolari tipi di popolazione, molti si sono dimostrati efficaci, molti concludono che sulla base dei dati disponibili è impossibile trarre conclusioni circa l'utilità dell'intervento studiato e uno si è dimostrato inutile o dannoso.

### **Interventi dimostratesi di qualche utilità:**

***Interventi nei luoghi di lavoro***, una revisione (Cahill 2008, 51 studi inclusi), in cui i risultati degli studi inclusi, pur non permettendo sintesi statistiche a causa della loro eterogeneità, dimostrano con forza che gli interventi diretti ai singoli individui fumatori aumentano le possibilità che essi smettano di fumare. Gli interventi efficaci includono il counselling individuale e di gruppo e il trattamento sostitutivo con nicotina; va detto che questi interventi sono efficaci sia somministrati sul luogo di lavoro che altrove. Gli interventi di auto aiuto sono meno efficaci.

***Interventi in setting dentistici***, una revisione (Carr 2006, 6 studi inclusi), dimostra che interventi comportamentali effettuati da personale che lavora in ambulatori dentistici associate ad un esame orale e mirati a smettere di fumare aumentano significativamente il numero di astinenti tra i fumatori, 6 studi, randomizzati per cluster, OR 1.44 (IC95% da 1.16 a 1.78). Purtroppo l'eterogeneità osservata tra gli studi limitano la possibilità di produrre raccomandazioni specifiche sul tipo di intervento da utilizzare.

***Interventi prima di interventi chirurgici***, una revisione (Thomsen 2010, 8 RCT inclusi), evidenzia che gli interventi pre-operatori che includono NRT aumentano il numero di coloro che smettono prima dell'intervento, 5 studi, 850 partecipanti, RR 1.41 (IC95% da 1.22 a 1.63) e le complicanze post operatorie, 2 studi, 210 partecipanti, RR 0.42 (IC95% da 0.70 a 0.88). Sulla base dei risultati degli studi inclusi, non è stato possibile stabilire quale sia l'intervento migliore, sulla base di 2 piccoli studi, sembrerebbe che gli interventi iniziati tra le 4 e le 8 settimane prima dell'intervento composti da counselling individuale e NRT, abbiano una maggiore impatto sulle complicazioni e la cessazione del fumo a lungo termine.

***Interventi per persone ospedalizzate***, una revisione (Rigotti 2007, 33 RCT inclusi), evidenzia che gli interventi intensivi realizzati in ospedale sono efficaci solo se i pazienti sono contattati in seguito per periodi superiori ad 1 mese, 17 studi, 5608 partecipanti, OR 1.65 (IC 95% da 1.44 a 1.90).

### **Interventi per cui non è possibile trarre conclusioni circa l'utilità:**

***Interventi per la cessazione del fumo rivolti al personale delle farmacie*** (Sinclair 2007, 2 studi inclusi)

***Training per il personale sanitario***, (Lancaster 2000, 10 studi inclusi)

***Programmi scolastici*** (Thomas 2006, 23 studi inclusi)

***Programmi di controllo familiare e sul lavoro per ridurre l'esposizione dei bambini al fumo passivo*** (Priest 2008, 36 studi inclusi)

***Forte supporto da parte del partner*** (Park 2008, 10 RCT inclusi)

## **Interventi di Comunità**

6 revisioni valutano l'efficacia di interventi rivolti alla comunità per ridurre e/o prevenire l'abitudine al fumo, nessuno si è dimostrato efficace, 4/6 concludono che sulla base dei dati disponibili è impossibile trarre conclusioni circa l'utilità dell'intervento studiato e 2/6 si sono dimostrati inutili o dannosi.

### **Interventi per cui non è possibile trarre conclusioni circa l'utilità:**

*Interventi che utilizzano i mass media per promuovere la cessazione del fumo tra gli adulti* (Bala 2008, 11 studi inclusi),

*Interventi rivolti alla popolazione generale per prevenire l'uso di tabacco nei giovani* (Swoden 2003, 17 studi inclusi)

*Interventi che utilizzano i mass media per prevenire l'uso di tabacco nei giovani* (Brinn 2010, 7 studi inclusi)

*Programmi familiari per prevenire l'abitudine al fumo tra bambini ed adolescenti* (Thomas 2007, 20 studi inclusi)

### **Interventi inutili o dannosi:**

*Interventi di comunità per ridurre il fumo tra gli adulti* che utilizzavano letture pubbliche, screening per rischio cardio-vascolare, interventi di mass media che utilizzavano giornali, radio, e tv sono stati oggetto di studio di una revisione (Secker-Walker 2006), con 37 studi inclusi. I risultati evidenziano che gli studi con campione più numeroso e di migliore qualità non hanno prodotto una diminuzione della prevalenza del fumo.

*Campagne pubblicitarie, impatto sugli adolescenti*, una revisione (Lovato 2003) include 9 studi longitudinali. Studi longitudinali evidenziano che l'essere esposti a campagne pubblicitarie sul tabacco aumenta il rischio di diventare fumatori tra gli adolescenti.



## **Interventi legislativi**

3 revisioni valutano l'efficacia di interventi legislativi per smettere di fumare, ridurre la prevalenza di fumatori e ridurre la possibilità di vendita di prodotti contenenti tabacco ai giovani. I primi due interventi si sono dimostrati utili mentre per il terzo, data la scarsa collaborazione dei tabaccai, è stato impossibile trarre conclusioni circa l'utilità dell'intervento.

### **Interventi dimostratesi di qualche utilità:**

*Trattamenti gratuiti finanziati dal sistema sanitario per smettere di fumare* una revisione (Reda 2009, 7 studi inclusi), dimostra che la possibilità di accedere a trattamenti gratuiti per smettere di fumare, aumenta il numero di persone che smettono con successo, 4 studi, 2760 partecipanti, RR 2.45 (IC 95% da 1.17 a 5.12), il numero di persone che provano a smettere, 2 studi, 1274 partecipanti, RR 1.44 (IC 95% da 1.08 a 1.93) ed il numero di persone che utilizzano i farmaci per smettere, 5 studi, 2882 partecipanti, RR 1.99 (IC95% da 1.56 a 2.53). Poiché gli studi valutati erano di bassa qualità metodologica questi risultati vanno interpretati con cautela.

*Interventi per ridurre l'esposizione al fumo passivo*, una revisione (Callinan 2010, 50 studi inclusi), i risultati degli studi non permettono sintesi statistiche ma dimostrano che l'introduzione di leggi anti fumo porta ad una riduzione dell'esposizione al fumo passivo. Gli operatori sanitari sono quelli che sperimentano una maggiore riduzione. L'effetto sul fumo attivo è limitato ma il trend è positivo. Vi sono prove circa l'efficacia sul miglioramento di alcuni parametri fisici, l'effetto più evidente è quello relativo alla diminuzione dei ricoveri per sindrome coronarica acuta. Vi è un aumento del gradimento e della compliance a questo tipo di leggi.

### **Interventi per cui non è possibile trarre conclusioni circa l'utilità:**

*Interventi tesi a ridurre la vendita di prodotti contenenti tabacco ai giovani* (Stead 2008, 34 studi inclusi)

## **Interventi per categorie particolari di assuntori di tabacco**

Due revisioni

### **Interventi dimostratesi di qualche utilità:**

*Interventi per persone che assumono tabacco non fumandolo*, una revisione (Ebbert 2007, 20 RCT inclusi) dimostra che gli interventi comportamentali risultano efficaci, 7 studi, 5479 partecipanti, RR 1.76 (IC95% da 1.49 a 2.08), l'associazione di esami della mucosa orale e di feedback telefonici migliora l'efficacia di questi interventi, 5 studi, 2455 partecipanti RR 1.92 (IC95% da 1.92 a 3.23). Nessuna evidenza di efficacia per le terapie farmacologiche rispetto all'astinenza a lungo termine.

### **Interventi per cui non è possibile trarre conclusioni circa l'utilità:**

Interventi per la cessazione di fumo di narghilé (Maziak 2007, nessuno studio incluso)

### Glossario

IC = Intervello di Confidenza

OR = Odds Ratio

MD = Differenza tra Medie

RCT = Trial Controllato Randomizzato

RR = Rischio Relativo

## Bibliografia

1. Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD004704. DOI: 10.1002/14651858.CD004704.
2. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, Walker N, Mehta M, Stead LF. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10. Art. No.: CD001008. DOI: 10.1002/14651858.CD001008.
3. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège Walther M, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD004705. DOI: 10.1002/14651858.CD004705.
4. Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD001006. DOI: 10.1002/14651858.CD001006.
5. Cahill K, Moher M, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.
6. Cahill K, Perera R. Competitions and incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.
7. Cahill K, Perera R. Quit and Win contests for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD004986. DOI: 10.1002/14651858.CD004986.
8. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.
9. Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists (rimonabant) for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD005353. DOI: 10.1002/14651858.CD005353.
10. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 11. Art. No.: CD004492. DOI: 10.1002/14651858.CD004492.
11. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 4. Art. No.: CD005992. DOI: 10.1002/14651858.CD005992.
12. Carr A, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005084. DOI: 10.1002/14651858.CD005084.
13. Civljak M, Sheikh A, Stead LF, Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9. Art. No.: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub3.
14. David SP, Lancaster T, Stead LF, Evins AE, Cahill K. Opioid antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4, updated 2009, Issue 4. Art. No.: CD003086. DOI: 10.1002/14651858.CD003086.
15. Ebbert J, Montori VM, Vickers-Douglas KS, Erwin PC, Dale LC, Stead LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD004306. DOI: 10.1002/14651858.CD004306.
16. Gourlay SG, Stead LF, Benowitz N. Clonidine for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3, updated 2008, Issue 4. Art. No.: CD000058. DOI: 10.1002/14651858.CD000058.

17. Grimshaw G, Stanton A. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4, update 2010, Issue 1. Art. No.: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.
18. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.
19. Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3, updated 2010, Issue 1. Art. No.: CD000546. DOI: 10.1002/14651858.CD000546.
20. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1, updated 2010, Issue 1. Art. No.: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub3.
21. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Anxiolytics for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4, updated 2010, Issue 1. Art. No.: CD002849. DOI: 10.1002/14651858.CD002849.
22. Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.
23. Lancaster T, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 3. Art. No.: CD000214. DOI: 10.1002/14651858.CD000214.
24. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2, updated 2008, Issue 4. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.
25. Lancaster T, Stead LF. Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2; updated 2009, Issue 1. Art. No.: CD001009. DOI: 10.1002/14651858.CD001009.
26. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3, updated 2009, Issue 2. Art. No.: CD001118. DOI: 10.1002/14651858.CD001118.
27. Lancaster T, Stead LF. Silver acetate for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1997, Issue 3, updated 2009, issue 2. Art. No.: CD000191. DOI: 10.1002/14651858.CD000191.
28. Lindson N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858.CD008033.
29. Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD003439. DOI: 10.1002/14651858.CD003439.
30. Maziak W, Ward KD, Eissenberg T. Interventions for waterpipe smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD005549. DOI: 10.1002/14651858.CD005549.
31. Park EW, Schultz JK, Tudiver FG, Campbell T, Becker LA. Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3, updated 2008, Issue 3. Art. No.: CD002928. DOI: 10.1002/14651858.CD002928.
32. Parsons AC, Shraim M, Inglis J, Aveyard P, Hajek P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD006219. DOI: 10.1002/14651858.CD006219
33. Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, Webster P, Ferguson-Thorne G. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure

- to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD001746. DOI: 10.1002/14651858.CD001746.
34. Reda AA, Kaper J, Fikretler H, Severens JL, van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD004305. DOI: 10.1002/14651858.CD004305.
  35. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.
  36. Rigotti N, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.
  37. Secker-Walker R, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community interventions for reducing smoking among adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2, updated 2008, Issue 4. Art. No.: CD001745. DOI: 10.1002/14651858.CD001745.
  38. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.
  39. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1, updated 2008, Issue 4. Art. No.: CD003698. DOI: 10.1002/14651858.CD003698.
  40. Sowden AJ, Stead LF. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD001291. DOI: 10.1002/14651858.CD001291.
  41. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.
  42. Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1997, Issue 3. Art. No.: CD000124. DOI: 10.1002/14651858.CD000124.
  43. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2, updated 2009, Issue 2. Art. No.: CD001007. DOI: 10.1002/14651858.CD001007.
  44. Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1, updated 2008, Issue 3. Art. No.: CD001497. DOI: 10.1002/14651858.CD001497.
  45. Stead LF, Lancaster T. Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3; updated 2010, Issue 3. Art. No.: CD005231. DOI: 10.1002/14651858.CD005231.
  46. Stead LF, Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2, updated 2009, issue 2. Art. No.: CD005990. DOI: 10.1002/14651858.CD005990.
  47. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3, updated 2009, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.
  48. Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD004493. DOI: 10.1002/14651858.CD004493.
  49. Thomas RE, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub2.
  50. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7. Art. No.: CD002294. DOI: 10.1002/14651858.CD002294.

51. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 6. Art. No.: CD007253. DOI: 10.1002/14651858.CD007253.pub2.
52. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD002295. DOI: 10.1002/14651858.CD002295.
53. White AR, Rampes H, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD000009. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.
54. Whittaker R, Borland R, Bullen C, Lin RB, McRobbie H, Rodgers A. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD006611. DOI: 10.1002/14651858.CD006611.

## INTERVENTI FARMACOLOGICI

### TRATTAMENTI SOSTITUTIVI

#### INTERVENTI PER RIDURRE I DANNI LEGATI AD UN CONTINUATIVO USO DI TABACCO [INTERVENTIONS TO REDUCE HARM FROM CONTINUED TOBACCO USE] (Stead 2010)

N° studi inclusi: 16

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Terapia sostitutiva con nicotina (NRT) verso placebo</b>	Riduzione >50% giornaliera del numero di sigarette fumate	9	RCT	3429	1.72 (1.41-2.10)	in favore del trattamento
<b>NRT gomma verso placebo</b>	Riduzione >50% a lungo termine	4	RCT	1596	3.66 (2.00-6.69)	in favore del trattamento
<b>NRT inalatore verso placebo</b>	Riduzione >50% a lungo termine	2	RCT	829	3.39 (1.70-6.77)	in favore del trattamento
<b>NRT gomma verso placebo</b>	Cessazione del fumo al più lungo follow up	4	RCT	1596	1.99 (1.35-2.93)	in favore del trattamento
<b>NRT inalatore verso placebo</b>	Cessazione del fumo al più lungo follow up	2	RCT	829	1.90 (1.13-3.20)	in favore del trattamento

**Conclusioni:** Le persone che non vogliono smettere di fumare possono essere aiutate a diminuire il numero di sigarette con l'aiuto della terapia sostitutiva con nicotina. Poiché i vantaggi a lungo termine per la salute della riduzione del fumo non sono chiari, l'intervento dovrebbe essere utilizzato come precursore dello smettere del tutto.

#### TERAPIA SOSTITUTIVA CON NICOTINA (NRT) PER SMETTERE DI FUMARE [NICOTINE REPLACEMENT THERAPY FOR SMOKING CESSATION] (Silagy 2008)

N° studi inclusi: 132

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>NRT verso controllo</b>	Astinenti a 6+ mesi di follow-up	111	RCT	43040	1.58 (1.50-1.66)	in favore del trattamento
<b>NRT (gomma) verso controllo</b>	Cessazione del fumo	53	RCT	19090	1.43 (1.33-1.53)	in favore del trattamento
<b>NRT (cerotto) verso controllo</b>	Cessazione del fumo	41	RCT	18237	1.66 (1.53-1.81)	in favore del trattamento

**Conclusioni:** Tutte le forme commerciali disponibili di NRT (gomma, cerotto, spray nasale, inalatore e compresse) sono efficaci come parte di una strategia per promuovere la cessazione del fumo. Aumentano la probabilità da 1.5 a 2 volte di smettere di fumare indipendentemente dal setting studiato.

**INTERVENTI PER PREVENIRE L'AUMENTO DI PESO DOPO LA CESSAZIONE DEL FUMO [INTERVENTIONS FOR PREVENTING WEIGHT GAIN AFTER SMOKING CESSATION] (Parsons 2009)**

N° studi inclusi: 7

<b>Confronto</b>	<b>Esito</b>	<b>N° studi</b>	<b>Disegno studi</b>	<b>N° Partecipanti</b>	<b>RR/MD</b>	<b>Risultati</b>
Bupropione vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	6	RCT	774	-1.11 (-1.47, -0.76)	in favore del trattamento
Bupropione vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) a 6 mesi	2	RCT	181	-0.58 (-2.16, 1.00)	nessuna differenza
Bupropione vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) a 12 mesi	4	RCT	252	-0.38 (0.00, 1.24)	nessuna differenza
NRT gomma vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	4	RCT	345	-0.58 (-1.02, -0.13)	in favore del trattamento
NRT gomma vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) a 6 mesi	2	RCT	103	-0.83 (-2.35, 0.69)	nessuna differenza
NRT inalante vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	2	RCT	111	-0.37 (-1.19, 0.45)	nessuna differenza
NRT inalante vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) a 12 mesi	2	RCT	90	-1.03 (-2.23, 0.17)	nessuna differenza
NRT spray intranasale vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) a 12 mesi	2	RCT	79	-1.45 (-3.26, 0.35)	nessuna differenza
NRT cerotto vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	10	RCT	1619	-0.82 (-1.06, -0.58)	in favore del trattamento
NRT cerotto vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) a 6 mesi	2	RCT	115	-1.30 (-2.83, 0.22)	nessuna differenza
NRT cerotto vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) a 12 mesi	4	RCT	641	-0.13 (-0.96, 0.70)	nessuna differenza
NRT compresse sub lingual vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	2	RCT	478	-0.48 (-0.99, 0.03)	nessuna differenza
NRT compresse sub lingual vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) a 6 mesi	2	RCT	329	-0.19 (-1.09, 0.72)	nessuna differenza
NRT compresse sub lingual vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) a 12 mesi	3	RCT	303	0.27 (-0.99, 1.54)	nessuna differenza
Phenylpropanolamine versus Placebo	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	3	RCT	112	-0.50 (-0.80, 0.20)	nessuna differenza
Vareniclina	Cambiamento medio del peso	3	RCT	254	-0.12 (-0.68, 0.43)	nessuna differenza



1mg vs placebo (scalata e non)	(kg) alla fine del trattamento					
Vareniclina 1mg vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	3	RCT	208	-0.14 (-0.70, 0.43)	nessuna differenza
Vareniclina 2mg vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	6	RCT	828	-0.29 (-0.65, 0.08)	nessuna differenza
Vareniclina 2mg a scalare vs placebo	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	4	RCT	609	-0.34 (-0.85, 0.18)	nessuna differenza
Vareniclina vs bupropione	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	3	RCT	598	0.51(0.09, 0.93)	in favore del confronto (bupropione)
Dieta e consigli di esercizi vs nessun intervento	Astinenza alla fine del trattamento	2	RCT	525	0.90 (0.76, 1.06)	nessuna differenza
Dieta e consigli di esercizi vs nessun intervento	Astinenza a 6 mesi	2	RCT	525	0.95 (0.72, 1.26)	nessuna differenza
Dieta e consigli di esercizi vs nessun intervento	Astinenza a 12 mesi	2	RCT	525	0.66 (0.48, 0.90)	in favore del trattamento
Dieta e consigli di esercizi vs nessun intervento	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	2	RCT	140	-0.04 (-0.57, 0.50)	nessuna differenza
Dieta e consigli di esercizi vs nessun intervento	Cambiamento medio del peso (kg) a 12 mesi	2	RCT	61	-0.21 (-2.28, 1.86)	nessuna differenza
Esercizi + terapia psi per smettere di fumare versus terapia da sola	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	4	RCT	404	-0.25 (-0.78, 0.29)	nessuna differenza
Esercizi + terapia psi per smettere di fumare versus terapia da sola	Cambiamento medio del peso (kg) a 12 mesi	3	RCT	182	-2.07 (-3.78, -0.36)	in favore del trattamento
Programma individuale + consigli vs nessun intervento	Astinenza alla fine del trattamento	2	RCT	254	1.11 (0.84, 1.46)	nessuna differenza
Programma individuale + consigli vs nessun intervento	Astinenza a 6 mesi	2	RCT	254	0.88(0.54-1.43)	nessuna differenza
Programma individuale + consigli vs nessun intervento	Astinenza a 12 mesi	2	RCT	254	0.79 (0.47, 1.33)	nessuna differenza
Programma individuale + consigli vs nessun intervento	Cambiamento medio del peso (kg) alla fine del trattamento	2	RCT	90	-1.05 (-2.01-0.09)	nessuna differenza
Programma individuale + consigli vs nessun intervento	Cambiamento medio del peso (kg) a 12 mesi	2	RCT	40	-2.58 (-5.11, -0.05)	in favore del trattamento

**Conclusioni:** Il bupropione, la terapia sostitutiva con nicotina riducono l'aumento del peso, durante il trattamento ma l'effetto non è più osservabile dopo 12 mesi. La dieta accompagnata a consigli relativi agli esercizi fisici ed i programmi individualizzati possono essere di qualche utilità. Gli effetti a lungo termine di tutti gli interventi considerate è a dir poco modesti. Gli interventi che dimostrano una qualche efficacia sono i programmi per il controllo del peso

individualizzati, la terapia comportamentale e diete ipocaloriche. I risultati non permettono di formulare raccomandazioni cliniche su quale sia l'intervento più efficace.

### AGONISTI PARZIALI DELLA NICOTINA

#### **AGONISTI PARZIALI DELLA NICOTINA PER SMETTERE DI FUMARE [NICOTINE RECEPTOR PARTIAL AGONISTS FOR SMOKING CESSATION] (Cahill 2008)**

N° studi inclusi: 7

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Vareniclina verso placebo</b>	Astinenza a 24 settimane	6	RCT	2582	2.33 (1.95-2.80)	in favore del trattamento
<b>Vareniclina verso placebo</b>	Astinenza a 9-12 settimane	6	RCT	2583	2.36 (2.08-2.67)	in favore del trattamento
<b>Vareniclina verso bupropione</b>	Astinenza a 52 settimane	3	RCT	1622	1.52 (1.22-1.88)	in favore del trattamento

**Conclusioni:** La vareniclina è efficace per smettere di fumare sia se confrontata col placebo che con il bupropione. L'effetto collaterale riscontrato con la vareniclina è una modesta nausea. Ulteriori possibili effetti avversi quali depressione, agitazione ed idee suicidarie sono oggetto di studi in corso.

#### **LOBELINE PER SMETTERE DI FUMARE**

#### **[LOBELINE FOR SMOKING CESSATION] (Stead 97)**

N° studi inclusi: 0

La Lobeline è un alcaloide derivato dalle foglie di una pianta di tabacco Indiana classificato come parziale agonista della nicotina

**Conclusioni:** Non sono disponibili prove che dimostrino l'efficacia del lobeline per smettere di fumare

### ANTAGONISTI DELLA NICOTINA

#### **MECAMILAMINA (ANTAGONISTA DELLA NICOTINA) PER SMETTERE DI FUMARE [MECAMYLAMINE (A NICOTINE ANTAGONIST) FOR SMOKING CESSATION] (Lancaster 1998, updated 2007)**

N° studi inclusi: 2

N° studi inclusi	Risultati
2	In uno studio (48 volontari) una combinazione di mecamilamina (antagonista della nicotina) + cerotto NRT si è dimostrata più efficace del cerotto NRT da solo (astinenti ad un anno 37.5% vs 4.2%).

Nel secondo studio (80 volontari), 4 bracci: 1. Cerotto di nicotina + mecamilamina 2. Nicotina da sola 3. Mecamilamina da sola 4. Nessuna sostanza attiva. I tassi di astinenza erano rispettivamente di 40%, 20%, 15% and 15%. Le differenze non erano statisticamente significative.

**Conclusioni:** Dati da 2 piccoli studi suggeriscono che la combinazione mecamilamina+nicotina potrebbe essere migliore della nicotina da sola nel promuovere la cessazione del fumo. Comunque questi risultati dovrebbero essere confermati da studi di maggiori dimensioni prima di poter raccomandare il trattamento.

## ALTRO

### ANSIOLITICI PER SMETTERE DI FUMARE [ANXIOLYTICS FOR SMOKING CESSATION] (Hughes 2000, updated 2009)

N° studi inclusi: 6

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Buspirone verso placebo</b>	Astinenza a lungo termine	3	RCT	201	0.76 (0.42-1.37)	nessuna differenza

**Conclusioni:** Due studi sul buspirone e uno studio ciascuno per diazepam, meprobamato, metoprololo e oxprenololo, tutti confrontati col placebo. Inoltre un confronto tra buspirone e placebo. Nessuno studio/confronto mostrava differenze statisticamente significative in favore degli ansiolitici.

### ANTIDEPRESSIVI PER SMETTERE DI FUMARE [ANTIDEPRESSANTS FOR SMOKING CESSATION] (Hughes 2007, updated 2009)

N° studi inclusi: 66

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Bupropione verso placebo</b>	Astinenza a 6-12 mesi	36	RCT	11440	1.69 (1.53-1.85)	in favore del trattamento
<b>Bupropione verso placebo</b>	Astinenza a lungo termine (=> 12 mesi)	22	RCT	8628	1.64 (1.46-1.84)	in favore del trattamento
<b>Bupropione verso placebo</b>	Astinenza a 6 mesi	14	RCT	2812	1.81 (1.53-1.85)	in favore del trattamento
<b>Bupropione verso placebo per la prevenzione delle ricadute</b>		5	RCT	1587	1.17 (0.99-1.39)	in favore del trattamento
<b>Bupropione+intervento comportamentale di gruppo verso placebo</b>	Astinenza a 6 mesi o più	8	RCT	1574	1.62 (1.30-2.03)	in favore del trattamento
<b>Bupropione+ counseling individuale verso placebo</b>	Astinenza a 6 mesi o più	24	RCT	9103	1.72 (1.54-1.91)	in favore del trattamento
<b>Bupropione 300mg/giorno verso 150 mg/giorno</b>	Astinenza a 6 mesi o più	3	RCT	2042	1.08 (0.93-1.26)	nessuna differenza
<b>Bupropione+NRT verso NRT da sola</b>	Astinenza a 6 mesi o più	6	RCT	1106	1.23 (0.67-2.26)	nessuna differenza

<b>Bupropione verso NRT cerotto</b>	Astinenza a 6 mesi o più	3	RCT	657	1.26 (0.73-2.18)	nessuna differenza
<b>Bupropione verso vareniclina</b>	Astinenza a 6 mesi o più	3	RCT	1622	0.66 (0.53-0.82)	In favore del controllo
<b>Bupropione verso nortriptilina</b>	Astinenza a lungo termine	3	RCT	417	1.30 (0.93-1.82)	nessuna differenza
<b>Nortriptilina verso placebo</b>	Astinenza a 6-12 mesi	6	RCT	975	2.03 (1.48-2.78)	in favore del trattamento
<b>Nortriptilina+NRT verso NRT da sola</b>	Astinenza a 6-12 mesi	4	RCT	1219	1.29 (0.97-1.72)	nessuna differenza
<b>Fluoxetina (SSRI) verso placebo</b>	Astinenza a lungo termine	4	RCT	1786	0.92 (0.68-1.24)	nessuna differenza
<b>Fluoxetina +NRT verso placebo+NRT</b>	Astinenza a lungo termine	2	RCT	250	0.92 (0.53-1.61)	nessuna differenza
<b>MAO inibitori verso placebo</b>	Astinenza a lungo termine	4	RCT	338	1.49 (0.92-2.41)	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> Gli antidepressivi bupropione e nortriptilina sono efficaci per la cessazione del fumo, mentre gli inibitori del reuptake della serotonina (come ad esempio la fluoxetina) non lo sono. L'azione del bupropione e della nortriptilina sembra essere indipendente dal loro effetto antidepressivo e hanno un'efficacia simile a quella della terapia sostitutiva con nicotina. Gli eventi avversi per entrambi questi farmaci sono raramente seri o tali da interrompere il trattamento.						

**BUPROPIONE INTERVENTI PER LA CESSAZIONE E LA RIDUZIONE DEL FUMO IN PERSONE AFFETTE DA SCHIZOFRENIA [INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION AND REDUCTION IN INDIVIDUALS WITH SCHIZOPHRENIA] (Tsoi 2010).**

N° studi inclusi: 21

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR/MD	Risultati
<b>Bupropione vs placebo</b>	Astinenza a 6 mesi	3	RCT	104	2.19 (0.50, 9.63)	nessuna differenza
<b>Bupropione vs placebo</b>	Sintomi positivi alla fine del trattamento	2	RCT	85	-0.24 (-0.66, 0.19)	nessuna differenza
<b>Bupropione vs placebo</b>	Sintomi negative alla fine del trattamento	3	RCT	136	-0.12 (-0.46, 0.22)	nessuna differenza
<b>Bupropione vs placebo</b>	Sintomi depressive alla fine del trattamento	3	RCT	136	-0.16 (-0.50, 0.18)	nessuna differenza
<b>Bupropione vs placebo</b>	CO espirata alla fine del trattamento	2	RCT	104	-2.08 (-17.76, 13.59)	nessuna differenza
<b>Bupropione vs placebo</b>	Cambiamenti nella % di sigarette fumate al giorno alla fine del trattamento	3	RCT	184	-10.77 (-16.52, -5.01)	in favore del trattamento
<b>Bupropione vs placebo</b>	Cambiamenti nella % di sigarette	2	RCT	104	0.40 (5.72, 6.53)	in favore del trattamento

	fumate al giorno a 6 mesi					
<b>Bupropione + NTR cerotto vs placebo + NTR cerotto</b>	Astinenza a 6 mesi	2	RCT	110	3.41 (0.87, 13.30)	in favore del trattamento
<b>Bupropione + NTR cerotto vs placebo + NTR cerotto</b>	Astinenza alla fine del trattamento	2	RCT	110	2.92 (0.75, 11.33)	in favore del trattamento
<b>Placebo + NTR cerotto vs no NTR</b>	Astinenza alla fine del trattamento	5	RCT	230	3.21 (1.51, 6.81)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> Il bupropione aumenta il tasso di astinenti nei fumatori affetti da schizofrenia senza provocare effetti negative sullo stato mentale di queste persone. Il bupropione può inoltre ridurre il numero di sigarette fumate. L'utilizzo associato di rinforzi (contingency reinforcement) può aiutare ulteriormente. Non sono state trovate evidenze rispetto agli altri interventi valutati.						

#### ANTAGONISTI DEGLI OPIACEI PER SMETTERE DI FUMARE [OPIOID ANTAGONISTS FOR SMOKING CESSATION] (David 2009).

N° studi inclusi: 28

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
<b>Naltrexone verso placebo (con e senza NRT)</b>	Astinenza al più lungo follow up	4	RCT	582	1.26 (0.80-2.01)	nessuna differenza
<b>Naltrexone verso placebo (no NRT)</b>	Astinenza al più lungo follow up	2	RCT	129	1.34 (0.49-3.69)	nessuna differenza
<b>Naltrexone +NRT verso placebo+NRT</b>	Astinenza al più lungo follow up	3	RCT	453	1.24 (0.74-2.09)	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> Sulla base di dati così limitati, è impossibile trarre conclusioni definitive sull'efficacia degli antagonisti degli oppiacei per smettere di fumare. Gli intervalli di confidenza sono compatibili sia con risultati in favore che con possibili effetti negativi del trattamento.						

#### CLONIDINA PER SMETTERE DI FUMARE [CLONIDINE FOR SMOKING CESSATION] (Gourlay 2004, updated 2008)

N° studi inclusi: 6

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Clonidina verso placebo</b>	Cessazione del fumo	6	RCT	776	1.63 (1.22-2.18)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> La clonidina è efficace per smettere di fumare ma i risultati provengono da trial di piccole dimensioni e con alto rischio di bias; inoltre gli effetti collaterali limitano il suo utilizzo						

**ACETATO D'ARGENTO PER SMETTERE DI FUMARE [SILVER ACETATE FOR SMOKING CESSATION] (Lancaster 2009)**

N° studi inclusi: 3

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
Acetato d'argento verso placebo	Astinenza a 12 mesi	2	RCT	785	1.05 (0.63-1.73)	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> L'acetato d'argento non sembra efficace per smettere di fumare						

**NICOBREVIN PER SMETTERE DI FUMARE [NICOBREVIN FOR SMOKING CESSATION] (Stead 2006, updated 2009)**

N° studi inclusi: 0

Il nicobrevin è composto da Ethil valerate, (sedativo) 100 mg; Chinino 15mg; Canfora 10mg; Olio di eucalipto 10mg
<b>Conclusioni:</b> Non sono disponibili prove che dimostrino l'efficacia del nicobrevin per smettere di fumare

**TRATTAMENTO CON GLI ANTAGONISTI DEI RECETTORI DEI CANNABINOIDI DI TIPO 1 (RIMONABANT) PER SMETTERE DI FUMARE [CANNABINOID TYPE 1 RECEPTOR ANTAGONISTS (RIMONABANT) FOR SMOKING CESSATION] (Cahill 2007)**

N° studi inclusi: 3

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
Rimonabant 20 mg verso placebo	Astinenti a 50 settimane	2	RCT	1049	1.50 (1.10-2.05)	in favore del trattamento
Rimonabant 20 mg verso placebo	Prevenzione delle ricadute	2	RCT	1049	1.30 (1.06-1.59)	in favore del trattamento
Rimonabant 5 mg verso placebo	Astinenti a 50 settimane	2	RCT	1039	1.12 (0.80-1.56)	nessuna differenza
Rimonabant 5 mg verso placebo	Astinenti a 4 settimane	2	RCT	1039	1.12 (0.87-1.44)	nessuna differenza
Rimonabant 20 mg verso Rimonabant 5 mg	Astinenti a 50 settimane	2	RCT	1046	1.35 (1.00-1.82)	in favore del trattamento
Rimonabant 20 mg verso Rimonabant 5 mg	Astinenti a 4 settimane	2	RCT	1046	1.31 (1.05-1.64)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> I pochi studi disponibili evidenziano l'efficacia del rimonabant 20 mg nell'aumentare il numero di persone che smettono di fumare. Sono stati rilevati effetti collaterali quali infezioni del tratto respiratorio superiore, nausea e aumento di peso; il rischio di eventi avversi gravi è basso, tuttavia nell'ottobre						

2008 il farmaco è stato ritirato dal commercio in Europa a causa di disturbi mentali causati dal suo uso. E' impossibile trarre conclusioni definitive sull'efficacia dell'intervento poiché i dati provengono da pochi studi.

## INTERVENTI PSICOLOGICI E PSICOLOGICI ASSOCIATI A FARMACOLOGICI

### INTERVENTI DI TIPO COMPORTAMENTALE

#### COUNSELLING INDIVIDUALE DI TIPO COMPORTAMENTALE PER SMETTERE DI FUMARE [INDIVIDUAL BEHAVIOURAL COUNSELLING FOR SMOKING CESSATION] (Lancaster 2005 updated 2009)

N° studi inclusi: 30

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Counselling individuale verso interventi minimi</b>	Cessazione del fumo al più lungo follow up	22	RCT	9587	1.39 (1.24, 1.57)	in favore del trattamento
<b>Counselling verso farmacoterapia non sistematica</b>	Cessazione del fumo al più lungo follow up	18	RCT	7855	1.44 (1.25, 1.65)	in favore del trattamento
<b>Counselling + NRT versus NRT da sola</b>	Cessazione del fumo al più lungo follow up	4	RCT	1732	1.27 [1.02, 1.59]	in favore del trattamento
<b>Counselling intensivo verso meno intensivo</b>	Cessazione del fumo al più lungo follow up	5	RCT	1897	0.96 [0.74, 1.25]	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> Il counselling individuale può aiutare I fumatori a smettere						

#### INTERVENTI DI PREVENZIONE DELLE RICADUTE PER SMETTERE DI FUMARE [RELAPSE PREVENTION INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION] (Hajek 2009 )

N° studi inclusi: 54

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Interventi comportamentali verso controllo per donne gravide o dopo il parto</b>	Astinenza al momento del parto/ all'ultimo follow up prima del parto	8	RCT	1523	1.04 [0.98, 1.11]	nessuna differenza
<b>Counselling individuale</b>	Astinenza al momento del parto/ all'ultimo follow up prima del parto	5	RCT	641	1.01 [0.89, 1.15]	nessuna differenza
<b>Counselling telefonico</b>	Astinenza al momento del parto/ all'ultimo follow up prima del parto	2	RCT	711	1.06 [0.99, 1.15]	nessuna differenza



<b>Interventi comportamentali verso controllo per donne gravide o dopo il parto</b>	Astinenza al più lungo follow up dopo il parto	11		3273	1.07 (0.98-1.18)	nessuna differenza
<b>Interventi iniziati durante la gravidanza</b>	Astinenza al più lungo follow up dopo il parto	5	RCT	690	1.01 [0.82, 1.23]	nessuna differenza
<b>Interventi iniziati durante la gravidanza e continuati dopo il parto</b>	Astinenza al più lungo follow up dopo il parto	3	RCT	738	1.08 [0.89, 1.29]	nessuna differenza
<b>Interventi iniziati dopo il parto</b>	Astinenza al più lungo follow up dopo il parto	4	RCT	1845	1.10 [0.96, 1.25]	nessuna differenza
<b>Interventi comportamentali verso controllo su persone ospedalizzate che hanno smesso in ospedale</b>	Astinenza al più lungo follow up	3	RCT	667	0.94 (0.78-1.13)	nessuna differenza
<b>Interventi comportamentali verso controllo su persone che hanno smesso da sole</b>	Astinenza al più lungo follow up	5	RCT	3561	1.08 (0.98-1.19)	nessuna differenza
<b>Interventi comportamentali verso controllo su persone che hanno smesso dopo un trattamento</b>	Astinenza al più lungo follow up	5	RCT	1462	1.00 (0.87-1.15)	nessuna differenza
<b>NTR gomma verso placebo</b>	Astinenza al più lungo follow up	2	RCT	2261	1.24 (1.04-1.47)	in favore del trattamento
<b>NTR gomma verso placebo</b>	Astinenza a 12 mesi dopo la cessazione	2		553	1.04 (0.77-1.40)	nessuna differenza
<b>Bupropione verso placebo</b>	Astinenza a 12 mesi dopo la cessazione	5	RCT	1587	1.17 (0.99-1.39)	nessuna differenza
<b>NRT + Bupropione verso placebo</b>	Astinenza a 12 mesi dopo la cessazione	2	RCT	243	1.18 [0.75, 1.87]	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> Al momento non vi sono evidenze sufficienti che sostengono l'uso di specifici interventi comportamentali per la prevenzione delle ricadute. Per quanto attiene agli interventi farmacologici vi sono evidenze solo per la NRT verso il placebo.						

**TERAPIE COMPORTAMENTALI DI GRUPPO PER SMETTERE DI FUMARE [GROUP BEHAVIOUR THERAPY PROGRAMMES FOR SMOKING CESSATION]  
(Stead 2005, updated 2008)**

N° studi inclusi: 53

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
-----------	-------	----------	---------------	-----------------	----	-----------

<b>Terapia di gruppo verso auto aiuto</b>	Cessazione del fumo	13	RCT	4375	1.98 (1.60-2.46)	in favore del trattamento
<b>Terapia di gruppo verso terapia individuale</b>	Cessazione del fumo	5	RCT	788	1.01 (0.77-1.32)	nessuna differenza
<b>Terapia di gruppo + NRT verso NRT da sola</b>	Cessazione del fumo	3	RCT	1051	1.08 (0.88-1.31)	nessuna differenza
<b>Terapia di gruppo verso nessun intervento</b>	Cessazione del fumo	8	RCT	1040	2.71 (1.84-3.97)	in favore del trattamento
<b>Terapia di gruppo del tipo skill training con componenti aggiuntive verso intervento base</b>	Cessazione del fumo	8	RCT	1524	1.15 (0.97-1.37)	nessuna differenza
<b>Terapia di gruppo con controllo dell'umore verso standard</b>	Cessazione del fumo	6	RCT	1300	1.04 (0.82-1.30)	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> La terapia di gruppo di tipo comportamentale risulta più efficace degli interventi di auto-aiuto e di nessun intervento o intervento minimo; se confrontata con la terapia individuale, non si evidenziano differenze statisticamente significative tra i due interventi, né la terapia di gruppo sembra migliorare l'efficacia della terapia sostitutiva con nicotina.						

## INTERVISTA MOTIVAZIONALE

### INTERVISTA MOTIVAZIONALE PER SMETTERE DI FUMARE [MOTIVATIONAL INTERVIEWING FOR SMOKING CESSATION] (Lai 2010)

N° studi inclusi: 14

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Intervista motivazionale vs raccomandazione breve/intervento di routine</b>	Durata più lunga dell'astinenza (definita in modo rigoroso)	14	RCT	10538	1.27 (1.14, 1.42)	in favore del trattamento
<b>Intervista motivazionale vs raccomandazione breve/intervento di routine</b>	Astinenza, intervento somministrato dal medico di medicina generale	2	RCT	736	3.49 (1.53, 7.94)	in favore del trattamento
<b>Intervista motivazionale vs raccomandazione breve/intervento di routine</b>	Astinenza, intervento somministrato dall'infermiere	4	RCT	2038	1.23 (0.90, 1.66)	nessuna differenza
<b>Intervista motivazionale vs</b>	Astinenza, intervento	9	RCT	7546	1.27 (1.12, 1.43)	in favore del trattamento

<b>raccomandazione breve/intervento di routine</b>	somministrato dal counsellor					
<b>Intervista motivazionale vs raccomandazione breve/intervento di routine</b>	Astinenza, durata della sessione inferiore a 20 min	5	RCT	1809	1.14 (0.80, 1.63)	nessuna differenza
<b>Intervista motivazionale vs raccomandazione breve/intervento di routine</b>	Astinenza, durata della sessione superiore a 20 min	8	RCT	7381	1.31 (1.16, 1.49)	in favore del trattamento
<b>Intervista motivazionale vs raccomandazione breve/intervento di routine</b>	Astinenza, sessione unica	10	RCT	9407	1.24 (1.11, 1.40)	in favore del trattamento
<b>Intervista motivazionale vs raccomandazione breve/intervento di routine</b>	Astinenza, due o più sessioni	4	RCT	1131	1.69 (1.09, 2.60)	in favore del trattamento
<b>Intervista motivazionale vs raccomandazione breve/intervento di routine</b>	Astinenza, nessun follow up di richiamo telefonico	3	RCT	1119	2.19 (1.23, 3.92)	in favore del trattamento
<b>Intervista motivazionale vs raccomandazione breve/intervento di routine</b>	Astinenza, una o due telefonate di follow up	3	RCT	876	1.77 (1.08, 2.90)	in favore del trattamento
<b>Intervista motivazionale vs raccomandazione breve/intervento di routine</b>	Astinenza, due o più telefonate di follow up	7	RCT	8268	1.22 (1.08, 1.37)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> L'intervista motivazionale può aiutare a smettere di fumare. Comunque I risultati vanno interpretati con cautela a causa della variabilità della qualità degli studi, della fedeltà al tipo di intervento ed alla possibilità di bias di pubblicazione e nel riportare le misure di risultato						

### **INTERVENTI BASATI SUL LIVELLO MOTIVAZIONALE PER SMETTERE DI FUMARE (STAGE-BASED INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION) (Cahill 2010)**

N° studi inclusi: 41

<b>Confronto</b>	<b>Esito</b>	<b>N° studi</b>	<b>Disegno studi</b>	<b>N° Partecipanti</b>	<b>RR</b>	<b>Risultati</b>
<b>Interventi basati sul livello motivazionale verso materiale di auto aiuto</b>	Astinenza	2	RCT	2117	0.93 (0.62-1.39)	nessuna differenza
<b>Interventi basati sul livello motivazionale verso counselling</b>	Astinenza	2	RCT	1138	1.00 (0.82-1.22)	nessuna differenza

<b>Auto aiuto basato sul livello motivazionale verso standard auto aiuto</b>	Astinenza	6	RCT	5947	1.27 (1.01-1.59)	in favore del trattamento
<b>Auto aiuto basato sul livello motivazionale verso 'usual care'</b>	Astinenza	2	RCT	849	0.94 (0.56-1.57)	nessuna differenza
<b>Auto aiuto basato sul livello motivazionale verso solo valutazione</b>	Astinenza	10	RCT	13597	1.35 (1.19-1.52)	in favore del trattamento
<b>Counselling individuale basato sul livello motivazionale verso standard auto aiuto</b>	Astinenza	3	RCT	2035	1.33 (1.00-1.78)	in favore del trattamento
<b>Counselling individuale basato sul livello motivazionale verso 'usual care'</b>	Astinenza	27	RCT	8363293	1.19 (0.99-1.42)	nessuna differenza
<b>Counselling individuale basato sul livello motivazionale verso solo valutazione</b>	Astinenza	3	RCT	3056	1.28 (0.95-1.73)	nessuna differenza
<b>Programma computerizzato interattivo basato sul livello motivazionale verso standard auto aiuto</b>	Astinenza	2	RCT	1702	1.14 (0.81-1.59)	nessuna differenza
<b>Programma computerizzato interattivo basato sul livello motivazionale verso verso 'usual care'</b>	Astinenza	3	RCT	231	1.36 (0.78-2.36)	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> Vi sono poche differenze significative tra gli interventi di auto aiuto ed il counselling individuale entrambi basati sul livello motivazionale e gli stessi interventi quando non considerano il livello di motivazione del soggetto. Il valore additivo di adattare l'intervento allo stato di motivazione di chi vuole smettere è incerto.						

### INTERVENTI PER LA CESSAZIONE DEL FUMO PER I GIOVANI [TOBACCO CESSATION INTERVENTIONS FOR YOUNG PEOPLE] (Grimshaw 2010)

N° studi inclusi: 24

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
<b>Modello transteoretico di</b>	Astinenza a 12 mesi	2	RCT	1537	1.70 (1.25-2.33)	in favore del trattamento

<b>cambiamento per adolescenti verso usual care o consigli dietetici</b>						
	Astinenza a 2 anni	2	RCT	1537	1.38 (0.99-1.92)	nessuna differenza
<b>Intervento motivazionale verso intervento breve</b>	Astinenza a 6 mesi o più	11	RCT	2503	1.70 (1.31-2.20)	in favore del trattamento
<b>Intervento complesso includente l'intervista motivazionale verso intervento breve</b>	Astinenza a 6 mesi o più	5	RCT	1419	1.93 (1.28-2.90)	in favore del trattamento
<b>Intervento complesso includente il programma "No Tobacco" verso intervento breve</b>	Astinenza a 6 mesi o più	4		1073	1.77 (1.00-3.10)	in favore del trattamento
<b>Intervento che utilizza il web verso intervento breve</b>	Astinenza a 12 mesi	2		1225	1.30 (0.92-1.85)	in favore del trattamento
<b>Intervento complesso (Intervista motivazionale, terapia cognitivo-comportamentale, intervento "no tobacco", teoria cognitiva sociale) verso intervento breve</b>	Astinenza a 6 mesi	2		836	1.79 (1.04-3.09)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> Approcci complessi mostrano di essere efficaci per la prevalenza di giovani astinenti a 30 giorni e a 6 mesi, soprattutto quelli che includono approcci motivazionali e comportamentali. Vi sono pochi studi sugli interventi farmacologici (NRT e bupropione) e nessuno ha dimostrato l'efficacia di questi interventi nei giovani. Le prove disponibili non consentono di individuare un unico intervento da implementare. Per questo tipo di popolazione continua ad esservi bisogno di grossi trial ben disegnati e condotti						

### INTERVENTI DI AUTO AIUTO E COUNSELLING TELEFONICO

#### INTERVENTI DI AUTO AIUTO PER SMETTERE DI FUMARE [SELF-HELP INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION] (Lancaster 2008, updated 2009)

N° studi inclusi: 68

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Auto aiuto verso no auto aiuto (entrambi i gruppi senza incontri face to face)</b>	Astinenza a lungo termine	19		22337	1.24 [1.11, 1.39]	in favore del trattamento

<b>Auto aiuto verso no auto aiuto (entrambi i gruppi con incontri face to face)</b>	Astinenza a lungo termine	5		3866	1.17 (0.96-4.42)	nessuna differenza
<b>Auto aiuto verso no auto aiuto (entrambi i gruppi con incontri face to face più )</b>	Astinenza a lungo termine	11		5365	0.97 [0.80, 1.18]	nessuna differenza
<b>Auto aiuto vs no auto aiuto, tutti gli studi</b>	Astinenza a lungo termine	32		30644	1.08 [0.99, 1.17]	nessuna differenza
<b>Auto aiuto + NRT vs NRT da sola</b>	Astinenza a lungo termine	4		2291	1.05 [0.88, 1.25]	nessuna differenza
<b>Materiale mirato ai singoli individui verso controllo</b>	Astinenza a lungo termine	25		28189	1.31 [1.20, 1.42]	in favore del trattamento
<b>Aggiunta di material cartaceo</b>	Astinenza a lungo termine	4		4085	1.01 [0.87, 1.17]	nessuna differenza
<b>Aggiunta di material video</b>	Astinenza a lungo termine	2		424	0.72 [0.41, 1.28]	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> Il materiale standard di auto aiuto se confrontato con nessun intervento può essere efficace, ma il suo effetto è modesto. Non vi sono evidenze che l'intervento di auto aiuto associato ad altri quali avviso da parte di sanitari o NRT, ne potenzi l'efficacia. Il materiale mirato per singoli individui è più efficace di quello generico.						

### INTERVENTI DI COUNSELING TELEFONICO PER SMETTERE DI FUMARE [TELEPHONE COUNSELLING FOR SMOKING CESSATION] (Stead 2006, updated 2009)

N° studi inclusi: 48

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Interventi per chi chiama le quitline</b>						
<b>Effetto delle telefonate ripetute vs intervento standard</b>	Cessazione al più lungo follow up	9	CCT	24904	1.37 [1.26, 1.50]	in favore del trattamento
<b>2 telefonate o meno</b>	Cessazione al più lungo follow up	9	CCT	6274	1.07 [0.91, 1.26]	nessuna differenza
<b>3-6 telefonate</b>	Cessazione al più lungo follow up	28	CCT	14597	1.34 [1.23, 1.47]	in favore del trattamento
<b>6 telefonate o più</b>	Cessazione al più lungo follow up	7	CCT	3940	1.39 [1.18, 1.63]	in favore del trattamento
<b>Interventi per chi non chiama le quitline:</b>						
<b>Telefonate vs auto aiuto</b>	Cessazione al più lungo follow up	27	CCT	16194	1.34 [1.22, 1.47]	in favore del trattamento
<b>Telefonate vs intervento breve o counselling</b>	Cessazione al più lungo follow up	9	CCT	2953	1.38 [1.14, 1.68]	in favore del trattamento

<b>Telefonate vs farmacoterapia</b>	Cessazione al più lungo follow up	9	CCT	5664	1.16 [1.03, 1.32]	in favore del trattamento
<b>Persone motivate vs non motivate</b>	Long term cessation	44		24811	1.29 [1.21, 1.39]	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> Il counselling telefonico prolungato aiuta i fumatori interessati a smettere. Un protocollo con una-due chiamate è meno efficace. Un protocollo di tre-quattro chiamate è più efficace della semplice offerta di materiale di auto-aiuto, consiglio breve e terapia farmacologia. Le telefonate offrono un importante accesso alle varie offerte di aiuto per smettere e le chiamate successive migliorano l'efficacia di questo intervento.						

### INTERVENTI BASATI SU SEMPLICI RACCOMANDAZIONI

#### **RACCOMANDAZIONI DEL MEDICO DI SMETTERE DI FUMARE [PHYSICIAN ADVICE FOR SMOKING CESSATION] (Stead 2008)**

N° studi inclusi: 41

<b>Confronto</b>	<b>Esito</b>	<b>N° studi</b>	<b>Disegno studi</b>	<b>N° Partecipanti</b>	<b>RR</b>	<b>Risultati</b>
<b>Raccomandazioni, verso nessun intervento</b>	Cessazione del fumo	26	RCT	22240	1.76 (1.58-1.95)	in favore del trattamento
<b>Raccomandazioni, Intervento minimo verso nessun intervento</b>	Cessazione del fumo	17	RCT	13724	1.66 (1.42-1.94)	in favore del trattamento
<b>Raccomandazioni, Intervento intensivo verso nessun intervento</b>	Cessazione del fumo	11	RCT	8516	1.84 (1.60-2.13)	in favore del trattamento
<b>Raccomandazioni, Interventi intensivi vs interventi minimi</b>	Cessazione del fumo	15	RCT	9775	1.37 (1.20-1.56)	in favore del trattamento
<b>Raccomandazioni con follow up verso singolo intervento</b>	Cessazione del fumo	5	RCT	1257	1.52 (1.08-2.14)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> Semplici raccomandazioni sono efficaci rispetto a nessun intervento, aumentando dall'1 al 3% le persone che smettono di fumare. Gli interventi intensi sono più efficaci di quelli brevi.						

**RACCOMANDAZIONI O ALTRI TIPI DI INTERVENTI REALIZZATI DA PERSONALE INFERMIERISTICO PER SMETTERE DI FUMARE [NURSING INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION] (Rice 2008)**

N° studi inclusi: 42

<b>Confronto</b>	<b>Esito</b>	<b>N° studi</b>	<b>Disegno studi</b>	<b>N° Partecipanti</b>	<b>RR</b>	<b>Risultati</b>
<b>Raccomandazioni verso nessun intervento</b>	Cessazione del fumo	31	RCT	15205	1.28 (1.18-1.38)	in favore del trattamento
<b>Raccomandazioni intervento intensivo verso nessun intervento</b>	Cessazione del fumo	24	RCT	11189	1.28 (1.18-1.39)	in favore del trattamento
<b>Raccomandazioni, Interventi brevi verso nessun intervento</b>	Cessazione del fumo	7	RCT	4016	1.27 (0.99-1.62)	nessuna differenza
<b>Raccomandazioni con supporto telefonico aggiuntivo verso standard</b>	Cessazione del fumo	3	RCT	1220	1.25 (1.00-1.56)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> Gli interventi realizzati da personale infermieristico (raccomandazioni e/o counselling) sono efficaci rispetto a nessun intervento. La sfida sarebbe quella di incorporare questo tipo di interventi come pratica standard di routine così che possa essere offerta a tutti i pazienti.						



## ALTRO TIPO DI INTERVENTI

### ACCERTAMENTI DEI RISCHI BIOMEDICI COME AIUTO PER SMETTERE DI FUMARE [BIOMEDICAL RISK ASSESSMENT AS AN AID FOR SMOKING CESSATION] (Bize 2009)

N° studi inclusi: 11

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
Test del CO espirato effettuato in ambulatori generali verso materiale informativo	Cessazione del fumo	2	RCT	1791	1.06 [0.85, 1.32]	nessuna differenza
Spirometria effettuato in ambulatori generali verso materiale informativo	Cessazione del fumo	2	RCT	782	1.18 (0.77-1.81)	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> Sulla base di dati così limitati, è impossibile trarre conclusioni definitive sull'efficacia di questo tipo di intervento per smettere di fumare.						

### AGOPUNTURA ED INTERVENTI CORRELATI PER SMETTERE DI FUMARE [ACUPUNCTURE AND RELATED INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION] (White 2006)

N° studi inclusi: 24

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
Agopuntura verso nessun intervento	Cessazione del fumo	3	RCT	393	1.91 (0.98, 3.70)	nessuna differenza
Agopuntura verso finta agopuntura	Astinenza a breve termine	12	RCT	1594	1.50 (0.98-2.30)	nessuna differenza
Agopuntura verso finta agopuntura	Astinenza a lungo termine	6	RCT	1050	0.99 (0.68-1.44)	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> Non vi sono forti evidenze che l'agopuntura è efficace per smettere di fumare.						

**ESERCIZI FISICI PER LA CESSAZIONE DEL FUMO [EXERCISE INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION] (Ussher 2008)**

N° studi inclusi: 13 (Only five studies described the randomization method in detail)

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
<b>Interventi che includevano anche esercizi fisici verso programmi solo di cessazione del fumo (interventi di tipo cognitivo comportamentale)</b>	Cessazione del fumo al più lungo follow up (minimo 6 mesi)	12	RCT	23217	No meta analisi	3/12 tassi di astinenza più alti nel gruppo con esercizi fisici alla fine del trattamento. Di questi 2/3 anche al follow up di 3 mesi ed 1/3 anche a 12 mesi. 9/12 non dimostravano alcun effetto degli esercizi.
<b>Conclusioni:</b> Non vi sono sufficienti prove per raccomandare gli esercizi fisici per smetter di fumare. Vi sono forti evidenze dell'utilità degli esercizi fisici per ridurre l'astinenza ed il craving.						

**INCENTIVI E SVILUPPO DELLA COMPETITIVITÀ PER SMETTERE DI FUMARE [COMPETITIONS AND INCENTIVES FOR SMOKING CESSATION] (Cahill 2008)**

N° studi inclusi: 17

N° studi inclusi	Risultati
15	Nessuno degli studi inclusi ha dimostrato l'efficacia degli interventi considerati rispetto ai controlli al follow-up di 6 mesi. Non si sono evidenziate differenze tra i gruppi né in generale né per i diversi tipi di incentivi utilizzati. Le uniche differenze sono tra il numero di persone che iniziano a smettere che è più alto nei gruppi con incentivi.
<b>Conclusioni:</b> Incentivi e sviluppo della competitività non sembrano migliorare il numero delle persone che smettono di fumare nel lungo periodo (6 mesi), con i successi che tendono a scomparire quando gli incentivi non vengono più offerti.	

**INTERVENTI CHE UTILIZZANO L'USO DI MESSAGGI INVIATI AL TELEFONO CELLULARE PER SMETTERE DI FUMARE [MOBILE PHONE-BASED INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION] (Whittaker 2009)**

N° studi inclusi: 4

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
5/6 messaggi al giorno vs un messaggio ogni 14 gg)	Prevalenza dell'astinenza (autoriportata) a breve termine	2	RCT	1905	2.18 (1.80, 2.65)	in favore del trattamento
Un messaggio al giorno vs opuscolo informativo	Prevalenza dell'astinenza (autoriportata) a breve termine	2	RCT	696	1.89 (1.52, 2.35)	in favore del trattamento
Un messaggio al giorno vs opuscolo informativo	Astinenza autoriportata a 12 mesi	2	RCT	696	2.03 (1.40, 2.94)	in favore del trattamento
Un messaggio al giorno vs opuscolo informativo	Prevalenza dell'astinenza (autoriportata) a 12 mesi	2	RCT	696	1.49 (1.18, 1.90)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> I risultati dimostrano l'efficacia dell'intervento a breve termine ma non a lungo termine. Vi è necessità di studi che valutino gli esiti per periodi superiori ai 12 mesi.						

**INTERVENTI CHE UTILIZZANO INTERNET PER SMETTERE DI FUMARE (INTERNET-BASED INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION) (Civljak 2010)**

N° studi inclusi: 20

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
Intervento creato appositamente per l'utilizzo via internet verso no o no internet intervento	Astinenza al più lungo follow up	8	RCT o CCT	11042	1.22 (1.08, 1.38)	in favore del trattamento
	Astinenza a breve termine	10	RCT o CCT	26816	1.25 (1.18, 1.34)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> I risultati dimostrano che alcuni interventi via internet possono aiutare a smettere di fumare, specialmente se l'informazione da dare è specificatamente pensata per gli utilizzatori di internet e se frequenti contatti in rete possono essere assicurati. Tuttavia l'effetto dei trial inclusi non è consistente.						

### INTERVENTI LASCIA E VINCI PER SMETTERE DI FUMARE [QUIT AND WIN CONTESTS FOR SMOKING CESSATION](Cahill 2008)

N° studi inclusi: 5

N° studi inclusi	Risultati
5	3/5 studi dimostravano a 12 mesi tassi di abbandono più alti tra le persone sottoposte all'intervento "lascia e vinci" rispetto al gruppo di controllo (8% a 20%). Sebbene alcune indagini suggeriscono che questo tipo di intervento possa essere efficace nei Paesi in via di sviluppo, la mancanza di studi controllati preclude la possibilità di trarre conclusioni decisive sulla base dei risultati di questa revisione.
<b>Conclusioni:</b> L'intervento "lascia e vinci", peraltro poco utilizzato in generale, sembra essere inefficace e favorire maggiori abbandoni rispetto ai controlli. Il contest ambientale in cui si svolge l'intervento potrebbe influenzarne l'esito e l'intervento stesso potrebbe rivelarsi efficace se somministrato in paesi in via di sviluppo. La mancanza di studi di buona qualità previene comunque la possibilità di trarre conclusioni affidabili.	

### IPNOSI PER SMETTERE DI FUMARE [HYPNOTHERAPY FOR SMOKING CESSATION (Barnes 2010)

N° studi inclusi: 9

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Ipnosi vs attenzione breve/consiglio di smettere</b>	Astinenza a 6 mesi o più	6	RCT	396	1.56 [1.04, 2.35]	in favore del trattamento
<b>Ipnosi verso trattamenti psicologici</b>	Astinenza a 6 mesi o più	3	RCT	492	1.24 [0.81, 1.89]	nessuna differenza
<b>Ipnosi + trattamenti psicologici vs trattamenti psicologici</b>	Astinenza a 6 mesi o più	2	RCT	65	4.80 [ 1.71, 13.49 ]	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> Non vi sono evidenze che l'ipnosi sia più efficace di altri trattamenti per l'astinenza a 6 mesi del counselling o altri interventi psicologici.						

### TERAPIE BASATE SU MODALITÀ AVVERSIVE RELATIVE AL FUMO PER SMETTERE DI FUMARE [AVERSIVE SMOKING FOR SMOKING CESSATION] (Hajek 2001, updated 2009)

N° studi inclusi: 25

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
<b>Rapid smoking verso placebo</b>	Astinenza al più lungo follow up	12	RCT	536	2.01 (1.36-2.95)	in favore del trattamento
<b>Altri metodi avversivi verso placebo</b>	Cessazione del fumo	9	RCT	475	1.15 (0.73-1.82)	nessuna differenza
<b>Metodi molto avversivi verso</b>	Cessazione del fumo	10	RCT	326	1.67 (0.99-2.81)	nessuna differenza

<b>metodi meno avversivi</b>						
<b>Conclusioni:</b> Non vi sono prove sufficienti per determinare l'efficacia del rapid smoking o se vi sia una risposta a stimoli negativi. Non vi sono sufficienti indicazioni per promuovere questo intervento.						

**RIDUZIONE DEL FUMO VERSO CESSAZIONE IMPROVVISA E NETTA PER FUMATORI CHE VOGLIONO SMETTERE [REDUCTION VERSUS ABRUPT CESSATION IN SMOKERS WHO WANT TO QUIT] (Lindson 2010)**

N° studi inclusi: 10

<b>Confronto</b>	<b>Esito</b>	<b>N° studi</b>	<b>Disegno studi</b>	<b>N° Partecipanti</b>	<b>RR</b>	<b>Risultati</b>
<b>Riduzione verso cessazione improvvisa</b>	Astinenza	10	RCT	3760	0.94 (0.79, 1.13)	nessuna differenza
<b>NRT + Riduzione verso cessazione netta con l'aiuto di farmaci</b>	Astinenza	3	RCT	1333	0.89 (0.65, 1.22)	nessuna differenza
<b>No farmaci + Riduzione verso cessazione netta</b>	Astinenza	7	RCT	2427	0.97 (0.78, 1.21)	nessuna differenza
<b>Terapia di auto aiuto + Riduzione verso cessazione netta con l'aiuto di farmaci</b>	Astinenza	5	RCT	2816	0.98 (0.78, 1.23)	nessuna differenza
<b>Intervento comportamentale + Riduzione verso cessazione netta con l'aiuto di farmaci</b>	Astinenza	6	RCT	944	0.87 (0.64, 1.17)	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> I due interventi non differiscono tra loro rispetto al numero di persone che raggiungono l'astinenza; questo risultato rimane invariato anche quando vengono associati interventi farmacologici (NRT) o psicologici (interventi comportamentali o di auto-aiuto). Ricerche future dovrebbero investigare quale modalità è preferibile per quale tipologia di pazienti.						

## INTERVENTI IN SETTING PARTICOLARI O RIVOLTI A PARTICOLARI TIPOLOGIE DI PERSONE

### INTERVENTI NEI LUOGHI DI LAVORO PER SMETTERE DI FUMARE [WORKPLACE INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION] (Cahill 2008)

N° studi inclusi: 51

N° studi inclusi	Risultati
51	37 studi che consideravano interventi individuali offerti ai lavoratori (terapia di gruppo, counselling individuale, material di auto-aiuto, NTR e supporto sociale), mostrando l'efficacia della terapia di gruppo del counselling individuale e della NTR nell'aumentare il numero di persone che smettono di fumare se confrontate con nessun trattamento o con intervento minimo. Il materiale di auto-aiuto era meno efficace. 16 studi valutavano l'efficacia di interventi non mirati agli individui ma al posto di lavoro in generale, questi interventi non si sono dimostrati efficaci, l'offerta di incentive aumenta il numero di persone che dichiarano di voler smettere ma non di quelle che realmente smettono.
<b>Conclusioni:</b> 1. Forte evidenza che gli interventi diretti ai singoli individui fumatori aumentano le possibilità che essi smettano di fumare. Gli interventi efficaci includono il counselling individuale e di gruppo e il trattamento sostitutivo con nicotina; va detto che questi interventi sono efficaci sia somministrati sul luogo di lavoro che altrove. Gli interventi di auto aiuto sono meno efficaci. 2. prove limitate che la partecipazione ai programmi possa essere migliorata con l'offerta di incentivi . 3. Non vi sono evidenze di efficacia dei programmi multi comprensivi.	

### INTERVENTI PER LA CESSAZIONE DEL FUMO DIRETTI AL PERSONALE DELLE FARMACIE [COMMUNITY PHARMACY PERSONNEL INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION] (Sinclair 2004, updated 2007)

N° studi inclusi: 2

N° studi inclusi	Confronti	Risultati
2	<b>Counselling e avvisi successivi verso solito supporto</b>	2/2 hanno evidenziato un aumento dei partecipanti che smettevano di fumare durante il trattamento ma solo 1/2 mostrava una differenza significativa a 12 mesi: 14.3% verso 2.7% (p < 0.001)
<b>Conclusioni:</b> Il numero limitato di studi non consente di trarre conclusioni definitive su un intervento che si dimostra comunque promettente		

**INTERVENTI PER LA CESSAZIONE DEL FUMO IN SETTING DENTISTICI [INTERVENTIONS FOR TOBACCO CESSATION IN THE DENTAL SETTING] (Carr 2006)**

N° studi inclusi: 6

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
<b>Intervento di tipo comportamentale offerto da personale che lavora in ambulatori dentistici scolastici verso nessun intervento</b>	Astinenza a 12 mesi	6	RCT	Randomizzati per cluster	1.44 (1.16-1.78)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> Le evidenze disponibili ci dicono che interventi comportamentali effettuati da personale che lavora in ambulatori dentistici associate ad un esame orale e mirati a smettere di fumare aumentano significativamente il numero di astinenti tra i fumatori. Purtroppo l'eterogeneità osservata tra gli studi limitano la possibilità di produrre raccomandazioni specifiche sul tipo di intervento da utilizzare.						

**INTERVENTI PER LA CESSAZIONE DEL FUMO PRIMA DI INTERVENTI CHIRURGICI [INTERVENTIONS FOR PREOPERATIVE SMOKING CESSATION] (Thomsen 2010)**

N° studi inclusi: 8

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Intervento intensivo vs cure standard</b>	Cessazione del fumo al momento dell'intervento chirurgico	2	RCT	210	10.76 [4.55, 25.46]	in favore del trattamento
<b>Intervento breve vs cure standard</b>	Cessazione del fumo al momento dell'intervento chirurgico	5	RCT	850	1.41 [1.22, 1.63]	in favore del trattamento
<b>Entrambi gli interventi vs cure standard</b>	Cessazione del fumo al follow up a 12 mesi	4	RCT	556	1.61 [1.12, 2.33]	in favore del trattamento
<b>Intervento intensivo vs cure standard</b>	Cessazione del fumo al follow up a 12 mesi	2	RCT	209	2.96 [1.57, 5.55]	in favore del trattamento
<b>Intervento breve vs cure standard</b>	Cessazione del fumo al follow up a 12 mesi	2	RCT	347	1.09 [0.68, 1.75]	nessuna differenza
<b>Entrambi gli interventi vs cure standard</b>	Qualsiasi complicanza post operatoria	5	RCT	535	0.70 [0.56, 0.88]	in favore del trattamento
<b>Intervento intensivo vs cure standard</b>	Qualsiasi complicanza post	2	RCT	210	0.42 [0.27, 0.65]	in favore del trattamento

<b>standard</b>	operatoria					
<b>Intervento breve vs cure standard</b>	Qualsiasi complicanza post operatoria	3	RCT	325	0.96 [0.74, 1.25]	nessuna differenza
<b>Entrambi gli interventi vs cure standard</b>	Complicanze della ferita	5	RCT	535	0.70 [0.51, 0.95]	in favore del trattamento
<b>Intervento intensivo vs cure standard</b>	Complicanze della ferita	2	RCT	210	0.31 [0.16, 0.62]	in favore del trattamento
<b>Intervento breve vs cure standard</b>	Complicanze della ferita	3	RCT	325	0.99 [0.70, 1.40]	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> Gli interventi pre operatori che includono NRT aumentano il numero di coloro che smettono prima dell'intervento e le complicanze post operatorie. Non è possibile stabilire quale sia l'intervento migliore, sulla base di 2 piccoli studi, sembrerebbe che gli interventi iniziati tra le 4 e le 8 settimane prima dell'intervento composti da counselling individuale e NRT, abbiano una maggiore impatto sulle complicazioni e la cessazione del fumo a lungo termine.						

#### INTERVENTI PER SMETTERE DI FUMARE PER PERSONE OSPEDALIZZATE [INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION IN HOSPITALISED PATIENTS]

(Rigotti 2007)

N° studi inclusi: 33

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
<b>Interventi intensivi svolti in ospedale senza successivi contatti con i pazienti dopo la dimissione verso non intervento (senza follow up)</b>	Cessazione del fumo	8	RCT	3617	1.08 (0.89-1.29)	nessuna differenza
<b>Interventi intensivi che prevedono contatti con i pazienti per un mese dopo la dimissione verso non intervento (follow up 1 mese)</b>	Cessazione del fumo	6	RCT	4476	1.09 (0.91-1.30)	nessuna differenza
<b>Interventi intensivi che prevedono contatti con i pazienti per periodi superiori ad un mese dopo la dimissione verso non intervento (follow up superiore ad 1 mese)</b>	Cessazione del fumo	17	RCT	5608	1.65 (1.44-1.90)	in favore del trattamento



**Conclusioni:** Gli interventi intensivi realizzati in ospedale sono efficaci solo se i pazienti sono contattati in seguito per periodi superiori ad 1 mese

**TRAINING PER IL PERSONALE SANITARIO PER SMETTERE DI FUMARE [TRAINING HEALTH PROFESSIONALS IN SMOKING CESSATION] (Lancaster 2000)**

N° studi inclusi: 10

N° studi inclusi	Risultati
10	Efficacia del training verso nessun training (8 studi): 6/8 studi nessuna differenza tra training vs no training sul numero di persone che smettono di fumare. 2/8 efficacia del trattamento. 1/2 studi efficacia dei suggerimenti, 1/1 efficacia delle gomme alla nicotina. 10/10 studi evidenziavano che i sanitari sottoposti a training offrivano più frequentemente (da 1.5 a 2.5 volte in più) consigli ai pazienti su come smettere di fumare o offrivano materiale di auto/aiuto o gomme alla nicotina.
<b>Conclusioni:</b> Sottoporre il personale sanitario a training per smettere di fumare ha un effetto positivo sulle performance professionali ma non sull'abitudine al fumo dei partecipanti.	

**PROGRAMMI SCOLASTICI PER SMETTERE DI FUMARE [SCHOOL-BASED PROGRAMMES FOR PREVENTING SMOKING] (Thomas 2006)**

N° studi inclusi: 23

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
<b>Interventi mirati ad aumentare le capacità di relazioni sociali vs controllo</b>	Prevenzione del fumo a lungo termine	2	RCT		0.77 [0.48, 1.22]	nessuna differenza
<b>Interventi mirati ad aumentare l'influenza sociale vs controllo</b>	Prevenzione del fumo a breve termine	13	RCT		0.93 [0.84, 1.03]	nessuna differenza
<b>Interventi mirati ad aumentare l'influenza sociale vs controllo</b>	Prevenzione del fumo a lungo termine	7	RCT		1.19 [0.99, 1.42]	nessuna differenza
<b>Interventi mirati ad aumentare sia le capacità di relazioni sociali che l'influenza sociale vs controllo</b>	Prevenzione del fumo a breve termine	6	RCT		0.72 [0.45, 1.16]	nessuna differenza
<b>Social influences curricula versus control</b>	Prevenzione del fumo a breve termine solo studi di alta qualità	5	RCT		1.07 [0.87, 1.30]	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> Gli studi randomizzati che consideravano gli interventi tesi ad influenzare la sfera sociale erano di buona qualità, fra questi circa la metà						

evidenziava effetti positivi dell'intervento. Anche nei 6 RCT che testavano l'efficacia di interventi combinati tesi ad influenzare sia le relazioni che l'influenza sociale, circa la metà dei risultati erano a favore dell'intervento. In entrambi i casi non vi era significatività statistica. Gli studi che consideravano altri interventi quali tecniche per influenzare le competenze individuali ed altri programmi multi modali non permettevano una valutazione della loro efficacia a causa delle carenze metodologiche con cui erano stati condotti.

**FORTE SUPPORTO DA PARTE DEL PARTNER PER MIGLIORARE LE POSSIBILITÀ DI SMETTERE DI FUMARE [ENHANCING PARTNER SUPPORT TO IMPROVE SMOKING CESSATION] (Park 2004, updated 2008)**

N° studi inclusi: 10

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Interventi di supporto del partner verso controllo (no supporto)</b>	Astinenza a 6-9 mesi (autoriportato)	11	RCT	2326	1.01 [0.86, 1.18]	nessuna differenza
	Astinenza a 12 o più mesi (autoriportato)	6	RCT	1672	1.04 [0.87, 1.24]	nessuna differenza
<b>Conclusioni:</b> I pochi dati disponibili suggeriscono che questo tipo di intervento non è efficace, tuttavia sulla base di dati così limitati, è impossibile trarre conclusioni definitive.						

**PROGRAMMI DI CONTROLLO FAMILIARI E SUL LAVORO PER RIDURRE L'ESPOSIZIONE DEI BAMBINI AL FUMO PASSIVO [FAMILY AND CARER SMOKING CONTROL PROGRAMMES FOR REDUCING CHILDREN'S EXPOSURE TO ENVIRONMENTAL TOBACCO SMOKE] (Priest 2008)**

N° studi inclusi: 36

N° studi inclusi	Risultati
36	4 interventi di comunità o di popolazione, 16 svolti in ambulatori e rivolti a genitori di bambini sani e 13 rivolti a genitori di bambini malati. Altri 2 studi condotti in cliniche pediatriche non specificavano se rivolti a genitori di bambini sani o malati e un terzo li includeva entrambi. In 17/36 si è evidenziata una diminuzione dell'esposizione al fumo passivo dei bambini ma solo in 11/36 la differenza era statisticamente significativa. 4 di questi 11 studi utilizzavano interventi di counselling intensivo rivolto ai genitori fumatori. Poche differenze tra genitori di bambini sano o malati di malattie respiratorie o di altro tipo. Un intervento efficace era svolto in setting scolastico e rivolto ai padri fumatori.
<b>Conclusioni:</b> Gli interventi di counselling breve che sono efficaci negli adulti che si rivolgono al medico per smettere di fumare, non sembrano efficaci in questo contesto, vi sono limitate evidenze in favore del counselling intensivo.	

## INTERVENTI DI COMUNITÀ

### INTERVENTI DI COMUNITÀ PER RIDURRE IL FUMO TRA GLI ADULTI [COMMUNITY INTERVENTIONS FOR REDUCING SMOKING AMONG ADULTS] (Secker-Walker 2006)

N° studi inclusi: 37

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	Risultati
<b>Letture pubbliche, screening per rischio cardio-vascolare, interventi di mass media che utilizzavano giornali, radio, e tv. Negli studi erano coinvolti operatori sanitari, volontari ed insegnanti. Gli interventi coinvolgevano aziende locali, scuole, ristoranti, dipartimenti della salute, chiese ed ospedali. 14 studi: indirizzo socio-cognitivo; 7 studi: modello PRECEDE basato sull'educazione alla salute; 23 studi: interventi di gruppo coinvolgenti i membri della comunità</b>	Durante l'intervento: Fumo auto-riportato numero di sigarette fumate	37	17/37 con gruppo di controllo di cui 4 studi con modalità di assegnazione random.	Il campione di persone cui era rivolto l'intervento variava da poche centinaia a più di 100,000	No meta analisi Prevalenza Fumo: cambiamento variava da -1.0% a +3.0% (11 studi). Consumo di sigarette riportato solo in pochi studi
<b>Conclusioni:</b> Gli studi con campione più numeroso e di migliore qualità non hanno prodotto una diminuzione della prevalenza del fumo. Gli interventi di comunità rimangono un approccio importante nelle attività di promozione della salute ma coloro che disegneranno e promuoveranno nuovi programmi di questo tipo, quando impegnano le risorse necessarie, dovranno tenere conto dei loro effetti limitati.					

**INTERVENTI CHE UTILIZZANO I MASS MEDIA PER LA CESSAZIONE DELL'USO DI TABACCO NEGLI ADULTI [MASS MEDIA INTERVENTIONS FOR SMOKING CESSATION IN ADULTS] (Bala 2008)**

N° studi inclusi: 11

N° studi inclusi	Risultati
11	Gli studi differivano tra loro per disegno, setting, durata, tipo e durata dell'intervento, durata dei follow up, metodi di valutazione e nelle definizioni utilizzate per valutare i comportamenti relative al fumo. Tra nove studi relativi a campagne di informazione eseguiti negli USA, l'intervento più efficace è stato il "California and Massachusetts state wide tobacco control campaigns". Tre grandi studi relativi a campagne che presentavano risultati relativi al consumo di tabacco mostravano una significativa diminuzione di questo. 4/7 studi che valutavano l'astinenza ed i tassi di abbandono del fumo mostravano effetti positivi.
<b>Conclusioni:</b> Vi sono prove che i programmi di controllo dell'uso del tabacco, comprese le campagne che utilizzano i mass media possono essere efficaci nel modificare le abitudini degli adulti, ma queste prove derivano da studi molto eterogenei e di qualità variabile. Sono necessari ulteriori studi per verificare questa affermazione. Uno studio nazionale per il controllo del tabacco (Massachusetts) ha mostrato effetti positivi ancora otto anni dopo la fine dell'intervento, mentre un altro (California) ha evidenziato risultati positivi solo durante il periodo in cui è stato sovvenzionato ed implementato. 6/9 studi effettuati a livello di regioni o di comunità hanno mostrato effetti positivi sul comportamento legato al fumo e di questi 1/6 cambiamenti nella prevalenza dei fumatori (Sydney). L'intensità e la durata degli interventi che utilizzano i mass media può influenzarne l'efficacia, ma la durata del follow up e altri tipi di messaggi concomitanti, rendono difficile quantificare questo dato. Non sono state osservate correlazioni positive tra efficacia delle campagne ed età, livello di scolarità, razza o genere.	

**IMPATTO DELLE CAMPAGNE PUBBLICITARIE RELATIVE AL TABACCO SULL'AUMENTO DEL NUMERO DI FUMATORI TRA GLI ADOLESCENTI [IMPACT OF TOBACCO ADVERTISING AND PROMOTION ON INCREASING ADOLESCENT SMOKING BEHAVIOURS] (Lovato 2003)**

N° studi inclusi: 9

N° studi inclusi	Risultati
9	Tutti e 9 gli studi riportano che gli adolescenti non fumatori esposti alle campagne pubblicitarie relative al tabacco hanno maggiori probabilità di provare a fumare e di essere diventati fumatori al controllo al follow up.
<b>Conclusioni:</b> Studi longitudinali evidenziano che l'essere esposti a campagne pubblicitarie sul tabacco aumenta il rischio di diventare fumatori tra gli adolescenti.	

**INTERVENTI RIVOLTI ALLA POPOLAZIONE GENERALE PER PREVENIRE L'USO DI TABACCO NEI GIOVANI [COMMUNITY INTERVENTIONS FOR PREVENTING SMOKING IN YOUNG PEOPLE] (Sowden 2003)**

N° studi inclusi: 17

<b>N° studi inclusi</b>	<b>Risultati</b>
17	Prove limitate dell'efficacia degli interventi rivolti alla popolazione generale per prevenire l'uso di tabacco nei giovani (4/17 studi con risultati positivi).
<b>Conclusioni:</b> Vi sono prove limitate sull'efficacia di questi interventi.	

**INTERVENTI CHE UTILIZZANO I MASS MEDIA PER PREVENIRE L'USO DI TABACCO NEI GIOVANI [MASS MEDIA INTERVENTIONS FOR PREVENTING SMOKING IN YOUNG PEOPLE] (Brinn 2010)**

N° studi inclusi: 7

<b>N° studi inclusi</b>	<b>Risultati</b>
7	Tutti gli studi avevano un gruppo di controllo. 3/7 riportavano che le campagne di mass media riducono il fumo tra I giovani. Queste campagne erano basate su solide basi teoriche erano disegnate da ricercatori esperti, il messaggio proposto era di ragionevole intensità e veniva proposto per un lungo periodo di tempo.
<b>Conclusioni:</b> Vi sono delle prove che le campagne che utilizzano I mass media possano prevenire l'uso di tabacco nei giovani, queste prove, comunque, sono deboli e gli studi avevano varie carenze metodologiche.	

**PROGRAMMI FAMILIARI PER PREVENIRE L'ABITUDINE AL FUMO TRA BAMBINI ED ADOLESCENTI [FAMILY-BASED PROGRAMMES FOR PREVENTING SMOKING BY CHILDREN AND ADOLESCENTS] (Thomas 2007)**

N° studi inclusi: 20

<b>N° studi inclusi</b>	<b>Risultati</b>
20	6 studi di buona qualità, 9 con rischi di bias in una o più aree, 5 di cattiva qualità Risultati riferiti ai 15 studi di qualità buona o discreta: Intervento familiare verso controllo: 4/9 studi con risultati positivi, 1/9 con risultati negativi. Intervento familiare verso intervento a scuola: 1/5 con effetti positivi Intervento familiare + intervento a scuola verso intervento a scuola: 0/6 con effetti positivi Intervento familiare mirato all'uso di tabacco verso intervento familiare non focalizzato sul tabacco: 0/1 con effetti positivi; Intervento di riduzione dei rischi con gruppo di genitori ed adolescenti verso gruppo di soli adolescenti: 1/1 favorevole al gruppo misto.
<b>Conclusioni:</b> Alcuni RCT di buona qualità dimostrano che gli interventi familiari sono utili per prevenire l'abitudine al fumo tra i giovani, ma gli RCT di qualità meno buona danno risultati neutri o negativi.	

## INTERVENTI LEGISLATIVI

### FINANZIAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO PER INCREMENTARE LA DISPONIBILITÀ DI TRATTAMENTI GRATUITI PER LA DIPENDENZA DA TABACCO [HEALTHCARE FINANCING SYSTEMS FOR INCREASING THE USE OF TOBACCO DEPENDENCE TREATMENT] (Reda 2009)

N° studi inclusi: 7

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	RR	Risultati
<b>Trattamenti pubblici gratuiti verso trattamenti a pagamento</b>	Astinenza	4	RCT	2760	2.45 [1.17, 5.12]	in favore del trattamento
	Astinenza a 6 mesi	2	RCT	1486	4.38 [1.94, 9.87]	in favore del trattamento
	Astinenza (prevalenza puntuale)	2	RCT	1274	1.44 [1.08, 1.93]	in favore del trattamento
	Astinenza a 24 ore	3	RCT	2540	1.19 [1.07, 1.32]	in favore del trattamento
	Utilizzo del trattamento con NTR	5	RCT	2882	1.99 [1.56, 2.53]	in favore del trattamento
	Utilizzo di bupropione	2	RCT	1486	5.07 [2.41, 10.69]	in favore del trattamento
<b>Trattamento gratuito verso trattamento parzialmente gratuito</b>	Utilizzo di interventi comportamentali	3	RCT	2690	1.88 [0.73, 4.87]	nessuna differenza
	Astinenza	3	RCT	762	0.85 [0.52, 1.38]	nessuna differenza
	Astinenza (prevalenza puntuale)	2	RCT	2401	0.97[0.64, 1.45]	nessuna differenza
	Astinenza a 24 ore	2	RCT	334	0.92 [0.65, 1.32]	nessuna differenza
<b>Trattamento parzialmente gratuito verso trattamenti a pagamento</b>	Utilizzo del trattamento con NTR	3	RCT	17256	1.71 [0.96, 3.04]	nessuna differenza
	Astinenza a 24 ore	2	RCT	2401	1.08 [0.98, 1.20]	nessuna differenza
<b>Partial vs no financial coverage nicotine replacement therapy</b>	Utilizzo del trattamento con NTR	2	RCT	2401	0.99 [0.79, 1.24]	nessuna differenza

**Conclusioni:** I risultati dimostrano che la possibilità di accedere a trattamenti gratuiti per smettere di fumare, aumenta il numero di persone che smettono con successo, il numero di persone che provano a smettere ed il numero di persone che utilizzano i farmaci per smettere. Poiché gli studi valutati erano di bassa qualità metodologica questi risultati vanno interpretati con cautela.

**INTERVENTI LEGISLATIVI PER RIDURRE L'ESPOSIZIONE AL FUMO PASSIVO, LA PREVALENZA DI FUMATORI ED IL CONSUMO DI TABACCO  
(LEGISLATIVE SMOKING BANS FOR REDUCING SECONDHAND SMOKE EXPOSURE, SMOKING PREVALENCE AND TOBACCO CONSUMPTION) (Callinan 2010)**

N° studi inclusi: 50

N° studi inclusi	Risultati
50	<p>31 studi consideravano l'esposizione al fumo passivo e 19 di questi utilizzavano markers biologici. Vi sono solide prove che le leggi anti fumo riducono l'esposizione al fumo passivo sui luoghi di lavoro, nei ristoranti, nei bar ed in generale nei luoghi pubblici. Questo effetto è ancor più evidente tra gli operatori sanitari. Non vi sono dati relativi all'esposizione nelle automobili e non è stato osservato nessun cambiamento per l'esposizione negli appartamenti privati.</p> <p>23 studi consideravano il fumo attivo e non evidenziavano prove relative ad una riduzione della prevalenza di fumatori attribuibile alle leggi anti fumo.</p> <p>25 studi consideravano come esiti parametri di salute: sintomi respiratori ed a carico dell'apparato sensorio erano considerati in 12 studi e la funzionalità polmonare in 5. Vi è una forte evidenza che, dopo l'introduzione delle leggi anti fumo, diminuiscono i ricoveri ospedalieri per eventi cardiaci e vi è un miglioramento di alcuni parametri fisici.</p>
<p><b>Conclusioni:</b> L'introduzione di leggi anti fumo porta ad una riduzione dell'esposizione al fumo passivo. Gli operatori sanitari sono quelli che sperimentano una maggiore riduzione. L'effetto sul fumo attivo è limitato ma il trend è positivo. Vi sono prove circa l'efficacia sul miglioramento di alcuni parametri fisici, l'effetto più evidente è quello relativo alla diminuzione dei ricoveri per sindrome coronarica acuta.</p> <p>Vi è un aumento del gradimento e della compliance a questo tipo di leggi.</p>	

**INTERVENTI TESI A RIDURRE LE POSSIBILITÀ DI VENDITA LEGALE E NON DI PRODOTTI CONTENENTI TABACCO AI GIOVANI [INTERVENTIONS FOR PREVENTING TOBACCO SALES TO MINORS] (Stead 2005, updated 2008)**

N° studi inclusi: 34

N° studi inclusi	Risultati
35	<p>14/35 studi avevano un gruppo di controllo. Fornire informazioni ai venditori risulta meno efficace rispetto a strategie che utilizzano tecniche di rinforzo attivo o strategie educative con multicomponenti. Nessun intervento otteneva una compliance alta. In tre RCT si osservava un piccolo effetto dell'intervento sulla percezione dei giovani rispetto alla compra di prodotti contenenti tabacco o alla prevalenza di fumatori giovani.</p>
<p><b>Conclusioni:</b> La collaborazione dei tabaccai è potenzialmente molto utile per diminuire il numero di nuovi fumatori tra i giovani, ma pochi degli interventi considerati nella revisione riescono ad ottenere questa collaborazione. Ciò spiega i pochi risultati ottenuti dagli interventi stessi nel diminuire il numero di fumatori e nel modificare la loro percezione sulla possibilità di poter comprare prodotti contenenti tabacco.</p>	

## CATEGORIE SPECIFICHE

### INTERVENTI PER PERSONE CHE USANO TABACCO NON FUMANDOLO [INTERVENTIONS FOR SMOKELESS TOBACCO USE CESSATION] (Ebbert 2007)

N° studi inclusi: 20

Confronto	Esito	N° studi	Disegno studi	N° Partecipanti	OR	Risultati
<b>Bupropione vs placebo</b>	Astinenza a 6 mesi o più	2	RCT	293	0.86 (0.47, 1.57)	nessuna differenza
<b>NRT cerotto vs placebo</b>	Astinenza a 6 mesi o più	4	RCT	1031	1.16 (0.88, 1.54)	nessuna differenza
<b>NRT gomma vs placebo</b>	Astinenza a 6 mesi o più	2	RCT	310	0.98 (0.59, 1.63)	nessuna differenza
<b>Intervento comportamentale, randomizzazione per organizzazione vs no intervento</b>	Astinenza a 6 mesi o più	5	RCT	2670	1.38 (1.15, 1.67)	in favore del trattamento
<b>Intervento comportamentale, randomizzazione individuale vs no intervento</b>	Astinenza a 6 mesi o più	7	RCT	5479	1.76 (1.49, 2.08)	in favore del trattamento
<b>Intervento comportamentale con esame della mucosa orale e feedback vs non</b>	Astinenza a 6 mesi o più	5	RCT	2455	1.92 (1.14, 3.23)	in favore del trattamento
<b>Intervento comportamentale con supporto telefonico vs non</b>	Subgroup analysis: Use of telephone support	8	RCT	3953	2.09 (1.68, 2.61)	in favore del trattamento
<b>Conclusioni:</b> Gli interventi comportamentali risultano efficaci per aiutare a smettere di fumare i consumatori di tabacco non fumato, l'associazione di esami della mucosa orale e di feedback telefonici migliora l'efficacia di questi interventi. Nessuna evidenza di efficacia per le terapie farmacologiche rispetto all'astinenza a lungo termine.						

### INTERVENTI PER LA CESSAZIONE DEL FUMO DI NARGHILÈ [INTERVENTIONS FOR WATERPIPE SMOKING CESSATION] (Maziak 2007)

N° studi inclusi: 0

**Conclusioni:** Studi di prevalenza ed osservazionali evidenziano come l'uso del narghilè sia sempre più diffuso. Questa modalità di assunzione del tabacco viene erroneamente considerate meno dannosa e letale per cui giovani e donne, soprattutto nelle regioni dell'est mediterraneo, la utilizzano. E' assolutamente necessario sviluppare studi che valutino il potere additivo ed i rischi per la salute dell'assunzione di tabacco con narghilè, così come sono necessari trial che valutino l'efficacia degli interventi per smettere questo tipo di assunzione.



