



Regione Lombardia  
Sanità

# **CENTRI PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO**

*Requisiti metodologico-organizzativi e Raccomandazioni cliniche*

**Novembre 2009**

COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO CHE HANNO COLLABORATO ALLA STESURA DEL PRESENTE DOCUMENTO:

Luigi Macchi: Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Anna Pavan : Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Marina Bonfanti : Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia

Marco Tosi: Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale, Regione Lombardia

Riccardo Bertoletti: A.O. Valtellina e Valchiavenna, P.O. Sondalo Ospedale "Morelli", Sondrio

Roberto Boffi : IRCCS Fondazione Istituto Nazionale Tumori, Milano

Alessio Gamba : A.O. San Gerardo di Monza - Lega Italiana Lotta ai Tumori, Milano

Biagio Tinghino: ASL provincia di Monza e Brianza - Società Italiana di Tabaccologia

## Indice

<b>Premessa: il fumo di tabacco</b>	Pag. 4
<b>Capitolo 1 - Prevenzione e cura del tabagismo in Regione Lombardia</b>	Pag. 6
1.1 Principi di efficacia ed indirizzi di qualità	Pag. 6
1.2 Ruoli e responsabilità	Pag. 7
<b>Capitolo 2 - I Centri per il Trattamento del Tabagismo: indirizzi per il miglioramento e l'integrazione delle risorse</b>	Pag. 11
2.1 Analisi di contesto: la situazione dei Centri per il Trattamento del Tabagismo in Lombardia	Pag. 11
2.2 Qualità ed efficacia dei Centri per il Trattamento del Tabagismo	Pag. 12
2.3 Organizzazione	Pag. 13
2.4 Metodologia	Pag. 13
2.5 Struttura	Pag. 14
2.6 Percorsi	Pag. 14
2.6.1 Fase di diagnosi e valutazione	Pag. 14
2.6.2 Intervento con farmaci	Pag. 16
2.6.3 Intervento Psicologico	Pag. 17
2.6.4 Interventi di valutazione dell'efficacia e follow-up	Pag. 19
2.6.5 Terapie prolungate e prevenzione delle ricadute	Pag. 20
2.6.6 Interventi particolari: evidenza di efficacia limitata	Pag. 21
2.7 Modalità di accesso, rendicontazione e remunerazione delle risorse	Pag. 23
2.7.1 Centri per il Trattamento del Tabagismo operanti in ASL	Pag. 23
2.7.2 Centri per il Trattamento del Tabagismo operanti in strutture di assistenza specialistiche accreditate	Pag. 24
2.8 Monitoraggio dei Centri per il Trattamento del Tabagismo	Pag. 24
<b>Bibliografia</b>	Pag. 25
<b>Allegato</b>	Pag. 26

## Premessa: il fumo di tabacco

Il fumo di tabacco, secondo l'OMS, è la prima causa evitabile di morte nei paesi occidentali. In Italia si verificano in un anno circa 84 mila decessi attribuibili al fumo di tabacco, che risulta essere di gran lunga la prima causa di morte evitabile nel nostro Paese.

Il fumo è un fattore di rischio accertato di 25 diverse malattie. Secondo l'OMS è causa, nella popolazione maschile e nella fascia di età 35-69, del 44% dei tumori, del 20% delle malattie vascolari e del 40% delle malattie respiratorie. Nella donna è invece responsabile del 53% dei tumori polmonari, un dato purtroppo in rapida crescita correlato all'aumento del numero di fumatrici avvenuto negli ultimi decenni.

In Lombardia il numero complessivo di vittime per patologie fumo correlate (tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie) è stimabile in oltre 26.000 annue (di cui 10.000 esclusivamente attribuibili al fumo).

Come mostrato nella Tabella 1, in Lombardia, nel 2007, la prevalenza di fumatori di 15 anni e più era del 22,0%, rispetto ad una media nazionale del 22,4%.

Tab. 1 Fumatori di 15 anni e più per sesso, classe di età – Anno 2007  
Confronto Lombardia - Italia

	Classi di età						Totale
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 e oltre	
MASCHI							
Lombardia	24,20	39,83	32,32	31,59	17,36	13,72	26,79
<b>ITALIA</b>	<b>25,53</b>	<b>38,00</b>	<b>35,03</b>	<b>34,00</b>	<b>24,80</b>	<b>14,58</b>	<b>28,59</b>
FEMMINE							
Lombardia	17,65	23,82	21,02	23,78	18,36	6,90	17,55
<b>ITALIA</b>	<b>15,74</b>	<b>22,09</b>	<b>21,30</b>	<b>23,11</b>	<b>17,37</b>	<b>6,16</b>	<b>16,63</b>
TOTALE							
Lombardia	20,93	32,04	26,83	27,59	17,85	9,72	22,02
<b>ITALIA</b>	<b>20,67</b>	<b>30,09</b>	<b>28,22</b>	<b>28,51</b>	<b>20,97</b>	<b>9,70</b>	<b>22,39</b>

Fonte: Istat, Servizio "Struttura e dinamica sociale"

I dati mostrano quanto sia problematico il dato femminile, che risulta superiore alla media nazionale per quasi tutte le fasce di età (dato complessivo 17,55% vs 16,63%)

Riguardo al fumo passivo, va ricordato che esso, oltre ad essere notoriamente dannoso durante la gravidanza e i primi anni di vita, è stato riconosciuto dallo IARC quale agente cancerogeno del gruppo 1 (1). Inoltre, è stato da tempo dimostrato che il rischio di infarto miocardico aumenta, a causa del fumo passivo casalingo, di circa il 20% e che basta mezz'ora di esposizione al fumo passivo per iniziare a subire un danno a livello coronarico (2, 3). Infine, si è accertato che il fumo passivo è responsabile nei soggetti asmatici di un maggior numero di riacutizzazioni e di accessi in P.S. (4), fino a poter contribuire all'insorgenza di crisi asmatiche letali (5, 6).

Il tabagismo è un fenomeno complesso che presenta molteplici aspetti:

- di tipo socio-culturale, in quanto stile di vita dannoso, largamente diffuso e socialmente tollerato;

- di tipo medico-psicologico, in quanto dipendenza patologica e, al tempo stesso, fattore di rischio per numerose malattie correlate;
- di tipo igienistico e legale, essendo il fumo passivo un inquinante ambientale sottoposto a precise norme di divieto a tutela della salute collettiva.

Da tale complessità deriva l'esigenza di un approccio globale a tutti gli aspetti del tabagismo, fortemente coordinato tra i livelli di programmazione centrale e locale; tale approccio deve comprendere:

- l'attuazione di interventi efficaci in campo di prevenzione del tabagismo nella cornice della promozione di stili di vita sani;
- il potenziamento delle offerte di cura e sostegno ai fumatori per la disassuefazione;
- l'applicazione puntuale delle norme di vigilanza e controllo sul divieto di fumo negli ambienti pubblici e di lavoro
- la regolamentazione degli aspetti di carattere economico-commerciale (tassazione e lotta al contrabbando, divieto di vendita ai minori, divieto di pubblicità).

## Capitolo 1 - Prevenzione e cura del tabagismo in Regione Lombardia

### 1.1 Principi di efficacia ed indirizzi di qualità

L'abitudine al fumo costituisce dunque, per l'impatto che comporta sulla salute e conseguentemente sul sistema sanitario, una priorità nei confronti della quale occorre attuare strategie di prevenzione e di limitazione del danno.

In Lombardia la prevenzione del tabagismo rappresenta, da diversi anni, un'attività di gran rilievo. Già nel 1995, infatti, la Giunta Regionale ha approvato una prima stesura delle Linee Guida per la prevenzione del tabagismo, le quali sono state, in seguito, rielaborate ed aggiornate secondo quanto esplicitato nella DGR n. VI/48472, del 24 febbraio 2000, "Linee Guida per la prevenzione del tabagismo nella Regione Lombardia".

Inoltre, un altro importante contributo relativo agli aspetti organizzativi dei servizi territoriali in merito anche alla cura della dipendenza da tabacco è giunto con la DGR 7 aprile 2003 n. 7/12621, "Determinazioni dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art. 12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze".

Tuttavia, proprio per le conoscenze sviluppate in questi anni nel mondo scientifico e nell'esperienza operativa di sanità pubblica, qualsivoglia intervento si intenda attuare deve rispondere ad alcuni principi metodologici:

- Gli interventi, i progetti, le risorse debbono essere collocate nel più complessivo sistema della promozione della salute: ciò significa che anche gli interventi di prevenzione del tabagismo devono trovare posto nel Piano Integrato Locale (PIL), che ogni ASL è tenuta a formulare annualmente;
- L'obiettivo di ridurre i fumatori deve coniugarsi con il perseguimento di stili di vita sani: la letteratura scientifica ci dice infatti che oltre la portata del rischio di ciascun fattore, la loro coesistenza ne potenzia gli effetti negativi; conseguentemente interventi che agiscano su un singolo fattore, lasciando inalterati gli altri, che spesso sono compresenti, rischiano una maggior inefficacia;
- Gli interventi promossi, motivati dalla rilevanza del problema di salute, debbono privilegiare le metodologie e gli approcci che abbiano dato dimostrazione di efficacia; inoltre i medesimi debbono poter essere assoggettati ad una valutazione a posteriori dei risultati conseguiti e, quindi, essere condotti secondo rigorosi protocolli quanto più possibile standardizzati, pena la dispersione di risorse;
- I diversi interventi posti in atto, pur realizzati da operatori di Servizi, Dipartimenti, Enti diversi, debbono integrarsi tra loro, arricchendosi vicendevolmente, sfuggendo la separatezza e la mancanza di coordinamento, sia nei tempi che nei luoghi.

Il presente documento ha dunque lo scopo di fornire un supporto metodologico nell'affrontare la problematica della disassuefazione al fumo di tabacco, posto che i precedenti principi siano stati osservati.

*Non si tratta dunque di una proposta operativa, che propone in modo uniforme la strutturazione di una specifica attività, ma di una linea guida che, ove l'ASL abbia individuato, nella sua strategia di contrasto ai fattori di rischio comportamentale e di potenziamento dei determinanti positivi, l'opportunità di avere un Centro per il Trattamento del Tabagismo, ne prosegua o avvii l'attività secondo principi di efficacia e di qualità.*

A quest'ultimo proposito va detto che il tema dell'efficacia trova nell'ambito della prevenzione e diassuefazione al fumo, una notevole produzione scientifica; di seguito si riporta una sintesi sull'efficacia degli interventi per promuovere la cessazione e la prevenzione dell'abitudine al fumo<sup>1</sup>.

<b><i>Interventi efficaci</i></b>	
	• raccomandazioni a smettere di fumare realizzate dal medico o altro personale sanitario
	• counselling individuale per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo
	• terapia di gruppo per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo
	• interventi rivolti alle donne gravide per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo
	• interventi rivolti ai pazienti con BPCO per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo
	• approccio multidisciplinare con la disponibilità di interventi farmacologici e psicologici
<b><i>Interventi di moderata efficacia</i></b>	
	• materiale di auto aiuto per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo
	• interventi rivolti ai genitori per prevenire l'esposizione al fumo passivo
	• interventi realizzati nelle scuole per la prevenzione dell'abitudine al fumo
	• interventi tramite mass media per prevenire l'abitudine al fumo
	• interventi realizzati a livello di comunità per la prevenzione dell'abitudine al fumo
<b><i>Interventi non efficaci</i></b>	
	• Interventi che prevedono il supporto del partner per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo
	• Interventi per prevenire le ricadute
	• Interventi realizzati a livello di comunità per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo
	• Interventi realizzati nei luoghi di lavoro
	• Counselling telefonico per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo
	• Valutazione del rischio biomedico individuale da parte del medico
	• Agopuntura

## **1.2 Ruoli e responsabilità**

In un sistema complesso è necessario che siano chiari i differenti ruoli e le responsabilità, evitando sovrapposizioni e contraddizioni.

Nell'ambito della promozione della salute e dell'attività di facilitazione di stili di vita sani, il livello regionale, in specie la Direzione Generale Sanità (DGS), ha il compito di:

- Individuare i percorsi e i metodi per la programmazione delle attività: in questo senso i provvedimenti principali sono costituiti dal Piano Socio Sanitario Regionale (nel quale vengono individuate le priorità di salute e l'approccio delle politiche preventive), dal Bilancio di esercizio (ove si definisce l'allocazione delle risorse), dagli obiettivi dei DDGG (con cui si individuano obiettivi specifici misurabili, legando ad essi incentivi economici);

<sup>1</sup> Cochrane Library, Issue 3, 2006; WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008; Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Department of Health and Human Services, Nov. 2000; Smoking cessation Guidelines for Australian General Practice, 2004; Clinical Practice Guideline, Treating Tobacco Use and Dependence, 2008 Update.

- Fornire strumenti perché tali percorsi siano realizzabili, soprattutto per quanto attiene i sistemi informativi (che consentono la rilevazione omogenea e standardizzata dei fabbisogni, del quadro epidemiologico, delle attività dei servizi, dei risultati), la formazione (sia con i tradizionali corsi che con supporti multimediali, siti web, ...), le regole di sistema (cioè le modalità di erogazione delle prestazioni, di acquisizione di beni e servizi ecc..).

In questi anni la DGS ha improntato questa sua attività di indirizzo soprattutto a far sì che le ASL fossero protagoniste della prevenzione, chiedendo loro di valutare il proprio contesto, evidenziarne le priorità, selezionare gli interventi più efficaci per attuarli, rendere conto dell'attività svolta e dei risultati di salute conseguiti.

Per quanto riguarda più specificamente la prevenzione del tabagismo, la DGS ha sempre posto una particolare attenzione a tale tematica, operando tuttavia una progressiva modifica di strategia: nel 2004/2005 infatti gli sforzi sono stati finalizzati a specifici interventi educativi di anti iniziazione/prevenzione al fumo mirati soprattutto ai soggetti in età infantile e adolescenziale. Per necessità di sintesi riportiamo i principali progetti:

### **Alla conquista del Pass per la Città del Sole**

Destinatari: Bambini dell'ultimo anno della scuola dell'Infanzia (5 anni)



Programma annuale che coinvolge i bambini in un percorso educativo che utilizza una strategia attiva e partecipativa.

I bambini attraverso momenti di animazione, narrazione e gioco, possono fare un'esperienza significativa utile a sollecitare attitudini e comportamenti positivi verso la salute e la scelta di non fumare. Gli aspetti qualificanti di questo programma sono:

- la caratterizzazione ludica e simbolica dell'attività (gioco del far finta) che rende il trasferimento di nozioni ed emozioni molto più efficace di interventi strutturati in modo puramente didattico;
- la dimensione sociale che si esplica con incontri di tipo collettivo (incontri principali) e con attività comuni svolte da gruppi di bambini numericamente ridotti;
- il ricorso all'attività motoria;
- lo sviluppo della manualità e della creatività;
- l'utilizzo della narrazione;
- il protagonismo dei bambini;
- il coinvolgimento di tutta la scuola, al quale si aggiunge anche l'interessamento dei genitori;
- l'organicità con programmi di prevenzione futuri.



## Club dei vincenti. Un piano speciale contro il fumo

Destinatari: Bambini della scuola Primaria (classe quarta e quinta)



Programma che coinvolge i bambini della scuola Primaria in un percorso la cui finalità è quella di promuovere l'idea di non fumare. La proposta educativa coinvolge gli alunni in un percorso attivo e partecipativo che rappresenta il pretesto e l'occasione per riflettere, confrontarsi, approfondire, trovare soluzioni a una serie di domande stimolo. Attraverso diversi esercizi, si introducono ai ragazzi i temi del tabagismo, del corpo umano e, più in generale, del concetto di salute; Alla fine di quest'attività è prevista l'iscrizione al "Club dei Vincenti" per quei ragazzi che esprimono l'intenzione di non fumare in futuro. Il gioco costituisce una modalità d'apprendimento coinvolgente e creativa, impegnerà gli alunni sia a livello logico-concettuale che espressivo-cognitivo.

## Io non fumo. E tu?

Destinatari: Ragazzi della scuola Secondaria di primo grado (classe prima o seconda)



Programma che illustra alcune strategie per rinforzare le difese individuali del ragazzo e il rispetto di sé e delle proprie opinioni. L'intervento è incentrato sullo sforzo di valorizzare agli occhi dei ragazzi l'immagine del non fumare, evitando comunicazioni negative. Il programma mira a presentare il "non essere fumatori" come un attributo desiderabile, brillante, invidiabile, da persona matura, mettendone in evidenza i numerosi aspetti positivi: mantenimento della forma fisica, maggiore rendimento sportivo, fattori estetici e sociali (bellezza, aspetto sano), gradevolezza nelle relazioni con gli altri, libertà (in opposizione alla dipendenza del fumatore), rispetto per gli altri (membri della famiglia, bambini, compagni di viaggio), fattori ecologici (aria aperta, ambiente pulito, inquinamento), fattori economici (risparmio del proprio denaro).

## Mediasharp

Destinatari: Ragazzi della scuola Secondaria di secondo grado (classe prima o seconda)



Guida tradotta dall'omonimo Mediasharp, ideato dal CDC di Atlanta, dal Centro per la Prevenzione dell'abuso di sostanze e dall'American Academy of Pediatrics.

L'intervento tende a rendere i giovani protagonisti del percorso educativo fornendo loro gli strumenti, la "cassetta degli attrezzi", per smontare e rimontare i prodotto mediatici. E' infatti importante e maggiormente efficace parlare di tabacco (e di alcol) non solo in termini di patologia, ma ponendo un'enfasi speciale sulle variabili legate alla norma sociale, alla pressione dei mass media e alle strategie di marketing delle multinazionali di alcol e tabacco.

Un punto di svolta è stato determinato dalla ricerca finanziata dal Ministero della Salute nel 2005 (ex art. 12 bis, comma 6 dlgs. 229/99, progetto biennale “Valutazione di efficacia e definizione di un modello integrato di promozione della salute”), ove, in collaborazione con altre regioni, Università, Centri di ricerca, si è voluto affrontare criticamente quanto svolto in tema di educazione sanitaria, sviluppando un modello di programmazione maggiormente fondato sulle prove di efficacia.

Sulla base degli esiti di tale ricerca, ma anche dell’elaborazione culturale avvenuta tra gli operatori della prevenzione, si è dunque improntata l’attività di indirizzo regionale negli ultimi anni in modo più “sistemico”; per quanto riguarda il tabagismo ciò ha comportato il passaggio da progetti volti a incidere su tale specifico fattore di rischio, a programmi che considerassero quest’ultimo nelle più complessive politiche di promozione della salute, conformante ai principi illustrati nel precedente capitolo.

Secondo questo nuovo approccio cambia anche il ruolo dell’ASL: da terminale che replica i progetti definiti a livello regionale, se non nazionale, a protagonista di una programmazione locale, basata sulle caratteristiche del territorio, sia epidemiologiche, che relative alle risorse presenti, sia sanitarie che della comunità.

In questo modo si supera il concetto di *uniformità*, come obiettivo che omogeneizza gli interventi indipendentemente dal contesto ove si realizzano, a favore della *diversità*, come valore e, in ultima analisi, garanzia di efficacia di un intervento non più pensato da altri ma studiato e sviluppato in modo originale ed autonomo.

Questo cambio di rotta coinvolge anche i Centri per il trattamento del tabagismo (CTT); se infatti questi sono stati concepiti come *strutture* con un proprio specifico mandato, caratteristiche loro proprie e obiettivi definiti, in una logica di sistema, essi divengono una *funzione*, integrata nel contesto più generale delle politiche di promozione della salute con cui condividono obiettivi, modalità di approccio, regole di sistema.

Ciò non comporta, come si potrebbe pensare, un ridimensionamento del ruolo o una non adeguata valorizzazione delle specializzazioni sviluppate, bensì un loro potenziamento, cui viene attribuito un ruolo di promotori, in ambito aziendale, per tutte le iniziative di contrasto al tabagismo.

Se dunque compito del Centro per il Trattamento del Tabagismo è quello di offrire percorsi alle persone che ritengano di abbandonare la dipendenza dal fumo, in esso non si esaurisce il ruolo in fase di progettazione del Piano Integrato Locale (PIL): in tale momento sarà necessario delineare quali sono gli interventi da promuovere e attuare, secondo i principi di contestualizzazione, definizione di priorità e di efficacia.

Dunque il Centro non è struttura separata e a sé stante, ma parte delle risorse presenti, sia esso in ASL o in Azienda Ospedaliera (AO).

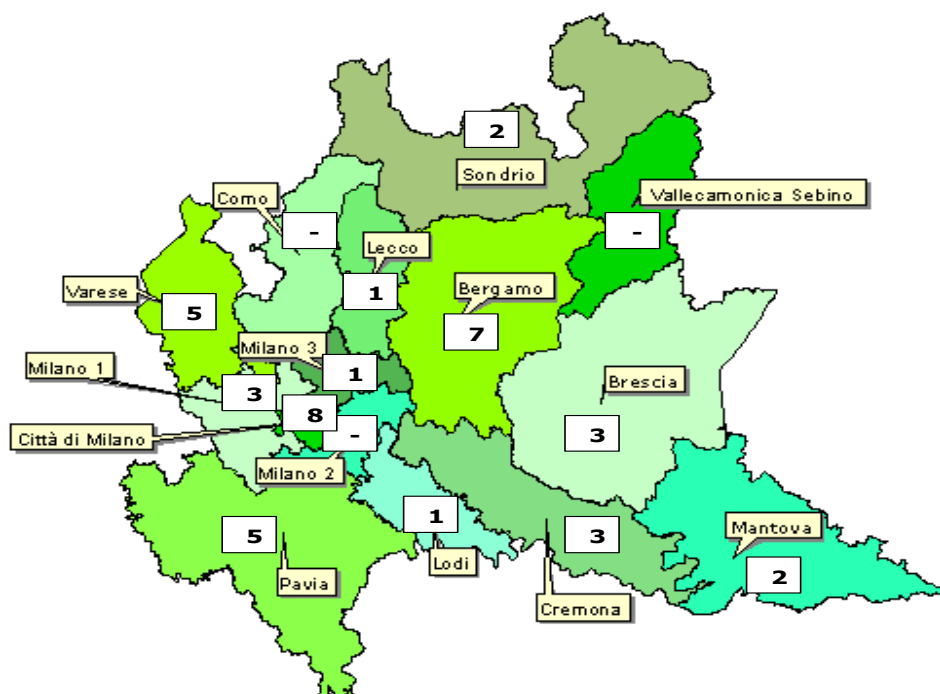
Il presente documento ha dunque la finalità, da una parte, di “ricollocare” i Centri presenti – di cui si delinea di seguito la situazione nella nostra regione - nel contesto aziendale o, per quelli al di fuori dell’ASL, di ridefinirne ruolo e modalità di relazioni con l’ASL stessa, e dall’altra, di delinearne le caratteristiche operative, secondo criteri di qualità.

Meno rilevanti appaiono dunque in tale ottica i requisiti, strutturali o funzionali, che debbono essere evidentemente valutati in ambito aziendale, mentre sostanziali sono le competenze che debbono essere presenti e riconosciute, non con provvedimenti a sé stanti, ma negli atti programmatori generali, a confermarne l’importanza e strategicità.

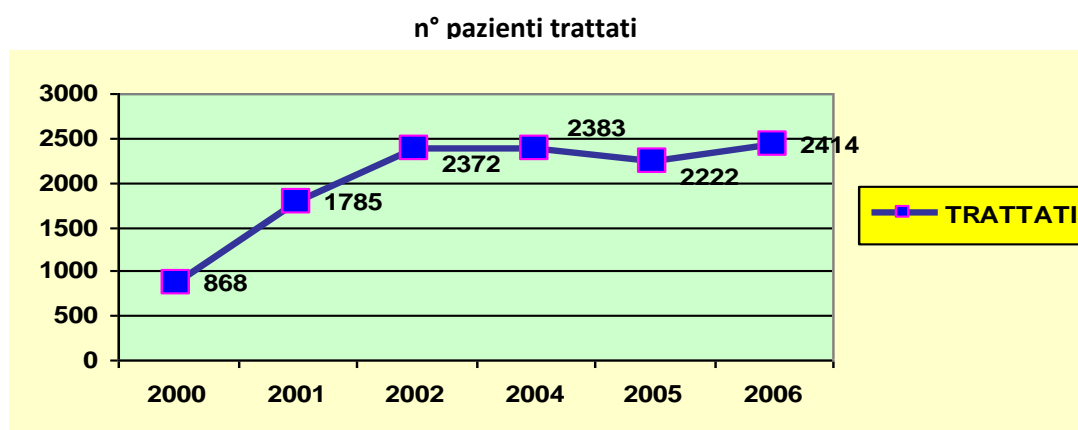
## Capitolo 2 - I Centri per il Trattamento del Tabagismo: indirizzi per il miglioramento e l'integrazione delle risorse

### 2.1 Analisi di contesto: i Centri per il Trattamento del Tabagismo in Lombardia

Regione Lombardia da anni monitora la presenza di CTT sul suo territorio. Questi sono progressivamente cresciuti, passando da 10 centri nel 2000 a 49 nel 2006, di cui 22 collocati nelle ASL, 20 in AO, 7 in strutture del privato sociale (Lega Italiana per la Lotta ai Tumori - LILT) e 1 in un ambulatorio privato.



Nel 2006 il numero di fumatori trattati è stato pari a 2.414. Sono solo 7 i Centri che dimostrano un elevato volume di attività, con oltre 100 fumatori trattati per Centro in un anno e 11 se indichiamo quelli con almeno 60 pz/anno.



L'approccio clinico risulta molto diversificato tra un Centro e l'altro, come mostra la seguente tabella.

	ASL	AO	Amb. Privato	Totale
<b>Terapia farmacologica</b>	16	16	1	33
<b>Terapia Individuale</b>	22 (8/22 nessuna inf. sul protocollo)	19 (6/19 nessuna inf. sul protocollo)	1	42
<b>Terapia di Gruppo</b>	16 (3/16 nessuna inf. sul protocollo)	6 (3/6 nessuna inf. sul protocollo)	-	22
<b>Altre Terapie</b>	10	5	-	15

Nell'ultima mappatura effettuata, l'uso di farmaci (NRT e /o bupropione) è dichiarato da 33 CTT su 49, mentre altri CTT (di cui 7 della LILT) non praticano alcuna terapia farmacologica; nel caso della LILT l'approccio è più squisitamente psicologico.

In 42 Centri viene praticato il counselling individuale. Si tratta della cura più diffusa e che risponde al fatto che diversi ambulatori antifumo non usufruiscono delle prestazioni di uno psicologo o comunque di una figura professionale adeguatamente formata alla conduzione dei gruppi. Le terapie di gruppo risultano essere praticate da 22 CTT. Diversi Centri (n. 13), dunque, effettuano sia terapia individuali che di gruppo.

La frequenza degli incontri di gruppo è in genere settimanale o bisettimanale per una media di 7-10 incontri in totale.

La verifica dei risultati è effettuata in 46 Centri su 49 complessivi. Di questi 46, 25 usano marcatori biologici (talora associati all'autodichiarazione) e 21 solo l'autodichiarazione del paziente.

Il follow-up a 12 mesi è considerato il gold standard e viene praticato da 25 Centri (spesso in aggiunta ad altri steps intermedi), mentre gli altri adottano tempistiche diverse.

Una valutazione dell'efficacia dei trattamenti è stata effettuata nel 2003 utilizzando i dati di tre dei Centri lombardi a più alta utenza (Lega Italiana Lotta ai Tumori di Milano, ASL di Monza e Brianza, AO di Pavia). Su 1.330 pazienti seguiti negli ultimi anni e che avevano iniziato un percorso terapeutico, il 22,03% risultava avere smesso definitivamente di fumare a distanza di un anno.

Dal punto di vista organizzativo i CTT si trovano prevalentemente all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze delle ASL e delle Unità Operative di Pneumologia delle Aziende Ospedaliere; in alcuni casi sono frutto di una collaborazione interdipartimentale (es. un medico fornito da una UO ospedaliera e uno psicologo del Ser.T.).

## 2.2 Qualità ed efficacia dei Centri per il Trattamento del Tabagismo

Alla luce dell'eterogeneità degli approcci metodologici e clinici attuati dai diversi CTT lombardi e delle evidenze di letteratura sull'efficacia degli interventi per promuovere la cessazione, si è quindi ritenuto di definire parametri di qualità dei CTT in grado di :

- determinare un miglioramento della qualità delle prestazioni erogate;
- fornire gli elementi per un approccio efficace "evidence based" e standardizzato dei trattamenti;
- colmare le discrepanze presenti tra un Centro e l'altro, che non fossero motivabili con differenti esigenze di contesto.

Le raccomandazioni che sono originate da un gruppo di lavoro regionale, vengono accompagnate da note che illustrano sinteticamente le relative evidenze di letteratura.

Inoltre, è necessario standardizzare le modalità di accesso alle prestazioni e, di conseguenza, le modalità di rendicontazione e remunerazione.

## 2.3 Organizzazione

Le modalità organizzative sono dei fattori che incidono in modo rilevante sulla qualità del processo, tanto da richiedere degli standard specifici, provenienti dalle esperienze nazionali e internazionali.

Naturalmente non vi sono modalità organizzative ottimali a priori, in quanto i CTT si inseriscono comunque all'interno del SSN e, dunque, ne seguono le regole organizzative.

Rispetto a quanto previsto a livello regionale, essendo l'organizzazione sanitaria di esclusiva competenza delle regioni, la legge regionale 31/97, e sue modifiche e integrazioni, e i successivi provvedimenti inerenti i POA<sup>2</sup>, non prevedono uno specifico Servizio o struttura organizzativa dedicata all'attività di disassuefazione al fumo, né quindi requisiti di autorizzazione/accreditamento specifici: è quindi evidente che tale attività è da riconoscersi come funzione svolta da altre tipologie di strutture (U.O. Pneumologia, U.O. Cardiologia, ... delle A.O. Dipartimento Dipendenze dell'ASL), coerentemente col quadro organizzativo aziendale.

Ciò posto, è dunque opportuno che sia data comunque evidenza dello svolgimento o meno di detta attività, a livello di ASL o AO, in tal modo riconoscendola e quindi garantendone il rispetto dei requisiti e della qualità.

Il percorso proposto prevede dunque le modalità attraverso le quali l'Azienda Sanitaria dia evidenza dello svolgimento o meno dell'attività di disassuefazione al fumo di tabacco.

- CTT operanti nelle ASL: il riconoscimento passa attraverso il suo inserimento, come azione, nell'ambito dei Piani Integrati Locali di promozione della salute; in esso devono essere esplicitate le motivazioni, gli obiettivi e i livelli di integrazione con gli altri interventi posti in atto, la struttura organizzativa nell'ambito della quale l'attività viene svolta;
- CTT operanti in AO, IRCCS, Strutture sanitarie accreditate: il riconoscimento consiste nell'inserimento della attività svolta nell'UO di competenza, evidenziando, nei Piani e Programmi di UO l'ambito nel quale viene svolta;

Per quanto attiene CTT che operino al di fuori di Aziende Sanitarie o di Strutture sanitarie accreditate, non essendo come si è detto prevista questa specifica tipologia di attività, non si ritiene al momento possibile un riconoscimento degli stessi, ferma restando la facoltà che siano adottati i criteri di seguito illustrati e attuate forme di collaborazione e coordinamento con le rispettive ASL. Inoltre, per i CTT di ASL e AO è da prevedersi l'inserimento del percorso di verifica di qualità di Joint Commission di cui si parlerà in seguito.

## 2.4 Metodologia

La qualità dei CTT è contrassegnata anche dalla capacità di personalizzare l'intervento in base alle caratteristiche e fabbisogno del soggetto che vi si rivolge e pertanto è necessario che sia possibile disporre dell'intera gamma dei trattamenti di carattere diagnostico-terapeutico "evidence based", che integrano la dimensione psicologica con quella medica.

Il Centro deve essere quindi in grado di garantire il counselling individuale o di gruppo (da parte di personale formato) e i diversi trattamenti specialistici di tipo farmacologico.

### **APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE**

L'INTERVENTO INTEGRATO DI DUE O PIÙ FIGURE PROFESSIONALI ("MULTIDISCIPLINARE") INCREMENTA L'EFFICACIA DELLA CESSAZIONE RISPETTO ALL'INTERVENTO DI UN SOLO PROFESSIONISTA (*CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, TREATING TABACCO USE AND DEPENDANCE, 2008 UPDATE*). (ALLEGATO, NOTA 1)

<sup>2</sup> In questo senso avrebbero scarso significato deliberazioni a livello locale di istituzione di tali strutture, in quanto non coerenti con gli atti programmatici di carattere generale.

## 2.5 Struttura

Lo svolgimento dell'attività è effettuato in un ambiente che consenta la differenziazione dell'utenza tabagista da altre tipologie, con la necessaria dotazione da un punto di vista diagnostico e informatico.

Gli orari di accesso e funzionamento devono garantire attese non superiori ai 30 gg e sono raccomandati fasce di accesso in orario compatibile con l'utenza che lavora.

Il Centro dovrebbe effettuare il trattamento di un numero di casi significativo, non inferiore ai 50 l'anno.

Il personale che svolge l'attività deve essere in possesso di competenze specifiche e dunque:

- Avere ricevuto una formazione in ambito tabaccologico, con frequenza a corsi riconosciuti, ivi compresi quelli regionali;
- Essere regolarmente aggiornato, in particolare frequentando iniziative riconosciute ogni triennio;

E' opportuno che vengano valorizzati i diversi operatori presenti nei servizi, in relazione al percorso formativo ed alle competenze acquisite.

### FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

L'EFFICACIA DEI TRATTAMENTI PUÒ ADDIRITTURA QUINTUPLICARE SE SONO CONDOTTI DA OPERATORI FORMATI, RISPETTO A QUELLI CHE NON HANNO RICEVUTO UNA FORMAZIONE ED UN TRAINING SPECIFICO (*CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, TREATING TABACCO USE AND DEPENDANCE, 2008 UPDATE*). VEDERE ANCHE [www.surgeongeneral.gov/tobacco](http://www.surgeongeneral.gov/tobacco) (ALLEGATO, NOTA 2)

## 2.6 Percorsi

Vengono qui indicate le migliori pratiche della letteratura relativamente agli interventi con i farmaci, con supporto tipo psicologico, e di gestione del follow-up e delle ricadute. Occorre però sottolineare come il valore e l'efficacia di ogni metodologia non possa prescindere sia dalla qualità intrinseca dell'intervento per come è realizzato da ciascun operatore, sia dalla sua personalizzazione all'interno di una strategia condivisa tra fumatore e operatore.

### 2.6.1 Fase di diagnosi e valutazione

Il trattamento del tabagismo prevede una fase diagnostica, che talora implica dei processi complessi, in cui vengono valutati diversi aspetti, sia legati alla dipendenza fisica, sia a caratteristiche del paziente, tra cui gli elementi motivazionali, le risorse psicologiche, l'anamnesi generale e quella tabaccologica, la presenza di eventuali comorbidità psichiatriche attuali o pregresse, la presenza di altri disturbi da dipendenza.

Nel colloquio sono quindi da approfondire la storia di fumo del soggetto, i precedenti tentativi di smettere di fumare, le opinioni rispetto ad eventuali fallimenti, le personali opzioni sulle metodologie ritenute più appropriate per il proprio progetto di disassuefazione. Ugualmente occorre una valutazione del funzionamento emotivo del fumatore e dell'uso della sigaretta in relazione a eventuali stati di ansia, depressione e alla gestione dei piaceri e delle frustrazioni.

Le modalità di valutazione possono essere solamente cliniche o, se necessario, integrate con ausili strumentali o psicologici (test). Nonostante la grande offerta di strumenti e gli iter molto diversificati da un Centro all'altro, si ritiene di dover indicare come prioritari i seguenti elementi valutativi:

- Visita medica
- Anamnesi tabaccologica
- Misurazione CO
- Valutazione dipendenza Fagerstrom (FTQ)
- Valutazione della motivazione
- Valutazione ansia, tono dell'umore e disturbi alimentari, consumo psicofarmaci, alcol e droghe.

In questa fase, la valutazione del rischio individuale rispetto alle patologie d'organo fumo-correlate non costituisce di per sé un incentivo a smettere di fumare, pur risultando – in un approccio clinico - un elemento utilizzabile con alcuni pazienti quale elemento di supporto nel loro percorso di disassuefazione.

Sebbene questi interventi non siano efficaci in quanto tali come strumento di cessazione, si ritiene opportuno sottolineare come la misurazione del CO espirato sia indispensabile ai fini della diagnosi e del monitoraggio terapeutico. La spirometria o altre valutazioni strumentali possono rientrare in un programma di diagnosi precoce delle patologie correlate al fumo, qualora ci siano sufficienti evidenze di appropriatezza in tal senso e questo ulteriore obiettivo rientri tra quelli esplicitamente previsti dalla specifica struttura.

Gli elementi raccolti devono poi diventare parte di un algoritmo decisionale che motivi le scelte di intervento adottate (7).

#### **VALUTAZIONE MOTIVAZIONALE E PSICOLOGICA**

RISULTA IMPORTANTE LA MISURAZIONE DELLA DIPENDENZA FISICA DA NICOTINA (RACCOMANDATO IL FQT), IL LIVELLO DI STRESS (O COMUNQUE LA SITUAZIONE EMOTIVA), L'ANALISI DELL'ESPOSIZIONE AMBIENTALE ALLO STIMOLO (FAMILIARITÀ PER FUMO ETC...). SI RITIENE ALTRESÌ IMPORTANTE UNA VALUTAZIONE, SIA PUR GENERALE, DI EVENTUALI PATOLOGIE PSICHIATRICHE CORRELATE, COME LA DEPRESSIONE (INCIDENZA TRA IL 30 E IL 60%, COME PATOLOGIA ATTUALE O PREGRESSA, NEI FORTI FUMATORI), L'ABUSO DI ALCOL (20%) O DI ALTRE DIPENDENZE, I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE, L'ANSIA, IL FUNZIONAMENTO EMOTIVO.

L'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO È CORRELATA CON UNA ELEVATA MOTIVAZIONE, ADEGUATA SELF-EFFICACY E LA PRESENZA DI UNA RETE SOCIALE DI SUPPORTO (*TREATING TABACCO USE AND DIPENDENCE, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, NOV. 2000*).

NE DERIVA LA NECESSITÀ DI UNA ADEGUATA VALUTAZIONE DI QUESTI FATTORI E DI UNA LORO VALORIZZAZIONE NEL CONTESTO DEL PERCORSO TERAPEUTICO.

#### **VALUTAZIONE BIOMEDICA DEL RISCHIO INDIVIDUALE**

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDIVIDUALE RISPETTO ALLE PATOLOGIE D'ORGANO FUMO-CORRELATE NON COSTITUISCE DI PER SE' UN INCENTIVO A SMETTERE DI FUMARE. UNA REVISIONE (8) HA VALUTATO QUESTI INTERVENTI COME APPROCCIO METODOLOGICO ALLA CESSAZIONE. LA REVISIONE INCLUDE 8 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI PUBBLICATI FINO AL DICEMBRE 2004. TRE STUDI VALUTANO L'EFFICACIA DELLA MISURAZIONE DELLA CO ESPIRATA SUL TASSO DI CESSAZIONE E NESSUNO EVIDENZIA RISULTATI STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVI: OR 0.73 (CI 95% 0.38-1.39), 0.93 (CI 95% 0.62-1.41), E 1.18 (CI 95% 0.84-1.64). NEANCHE LA COMBINAZIONE DELLA MISURAZIONE DELLA CO ESPIRATA CON LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO GENETICO RISULTA EFFICACE: OR 0.58 (CI 95% 0.29-1.19), COSÌ COME LA COMBINAZIONE DELLA VALUTAZIONE DELLA CO CON LA SPIROMETRIA: TRE STUDI: OR 0.6 (CI 95% 0.25-1.46), 2.45 (CI 95% 0.73-8.25), 3.50 (CI 95% 0.88-13.92).

### **2.6.2 Intervento con farmaci**

L'uso di farmaci si dimostra efficace e capace di incrementare notevolmente i tassi di cessazione nel lungo periodo. Ciò trova il suo razionale nel fatto che la dipendenza da nicotina presenta numerose implicazioni neurochimiche e nel fatto che alcuni farmaci sono oggi disponibili per modulare la sintomatologia astinenziale.

La prescrizione dei farmaci deve essere effettuata in modo mirato e dopo aver valutato le caratteristiche del paziente, sia rispetto ai comportamenti di dipendenza sia negli aspetti motivazionali e comunque dopo attenta verifica del rapporto costo/beneficio. In generale sono candidati al trattamento pazienti con un punteggio al test di Fagerstrom pari o superiore a 5, o che hanno provato diverse volte a smettere senza riuscirci, o in cui la cessazione dal fumo è fortemente indicata a causa della presenza di patologie correlate. Infine, l'assunzione di farmaci specifici, può essere presa in considerazione su richiesta del paziente, qualora l'ottenimento del risultato diventasse difficile con altri approcci.

I principali farmaci di cui è nota l'efficacia sono ad oggi costituiti da Nicotina (Nicotine replacement Therapy), Bupropione, Vareniclina.

#### **- Terapia sostitutiva della nicotina (NRT)**

La NTR riduce i sintomi di astinenza. Nelle forme "al bisogno" fornisce una sostituzione della quantità di nicotina assunta fumando abitualmente le sigarette.

Pur essendo prodotto da banco, è opportuno che sia prescritto e inserito in un programma di trattamento.

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

#### **- Bupropione**

Il bupropione è efficace nel promuovere la disassuefazione dal fumo. Il farmaco sembra agire sia sul meccanismo biochimico della dipendenza da nicotina, che si traduce in pratica nella attenuazione del desiderio impellente di fumare, sia sulla sintomatologia propria della sindrome da astinenza.

Il farmaco si è dimostrato attivo nella cessazione del fumo su soggetti fumatori non depressi e con differente grado di dipendenza dalla nicotina. Il farmaco è disponibile solo su presentazione di prescrizione medica.

Oltre alle indicazioni e controindicazioni previste nel RCT, si sottolinea che non va prescritto ai pazienti con precedenti episodi convulsivi (sia pur remoti) e cautela va utilizzata nei soggetti anziani, epatopatici e nefropatici, nei quali può essere necessario ridurre il dosaggio (il farmaco si è dimostrato attivo anche a dosaggio dimezzato).

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

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

#### **- Vareniclina**

Studi recenti indicano la vareniclina come nuova linea di trattamento (9-11). Fra gli studi recentemente pubblicati, i risultati sono simili. Il gruppo di Gonzales riporta un tasso di astinenza a 4 settimane del 44% nei fumatori trattati con vareniclina vs 17,7% fra quelli trattati



con il placebo (OR 3,85; IC 95% 2,70-5,50) e vs il 29,5% con il bupropione SR (OR 1,93; IC 95% 1,40-2,68). Dalla 9° alla 52° settimana i livelli di astinenza si assestano al 21,9% per la vareniclina vs 8,4% per il placebo (OR 3,09; IC 95% 1,95-4,91) e al 16,1% per il bupropione SR (OR 1,46; IC 95% 0,99-2,17). Un ulteriore studio (12) ha rilevato una riduzione del tasso di ricadute entro l'anno in soggetti trattati con vareniclina per 6 mesi rispetto a un gruppo trattato come di consueto per 3 mesi (43,6% vs 36,9%).

Non sono state evidenziate differenze di genere nell'efficacia del farmaco; esso è generalmente ben tollerato ed è attualmente sconsigliato, oltre che nei soggetti con insufficienza renale, soltanto nelle persone affette da grave depressione o problemi psichiatrici importanti, e in presenza di abuso di alcool. Va sottolineato comunque che la vareniclina non solo richiede la prescrizione da parte di un medico, ma sembra giovare anche di un monitoraggio clinico del paziente durante e dopo il periodo della sua assunzione.

### TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

LE CURE FARMACOLOGICHE COME L'NRT (NICOTINE REPLACEMENT THERAPY), IL BUPROPIONE E LA VARENICLINA SONO MOLTO EFFICACI NELL'INCREMENTARE LA PERCENTUALE DI UTENTI ASTINENTI, AL PUNTO – IN TALUNI STUDI – DA RADDOPPIARLA O TRIPPLICARLA. PER QUESTI FARMACI ANDREBBE CONSIDERATA LA POSSIBILITÀ DI UN RIMBORSO DA PARTE DEL SISTEMA SANITARIO (WHO REPORT ON THE GLOBAL TABACCO EPIDEMIC, 2008). (ALLEGATO, NOTA 3)

#### 2.6.3 Intervento psicologico

Occorre premettere che alcuni interventi (per es. counselling individuale e conduzione di gruppi) utilizzano strumenti che intervengono nell'ambito relazionale, e quindi "psicologico" in senso lato, anche se sono effettuati da diverse figure professionali. Si ritiene, perciò, che qualsiasi figura intervenga nell'ambito del trattamento della dipendenza tabagica debba avere una formazione adeguata a gestire il rapporto col paziente e con il gruppo, valutarne la motivazione, sostenere il fumatore in tutto il suo percorso.

##### - **Counselling psicologico individuale e di gruppo**

Il processo di disassuefazione dal fumo diventa più agevole se inserito all'interno di una relazione di counselling, cioè un rapporto professionale, fondato su una fiducia reciproca e un condiviso progetto di lavoro, con un operatore adeguatamente formato, per aiutare il fumatore a divenire più consapevole riguardo al suo atteggiamento nei confronti del fumo, per approfondire le motivazioni al fumo favorendo un certo grado di introspezione e di maggiore tolleranza alla fatica e alle frustrazioni, che molto spesso portano a fumare per compensare il disagio provato.

Per tutti i soggetti che vogliono smettere è utile lavorare anche sulla dimensione emotiva, cognitiva e comportamentale del tabagismo e della disassuefazione.

L'entità del supporto psicologico e il suo contesto – individuale o di gruppo – sono legati alle preferenze del fumatore confrontate con il parere professionale dell'operatore.

Gli interventi maggiormente efficaci sono:

- fornire indicazioni pratiche di comportamento per risolvere problemi e gestire situazioni di difficoltà
- fornire supporto psicologico come parte del trattamento
- aiutare il soggetto che ha smesso di fumare o sta smettendo ad opporsi alle pressioni ambientali, rafforzando in lui la capacità di dire di no e ad essere più assertivo.

Le modalità di intervento di cui la letteratura dà maggiore evidenza di efficacia sono quelle che utilizzano un approccio sugli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali.

### **COUNSELLING INDIVIDUALE**

UNA REVISIONE SISTEMATICA DI 21 RCT PUBBLICATI FINO AL DICEMBRE 2004 HA VALUTATO L'EFFICACIA DEL COUNSELLING INDIVIDUALE, DEFINITO COME INCONTRI INDIVIDUALI DI DURATA SUPERIORE A 10 MINUTI CON UN OPERATORE PREPARATO PER AIUTARE I SOGGETTI A SMETTERE DI FUMARE (13).

DIOTTO STUDI HANNO CONFRONTATO IL COUNSELLING CON GLI INTERVENTI COSIDDETTI MINIMI (RACCOMANDAZIONI DI DURATA <10 MINUTI, MATERIALE DI AUTO AIUTO, ASSISTENZA ORDINARIA), ED EVIDENZIANO L'EFFICACIA DEL COUNSELLING: OR 1.56 (CI 95% 1.32-1.84). NEL SOTTOGRUPPO DI QUATTRO STUDI OVE TUTTI I PARTECIPANTI AVEVANO RICEVUTO ANCHE NRT, L'EFFETTO STIMATO DEL COUNSELLING INDIVIDUALE RISULTA PIÙ CONTENUTO, MA SIGNIFICATIVO (OR 1.27 - CI 95% 1.02-1.59). (ALLEGATO, NOTA 4).

SEBBENE UNA ANALISI DEI SOLI QUATTRO STUDI PUBBLICATI FINO AL 2004, CHE CONFRONTAVANO INTERVENTI DI COUNSELLING DI DIFFERENTE INTENSITÀ, NON SEMBRAVA INDICARE UNA MAGGIORE EFFICACIA PER I TRATTAMENTI PIÙ INTENSIVI (OR 0.98 , I 95% 0.61-1.56). ALTRE NUMEROSE INDICAZIONI INDIVIDUANO UNA CORRELAZIONE DIRETTA TRA TEMPO DEDICATO E RISULTATO OTTENUTO.

GLI INTERVENTI DI TERAPIA INDIVIDUALE DOVREBBERO ESSERE DISTRIBUITI IN 4 O PIÙ COLLOQUI. (*SMOKING CESSATION GUIDELINES FOR AUSTRALIAN GENERAL PRACTICE, 2004*). LA DURATA COMPLESSIVA DEL TRATTAMENTO NON DOVREBBE ESSERE INFERIORE AD UN MESE (*COCHRANE LIBRARY, ISSUE 3, 2006*). IL TASSO DI CESSAZIONE AUMENTA IN MODO SIGNIFICATIVO CON IL NUMERO DI SEDUTE, FINO A 8 SEDUTE DI TRATTAMENTO.

L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI SEMBRA AUMENTARE CON L'INCREMENTO DEL TEMPO COMPLESSIVO DEDICATO AL PAZIENTE, CON UNA SIGNIFICATIVITÀ IMPORTANTE FINO A 90 MINUTI IN TOTALE, O.R. 3.0 (95% CI 2.3-3.8) RISPETTO A ZERO MINUTI DEDICATI. UN ULTERIORE, ANCHE SE PIÙ MODESTO INCREMENTO DI EFFICACIA, SI HA PER INTERVENTI CHE COMPLESSIVAMENTE DURANO FINO A 300 MINUTI, CON O.R. 3.2 (95% C.I. 2.3-4.6) (*CLINICAL PRACTICE GUIDELINE, TREATING TABACCO USE AND DEPENDANCE, 2008 UPDATE*). (ALLEGATO, NOTE 5 E 6)

### **INTERVENTI CHE PREVEDONO IL SUPPORTO DEL PARTNER**

UNA REVISIONE VALUTA L'EFFICACIA DELL'AGGIUNTA DEL SUPPORTO DEL PARTNER AD ALTRI INTERVENTI VOLTI A PROMUOVERE LA CESSAZIONE (14). INCLUDE 8 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI PUBBLICATI FINO ALL'APRILE 2004. L'AGGIUNTA DEL SUPPORTO DEL PARTNER NON SEMBRA ESSERE EFFICACE NELL'AUMENTARE IL NUMERO DI SOGGETTI CHE SMETTONO DI FUMARE: L'OR PER L'ASTINENZA SELF REPORTED A 6-9 MESI È DI 1.08 (CI 95% 0.81-1.44); E A 12 MESI È DI 1.0 (CI 95% 0.75-1.34).

#### **- Terapie di gruppo**

Le terapie di gruppo per smettere di fumare presentano dei vantaggi, legati soprattutto al minor dispendio di tempo, rispetto ai trattamenti individuali. Sul piano dell'efficacia non è stato evidenziata alcuna differenza significativa tra approccio individuale e di gruppo. Nella terapia di gruppo, alle strategie comportamentali si aggiunge la condivisione dei problemi e delle motivazioni con altri fumatori. La presenza di ex-fumatori può fornire un rinforzo positivo. I centri che dispongono di entrambi gli strumenti possono, più opportunamente, utilizzare le due risorse per un trattamento più adeguato rispetto alle caratteristiche del paziente. Per esempio, potrebbero usufruire di cure individuali coloro che presentano controindicazioni generali alla partecipazione al gruppo (talune comorbilità psichiatriche, fobia sociale, disturbo istrionico, richieste specifiche, etc.), inviando in gruppo gli altri fumatori. I modelli più consolidati di terapia di gruppo in Italia prevedono un numero di incontri variabile tra 6 e 10, sostanzialmente

organizzati in una fase di accoglienza/definizione del contratto, una centrale di trattamento, ed una di chiusura. E' utile, come per l'approccio individuale, tener presente sia il supporto psicologico che quello sanitario e/o farmacologico.

### **TERAPIA DI GRUPPO**

UNA REVISIONE SISTEMATICA DI 55 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI PUBBLICATI FINO AL GENNAIO 2005 HA ANALIZZATO L'EFFICACIA DELLA TERAPIA DI GRUPPO, CHE PREVEDE ALMENO DUE INCONTRI IN CUI I SOGGETTI RICEVONO INTERVENTI COMPORTAMENTALI, COME INFORMAZIONI, RACCOMANDAZIONI, INCORAGGIAMENTI O TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE RINFORZATA DAL MUTUO SUPPORTO (15).

LA TERAPIA COMPORTAMENTALE RISULTA PIÙ EFFICACE DEI PROGRAMMI DI AUTO AIUTO: 16 STUDI, OR 2.04 (CI 95% 1.60-2.60). LA TERAPIA COMPORTAMENTALE RISULTA PIÙ EFFICACE DI NESSUN INTERVENTO: 7 STUDI, OR 2.17 (CI 95% 1.37-3.45). LA TERAPIA DI GRUPPO NON RISULTA PIÙ EFFICACE DEL COUNSELLING INDIVIDUALE DELLA STESSA INTENSITÀ: 5 STUDI, OR 0.86 (CI 95% 0.66-1.12).

#### **- Interventi specialistici psicologici**

L'intervento specialistico psicologico è finalizzato specificamente ad una approfondita valutazione degli elementi che possono influire sulle motivazioni e sull'esito del processo di disassuefazione. Esso riguarda una analisi delle motivazioni, delle risorse e della situazione emotiva attuale del fumatore. E' altresì importante una valutazione di eventuali comorbidità psichiatriche o altre dipendenze, pregresse o attuali.

Il lavoro psicologico si concentra in particolare su alcune aree:

- Lavoro sull'aggancio del fumatore, attraverso modalità di approccio non giudicante, che facilita così il clima di fiducia reciproca, per favorire il processo di cambiamento
- Sostegno alla motivazione a smettere, con strategie di rinforzo atte a sottolineare i vantaggi di tale decisione
- Aiuto a riconoscere e a superare l'ambivalenza e/o la frattura interiore
- Aiuto a riconoscere i legami tra vissuti (ad esempio depressivi o di frustrazione) con il comportamento tabagico
- Sviluppo della consapevolezza delle correlazioni tra situazioni interiori e dipendenza/uso di tabacco
- Identificazione delle situazioni a rischio, intesi come stimoli interni ed esterni che inducono a fumare
- Implementazione della self-efficacy e acquisizione di strategie di problem solving, volto ad identificare e gestire pensieri negativi e a sostituirli con schemi di pensiero più adeguati, potenziando così le risorse interne del fumatore.
- Supporto all'elaborazione del distacco/lutto dalla sigaretta
- Consolidamento del risultato ottenuto e strumenti per prevenire la ricaduta.

#### **2.6.4 Interventi di valutazione dell'efficacia e follow-up**

La valutazione dell'efficacia dell'intervento (grado di cessazione del tabagismo) e il follow-up sono parti essenziali del lavoro di disassuefazione dal fumo che permette di monitorare i risultati raggiunti, consolidarli, intervenire precocemente in caso di ricaduta.

I contatti con il soggetto andrebbero presi entro la prima settimana dalla data fissata per la cessazione, possibilmente il giorno stesso. Un ulteriore contatto dovrebbe essere preso entro un

mese, ulteriori contatti con cadenza regolare entro l'anno successivo alla cessazione. Tutti i contatti dovrebbero prevedere anche la misura di un parametro oggettivo come CO espirato.

La periodicità con cui andrebbe eseguito il follow-up è un tema che presenta alcuni aspetti controversi in letteratura. Le maggiori indicazioni vanno nella direzione di un follow-up programmato a distanza di 3, 6, 12 mesi dalla conclusione dell'intervento, secondo un criterio di continuità e opportuna distanza temporale della verifica, inizialmente più ravvicinata e poi più distanziata in caso di esito favorevole.

Gli interventi di prevenzione della ricaduta perseguono esplicitamente la riduzione dei tassi di ricaduta successivi al successo del trattamento di cessazione. Generalmente mirano a formare e a costruire abilità per evitare le situazioni stressanti, per l'elevato rischio di ricaduta ad esse associato, così come le boccate di "assaggio" di sigarette, che sono una frequente causa di ricaduta (16). Possono inoltre fornire informazioni su come gestire le situazioni di ricomparsa del craving.

Durante questi contatti, molti dei quali possono essere soltanto telefonici, ci si informa della situazione e si attua un intervento di rinforzo positivo rispetto ai risultati ottenuti, con particolare attenzione al piano dei sintomi (ad esempio miglioramento della tolleranza allo sforzo, riduzione o "ammorbidimento" della tosse, riduzione della frequenza cardiaca e di eventuali extrasistoli, restituzione "ad integrum" dell'olfatto e del gusto, ecc.).

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

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

### ***2.6.5 Terapie prolungate e prevenzione delle ricadute***

Un trattamento prolungato (entro i limiti già indicati precedentemente) presenta dei vantaggi, riducendo il numero di insuccessi. Fa parte del percorso terapeutico, una volta ottenuta la cessazione, un periodo di monitoraggio.

Concluso il periodo di terapia, e quindi di contatto col servizio, non ci sono però evidenze che indichino ulteriori strategie efficaci per prevenire le ricadute.

Dal momento in cui si verifica una ripresa del comportamento tabagico in un soggetto già trattato è utile esplorare la possibilità di un altro tentativo.

La ricaduta non va intesa né vissuta come un fallimento (del fumatore e dell'operatore sanitario) e va invece trattata come una fase possibile del percorso di cessazione, rispetto alla quale anche l'efficacia degli interventi incontra dei limiti. L'intervento è volto a fornire sostegno e incoraggiamento, evitando di colpevolizzare il soggetto, attribuendo il motivo della recidiva a quelle che sono le cause più frequenti e analizzandole con lui: stress, aumento di peso, ansia, depressione, riduzione della motivazione, fattori sociali. Va sempre messo l'accento sui successi parziali ottenuti. Occorre inoltre spiegare che ogni tentativo, conferendo nuove esperienze e conoscenze, avvicina al successo. In ogni caso non si deve perdere di vista l'obiettivo finale.

## **INTERVENTI PER PREVENIRE LE RICADUTE**

UNA REVISIONE VALUTA L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PER PREVENIRE LE RICADUTE, SIA IN SOGGETTI CHE HANNO SMESSO SPONTANEAMENTE DI FUMARE SIA IN SOGGETTI CHE HANNO SMESSO IN SEGUITO AD UN INTERVENTO (17). LA REVISIONE INCLUDE 40 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI PUBBLICATI FINO AL SETTEMBRE 2004. LA REVISIONE EVIDENZIA CHE NESSUN TIPO DI INTERVENTO, NÉ QUELLI PIÙ INTENSI CHE PREVEDONO UNO O PIÙ INCONTRI DI COUNSELLING, NÉ QUELLI DI TIPO COMPORTAMENTALE, NÉ QUELLI BASATI SUL CONTATTO TELEFONICO SONO EFFICACI NEL PREVENIRE LE RICADUTE IN SOGGETTI CHE HANNO SMESSO DA POCO DI FUMARE. DONNE NEL POST PARTUM: 8 STUDI: OR 1.08 (CI 95% 0.92-1.27). PAZIENTI PRECEDENTEMENTE OSPEDALIZZATI: 2 STUDI: OR 0.86 (CI 95% 0.60-1.22). PAZIENTI CHE HANNO SMESSO SPONTANEAMENTE: 4 STUDI: OR 1.14 (CI 95% 0.94-1.38). INTERVENTI COMPORTAMENTALI IN SOGGETTI RANDOMIZZATI PRIMA CHE SMETTESERO: 9 STUDI: OR 0.91 (CI 95% 0.65-1.27). INTERVENTI COMPORTAMENTALI IN SOGGETTI RANDOMIZZATI DOPO AVERE SMESSO: 5 STUDI: OR 1.00 (CI 95% 0.80-1.25). FOLLOW UP TELEFONICO: 1 STUDIO: 1.083 PAZIENTI, RR 1.11 (CI 95% 0.86-1.43).

### **2.6.6 Interventi particolari: evidenze di efficacia limitata**

Si descrivono di seguito i risultati di alcune revisioni che riguardano altre modalità e/o aree di intervento di efficacia limitata ma che possono essere considerate di supporto alla metodologia sopra descritta.

## **MATERIALE DI AUTO AIUTO E COUNSELLING TELEFONICO**

DIVERSE FORME DI MATERIALE DI AUTO AIUTO SONO STATE SVILUPPATE NEGLI ANNI: MANUALI, VIDEOCASSETTE O CASSETTE AUDIO CONSEGNATE AI FUMATORI, CONTENENTI INFORMAZIONI SUI DANNI DEL FUMO E STRATEGIE PER SMETTERE DI FUMARE, PIÙ RECENTEMENTE SONO DISPONIBILI ANCHE PROGRAMMI PER COMPUTER. LA REVISIONE CHE VALUTA L'EFFICACIA DI QUESTI INTERVENTI INCLUDE 60 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI PUBBLICATI FINO ALL'APRILE 2005 (18). IL MATERIALE DI AUTO AIUTO RISULTA LEGGERMENTE PIÙ EFFICACE DI NESSUN INTERVENTO: 11 STUDI, (CI 95% 1.07-1.45). SE IL MATERIALE DI AUTO AIUTO VIENE AGGIUNTO AL CONTATTO PERSONALE O ALLA NRT NON SI EVIDENZIA DIFFERENZA DI EFFICACIA. IL MATERIALE INDIVIDUALIZZATO CHE TIENE CONTO DELLE CARATTERISTICHE INDIVIDUALI RISULTA LEGGERMENTE PIÙ EFFICACE DEL MATERIALE STANDARDIZZATO: 17 STUDI, OR 1.42 (CI 95% 1.26-1.61).

IL COUNSELLING TELEFONICO ATTIVO NON SEMBRA AGGIUNGERE NULLA NÉ A UN INTERVENTO FACCIA A FACCIA, NÉ ALLA TERAPIA SOSTITUTIVA CON NICOTINA (19).

## **ESERCIZIO FISICO**

UNA REVISIONE VALUTA L'EFFICACIA DELL'ESERCIZIO FISICO REGOLARE PER PROMUOVERE LA CESSAZIONE (20). LA REVISIONE INCLUDE 11 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI PUBBLICATI FINO ALL'AGOSTO 2004 E CHE VALUTANO L'EFFICACIA DI PROGRAMMI DI ESERCIZIO FISICO CONFRONTATI CON ALTRI INTERVENTI DI CESSAZIONE. SEI DEGLI UNDICI STUDI INCLUSI HANNO MENO DI 25 PARTECIPANTI IN OGNI GRUPPO. SONO NECESSARI ULTERIORI STUDI CON CAMPIONI PIÙ NUMEROSI, PROGRAMMI DI ESERCIZIO PIÙ INTENSI E DI QUALITÀ METODOLOGICA MIGLIORE PRIMA DI POTER TRARRE CONCLUSIONI DEFINITIVE.

## **ALTRE TERAPIE**

NON CI SONO EVIDENZE DI EFFICACIA SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO BIOMEDICO INDIVIDUALE DA PARTE DEL MEDICO, PER L'USO DELL'AGOPUNTURA, AURICOLOTERAPIA E DELL'IPNOSI. NESSUN TIPO DI INTERVENTO È EFFICACE NEL PREVENIRE LE RICADUTE IN SOGGETTI CHE HANNO SMESSO DA POCO DI FUMARE. (COCHRANE LIBRARY, ISSUE 3, 2006)

### **INTERVENTI REALIZZATI A LIVELLO DI COMUNITÀ**

UNA REVISIONE (21) VALUTA L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI EFFETTUATI A LIVELLO DI COMUNITÀ PER RIDURRE LA PREVALENZA DI FUMATORI FRA GLI ADULTI. LA REVISIONE INCLUDE 37 STUDI, DI CUI 4 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI E 33 STUDI CONTROLLATI. GLI INTERVENTI VALUTATI SONO INTERVENTI COORDINATI, MULTI DIMENSIONALI REALIZZATI IN UNA SPECIFICA AREA GEOGRAFICA. GLI INTERVENTI ERANO REALIZZATI DA OPERATORI, SANITARI, INSEGNANTI, VOLONTARI, AGENZIE, ORGANIZZAZIONI GOVERNATIVE. GLI STRUMENTI UTILIZZATI ERANO MASS MEDIA, OPUSCOLI, COUNSELLING INDIVIDUALE, TELEFONO, POLITICHE ANTIFUMO. INCLUDE 4 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI E 33 STUDI CONTROLLATI. GLI INTERVENTI NON RISULTANO EFFICACI (RANGE DI RIDUZIONE NETTO: -1% - +3%), NEL SENSO CHE NON ATTRIBUISCONO UN ULTERIORE VANTAGGIO RISPETTO ALLE METODOLOGIE GIÀ VALIDATE.

### **INTERVENTI REALIZZATI NEI LUOGHI DI LAVORO**

UNA REVISIONE (22) VALUTA L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI VOLTI A PROMUOVERE LA CESSAZIONE O LA RIDUZIONE REALIZZATI NEI LUOGHI DI LAVORO. GLI INTERVENTI SONO RAGGRUPPATI IN DUE CATEGORIE: QUELLI REALIZZATI A LIVELLO INDIVIDUALE E QUELLI REALIZZATI A LIVELLO DEL LUOGO DI LAVORO NEL SUO INSIEME. I RISULTATI SONO CONSISTENTI CON QUELLI TROVATI IN ALTRI SETTING, CIOÈ NON AGGIUNGONO EFFICACIA ALLE METODOLOGIE USATE IN ALTRI CONTESTI: I PROGRAMMI DI GRUPPO, IL COUNSELLING INDIVIDUALE E LA TERAPIA SOSTITUTIVA CON NICOTINA SONO EFFICACI, MENTRE IL MATERIALE DI AUTO AIUTO LO È DI MENO.

PER GLI INTERVENTI REALIZZATI A LIVELLO DEL LUOGO DI LAVORO NEL SUO INSIEME LA REVISIONE INCLUDE 14 STUDI SUL DIVIETO DI FUMO, 2 SUL SUPPORTO SOCIALE, 4 SUL SUPPORTO AMBIENTALE, 5 SUGLI INCENTIVI, 8 SU PROGRAMMI A NUMEROSE COMPONENTI. IL DIVIETO DI FUMO RIDUCE IL CONSUMO DI SIGARETTE DURANTE L'ORARIO DI LAVORO MA IL SUO EFFETTO SUL CONSUMO TOTALE È MENO CERTO. I PROGRAMMI BASATI SUGLI INCENTIVI AUMENTANO I TENTATIVI DI SMETTERE MA NON VI È EVIDENZA CHE AUMENTINO IL TASSO DI SOGGETTI CHE EFFETTIVAMENTE SMETTONO. GLI ALTRI INTERVENTI NON RISULTANO EFFICACI.

### **INTERVENTI RIVOLTI A SPECIFICI SOTTOGRUPPI DI POPOLAZIONE**

#### ***DONNE GRAVIDE***

UNA REVISIONE VALUTA L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI PER PROMUOVERE LA CESSAZIONE RIVOLTI ALLE DONNE GRAVIDE (23). INCLUDE 64 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI PUBBLICATI FINO AL LUGLIO 2003. GLI INTERVENTI RISULTANO EFFICACI: OR 0.94 (CI 95% 0.93-0.96). LA CESSAZIONE DELL'ABITUDINE AL FUMO RIDUCE IL BASSO PESO ALLA NASCITA: OR 0.81 (CI 95% 0.70-0.94) E IL PARTO PRETERMINE: OR 0.84 (CI 95% 0.72-0.98). NON SI EVIDENZIANO DIFFERENZE SIGNIFICATIVE FRA I DIVERSI TIPI DI INTERVENTI NÉ FRA INTERVENTI DI DIFFERENTE INTENSITÀ. TRE STUDI VALUTANO L'EFFICACIA DELLA NRT E QUESTO INTERVENTO NON SEMBRA AVERE PIÙ EFFICACIA DEGLI ALTRI INTERVENTI: OR 0.94 (CI 95% 0.89-1.00).

#### ***PAZIENTI CON BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)***

UNA REVISIONE VALUTA L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI VOLTI A PROMUOVERE LA CESSAZIONE DELL'ABITUDINE AL FUMO IN PAZIENTI AFFETTI DA BPCO (24). INCLUDE 5 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI PUBBLICATI FINO ALL'OTTOBRE 2003. I DUE STUDI DI BUONA QUALITÀ EVIDENZIANO CHE GLI INTERVENTI PSICOSOCIALI COMBINATI CON LA TERAPIA SOSTITUTIVA CON NICOTINA SONO PIÙ EFFICACI DI NESSUN TRATTAMENTO O DEL SOLO INTERVENTO PSICOSOCIALE. INTERVENTO PSICOSOCIALE + NRT + BRONCODILATATORE VS NESSUN INTERVENTO: UNO STUDIO, 5.887 PAZIENTI RR 3.84 (CI 95% 3.30-4.48) AL FOLLOW UP DI UN ANNO, RR 4 (CI 95% 3.25-4.93) AL FOLLOW UP DI 5 ANNI. INTERVENTO PSICOSOCIALE + NRT + PLACEBO VS NESSUN INTERVENTO: 1 STUDIO, RR 3.82 (CI 95% 3.27-4.44) AL FOLLOW UP DI 1 ANNO; RR 4.19 (CI 95% 3.41-5.15) AL FOLLOW UP DI 5 ANNI. INTERVENTO PSICOSOCIALE + BUPROPIONE VS INTERVENTO PSICOSOCIALE; 1 STUDIO, 411 PAZIENTI, RR 1.74 (CI 95% 1.01-3.0).

### **INTERVENTI REALIZZATI TRAMITE MASS MEDIA**

UNA REVISIONE (25) VALUTA L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI REALIZZATI TRAMITE MASS MEDIA (TELEVISIONE, RADIO, GIORNALI, POSTER, VOLANTINI, OPUSCOLI RIVOLTI A GIOVANI). INCLUDE 6 STUDI CONTROLLATI. DUE STUDI CONCLUDONO A FAVORE DELLA EFFICACIA DELL'INTERVENTO; GLI INTERVENTI PIÙ EFFICACI RISULTANO ESSERE QUELLI PIÙ INTENSO E DI PIÙ LUNGA DURATA. COMPLESSIVAMENTE L'EVIDENZA NON È FORTE.

### **INTERVENTI REALIZZATI A LIVELLO DI COMUNITÀ**

UNA REVISIONE (26) VALUTA L'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI REALIZZATI A LIVELLO DI COMUNITÀ CHE PREVEDONO NUMEROSE COMPONENTI E RIVOLTI AI GIOVANI. INCLUDE 6 STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI E 11 STUDI CONTROLLATI. TREDICI STUDI CONFRONTANO L'INTERVENTO CON UN NON INTERVENTO E DI QUESTI 2 RISULTANO EFFICACI. TRE STUDI CONFRONTANO L'INTERVENTO A MOLTE COMPONENTI REALIZZATO A LIVELLO DI COMUNITÀ CON UN INTERVENTO REALIZZATO NELLE SCUOLE E DI QUESTI 1 RISULTA EFFICACE. GLI AUTORI CONCLUDONO CHE VI È LIMITATA EVIDENZA CHE GLI INTERVENTI A MOLTI COMPONENTI REALIZZATI A LIVELLO DI COMUNITÀ POSSONO ESSERE EFFICACI.

## **2.7 Modalità di accesso, rendicontazione e remunerazione delle risorse**

Le prestazioni specialistiche finalizzate al trattamento del tabagismo sono ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e pertanto finanziate dal SSR nell'ambito della quota capitaria (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2008).

Trattandosi di prestazioni specialistiche, vi si accede di norma, mediante prescrizione medica; non essendovi prestazioni specifiche, potranno essere utilizzati i seguenti codici del nomenclatore tariffario:

- |  |      |       |
|--|------|-------|
| - Visita medica specialistica (1° visita)                      | cod. | 89.7  |
| - Visita medico specialistica di controllo (visita successiva) | cod. | 89.01 |
| - Colloquio psicologico clinico                                | cod. | 94.09 |
| - Psicoterapia individuale                                     | cod. | 94.3  |
| - Psicoterapia di gruppo                                       | cod. | 94.44 |

Si ritiene opportuno, anche per supportare la motivazione, che sia prevista la compartecipazione alla spesa, nelle misure e modalità previste.

In relazione all'assetto organizzativo previsto in Regione Lombardia dalla Legge 31/97, sono individuabili due modalità di erogazione (e quindi di rendicontazione e remunerazione):

### **2.7.1 CTT operante in ASL**

La persona può accedere sia con prescrizione del MMG, sia direttamente. Le attività vengono rendicontate nel flusso informativo dei Dipartimenti Dipendenze alle seguenti voci:

- |                                 |      |       |     |
|---------------------------------|------|-------|-----|
| - Visita medica                 | cod. | 4.1   | AMB |
| - Colloquio                     | cod. | 4.3   | AMB |
| - Counselling                   | cod. | 5.1   | AMB |
| - Incontro di gruppo con utenti | cod. | 9.2.a | AMB |

La remunerazione rientra nella quota di finanziamento capitaria.

### **2.7.2 CTT operante in strutture di assistenza sanitaria specialistiche accreditate**

La persona accede con prescrizione del MMG e, nelle prestazioni successive, del medico del CTT. La prestazione è rendicontata nel flusso informativo della spesa ambulatoriale 28/SAN e remunerata nel budget della struttura.

## **2.8 Monitoraggio dei Centri per il Trattamento del Tabagismo**

Le predette modalità di rendicontazione non prevedono, al momento una valutazione a posteriori del flusso di attività; peraltro la modalità ambulatoriale non consentirebbe in ogni caso una valutazione di carattere qualitativo.

Per tale motivo la Direzione Generale Sanità entro 12 mesi dall'adozione del presente atto provvede a:

1. Sviluppare, di concerto con i referenti dei CTT, un modello di rilevazione delle caratteristiche anagrafiche, dei trattamenti proposti, degli esiti dei follow-up per i pazienti presi in carico. Ciò sia per monitorare volumi e tipologia delle prestazioni erogate, sia per valutarne gli esiti.
2. Definire, in collaborazione con Joint Commission, una lista di standard di requisiti di qualità, onde prevederne l'adozione entro il 2011. Ciò al fine di verificare, con strumenti oggettivi e coerenti col quadro regionale, l'effettivo conseguimento di un miglioramento della rete di offerta.



## BIBLIOGRAFIA

1. The IARC Monograph 83 on involuntary smoking. *IARC Monographs* 2004
2. Steenland K, Thun M, Lally C, Heath C Jr. Environmental tobacco smoke and coronary heart disease in the American Cancer Society CPS-II cohort. *Circulation* 1996; 94:622-8
3. Otsuka R, Watanabe H, Hirata K, Tokai K, Muro T, Yoshiyama M, Takeuchi K, Yoshikawa J. Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. *JAMA* 2001; 286:436-41
4. Weiss ST. Environmental tobacco smoke and asthma. *Chest* 1993; 104:991-2
5. Charatan F. Supreme Court holds airline liable for doctor's death. *BMJ* 2004; 328:544
6. Invernizzi G, Boffi R, Ruprecht A, Lazzaro A, Fabbri LM. Passive smoking and asthma death. *Eur Respir J* 2008; 32:1117.
7. Hughes J. An algorithm for choosing among smoking cessation treatments. *J Substance Abuse Treatment*, 34 (2008), 426-432.
8. Bize R, Burnand B, Mueller Y, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
9. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):47-55.
10. Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):56-63.
11. Nides M, Oncken C, Gonzales D, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med* 2006;166(15):1561-8.
12. Tonstad S. Smoking cessation efficacy and safety of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist. *J Cardiovasc Nurs*. 2006 Nov-Dec;21(6):433-6.
13. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
14. Park E-W, Schultz JK, Tudiver F, Campbell T, Becker L. Enhancing partner support to improve smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
15. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
16. Kenford SL, Fiore MC, Jorenby DE, Smith SS, Wetter D, Baker TB. Predicting smoking cessation. Who will quit with and without the nicotine patch. *JAMA*. 1994 Feb 23;271(8):589-94.
17. Hajek P, Stead LF, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention intervention for smoking cessation. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
18. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
19. Lancaster T, Stead LF. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
20. Ussher M. Exercise interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
21. Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Community intervention for reducing smoking among adults. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
22. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
23. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervention for promoting smoking cessation during pregnancy. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
24. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
25. Sowden AJ, Arblaster L. Mass media intervention for preventing smoking in young people. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
26. Sowden L, Stead LF. Community interventions for preventing smoking in young people. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3

## ALLEGATO

### Nota 1: approccio multidisciplinare

#### META-ANALYSIS (2000): EFFECTIVENESS OF AND ESTIMATED ABSTINENCE RATES FOR INTERVENTIONS DELIVERED BY DIFFERENT TYPES OF CLINICIANS (N = 29 STUDIES)

- Brandon TH, Zelman DC, Baker TB. Effects of maintenance sessions on smoking relapse: delaying the inevitable? *J Consult Clin Psychol* 1987;55(5):780-2.
- British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. *Br Med J* 1983;286(6365):595-7.
- Carlsson R, Lindberg G, Westin L, et al. Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction. *Heart* 1997;77(3):256-9.
- Cottraux JA, Harf R, Boissel JP, et al. Smoking cessation with behaviour therapy or acupuncture: a controlled study. *Behav Res Ther* 1983;21(4):417-24.
- Curry SJ, McBride C, Grothaus LC, et al. A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(6):1005-14.
- Danaher BG, Jeffery RW, Zimmerman R, et al. Aversive smoking using printed instructions and audiotape adjuncts. *Addict Behav* 1980;5:353-8.
- Davies BL, Matte-Lewis L, O'Connor AM, et al. Evaluation of the "time to quit" self-help smoking cessation program. *Can J Public Health* 1992;83(1):19-23.
- Fortmann SP, Killen JD, Telch MJ, et al. Minimal contact treatment for smoking cessation. A placebo controlled trial of nicotine polacrilex and self-directed relapse prevention: initial results of the Stanford stop smoking project. *JAMA* 1988;260(11):1575-80.
- Glasgow RE, Schafer L, O'Neill HK. Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *J Consult Clin Psychol* 1981;49(5):659-67.
- Gritz ER, Berman BA, Bastani R, et al. A randomized trial of a self-help smoking cessation intervention in a nonvolunteer female population: testing the limits of the public health model. *Health Psychol* 1992;11(5):280-9.
- Humerfelt S, Eide GE, Kvale G, et al. Effectiveness of postal smoking cessation advice: a randomized controlled trial in young men with reduced FEV1 and asbestos exposure. *Eur Respir J* 1998;11(2):284-90.
- Hyman GJ, Stanley RO, Burrows GD, et al. Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation: a methodological refinement. *Addict Behav* 1986;11(4):355-65.
- Killen JD, Fortmann SP, Newman B, et al. Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(1):85-92.
- Lando HA. Effects on preparation, experimenter contact, and a maintained reduction alternative on a broad-spectrum program for eliminating smoking. *Addict Behav* 1981;6(2):123-33.
- Lando HA, McGovern PG. Nicotine fading as a nonaversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking. *Addict Behav* 1985;10(2):153-61.
- Lando HA, Pirie PL, McGovern PG, et al. A comparison of self-help approaches to smoking cessation. *Addict Behav* 1991;16(5):183-93.
- Martin JE, Calfas KJ, Patten CA, et al. Prospective evaluation of three smoking interventions in 205 recovering alcoholics: one-year results of project SCRAP-tobacco. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(1):190-4.
- Ossip-Klein DJ, Carosella AM, Krusch DA. Self-help interventions for older smokers. *Tob Control* 1997;6(3):188-93.
- Prue DM, Davis CJ, Martin JE, et al. An investigation of a minimal contact brand fading program for smoking treatment. *Addict Behav* 1983;8(3):307-10.
- Rabkin SW, Boyko E, Shane F, et al. A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. *Addict Behav* 1984;9:157-73.
- Reid DD, Brett GZ, Hamilton PJ, et al. Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants. A study of screening and intervention. *Lancet* 1974;1(7856):469-73.
- Slama K, Redman S, Perkins J, et al. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: a randomised clinical trial. *Br Med J* 1990;300(6741):1707-9.
- Stevens VJ, Severson H, Lichtenstein E, et al. Making the most of a teachable moment: a smokeless tobacco cessation intervention in the dental office. *Am J Public Health* 1995;85(2):231-5.
- Stewart PJ, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Can Med Assoc J* 1982;126(9):1051-4.
- Thompson B, Kinne S, Lewis FM, et al. Randomized telephone smoking-intervention trial initially directed at blue-collar workers. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1993;(14):105-12.

- Tonnesen P, Mikkelsen K, Markholst C, et al. Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *Eur Respir J* 1996;9(11):2351-5.
- Weissfeld JL, Holloway JL. Treatment for cigarette smoking in a Department of Veterans Affairs outpatient clinic. *Arch Intern Med* 1991;151(5):973-7.
- Williams JM, Hall DW. Use of single session hypnosis for smoking cessation. *Addict Behav* 1988;13(2):205-8.
- Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, et al. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(1):202-11.

## **Nota 2: Formazione degli operatori**

### **META-ANALYSIS (2008): EFFECTIVENESS AND ESTIMATED ABSTINENCE RATES FOR CLINICIAN TRAINING (N = 2 STUDIES)**

- Cornuz J, Humair JP, Seematter L, et al. Efficacy of resident training in smoking cessation: a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Ann Intern Med* 2002;136(6):429-37.
- Sinclair HK, Bond CM, Lennox AS, et al. Training pharmacists and pharmacy assistants in the stage-of-change model of smoking cessation: a randomised controlled trial in Scotland. *Tob Control* 1998;7:253-61

## **Nota 3: Trattamenti farmacologici**

### **META-ANALYSIS (2008): EFFECTIVENESS AND ABSTINENCE RATES FOR VARIOUS MEDICATIONS AND MEDICATION COMBINATIONS COMPARED TO PLACEBO AT 6-MONTHS POST-QUIT (N = 86 STUDIES)**

- Abelin T, Buehler A, Muller P, et al. Controlled trial of transdermal nicotine patch in tobacco withdrawal. *Lancet* 1989;1:7-10.
- Ahluwalia JS, Harris KJ, Catley D, et al. Sustained-release bupropion for smoking cessation in African Americans: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:468-74.
- Ahluwalia JS, McNagny SE, Clark WS. Smoking cessation among inner-city African Americans using the nicotine transdermal patch. *J Gen Intern Med* 1998;13:1-8.
- Ahluwalia JS, Okuyemi K, Nollen N, et al. The effects of nicotine gum and counseling among African American light smokers: a 2 x 2 factorial design. *Addiction* 2006;101:883-91.
- Ahmadi J, Ashkani H, Ahmadi M, et al. Twenty-four week maintenance treatment of cigarette smoking with nicotine gum, clonidine and naltrexone. *J Subst Abuse Treat* 2003;24:251-5.
- Areechon W, Punnotok J. Smoking cessation through the use of nicotine chewing gum: a double-blind trial in Thailand. *Clin Ther* 1988;10:183-6.
- Aubin HJ, Lebargy F, Berlin I, et al. Efficacy of bupropion and predictors of successful outcome in a sample of French smokers: a randomized placebo-controlled trial. *Addiction* 2004;99:1206-18.
- Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, et al. Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. *Br Med J* 1999;318:285-8.
- Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, et al. Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med* 2000;160:3128-34.
- Cinciripini PM, Tsoh JY, Wetter DW, et al. Combined effects of venlafaxine, nicotine replacement, and brief counseling on smoking cessation. *Exp Clin Psychopharmacol* 2005;13(4):282-92.
- Collins BN, Wileyto EP, Patterson F, et al. Gender differences in smoking cessation in a placebo-controlled trial of bupropion with behavioral counseling. *Nicotine Tob Res* 2004;6(1):27-37.
- Cooper TV, Klesges RC, Debon MW, et al. A placebo controlled randomized trial of the effects of phenylpropanolamine and nicotine gum on cessation rates and postcessation weight gain in women. *Addict Behav* 2005;30(1):61-75.
- Covey LS, Glassman AH, Stetner F, et al. A randomized trial of sertraline as a cessation aid for smokers with a history of major depression. *Am J Psychiatry* 2002;159:1731-7.
- Croghan GA, Sloan JA, Croghan IT, et al. Comparison of nicotine patch alone versus nicotine nasal spray alone versus a combination for treating smokers: a minimal intervention, randomized multicenter trial in a nonspecialized setting. *Nicotine Tob Res* 2003;5(2):181-7.
- da Costa CL, Younes RN, Lourenco MT. Stopping smoking: a prospective, randomized, double-blind study comparing nortriptyline to placebo. *Chest* 2002;122:403-8.
- Dalsgareth OJ, Hansen NC, Soes-Petersen U, et al. A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, 6-month trial of bupropion hydrochloride sustained-release tablets as an aid to smoking cessation in hospital employees. *Nicotine Tob Res* 2004;6(1):55-61.

- Daughton D, Susman J, Sitorius M, et al. Transdermal nicotine therapy and primary care. Importance of counseling, demographic, and participant selection factors on 1-year quit rates. The Nebraska primary practice smoking cessation trial group. *Arch Fam Med* 1998;7(5):425-30.
- Davidson M, Epstein M, Burt R, et al. Efficacy and safety of an over-the-counter transdermal nicotine patch as an aid for smoking cessation. *Arch Fam Med* 1998;7:569-74.
- Evins AE, Cather C, Deckersbach T, et al. A double-blind placebo-controlled trial of bupropion sustained-release for smoking cessation in schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25(3):218-25.
- Evins AE, Mays VK, Rigotti NA, et al. A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine Tob Res* 2001;3:397-403.
- Fee WM, Stewart MJ. A controlled trial of nicotine chewing gum in a smoking withdrawal clinic. *Practitioner* 1982;226:148-151.
- \*Fiore MC, Kenford SL, Jorenby DE, et al. Two studies of the clinical effectiveness of the nicotine patch with different counseling treatments. *Chest* 1994;105:524-33.
- Fortmann SP, Killen JD, Telch MJ, et al. Minimal contact treatment for smoking cessation. A placebo controlled trial of nicotine polacrilex and self-directed relapse prevention: initial results of the Stanford stop smoking project. *JAMA* 1988;260(11):1575-80.
- George TP, Vessicchio JC, Termine A, et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2002;52:53-61.
- Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, et al. Smoking cessation, clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clin Pharmacol Ther* 1993;54:670-9.
- Glassman AH, Stetner F, Walsh BT, et al. Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine. Results of a double-blind, randomized trial. *JAMA* 1988;259:2863-6.
- Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):47-55.
- Gonzales DH, Nides MA, Ferry LH, et al. Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: a randomized placebo-controlled study. *Clin Pharmacol Ther* 2001;69(6):438-44.
- Gourlay SG, Forbes A, Marriner T, et al. Double blind trial of repeated treatment with transdermal nicotine for relapsed smokers. *Br Med J* 1995;311:363-6.
- Haggstram FM, Chatkin JM, Sussenbach-Vaz E, et al. A controlled trial of nortriptyline, sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: preliminary results. *Pulm Pharmacol Ther* 2006;19:205-9.
- Hall SM, Humfleet GL, Reus VI, et al. Psychological intervention and antidepressant treatment in smoking cessation. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:930-6.
- Hall SM, Humfleet GL, Reus VI, et al. Extended nortriptyline and psychological treatment for cigarette smoking. *Am J Psychiatry* 2004;161:2100-7.
- Hall SM, Munoz RF, Reus VI, et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment: a therapeutic contact and placebo-controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(5):1003-9.
- Hall SM, Tunstall CD, Ginsberg D, et al. Nicotine gum and behavioral treatment: a placebo controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:603-5.
- Hays JT, Croghan IT, Schroeder DR, et al. Over-the-counter nicotine patch therapy for smoking cessation: results from randomized, double-blind, placebo-controlled, and open label trials. *Am J Public Health* 1999;89(11):1701-7.
- Herrera N, Franco R, Herrera L, et al. Nicotine gum, 2 and 4 mg, for nicotine dependence. A double-blind placebo-controlled trial within a behavior modification support program. *Chest* 1995;108:447-51.
- Hjalmarsen A, Franzon M, Westin A, et al. Effect of nicotine nasal spray on smoking cessation. A randomized, placebo-controlled, double-blind study. *Arch Intern Med* 1994;154:2567-72.
- Hjalmarsen A, Nilsson F, Sjoström L, et al. The nicotine inhaler in smoking cessation. *Arch Intern Med* 1997;157:1721-8.
- Holt S, Timu-Parata C, Ryder-Lewis S, et al. Efficacy of bupropion in the indigenous Maori population in New Zealand. *Thorax* 2005;60:120-3.
- Hughes JR, Lesmes GR, Hatsukami DK, et al. Are higher doses of nicotine replacement more effective for smoking cessation? *Nicotine Tob Res* 1999;1(2):169-74.
- Hughes JR, Novy P, Hatsukami DK, et al. Efficacy of nicotine patch in smokers with a history of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 2003;27:946-54.
- Hurt RD, Dale LC, Fredrickson PA, et al. Nicotine patch therapy for smoking cessation combined with physician advice and nurse follow-up. One-year outcome and percentage of nicotine replacement. *JAMA* 1994;271(8):595-600.

- Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *New Engl J Med* 1997;337(17):1195-202.
- Jensen EJ, Schmidt E, Pedersen B, et al. The effect of nicotine, silver acetate, and placebo chewing gum on the cessation of smoking. The influence of smoking type and nicotine dependence. *Int J Addict* 1991;26:1223-31.
- Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006;296(1):56-63.
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *New Engl J Med* 1999;340(9):685-91.
- Joseph AM, Norman SM, Ferry LH, et al. The safety of transdermal nicotine as an aid to smoking cessation in patients with cardiac disease. *N Engl J Med* 1996;335(24):1792-8.
- Killen JD, Fortmann SP, Davis L, et al. Nicotine patch and self-help video for cigarette smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:663-72.
- Killen JD, Fortmann SP, Murphy Jr GM, et al. Extended treatment with bupropion SR for cigarette smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:286-94.
- Killen JD, Fortmann SP, Newman B, et al. Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:85-92.
- Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg AF, et al. Nicotine patch and paroxetine for smoking cessation. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:883-9.
- Kornitzer M, Boutsen M, Dramaix M, et al. Combined use of nicotine patch and gum in smoking cessation: a placebo-controlled clinical trial. *Prev Med* 1995;24:41-7.
- Leischow SJ, Nilsson F, Franzon M, et al. Efficacy of the nicotine inhaler as an adjunct to smoking cessation. *Am J Health Behav* 1996;20(5):364-71.
- Lewis SF, Piasecki TM, Fiore MC, et al. Transdermal nicotine replacement for hospitalized patients: a randomized clinical trial. *Prev Med* 1998;27:296-303.
- Myles PS, Leslie K, Angliss M, et al. Effectiveness of bupropion as an aid to stopping smoking before elective surgery: a randomised controlled trial. *Anaesthesia* 2004;59:1053-8.
- Niaura R, Spring B, Borrelli B, et al. Multicenter trial of fluoxetine as an adjunct to behavioral smoking cessation treatment. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(4):887-96.
- Nides M, Oncken C, Gonzales D, et al. Smoking cessation with varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist: results from a 7-week, randomized, placebo- and bupropion-controlled trial with 1-year follow-up. *Arch Intern Med* 2006;166(15):1561-8.
- Oncken C, Gonzales D, Nides M, et al. Efficacy and safety of the novel selective nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, varenicline, for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2006;166(15):1571-7.
- Perng RP, Hsieh WC, Chen YM, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of transdermal nicotine patch for smoking cessation. *J Formos Med Assoc* 1998;97:547-51.
- Prochazka AV, Kick S, Steinbrunn C, et al. A randomized trial of nortriptyline combined with transdermal nicotine for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2004;164:2229-33.
- Puska P, Korhonen HJ, Vartiainen E, et al. Combined use of nicotine patch and gum compared with gum alone in smoking cessation—a clinical trial in North Karelia. *Tob Control* 1995;4:231-5.
- Richmond RL, Kehoe L, de Almeida Neto AC. Effectiveness of a 24-hour transdermal nicotine patch in conjunction with a cognitive behavioural programme: one year outcome. *Addiction* 1997;92:27-31.
- Sachs DP, Sawe U, Leischow SJ. Effectiveness of a 16-hour transdermal nicotine patch in a medical practice setting, without intensive group counseling. *Arch Intern Med* 1993;153(16):1881-90.
- \*Schneider NG, Jarvik ME, Forsythe AB, et al. Nicotine gum in smoking cessation: a placebo-controlled, double-blind trial. *Addict Behav* 1983;8:253-61.
- Schneider NG, Olmstead R, Mody FV, et al. Efficacy of a nicotine nasal spray in smoking cessation: a placebo-controlled, double-blind trial. *Addiction* 1995;90:1671-82.
- Schneider NG, Olmstead R, Nilsson F, et al. Efficacy of a nicotine inhaler in smoking cessation: a double-blind, placebo-controlled trial. *Addiction* 1996;91:1293-306.
- Simon JA, Duncan C, Carmody TP, et al. Bupropion for smoking cessation: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2004;164:1797-803.
- \*Sonderskov J, Olsen J, Sabroe S, et al. Nicotine patches in smoking cessation: a randomized trial among over-the-counter customers in Denmark. *Am J Epidemiol* 1997;145:309-18.

- Stapleton JA, Russell MA, Feyerabend C, et al. Dose effects and predictors of outcome in a randomized trial of transdermal nicotine patches in general practice. *Addiction* 1995;90:31-42.
- Sutherland G, Stapleton JA, Russell MA, et al. Randomised controlled trial of nasal nicotine spray in smoking cessation. *Lancet* 1992;340:324-9.
- Swanson NA, Burroughs CC, Long MA, et al. Controlled trial for smoking cessation in a Navy shipboard population using nicotine patch, sustained-release bupropion, or both. *Mil Med* 2003;168:830-4.
- Tashkin D, Kanner R, Bailey W, et al. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet* 2001;357(9268):1571-5.
- Tonnesen P, Mikkelsen KL. Smoking cessation with four nicotine replacement regimes in a lung clinic. *Eur Respir J* 2000;16:717-22.
- Tonnesen P, Norregaard J, Mikkelsen K, et al. A double-blind trial of a nicotine inhaler for smoking cessation. *JAMA* 1993;269:1268-71.
- Tonnesen P, Norregaard J, Simonsen K, et al. A double-blind trial of a 16-hour transdermal nicotine patch in smoking cessation. *N Engl J Med* 1991;325:311-5.
- Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, et al. Higher dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. *Eur Respir J* 1999;13(2):238-46.
- Tonnesen P, Tonstad S, Hjalmarsen A, et al. A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, 1-year study of bupropion SR for smoking cessation. *J Intern Med* 2003;254:184-92.
- Tonstad S, Farsang C, Klaene G, et al. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomised study. *Eur Heart J* 2003;24(10):946-55.
- Transdermal Nicotine Study Group. Transdermal nicotine for smoking cessation. Six-month results from two multicenter controlled clinical trials. *JAMA* 1991;266:3133-8.
- Wagena EJ, Knipschild PG, Huibers MJ, et al. Efficacy of bupropion and nortriptyline for smoking cessation among people at risk for or with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2005;165:2286-9.
- Westman EC, Levin ED, Rose JE. The nicotine patch in smoking cessation. A randomized trial with telephone counseling. *Arch Intern Med* 1993;153:1917-23.
- Wong GY, Wolter TD, Croghan GA, et al. A randomized trial of naltrexone for smoking cessation. *Addiction* 1999;94:1227-37.
- Zellweger JP, Boelcskei PL, Carrozzi L, et al. Bupropion SR vs placebo for smoking cessation in health care professionals. *Am J Health Behav* 2005;29:240-9.

**Nota 4: Efficacia del counselling di gruppo e individuale rispetto a nessun intervento o self-help  
META-ANALYSIS (2000): EFFECTIVENESS OF AND ESTIMATED ABSTINENCE RATES FOR VARIOUS TYPES OF FORMAT (N = 58 STUDIES)**

- Barbarin OA. Comparison of symbolic and overt aversion in the self-control of smoking. *J Consult Clin Psychol* 1978;46(6):1569-71.
- Brandon TH, Zelman DC, Baker TB. Effects of maintenance sessions on smoking relapse: delaying the inevitable? *J Consult Clin Psychol* 1987;55(5):780-2.
- British Thoracic Society. Comparison of four methods of smoking withdrawal in patients with smoking related diseases. *Br Med J* 1983;286(6365):595-7.
- Bronson DL, Flynn BS, Solomon LJ, et al. Smoking cessation counseling during periodic health examinations. *Arch Intern Med* 1989;149(7):1653-6.
- Carlsson R, Lindberg G, Westin L, et al. Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction. *Heart* 1997;77(3):256-9.
- Clavel F, Benhamou S, Company-Huertas A. Helping people to stop smoking: randomized comparison of groups being treated with acupuncture and nicotine gum with control group. *Br Med J* 1985;291(6508):1538-9.
- Cottraux JA, Harf R, Boissel JP, et al. Smoking cessation with behaviour therapy or acupuncture—A controlled study. *Behav Res Ther* 1983;21(4):417-24.
- Curry SJ, McBride C, Grothaus LC, et al. A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(6):1005-14.
- Danaher BG, Jeffery RW, Zimmerman R, et al. Aversive smoking using printed instructions and audiotape adjuncts. *Addict Behav* 1980;5:353-8.
- Davies BL, Matte-Lewis L, O'Connor AM, et al. Evaluation of the "time to quit" self-help smoking cessation program. *Can J Public Health* 1992;83(1):19-23.

- DeBusk RF, Miller NH, Superko HR, et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1994;120(9):721-9.
- Fortmann SP, Killen JD. Nicotine gum and self-help behavioral treatment for smoking relapse prevention: results from a trial using population-based recruitment. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(3):460-8.
- Fortmann SP, Killen JD, Telch MJ, et al. Minimal contact treatment for smoking cessation. A placebo controlled trial of nicotine polacrilex and self-directed relapse prevention: initial results of the Stanford stop smoking project. *JAMA* 1988;260(11):1575-80.
- Gillams J, Lewith GT, Machin D. Acupuncture and group therapy in stopping smoking. *Practitioner* 1984;228(1389):341-4.
- Glasgow RE, Schafer L, O'Neill HK. Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *J Consult Clin Psychol* 1981;49(5):659-67.
- Gritz ER, Berman BA, Bastani R, et al. A randomized trial of a self-help smoking cessation intervention in a nonvolunteer female population: testing the limits of the public health model. *Health Psychol* 1992;11(5):280-9.
- Hall SM, Munoz RF, Reus VI, et al. Mood management and nicotine gum in smoking treatment: a therapeutic contact and placebo-controlled study. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(5):1003-9.
- Hall SM, Tunstall CD, Vila KL, et al. Weight gain prevention and smoking cessation: cautionary findings. *Am J Public Health* 1992;82(6):799-803.
- Hilleman DE, Mohiuddin SM, Delcore MG, et al. Randomized, controlled trial of transdermal clonidine for smoking cessation. *Ann Pharmacother* 1993;27(9):1025-8.
- Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, et al. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993;118(7):521-5.
- Hughes GH, Hymowitz N, Ockene JK, et al. The multiple risk factor intervention trial (MRFIT). V. Intervention on smoking. *Prev Med* 1981;10(4):476-500.
- Humerfelt S, Eide GE, Kvale G, et al. Effectiveness of postal smoking cessation advice: a randomized controlled trial in young men with reduced FEV1 and asbestos exposure. *Eur Respir J* 1998;11(2):284-90.
- Hyman GJ, Stanley RO, Burrows GD, et al. Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation: a methodological refinement. *Addict Behav* 1986;11(4):355-65.
- Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, et al. Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. *JAMA* 1995;274(17):1347-52.
- Killen JD, Fortmann SP, Newman B, et al. Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(1):85-92.
- Lambe R, Osier C, Franks P. A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation. *J Fam Pract* 1986;22(1):61-5.
- Lando HA. Effects on preparation, experimenter contact, and a maintained reduction alternative on a broad-spectrum program for eliminating smoking. *Addict Behav* 1981;6(2):123-33.
- Lando HA, McGovern PG. Nicotine fading as a nonaversive alternative in a broad-spectrum treatment for eliminating smoking. *Addict Behav* 1985;10(2):153-61.
- Lando HA, Pirie PL, McGovern PG, et al. A comparison of self-help approaches to smoking cessation. *Addict Behav* 1991;16(5):183-93.
- Lando HA, Pirie PL, Roski J, et al. Promoting abstinence among relapsed chronic smokers: the effect of telephone support. *Am J Public Health* 1996;86(12):1786-90.
- Lando HA, Rolnick S, Klevan D, et al. Telephone support as an adjunct to transdermal nicotine in smoking cessation. *Am J Public Health* 1997;87(10):1670-4.
- Lewis SF, Piasecki TM, Fiore MC, et al. Transdermal nicotine replacement for hospitalized patients: a randomized clinical trial. *Prev Med* 1998;27(2):296-303.
- Martin JE, Calfas KJ, Patten CA, et al. Prospective evaluation of three smoking interventions in 205 recovering alcoholics: one-year results of project SCRAP-tobacco. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(1):190-4.
- Mayer JP, Hawkins B, Todd R. A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a WIC clinic. *Am J Public Health* 1990;80(1):76-8.
- Ockene J, Kristeller JL, Goldberg R, et al. Smoking cessation and severity of disease: the coronary artery smoking intervention study. *Health Psychol* 1992;11(2):119-26.
- Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *J Gen Intern Med* 1991;6(1):1-8.
- Ossip-Klein DJ, Carosella AM, Krusch DA. Self-help interventions for older smokers. *Tob Control* 1997;6(3):188-93.

- Patel C, Marmot MG, Terry DJ, et al. Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow up. *Br Med J* 1985;290(6475):1103-6.
- Pederson LL, Scrimgeour WG, Lefcoe NM. Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program. *J Consult Clin Psychol* 1975;43(6):920.
- Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *Int J Addict* 1991;26(1):107-19.
- Pirie PL, McBride CM, Hellerstedt W, et al. Smoking cessation in women concerned about weight. *Am J Public Health* 1992;82(9):1238-43.
- Poole AD, Sanson-Fisher RW, German GA. The rapid-smoking technique: therapeutic effectiveness. *Behav Res Ther* 1981;19(5):389-97.
- Prue DM, Davis CJ, Martin JE, et al. An investigation of a minimal contact brand fading program for smoking treatment. *Addict Behav* 1983;8(3):307-10.
- Rabkin SW, Boyko E, Shane F, et al. A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. *Addict Behav* 1984;9:157-73.
- Reid DD, Brett GZ, Hamilton PJ, et al. Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants. A study of screening and intervention. *Lancet* 1974;1(7856):469-73.
- Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, et al. Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. *Arch Intern Med* 1997;157(22):2653-60.
- Sivarajan ES, Newton KM, Almes MJ, et al. Limited effects of outpatient teaching and counseling after myocardial infarction: a controlled study. *Heart Lung* 1983;12(1):65-73.
- Slama K, Redman S, Perkins J, et al. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: a randomised clinical trial. *Br Med J* 1990;300(6741):1707-9.
- Stevens VJ, Severson H, Lichtenstein E, et al. Making the most of a teachable moment: a smokeless tobacco cessation intervention in the dental office. *Am J Public Health* 1995;85(2):231-5.
- Stewart PJ, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Can Med Assoc J* 1982;126(9): 1051-4.
- Taylor CB, Houston-Miller N, Haskell WL, et al. Smoking cessation after acute myocardial infarction: the effects of exercise training. *Addict Behav* 1988;13(4):331-5.
- Taylor CB, Houston-Miller N, Killen JD, et al. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. *Ann Intern Med* 1990;113(2):118-23.
- Thompson B, Kinne S, Lewis FM, et al. Randomized telephone smoking-intervention trial initially directed at blue-collar workers. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1993;(14):105-12.
- Tonnesen P, Mikkelsen K, Markholst C, et al. Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *Eur Respir J* 1996;9(11):2351-5.
- Vetter NJ, Ford D. Smoking prevention among people aged 60 and over: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 1990;19(3):164-8.
- Weissfeld JL, Holloway JL. Treatment for cigarette smoking in a Department of Veterans Affairs outpatient clinic. *Arch Intern Med* 1991;151(5):973-7.
- Williams JM, Hall DW. Use of single session hypnosis for smoking cessation. *Addict Behav* 1988;13(2):205-8.
- Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, et al. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(1):202-11.

### **Nota 5: Numero di interventi (sessioni) di trattamento individuale ed efficacia**

#### **META-ANALYSIS (2000): EFFECTIVENESS OF AND ESTIMATED ABSTINENCE RATES FOR NUMBER OF PERSON-TO-PERSON TREATMENT SESSIONS (N = 46 STUDIES)**

- Barbarin OA. Comparison of symbolic and overt aversion in the self-control of smoking. *J Consult Clin Psychol* 1978;46(6):1569-71.
- Brandon TH, Zelman DC, Baker TB. Effects of maintenance sessions on smoking relapse: delaying the inevitable? *J Consult Clin Psychol* 1987;55(5):780-2.
- \*British Thoracic Society. Smoking cessation in patients: two further studies by the British Thoracic Society. *Thorax* 1990;45(11):835-40.
- Bronson DL, Flynn BS, Solomon LJ, et al. Smoking cessation counseling during periodic health examinations. *Arch Intern Med* 1989;149(7):1653-6.



- Clavel F, Benhamou S, Company-Huertas A. Helping people to stop smoking: randomized comparison of groups being treated with acupuncture and nicotine gum with control group. *Br Med J* 1985;291(6508):1538-9.
- Cottraux JA, Harf R, Boissel JP, et al. Smoking cessation with behaviour therapy or acupuncture—A controlled study. *Behav Res Ther* 1983;21(4):417-24.
- Curry SJ, McBride C, Grothaus LC, et al. A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(6):1005-14.
- Danaher BG, Jeffery RW, Zimmerman R, et al. Aversive smoking using printed instructions and audiotape adjuncts. *Addict Behav* 1980;5:353-8.
- DeBusk RF, Miller NH, Superko HR, et al. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1994;120(9):721-9.
- Fagerberg B, Wikstrand J, Berglund G, et al. Mortality rates in treated hypertensive men with additional risk factors are high but can be reduced: a randomized intervention study. *Am J Hypertens* 1998;11(1 Pt 1):14-22.
- Gilbert JR, Wilson DM, Singer J, et al. A family physician smoking cessation program: an evaluation of the role of follow-up visits. *Am J Prev Med* 1992;8(2):91-5.
- Gillams J, Lewith GT, Machin D. Acupuncture and group therapy in stopping smoking. *Practitioner* 1984;228(1389):341-4.
- Glasgow RE, Schafer L, O'Neill HK. Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *J Consult Clin Psychol* 1981;49(5):659-67.
- Hall SM, Munoz RF, Reus VI. Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(1):141-6.
- Hall SM, Reus VI, Munoz RF, et al. Nortriptyline and cognitive-behavioral therapy in the treatment of cigarette smoking. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55(8):683-90.
- Hall SM, Tunstall CD, Ginsberg D, et al. Nicotine gum and behavioral treatment: a placebo controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1987;55(4):603-5.
- Hall SM, Tunstall CD, Vila KL, et al. Weight gain prevention and smoking cessation: cautionary findings. *Am J Public Health* 1992;82(6):799-803.
- Hilleman DE, Mohiuddin SM, Delcore MG, et al. Randomized, controlled trial of transdermal clonidine for smoking cessation. *Ann Pharmacother* 1993;27(9):1025-8.
- Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, et al. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993;118(7):521-5.
- Huber D. Combined and separate treatment effects of nicotine chewing gum and self-control method. *Pharmacopsychiatry* 1988;21:461-2.
- Hughes GH, Hymowitz N, Ockene JK, et al. The multiple risk factor intervention trial (MRFIT). V. Intervention on smoking. *Prev Med* 1981;10(4):476-500.
- Hyman GJ, Stanley RO, Burrows GD, et al. Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation: a methodological refinement. *Addict Behav* 1986;11(4):355-65.
- Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, et al. Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. *JAMA* 1995;274(17):1347-52.
- Lambe R, Osier C, Franks P. A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation. *J Fam Pract* 1986;22(1):61-5.
- Lando HA. Effects on preparation, experimenter contact, and a maintained reduction alternative on a broad-spectrum program for eliminating smoking. *Addict Behav* 1981;6(2):123-33.
- Lando HA. Successful treatment of smokers with a broad-spectrum behavioral approach. *J Consult Clin Psychol* 1977;45(3):361-6.
- Lando HA, Rolnick S, Klevan D, et al. Telephone support as an adjunct to transdermal nicotine in smoking cessation. *Am J Public Health* 1997;87(10):1670-74.
- Lewis SF, Piasecki TM, Fiore MC, et al. Transdermal nicotine replacement for hospitalized patients: a randomized clinical trial. *Prev Med* 1998;27(2):296-303.
- Lifrak P, Gariti P, Alterman AI, et al. Results of two levels of adjunctive treatment used with the nicotine patch. *Am J Addict* 1997;6(2):93-8.
- Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *J Gen Intern Med* 1991;6(1):1-8.
- Ossip-Klein DJ, Carosella AM, Krusch DA. Self-help interventions for older smokers. *Tob Control* 1997;6(3):188-93.
- Patel C, Marmot MG, Terry DJ, et al. Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow up. *Br Med J* 1985;290(6475):1103-6.

- Pederson LL, Scrimgeour WG, Lefcoe NM. Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program. *J Consult Clin Psychol* 1975;43(6):920.
- Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *Int J Addict* 1991;26(1):107-19.
- Poole AD, Sanson-Fisher RW, German GA. The rapid-smoking technique: therapeutic effectiveness. *Behav Res Ther* 1981;19(5):389-97.
- Rabkin SW, Boyko E, Shane F, et al. A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. *Addict Behav* 1984;9:157-73.
- Rand CS, Stitzer ML, Bigelow GE, et al. The effects of contingent payment and frequent workplace monitoring on smoking abstinence. *Addict Behav* 1989;14(2):121-8.
- Reid DD, Brett GZ, Hamilton PJ, et al. Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants. A study of screening and intervention. *Lancet* 1974;1(7856):469-73.
- Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, et al. Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. *Arch Intern Med* 1997;157(22):2653-60.
- Segnan N, Ponti A, Battista RN, et al. A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy. *Cancer Causes Control* 1991;2(4):239-46.
- \*Sivarajan ES, Newton KM, Almes MJ, et al. Limited effects of outpatient teaching and counseling after myocardial infarction: a controlled study. *Heart Lung* 1983;12(1):65-73.
- Stevens VJ, Severson H, Lichtenstein E, et al. Making the most of a teachable moment: a smokeless-tobacco cessation intervention in the dental office. *Am J Public Health* 1995;85(2):231-5.
- Taylor CB, Houston-Miller N, Killen JD, et al. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. *Ann Intern Med* 1990;113(2):118-23.
- Wilson D, Wood G, Johnston N, et al. Randomized clinical trial of supportive follow-up for cigarette smokers in a family practice. *Can Med Assoc J* 1982;126(2):127-9.
- Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, et al. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(1):202-11.

## **Nota 6: Tempo dedicato ed efficacia dei trattamenti**

### **META-ANALYSIS (2000): EFFECTIVENESS OF AND ESTIMATED ABSTINENCE RATES FOR VARIOUS INTENSITY LEVELS OF SESSION LENGTH (N = 43 STUDIES)**

- Barbarin OA. Comparison of symbolic and overt aversion in the self-control of smoking. *J Consult Clin Psychol* 1978;46(6):1569-71.
- British Thoracic Society. Smoking cessation in patients: two further studies by the British Thoracic Society. *Thorax* 1990;45(11):835-40.
- Bronson DL, Flynn BS, Solomon LJ, et al. Smoking cessation counseling during periodic health examinations. *Arch Intern Med* 1989;149(7):1653-6.
- Carlsson R, Lindberg G, Westin L, et al. Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction. *Heart* 1997;77(3):256-9.
- Cottraux JA, Harf R, Boissel JP, et al. Smoking cessation with behaviour therapy or acupuncture—a controlled study. *Behav Res Ther* 1983;21(4):417-24.
- Curry SJ, McBride C, Grothaus LC, et al. A randomized trial of self-help materials, personalized feedback, and telephone counseling with nonvolunteer smokers. *J Consult Clin Psychol* 1995;63(6):1005-14.
- Danaher BG, Jeffery RW, Zimmerman R, et al. Aversive smoking using printed instructions and audiotape adjuncts. *Addict Behav* 1980;5:353-8.
- Davies BL, Matte-Lewis L, O'Connor AM, et al. Evaluation of the "time to quit" self-help smoking cessation program. *Can J Public Health* 1992;83(1):19-23.
- Fagerberg B, Wikstrand J, Berglund G, et al. Mortality rates in treated hypertensive men with additional risk factors are high but can be reduced: a randomized intervention study. *Am J Hypertens* 1998;11(1 Pt 1):14-22.
- Fortmann SP, Killen JD, Telch MJ, et al. Minimal contact treatment for smoking cessation. A placebo controlled trial of nicotine polacrilex and self-directed relapse prevention: initial results of the Stanford stop smoking project. *JAMA* 1988;260(11):1575-80.
- Gillams J, Lewith GT, Machin D. Acupuncture and group therapy in stopping smoking. *Practitioner* 1984;228(1389):341-4.

- Glasgow RE, Schafer L, O'Neill HK. Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. *J Consult Clin Psychol* 1981;49(5):659-67.
- Hilleman DE, Mohiuddin SM, Delcore MG, et al. Randomized, controlled trial of transdermal clonidine for smoking cessation. *Ann Pharmacother* 1993;27(9):1025-8.
- Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, et al. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993;118(7):521-5.
- Huber D. Combined and separate treatment effects of nicotine chewing gum and self-control method. *Pharmacopsychiatry* 1988;21:461-2.
- Hughes GH, Hymowitz N, Ockene JK, et al. The multiple risk factor intervention trial (MRFIT). V. Intervention on smoking. *Prev Med* 1981;10(4):476-500.
- Hyman GJ, Stanley RO, Burrows GD, et al. Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation: a methodological refinement. *Addict Behav* 1986;11(4):355-65.
- Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, et al. Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. *JAMA* 1995;274(17):1347-52.
- Killen JD, Fortmann SP, Newman B, et al. Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(1):85-92.
- Lambe R, Osier C, Franks P. A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation. *J Fam Pract* 1986;22(1):61-5.
- Lewis SF, Piasecki TM, Fiore MC, et al. Transdermal nicotine replacement for hospitalized patients: a randomized clinical trial. *Prev Med* 1998;27(2):296-303.
- Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *J Gen Intern Med* 1991;6(1):1-8.
- Ockene JK, Kristeller JL, Goldberg R, et al. Smoking cessation and severity of disease: the coronary artery smoking intervention study. *Health Psychol* 1992;11(2):119-26.
- Ossip-Klein DJ, Carosella AM, Krusch DA. Self-help interventions for older smokers. *Tob Control* 1997;6(3):188-93.
- Patel C, Marmot MG, Terry DJ, et al. Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow up. *Br Med J* 1985;290(6475):1103-6.
- Pederson LL, Scrimgeour WG, Lefcoe NM. Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program. *J Consult Clin Psychol* 1975;43(6):920.
- Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *Int J Addict* 1991;26(1):107-19.
- Prue DM, Davis CJ, Martin JE, et al. An investigation of a minimal contact brand fading program for smoking treatment. *Addict Behav* 1983;8(3):307-10.
- Rabkin SW, Boyko E, Shane F, et al. A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. *Addict Behav* 1984;9:157-73.
- Reid DD, Brett GZ, Hamilton PJ, et al. Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants. A study of screening and intervention. *Lancet* 1974;1(7856):469-73.
- Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, et al. Efficacy of a smoking cessation program for hospital patients. *Arch Intern Med* 1997;157(22):2653-60.
- Sivarajan ES, Newton KM, Almes MJ, et al. Limited effects of outpatient teaching and counseling after myocardial infarction: a controlled study. *Heart Lung* 1983;12(1):65-73.
- Slama K, Redman S, Perkins J, et al. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: a randomised clinical trial. *Br Med J* 1990;300(6741):1707-9.
- Stevens VJ, Severson H, Lichtenstein E, et al. Making the most of a teachable moment: a smokeless tobacco cessation intervention in the dental office. *Am J Public Health* 1995;85(2):231-5.
- Stewart PJ, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Can Med Assoc J* 1982;126(9):1051-4.
- Taylor CB, Houston-Miller N, Killen JD, et al. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effects of a nurse-managed intervention. *Ann Intern Med* 1990;113(2):118-23.
- Tonnesen P, Mikkelsen K, Markholst C, et al. Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *Eur Respir J* 1996;9(11):2351-5.
- Vetter NJ, Ford D. Smoking prevention among people aged 60 and over: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 1990;19(3):164-8.
- Weissfeld JL, Holloway JL. Treatment for cigarette smoking in a Department of Veterans Affairs outpatient clinic. *Arch Intern Med* 1991;151(5):973-7.

- Williams JM, Hall DW. Use of single session hypnosis for smoking cessation. *Addict Behav* 1988;13(2):205-8.
- Wilson D, Wood G, Johnston N, et al. Randomized clinical trial of supportive follow-up for cigarette smokers in a family practice. *Can Med Assoc J* 1982;126(2):127-9.
- Windsor RA, Lowe JB, Bartlett EE. The effectiveness of a worksite self-help smoking cessation program: a randomized trial. *J Behav Med* 1988;11(4):407-21.
- Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, et al. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(1):202-11.

**META-ANALYSIS (2000): EFFECTIVENESS OF AND ESTIMATED ABSTINENCE RATES FOR TOTAL AMOUNT OF CONTACT TIME (N = 35 STUDIES)**

- Barbarin OA. Comparison of symbolic and overt aversion in the self-control of smoking. *J Consult Clin Psychol* 1978;46:1569-71.
- British Thoracic Society. Smoking cessation in patients: two further studies by the British Thoracic Society. *Thorax* 1990;45(11):835-40.
- Bronson DL, Flynn BS, Solomon LJ, et al. Smoking cessation counseling during periodic health examinations. *Arch Intern Med* 1989;149:1653-6.
- Burling TA, Marotta J, Gonzalez R, et al. Computerized smoking cessation program for the worksite: treatment outcome and feasibility. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:619-22.
- Cottraux JA, Harf R, Boissel JP, et al. Smoking cessation with behaviour therapy or acupuncture—A controlled study. *Behav Res Ther* 1983;21:417-24.
- Danaher BG, Jeffery RW, Zimmerman R, et al. Aversive smoking using printed instructions and audiotape adjuncts. *Addict Behav* 1980;5:353-8.
- Fagerberg B, Wikstrand J, Berglund G, et al. Mortality rates in treated hypertensive men with additional risk factors are high but can be reduced: a randomized intervention study. *Am J Hypertens* 1998;11:14-22.
- Fortmann SP, Killen JD, Telch MJ, et al. Minimal contact treatment for smoking cessation. A placebo controlled trial of nicotine polacrilex and self-directed relapse prevention: initial results of the Stanford stop smoking project. *JAMA* 1988;260:1575-80.
- Gillams J, Lewith GT, Machin D. Acupuncture and group therapy in stopping smoking. *Practitioner* 1984;228:341-4.
- Hall SM, Tunstall CD, Ginsberg D, et al. Nicotine gum and behavioral treatment: a placebo controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:603-5.
- Hilleman DE, Mohiuddin SM, Delcore MG, et al. Randomized, controlled trial of transdermal clonidine for smoking cessation. *Ann Pharmacother* 1993;27:1025-8.
- Hollis JF, Lichtenstein E, Vogt TM, et al. Nurse-assisted counseling for smokers in primary care. *Ann Intern Med* 1993;118:521-5.
- Hyman GJ, Stanley RO, Burrows GD, et al. Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation: a methodological refinement. *Addict Behav* 1986;11:355-65.
- Jorenby DE, Smith SS, Fiore MC, et al. Varying nicotine patch dose and type of smoking cessation counseling. *JAMA* 1995;274:1347-52.
- Killen JD, Fortmann SP, Newman B, et al. Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *J Consult Clin Psychol* 1990;58:85-92.
- Lambe R, Osier C, Franks P. A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation. *J Fam Pract* 1986;22:61-5.
- Lando HA. Effects on preparation, experimenter contact, and a maintained reduction alternative on a broad-spectrum program for eliminating smoking. *Addict Behav* 1981;6:123-33.
- Lando HA. Successful treatment of smokers with a broad-spectrum behavioral approach. *J Consult Clin Psychol* 1977;45:361-6.
- Lando HA, Rolnick S, Klevan D, et al. Telephone support as an adjunct to transdermal nicotine in smoking cessation. *Am J Public Health* 1997;87:1670-4.
- Lewis SF, Piasecki TM, Fiore MC, et al. Transdermal nicotine replacement for hospitalized patients: a randomized clinical trial. *Prev Med* 1998;27:296-303.
- Lifrak P, Gariti P, Alterman AI, et al. Results of two levels of adjunctive treatment used with the nicotine patch. *Am J Addict* 1997;6:93-8.
- Ockene J, Kristeller JL, Goldberg R, et al. Smoking cessation and severity of disease: the coronary artery smoking intervention study. *Health Psychol* 1992;11:119-26.

- Ockene JK, Kristeller J, Goldberg R, et al. Increasing the efficacy of physician-delivered smoking interventions: a randomized clinical trial. *J Gen Intern Med* 1991;6:1-8.
- Patel C, Marmot MG, Terry DJ, et al. Trial of relaxation in reducing coronary risk: four year follow up. *Br Med J* 1985;290:1103-6.
- Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *Int J Addict* 1991;26:107-19.
- Rabkin SW, Boyko E, Shane F, et al. A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. *Addict Behav* 1984;9:157-73.
- Reid DD, Brett GZ, Hamilton PJ, et al. Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants. A study of screening and intervention. *Lancet* 1974;1(7856):469-73.
- Slama K, Redman S, Perkins J, et al. The effectiveness of two smoking cessation programmes for use in general practice: a randomised clinical trial. *Br Med J* 1990;300(6741):1707-9.
- Stevens VJ, Severson H, Lichtenstein E, et al. Making the most of a teachable moment: a smokeless-tobacco cessation intervention in the dental office. *Am J Public Health* 1995;85:231-5.
- Stewart PJ, Rosser WW. The impact of routine advice on smoking cessation from family physicians. *Can Med Assoc J* 1982;126:1051-4.
- Tonnesen P, Mikkelsen K, Markholst C, et al. Nurse-conducted smoking cessation with minimal intervention in a lung clinic: a randomized controlled study. *Eur Respir J* 1996;9:2351-5.
- Weissfeld JL, Holloway JL. Treatment for cigarette smoking in a Department of Veterans Affairs outpatient clinic. *Arch Intern Med* 1991;151(5):973-7.
- Williams JM, Hall DW. Use of single session hypnosis for smoking cessation. *Addict Behav* 1988;13:205-8.
- Windsor RA, Lowe JB, Bartlett EE. The effectiveness of a worksite self-help smoking cessation program: a randomized trial. *J Behav Med* 1988;11:407-21.
- Zhu SH, Stretch V, Balabanis M, et al. Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:202-11.