

Evidenze e raccomandazioni nel trattamento del tabagismo

R. Bertoletti ^a, R. Boffi ^b, M. Del Donno ^c, A. Gamba ^d, N. Pulerà ^e, B. Tinghino ^f, V. Zagà ^g

Il trattamento della dipendenza da tabacco è uno degli ambiti in cui la letteratura internazionale fornisce una nutrita quantità di evidenze scientifiche. Tali dati mostrano non solo quali sono gli interventi di *smoking cessation* efficaci, ma sostengono anche che essi sono forniti di un rapporto costo/beneficio molto favorevole. Tale conclusione è tanto più valida se si pensa che le cure per il tabagismo superano addirittura i benefici di trattamenti, sia pur importanti, come l'uso di alcuni farmaci per le ipercolesterolemie o interventi di screening tumorali. Si rende necessario, perciò, orientare gli approcci sui modelli di terapia consolidati, i cui risultati sono stati ampiamente verificati e i cui modelli operativi sono facilmente trasferibili nelle varie realtà territoriali. Gli interventi sono classificabili in rapporto al livello di efficacia, così come viene mostrato dalle metanalisi e, in subordine, da studi ben condotti e sufficientemente ampi.

Elevata Efficacia

- ▶ Le raccomandazioni a smettere di fumare effettuate dai medici e dal personale sanitario, anche in forma breve (minimal advice).
- ▶ Il counselling individuale o di gruppo.
- ▶ Il counselling rivolto a particolari sottogruppi di popolazione: donne gravide, pazienti con BPCO.
- ▶ Il trattamento farmacologico con NRT, bupropione o vareniclina, meglio se associato a counselling.

Moderata Efficacia

- ▶ Materiale di self help per la cessazione dal fumo.
- ▶ Interventi rivolti ai genitori delle scuole per prevenire l'esposizione al fumo passivo.
- ▶ Interventi attraverso i mass media o nelle scuole per prevenire l'iniziazione al fumo.

a. Responsabile CTT Sondrio, "Ospedale Morelli"; b. Responsabile CTT Istituto nazionale dei Tumori, Milano; c. Responsabile CTT AO "Rumno", Benevento; d. Consulente Lega Italiana Lotta ai Tumori, Milano; AO S. Gerardo, Monza; e. Responsabile CTT, Presidio Ospedaliero Livorno, USL6.Toscana; f. Responsabile CTT, ASL Monza e Brianza, Monza; g. Responsabile CTT Pneumotisiologia Territoriale AUSL di BO

1. Il rapporto costo-efficacia dei trattamenti

I trattamenti di smoking cessation non solo sono efficaci, ma con un rapporto molto favorevole di costo/beneficio. I dati indicano che questi trattamenti andrebbero equiparati a quelli che rientrano nelle prestazioni offerte dal SSN, come la terapia dell'ipertensione, il trattamento dell'ipercolesterolemia o gli interventi di prevenzione (come il PAP test e la mammografia) (*Smoking cessation Guidelines for Australian General Practice, 2004*). Per esempio, I costi per life-year saved relativamente al tabacco sono di 3,53 \$, mentre per uno screening per l'ipertensione sono di \$ 5,2 e per lo screening annuale cervicale di % 4,1 (*Clinical Practice Guideline, Treating Tabacco Use and Dependence, 2008 Update*).

2. Gli interventi integrati

Un intervento multidisciplinare integrato figure professionali (per es. area medica e psicologica) incrementa l'efficacia della disassuefazione rispetto all'intervento di un solo professionista (*Clinical Practice Guideline, Treating Tabacco Use and Dependence, 2008 Update*).

3. La 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 Dependence, 2008 Update*). Vedi anche: www.surgeongeneral.gov/tobacco.

4. Valutazione motivazionale e psicologica

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 Dependence, 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. 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

5. Valutazioni biomediche

La valutazione del rischio individuale rispetto alle patologie d'organo fumo-correlate non costituisce di per sé 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).

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 efficacia in tal senso e questo ulteriore obiettivo rientri tra quelli esplicitamente previsti dalla specifica struttura.

6. L'intervento breve (*Minimal Advice*)

Il tasso annuo di persone che smettono stabilmente di fumare, corrisponde, per le cessazioni spontanee, a percentuali del 2% circa, ma questo tasso può raggiungere percentuali del 5% quando vengono attuati i cosiddetti "Interventi Brevi" o di "Primo Livello", da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG) (1), ma anche di altri tipi di sanitari che ne avrebbero l'opportunità. Il MMG ha l'opportunità di venire a contatto ogni anno con una buona parte della popolazione interessata da problemi di tabagismo e questo lo rende una figura strategica nel percorso di disassuefazione al fumo. Si stima che almeno dieci milioni di fumatori potrebbero essere raggiunti dai MMG ogni anno in Italia. Ogni medico, in media, ha in carico dai duecento ai quattrocento fumatori e di questi in un anno ne vede circa i due terzi. Il numero dei contatti (circa 13.000/anno) del MMG con i propri pazienti è estremamente elevato e l'occasione di parlare di fumo con i pazienti si può presentare ogni 2-3 visite. In letteratura è riportato, secondo comprovate evidenze scientifiche, che un consiglio breve di circa 2-3 minuti incrementa il numero dei fumatori che fanno seri tentativi di smettere. Questo tipo di intervento è sicuramente costo-efficace: considerando che un intervento di circa 5 minuti, costa, come tempo impiegato dal Medico, circa 20€ e che smettere di fumare fa guadagnare circa 10 anni di vita, pur valutando che alcuni fumatori non smetteranno e che altri ricadranno nell'abitudine, il costo per ogni anno di vita guadagnato sarebbe di circa 2000 €. Ovviamente ci sono dei limiti anche a questo approccio: esiste il rischio che ripetere più volte il consiglio di smettere di fumare possa incrinare il rapporto medico-paziente. E' probabile che, senza un'adeguata terapia farmacologica, siano i fumatori meno dipendenti quelli che riusciranno a smettere in risposta all'intervento breve del medico. Quindi, i più dipendenti, che hanno maggiore necessità di smettere, saranno quelli che probabilmente non riusciranno. Inoltre i fumatori che non hanno risposto ad un precedente consiglio è probabile che siano meno sensibili ai successivi.

L'intervento clinico di efficacia provata, raccomandato dalle principali linee guida internazionali, è quello noto con la sigla delle **5 A**. Tutti gli interventi effettuati dagli Operatori Sanitari dovrebbero ruotare attorno a questo modello. Non solo i Medici di famiglia, ma anche gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri e gli infermieri dei servizi, dovrebbero utilizzare almeno le prime due **A** (*ask, advise*) in modo da stimolare, in ogni occasione possibile (medicina delle opportunità) la cessazione del fumo. Anche i Farmacisti e gli Odontoiatri, se opportunamente formati, possono rappresentare figure importanti per far scattare nel fumatore la decisione al cambiamento.

L'effetto del semplice consiglio del medico è stato analizzato in una revisione sistematica di 39 studi controllati randomizzati (RCT) pubblicati fino al marzo 2004. Emerge che semplici raccomandazioni sono efficaci rispetto a nessun intervento: OR 1.74 (CI 95% 1.48-2.05). Gli interventi intensi sono più efficaci di quelli brevi: OR 1.44 (CI 95% 1.23-1.68). Una revisione di 29 RCT pubblicati fino al giugno 2003 ha analizzato l'effetto di raccomandazioni o altri tipi di interventi realizzati da personale infermieristico confrontati con nessun intervento o con le cure usuali. La maggior parte degli interventi sono realizzati negli ambulatori ospedalieri. Venti studi confrontano l'intervento da parte degli infermieri con un non intervento ed evidenziano che tali interventi sono efficaci: OR 1.47 (CI 95% 1.29-1.68). Vi è moderata evidenza che gli interventi sono più efficaci se sono realizzati con pazienti ricoverati e affetti da malattie cardiovascolari che con pazienti affetti da altre patologie.

Anche gli interventi realizzati con pazienti non ricoverati risultano efficaci. Sebbene gli interventi si siano rivelati efficaci a prescindere dalla prescrizione di NRT, i risultati degli studi che prevedono la prescrizione di NRT sono compatibili con i dati di altri studi che indicano che la prescrizione di NRT aumenta il numero di soggetti che smettono di fumare. Non vi è forte evidenza che il tipo di diagnosi influenzi il risultato degli interventi.

7. Il 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 triplicarla. Per questi farmaci andrebbe considerata la possibilità di un rimborso da parte del sistema sanitario (*WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008*).

8. Il counselling individuale

Con il termine *counselling* si intende comunemente un intervento, effettuato da un operatore specificamente formato, diretto a singoli individui o a gruppi, finalizzato al potenziamento delle risorse e delle capacità personali, attraverso la promozione di atteggiamenti attivi e propositivi, stimolando le capacità di scelta. Il counselling viene utilizzato allo scopo di risolvere problemi non specifici (prendere decisioni, migliorare le relazioni interpersonali) e contestualmente circoscritti (famiglia, lavoro, scuola). La BACP (*British Association for Counselling and Psychotherapy*) fornisce la seguente definizione dell’attività di *counselling*:

«Il counselor può indicare le opzioni di cui il cliente dispone e aiutarlo e seguire quella che sceglierà. Il counselor può aiutare il cliente ad esaminare dettagliatamente le situazioni o i comportamenti che si sono rivelati problematici e trovare un piccolo ma cruciale punto da cui sia possibile originare qualche cambiamento. Qualunque approccio usi il counselor [...] lo scopo fondamentale è l'autonomia del cliente: che possa fare le sue scelte, prendere le sue decisioni e porle in essere».

A differenza del paziente nella psicoterapia, il cliente nel *counselling* non ha bisogno di essere curato né aiutato a superare una sofferenza psicologica, ma si avvale delle competenze del *counselor* come sussidio delle capacità che già possiede in modo da conseguire obiettivi che desidera nei modi e nei tempi che gli sono consoni. E’ pertanto intuibile, da quanto detto, come il counselling possa essere una tecnica utile e consigliabile nel sostenere i fumatori che abbiano preso la decisione di smettere. Infatti, secondo la più recente revisione Cochrane e la metanalisi di Fiore il counselling individuale, effettuato in una o più sessioni faccia a faccia di almeno dieci minuti, ha dimostrato essere efficace nella cessazione del fumo. E’ evidente, e da sottolineare, la necessità di instaurare con il soggetto una relazione che deve riconoscere come elementi fondamentali l’attenzione, la partecipazione, l’interesse e l’empatia. Nella tabella che segue si descrivono i principali aspetti che il counselor dovrebbe affrontare con il proprio assistito vari aspetti, mentre per un approfondimento della fase di valutazione si rimanda allo specifico capitolo di questo lavoro.

- Orientamento e stimolo all’apprendimento di abilità e strategie per fronteggiare e gestire le situazioni suddette (con esempi e consigli pratici).
- Definizione dell’immagine che il fumatore ha di sé.
- Identificazione dei vantaggi della cessazione, fisici (miglioramento della salute, prevenzione di malattie gravi) e psicologici (controllo, autostima), a breve e a lungo termine
- Identificazione dei vantaggi economici della cessazione (utilizzo della cifra risparmiata per attività piacevoli, acquisti, risparmio, autoricompenso).
- Potenziamento dell’autostima e dell’autoefficacia.
- Promozione della ricerca del sostegno sociale (identificare familiari e amici che possono dare sostegno, condivisione dell’esperienza con fumatori ed ex-fumatori).
- Sostegno al soggetto nel suo tentativo di smettere di fumare (instaurare una relazione attraverso contatti ripetuti, anche telefonici; incoraggiare, fornire indicazioni e consigli, rispondere ai quesiti, stimolare il soggetto a parlare delle paure e preoccupazioni sullo smettere e delle difficoltà incontrate, valorizzare i risultati).

Sebbene una analisi dei soli quattro studi pubblicati fino al 2004, che confrontavano interventi di counselling di differente intensità e gli interventi più intensi, non sembrava indicare una maggiore efficacia per i trattamenti più intensivi (OR 0.98 , I 95% 0.61-1.56), altre indicazioni individuano una correlazione diretta tra tempo dedicato e risultato ottenuto (*Treating Tobacco Use and Dependence, U.S. Department of Health and Human Service, Nov. 2000*).

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 Tobacco Use and Dependence, 2008 Update*).

9. 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.

10. Materiale di self-help

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 (6). Il materiale di auto aiuto risulta leggermente più efficace di nessun intervento: 11 studi, OR 1.24 (CI 95% 1.07-1.45). Questa analisi ha escluso 2 studi con risultati fortemente positivi che introducevano un'eterogeneità statisticamente significativa. Se il materiale di auto aiuto viene aggiunto al contatto personale o alla NRT non si evidenzia differenza di efficacia NRT: 3 studi, OR 1.00 (CI 95% 0.77-1.29); contatto personale: 11 studi, OR 0.97 (CI 95% 0.78-1.21). 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).

11. Il counselling telefonico

Un'ulteriore modello di counselling individuale è il counselling telefonico. Il counselling telefonico rappresenta un'alternativa meno costosa e più accessibile rispetto a quello individuale faccia a faccia e in alcuni casi lo può sostituire del tutto. Tuttavia la sua applicazione ideale è quella di affiancare e integrare l'intervento faccia a faccia, soprattutto in momenti particolarmente cruciali del percorso di cessazione, quali la pianificazione del tentativo di smettere e la prevenzione delle ricadute. Il counselling telefonico può essere proattivo o reattivo. Nel primo caso, l'operatore chiama il fumatore preso in carico per offrirgli sostegno, intendendo questa attività come parte integrante del trattamento offerto. Come evidenziato dalla metanalisi Cochrane (1) è evidente un effetto dose-risposta: è probabile che 1-2 brevi chiamate non diano un effetto misurabile, mentre 3 o più chiamate aumentano la probabilità di cessazione rispetto ad un intervento minimo, come la consegna di materiale di auto-aiuto, un consiglio breve o anche la sola terapia farmacologica. Nel caso del counselling telefonico reattivo, il fumatore o un suo familiare o conoscente contattano un numero verde o un servizio deputato al trattamento del tabagismo (*quitlines*) al fine di ricevere informazioni e consigli. L'efficacia della *quit-line* è potenziata da successive richiamate per un counselling proattivo.

12. Altri interventi

Non ci sono evidenze di efficacia sulla **valutazione del rischio biomedico** individuale da parte del medico (spirometria etc.) nel target dei fumatori in generale, per gli interventi che coinvolgono il **partner dei fumatori**, per l'uso dell'**agopuntura** 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*)

Le attività di cessazione realizzati a livello di **comunità**, secondo una revisione che ha valutato 37 studi, non offrono vantaggi aggiuntivi rispetto alle metodologie già validate. L'efficacia degli interventi realizzati a livello di **comunità che prevedono numerose componenti e rivolti ai giovani** è modesta.

Gli interventi effettuati nei **luoghi di lavoro** sono stati valutati attraverso una revisione di 10 studi sulla terapia di gruppo, 7 sul counselling individuale, 9 sul materiale di auto aiuto e 5 sulla terapia sostitutiva con nicotina. I risultati sono coerenti con quelli trovati in altri setting: 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.

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. I progetti fondati sull'**uso dei mass media** sono stati verificati attraverso l'analisi di 6 studi, di cui due 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.

13. Interventi rivolti a specifici sottogruppi di popolazione

Donne gravide.

Una revisione valuta l'efficacia degli interventi per promuovere la cessazione rivolti alle donne gravide (14), includendo 64 studi controllati randomizzati pubblicati fino al luglio 2003. Gli interventi risultano efficaci: OR 0.94 (CI 95% 0.93-0.95). 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 (15). 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).

Fumatori conviventi con soggetti esposti al rischio di fumo passivo

Una revisione valuta l'efficacia di interventi rivolti a genitori fumatori per ridurre l'esposizione al fumo passivo dei bambini (16). Include 15 studi controllati randomizzati pubblicati fino all'ottobre 2001. Tali interventi (per es. *counselling* breve) non sono univocamente efficaci nei setting pediatrici come, invece, lo sono per i setting dedicati agli adulti.

Prevenzione delle ricadute

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.

Bibliografia

1. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD000165. DOI: 10.1002/14651858.CD000165.pub3
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence. *Clinical practice guidelines*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2000. updated 2008.
3. Lancaster T, Stead LF. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
4. Istituto Superiore di Sanità, 2008. Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Edizione 2008. www.iss.it/ofad/
5. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
6. Rigotti NA, Munafo MR, Murphy MFG, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
7. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
8. Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
9. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
10. Lancaster T, Stead LF. Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
11. 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.
12. 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
13. Ussher M. Exercise interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
14. 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
15. 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
16. Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
17. 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
18. van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP, Smoking
19. cessation for chronic obstructive pulmonary disease. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
20. Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Webster P, Spencer N. Family and career smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
21. Thomas R, Perera R. School based programmes for preventing smoking. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
22. Sowden AJ, Arblaster L. Mass media intervention for preventing smoking in young people. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
23. Sowden L, Stead LF. Community interventions for preventing smoking in young people. (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3
24. Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1.
25. Carr AB, Ebbert JO. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1.
26. Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub2.
27. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub2. updated July 2008).