

# Riduzione del fumo di sigaretta fra le persone che vivono con l'HIV: una sfida possibile?

## Cut down cigarette smoking among people living with HIV: a feasible challenge?

**Paolo Maggi**

Clinica delle Malattie Infettive, Università degli Studi di Bari

La consapevolezza che le persone che vivono con l'HIV (PLWH) siano degli accaniti fumatori è ormai di vecchia data: già nel 2003, in un lavoro francese che raccoglieva i dati di due grandi coorti relativi ai fattori di rischio per malattia coronarica, si evidenziava che il rischio stimato attribuibile al fumo era rispettivamente del 65% e del 29% per uomini e donne HIV positivi (1).

In uno studio multi coorte, su 17.995 PLWH residenti sia negli Stati Uniti che in Europa, la percentuale di fumatori era del 60%. Il rapporto dei tassi di mortalità rispetto ai non fumatori era 1.94 e il rischio di malattia cardiovascolare e di tumori non AIDS-correlati era sostanzialmente più elevato (2).

In un recentissimo studio statunitense (3) si è evidenziato che i PLWH negli USA, a 40 anni, perdono oltre 6 anni di aspettativa di vita e che la cessazione del fumo nel 10%-25% dei pazienti risparmierebbe approssimativamente 106.000-265.000 anni di vita. I dati del gruppo STOPS HIV, coordinato da De Socio e presentati recentemente a Glasgow (4) ci hanno fornito un quadro dell'attuale situazione italiana, e hanno posto in evidenza che l'abitudine al fumo interessa il 50% circa dei pazienti HIV. Questa percentuale eccede nettamente quella dei fumatori nella popolazione italiana (circa il 20%).

A rendere ulteriormente di attualità tale problematica vi è l'emergere della consapevolezza che il cancro del polmone ha un'incidenza superiore nei PLWH rispetto alla popolazione generale (5). Ma la stessa diffusione della broncopatia cronica ostruttiva in questi individui è un elemento di preoccupazione (6). E' dunque di grande importanza avere una chiara idea delle strategie di intervento che possono essere implementate per contrastare l'abitudine al fumo nei PLWH.

In questo numero di JHA, De Socio e dell'Omo (7) ci indicano quali sono gli strumenti oggi a disposizione dei clinici per organizzare una strategia mirata ad af-

frontare il problema del fumo tra i nostri pazienti. Il lavoro ci fa capire come sia attualmente assai articolato l'intervento sul fumo, che prevede trattamenti farmacologici, sia nicotinici che non nicotinici (questi ultimi comprendenti molecole come il bupropione, la vareniclina o la citisina), ma anche interventi non farmacologici. Interessante, nell'ambito degli interventi non farmacologici, è la distinzione tra interventi "brevi", come quello basato sulle 5A (*Ask –Advice –Assess –Assist –Arrange*), che può essere offerto dagli stessi infettivologi nel corso dell'attività ambulatoriale di routine, e quelli "intensivi", eseguibili solo nell'ambito di Centri specialistici anti fumo.

L'attività dei Centri anti fumo, ben descritta da De Socio, è oggi particolarmente articolata, e si avvale di tecniche cognitivo-comportamentali, di colloqui motivazionali, di indagini sofisticate per valutare il grado di dipendenza da nicotina, come il test di Fagerström, ma anche della misurazione delle concentrazioni di monossido di carbonio nell'aria espirata. Purtroppo nel territorio nazionale i Centri anti fumo sono pochi e concentrati nelle regioni del centro-nord. Anche per questa ragione può essere estremamente utile sviluppare tecnologie basate su mezzi di comunicazione (telefonia mobile o social network) per indurre i pazienti a cessare l'abitudine al fumo.

L'articolo di De Socio e dell'Omo, in sostanza, ci fornisce un quadro assai completo dei pilastri di una strategia anti fumo nei PLWH. E soprattutto ci interroga fortemente sulla necessità di attrezzarci al più presto per affrontare nei nostri Centri questa problematica che è senza dubbio di notevole rilevanza.

Certamente restano molti *unmet needs* ancora aperti: in un contesto che vede sempre più restringere le risorse umane da dedicare ai nostri pazienti, mentre quelle che restano sono sempre più oberate di carichi burocratici, esisterà la possibilità di dedicare anche soli dieci minuti in più (quelli necessari all'intervento "breve") ai PLWH? Quanti sono i Centri

**Autore per la corrispondenza:**

**Paolo Maggi**  
Clinica delle Malattie Infettive, Università degli Studi di Bari  
Piazza Giulio Cesare 11  
70124 Bari  
[p\\_maggi@yahoo.com](mailto:p_maggi@yahoo.com)

**Keywords:**  
smoking habits, HIV, cardiovascular diseases, tabacco

**Potenziali conflitti di interesse:** nessuno

JHA 2016; 1(4):65-66

DOI: 10.19198/JHA31416

infettivologici che hanno un collegamento con un Centro antifumo? Come talvolta accade, potrebbero infatti essere esclusi da questo intervento gli ospedali più piccoli, o regioni del Paese che possono disporre di minori risorse economiche da destinare alla sanità. Un'ulteriore problematica aperta è poi l'attenzione alle interazioni farmacologiche, tra le molecole utilizzabili nell'ambito delle strategie farmacologiche anti fumo. Sappiamo infatti che bupriopione

e varenciclina hanno una attività a livello del sistema citocromo P450 e interagiscono con alcuni farmaci antiretrovirali attualmente in uso, mentre non abbiamo ancora un quadro completo delle interazioni con le nuove molecole.

Insomma intervenire sulle abitudini tabagiche dei PLWH è certamente una sfida possibile, e forse, data la gravità del problema, ineludibile. Ma certamente non facile. ■

#### BIBLIOGRAFIA

1. Savès M, Chêne G, Ducimetière P, et al. French WHO MONICA Project and the APROCO (ANRS EP11) Study Group Risk factors for coronary heart disease in patients treated for human immunodeficiency virus infection compared with the general population. *Clin Infect Dis* 2003; 37: 292-8.
2. Helleberg M, May MT, Ingle SM, et al. Smoking and life expectancy among HIV-infected individuals on antiretroviral therapy in Europe and North America. *AIDS* 2015; 29: 221-9.
3. Reddy KP, Parker RA, Losina E, et al. Impact of Cigarette Smoking and Smoking Cessation on Life Expectancy Among People With HIV: A US-Based Modeling Study. *J Infect Dis* 2016; 214: 1672-81.
4. De Socio GV, Ricci E, dell'Omo M, et al. Prevalence of smoking and nicotine dependence in HIV patients: the project STOPS HIV from Italy. *Glasgow HIV Drug Therapy* 2016, abs. P 235.
5. Hou W, Fu J, Ge Y, Du J, Hua S. Incidence and risk of lung cancer in HIV-infected patients. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2013; 139:1781-94.
6. Drummond MB, Kirk GD. HIV-associated obstructive lung diseases: insights and implications for the clinician. *Lancet Respir Med*. 2014; 2: 583-92.
7. De Socio GV, dell'Omo M. Il fumo di sigaretta, un fattore di rischio maggiore per la popolazione HIV-positiva: strategie di intervento. *JHA* 2016; 4:67-72