

# 10°

WORKSHOP  
NAZIONALE CISAI

MILANO

PREVENZIONE  
E GESTIONE  
DELLE  
CO-MORBIDITÀ  
ASSOCIATE  
ALL'INFEZIONE  
DA HIV

PRESIDENTI  
PAOLO BONFANTI  
ANTONIO DI BIAGIO

30 SETTEMBRE  
1 OTTOBRE  
2021



CISAI

FONDAZIONE | ASIA

# Tabagismo e infezione da HIV

1 ottobre ore 14.15-14.30

**Dott. De Socio Giuseppe**  
**Clinica delle Malattie Infettive, Perugia**

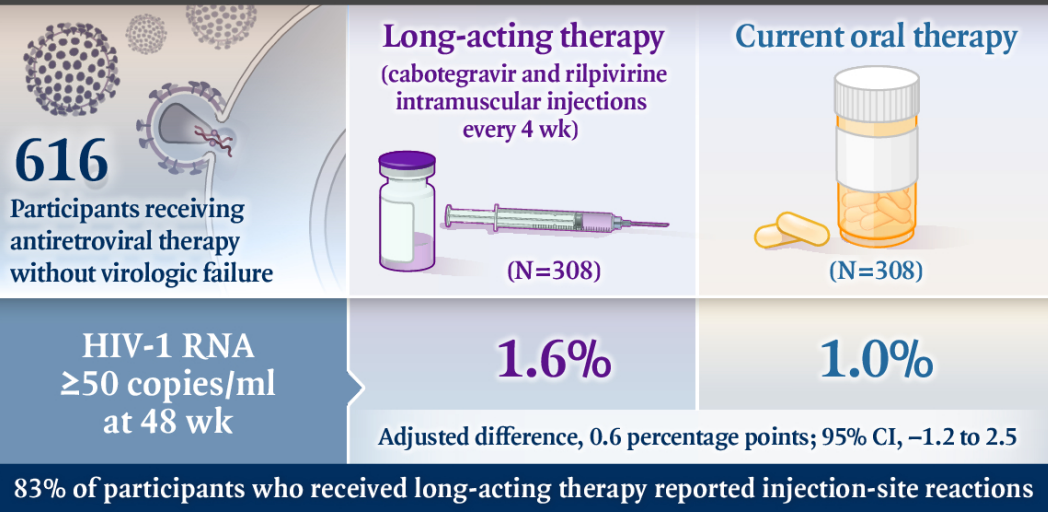
Potenziale conflitto d’interessi da dichiarare

| Tipo di affiliazione o supporto finanziario | Sponsor           |
|---------------------------------------------|-------------------|
| travel grants, and speaker’s honoraria.     | Gilead, and ViiV. |
|                                             |                   |
|                                             |                   |
|                                             |                   |
|                                             |                   |
|                                             |                   |
|                                             |                   |



## Long-Acting Cabotegravir and Rilpivirine for HIV-1

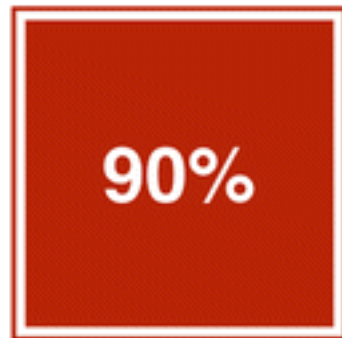
PHASE 3, OPEN-LABEL, MULTICENTER, RANDOMIZED TRIAL



S. Swindells et al. 10.1056/NEJMoa1904398

Copyright © 2020 Massachusetts Medical Society

|                         | 1996                                                                                | 2021                                                                                |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| % 50 years or older     | <15%                                                                                | >50%                                                                                |
| Average Life Expectancy | 39 years                                                                            | >75 years                                                                           |
| Mean Daily Pill Burden  | 21                                                                                  | 1                                                                                   |
|                         |  |  |



Diagnosed



On treatment



Virally suppressed

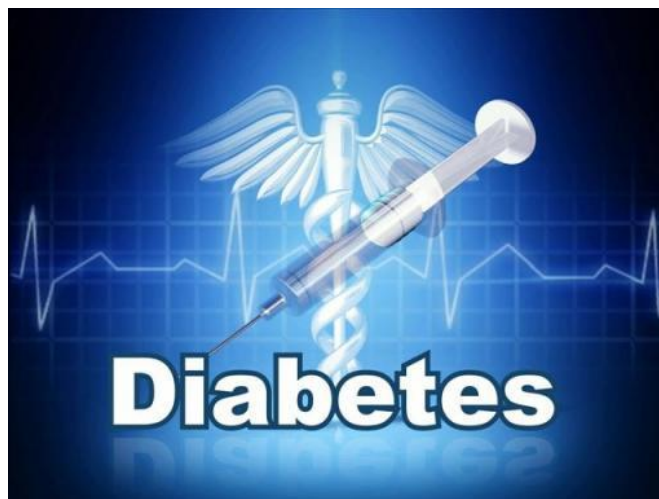


Good health-related  
quality-of-life

\*Adapted from: UNAIDS. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. 2014. Available at: <http://unaids.org/en/90-90-90>. Accessed on 25 April 2016



-aumentata  
aspettativa di vita  
-Quanto è  
importante la  
prevenzione nei  
PLWH?





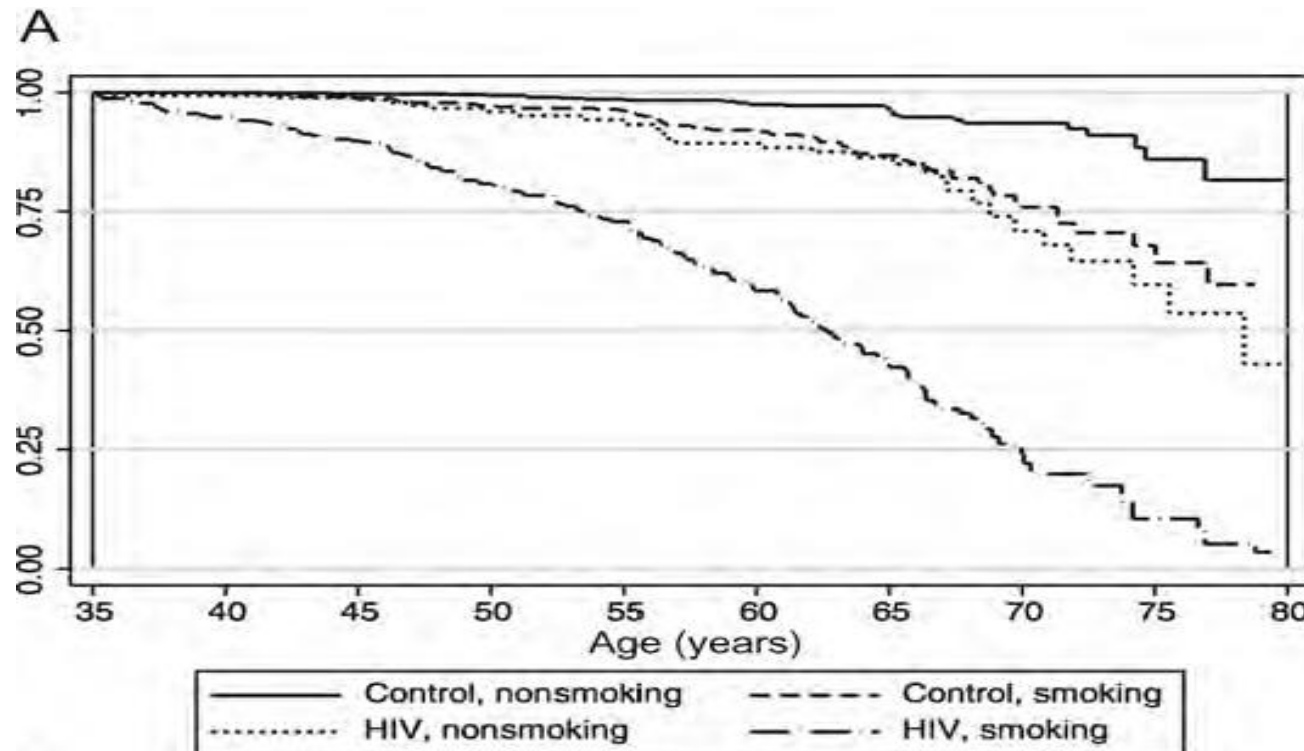
## **Cigarette smoking causes premature death:**

- Life expectancy for smokers is at least 10 years shorter than for nonsmokers.
- Quitting smoking before the age of 40 reduces the risk of dying from smoking-related disease by about 90%.

# Mortality Attributable to Smoking Among HIV-1–Infected Individuals: A Nationwide, Population-Based Cohort Study

Marie Helleberg,<sup>1,7</sup> Shoaib Afzal,<sup>2</sup> Gitte Kronborg,<sup>3</sup> Carsten S. Larsen,<sup>4</sup> Gitte Pedersen,<sup>5</sup> Court Pedersen,<sup>6</sup> Jan Gerstoft,<sup>1</sup> Børge G. Nordestgaard,<sup>2,7</sup> and Niels Obel<sup>1</sup>

Mortality rate in 2921 HIV patients and 10642 controls  
Danish HIV Cohort 1995-2010



Numero di anni persi  
per essere fumatore tra  
gli HIV+=12,3

# Smoking and life expectancy among HIV-infected individuals on antiretroviral therapy in Europe and North America: The ART Cohort Collaboration

Marie Helleberg<sup>a,b</sup>, Margaret T. May<sup>c</sup>, Suzanne M. Ingle<sup>c</sup>,  
Francois Dabis<sup>d</sup>, Peter Reiss<sup>e</sup>, Gerd Fätkenheuer<sup>f</sup>,  
Dominique Costagliola<sup>g,h</sup>, Antonella d'Arminio<sup>i</sup>, Matthias Cavassini<sup>j</sup>,  
Colette Smith<sup>k</sup>, Amy C. Justice<sup>l,m</sup>, John Gill<sup>n</sup>, Jonathan A.C. Sterne<sup>c</sup> and  
Nels Obel<sup>a,b</sup>

ART Cohort Collaboration (ART-CC)  
Europe and North America

*AIDS* 2014, 28:000–000

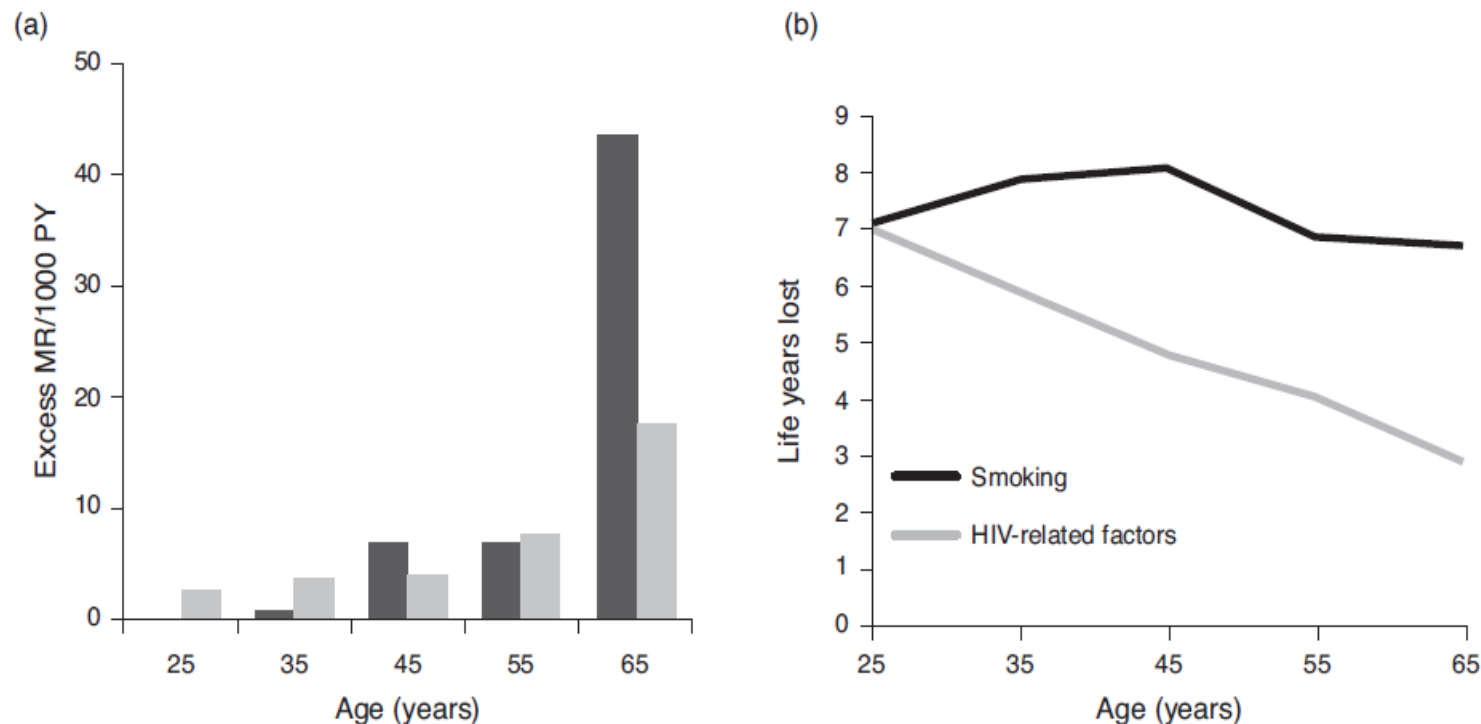
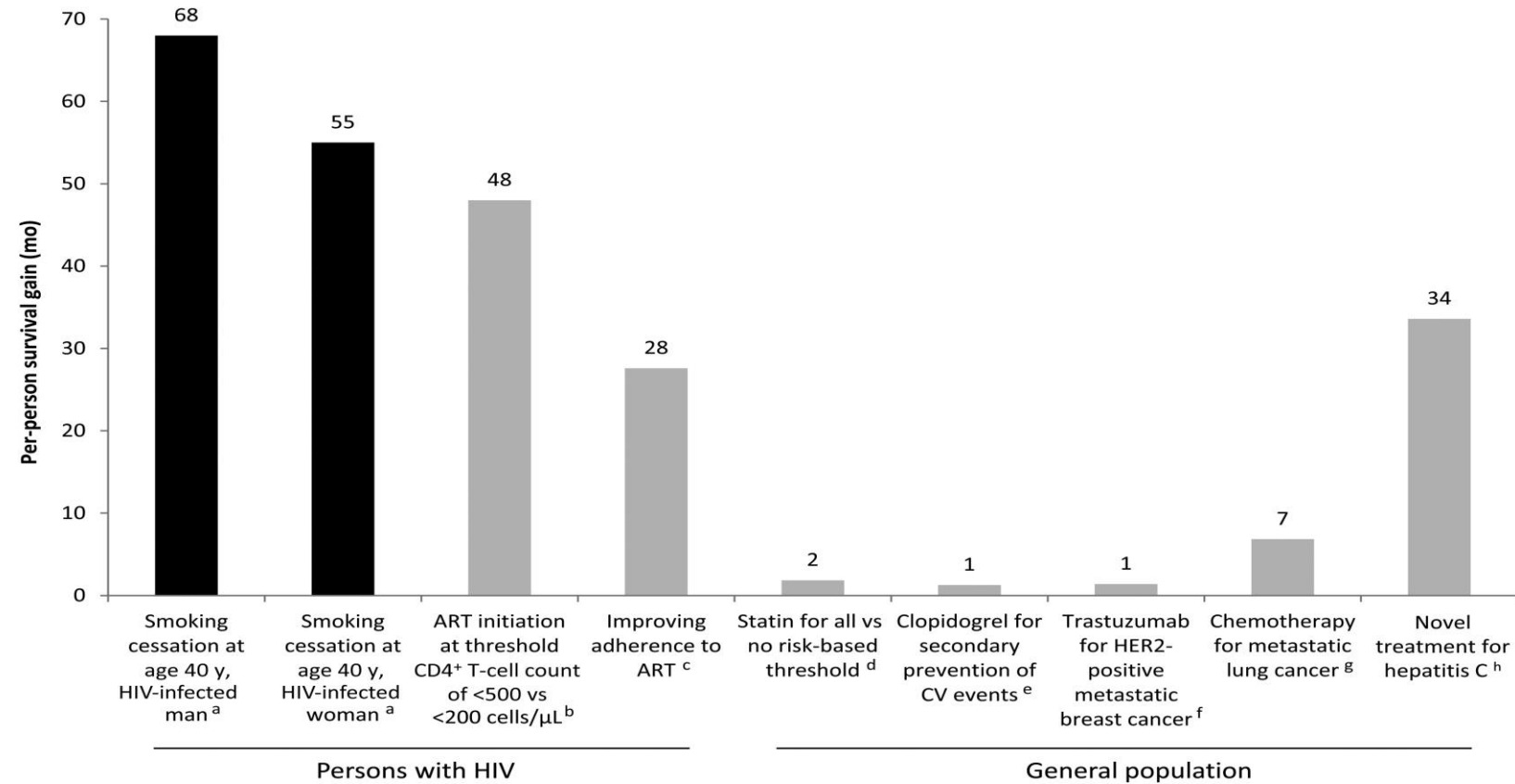
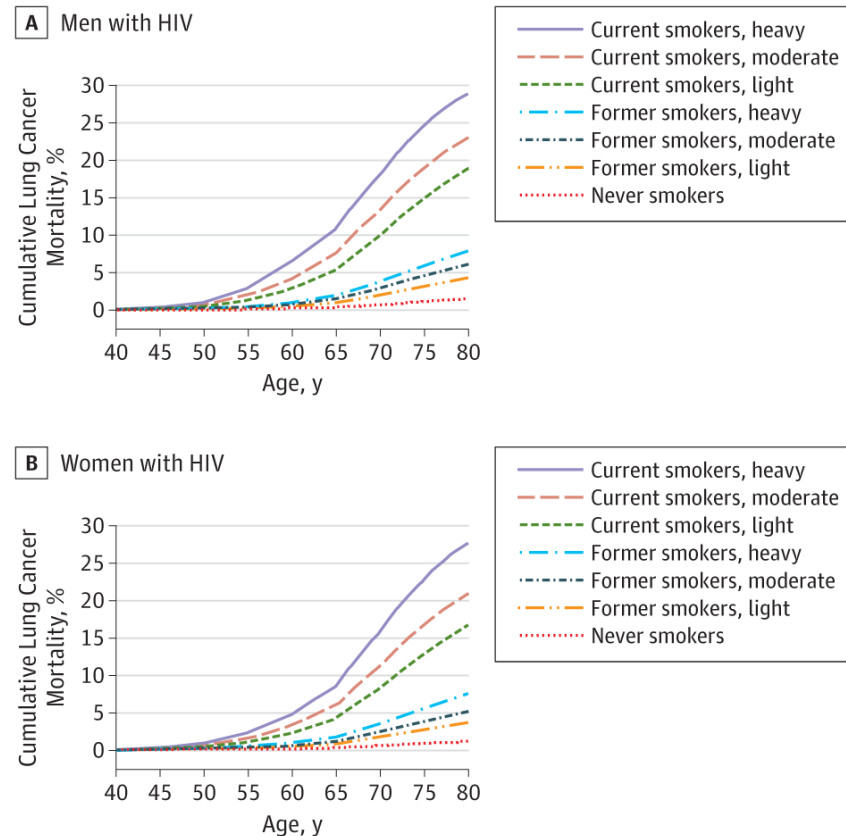


Fig. 1. Age-specific excess mortality rates (a) and numbers of life years lost (b) in association with smoking (black bars/line) and HIV-related factors (grey bars/line) among HIV-infected men.



**Figure 4.** Per-person survival gains with various interventions.





Pazienti HIV+ fumatori aderenti al trattamento hanno una probabilità di morte per Cancro del polmone da 6 a 13 volte maggiore rispetto alle cause di morte HIV relate

#### Figure Legend:

Cumulative Lung Cancer Mortality for People Entering HIV Care at Age 40 Years by Smoking Exposure. Individuals in the simulation model were assumed to enter human immunodeficiency virus (HIV) care at age 40 years and to remain in the model until death or age 80 years. Current smokers continued smoking until the end of follow-up. Former smokers quit at age 40 years and remained abstinent. “Number at risk” tables are not needed here. The graphs represent model-generated outcomes, each line a simulated cohort of 1 million people entering HIV care at age 40 years. The number at risk are the number of people still alive at each time point, with no other form of censoring.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

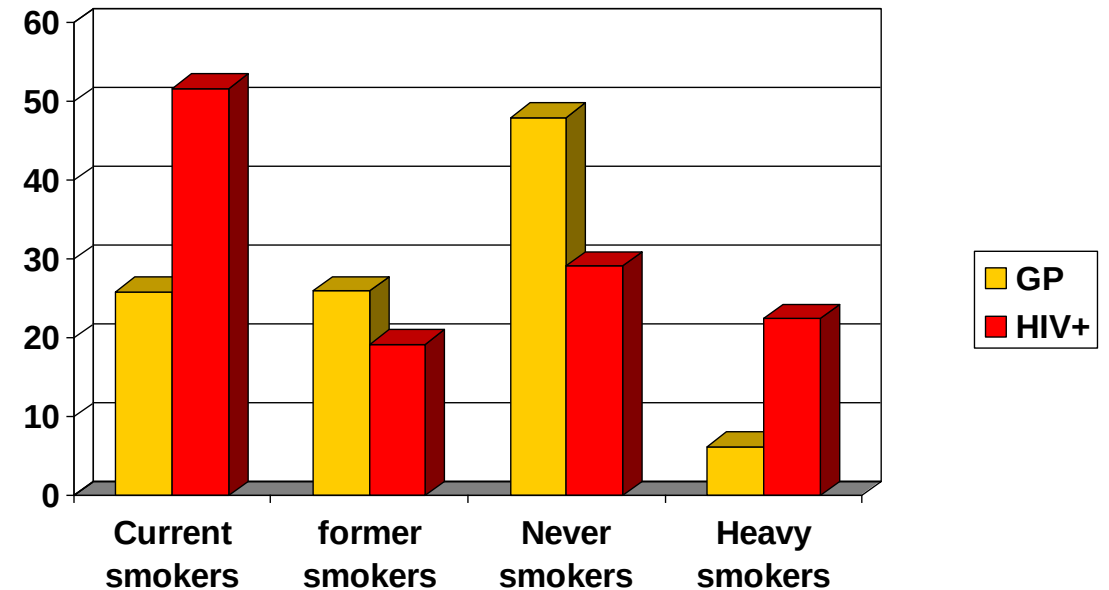
# Smoking habits in HIV-infected people compared with the general population in Italy: a cross-sectional study

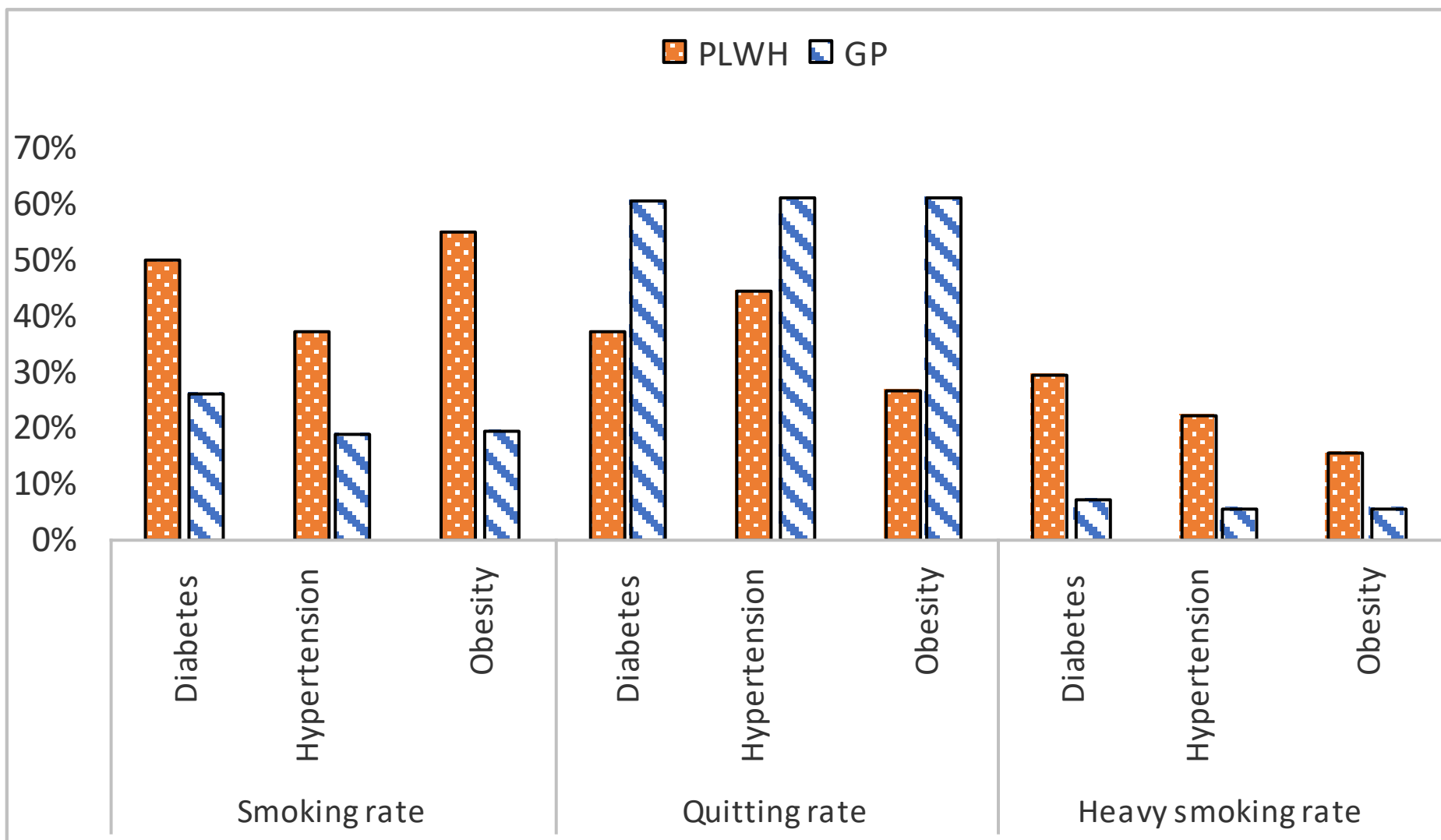


Giuseppe Vittorio De Socio<sup>1,2\*</sup>, Marta Pasqualini<sup>3</sup>, Elena Ricci<sup>4</sup>, Paolo Maggi<sup>5</sup>, Giancarlo Orofino<sup>6</sup>, Nicola Squillace<sup>7</sup>, Barbara Menzaghi<sup>8</sup>, Giordano Madeddu<sup>9</sup>, Lucia Taramasso<sup>10,11</sup>, Daniela Francisci<sup>1</sup>, Paolo Bonfanti<sup>12</sup>, Francesca Vichi<sup>13</sup>, Marco dell'Omo<sup>14</sup>, Luca Pieroni<sup>2</sup> and On behalf of CISAI study group

**Methods:** Multi-center cross-sectional study. Smoking habits were compared between PLWH and the general population. The comparison group from the general population was derived from a survey performed by the National Statistics Institute (ISTAT), with a stratified random sampling procedure matching 2:1 general population subjects with PLWH by age class, sex, and macro-area of residence.

**Results:** The total sample consisted of 1087 PLWH (age  $47.9 \pm 10.8$  years, male 73.5%) and 2218 comparable subjects from the general population.







# Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1

17 Dicembre 2015



## Gestione del paziente a rischio elevato

L'entità della stima del rischio cardiovascolare globale giustifica l'intensità degli sforzi da dedicare alla prevenzione delle malattie cardiovascolari [AII] [13-15].

| STRATEGIE DI INTERVENTO        | RACCOMANDAZIONI                                                                                                                                                             | RACCOMANDAZIONE (FORZA/EVIDENZA) | RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Interventi sugli stili di vita | La sospensione del fumo di sigaretta è l'intervento preventivo più efficace nel controllo del rischio cardiovascolare e una riduzione della mortalità globale del paziente. | [AII]                            | [16]                      |
|                                | L'attività fisica aerobica eseguita per non meno di 30 minuti 3 volte la settimana riduce il rischio cardiovascolare.                                                       | [AII]                            | [17]                      |

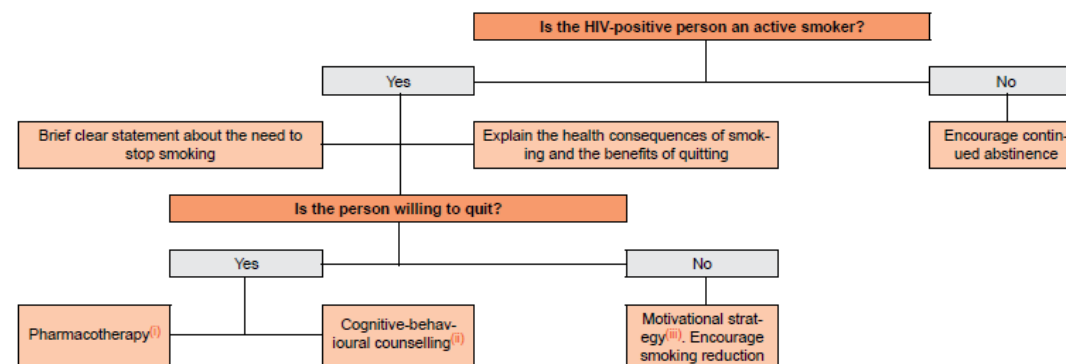
Tabella 1 - Norme generali di prevenzione oncologica.

| STRATEGIA DI PREVENZIONE                                                                                                                                                                                                                         | RACCOMANDAZIONE (FORZA/EVIDENZA) | RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Inizio precoce della terapia antiretrovirale*, le modificazioni dello stile di vita (interruzione del fumo ed astinenza da alcolici) e la terapia delle infezioni da HBV/HCV rappresentano i più importanti strumenti di prevenzione oncologica. | [AI]                             | [5,7,10,12,15,16]         |

\*I pazienti coinfecti con HPV e con nadir di T CD4+ < 200 cellule/μL e/o viremia HIV persistentemente elevata (>100.000 cp/mL), rimangono ad alto rischio di neoplasie anogenitali invasive da HPV, anche dopo il recupero viroimmunologico [12].

## Smoking cessation

HIV-positive tobacco users should be made aware of the substantial health benefits of smoking cessation which include reducing the risk of tobacco-related diseases, slowing the progression of existing tobacco related disease, and improving life expectancy by an average of 10 years. Regularly consider the following algorithm with two major questions:



# Is It Feasible to Impact on Smoking Habits in HIV-Infected Patients? Mission Impossible From the STOPSHIV Project Cohort

Giuseppe Vittorio De Socio, MD, PhD,<sup>a</sup> Elena Ricci, PhD,<sup>b</sup> Paolo Maggi, MD,<sup>c</sup> Giancarlo Orofino, MD,<sup>d</sup> Nicola Squillace, MD,<sup>e</sup> Barbara Menzaghi, MD,<sup>f</sup> Giordano Madeddu, MD,<sup>g</sup> Antonio Di Biagio, MD,<sup>h</sup> Daniela Francisci, MD,<sup>a</sup> Paolo Bonfanti, MD,<sup>i</sup> Francesca Vichi, MD,<sup>j</sup> and Marco dell'Omo, MD,<sup>k</sup>  
For the CISAI study group

IQ:1

**Objective:** Assessment of the feasibility and effectiveness of a brief intervention for smoking cessation in people living with HIV (PLWH).

**Setting:** Multicenter cohort prospective study involving PLWH from 10 Italian infectious disease centers.

**Methods:** During routine HIV care, clinicians delivered the 5As brief intervention (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) to each patient who enrolled in the study, following the European AIDS Clinical Society guidelines. At study end, participating clinicians evaluated their own adherence to intervention: “standard” if counseling was delivered in at least half of the follow-up visits, “soft” if less. The main outcome measure was smoking abstinence  $\geq 6$  months. Abstinence predictors were evaluated using a Cox-proportional hazard regression model.

**Results:** One thousand eighty-seven PLWH-patients (age  $47.9 \pm 10.8$ , male 73.5%) were followed for a median of 23 months (interquartile

range 21–25). At baseline, current smokers were 561 (51.6%). Standard intervention was performed in 4 of 10 centers and included 343 smokers; soft intervention was performed in 6 centers (218 smokers). At last visit, 35 patients in standard (10.8%) and 6 in soft intervention (2.8%) achieved self-reported tobacco abstinence  $\geq 6$  months ( $P = 0.0009$ ). Overall, the 5As intervention led to 7.3% 6-month interruptions. In the multivariable analysis, significant predictors for 6-month smoking cessation were: lower Fagerström score, stage of change (preparation/contemplation vs. precontemplation), and standard intervention.

**Conclusion:** Adherence to the 5As brief intervention emerged as a critical factor for success. In fact, compared with soft intervention, the standard intervention significantly increased abstinence, highlighting that clinicians need more time and supporting tools to encourage PLWH to quit smoking.

**Key Words:** smoking, tobacco, Fagerström, nicotine dependence, HIV, AIDS, cardiovascular disease

(*J Acquir Immune Defic Syndr* 2020;00:1–8)



# PROJECT STOP Smoking in HIV patients STOPS HIV

## THE BRIEF TOBACCO INTERVENTION

### The 5As

#### ASK about tobacco use:

*"Do you currently smoke or use other forms of tobacco?"*

#### ADVISE the patient to quit:

*"Quitting tobacco is one of the best things you can do for your health. I strongly encourage you to quit. Are you interested in quitting?"*

#### ASSESS readiness to quit:

*"Are you interested in quitting tobacco?"*

#### ASSIST the patient in quitting:

**IF READY TO QUIT:** Provide brief counseling and medication (if appropriate). Refer patients to other support resources that can complement your care (e.g., quitlines, Smokefree.gov, SmokefreeTXT, BeTobaccoFree.gov, group counseling).

For tips on how to offer brief counseling, see:  
[www.ahrq.gov/path/tobacco.htm](http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm).

**IF NOT READY TO QUIT:** Strongly encourage patients to consider quitting by using personalized motivational messages. Let them know you are there to help them when they are ready.

#### ARRANGE for follow up:

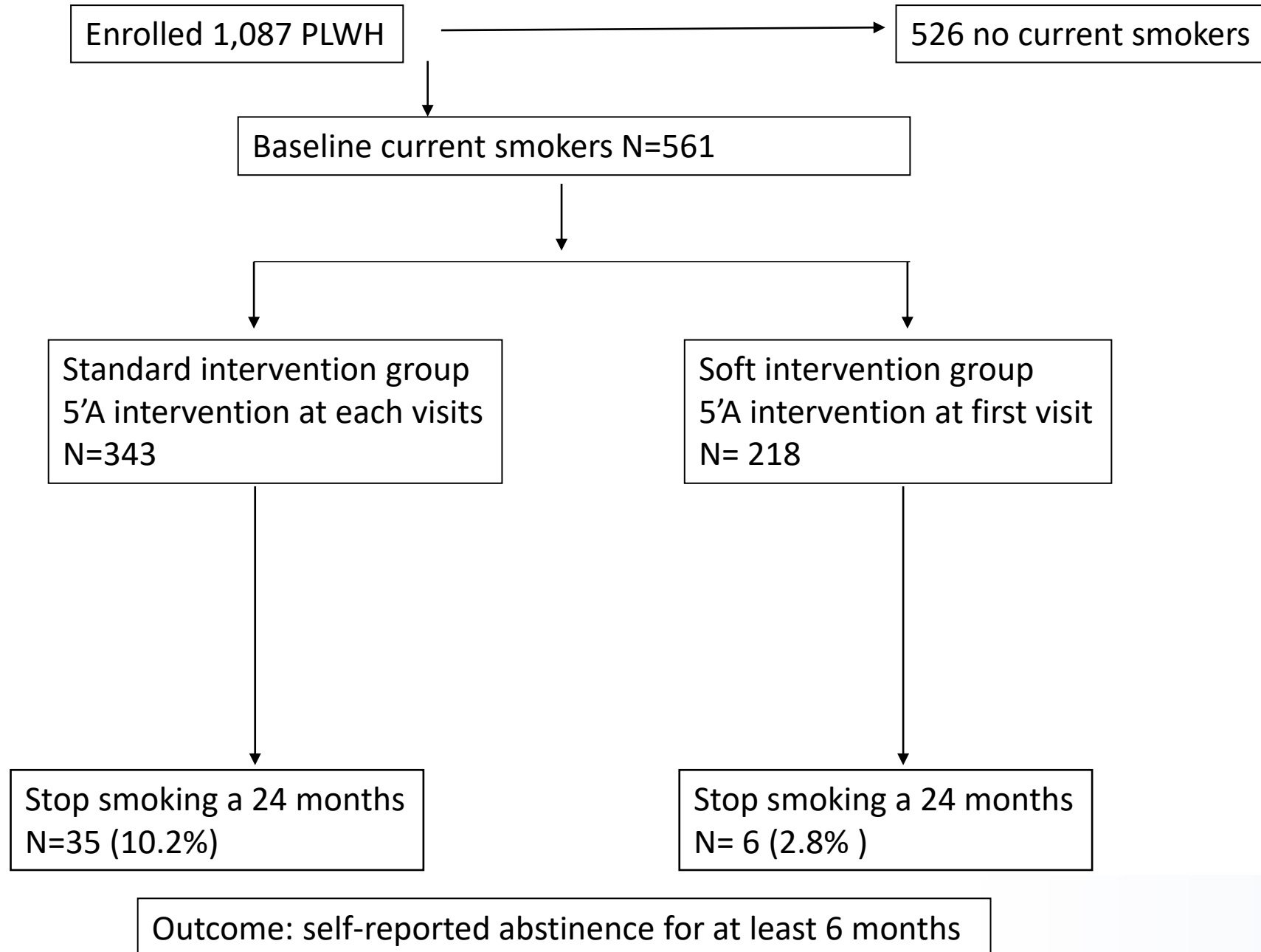
Follow up regularly with patients who are trying to quit.



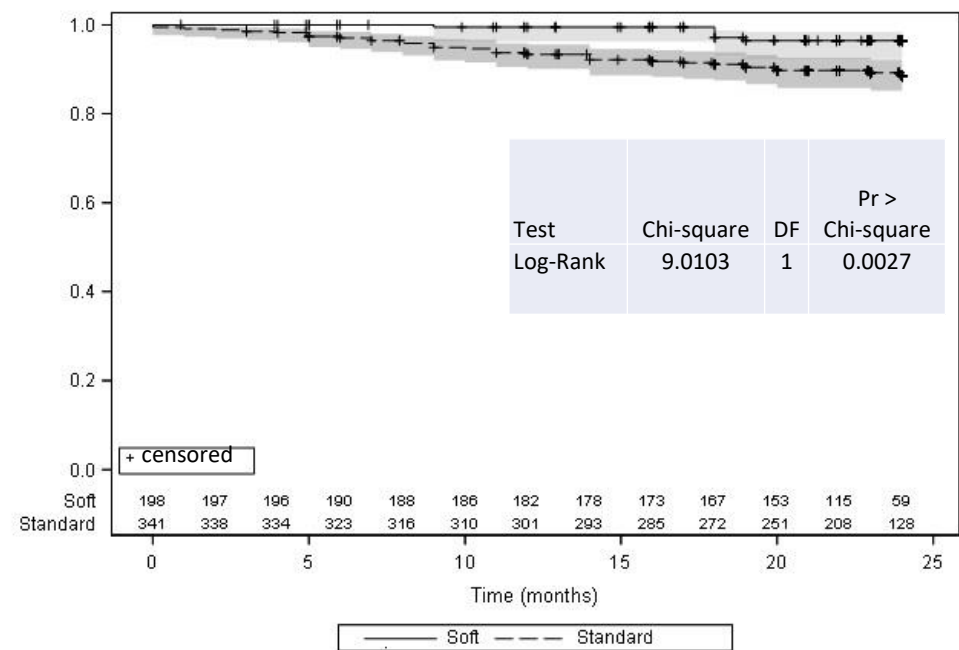
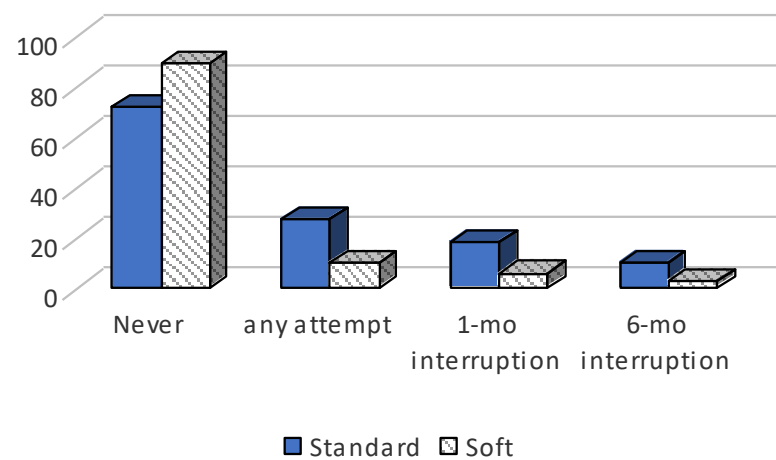
**Objective.** Program of implementation the smoking cessation clinical practice guidelines in HIV patients. To assist patients who wanted to quit smoking by means a structured smoking cessation intervention.

- Consecutive HIV-patients from outpatient clinic of Perugia
- We evaluated the nicotine dependence by Fagerstrom test, and the propensity to stop by a standardized questionnaire.
- All patients received a brief clinical interventions including clinician advice and follow-up according the 5 A's method.
- Patients motivated to quit smoking were addressed to specialist smoking cessation service center.
- The main efficacy outcome was self reported 6 months of abstinence in two years of follow-up.





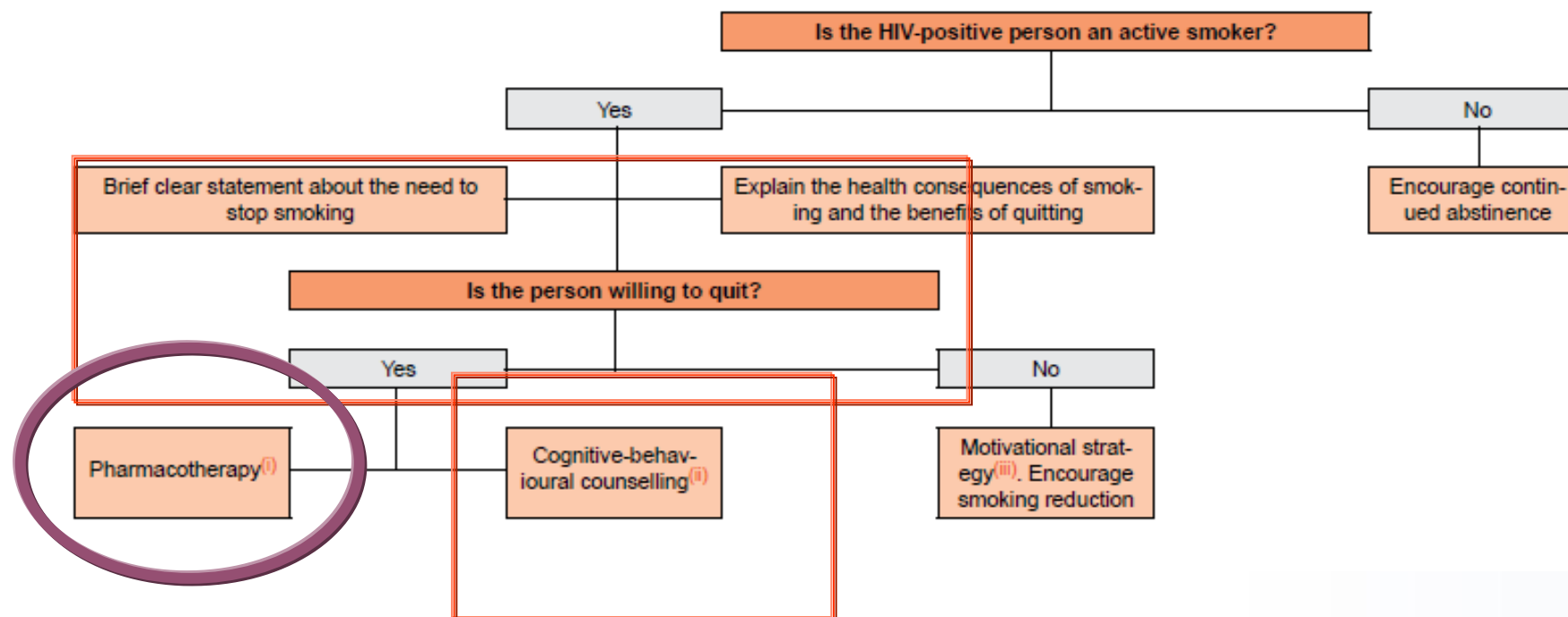
Smoking cessation by intervention group (%)





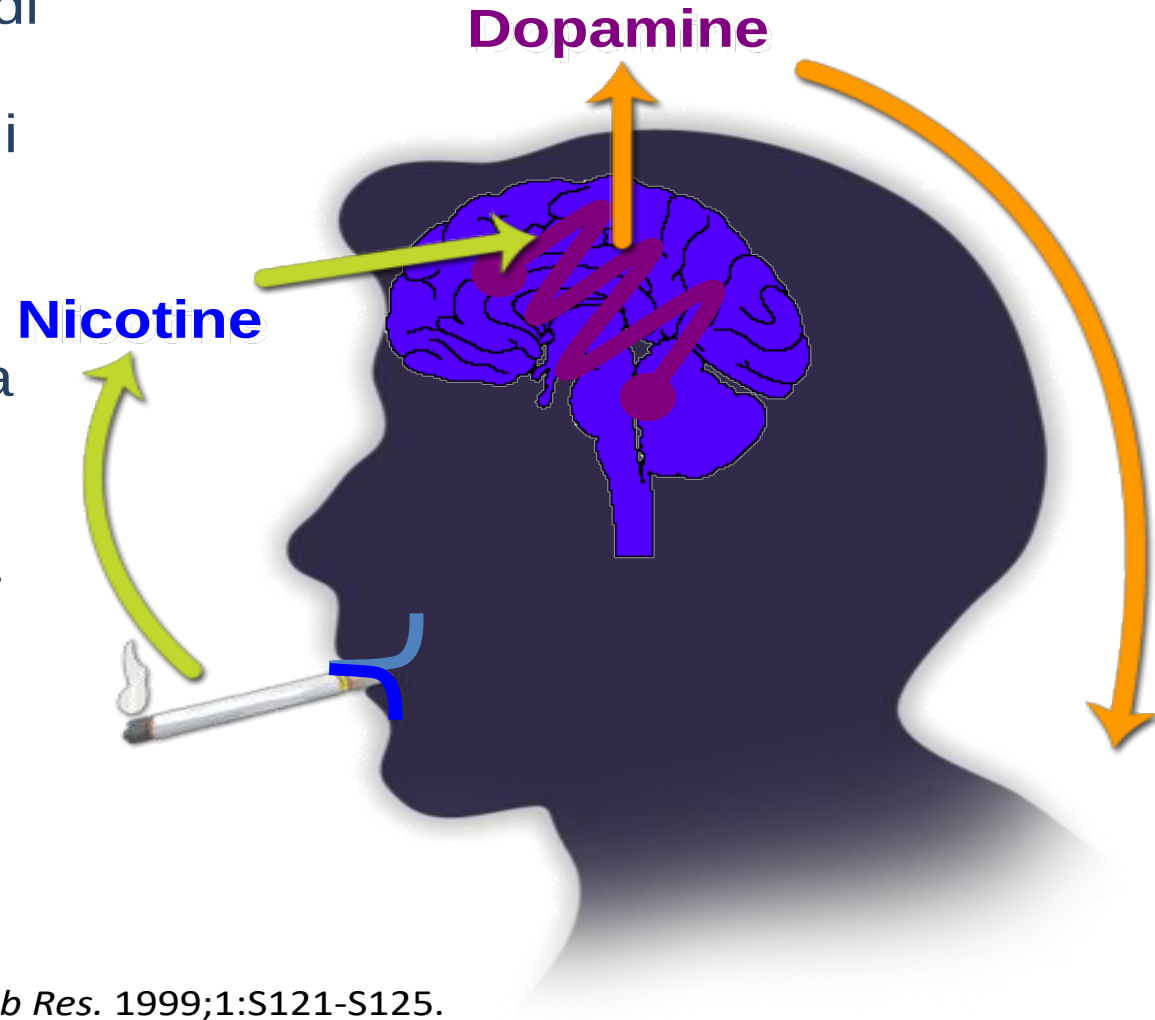
## Smoking cessation

HIV-positive tobacco users should be made aware of the substantial health benefits of smoking cessation which include reducing the risk of tobacco-related diseases, slowing the progression of existing tobacco related disease, and improving life expectancy by an average of 10 years. Regularly consider the following algorithm with two major questions:



# Il ciclo della dipendenza da nicotina

- Il legame della nicotina col recettore induce il rilascio di **dopamina**
- La dopamina produce sensazione di **piacere e di calma**
- La dopamina decresce nella fase di astinenza e produce sintomi di **irritabilità e di stress**
- I fumatori desiderano (**craving**) fumare per ripristinare la calma e la sensazione di benessere
- I fumatori tendono in genere a ricercare la situazione di **massima compensazione dei sintomi di astinenza e craving**



- Il trattamento del tabagismo, come per tutte le dipendenze, non può essere affidato solo ai farmaci e **non consiste nella somministrazione di un farmaco.**

- **Nessuna “pillola magica”** può far smettere di fumare

- Tutti i trattamenti devono **integrare** un approccio psicologico/comportamentale con uno sanitario e farmacologico

- Anche la valutazione deve essere **multiarea/ multidisciplinare**



Tinghino, 2016

# Intervento minimo (Minimal Advice)



1. Fuma?
2. Ha mai pensato di smettere?
3. Sa che esistono metodi efficaci che possono aiutarla a smettere?

# Terapie farmacologiche per la cessazione del tabagismo

## FARMACI DI PRIMA LINEA

- sostituti della nicotina  
(nicotine replacement therapy, NRT)
- vareniclina
- bupropione

## FARMACI DI SECONDA LINEA

- citisina
- nortriptilina
- clonidina



# NRT: preparati farmaceutici

- riducono il desiderio di fumare e altri sintomi della sindrome di astinenza
- efficacia doppia rispetto al placebo, non comportano solitamente rilevanti effetti collaterali
- prescritta a soggetti che fumano più di 10 sigarette al giorno

# NRT: preparati farmaceutici

- cerotti
- inalatore
- spray orale
- gomme da masticare
- compresse ("microtab") e pastiglie

# Efficacia dei farmaci per il trattamento della dipendenza da nicotina

| Drug                 | American guideline |               | Cochrane Reviews |                  |
|----------------------|--------------------|---------------|------------------|------------------|
|                      | No. of trials      | OR (95% CI)   | No. of trials    | OR (95% CI)      |
| Placebo              | 80                 | 1             | -                | 1                |
| NRT                  |                    |               |                  |                  |
| Patch (6-14 weeks)   | 32                 | 1.9 (1.7-2.2) | 41               | 1.66 (1.53-1.81) |
| Gum (6-14 weeks)     | 15                 | 1.5 (1.2-1.7) | 53               | 1.43 (1.33-1.81) |
| Nasal nebulizer      | 4                  | 2.3 (1.7-3.0) | 4                | 2.02 (1.49-3.73) |
| Inhaler              | 6                  | 2.1 (1.5-2.9) | 4                | 1.90 (1.36-2.67) |
| Tablets              | -                  | -             | 6                | 2.00 (1.63-2.45) |
| Bupropione           | 26                 | 2.0 (1.8-2.2) | 19               | 1.94 (1.72-2.19) |
| Varenicline(2mg/24h) | 5                  | 3.1 (2.5-3.8) | 7                | 2.33 (1.95-2.80) |
| Nortrptyline         | 5                  | 1.8 (1.3-2.6) | 4                | 2.34 (1.61-3.41) |
| Clonidine            | 3                  | 2.1 (1.2-3.7) | 6                | 1.89 (1.30-2.74) |

CI, confidence interval; OR, odds ratio; NRT, nicotine replacement therapy.

*M. Calvo-Sanchez and E. Martinez, 2015 (modificata)*

# NRT - cerotti

## Dosaggio

- 10, 15 mg/16 ore
- 7, 14, 21 mg/24 ore

| Settimane di terapia |         |   |   |         |    |
|----------------------|---------|---|---|---------|----|
| Sig./die             | 0       | 1 | 2 | 4       | 8  |
|                      | 12      |   |   |         |    |
| 10-14                | 14      |   |   | 7       |    |
| 15-19                | 21      |   |   | 14      | 7  |
| 20-29                | 14 + 14 |   |   | 21      | 14 |
| 30-40                | 21 + 14 |   |   | 14 + 14 | 21 |
|                      |         |   |   | 14      | 7  |

# NRT - inalatore

- aspirare sia superficialmente che profondamente al bisogno
- una cartuccia da 15 mg rilascia una dose di nicotina equivalente a quella di 7-8 sigarette
- una volta esaurita la cartuccia, è necessario sostituirla





# NRT - effetti avversi

## **Cerotto**

- reazioni cutanee locali
- insonnia

## **Inalatore e spray**

- irritazione del cavo orale
- singhiozzo (spray)

## **Gomme da masticare, pastiglie e compresse**

- irritazione del cavo orale
- epigastralgia

# **NRT**

## **controindicazioni/precauzioni**

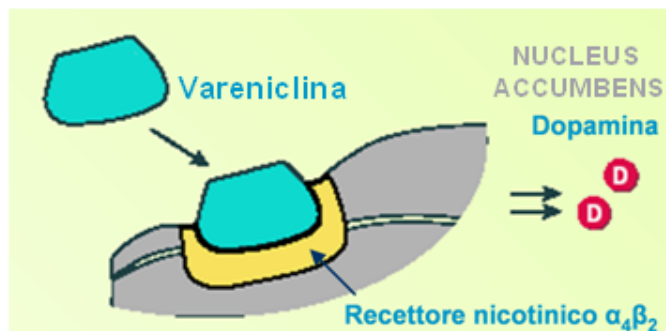
- dermatiti diffuse, psoriasi (cerotto)
- recente infarto del miocardio, angina instabile, gravi aritmie
- gravidanza, allattamento
- età <18 anni
- protesi dentarie (gomme da masticare)

# Vareniclina

- il più recente farmaco, introdotto nel 2006
- si lega ai recettori neuronali nicotinici dell'acetilcolina (nAChR) all'interno della zona tegmentale ventrale del cervello, provocando il rilascio della dopamina nel nucleo accumbens

# Vareniclina - meccanismo d'azione

## Assenza di nicotina



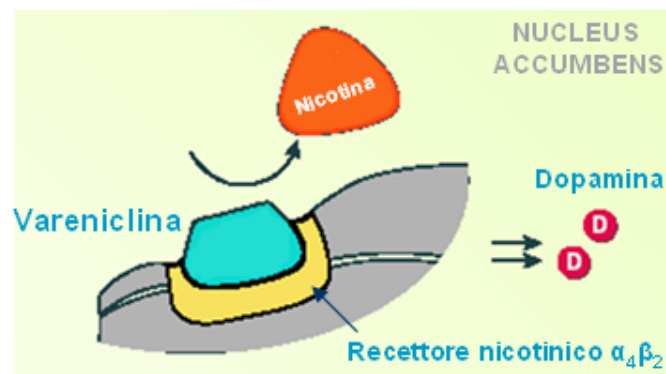
### Agonista parziale

- Legame ad alta affinità ai recettori nicotinici  $\alpha_4\beta_2$
- *Turnover* di dopamina ridotto rispetto alla stimolazione nicotinic

#### Prospettive terapeutiche:

- controllo dei sintomi da sospensione
- controllo del *craving*

## Presenza di nicotina



### Antagonista

- Legame preferenziale per i recettori nicotinici  $\alpha_4\beta_2$
- *Turnover* di dopamina ridotto rispetto alla stimolazione nicotinic

#### Prospettive terapeutiche:

- controllo dei sintomi da sospensione
- controllo del *craving*
- minor piacere nel fumare
- prevenzione delle ricadute

# Vareniclina - indicazioni

- patologie cardiovascolari stabili
- sindrome coronarica acuta
- arteriopatia periferica
- malattia tumorale attiva e in trattamento
- BPCO

## Rimborsabilità

ALLEG.

Piano Terapeutico per la prescrizione di  
(Vareniclina tartrato) per il trattamento della cessazione dell'abitudine al fumo nei pazienti adulti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e in prevenzione secondaria di patologie cardiovascolari.

(Da compilarsi ai fini della rimborsabilità da parte dei CENTRI ANTIFUMO individuati dalle Regioni e da consegnare al paziente in formato cartaceo. Piano terapeutico rinnovabile dopo 12 settimane).

Azienda Sanitaria: \_\_\_\_\_

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

Nome e cognome del medico prescrittore: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

## Vareniclina - posologia

| giorno             | dose                   |
|--------------------|------------------------|
| 1-3                | 0,5 mg una volta al dì |
| 4-7                | 0,5 mg due volte al dì |
| 8-fine trattamento | 1 mg due volte al dì   |



# Vareniclina - precauzioni

- non è necessario un aggiustamento del dosaggio nei pazienti con compromissione della funzionalità epatica
- usato con cautela nei pazienti con storia di epilessia o in altre condizioni di abbassamento della soglia epilettogena

# Vareniclina e funzionalità renale

| insufficienza renale                      | clearance creatinina (ml/min) | Champix                         |
|-------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| lieve                                     | Tra $\leq 80$ e $> 50$        | nessun aggiustamento della dose |
| moderata                                  | Tra $\leq 50$ e $\geq 30$     | nessun aggiustamento della dose |
| moderata + reazioni avverse non tollerate | Tra $\leq 50$ e $\geq 30$     | 1 mg una volta al giorno        |
| severa                                    | $< 30$                        | 1 mg una volta al giorno        |
| terminale                                 |                               | non indicato                    |

# Vareniclina - effetti collaterali

## Effetti collaterali molto comuni (più di una persona su 10)

Nausea (28.6%),

Cefalea, insonnia, alterazione dell'attività onirica

## Effetti collaterali comuni (più di una persona su 100)

Aumento dell'appetito, alterazioni del gusto, secchezza delle fauci

Sonnolenza, stanchezza, capogiro,

Vomito, stipsi, diarrea, disturbi gastrici

## Effetti collaterali non comuni (più di una persona su 1000)

Infezioni del torace, infiammazioni dei seni, febbre, sensazione di freddo, malessere, tosse, raucedine, perdita di appetito, sensazione di sete, aumento di peso, sensazione di panico, difficoltà del pensiero, oscillazioni dell'umore, tremori, difficoltà di coordinazione, irrequietezza, aumento pressione arteriosa

Controllo delle transaminasi

\*2021: temporaneo ritiro dal commercio, problemi di produzione

Da agosto 2019 gli ambulatori della clinica di Malattie Infettive di Perugia hanno iniziato ad offrire ai pazienti HIV-positivi assistenza attiva alla disassuefazione al fumo di sigaretta.

E' stata quindi indagata l'abitudine tabagica all'interno della popolazione afferente agli ambulatori da questo periodo in avanti

| Pazienti<br>Totali afferiti | Fumatori    | Non fumatori | Dato non<br>disponibile |
|-----------------------------|-------------|--------------|-------------------------|
| 748                         | 274 (36,6%) | 442 (59%)    | 29 (3,8%)               |

|                                               |                         |
|-----------------------------------------------|-------------------------|
| Età media (anni)                              | 50                      |
| Età media dell'inizio dell'abitudine tabagica | 17                      |
| Maschi, Femmine                               | 206 (75,1%), 68 (24,8%) |
| Caucasici                                     | 237 (86,4%)             |

I pazienti fumatori sono stati sottoposti ad un intervento clinico breve (1'-2') volto ad informarli riguardo la possibilità di assistenza mediante counselling e terapia specifica.

I pazienti interessati ad un tentativo di interruzione ovvero quelli nella "fase di contemplazione" e/o "determinazione", hanno ricevuto un ulteriore intervento (3'-10') volto a stimolare e/o rafforzare la riflessione sulla reale possibilità di smettere di fumare

Ai soggetti che hanno mostrato un concreto interesse nell'interruzione dell'abitudine al fumo sono stati esposti i due percorsi di disassuefazione disponibili definiti dall'utilizzo di:

**PRODOTTI SOSTITUTIVI  
DELLA NICOTINA**  
(cerotti, inhaler)

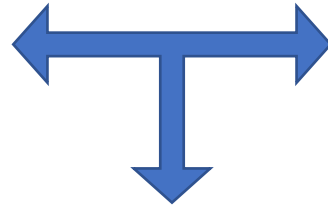
**VARENICLINA**

Il tipo di intervento, concordato con il paziente, è stato associato ad un supporto mediante incontri dedicati e contatti telefonici.

# PERCORSO 1

Prescrizione cerotto  
e/o inalatore

Concomitante  
interruzione del fumo



**Rivalutazione 4/6 settimane**

Eventuale riduzione della  
dose di nicotina



**Rivalutazione 2/4 settimane**

Eventuale riduzione della  
dose di nicotina



**Rivalutazione 2/4 settimane**

Eventuale  
riduzione\interruzione  
della dose di nicotina

## PERCORSO 2

Prescrizione vareniclina  
(confezione di inizio terapia)

Definizione data  
interruzione fumo  
(II settimana di terapia)

Rivalutazione entro la fine della seconda settimana  
dopo la data stabilita per l'interruzione del fumo

**FUMO NO**

**FUMO SI**

valutare  
introduzione  
inhaler

Prescrizione delle confezioni di  
mantenimento

Prescrizione delle confezioni di  
mantenimento e definizione di un ulteriore  
data di interruzione del fumo

Rivalutazione pretermine  
terapia (VII/VIII settimana)

Rivalutazione 2 settimane

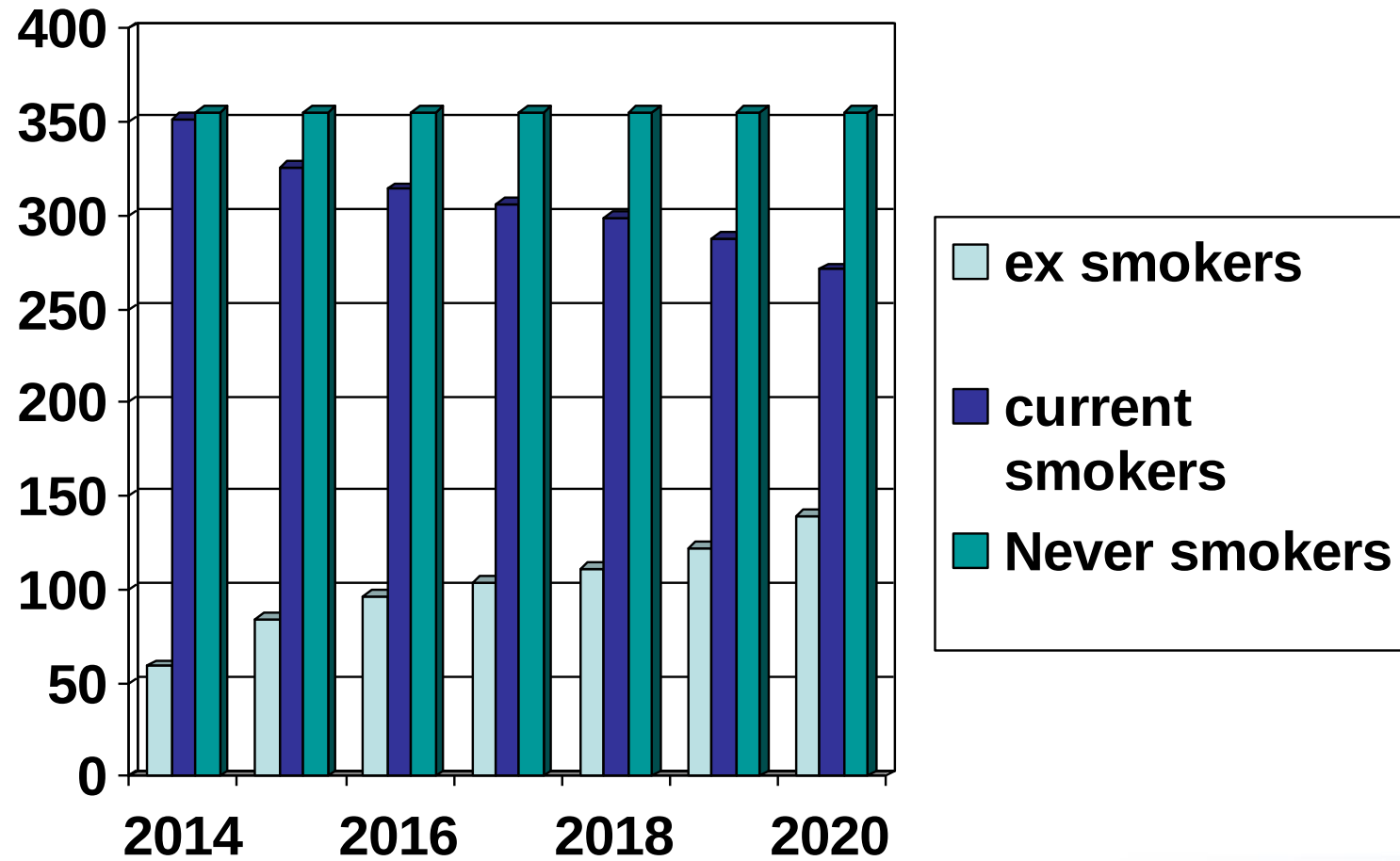
Completamento terapia

**FUMO NO**

**FUMO SI**

**FALIMENTO**





- **Prospettive coorte CISAI**

Implementare la pratica clinica quotidiana offrendo regolarmente (con priorità) un intervento per favorire l'interruzione dell'abitudine tabagica.

Valutare nel tempo nella coorte del gruppo CISAI efficacia dell'intervento che abbiamo fatto (per come è stato realmente)

Valutare eventi clinici: mortalità, eventi CV, neoplasie nei fumatori senza interruzione vs non fumatori (mai fumo) vs fumatori con interruzione di almeno 1 anno

# Key Take-Home Messages

- Il fumo di tabacco è molto più comune tra le persone HIV+ che nella popolazione generale.
- Le persone HIV+ esprimono il desiderio di saperne di più sul fumo e sul suo impatto sul proprio stato di HIV.
- Esistono numerosi interventi efficaci per smettere di fumare.
- Sia il counseling che i farmaci sono efficaci come interventi autonomi per il trattamento della dipendenza da tabacco, ma sono più efficaci se usati in combinazione.
- Smettere di fumare è più difficile per PLWH. Di conseguenza, interventi meno intensivi come semplici e generiche raccomandazioni sono insufficienti.
- Alcuni possono beneficiare di interventi più intensivi come la consulenza ripetuta, la sostituzione della nicotina e l'assistenza psichiatrica.



Gonfalone processionario del 1526 attribuito a Berto di Giovanni conservato nella cattedrale di San Lorenzo a Perugia  
Si invoca l'intercessione della madonna per la grave pestilenza che ha colpito la città.



**DOC**CONGRESS

© 2021 Doc Congress S.r.l.  
All rights reserved