

SURVEY

La Survey on line 'Diabete e Fumo': risultati e commenti

On line 'Diabetes and Smoking' Survey: results and comments

A. Del Prete¹, C. Brufani², L. Coraggio³, M. Dainelli⁴, I. Giordani⁵, a nome del Gruppo di lavoro AMD-SID Lazio 'Diabete e dipendenze'

¹UOSD Diabetologia, ASL Viterbo. ²UOC Diabetologia e Dietologia, ASL Roma 1, ³Dipartimento di Medicina Sperimentale, "Sapienza" Università di Roma. ⁴ACISMOM, Viterbo. ⁵ACISMOM Togliatti, Roma.

Corresponding author: delprete.a@gmail.com

Abstract

Cigarette smoking increases the risk of micro and macrovascular complications among subjects with diabetes. Smoking is also associated with both beta-cell function deterioration and insulin resistance.

In the modern approach to the management of the global cardiovascular risk of the diabetic patient, cigarette smoking needs the same attention as other major factors (glycaemia, blood pressure and cholesterol). The prevalence of smokers, according to the AMD 2020 Annals, is 16,9% among type 2 diabetic patients and 25,9% among type 1 diabetic patients. These rather high percentages, in line with the overall population data, suggest the need of a greater and more effective engagement by diabetes team to discouraging smoking. The 'Diabetes and Smoking' Survey was designed by the 'Diabetes and Addictions' AMD-SID Lazio Working Group in order to analyze the perception that diabetologists have of smoking, to explore their specific knowledge of the smoking treatment, to highlight the interventions adopted to discourage smoking and to identify critical issues in clinical practice.

The Survey has shown, first of all, the need to sensitize diabetologists to the topic of smoking: not everyone believes that smoking is addictive and not everyone adequately investigates it in anamnesis and includes it in medical records. The Survey also identified specific knowledge required on treatments for cigarette smoking addiction: diabetologists know little about drugs for smoking treatment, have false beliefs about new devices for smoking (electronic cigarettes and heated tobacco) and are little or not in contact with Anti-Smoking Centers.

Currently, the intervention strategy preferred by diabetologists is to inform patients about smoking-related damage, an approach of proven low efficacy (knowledge is not enough to change behaviors).

Psychologists are rarely part of the diabetes Team, but even when this happens, they are not involved in the smoking addiction treatment.

Finally, the Survey highlighted that the main obstacle perceived by diabetologists in the fight against smoking is the lack of a structured care process.



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation A. Del Prete, C. Brufani, L. Coraggio, M. Dainelli, I. Giordani (2020). La Survey on line 'Diabete e Fumo': risultati e commenti. JAMD Vol. 23/3

DOI 10.36171/jamd.20.23.3.4

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received August, 2020

Accepted September, 2020

Published November, 2020

Copyright © 2020 Del Prete. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding The Authors received no specific funding for this work.

Competing interest The Authors declare no competing interests.

The objective of the 'Diabetes and Addictions' Working Group is filling the gap between overall diabetes care (control and improvement of any micro and macrovascular risk factor) and smoking addiction treatment.

KEY WORDS addiction; cessation; minimal advice; anti-smoking centers; structured care process.

Riassunto

Il fumo di sigaretta nel soggetto diabetico amplifica il rischio di complicanze micro e macrovascolari della malattia ed è implicato nel deterioramento sia della funzione beta-cellulare che della sensibilità insulinica.

Nel moderno approccio alla gestione del rischio cardiovascolare globale del paziente diabetico il fumo meriterebbe un'attenzione pari a quella riservata agli altri fattori (glicemia, pressione arteriosa e colesterolo). La prevalenza di soggetti fumatori secondo gli Annali AMD 2020 è 16,9% tra gli affetti da diabete tipo 2 e 25,9% tra gli affetti da diabete tipo 1. Tali percentuali piuttosto elevate ed in linea con i dati della popolazione generale, suggeriscono la necessità di un impegno maggiore e più efficace del Team diabetologico nella disincentivazione del tabagismo tra i propri assistiti. La Survey 'Diabete e fumo' è stata progettata dal Gruppo di Lavoro AMD-SID Lazio 'Diabete e dipendenze' allo scopo di analizzare la percezione che i diabetologi hanno del fumo, esplorare le loro conoscenze specifiche sul trattamento del tabagismo, evidenziare gli interventi da loro adottati per disincentivare il tabagismo ed individuare le criticità incontrate al riguardo nella pratica clinica. La Survey ha dimostrato innanzitutto la necessità di sensibilizzare i diabetologi al tema del tabagismo: non tutti ritengono che il fumo crei dipendenza e non tutti lo indagano adeguatamente in anamnesi registrando anche il dato in cartella. La Survey ha inoltre individuato specifici bisogni formativi sulla gestione della dipendenza dal fumo di sigaretta: i diabetologi conoscono poco i farmaci per il trattamento del tabagismo, hanno falsi convincimenti a proposito dei nuovi dispositivi per fumare (sigarette elettroniche e tabacco riscaldato) e sono poco/per niente in contatto con i Centri Anti-fumo. La strategia di intervento preferita dai diabetologi è informare i pazienti sui danni fumo-correlati, approccio di dimostrata scarsa efficacia (non bastano le conoscenze a cambiare i comportamenti). La figura professionale dello psicologo è poco presente all'interno del Team, ma comunque i Servizi di dia-

betologia che ne dispongono non la coinvolgono nell'ambito della gestione del tabagismo. La Survey ha infine evidenziato che il principale ostacolo percepito dai diabetologi nella 'lotta al fumo' è la mancanza di un percorso strutturato da proporre ai pazienti. Il Gruppo di Lavoro 'Diabete e Dipendenze' si pone come proprio obiettivo quello di colmare il gap attualmente esistente tra assistenza diabetologica globale (intesa come controllo e miglioramento di ogni fattore di rischio micro e macrovascolare) e trattamento del tabagismo.

PAROLE CHIAVE dipendenza; disassuefazione; minimal advise; centri anti-fumo; percorso strutturato.

Introduzione

La prevalenza del fumo di sigaretta tra i soggetti diabetici è simile a quella della popolazione generale. Secondo il Rapporto nazionale sul fumo 2019, curato dall'Osservatorio su fumo, alcool e droga (OS-SFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia il 22% della popolazione (11,6 milioni) è fumatore. Il fumo di sigaretta è più frequente fra le classi socioeconomiche più svantaggiate (soggetti meno istruiti e/o con maggiori difficoltà economiche) e negli uomini. Il consumo medio giornaliero è di circa 12 sigarette, tuttavia quasi un quarto dei fumatori ne consuma più di un pacchetto⁽¹⁾.

Dagli Annali AMD 2020 emerge che tra i diabetici seguiti presso i Centri partecipanti il 16,9% degli affetti da diabete tipo 2 è fumatore. La percentuale sale al 25,9% tra gli affetti da diabete tipo 1. Tali dati sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli riportati nelle precedenti versioni degli Annali, indicando che nel corso degli anni, nonostante un miglioramento complessivo dell'assistenza diabetologica, non si è assistito ad una diminuzione del numero di fumatori.

È noto che il fumo di sigaretta nel paziente diabetico amplifica sia il rischio cardiovascolare che il rischio di insorgenza e progressione delle complicanze microvascolari del diabete^(2,3). Inoltre, il fumo è riconosciuto come fattore eziologico di molti tipi di cancro; nel soggetto diabetico tale fattore agirebbe su una condizione, la malattia diabetica, già di per sé predisponente all'oncogenesi⁽⁴⁾. Il fumo favorisce anche le infezioni delle vie aeree, laddove anche il diabete è un fattore di rischio per lo sviluppo di infezioni⁽⁵⁾. Infine alcuni studi hanno correlato l'abitudine al fumo con un deterioramento della funzione beta-cellulare e della sensibilità insulinica^(6,7).

Nel moderno approccio al paziente diabetico, caratterizzato dalla gestione intensiva del rischio car-

diovascolare globale, il controllo del 'fattore fumo' meriterebbe un'attenzione pari a quella riservata al controllo della glicemia, della pressione arteriosa e del colesterolo⁽⁸⁾.

Non esistono studi che abbiano valutato l'intervento del diabetologo e del Team diabetologico per disincentivare il tabagismo tra gli assistiti né in prevenzione primaria (per evitare che i pazienti inizino a fumare) né in prevenzione secondaria (per fare in modo che i fumatori smettano).

In assenza di una strategia efficace ed incisiva, il 'fattore fumo' rischia di essere bistrattato e sottovalutato ed è verosimile che la popolazione diabetica, nonostante si tratti di una popolazione a più elevato rischio di base, segua il preoccupante trend presente nella popolazione generale: crescita del tabagismo tra le donne, età di inizio alla sigaretta sempre più precoce (compresa tra i 10 e i 13 anni) e diffusione del fumo da sigaretta elettronica (e-cig) e di tabacco riscaldato^(1,9).

Per quanto riguarda l'aumento della prevalenza del tabagismo tra le donne, occorre ricordare che il fumo è particolarmente dannoso per le donne diabetiche, poiché tra queste la prognosi cardiovascolare è peggiore rispetto ai diabetici di genere maschile⁽¹⁰⁾. Inoltre, sebbene i dati presenti in letteratura sulla prevalenza del fumo tra le donne con diabete pre-gestazionale e gestazionale siano limitati⁽¹¹⁾, è esperienza comune del diabetologo visitare pazienti che continuano a fumare in gravidanza. È noto che il fumo concorre con il diabete quale causa di abortività, IUGR e parto pretermine⁽¹²⁻¹⁴⁾ e sembra che il fumo aumenti il rischio di sviluppare diabete gestazionale⁽¹⁵⁾.

In merito all'iniziazione sempre più precoce al fumo, è evidente l'importanza della precocità di interventi preventivi e terapeutici nella fascia di età pre-adolescenziale e adolescenziale che interessa per lo più i pazienti con diabete di tipo 1.

Per quanto riguarda e-cig e tabacco riscaldato, c'è poca chiarezza nella popolazione ed anche tra i medici su quali siano gli effetti sulla salute di tali dispositivi, essendo essi di recente generazione, presentati dalle ditte produttrici come non dannosi ed adottati comunemente dai fumatori come strumenti per smettere di fumare le sigarette tradizionali. Non esistono studi specifici sull'uso di tali dispositivi nei soggetti diabetici, ma è necessario che il diabetologo abbia chiara l'importanza di disincentivarne l'abitudine tra i pazienti, soprattutto in gravidanza ed in giovane età, alla luce delle recenti raccomandazioni OMS⁽⁹⁾.

Scopo della Survey

La Survey 'Diabete e Fumo' è stata realizzata con i seguenti obiettivi.

1. Analizzare la percezione che il diabetologo ha del fumo: è lui stesso un fumatore? Lo ritiene una dipendenza o semplicemente una cattiva abitudine? Dà importanza al fumo nell'anamnesi del paziente o lo dimentica?
2. Esplorare le conoscenze specifiche dei diabetologi in tema di trattamento del tabagismo: i diabetologi sanno cos'è il Minimal Advise? Quanto ne sanno dei farmaci per la disassuefazione dal fumo? Conoscono i Test per esplorare il grado di dipendenza dal fumo ed il grado di motivazione a smettere di fumare?
3. Evidenziare quali interventi vengano adottati dai diabetologi per disincentivare il fumo tra i propri assistiti: l'aspetto del fumo viene totalmente trascurato durante la visita oppure il diabetologo affronta con i fumatori il tema della necessità della disassuefazione? I fumatori vengono inviati dallo psicologo? Vengono inviati al Centro Anti-fumo?
4. Individuare quali sono nella pratica clinica del diabetologo le criticità che gli impediscono un intervento per disincentivare il fumo: mancanza di tempo? Mancanza di un percorso strutturato?

Materiali e metodi

Tra il 2 marzo e il 15 maggio 2020 ai Soci laziali di AMD e di SID è stata proposta la compilazione in forma anonima della Survey 'Diabete e Fumo' elaborata dal Gruppo di Studio intersocietario 'Diabete e Dipendenze'.

La Survey è stata realizzata usando l'applicazione Moduli Google e consiste in un questionario di 18 domande (17 domande a risposta multipla con possibilità di scegliere solo una risposta tra quelle proposte + 1 domanda a risposta aperta).

Il link per partecipare alla Survey è stato sia pubblicato sui siti regionali delle Società che spedito ai Soci via mail con invito da parte dei Presidenti a partecipare all'iniziativa.

Ad AMD Lazio appartengono 252 Soci, mentre a SID Lazio ne appartengono 269. Ipotizzando che la Survey sia stata valutata dai Soci 'attivi' perché è più probabile che siano questi ad aprire le mail e visitare i siti della Società diabetologiche (Soci 'attivi' = Soci in regola con le quote societarie da oltre 3 anni), il

numero dei Soci destinatari della Survey si restringe rispettivamente a 117 e 119. Ipotizzando che il 30% dei Soci sia iscritto ad entrambe le Società, è verosimile che il numero del campione analizzato sia pari a 165.

Al termine della deadline sono stati analizzati i risultati, avvalendosi dell'elaborazione statistica effettuata dalla stessa applicazione.

Risultati e discussione

Alla Survey hanno risposto 62 diabetologi cioè il 46% del potenziale campione. Per tale motivo la Survey non può ritenersi rappresentativa dell'intera Diabetologia laziale ma ha comunque fornito interessanti spunti di riflessione.

La partecipazione non ottimale, che riduce il potere statistico dello studio, può essere in parte imputabile al fatto che la Survey è stata proposta durante il periodo di emergenza COVID 19 in cui molti colleghi erano distolti da impegni clinici. D'altra parte è anche probabile che molti diabetologi abbiano ignorato la Survey non essendo particolarmente avvezzi al tema del tabagismo e ritenendo il campo della lotta al fumo estraneo alla propria competenza e condotta clinica.

Tale percezione d'altra parte è segnalata diffusamente, anche tra i medici specialisti che trattano patologie fumo-correlate^(16,17). Sul sito dell'AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) viene chiaramente riportato che tra i medici si è ingenerata «l'idea sbagliata che svolgere un intervento per promuovere tentativi di cessazione del fumo sia di esclusiva competenza di esperti addetti ai lavori»⁽¹⁸⁾. Le linee guida sul trattamento del tabagismo prevedono invece un intervento multi-livello e che ogni operatore sanitario abbia un ruolo nella piramide degli interventi.

La maggior parte dei medici partecipanti ha dichiarato di non essere fumatore. La percentuale di fumatori non è tuttavia trascurabile, pari al 24% del campione. Tra questi la maggioranza ha dichiarato di fumare saltuariamente. Tale dato va interpretato con cautela. Vari studi hanno infatti dimostrato che la riferita occasionalità del fumo è un dato spesso distorto perché tra i fumatori c'è una certa tendenza a sottostimare il numero di sigarette fumate e negare il proprio status di fumatore anche per ragioni di desiderabilità sociale⁽¹⁹⁾. Inoltre è noto che, in controtendenza rispetto al resto d'Europa, la prevalenza dei medici fumatori in Italia è perfino più alta rispetto

alla popolazione generale ed è stimata intorno al 30%⁽²⁰⁾. Dalla Survey emerge che non tutti i medici considerano il fumo una dipendenza (Figura 1). Secondo il 30% dei partecipanti si tratta di una 'cattiva abitudine'. La verità scientifica è che il fumo crea dipendenza con complessi meccanismi sia fisici che psicologici e che la sospensione del fumo crea una sindrome da astinenza. Inoltre non esiste una soglia di sicurezza sotto la quale il fumo non produce danni e per stabilire il grado di dipendenza non conta solo il numero di sigarette fumate ma anche la durata del periodo di esposizione⁽²¹⁾.

Secondo la definizione dell'OMS⁽²²⁾, possiamo definire

- 1) non fumatore: una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore;
- 2) fumatore: una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi;
- 3) fumatore occasionale: un fumatore che dichiara di non fumare tutti i giorni;
- 4) fumatore quotidiano: un fumatore che fuma almeno una sigaretta al giorno;
- 5) ex fumatore: una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere attualmente fumatore e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi;

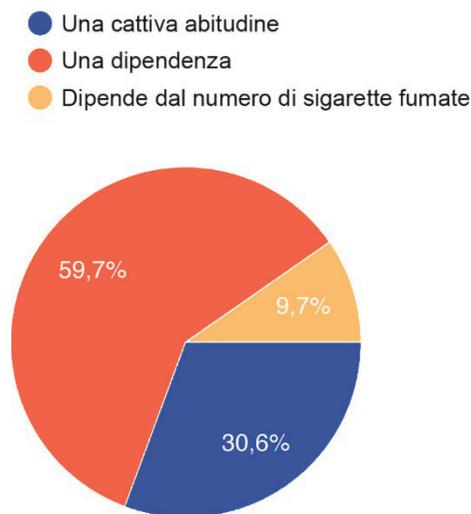


Figura 1 | Come consideri il fumo?

6) fumatore in astensione: una persona che dichiara di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

La dipendenza dal fumo di sigaretta è contemplata sia dal sistema classificativo nosografico ICD 10 che dal manuale DSM. Secondo la ICD 10 la dipendenza da tabacco è diagnosticabile se almeno tre dei seguenti criteri vengono soddisfatti e sono comparsi contemporaneamente almeno per un mese.

1. Desiderio forte o compulsivo di consumare tabacco.
2. Ridotta capacità di controllare l'uso del tabacco; tentativo infruttuoso/desiderio incessante di diminuirne/controllarne l'uso.
3. Sindrome da astinenza fisica alla riduzione della quantità o alla cessazione del consumo del tabacco.
4. Sviluppo di tolleranza.
5. Limitazione all'uso del tabacco: mancanza di interessi, tanto tempo speso per ottenere la sostanza, per usarla e ristabilirsi dai suoi effetti.
6. Uso incessante nonostante l'evidenza di conseguenze dannose.

Per la ICD 10, la diagnosi di astinenza da nicotina viene stabilita se sono soddisfatti due dei sintomi seguenti.

- Forte desiderio (craving)
- Sensazione di malessere/debolezza
- Ansietà
- Umore disforico (oppressione angosciosa, tristezza)
- Irritabilità/irrequietezza
- Insonnia
- Aumento dell'appetito
- Tosse
- Ulcerazioni della mucosa orale
- Difficoltà di concentrazione

Nel DSM V⁽²³⁾ si trovano, formulati in modo leggermente diverso, quasi gli stessi criteri per la dipendenza e l'astinenza da sostanza riportati nella ICD 10.

La maggior parte dei diabetologi ha una esatta percezione della prevalenza del fumo tra i propri pazienti e riferisce percentuali sovrapponibili a quelle riportate dagli Annali AMD 2018⁽²⁴⁾.

I diabetologi per lo più chiedono durante l'anamnesi ai pazienti se siano fumatori.

Il dato del fumo viene però registrato in cartella solo nella metà dei casi (Figura 2).

Il cluster di domande da 9 a 15 è principalmente mirato ad esplorare le conoscenze specifiche in tema di trattamento del tabagismo. Solo il 16% dei diabetologi partecipanti dichiara di aver sentito parlare di 'Minimal Advice'. Il 'Minimal (o Brief) Advice' è l'intervento di I livello raccomandato dalle linee guida nazionali ed internazionali per il trattamento del tabagismo⁽¹⁶⁾. Si tratta di un intervento breve (3-5 minuti), di provata efficacia, adatto a contesti opportunistici: tutti gli operatori sanitari dovrebbero mettere in atto il Minimal Advice con i pazienti fumatori con cui vengono in contatto in qualsiasi contesto clinico (dall'ambulatorio del medico di medicina generale, all'ambulatorio specialistico, al reparto di degenza). Molti diabetologi ignorano la pratica del Minimal Advice e nelle linee guida diabetologiche mancano specifici riferimenti ad esso. Le linee guida cardiologiche dell'ESC (European Society of Cardiology) sulla cardiopatia ischemica hanno invece recepito l'importanza del Minimal Advice e descritto le 5 azioni in cui esso si articola: Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange⁽²⁵⁾.

Su tutto il territorio nazionale operano Centri Anti-Fumo, periodicamente censiti dall'Istituto Superiore di Sanità. L'ultimo censimento è del 2019 e conta 292 Centri distribuiti per il 58% al Nord, il 24% al Sud e nelle Isole e il 18% al Centro. Alcuni hanno sede ospedaliera, altri sede territoriale. I Centri Anti-Fumo rappresentano il terzo livello dell'assistenza al paziente tabagista e offrono trattamenti multidisciplinari di tipo farmacologico e/o psicologico-comportamentale⁽¹⁾. La

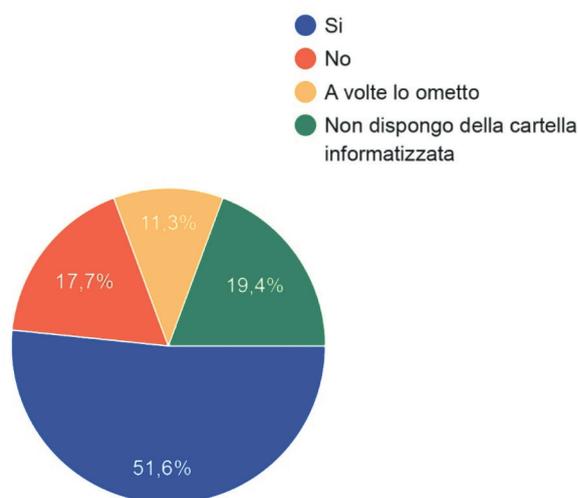


Figura 2 | Registri regolarmente il dato del fumo nella cartella informatizzata?

maggior parte dei diabetologi partecipanti alla Survey ha dichiarato di non essere a conoscenza dell'esistenza di un Centro Anti-Fumo nella propria ASL (Figura 3). Nessuno vi invia regolarmente i propri pazienti fumatori.

Sebbene il Piano per la malattia diabetica della Regione Lazio (2015-2018) abbia incluso la figura

- Si e talora vi invio i pazienti fumatori che seguo
- Si e vi invio regolarmente i pazienti fumatori che seguo
- Si ma non vi ho mai inviato pazienti
- Non so se c'è
- So che non c'è

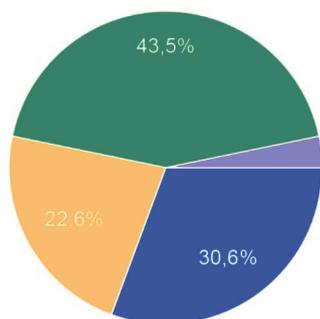


Figura 3 | Sei a conoscenza dell'esistenza di un Centro Anti-Fumo nella ASL in cui lavori?

dello psicologo all'interno del Team diabetologico, il numero di Centri in cui tale figura professionale è presente è ancora insufficiente. Nella Survey il 39% circa dei partecipanti ha affermato di lavorare a contatto con uno psicologo. Nei Centri dove opera, lo psicologo è raramente coinvolto in attività specifiche strutturate riguardanti la prevenzione e terapia del tabagismo.

La larga maggioranza dei diabetologi partecipanti ha dichiarato di cercare di disincentivare il fumo tra i propri assistiti attraverso l'informazione sui danni fumo-correlati (Figura 4). La letteratura ha dimostrato che tale strategia è inadeguata perché l'apprendimento di conoscenze generalmente non è sufficiente ad indurre un cambiamento dei comportamenti⁽²⁶⁾. Una percentuale trascurabile di diabetologi invia i pazienti fumatori ai Centri Anti-Fumo e lo fa in modo generico, senza fornire ai pazienti i recapiti del Centro e/o le impegnative necessarie. Nessuno sceglie di affidare i pazienti fumatori allo psicologo operante nel Servizio di Diabetologia. Nessuno dei diabetologi partecipanti ha dichiarato di consigliare la sigaretta elettronica o il tabacco riscaldato per facilitare la disassuefazione dal fumo di tabacco.

- Li informo del fatto che il fumo aumenta ulteriormente il rischio cardiovascolare
- Consiglio di passare alla sigaretta elettronica essendo meno lesiva
- Consiglio di passare al tabacco riscaldato
- Affido i pazienti allo psicologo del Centro
- Li invio genericamente ad un Centro Anti-fumo fornendo i recapiti
- Li invio ad un Centro Anti-fumo fornendo i recapiti
- Non uso una strategia predefinita
- Non uso una strategia unica e predefinita

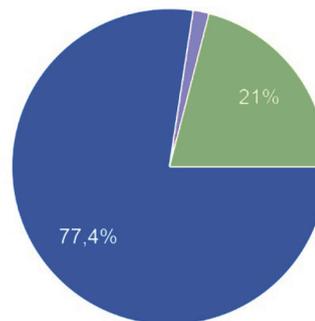


Figura 4 | Quale strategia metti prevalentemente in atto per disincentivare il fumo nei pazienti che seguì?

retta elettronica o il tabacco riscaldato per facilitare la disassuefazione dal fumo di tabacco.

La maggior parte dei diabetologi partecipanti alla Survey ha dichiarato di conoscere poco o per nulla le terapie farmacologiche del tabagismo, anche se il 46% del campione ha saputo individuare correttamente i farmaci di prima linea: nicotina sostitutiva, vareniclina, bupropione⁽²¹⁾ (Figure 5, 6). Alcuni ritengono erroneamente che i farmaci per la disassuefazione siano sempre controindicati nei

- Per nulla
- Poco
- Abbastanza
- Molto

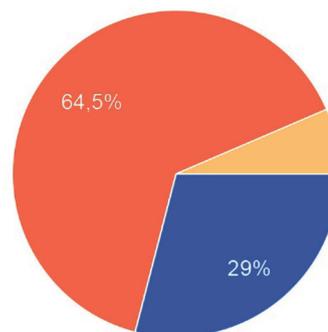


Figura 5 | Quanto conosci le terapie farmacologiche prescrittibili per la cessazione del fumo?

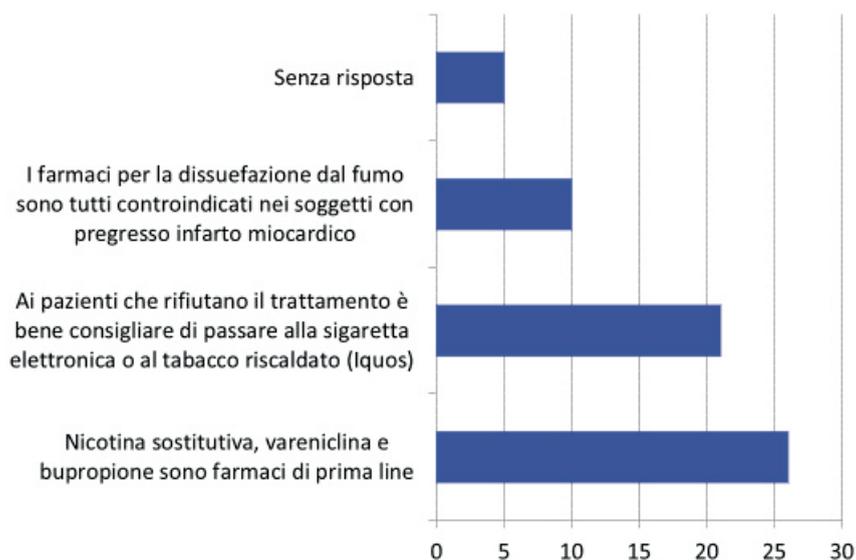


Figura 6 | Quale ritieni sia la risposta corretta riguardo il trattamento del tabagismo?

pazienti affetti da cardiopatia ischemica (quelli a più alto rischio cardiovascolare, che quindi più si gioverebbero del trattamento). A tal proposito è significativo ricordare che nel 2019 l'AIFA ha approvato la rimborsabilità della vareniclina prescritta da Centri autorizzati negli adulti affetti da BPCO ed in prevenzione secondaria di patologie cardiovascolari. Una buona parte di diabetologi ritiene che potrebbe essere utile consigliare ai fumatori di provare a smettere passando alla e-cig o al tabacco riscaldato. Dunque il fatto che i diabetologi non consiglino tali pratiche ai propri pazienti fumatori è più frutto dell'inerzia che di una scelta consapevole. Secondo l'ultima indagine ISS-DOXA 2019⁽¹⁾, la prevalenza dei fumatori di e-cig e tabacco riscaldato è rispettivamente del 4,6% e del 3,5%, distribuiti maggiormente nel Centro Italia. L'80% di tali consumatori sono in realtà fumatori duali cioè fumano anche la sigaretta tradizionale. Per i giovani spesso la e-cig è l'iniziazione alla sigaretta tradizionale. Dall'ultimo studio PASSI risulta che in Italia 1 adulto su 10, tra coloro che provano a smettere di fumare, lo fa usando la sigaretta elettronica⁽²⁵⁾. La e-cig viene utilizzata tre volte più degli altri metodi tradizionali per tentare di smettere di fumare (farmaci, Centri Anti-Fumo e altro). Lo studio mette in evidenza però che la probabilità di smettere di fumare è minore tra chi tenta di farlo usando la e-cig rispetto a chi sceglie metodi tradizionali ed è simile alla probabilità di smettere di coloro che tentano di farlo da soli senza alcun ausilio. I medici hanno una scarsa cono-

scenza delle sigarette elettroniche e dei device a tabacco riscaldato. In un recente sondaggio realizzato su 400 medici di medicina generale, presentato all'ultimo congresso della SIMG, il 46% degli intervistati ha risposto di non conoscerne affatto il funzionamento. A fronte di tale dato, in quel sondaggio il 57% ha espresso "possibilismo" sul loro uso in un percorso terapeutico di disassuefazione ed il 12% si è dichiarato apertamente favorevole. L'OMS e l'ISS hanno espresso un chiaro parere contrario alla diffusione di tali metodi alternativi alla sigaretta per la mancanza di studi definitivi sui loro effetti a lungo termine e per la presenza in tali dispositivi di numerose nuove sostanze nocive e cancerogene⁽⁹⁾.

Il test di Fagerstrom ed il test di West sono comunemente usati nell'ambito dei Centri Anti-Fumo per valutare l'opportunità di focalizzare l'intervento su un paziente prevalentemente in ambito psicologico-comportamentale o piuttosto in ambito farmacologico. Il primo mira a definire il grado di dipendenza da tabacco del fumatore. Il test di West definisce sia il grado di dipendenza che il grado di motivazione a smettere di fumare⁽²⁷⁾. La quasi totalità dei diabetologi dichiara di non conoscere questi test.

La larga maggioranza dei diabetologi partecipanti alla Survey ha dichiarato che nelle proprie realtà lavorative non sono mai stati organizzati convegni o iniziative di altro tipo che abbiano coinvolto insieme Servizi di Diabetologia e Centri Anti-Fumo (Figura 7). Si rileva quindi la mancanza

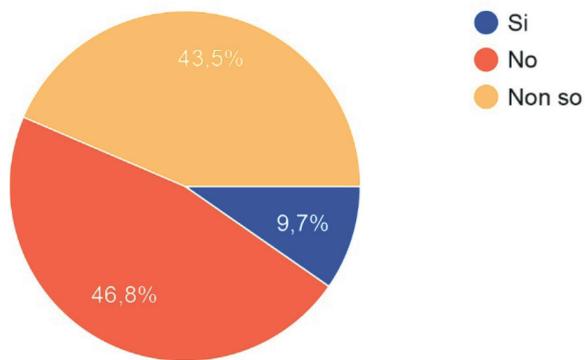


Figura 7 | Nella ASL dove lavori sono mai stati organizzati convegni o iniziative d'altro tipo che abbiano coinvolto insieme Centri Anti-Fumo e Servizi di Diabetologia?

di un collegamento tra tali strutture, pur essendo esse diffuse ed operative.

Metà dei diabetologi partecipanti ritiene che il principale ostacolo che incontra nella propria pratica clinica nella lotta al tabagismo sia la mancanza di un percorso strutturato da proporre ai propri assistiti fumatori (Figura 8). Altri lamentano mancanza di tempo: a tal proposito è opportuno sapere che oltre al 'Minimal (Brief) Advice' a cui si è già accennato, è possibile ricorrere anche al 'Very Brief Advice' (VBA) che ha una durata che oscilla tra i 30 secondi e il minuto, tecnica di provata e discreta efficacia⁽²⁸⁾. Il 35% dei partecipanti ritiene che mettere in atto una strategia per la disassuefazione dei pazienti sia inutile perché l'unico elemento determinante la cessazione sarebbero la volontà e l'autodeterminazione. Secondo l'indagine ISS-DOXA 2019⁽¹⁾ in Italia gli ex fumatori sono il 12,1% della popolazione. Il sistema di sorveglianza PASSI ha evidenziato che più di un terzo dei fumatori ha

tentato di smettere nei 12 mesi precedenti l'intervista, restando almeno un giorno senza fumare⁽²⁵⁾. Nella stragrande maggioranza dei casi i fumatori si affidano alla sola volontà, senza alcun ausilio ed il tentativo fallisce nell'81% dei casi. Il ricorso ai farmaci ed ai servizi e/o ai corsi offerti dalle Asl è molto raro. Il tabagismo è una condizione di dipendenza fisica e psicologica: è evidente che per un fumatore affrontare da solo il processo di disassuefazione ed i sintomi di astinenza dal tabacco è arduo e gravato da elevato rischio di ricadute. D'altra parte però gli operatori sanitari non si stanno impegnando sufficientemente nella lotta al tabagismo, scoraggiati da vari fattori organizzativi e falsi convincimenti. Non esistono dati relativi ai pazienti diabetici, ma lo studio PASSI⁽²⁹⁾ ha confermato che l'attenzione generale degli operatori al fumo è ancora troppo bassa: solo 1 fumatore su 2 ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario⁽²⁵⁾.

Conclusioni

Pur con i limiti della scarsa numerosità del campione analizzato, la Survey 'Diabete e Fumo' ha evidenziato la necessità di sensibilizzare i diabetologi al tema del tabagismo ed ha individuato i bisogni formativi dei diabetologi sulla gestione della dipendenza del fumo di sigaretta tra i propri assistiti. Inoltre la Survey ha dimostrato che nella pratica clinica il principale ostacolo percepito dai diabetologi nella lotta al fumo è la mancanza di un percorso strutturato da proporre ai pazienti.

Il Gruppo di Lavoro AMD-SID Lazio 'Diabete e Dipendenze' si impegnerà per fornire risposte concrete alle esigenze descritte.

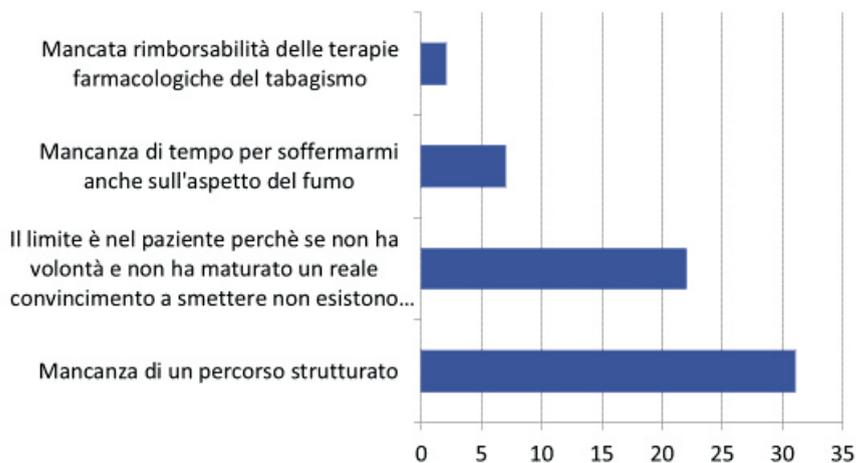


Figura 8 | Qual è il limite principale che riscontri nella tua pratica clinica per disincentivare il fumo nei pazienti che segui?

Bibliografia

- Pacifici R, Di Pirchio R, Palmi I, Mastrobattista L. Il fumo di tabacco in Italia. Indagine ISS-DOXA 2019. *Tabaccologia* 3:9-11, 2019.
- Zhu P, Pan XF, Sheng L, Chen H & Pan A. Cigarette Smoking, Diabetes, and Diabetes Complications: Call for Urgent Action. *Curr Diab Rep* 17, 2017.
- Braffett BH, Rice MM, Young HA & Lachin, JM. Mediation of the association of smoking and microvascular complications by glycemic control in type 1 diabetes. *PLoS One* 14, 1–14, 2019.
- Abudawood M. Diabetes and cancer: A comprehensive review. *Journal of Research in Medical Sciences* 24, 2019.
- Hine JL. et al. Association between glycaemic control and common infections in people with Type 2 diabetes: a cohort study. *Diabet Med* 34:551–557, 2017.
- Daniel E Shumer, Natalie J Nokoff NPS. Smoking and the risk of type 2 diabetes. *Physiol Behav* 176:139–148, 2017.
- Gottsäter M. et al. Insulin resistance and β -cell function in smokers: results from the EGIR-RISC European multicentre study. *Diabet Med* 34:223–228, 2017.
- Buse JB. et al. 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of diabetes (EASD) (*Diabetologia*, 63, 2, (221-228), 10.1007/s00125-019-. Diabetologia 1–7 (2020) doi:10.1007/s00125-020-05151-2, 2020).
- Liu X et al. Electronic cigarettes in Italy: A tool for harm reduction or a gateway to smoking tobacco? *Tob Control* 29:148–152, 2020.
- Kautzky-Willer A, Harreiter J & Pacini G. Sex and gender differences in risk, pathophysiology and complications of type 2 diabetes mellitus. *Endocr Rev* 37:278–316, 2016.
- Gao F, Luo H, Jones K, Nicholson W & Bell RA. Gestational diabetes and health behaviors among women: National Health and Nutrition Examination Survey, 2007–2014. *Prev. Chronic Dis* 15:1–10, 2018.
- Darendeliler F. IUGR: Genetic influences, metabolic problems, environmental associations/triggers, current and future management. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 33, 101260, 2019.
- Pineles BL, Park E & Samet JM. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. *Am J Epidemiol* 179:807–823, 2014.
- Perry MF, Mulcahy H & DeFranco EA. Influence of periconception smoking behavior on birth defect risk. *Am J Obstet Gynecol* 220, 588.e1-588.e7, 2019.
- Bar-Zeev Y, Haile ZT & Chertok I. A. Association between Prenatal Smoking and Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol* 135:91–99, 2020.
- Van Eerd EAM. et al. Why do physicians lack engagement with smoking cessation treatment in their COPD patients? A multinational qualitative study. *npj Prim Care Respir Med* 27:1–5 (2017).
- Ministero della Salute. Prevenzione e controllo del tabagismo. *Minist della Salut* 1–12, 2018.
- Nardini S, Sabato E, Donno M, Del & Rummo A.O.G. Il progetto obiettivo AIPO “Ospedali senza fumo”: risultati descrittivi della prima fase epidemiologica.
- Stelmach R, Fernandes FL, Carvalho-Pinto RM et al. Comparison between objective measures of smoking and self-reported smoking status in patients with asthma or COPD: are our patients telling us the truth? *J Bras Pneumol* 41:124-132. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25972966/>, 2015.
- Ficarra MG. et al. Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *Eur J Public Health* 21:29–34, 2011.
- Leone FT et al. AMERICAN THORACIC SOCIETY Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline 202:5-31, 2020.
- Plotnikova E, Hill SE & Collin J. The ‘diverse, dynamic new world of global tobacco control’? An analysis of participation in the conference of the parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Tob Control* 23, 126–132, 2014.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®) - American Psychiatric Association.
- AMD Medical Diabetologist Association. *Annals* 2018 – Evaluation of quality of di type 1 and 2 diabetes care in Italy. 82–85, 2018.
- Ibáñez B et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Rev Esp Cardiol (Engl. Ed)*: 70, 1082, 2017.
- Kreuter MW, Bull FC, Clark EM & Oswald DL. Understanding how people process health information: A comparison of tailored and nontailored weight-loss materials. *Heal Psychol* 18:487–494, 1999.
- de Granda-Orive JI et al. Fagerström Test and Heaviness Smoking Index. Are they Interchangeable as a Dependence Test for Nicotine? *Subst Use Misuse* 55:200-208, 2020.
- Linee Guida SITAB-ENSP 2020 per il trattamento della dipendenza da Tabacco http://www.tabaccologia.it/PDF/2020_italian%20guidelines.pdf.
- Studio PASSI. ‘Progressi delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia.’ Available on: <https://www.epicentro.iss.it/passi/>[Last accessed: 2019, July 26], 2006.