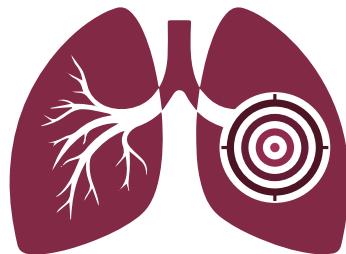


# **IL COUNSELING AL PAZIENTE CON BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)**



**BREATHpoint**

## Il counseling nello studio del MMC

Il termine counseling indica un'attività professionale che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del paziente, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta.

Il counseling Sanitario inizia a diffondersi in Italia all'inizio degli anni '90 con l'avvio della campagna informativa sull'AIDS e la sua pratica in ambito sociosanitario si afferma con la legge 135/1990 che ha sancito l'importanza dei colloqui di counseling prima e dopo il test per l'HIV.

La British Association for Counseling and Psychotherapy (BACP) definisce il counseling "un uso della relazione basato su abilità e principi che sviluppano l'accettazione, l'autoconsapevolezza e la crescita della persona; può essere mirato alla definizione di problemi specifici, a prendere decisioni, ad affrontare i momenti di crisi, a confrontarsi con i propri sentimenti e i propri conflitti interiori o a migliorare le relazioni con gli altri, rispettando i valori, le risorse personali e la capacità di autodeterminazione dell'individuo".

Il counseling in ambito sanitario si può porre obiettivi diversi, in funzione del singolo paziente, come per esempio attivare processi motivazionali funzionali al mantenimento o all'accrescimento del benessere, rendere possibili scelte in situazioni che riguardano lo stato di salute personale o dei propri familiari, affrontare in modo attivo problemi di salute o difficoltà riguardanti la modifica di comportamenti a rischio.

## La gestione della cronicità

La cronicità è una condizione lenta e progressiva, ma il momento in cui viene comunicata segna l'inizio di un cambiamento nella relazione terapeutica, che da lì in poi è destinata a protrarsi nel tempo. Si tratta di un punto di non ritorno, con ripercussioni sullo stato psichico (la perdita del "sé sano") e sulla qualità della vita, sia fisica e materiale sia emozionale e sociale.

La gestione di una patologia cronica, come la broncopneumopatia ostruttiva (BPCO), richiede dunque un cambio di paradigma, dal tradizionale modello centrato sulla malattia a un altro modello più centrato sul paziente, dove l'approccio del medico tiene conto del vissuto e soprattutto dell'agenda del paziente (non solo come accoglie o reagisce alla diagnosi, ma anche cosa vuole sapere, quali sono le sue priorità in termini di informazioni, esigenze, azioni e preoccupazioni). Infatti, nella cronicità tanto il medico che il paziente diventano esperti sia sul vissuto della malattia di quel paziente sia sulla patologia in senso stretto. Il medico diventa punto di riferimento del paziente e ciò va ad influire anche sul suo vissuto, non solo su quello del paziente.



Quando diamo notizia della cronicità spesso introduciamo nuove informazioni che vanno a sovrastare il vissuto del paziente. Questo approccio può non funzionare al meglio perché non sappiamo cosa ha in mente il paziente in quel momento, ossia emozioni, interpretazioni, aspettative. Anche se otteniamo un miglioramento clinico potremmo peggiorare il suo stato emotivo, se il paziente non è pronto a ricevere quell'informazione e si trova in uno stato di black out o addirittura di shock.

In questi casi bisogna far passare qualche giorno dalla prima comunicazione e procedere passo a passo. Le informazioni date a piccoli pezzi aiutano ad aumentare la consapevolezza dei cambiamenti di vita e quindi a migliorare l'adesione al trattamento.

Perché il paziente deve arrivare ad una fase di attivazione rispetto alla sua condizione di vita che cambia in modo definitivo. Solo in questo ultimo stato sarà in grado di inglobare i cambiamenti e di integrare nuove informazioni nel suo vissuto. E solo dopo si può parlare di adesione al trattamento e al percorso terapeutico. Per verificare a che punto si trova il paziente si possono fare delle domande stimolo e degli interventi mirati a specifici obiettivi nella conduzione del trattamento.

<b>Domande stimolo e interventi</b>	<b>Obiettivi</b>
Da dove vuole cominciare?	valutazione della consapevolezza e del problema prioritario
Cosa sa di...?	valutazione delle conoscenze e della comprensione
Qual è la sua sensazione rispetto a...?	valutazione della risposta emotiva
Cosa intende fare per...?	valutazione della disponibilità verso il cambiamento
La diagnosi è...	introduzione alla diagnosi
Questo significa che lei dovrà...	personalizzazione degli effetti del messaggio
Il mio ruolo è quello di...	costruzione di una relazione
Quali sono le sue opzioni?	richiesta di una decisione e inizio della negoziazione
Come intende affrontarlo?	valutazione e rinforzo delle abilità
Quali possono essere i problemi?	anticipazione dei problemi
Chi pensa possa darle una mano?	mobilizzazione del supporto
Le possibili opzioni sono...	spiegazione delle opzioni possibili e delle indicazioni terapeutiche
La mia posizione è...	suggerite
Vorrei rivederla il...	stabilire un ponte
Prima che ci rivediamo, cosa intende fare...?	verifica e controllo di un piano condiviso



Molti studi dimostrano che i pazienti che percepiscono di essere informati e si sentono coinvolti nelle decisioni terapeutiche tendono ad aderire meglio al trattamento e a gestire in modo attivo la loro malattia.

## Aiuta i tuoi pazienti assumendo un ruolo guida nel colloquio

I medici, così come gli altri professionisti della salute, spesso devono assumere un ruolo guida nel riconoscere le comuni barriere comunicative e aiutare i pazienti a superarle. Questo aiuta a raggiungere un dialogo medico-paziente durante le visite che facilita la diagnosi precoce e il trattamento, finendo col migliorare la qualità di vita.

## Un paziente su tre non conosce la BPCO

Nonostante sia una delle principali cause di morbilità e mortalità in Italia, la BPCO continua a rimanere sconosciuta alla maggior parte della popolazione mentre si continua a parlare genericamente di bronchite cronica ed enfisema. Per promuovere la conoscenza e la consapevolezza della malattia è dunque utile predisporre in ambulatorio, in sala d'attesa e in farmacia idoneo materiale educazionale, come poster, brochure, video, ecc.

## Perché i pazienti non riferiscono la sintomatologia della BPCO?

Quasi la metà dei medici di medicina generale affermano che la più grande barriera alla diagnosi di BPCO è che i pazienti non riferiscono tutti i loro sintomi. Sono molteplici i motivi per cui i pazienti tacciono al medico i loro sintomi di BPCO. Innanzitutto ci sono i fumatori, che non vogliono sentirsi dire di smettere. Per molti pazienti sono sintomi che non danno da pensare, magari li hanno da molto tempo e si sono abituati ad averli o pensano che con il tempo si risolveranno da soli. Ci sono anche quelli che decidono di stare zitti per non sentirsi dire che hanno un grave problema di salute o perché temono di dover sostenere spese per esami e medicine o semplicemente di doversene occupare e perdere tempo. È dunque necessario cogliere qualsiasi indizio e approfondire sempre quando il paziente è un fumatore o anche solo sospetto tale.

## La maggior parte delle persone a rischio di BPCO dubitano che sia una malattia trattabile

Con i pazienti a rischio di BPCO è indispensabile affrontare subito e nel modo più chiaro possibile i pregiudizi o addirittura le mistificazioni che spesso la circondano, per riportare alla loro realtà i sintomi e la patologia sottostante, soprattutto informando i pazienti che anche se è vero che non esiste una cura per la BPCO, pur tuttavia una diagnosi precoce e un trattamento adeguato sono in grado di migliorare la qualità della vita.

## Il case finding della BPCO

La prevalenza della BPCO è in aumento per morbilità e mortalità, ma una diagnosi precoce e una gestione aggressiva della malattia possono aumentare la qualità e la lunghezza della vita dei pazienti. Bisogna accettare la diagnosi di BPCO in pazienti con più di 40 anni che presentano i seguenti sintomi o fattori di rischio:

- tosse persistente o progressiva dispnea
- tosse cronica o produzione di espettorato
- declino nel livello di attività
- mancanza di fiato con o senza i sintomi della tosse o produzione di espettorato.

Fai rispondere il paziente a queste 6 domande:

1. Hai tosse di frequente?
2. Hai spesso anche il catarro insieme alla tosse?
3. Ti manca il fiato durante le attività più semplici, come camminare o salire le scale?
4. Magari di più rispetto ai tuoi coetanei?
5. Quando respiri sotto sforzo, oppure di notte, senti rumori come sibili o rantoli?
6. Ti capita frequentemente di prendere raffreddori che durano più a lungo rispetto ai tuoi conoscenti?

Anche uno solo di questi segnali è sufficiente ad avvalorare il rischio di BPCO, condizione che richiede una conferma diagnostica mediante spirometria.

Bisogna insistere con i pazienti sintomatici per definire al meglio un'eventuale storia di tabagismo, di esposizione a irritanti sul luogo di lavoro o dovuti all'inquinamento ambientale e di fattori erediari predisponenti.

Nonostante la BPCO colpisca molto più spesso i fumatori e gli ex fumatori, va anche tenuto presente che un paziente su sei affetto da BPCO non ha mai fumato, quindi la condizione di non fumatore non esclude a priori il sospetto diagnostico.

È fondamentale prescrivere la spirometria per fare diagnosi e per determinare il grado di severità dell'ostruzione bronchiale.

## Il counseling nella diagnosi, trattamento e prevenzione della BPCO

È necessario che i medici di medicina generale registrino in cartella la storia e lo status degli assistiti rispetto al fumo e fornire a tutti i fumatori almeno un avviso minimo per la cessazione. L'intervento minimo (minimal advice) dedicato al colloquio con il paziente in occasione della visita ambulatoriale è considerato doveroso, in quanto di dimostrata efficacia.



Data l'importanza della cessazione del fumo come misura terapeutica essenziale, tutti i pazienti fumatori con BPCO accertata, che non riescono a smettere con un intervento minimo, devono esser assistiti per la cessazione dell'abitudine al fumo con trattamento comportamentale e farmacologico (intervento di secondo livello).

Da parte sua, lo pneumologo dovrebbe considerare il trattamento del tabagismo come parte integrante della terapia prescritta al paziente BPCO fumatore ed essere in grado di assicurare ogni qualvolta necessario un intervento di secondo livello effettuato in prima persona o ricorrendo ai Centri Antifumo.

È inoltre necessario l'incoraggiamento verso stili di vita che contrastino la sedentarietà, il sovrappeso e l'isolamento sociale. Ogni intervento di counselling tabacologico inizia con un “minimal advice” (Ask, Advice) e procede con gli altri punti delle 5A (Assess, Assist, Arrange).

Le 5A/5C si riassumono come segue:

- 1. Ask** (chiedi) è il primo passo: chiedi se il paziente fuma. Consente di identificare se un paziente è un fumatore, un ex-fumatore o un non-fumatore, per incoraggiarlo a smettere di fumare oppure a rimanere non-fumatore. Consente anche di puntare il dito su alcuni fattori di rischio (diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari o respiratorie) e aprire una discussione con il paziente che fuma.
- 2. Advice** (consiglia) è il secondo passo del minimal advice: consente di motivare i fumatori a smettere, dando un volantino oppure qualsiasi altra informazione sui danni provocati dal tabacco e sui benefici della sua cessazione.
- 3. Assess** (comprendi) è il terzo passo: identifica i fumatori motivati a smettere. A questo punto, dobbiamo capire “il grado di motivazione” del paziente a smettere di fumare, ma anche “il grado di dipendenza nicotinica”.
- 4. Assist** (cura) è il quarto passo: aiuta i fumatori a smettere, quando necessario con la prescrizione del trattamento più adeguato al singolo paziente.
- 5. Arrange** (controlla) è l'ultimo passo delle 5A: incontrare regolarmente il paziente che ha smesso di fumare per aiutarlo a non ricadere nel tabagismo.

## Le 5A (o 5C): il counseling antifumo in cinque mosse

Ask	Chiedi	registrare lo stato di fumatore/non fumatore	minimal advice
Advise	Consiglia	danni a breve e a lungo termine del tabacco benefici della cessazione	o intervento minimo
Assess	Comprendi	valutare il tipo di fumatore e la motivazione a smettere	
Assist	Cura	aiutare nel tentativo di smettere	
Arrange	Controlla	pianificare il follow-up prevenire le ricadute	

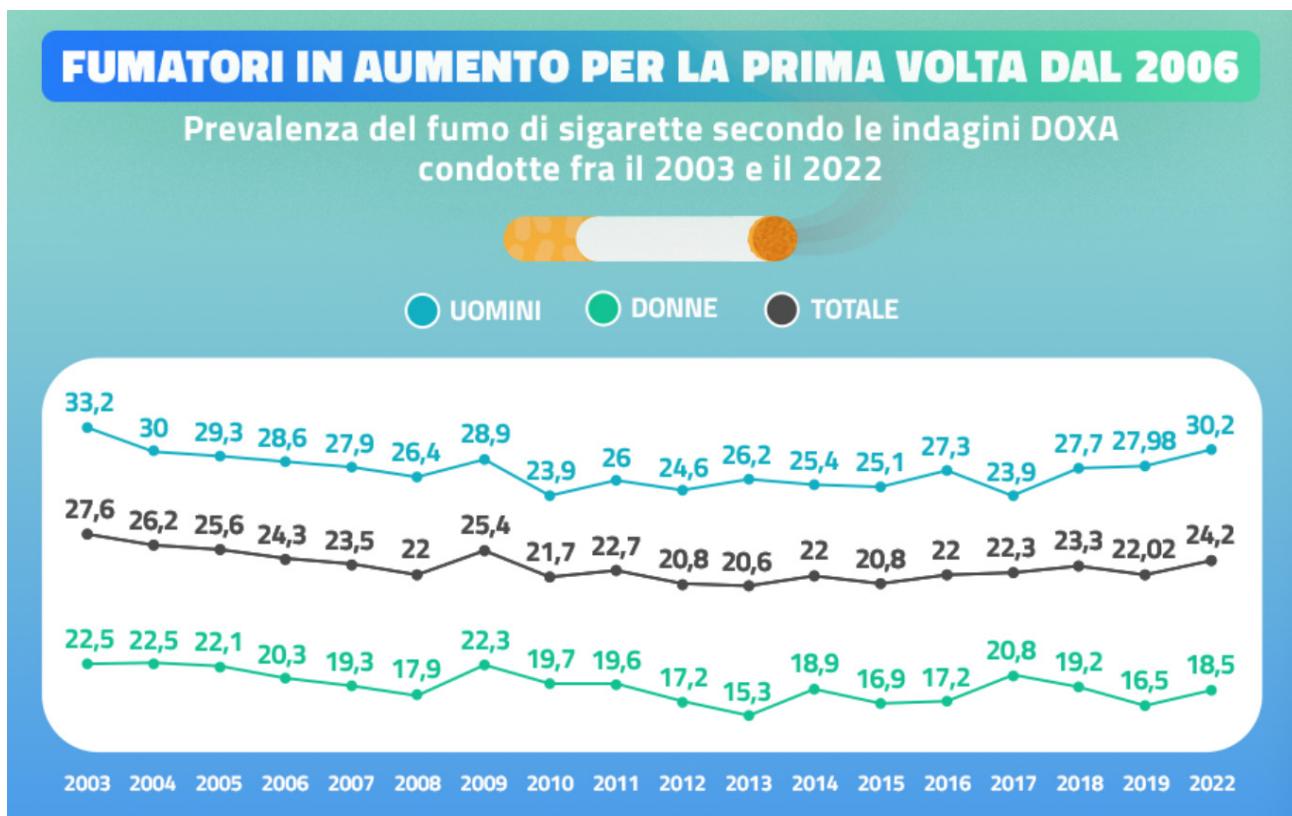


## Il tabagismo è la principale causa di morte in Italia

Tra i fattori di rischio che concorrono maggiormente alla perdita di anni vita in buona salute un posto di primo piano spetta sicuramente al fumo di tabacco, riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come uno dei più gravi problemi di salute pubblica al mondo.

Respirare anche piccole quantità di fumo può danneggiare la salute, infatti degli oltre 4.000 costituenti chimici che si sprigionano con la combustione del tabacco più di 50 sostanze sono considerate tossiche e/o cancerogene. Tra le più pericolose c'è sicuramente il catrame, le cui sostanze cancerogene vanno a depositarsi nei polmoni e nelle vie respiratorie, oltre a sostanze irritanti che favoriscono l'insorgere di infezioni, bronchite cronica ed enfisemi. Un'attenzione particolare va rivolta poi alla nicotina che, oltre ad essere tossica per la salute genera il processo della dipendenza.

Secondo i dati del "Rapporto sul fumo in Italia", presentato in occasione della Giornata mondiale contro il tabacco 2022 (World No Tobacco Day, 31 maggio), quasi un italiano su quattro (il 24,2% della popolazione) è un fumatore: una percentuale che non era stata mai più registrata dal 2006, un incremento nella percentuale dei fumatori che riguarda entrambi i sessi.



Tratta da Il report dell'ISS in occasione della Giornata mondiale senza tabacco il 31 maggio 2022 disponibile a questo link [https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset\\_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126](https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126)



Sono 12,4 milioni i fumatori in Italia e rappresentano il 24,2% della popolazione. Gli ex fumatori sono il 14,9% della popolazione italiana e i non fumatori il 60,9%. La prevalenza più alta di fumatori di sesso maschile si registra nella fascia d'età compresa tra i 25 e i 44 anni (42,9), mentre nella fascia d'età 45-64 anni si registra la prevalenza più alta tra le donne (24,5%). Oltre i 65 anni troviamo le prevalenze più basse in entrambi i sessi.



Tratta da Il report dell'ISS in occasione della Giornata mondiale senza tabacco il 31 maggio 2022 disponibile a questo link [https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset\\_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126](https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126)

In Italia gli utilizzatori abituali e occasionali di e-cig sono il 2,4% della popolazione, ovvero circa 1.200.000 persone. Dopo un trend che vedeva negli anni precedenti una diminuzione degli utilizzatori, questi nel 2022 sembrano essere di nuovo in aumento (erano il 2,5% nel 2017, 2,1 nel 2018, 1,7% nel 2019). L'81,9% di chi usa la sigaretta elettronica è un fumatore, dunque un consumatore duale che fuma le sigarette tradizionali e contemporaneamente l'e-cig. Il 2,8% dei fumatori abituali o occasionali di sigaretta elettronica sono invece persone che prima di utilizzare l'e-cig non avevano mai fumato sigarette tradizionali.

Per ulteriori approfondimenti visita il sito [https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset\\_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126](https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126)

## Telefono Verde contro il Fumo

Il Telefono Verde contro il Fumo (TVF) 800 554088 dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OSSFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è stato attivato il 2 mag-



gio del 2000. Il Servizio è nazionale, anonimo e gratuito, ed è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00. Il TVF si configura come "Sportello aperto" al pubblico, svolge attività di consulenza sulle problematiche legate al fenomeno tabagismo e rappresenta un collegamento tra Istituzione e cittadino-utente, un punto d'ascolto e di monitoraggio.

Il TVF si rivolge a chiunque sia interessato alle problematiche legate al fumo di tabacco, e in particolare:

- ai fumatori e ai loro familiari per indirizzarli e sostenerli nel percorso per smettere di fumare
- ai non fumatori per indicare le strategie di tutela dal fumo passivo
- agli ex fumatori per sostenerli in momenti a rischio di ricadute
- agli operatori socio-sanitari per fornire materiale scientifico, informativo e divulgativo
- alle istituzioni pubbliche e private per programmare interventi di prevenzione e promozione della salute

## Il progetto "Smetto di fumare"

Un'équipe multidisciplinare afferente al Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità, che da anni si occupa di contrasto al tabagismo e in particolare di offrire strumenti al cittadino per intraprendere percorsi di salute, grazie al contributo del Ministero della Salute, ha ideato e sviluppato il progetto "Smettodifumare" (<https://smettodifumare.iss.it/it/>).

Il progetto nasce per sensibilizzare i fumatori nella scelta di un percorso di cessazione da seguire anche in autonomia. Infatti il progetto ha ideato anche una guida molto utile per il paziente con consigli pratici, infografiche e questionari di autosomministrazione. Scarica qui la guida "Smetto di fumare" per il tuo paziente: <https://smettodifumare.iss.it/public-caf/Files/Guida-Smetto-di-Fumare-A5-V07.pdf>.



Tratta dalla guida "Smetto di fumare" <https://smettodifumare.iss.it/public-caf/Files/Guida-Smetto-di-Fumare-A5-V07.pdf>.

## 12 modi di aiutare i pazienti a smettere di fumare e a rimanere liberi dal tabacco

### 1. I medici hanno il potere di aiutare i pazienti a smettere di fumare

Diversi studi suggeriscono che spesso basterebbero un po' più di spiegazioni e di incoraggiamento ai pazienti per ottenere risultati molto più efficaci. Se la maggior parte dei fumatori ha buone probabilità di doversi sottoporre a visite mediche almeno annualmente, il lato positivo è che i medici curanti – quando si tratta di prevenire l'abitudine al fumo e di promuoverne la cessazione – hanno spesso ben più influenza sui loro pazienti di quanto credono.

### 2. Smettere di fumare è uno dei propositi più gettonati

Soprattutto a gennaio, all'inizio di ogni nuovo anno, i medici trovano i pazienti più sensibili e ricettivi ai suggerimenti su quali strategie seguire e come aiutarsi anche con i farmaci per riuscire a smettere di fumare. Ogni medico può decidere autonomamente di farsi carico della battaglia contro il fumo e di aiutare quanti più pazienti a raggiungere il loro buon proposito facendo ricorso ai diversi metodi disponibili per liberarsi dalle sigarette.



### **3. Migliorare la relazione medico-paziente premia**

Non sorprende l'evidenza che una relazione medico-paziente più salda risulti in un maggior successo nello smettere di fumare. Quando i medici si sforzano di costruire un rapporto di fiducia e di alleanza con i loro pazienti, lavorando sulla comunicazione e il coinvolgimento dei pazienti, questi ultimi rispondono più favorevolmente a consigli e direttive sul passaggio a uno stile di vita più sano. Il concetto di autoefficacia si è dimostrato una componente fondamentale del cambiamento di condotta: i fumatori che hanno fiducia in sé stessi e nelle proprie possibilità di successo hanno molte più chance di riuscire a smettere di fumare, rispetto a coloro che sono dubiosi o pessimisti rispetto alla propria capacità di farcela.

### **4. Convincere i pazienti**

Prima di discutere i farmaci e gli ausili disponibili, il primo passo fondamentale (talvolta l'unico passo necessario) consiste nel portare il paziente a desiderare realmente di smettere di fumare, perché l'evidenza insegna che riesce a smettere di fumare con successo chi lo desidera davvero per sé stesso.

I dati indicano che la semplice esortazione a smettere di fumare induce il 5-10% dei pazienti a farlo davvero. Per convincere i pazienti a smettere occorre fare affermazioni chiare, forti, incoraggianti e personali. Un esempio potrebbe essere: "è vitale che tu smetta di consumare tabacco sotto qualsiasi forma. Smettere adesso è la migliore tra le singole cose che puoi fare per la tua salute attuale e futura".

Quando il dialogo con i pazienti mette a nudo sistemi di valori, paure o convinzioni profonde, attingere a queste fonti può rivelarsi la cosa migliore da fare. Se un paziente è particolarmente preoccupato per i suoi figli, discutete di come il fumo passivo può incidere sulla loro salute. Se un altro paziente appare sensibile riguardo al proprio aspetto fisico, spiegategli come il fumo rovina la pelle, gli occhi, i denti.

### **5. Il piano d'azione**

Dopo una fase iniziale di raccomandazioni, il medico può chiedere al fumatore se ha intenzione di smettere di fumare e, se la risposta è affermativa, spingerlo a fissare una data come obiettivo. Suggeritegli di informare amici, parenti e colleghi di tale data e anche di postarla sui social media.

Promettetegli che continuerete a seguirlo nel tempo e cercate in tutti i modi di fissare un follow-up, sia per i pazienti ricettivi che per quelli non ricettivi.



## 6. Interventi combinati

Sebbene alcuni pazienti fortunati riescano a smettere di fumare con una singola – o addirittura nessuna – modalità di trattamento, per molti altri pazienti l'utilizzo di trattamenti combinati aumenta sostanzialmente le possibilità di successo. Ad esempio, l'associazione di trattamenti farmacologici con gruppi di supporto e sedute individuali di counseling aumenta il tasso di cessazione del fumo del 10-25% rispetto al counseling da solo.

Farmaci di prima e seconda linea si sono dimostrati efficaci come monoterapie iniziali, ma i tassi di ricaduta sono alti: almeno il 50% dei fumatori riprende l'uso di tabacco entro tre mesi dopo averlo abbandonato e nel giro di un anno la percentuale sale al 66%. Questo può essere spiegato col fatto che molti fumatori provano sintomi importanti e molto sgradevoli dall'astinenza da tabacco, anche quando prendono le dosi massime del farmaco prescritto. Offrire ai pazienti una combinazione di diversi farmaci, associata ad altri tipi di supporto, può garantire loro migliori possibilità di successo.

## 7. Un taglio netto può essere la miglior strategia

Sebbene il senso comune tradizionalmente suggerisca una diminuzione graduale della nicotina come miglior strategia per smettere di fumare senza soffrire, alcune ricerche suggeriscono che smettere tutto d'un colpo, dando un brusco taglio netto, sia più efficace. In uno studio, il 49% dei partecipanti che avevano smesso di fumare repentinamente riuscivano ancora ad astenersi dopo quattro settimane, mentre solo il 39% dei pazienti nel gruppo della cessazione graduale erano ancora liberi dal fumo.

Smettere di fumare in un giorno che sarà probabilmente poco stressante può essere una mossa saggia. Suggerite ai vostri pazienti a) di evitare situazioni che innescino il bisogno di fumare, b) di rimanere attivi e c) di tenere la bocca impegnata, ad esempio con gomme da masticare o bevendo molto.

## 8. Il sostegno dei farmaci per smettere di fumare

Per coloro che non riescono a smettere di fumare dando un taglio netto, la prescrizione di farmaci si è dimostrata efficace.

## 9. La sigaretta elettronica

Secondo il documento GOLD 2023 l'efficacia delle sigarette elettroniche riguardo alla cessazione del fumo rimane controversa. Le sigarette elettroniche permettono l'inalazione di nicotina vaporizzata e dosabile ed è aumentato il loro consumo come uso alternativo alle sigarette nei soggetti che vogliono smettere di fumare, ma anche come una tendenza sempre più diffusa tra i giovani che non hanno mai



fumato in precedenza. Le sigarette elettroniche possono contenere oltre alla nicotina anche altre sostanze chimiche come la glicina vegetale, glicole propilenico, agenti aromatizzanti, carbonili volatili, diacetile, specie reattive dell'ossigeno, furoni e metalli, i cui effetti a lungo termine sulla salute solo in gran parte sconosciuti.

Quello che è noto è che sono stati riportati una serie di casi clinici sugli effetti acuti delle sigarette elettroniche incluso danno polmonare associato allo svapare. Sono state riportate diverse anomalie polmonari collegate all'utilizzo delle sigarette elettroniche come per esempio grave danno polmonare acuto, polmonite eosinofila, emorragia alveolare e occasionalmente morte. In America i centri per la prevenzione e il controllo delle malattie (CDC) e la Food and Drug Administration (FDA) e altri centri privati e pubblici hanno investigato sull'EVALI (E-cigarettes, or Vaping, product use Associated Lung Injury) ossia sul danno polmonare associato all'utilizzo delle sigarette elettroniche o allo svapare. A partire dal 18 febbraio 2020, 2.807 casi di malattie polmonari e 68 morti sono state associate all'utilizzo di sigarette elettroniche (Center for Disease Control and Prevention 2019). Si è osservato un miglioramento delle condizioni cliniche dei pazienti con una terapia cortisonica sistemica e la maggior parte ha ricevuto un ciclo prolungato (Layden JE, et al. N Engl J Med. 2020). I dati di laboratorio hanno mostrato che la vitamina E acetato, un additivo in alcune sigarette contenenti THC, è stata collegata all'aumento eccessivo di casi di EVALI (Blount BC, et al. N Engl J Med. 2020). In seguito all'identificazione della vitamina E acetato come prima causa di EVALI c'è stato un declino di casi fino a settembre 2019. In modelli animali e in studi in vitro sulle vie aeree umane si è osservato un'infiammazione neutrofilica delle vie aeree, irritabilità delle vie aeree, paresi ciliare e aumento della secrezione di muco, cambiamenti simili a quelli indotti dal fumo delle sigarette e tipici della BPCO (Gotts JE, et al. BMJ. 2019).

Ci vorranno molti anni prima di comprendere i rischi a lungo termine dello svapare, inclusi i rischi di sviluppare un tumore, particolarmente nelle persone con BPCO, o se costituiscano un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo della BPCO stessa. In un largo studio di coorte prospettico è stato osservato un aumentato rischio di malattie respiratorie tra gli ex e attuali fumatori di sigarette elettroniche, anche quando il dato sia aggiustato per le sigarette e per l'uso di prodotti del tabacco combustibili, per le caratteristiche demografiche e le condizioni croniche di salute (Xie W, et al. Am J Respir Crit Care Med. 2022).

Interessante un articolo pubblicato recentemente su NEJM Evidence (Hariri L. P. et al. NEJM Evid 2022) in cui sono stati presentati quattro casi clinici di patologia polmonare cronica in pazienti con una storia di 3-8 anni di fumo con sigarette elettroniche. In tutti i pazienti, dopo un'attenta valutazione per altri potenziali cause eziologiche della malattia, lo svapare è stata considerata l'eziologia causale comune più probabile per spiegare l'associazione temporale tra la malattia pol-



monare cronica sintomatica e l'uso delle sigarette elettroniche. A riprova di questa associazione si era verificato infatti un miglioramento dei sintomi dopo la cessazione dell'uso delle sigarette elettroniche. Saranno comunque necessarie ulteriori indagini sulle malattie polmonari croniche dovute all'uso di sigarette elettroniche per comprendere al meglio il potenziale rischio dovuto allo svapare.

## 10. Cambiare abitudini

Le abitudini si formano e sedimentano nei gangli della base e nel tronco encefalico e divengono comportamenti automatici, incredibilmente difficili da spezzare. Una volta che una certa abitudine si è instaurata, spesso le persone dicono di "poterlo fare anche ad occhi chiusi". Andare in bagno, lavarsi i denti, allacciarsi le scarpe e fumare sono azioni che si compiono senza pensarci. Alcuni psicologi teorizzano che sia più facile spezzare un'abitudine, come ad esempio fumare, se essa può essere messa da parte e rimpiazzata con un'altra, come masticare una gomma, bere acqua aromatizzata, canticchiare o anche fare esercizio fisico. Chiedete ai pazienti che tipo di piacere traggono dal fumare. Per alcuni fumare soddisfa una fissazione orale. Altri hanno bisogno di tenere le mani occupate, mentre altri ancora confidano nella proprietà della nicotina di farli concentrare meglio. Ironicamente, l'atto di tirare una boccata da una sigaretta ricorda, a livello di mimica, la respirazione profonda che è comunemente considerata un mezzo per rilassarsi. Sapere quale tipo di piacere i pazienti traggano dal fatto di fumare può aiutarli a scegliere un'abitudine alternativa che vada a soddisfare gli stessi bisogni.

## 11. Un clima positivo a casa

I programmi per la cessazione del fumo sottolineano i benefici e l'importanza di un ambiente positivo a casa, compresa l'assenza in giro di portacenere e prodotti del tabacco. È importante coinvolgere i membri della famiglia e chiedere il loro sostegno. Medici e farmacisti dovrebbero incoraggiare i pazienti a chiedere ai loro familiari fumatori di fumare lontano da loro e comunque fuori casa. Gli ambienti che un tempo fungevano da contesti ad abitudini che inducono dipendenza, compreso il posto di lavoro, la casa, i luoghi sociali, hanno una grande importanza nel determinare se un paziente riuscirà a perseverare nell'astinenza dal fumo. I pazienti devono ricevere adeguato counseling per pianificare in anticipo le loro mosse, rimuovendo ed evitando le tentazioni al fumo e raccogliendo il supporto di chiunque sia disposto a darglielo.

Tutti i fattori che rendono fumare scomodo, più costoso o meno popolare aiutano i fumatori a raggiungere la motivazione per smettere, e per alcuni pazienti questi fattori sociali sono tanto importanti quanto gli sforzi individuali.



## 12. La differenza che può fare il medico

Una paziente ha riferito un aneddoto: una ventina di anni fa corse al pronto soccorso per mancanza di fiato; quando il medico di turno le chiese se fumava e lei rispose di sì, la paziente notò un cambiamento evidente nell'atteggiamento del medico, qualcosa che lei lesse come: "Beh, di che ti stupisci? Chiaro che ora sei al pronto soccorso." Dopo aver fumato per 15 anni, smise seduta stante e non riprese mai più a fumare. Quando un semplice sguardo può produrre un simile effetto, immaginiamo cosa possono ottenere poche sagge parole dette da un medico di fiducia. Se 100.000 medici spingessero a smettere di fumare i loro pazienti e ci riuscissero anche solo nel 10% dei casi, nei prossimi dodici mesi 3 milioni di persone potrebbero smettere di fumare solo quest'anno. Provate a pensarci.



## Bibliografia

Report dell'ISS in occasione della Giornata mondiale senza tabacco il 31 maggio 2022 disponibile al link [https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset\\_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126](https://www.iss.it/web/guest/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/id/7146126)

Progetto "Smetto di fumare" disponibile al link <https://smettodifumare.iss.it/it/>

Guida "Smetto di fumare" per il paziente disponibile al link <https://smettodifumare.iss.it/public-caf/Files/Guida-Smetto-di-Fumare-A5-V07.pdf>

Documento GOLD 2023 disponibile al link <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>

Center for Disease Control and Prevention. 2019. Outbreak of lung injury associated with the use of e-cigarette, or vaping, products. [https://www.cdc.gov/tobacco/basic\\_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html](https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html).

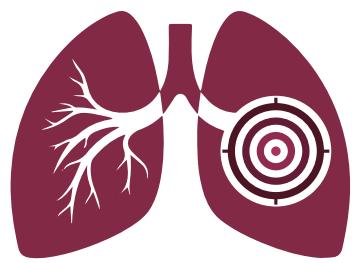
Layden JE, et al. Pulmonary Illness Related to E-Cigarette Use in Illinois and Wisconsin - Final Report. *N Engl J Med.* 2020 Mar 5;382(10):903-916.

Blount BC, et al. Vitamin E Acetate in Bronchoalveolar-Lavage Fluid Associated with EVALI. *N Engl J Med.* 2020 Feb 20;382(8):697-705.

Gotts JE, et al. What are the respiratory effects of e-cigarettes? *BMJ.* 2019 Sep 30;366:l5275.

Xie W, et al. Association of Electronic Cigarette Use with Respiratory Symptom Development among U.S. Young Adults. *Am J Respir Crit Care Med.* 2022 Jun 1;205(11):1320-1329.

Hariri L. P. et al. E-Cigarette Use, Small Airway Fibrosis, and Constrictive Bronchiolitis *NEJM Evid* 2022



**BREATHpoint**

---