

Il fumo di sigaretta: il ruolo del cardiologo

David Mocini

U.O. di Prevenzione Cardiovascolare, Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri, Roma

(G Ital Cardiol 2010; 11 (5 Suppl 3): 715-735)

© 2010 AIM Publishing Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Davide Mocini

U.O. di Prevenzione

Cardiovascolare

Azienda Complesso

Ospedaliero

San Filippo Neri

Via G. Martinotti, 20

00135 Roma

E-mail:

mocini.david@libero.it

Il tabagismo è la prima causa di morte rimovibile nei paesi industrializzati e si sta proponendo come tale anche nei paesi in via di sviluppo¹⁻³.

L'uso del tabacco, generalmente sotto forma di fumo, è associato a tre principali categorie di malattia: i tumori, le malattie cardiovascolari e le malattie infiammatorie respiratorie. Accanto a tali patologie se ne associano poi molte altre talora insospettabili, come la cataratta, la disfunzione erettile, la difficoltà al concepimento, l'ulcera peptica, il ritardo nella cicatrizzazione chirurgica, le fratture di femore, alcune forme di leucemia, la morte in culla ed il basso peso alla nascita per i bambini figli di madri fumatrici⁴.

Sebbene la relazione tra fumo e tumori sia più stretta di quella esistente tra fumo e malattie cardiovascolari, la maggiore diffusione di tale ultima patologia fa sì che il numero di eventi riconducibili al fumo sia dello stesso ordine all'interno delle due categorie.

Attualmente si ritiene che il numero di morti all'anno a causa del fumo di sigaretta sia di circa 80 000 in Italia³.

Nell'ambito cardiovascolare il fumo ha un impatto negativo su quasi tutti gli aspetti fisiopatologici e su tutte le forme cliniche della cardiopatia ischemica. Alcune delle 4000 sostanze presenti nel fumo di tabacco determinano infatti una modificazione sfavorevole dell'emodinamica con tachicardia ed ipertensione, uno spostamento protrombotico del sistema coagulativo e un danno endoteliale diretto. Inoltre, i pazienti fumatori mostrano tutti una componente infiammatoria di fondo che gioca un ruolo di primo piano nell'indurre la progressione della malattia e l'instabilizzazione delle placche aterosclerotiche.

Il tabagismo come malattia

Poiché il tabagismo è un fattore di rischio per malattia coronarica è giusto che il cardiologo se ne occupi, svolgendo un ruolo compatibile

con le sue conoscenze e con il modello organizzativo in cui è inserito. A tale scopo è necessario sviluppare la consapevolezza che esistono dei modelli di interpretazione della malattia e che alcuni strumenti di intervento devono essere utilizzati con metodi precisi e precise attese di successo.

Il tabagismo, oltre ad essere un fattore di rischio per malattia cardiovascolare è una dipendenza che consegue all'assunzione regolare di nicotina.

La presenza della dipendenza può essere facilmente constatata osservando il comportamento del fumatore. Tale concetto, tuttavia, stenta ad diventare luogo comune a causa di due motivazioni principali: la grande diffusione di tale abitudine e l'assenza di una degradazione dei rapporti sociali come in genere avviene per le altre forme di dipendenza (eroina, cocaina, alcool). L'entità della dipendenza può essere misurata attraverso una serie di strumenti, il più noto dei quali è il questionario di Fagerström⁵.

Prendere consapevolezza che il tabagismo non è un'abitudine, un vizio o una scelta ma bensì semplicemente una dipendenza è il primo passo per accettare l'idea che il fumo, pur nella sua complessità, è una malattia cronica recidivante e che la nicotina gioca un ruolo chiave nel mantenimento dello stato di fumatore. Un tabacco senza nicotina potrebbe essere prodotto, ma non genera dipendenza e quindi non verrebbe mai utilizzato da un ipotetico consumatore.

Il paziente

Come in tutte le dipendenze, il paziente non è uno spettatore passivo e involontario della sua malattia ma gioca un ruolo chiave vivendo un'ambivalenza in cui si evidenzia da un lato la consapevolezza della volontà e talora della necessità di smettere, dall'altro il piacere a permanere in tale stato per motivazioni di diverso ordine. Credo sia importante chiarire

re in maniera estremamente forte che il compito del cardiologo non sia di risolvere sul piano cognitivo tale ambivalenza, comprendendone le motivazioni recondite ma solo di diventarne consapevole per poter capire il termine della relazione che si sta sviluppando, evitando di rimanere invischiato in argomenti che non sono pertinenti.

I pazienti possono essere classificati in relazione alla volontà di produrre il cambiamento. Una modalità molto pratica è descritta dal modello transteorico di Prochaska e DiClemente⁶. Questi autori classificano le persone che si trovano di fronte alla necessità di un cambiamento in 5 stadi: precontemplazione, contemplazione, in preparazione, in azione, in mantenimento.

La collocazione del paziente in uno di tali stadi è terribilmente strategico, perché condiziona il tipo di intervento e l'entità delle risorse da mettere in gioco. La consapevolezza che il paziente, nonostante quanto afferma verbalmente, non è realmente motivato a cambiare ci consente di scegliere un comportamento adeguato, evitare di sprecare risorse inutili, e soprattutto ci risparmia un senso di sfiducia che nasce più dalla nostra incompetenza che dalla realtà. Smettere di fumare presuppone da parte del paziente la disponibilità al cambiamento. Verificarne la presenza è il primo passo verso il successo.

Il metodo

Esistono linee guida nazionali per il trattamento del tabagismo pubblicate in Italia a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (<http://www.iss.it/ofad>). L'applicazione nella pratica clinica quotidiana è semplice e richiede in genere pochi minuti.

Durante una normale visita cardiologica, nei confronti di qualunque paziente che viene per qualunque motivo, il medico dovrebbe applicare i 5 punti previsti dalle linee guida. Il percorso è semplice ed è riassunto in Tabella 1. Ognuno di questi punti presuppone delle competenze minime che sono facili da apprendere. L'applicazione dei primi 3 punti costituisce il consiglio minimo che ogni operato-

Tabella 1. Le 5 A proposte dalle linee guida internazionali.

Ask	Chiedi al paziente se fuma e segna la risposta nel tuo archivio
Advice	Consiglialo di smettere in maniera chiara, forte e personalizzata. Usa le 5 R per farlo
Assess	Valuta se è disposto a smettere di fumare e cerca di classificarlo con il modello di Prochaska e DiClemente
Assist	Assistilo quando smette. Utilizza quanto indicato dall'acronimo STAR
Arrange a follow-up	Stabilisci una data di follow-up preferibilmente entro la prima settimana dall'interazione

Le 5 A: l'esecuzione delle prime tre costituisce il "consiglio minimo" che tutti gli operatori sanitari che vengono in contatto con qualsiasi paziente dovrebbero eseguire.

Le 5 R: rilevanza, rischio, ricompensa, resistenze, repetita.

STAR: Stabilisci una data, Trova alleanze, Anticipa le difficoltà che avrai e preparati con una strategia per ognuna, Rimuovi ogni oggetto correlato al fumo dalla tua vita.

re sanitario dovrebbe applicare in qualsiasi contesto nei confronti di qualsiasi paziente. Bisogna ricordare che se è vero che il "consiglio minimo" possiede un'efficacia limitata e stimabile intorno al 3-5% è anche vero che richiede solo pochi minuti per essere realizzato e che per tale motivo può raggiungere un numero molto elevato di fumatori. Tale numero è sicuramente molto superiore a quello che può raggiungere un trattamento di "counseling" specialistico. Le conseguenze di ciò sono che l'impatto di tale strumento, definendo l'impatto come il prodotto dell'efficacia per il numero di pazienti raggiunti, finisce per essere molto superiore all'impatto di metodi ritenuti molto più efficaci applicabili in pratica ad un ristretto numero di pazienti motivati.

Il tipo di intervento da erogare al paziente è diverso a seconda della propensione al cambiamento del paziente.

Il trattamento farmacologico del tabagismo è divenuto ormai un punto fondamentale. Esistono almeno tre sostanze che possiedono documentata efficacia negli studi randomizzati e controllati: nicotina, bupropione e vareniclina. Tali sostanze possono essere considerate di primo impiego nel trattamento del tabagismo.

I medici

Se fumare è una malattia che si associa frequentemente ad importanti eventi cardiovascolari perché l'atteggiamento del cardiologo non è così incisivo come lo è contro l'ipertensione o l'ipercolesterolemia?

I medici sono scettici nei confronti del trattamento del tabagismo per uno o più dei seguenti motivi:

- sono delusi dal basso tasso di successo degli interventi che ordinariamente oscilla tra il 5% ed il 30% ad 1 anno. Adottando automaticamente nella loro mente un modello di malattia acuta, i medici ritengono che non riuscire a indurre la cessazione del tabagismo in tutti coloro che ricevono il trattamento sia sinonimo di inefficacia dell'intervento. L'assenza di un "feedback" positivo induce pessimismo e la convinzione che tali pazienti debbano essere trattati da specialisti del settore, analogamente a quanto avviene per i pazienti diabetici;
- hanno costruito le loro convinzioni personali applicando un metodo efficace ad un paziente sbagliato. Se un paziente si trova in uno stadio di precontemplazione o peggio ancora di contemplazione la strategia da adottare non può che essere di tentare di modificare la bilancia decisionale cercando di fornire consigli chiari, concisi, personalizzati senza lasciarsi coinvolgere in inutili discussioni estremamente dispendiose, riservando proposte concrete in chi si trova in stadi più avanzati. Se il paziente non è motivato qualunque tentativo di persuasione è destinato a fallire;
- osservano un'elevata percentuale di ricadute. Il fenomeno rinforza l'opinione che il medico non abbia un ruolo fondamentale nella gestione del fenomeno;
- ritengono di non avere le competenze necessarie;
- ritengono di non avere il tempo necessario.

L'attività di "counseling" minimalista o intensa che il medico può erogare è estremamente utile per aiutare il paziente nel cambiamento. Il "counseling" può essere definito come: "un'attività professionale che tende ad orien-

tare, sostenere e sviluppare le potenzialità del cliente, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta. Si occupa di problemi non specifici (prendere decisioni, miglioramento delle relazioni interpersonali) e contestualmente circoscritti (famiglia, lavoro, scuola)" (<http://it.wikipedia.org/wiki/Counseling>). Ancora una volta vale la pena di ricordare che il medico nella sua attività fornisce consigli e strategie ma non interpreta le motivazioni ed i comportamenti del paziente.

Cosa può fare il cardiologo nella sua pratica clinica quotidiana, in un ambulatorio affollato e con poco tempo a disposizione nei confronti del tabagismo?

Esistono delle strategie molto semplici da applicare che portano un aiuto concreto e che possono essere inserite rapidamente nella quotidianità lavorativa. Applicare le 5 A ci allinea alle linee guida nazionali ed internazionali e favorisce la cessazione del tabagismo.

I farmaci

Esistono almeno tre principi attivi con efficacia dimostrata secondo i criteri della medicina dell'evidenza⁷. Tali farmaci sono la nicotina, il bupropione e la vareniclina. La nicotina è proponibile in diverse preparazioni farmaceutiche come i cerotti, le gomme da masticare, gli inalatori. L'efficacia media dei farmaci negli studi randomizzati e controllati si aggira intorno al 30% ad 1 anno. Tale risultato potrebbe essere considerato modesto ma attualmente è il migliore ottenibile, secondo solo alle terapie combinate che uniscono al farmaco stesso un "counseling" professionale e dedicato.

A tutti i pazienti che vogliono smettere di fumare dovrebbe essere proposto un farmaco secondo le modalità previste dalla scheda tecnica del prodotto, tenendo conto delle caratteristiche del paziente e delle limitazioni imposte dagli effetti collaterali.

Nessuno dei farmaci utilizzabili per il trattamento del tabagismo è controindicato nei pazienti con cardiopatia ischemica. L'efficacia del trattamento farmacologico è stimata intorno al 30% di astensione ad 1 anno.

Concludendo possiamo fare le seguenti affermazioni:

1. il tabagismo è un rilevante problema di salute e provoca rilevanti quantità di malattie cardiovascolari evitabili;
2. il cardiologo ha un ruolo importante nell'argomento. I pazienti lo ritengono una fonte autorevole di informazioni e il suo parere può modificare la bilancia motivazionale del paziente;
3. il trattamento del tabagismo deve seguire delle regole precise e si deve adeguare alle linee guida nazionali pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità;
4. come per tutte le malattie, il cardiologo deve conoscere il tabagismo in termini di fisiopatologia, sintomatologia, storia naturale, caratteristiche specifiche del paziente e possibilità terapeutiche;
5. lo status specifico del paziente modifica il modo in cui la

malattia si mostra. La volontà del paziente di affrontare il cambiamento ha un ruolo importante, può essere classificata e deve essere riconosciuta. Il comportamento del medico deve adeguarsi ad essa;

6. l'aiuto a chi vuole smettere di fumare erogato dal cardiologo non è un semplice consiglio paternalistico, ma un comportamento professionale che segue regole precise, semplici e facili da applicare. Sebbene il "consiglio minimo" si possa applicare in pochi minuti è comunque una prestazione professionale con una sua precisa efficacia terapeutica;
7. gli interventi dotati di una bassa probabilità di successo possono essere ugualmente utili se erogati a un'ampia fetta di popolazione;
8. esistono farmaci dotati di efficacia nella pratica clinica, secondo i criteri della medicina basata sull'evidenza che devono essere proposti sistematicamente ai pazienti che fumano;
9. ridurre il numero di sigarette fumate non è utile ai fini della riduzione del rischio di malattia cardiovascolare in quanto in genere il fumatore, spinto dalla riduzione della nicotemia, aspira con maggiore forza il fumo ed esegue un maggior numero di aspirazioni per ogni sigaretta, compensando di fatto la riduzione che ci si aspetterebbe con la riduzione del numero di sigarette quotidiane. L'obiettivo da porsi è la cessazione totale e permanente.

Bibliografia

1. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation* 2001; 104: 2746-53.
2. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part II: variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. *Circulation* 2001; 104: 2855-64.
3. Rossi S, Mortali C, Mazzola M, Mattioli D, Spoletini R, Pacifici R. Il fumo in Italia. In: Proceedings of the 8th National Congress on Tobacco and National Health System. Roma: National Institute of Health, 2006. <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/II%20fumo%20in%20Italia.1153394871.pdf> [accessed March 22, 2010].
4. The 2004 United States Surgeon General's Report: the health consequences of smoking. *N S W Public Health Bull* 2004; 15: 107.
5. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-27.
6. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-5.
7. Reid RD, Quinlan B, Riley DL, Pipe AL. Smoking cessation: lessons learned from clinical trial evidence. *Curr Opin Cardiol* 2007; 22: 280-5.