

## Educazionale, Prevenzione ed Epidemiologia

La rapida espansione del mercato delle sigarette elettroniche (*e-cig*) nei Paesi europei, che ha registrato anche un aumento degli sperimentatori (15%), con un incremento del 7% rispetto a qualche anno fa, ha fatto fiorire numerosi studi sia di efficacia in termini di cessazione tabagica, che di sicurezza, garantendo un aggiornamento continuo a favore dell'intera comunità scientifica ed anche informazioni utili per le politiche di controllo di tali prodotti. Una recente ricerca condotta dal gruppo di Vardavas dell'Università di Creta, presentata lo scorso anno al congresso ERS <sup>1</sup>, ha concentrato l'attenzione sui liquidi di ricarica delle *e-cig* e in particolare sugli aromi in essi contenuti. Accanto al noto effetto di secchezza delle mucose ed irritazione delle alte vie respiratorie dovuto ai vapori del glicole e del glicerolo, gli aromi, ed in particolare quelli a maggiore diffusione come il mentolo e l'aroma alla fragola, possono esporre gli utilizzatori ad elevate quote di benzaldeide, nota sostanza ad azione irritante sulle vie respiratorie. Una varietà di differenti liquidi dei più popolari marchi di *e-cig* in vendita in 9 Paesi europei, sono stati analizzati mediante impiego di cromatografia di massa (gas e liquida) e i risultati sono stati confrontati con il sistema *Globally Harmonized classification System* (GHS) per la classificazione degli irritanti respiratori.

Globalmente, nei campioni testati sono stati riscontrati 246 differenti aromi e additivi e tutti i campioni analizzati (122/122) presentavano almeno una delle sostanze a livelli di rischio per la salute, in accordo con il sistema di classificazione GHS dell'ONU.

Dai risultati di questa ricerca appare evidente che occorre vigilare sui potenziali rischi per la salute respiratoria derivanti dall'utilizzo di liquidi di ricarica con aromi sempre più numerosi, data anche l'attuale incertezza sugli effetti a lungo termine, e che le autorità di controllo nella Comunità Europea devono attuare uno stretto monitoraggio degli aromi e additivi delle *e-cig* anche ai fini di una possibile revisione della Direttiva Europea sui prodotti del tabacco che, all'art. 20, vieta l'uso di ingredienti che pongono problemi alla salute umana sia in forma riscaldata che non.

Le riacutizzazioni in corso di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

possono essere prevenute da un adeguato trattamento inalatorio. Errori di esecuzione nella terapia inalatoria, generalmente oggetto di scarsa considerazione nei *trial* clinici sull'efficacia dei farmaci, possono avere un impatto negativo sul rilascio e deposizione del farmaco, minimizzando, nella vita reale, i benefici del trattamento. Un recente studio osservazionale <sup>2</sup> ha investigato la prevalenza di errori di esecuzione della terapia inalatoria rilevati dalla osservazione di 212 Medici di Medicina Generale e 50 specialisti pneumologi delle modalità di utilizzo di 3.393 *device* usati per il trattamento della BPCO in 2.935 pazienti; ne è stato poi valutato l'impatto sul controllo della malattia e sull'utilizzo di risorse sanitarie. Errori di esecuzione sono stati osservati in più del 50% degli utilizzatori indipendentemente dal *device* utilizzato. Errori critici erano rispettivamente presenti nel 15,4%, 21,2%, 29,3%, 43,8%, 46,9% e 32,1% con Breezhaler® (n = 876), Diskus® (n = 452), Handihaler® (n = 598), con i *pressurised Metered-Dose Inhaler* (pMDI) (n = 422), Respimat® (n = 625) e Turbuhaler® (n = 420). La necessità di ospedalizzazione o di accessi al pronto soccorso negli ultimi 3 mesi, per riacutizzazione di BPCO, era più frequente in coloro che eseguivano maggiori errori critici nella tecnica di esecuzione. Gli errori di utilizzo dei *device* inalatori sono sottostimati nella vita reale e ciò si traduce in percentuali più elevate di riacutizzazioni severe di BPCO. Un *training* nell'uso di tali *device*, come da tempo sostenuto da parte del GdS AIPO Educazionale, Prevenzione ed Epidemiologia deve diventare parte integrante e non opzionale nel *management* dell'asma e della BPCO, sottolineando inoltre l'esigenza di regolamentare l'attività educativa nell'ambito del trattamento delle malattie respiratorie croniche.

La dimostrata efficacia delle Cure Palliative (CP) nel sollievo dei sintomi respiratori e nel miglioramento della qualità di vita dei pazienti è evidenza tale da rendere non più eludibile il precoce inserimento delle CP nelle patologie respiratorie croniche. Gli aspetti fisici delle cure sono caratterizzati dal *management* di sintomi come dispnea, tosse, emottisi, produzione di muco, stanchezza e gestione delle secrezioni respira-



Paola Martucci

UOC di Pneumologia Interventistica,  
Centro per il Trattamento del  
Tabagismo, A.O.R.N. "A Cardarelli",  
Napoli



Paola Martucci  
pmartucci2003@yahoo.it

torie specie nel fine vita. CP di qualità devono tuttavia poter essere estese anche ad altri aspetti (psicologici e psichiatrici, sociali, spirituali, religiosi ed esistenziali, culturali, etici e legali) tutti centrati sul paziente e sulla famiglia. Il contributo che offre questo articolo <sup>3</sup> è di stimolo alla riflessione sulla propria esperienza e sul personale approccio al tema delle CP nella pratica clinica. La sostenibilità, gli strumenti di valutazione, la pianificazione, necessaria per l'introduzione delle CP in vari *setting* di cura, ed i programmi educazionali hanno bisogno di essere testati negli attuali scenari sanitari ed essere integrati efficacemente nei percorsi di cura. Una pratica *checklist* riportata nell'articolo può aiutare il clinico ad un approccio corretto alla pianificazione delle cure avanzate:

1. fornire cure centrate sugli obiettivi dei pazienti/famiglie;
2. attuare nella pratica clinica azioni basate sulle evidenze;
3. sviluppare un *network* con i professionisti di CP;
4. adottare un format adatto alla consultazione per le CP in modo da identificare con precisione i bisogni dei pazienti;
5. aggiornare il piano di cure avanzate con il progredire della malattia e con l'aumento dei bisogni;
6. registrare in ogni caso nella documentazione sani-

taria le discussioni con i pazienti/familiari, le decisioni prese e gli esiti, inclusa la frequenza delle visite e la soddisfazione nelle cure;

7. promuovere il coordinamento delle CP nei vari *setting* (cure primarie, emergenza, lungodegenza) interagendosi con altre figure professionali;
8. garantire supporto spirituale per un adeguato conforto e sollievo dalle sofferenze;
9. maturare competenze ed un adeguato linguaggio nel fornire le cure;
10. pianificare la comunicazione con i familiari sul come riconoscere segni e sintomi nel fine vita;
11. considerare sempre le direttive anticipate e fornire consulenza legale.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Vardavas C, Girvalaki C, Vardavas A, et al. *Respiratory irritants in e-cigarette refill liquids across nine European countries: a threat to respiratory health?* Eur Respir J 2017;50(6).
- <sup>2</sup> Molimard M, Raheison C, Lignot S, et al. *Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients.* Eur Respir J 2017;49(2).
- <sup>3</sup> Narsavage GL, Chen YJ, Korn B, Elk R. *The potential of palliative care for patients with respiratory diseases.* Breathe 2017;13:278-89.