



BPCO

Guida tascabile

Diagnosi e supporto alla gestione per specialisti



Universität
ZürichSM

Institut für Epidemiologie,
Biostatistik und Prävention



KHM CMPR CMB
COLLEGE OF MEDICINE OF PREMIER HOSPITALS
COLLEGIO DI MEDICINA DI NOBILI



SGAIM SSMIG SSGIM

Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Internistische Medizin
Societate Romana de Medicina Internista Generala
Societ  Societ  de Medicina Internista Generala
Societ  Societ  de Medicina Internista Generala
Societ  Societ  de Medicina Internista Generala

SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT
FÜR PNEUMOLOGIE

SOCIÉTÉ SUISSE DE PNEUMOLOGIE

SOCIETÀ SVIZZERA DI PNEUMOLOGIA



LEGA **POLMONARE**

Editoriale

Per una gestione efficace della BPCO è fondamentale definire una terapia individuale basandosi sulla valutazione dei sintomi e il rischio di esacerbazione. Inoltre, è fondamentale tenere conto delle risorse disponibili negli ambiti della vita rilevanti. È importante, infine, concentrarsi anche sugli strumenti comunicativi concreti per gestire i colloqui in tema di disassuefazione dal tabacco e regolare attività fisica. Questa edizione si conclude affrontando altri due temi che non possono mancare in un'assistenza a tutto tondo: sessualità e cure palliative.

Le opzioni di terapia farmacologica e non farmacologica possono sortire effetti positivi sul decorso e sulla prognosi della BPCO. Non intervenire dal punto di vista terapeutico quindi è deleterio tanto quanto una terapia farmacologica inadeguata. Il presente aggiornamento della guida tascabile sulla BPCO intende analizzare in modo pratico e comprensibile i punti cardine delle principali raccomandazioni in materia di diagnosi e gestione della BPCO.

La guida tascabile per la BPCO è pensata come supporto alla vostra attività quotidiana nel quadro di un'assistenza fondata su evidenze scientifiche, qualitativamente elevata, efficace e personalizzata.

Autrici

Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey
Kaba Dalla Lana

Organizzazioni coinvolte

Lega polmonare svizzera
Società svizzera di pneumologia (SGP/SSP)
Società svizzera di medicina interna generale (SSMIG)
Collegio di medicina di base (CMB)/Institut für Hausarztmedizin (IHAMZ)

Elementi per assistere con successo pazienti affetti da BPCO

Broncopneumopatia cronica ostruttiva da confermare

Confermare la diagnosi

Pochi sintomi

Ridurre i sintomi

Costruire un futuro migliore

Migliorare la prognosi

Organizzare una rete

Creare e sfruttare una rete

Diagnosi

- 4 Considerare la BPCO, confermare la diagnosi e classificare il rischio
- 5 Questionario di valutazione della dispnea e della qualità di vita

Gestione

- 6 Individuazione complessiva dei sintomi e delle risorse del paziente affetto da BPCO
- 8 Aumentare la motivazione a smettere di fumare
- 9 Prodotti del tabacco alternativi e contenenti nicotina
- 9 Vaccinazioni
- 10 Gestione del colloquio e motivazione a fare attività fisica con regolarità
- 13 Terapia farmacologica
- 14 Preparati per la BPCO reperibili in Svizzera
- 16 Come inalare correttamente
- 17 Riconoscere e trattare un'esacerbazione acuta (AECOPD)
- 18 Coaching per vivere meglio con la BPCO
- 20 BPCO e sessualità
- 21 BPCO e cure palliative

Rete

- 22 Cure coordinate e integrate all'interno del contesto locale medico e non medico
- 24 Link
- 25 Bibliografia

Considerare la BPCO, confermare la diagnosi e classificare il rischio¹

Fumatore o ex fumatore > 10 PY, età >40 anni e uno dei 3 sintomi principali «TED» (tosse, espettorazione, dispnea)

Diagnosi confermata a seguito di spirometria

FEV1/CVF < 0.7 post broncodilatazione

Individuazione della gravità dell'ostruzione delle vie respiratorie

FEV1 (% del valore ottimale)	GOLD 1 ≥80 lieve	GOLD 2 50–79 moderata	GOLD 3 30–49 grave	GOLD 4 <30 molto grave
------------------------------	-------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------

Individuazione dei sintomi e del rischio di esacerbazione

Anamnesi delle esacerbazioni	Sintomi	
	contenuti mMRC 0–1 CAT < 10	numerosi mMRC ≥ 2 CAT ≥ 10
≥2 esacerbazioni o ≥1 esacerbazione/i che hanno comportato un ricovero	E	
0–1 esacerbazione/i (senza ricovero)	A	B

La classificazione della BPCO nelle categorie di rischio ABE avviene indipendentemente dal valore FEV1 sulla base dei sintomi respiratori e del numero di esacerbazioni rilevate durante l'anamnesi. Dalla classificazione in una delle categorie di rischio ABE si evince la raccomandazione della terapia farmacologia.

Questionario di valutazione della dispnea e della qualità di vita

Scala di valutazione della dispnea del mMRC¹ (Modified Medical Research Council)

Grado	Descrizione
0	Mai dispnea, salvo durante sforzi intensi
1	Dispnea durante la camminata veloce o in leggera salita
2	Camminando in piano, a causa della dispnea il paziente è più lento dei suoi coetanei o deve fare delle pause pur andando al proprio ritmo
3	Camminando in piano, la dispnea impone una pausa dopo circa 100 m o dopo pochi minuti
4	Dispnea troppo grave per lasciare l'abitazione o episodi di dispnea nel vestirsi e svestirsi

Test di valutazione della BPCO (CATTM)²

	Scala (spuntare)		Punti
Non tossisco mai.	0 1 2 3 4 5	Tossisco sempre.	
Non ho mai catarro nel petto.	0 1 2 3 4 5	Ho il petto pieno di catarro.	
Non provo alcuna sensazione di costrizione al petto.	0 1 2 3 4 5	Provo una forte sensazione di costrizione al petto.	
In leggera salita o facendo le scale non ho mai il fiato corto.	0 1 2 3 4 5	In leggera salita o facendo le scale ho decisamente il fiato corto.	
Le mie attività domestiche non sono compromesse.	0 1 2 3 4 5	Le mie attività domestiche sono decisamente compromesse.	
Nonostante la malattia polmonare esco di casa senza pensieri.	0 1 2 3 4 5	A causa della malattia polmonare, uscire di casa mi preoccupa molto.	
Dormo bene.	0 1 2 3 4 5	A causa della mia malattia polmonare dormo male.	
Ho molte energie.	0 1 2 3 4 5	Non ho per niente energia.	
Totale punti			
Un punteggio uguale o superiore a 10 indica un quadro di sintomi in via di aggravamento.			

Il test di valutazione della BPCO (CATTM) è un marchio di GlaxoSmithKline UK Ltd.

Individuazione complessiva dei sintomi e delle risorse del paziente affetto da BPCO



Ambito fisico

Movimento/sport
Inalazione
Fumo
Esacerbazioni
Vaccinazioni
Sonno/relaxamento



Ambito psicologico

Umore in generale
Ansia
Scoraggiamento
Stress
Energia
Gioia/passione



Ambito sociale

Familiari
Contatti sociali
Sessualità/intimità
Hobby
Situazione abitativa
Animali
Finanze



Ambito spirituale

Religione
Conoscenza/saggezza
Meditazione
Empatia/tolleranza
Musica/cultura
Natura



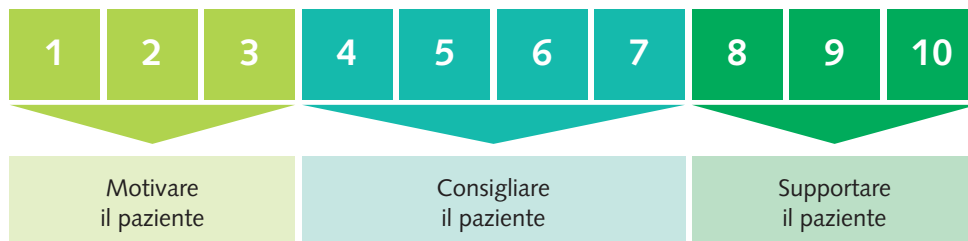
Aumentare la motivazione a smettere di fumare³



Un breve discorso mirato raddoppia il tasso di abbandono del fumo.

INDAGARE	Situazione del fumatore, anamnesi sul tabagismo «Lei fuma?»
VALUTARE	Motivazione, comportamento, conoscenze, studi scientifici «Ha mai considerato di smettere di fumare?»
CONSIGLIARE	Informazioni specifiche, vantaggi di un cambiamento di comportamento «Quali vantaggi si possono avere smettendo di fumare?»
ASSISTERE	Sostegno e accompagnamento «È interessato a un'offerta di sostegno e accompagnamento per smettere di fumare?»
PIANIFICARE	Accordarsi sul follow up, eventualmente inviare ad altri specialisti

Indicare su una scala da 1 a 10 quanto il paziente si dimostri interessato a smettere di fumare.



Prodotti del tabacco alternativi e contenenti nicotina^{4,5}

I prodotti del tabacco alternativi e contenenti nicotina come le sigarette elettroniche non sono farmaci riconosciuti per la disassuefazione dal tabacco. La loro efficacia a tale scopo infatti non è stata dimostrata. Per pazienti affetti da una malattia delle vie respiratorie questi prodotti non sono un'alternativa all'astensione dal fumo.

Le sigarette elettroniche

La sigaretta elettronica si compone di un bocchino con cartuccia, un vaporizzatore e un meccanismo di accensione. A differenza delle sigarette tradizionali, questi apparecchi non contengono tabacco. La nicotina è liberata dal liquido contenuto nella cartuccia, il quale può avere diversi sapori e diverse quantità di nicotina. Ciò che viene inalato deriva dall'evaporazione di tale liquido.

Le sigarette elettroniche possono causare dipendenza dalla nicotina. Inoltre, esiste il sospetto fondato che questi apparecchi incoraggino il consumo di sigarette tradizionali.

Prodotti del tabacco destinati a essere riscaldati (ad es. IQOS)

Questi prodotti alternativi scaldano il tabacco a circa 350 °C. Secondo studi indipendenti, ciò comporta una combustione parziale che si estingue lentamente. Il vapore derivante (aerosol) viene quindi inalato. Questi prodotti alternativi, oltre alla nicotina, contengono tabacco con i relativi elementi tossici e cancerogeni, ma in concentrazioni diverse rispetto alle sigarette tradizionali. Tali prodotti non sono adatti alla disassuefazione dal fumo.

→ I fumatori disposti a smettere vanno sostenuti individualmente e accompagnati con metodi scientificamente provati. Il metodo più efficace per smettere di fumare è la consulenza abbinata al supporto farmacologico (prodotti sostitutivi della nicotina, bupropione, vareniclina).
www.ipcr.org/desktophelpers o www.legapolmonare.ch/stopalfumo

Vaccinazioni^{6,7}

Vaccinazione contro l'influenza

Le linee guida della GOLD e dell'UFSP consigliano di sottoporsi all'annuale vaccinazione contro l'influenza per ridurre il rischio di ricovero e la mortalità.

Vaccinazione contro gli pneumococchi

I dati relativi al vaccino coniugato 13-valente Prevenar 13 sembrano indicare una migliore efficacia. Il vaccino coniugato 15-valente Vaxneuvance® non è inferiore al vaccino coniugato pneumococcico 13-valente per quanto riguarda i 13 sierotipi comuni. Per i gruppi a rischio è necessaria una vaccinazione singola, senza necessità di un richiamo.

Gestione del colloquio e motivazione a fare attività fisica con regolarità⁸⁻¹¹

Per le persone affette da BPCO, fare attività fisica con regolarità è particolarmente importante perché migliora lo stato di salute e la prognosi.

Un atteggiamento di apprezzamento e di sostegno e un ascolto attivo e attento sono fondamentali per far cambiare il comportamento del paziente a lungo termine.



Consenso

«Oggi vorrei affrontare con lei il tema dell'attività fisica. È d'accordo?»

Prendere sul serio l'interlocutore

«Quali sono le sue conoscenze in quest'ambito?»

Chiarire la motivazione

Importanza

«Attualmente quanta importanza attribuisce all'attività fisica?»

Fiducia

«Quanto è probabile che questa settimana lei svolga sufficiente attività fisica?»

Disponibilità

«Quanto è disponibile a fare movimento con regolarità?»

Aumentare la motivazione

Disinteressato

«Quali circostanze potrebbero farle cambiare abitudini?»

Ambivalente

«Cosa potrebbe aiutarla a fare movimento a sufficienza e con regolarità?»
«Ci sono stati momenti migliori? Cosa la motivava?»

Pronto

«Ci sono diverse possibilità per tenersi attivi fisicamente con regolarità. Ne ha già sentito parlare? Posso illustrargliene alcune?»

Attivo

«Le sue abitudini di movimento sono eccellenti. Vuole raccontarmi nel dettaglio cosa fa per stare in forma?»



Importante

- Ogni passo conta!
- Non è mai troppo tardi!

Oltre ai servizi di riabilitazione polmonare ambulatoriale e stazionaria accreditati (p. 24), l'attività fisica a lungo termine può venire supportata anche a casa da servizi aggiuntivi a bassa soglia, locali e online (ad es. programmi comunali, associazioni, misure individuali come contapassi, home trainer ecc.).

Trasmettere le conoscenze

«Posso darle qualche informazione scientifica sull'attività fisica?»

Fare attività fisica con regolarità

- per i pazienti affetti da BPCO è particolarmente importante perché:
- riduce l'affanno. Un aumento della forza muscolare e della resistenza favoriscono un miglioramento generale. Senza svantaggi per la funzione polmonare.
 - riduce il rischio di ricovero.
 - migliora la prognosi/prolunga l'aspettativa di vita.
 - aumenta il senso di appagamento.
 - rafforza la memoria.
 - incoraggia l'autonomia e l'autodeterminazione.

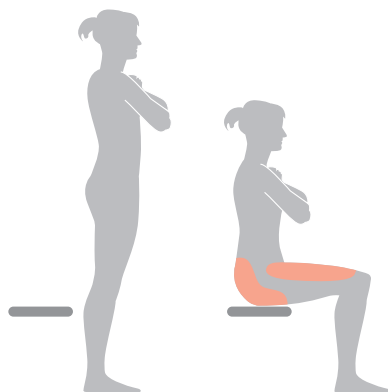


Il circolo vizioso dell'inattività

I pazienti affetti da BPCO riducono la loro attività fisica per paura della dispnea. Ma meno si è attivi, meno si sarà in forma e più si sarà soggetti all'ansia. Questo circolo vizioso tuttavia può essere spezzato con un'attività fisica regolare.

Misurare e documentare due volte all'anno la condizione fisica del paziente con un minuto di esercizio «Sit to Stand»*

1. Predisporre una sedia senza braccioli.
2. Far alzare e sedere il paziente più volte possibile. Assicurarsi che non si aiuti con le braccia. Sono ammessi dei momenti di pausa.
3. È il paziente a decidere la velocità.
4. Stando in piedi il paziente deve tenere le gambe dritte, da seduto invece ad angolo retto.
5. Annotare il numero delle ripetizioni complete.



Test «Sit to Stand»

Valori di riferimento per persone senza patologie polmonari⁸

Numero di ripetizioni in un minuto

Età	Donne	Uomini
41-45 anni	42	45
46-50 anni	40	43
51-55 anni	36	41
56-60 anni	35	38
61-65 anni	33	35
66-70 anni	31	34
71-75 anni	27	30
76-80 anni	24	28
81-85 anni	24	26

→ Piano di movimento tratto dal programma di coaching «Vivere meglio con la BPCO»
Il piano di movimento sostiene i pazienti nel raggiungimento dei propri obiettivi nell'ambito dell'attività fisica.
www.legapolmonare.ch/copdcoaching

* Il test «Sit to Stand» può essere impiegato come alternativa al test dei 6 minuti di camminata.¹¹

Terapia farmacologica

Raccomandazione terapeutica
Gruppo di pazienti

A

(poche esacerbazioni, pochi sintomi)

Terapia d'elezione

SAMA o SABA

In caso non faccia effetto:
LAMA o LABA

Raccomandazione terapeutica
Gruppo di pazienti

B

(poche esacerbazioni, molti sintomi)

Terapia d'elezione

LAMA o LABA

In caso non faccia effetto:
LAMA + LABA

Raccomandazione terapeutica
Gruppo di pazienti

E

(frequenti esacerbazioni, pochi sintomi)

Terapia d'elezione

LABA + LAMA*

Considerare:
LABA + LAMA + ICS

Eosinofili nel sangue ≥ 300

^o sintomi persistenti e/o ulteriore/i esacerbazione/i

* Considerare ICS in caso di eosinofili nel sangue ≥ 300

L'impiego di un singolo inalatore è verosimilmente più comodo ed efficace rispetto all'uso di diversi inalatori

Preparati per la BPCO reperibili in Svizzera^{12, 13}

Classe	Nome del prodotto	Principio attivo	Inizio dell'effetto	Durata dell'effetto	Produttore
SABA	Bricanyl®	Terbutalina	5 min.	6 ore	AstraZeneca
	Ventolin®	Salbutamolo	5 min.	4–6 ore	GlaxoSmithKline
SAMA	Atropair Steri-Nebs®	Ipratropio	15 min.	4–6 ore	Teva Pharma
	Atrovent®	Ipratropio	15 min.	4–6 ore	Boehringer Ingelheim
SAMA + SABA	Berodual®	Ipratropio/ fenoterolo	15 min.	4–6 ore	Boehringer Ingelheim
	Dospir®	Ipratropio/ salbutamolo	15 min.	4–6 ore	Boehringer Ingelheim
LAMA	Eklira® Genuair®	Acildinio	30 min.	12 ore	Covis
	Incruse® Ellipta®	Umeclidinio	15 min.	24 ore	GlaxoSmithKline
	Seebri® Breezhaler®	Glicopirronio	5 min.	24 ore	Novartis
	Spiriva® HandiHaler/ Respimat®	Tiotropio	30 min.	24 ore	Boehringer Ingelheim
LABA	Foradil®	Formoterolo	5 min.	12 ore	Novartis
	Onbrez® Breezhaler®	Indacaterolo	5 min.	24 ore	Novartis
	Oxis® Turbuhaler®	Formoterolo	5 min.	12 ore	AstraZeneca
	Serevent®	Salmeterolo	15 min.	12 ore	GlaxoSmithKline
	Striverdi® Respimat®	Olodaterolo	5 min.	24 ore	Boehringer Ingelheim
LAMA + LABA	Anoro® Ellipta®	Vilanterolo/ Umeclidinio	15 min.	24 ore	GlaxoSmithKline
	Spolto® Respimat®	Olodaterolo/ tiotropio	5/30 min.	24 ore	Boehringer Ingelheim
	Ultibro® Breezhaler®	Indacaterolo/ glicopirronio	5 min.	24 ore	Novartis

Classe	Nome del prodotto	Principio attivo	Inizio dell'effetto	Durata dell'effetto	Produttore
LABA + ICS	Relvar® Ellipta®	Vilanterolo/ fluticasone furoato	15 min.	24 ore	GlaxoSmithKline
	Seretide®	Salmeterolo/ fluticasone propionato	15 min.	12 ore	GlaxoSmithKline
	Symbicort® Turbuhaler®	Formoterolo/ budesonide	1–3 min.	12 ore	AstraZeneca
	Vannair™	Formoterolo/ budesonide	1–3 min.	12 ore	AstraZeneca
	Foster®	Formoterolo/ beclometasone	1–3 min.	12 ore	Chiesi/OM Pharma
ICS	Budenid Steri-Nebs®	Budesonide			Teva Pharma
	Miflonide® Breezhaler®	Budesonide			Novartis
	Pulmicort® Respules®/ Turbuhaler®	Budesonide			AstraZeneca
LABA + LAMA + ICS	Trelegly Ellipta®	Umeclidinio/ vilanterolo/ fluticasone furoato	15 min.	24 ore	GlaxoSmithKline
	Trimbow® DA	formoterolo/ Glicopirronio/ beclometasone	1–3 min.	12 ore	Chiesi/OM Pharma
	Trixeo® DA	Formoterolo/ Glicopirronio/ Budesonide	1–3 min.	12 ore	AstraZeneca
PDE4-inibitore	Daxas®	Roflumilast			AstraZeneca
PDE4-inibitore non selettivo	Aminofilina Amino	Teofilina			Amino
	Unifyl® Continus®	Teofilina			Mundipharma

SAMA anticolinergici con breve durata d'azione
SABA β-antagonisti a breve durata d'azione
LAMA anticolinergici con lunga durata d'azione
LABA β-antagonisti con lunga durata d'azione
LAMA + LABA broncodilatazione combinata

ICS steroidi inalatori
LABA + ICS β-antagonisti con lunga durata d'azione e steroidi inalatori
LABA + LAMA + ICS tripla terapia
PDE4 fosfodiesterasi 4

Come inalare correttamente^{14,15}

Utilizzo degli inalatori a polvere secca (DPI)



Breezhaler®
Non serve inspirare forte.



Elipta®
Necessario inspirare con forza media.



Diskus®
Necessario inspirare con forza media. Importante: non espirare nell'apparecchio.



HandiHaler®
Necessario inspirare con forza.



Turbuhaler®
Necessario inspirare con forza. Importante: non espirare nell'apparecchio.

- | | |
|---|--|
| 1. Attivare l'apparecchio in base al sistema utilizzato | 5. Dopo aver inspirato, trattenere il fiato per 10 secondi |
| 2. Espirare | 6. Allontanare l'apparecchio dalla bocca |
| 3. Portare alla bocca l'apparecchio e chiudere fermamente le labbra intorno all'imboccatura | 7. Espirare |
| 4. Inspirare per 3-5 secondi calibrando l'intensità al sistema | 8. Sciacquarsi la bocca |

Utilizzo degli inalatori Aerosol dosato (DA) e Respimat



Aerosol dosato (spray)
Prestare attenzione alla coordinazione mano-bocca. Agitare prima dell'uso.



Tecnologia MODULITE™
Grazie ai principi attivi extrafini presenti nella soluzione, non serve agitare il DA prima dell'uso. La bassa velocità delle particelle di principio attivo facilita la coordinazione mano-bocca e le loro piccole dimensioni le fanno arrivare alle vie respiratorie inferiori.



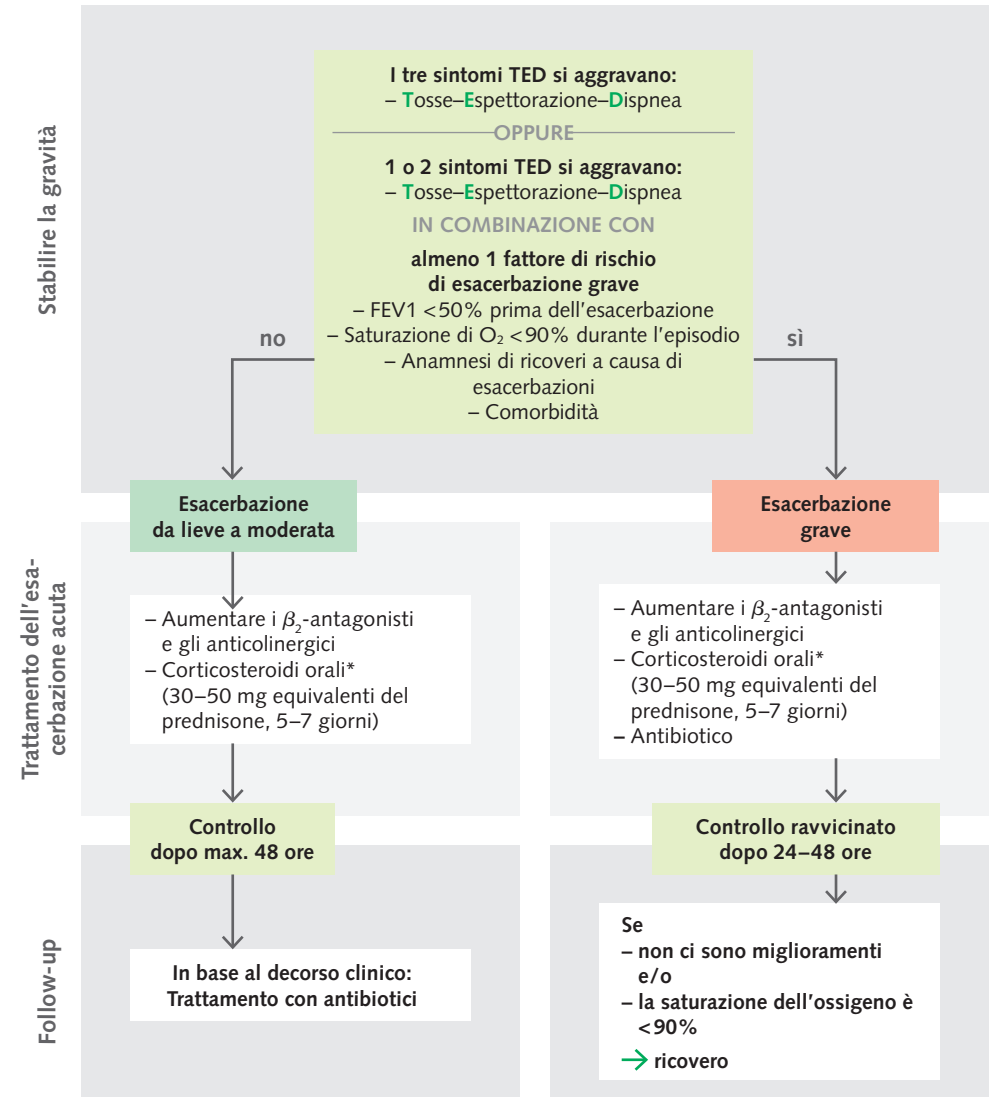
Tecnologia AEROSPHERE™
Vengono impiegate come veicolo delle particelle di fosfolipidi porose e aerodinamiche. Questa tecnologia consente una sospensione stabile e omogenea, con una cessione costante del principio attivo e la sua efficiente deposizione nei polmoni grazie alle fini dimensioni del particolato. Agitare prima dell'uso.



Respimat®
Prestare attenzione alla coordinazione mano-bocca. Nel Respimat, il principio attivo è collocato in una cartuccia. Al primo utilizzo tale cartuccia va inserita nell'apparecchio. A questo punto è possibile attivare l'inalatore Respimat. Il Respimat produce una nebulizzazione fine e a diffusione lenta.

- | | |
|---|--|
| 1. Rimuovere il tappo e se necessario agitare il Aerosol dosato | 5. Attivare l'inalatore |
| 2. Espirare | 6. Durante l'attivazione, inspirare lentamente e a fondo |
| 3. Portare alla bocca l'apparecchio | 7. Dopo aver inspirato, trattenere il fiato per 10 secondi |
| 4. Chiudere fermamente le labbra intorno all'imboccatura | 8. Espirare |

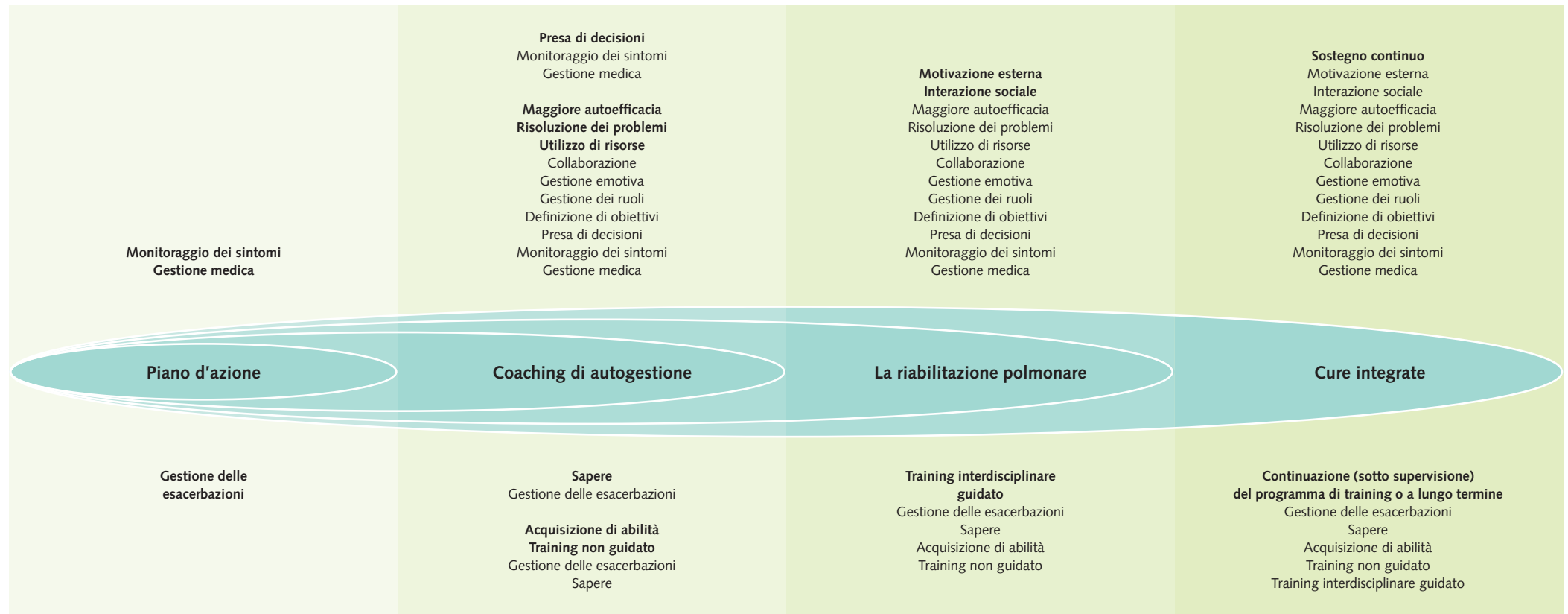
Riconoscere e trattare un'esacerbazione acuta (AECOPD)^{16,17}



Ricordarsi di eseguire la diagnosi differenziale per l'embolia polmonare e la cardiopatia coronarica!

* Se nelle ultime 4 settimane non sono stati somministrati steroidi sistematicamente, non è necessario ridurre gradualmente i corticosteroidi al termine dei 5–7 giorni.

Coaching per vivere meglio con la BPCO¹⁸⁻²⁵



Adattato da: Singh SJ, et al. Learn from the past and create the future: the 2013 ATS/ERS statement on pulmonary rehabilitation. Eur Respir J. 2013 nov; 42(5): 1169-74.

Efficacia del coaching di autogestione «Vivere meglio con la BPCO»

- Minore probabilità di peggioramenti e ricoveri
- Recupero più rapido dopo peggioramenti
- Maggiore sicurezza e fiducia nella gestione quotidiana dei tre principali sintomi (espettorato, tosse, dispnea)
- Maggiore competenza e migliore qualità della vita
- Consigli ed esperienze di ex fumatori che hanno smesso con successo
- Confronto e apprendimento in gruppo

Vivere meglio con la BPCO

La formazione continua «Train the trainer» sul coaching della BPCO vi supporta nei vari aspetti dell'assistenza dei pazienti affetti da BPCO.
www.legapolmonare.ch/formazione-continua

Le informazioni sui corsi e la documentazione del programma di coaching «Vivere meglio con la BPCO» per pazienti e familiari è disponibile all'indirizzo
www.legapolmonare.ch/copdcoaching



BPCO e sessualità²⁶

Una comunicazione aperta e rilassata sulla sessualità è un passo importante verso una cura a tutto tondo incentrata sulla persona.



Il bisogno di vicinanza, sicurezza e intimità ci accompagna a tutte le età e fa parte della qualità della vita. A causa di una malattia, soprattutto se scatena episodi di dispnea come la BPCO, non è raro che le persone colpite siano limitate nella propria sessualità.

Chiedete a TUTTE le persone, indipendentemente dall'età, dal sesso, dall'orientamento sessuale e dalla gravità della BPCO, informazioni sui limiti della sessualità.

Importante

Ciò che conta è AFFRONTARE L'ARGOMENTO. Per farlo non serve avere conoscenze approfondite nel settore.

Suggerimenti concreti per affrontare il tema

«Non abbiamo ancora parlato di sessualità. Altri pazienti mi riferiscono ed è noto che ad esempio la tosse, l'aspettazione e l'affanno possono imporre dei limiti anche in ambito sessuale. Potrebbe essere così anche nel suo caso?»

«Forse c'è qualcos'altro che le impedisce di vivere appieno la sua sessualità? Vuole parlarne?»

→ A tal fine è possibile consultare una scheda di supporto di comunicazione applicata (Communication about Sexuality in COPD, COSY).
www.lungenliga.ch/cosy

BPCO e cure palliative^{27,28}

Alla luce della prognosi difficile e del lungo decorso cronico, per i pazienti affetti da BPCO è bene attuare e considerare cure croniche e aspetti medici palliativi già in una fase iniziale sotto forma di accompagnamento.

Le **cure croniche** comprendono molti approcci nell'ambito delle cure palliative e nel caso di una malattia cronica e incurabile si concentrano sulla gestione dei sintomi e sul mantenimento di una qualità di vita complessivamente soddisfacente il più a lungo possibile.

Le **cure palliative** non sono sinonimo di cure terminali. Indicano piuttosto l'identificazione tempestiva, la valutazione accurata e la terapia di sostegno delle persone colpite e dei loro familiari per tutti gli ambiti della vita (fisico, psicologico, sociale e spirituale). Le cure palliative quindi non sono indirizzate a una determinata malattia, né si limitano agli ultimi giorni o settimane di vita.

Le **cure di fine vita** sono invece la fase finale delle cure palliative e comprendono tutte le misure palliative utilizzate negli ultimi 12 mesi. Nelle fasi molto avanzate, i pazienti affetti da BPCO ricevono spesso una terapia farmacologica inadeguata nonostante una prognosi sfavorevole, una dispnea intollerabile, alti livelli di ansia e depressione.

Oppiacei

Anche basse dosi di morfina possono ridurre in modo sicuro ed efficace la dispnea in pazienti affetti da una grave forma di BPCO e dispnea refrattaria.

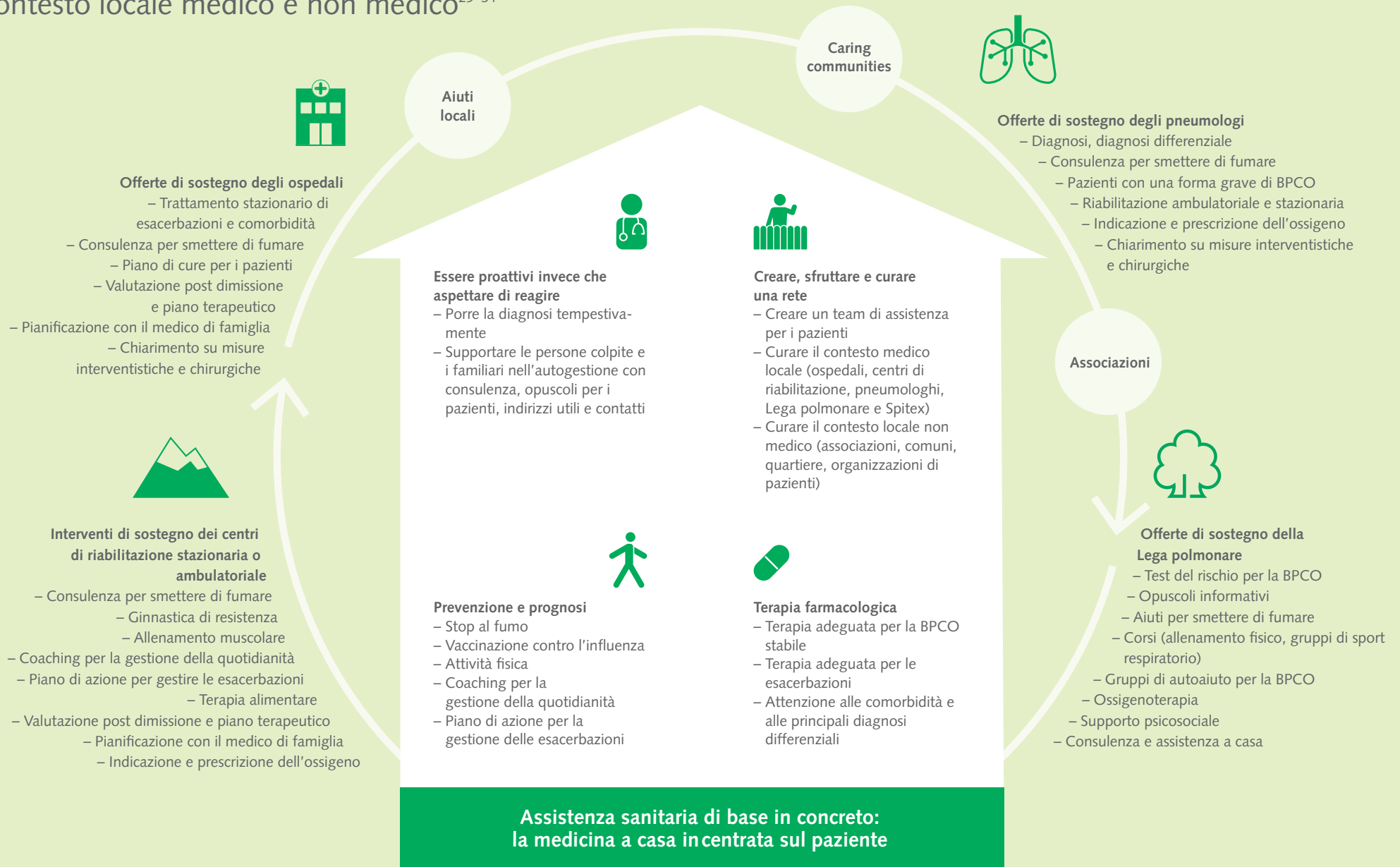
Situazione	Dose di partenza della morfina
Pazienti naïve da oppioidi	2 mg al bisogno ogni ora o in modo prestabilito ogni 4 ore; aumentare la dose 1 mg alla volta sino a un alleviamento sufficiente. In seguito valutare il passaggio a preparati retard.
In caso sia già in corso una terapia del dolore a base di oppioidi	1/6 della dose giornaliera di oppioidi a cadenza oraria, quindi la dose totale ogni 24 ore a integrazione della somministrazione usuale.

Benzodiazepine

Spesso l'ansia e la dispnea si manifestano in modo strettamente correlato. Le benzodiazepine riducono l'ansia.

Benzodiazepine	Dosaggio
Lorazepam	0,5–1,0 mg ogni 6–8 ore p.o./s.l.
Midazolam	2,5–5 mg/4 h s.c. o nasale, 10–30 mg/24 ore

Cure coordinate e integrate all'interno del contesto locale medico e non medico²⁹⁻³¹



Link

Linee guida

www.goldcopd.org

Moduli

www.pneumo.ch/fr > spcialistes

Stop al fumo

www.legapolmonare.ch/stopalfumo
www.at-svizzera.ch

Schede illustrative e informazioni per i professionisti della salute

www.ipcr.org > Resources > Desktop Helper > 4 Helping patients quit tobacco
Sigarette elettroniche, presa di posizione della SGP (in tedesco):
www.pneumo.ch > Fachpersonen > Dokument E-Zigaretten
www.europeanlung.org/it/

Riabilitazione polmonare e corsi di coaching per la BPCO

Elenco dei centri stazionari e ambulatori accreditati:
www.pneumo.ch > Fachpersonen > Pulmonale Rehabilitation

Offerte delle Leghe polmonari cantonali

www.legapolmonare.ch/cantoni
Consulenza psicosociale per le persone colpite
www.legapolmonare.ch/consulenza

Vivere meglio con la BPCO

www.legapolmonare.ch/copdcoaching

Fisioterapia respiratoria

Elenco dei fisioterapisti specializzati in riabilitazione polmonare, divisi per cantone:
www.igptr.ch/physiotherapie-lunge/fachlicher-austausch-igptr-p

Attività fisica a casa

www.myhomex.ch

Stazioni di rifornimento di ossigeno

www.legapolmonare.ch/stazioni

BPCO e sessualità

www.lungenliga.ch/cosy

Cure palliative

www.bag.admin.ch/curepalliative
www.palliative.ch/it

Fogli informativi per i pazienti

www.europeanlung.org/it/information-hub/

Video per una corretta tecnica d'inalazione con tutti gli apparecchi

www.atemwegsliga.de > inhalieren
(in tedesco/inglese)

Gruppi di autoaiuto e di scambio di esperienze

www.legapolmonare.ch/it/consulenza-e-assistenza/autoaiuto-e-scambio-di-esperienze.html

Bibliografia

- 1 The global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD: GOLD (revised 2023) www.goldcopd.org.
- 2 Jones PW et al.: Development and first validation of the COPD Assessment Test. *Eur Respir J* 2009, 34(3):648–654.
- 3 van Eerd EA et al.: Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug 20;(8):CD010744. doi:10.1002/14651858.CD010744.pub2.
- 4 Kalkhoran S and Glantz SA.: E-cigarettes and smoking cessation in a real - world and clinical settings: a systematic review and metaanalysis *Lancet Respir Med* 2016; 4:116
- 5 Dinakar C et al. The health effect of electronic cigarettes *N Engl J Med* 2016;375:1372-81
- 6 Walters JA et al.: Pneumococcal vaccines for preventing pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 24;1: CD001390. doi:10.1002/14651858.CD001390.pub4.
- 7 www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/richtlinien-empfehlungen-impfungen-prophylaxe.html
- 8 Strassmann A et al.: Population-based reference values for the 1-min sit-to-stand test. *International J of Public Health*, Dec 2013;58;6:949–953.
- 9 McCarthy B et al.: Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 23;(2):CD003793. doi:10.1002/14651858.CD003793.pub3.
- 10 Waschki B et al.: Physical activity is the strongest predictor of all-cause mortality in patients with COPD: a prospective cohort study. *Chest*. 2011 Aug;140(2):331-342. doi: 10.1378/chest.10-2521.
- 11 Crook S et al., STAND-UP and RIMTCORE study groups: The validation of the sit-to-stand test for COPD patients. *Eur Respir J*. 2017 Sep 20;50(3). pii: 1701506. doi:10.1183/13993003.01506-2017.
- 12 Arzneimittelinformation von Swissmedic. www.swissmedicinfo.ch
- 13 Rabe KF,et al.: ETHOS Investigators. Triple Inhaled Therapy at Two Glucocorticoid Doses in Moderate-to-Very-Severe COPD. *N Engl J Med*. 2020 Jul 2;383(1):35-48
- 14 Sanchis J et al.: Systematic Review of Errors in Inhaler Use. *CHEST* 2016; 150(2):394-406
- 15 Molimard M. et al.: Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients. *Eur Respir J* 2017; 49:
- 16 Leuppi JD et al.: Short-term vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: the REDUCE randomized clinical trial. *JAMA*. 2013 Jun 5;309(21):2223-31. doi:10.1001/jama.2013.5023.
- 17 Vollenweider DJ et al.: Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12:CD010257. doi:10.1002/14651858.CD010257.
- 18 Bourbeau J et al.: Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163(5):585–591.
- 19 Benzo R et al.: Health Coaching and Chronic Obstructive Pulmonary Disease Rehospitalization. A Randomized Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016 Sep 15;194(6): 672-80. doi:10.1164/rccm.201512-2503OC.
- 20 Howcroft M et al.: Action plans with brief patient education for exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Dec 19;12: CD005074. doi:10.1002/14651858.CD005074.pub4.
- 21 Effing TW et al.: Definition of a COPD self-management intervention: International Expert Group consensus. *Eur Respir J*. 2016 Jul;48(1):46-54. doi:10.1183/13993003.00025-2016

- 22 Lenferink A et al.: Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD011682. DOI: 10.1002/14651858.CD011682.pub2.
- 23 Steurer-Stey C et al.: Effects of the Living well with COPD intervention in primary care: a comparative study *Eur Respir J* 2017 accepted
- 24 Carron Tania, Bridevaux Pierre-Olivier et al.: Feasibility, acceptability and effectiveness of integrated care for COPD patients: a mixed methods evaluation of a pilot community-based programme, *Swiss Med Wkly.* 2017;147:w14567.
- 25 Singh SJ et al.: American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force on Pulmonary Rehabilitation. Learn from the past and create the future: the 2013 ATS/ERS statement on pulmonary rehabilitation. *Eur Respir J.* 2013 Nov;42(5):1169-74. doi:10.1183/09031936.00207912.
- 26 Vincent EE and Singh SJ: Addressing the sexual health of patients with COPD: the needs of the patient and implications for health care professionals *Chronic Respiratory Disease* 2007; 4:
- 27 Tavares N, Jarrett N, Hunt K, et al. Palliative and end-of-life care conversations in COPD: a systematic literature review. *ERJ Open Res* 2017; 3: 00068-2016 [https://doi.org/10.1183/23120541.00068-2016].
- 28 Huntley C, Hakkak F, Ward H. Palliative care for chronic respiratory disease: integrated care in outpatient settings. *British Journal of Community Nursing* March 2020 Vol 25, 3:132-38.
- 29 Fromer L: Implementing chronic care for COPD: planned visits, care coordination, and patient empowerment for improved outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2011;6:605-14. doi:10.2147/COPD.S24692.
- 30 Ortiz G et al.: Patient-Centered Medical Home in chronic obstructive pulmonary disease. *J Multidiscip Healthc.* 2011;4:357-65. doi:10.2147/JMDH.S22811.

- 31 Casas A et al.: and members of the CHRONIC Project: Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients: *Eur Respir J.* 2006 Jul;28(1):123-30.

Editore e redazione

Lega polmonare svizzera
Sägestrasse 79
3098 Köniz
Tel. 031 378 20 50
info@lung.ch
legapolmonare.ch

Autori

- Kaba Dalla Lana, fisioterapista dipl. SUP, PRT
- Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey, specialista in pneumologia e medicina interna, Istituto di epidemiologia, biostatistica e prevenzione, Università di Zurigo, studio medico mediX, Zurigo

Consulenza medica

- Dott. med. Antonio Satta
Specialista in Pneumologia,
Consulente della Lega Polmonare Ticinese

Realizzazione e impaginazione

virus Ideenlabor AG, Bienne

Revisione e traduzione

TEXTRAPLUS AG, Pfäffikon SZ

Stampa

OK Druck, Zurigo

2023/2ª edizione

La presente guida è stata realizzata grazie al generoso sostegno degli sponsor. Si ringraziano:

AstraZeneca 





Lega polmonare svizzera

Sägestrasse 79

3098 Köniz

Tel. 031 378 20 50

info@lung.ch

www.legapolmonare.ch

Conto donazioni

IBAN CH92 0900 0000 3000 0882 0