Guida tascabile sulla **BPCO**

Update

Diagnosi

Prevenzione e terapia

Rete

Universität Zürich[UZH]

Istituto di Epidemiologia, Biostatistica e Prevenzione

KHM CMPR CMB
KOLLEGIUM FÜR HAUSARZTMEDIZIN
COLLÈGE DE MÉDECINE DE PREMIER RECOURS
COLLEGIO DI MEDICINA DI BASE

SGAIM SSMIG SSGIM
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
Société Suisse de Médecine Interne Générale
Società Svizzera di Medicina Interna Generale
Swiss Society of General Internal Medicine

In collaborazione con la Società Svizzera di Pneumologia

SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR **PNEUMOLOGIE**
SOCIÉTÉ SUISSE DE **PNEUMOLOGIE**
SOCIETÀ SVIZZERA DI **PNEUMOLOGIA**

Premessa

Per un'efficace gestione della BPCO sono importanti decisioni terapeutiche personalizzate e un'assistenza coordinata e incentrata sul paziente basata sulla valutazione dei sintomi e del rischio di esacerbazione.

La prognosi e il decorso della BPCO possono essere influenzati favorevolmente da opzioni terapeutiche sia farmacologiche che non farmacologiche. In questo caso, un nichilismo terapeutico è tanto inutile quanto una terapia inadeguata.

Gli elementi essenziali delle raccomandazioni principali per la diagnosi e la gestione della BPCO sono stati elaborati in modo chiaro e pratico sotto forma della presente **Guida tascabile sulla BPCO**, con l'obiettivo di offrire un valido ausilio nella prassi clinica quotidiana e un supporto per un'assistenza di alta qualità e basata sull'evidenza, che possa dare beneficio al paziente.

Steurer-Stey C.	Brutsche M.	Neuner-Jehle S.	Providoli R.
EBPI	SSP	CMB / IHAMZ	SSMIG

Note editoriali

Autori
Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey
Specialista in Pneumologia e Medicina Interna,
Istituto di Epidemiologia, Biostatistica e Prevenzione, Università di Zurigo
Kaba Dalla Lana, dipl. Physiotherapeutin FH, PRT+
Istituto di Epidemiologia, Biostatistica e Prevenzione, Università di Zurigo

Editore
Istituto di Epidemiologia, Biostatistica e Prevenzione, Università di Zurigo
Istituto di Medicina Generale, Università di Zurigo

Concezione
DocWorld AG

3a edizione, luglio 2018

Elementi di un'efficace gestione della BPCO

Confirm diagnosis
Conferma della diagnosi

Diagnosi

Classificazione della BPCO 4

Questionario oggettivante la dispnea e l'impatto sulla qualità di vita della BPCO 5

Diagnosi differenziale dell'asma vs. BPCO 6

Spirometria – Valutazione della funzionalità polmonare 7

Optimize symptoms
Riduzione dei sintomi

Prevent deterioration
Prevenzione della progressione e miglioramento della prognosi

Prevenzione e terapia

Motivare l'astensione dal fumo di sigaretta 8

Vaccinazioni 8

Motivare l'incremento dell'attività fisica nella vita quotidiana 9

Trattamento di base della BPCO 10–11

Come eseguire correttamente la terapia inalatoria 12

Trattamento delle esacerbazioni acute 13

Coaching del paziente ad una corretta autogestione nella vita quotidiana, compreso piano d'azione: Convivere meglio con la BPCO 14–15

Develop network
Costruzione di una rete sanitaria

Rete

Coordinazione del paziente e di un programma di presa a carico sanitaria integrata BPCO 16–17

Link 18

Riferimenti bibliografici 19

Classificazione della BPCO[1]

La spirometria: indispensabile per una corretta diagnosi della BPCO

FEV1/FVC < 0.7 dopo broncodilatazione

Quantificare il grado di severità dell'ostruzione respiratoria

	GOLD 1	GOLD 2	GOLD 3	GOLD 4
FEV1 (% del valore di riferimento)	≥80	50–79	30–49	<30

Valutare i sintomi ed il rischio di esacerbazione

Anamnesi di esacerbazione	Sintomi: pochi mMRC 0–1 CAT < 10	Sintomi: molti mMRC ≥2 CAT ≥10
≥ 2 esacerbazioni oppure ≥ 1 esacerbazione che ha portato ad una ospedalizzazione	C	D
0 – 1 esacerbazioni (senza ospedalizzazione)	A	B

La classificazione della BPCO nelle categorie di rischio ABCD è stata ridefinita indipendentemente dal FEV1 sulla base dei sintomi respiratori e del numero di esacerbazioni rilevate in anamnesi. In base alla rispettiva categoria di rischio ABCD viene formulata la corrispondente raccomandazione terapeutica farmacologica.

Questionario oggettivante la dispnea e l'impatto sulla qualità di vita della BPCO[1,2]

Scala di dispnea mMRC[1] (Modificato secondo lo standard mMRC italiano ufficiale)

Grado	Descrizione Per favore, barri la casella che meglio descrive la Sua situazione (una sola casella):
0	Mi manca il respiro solo quando faccio uno sforzo fisico intenso.
1	Mi manca il respiro quando cammino di fretta in piano o percorro una leggera salita.
2	Cammino in piano più lentamente delle persone della mia età a causa della mancanza di respiro oppure, quando cammino in piano a passo normale, mi devo fermare a riprendere fiato.
3	Mi devo fermare a riprendere fiato dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o dopo pochi minuti di cammino in piano.
4	Non esco di casa perché mi manca troppo il respiro oppure mi manca il respiro quando mi vesto o mi spoglio.

Test di valutazione della BPCO (CAT™)[2]

Per ogni affermazione riportata di seguito, inserisca un segno (X) nella casella che meglio descrive la Sua situazione attuale.
Può selezionare solo una risposta per ogni domanda.

	Scala (segni con una croce)							Punti
Non tossisco mai.	0	1	2	3	4	5	Tossisco sempre.	
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco).	0	1	2	3	4	5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco).	
Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto.	0	1	2	3	4	5	Avverto una forte sensazione di costrizione al petto.	
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato.	0	1	2	3	4	5	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato.	
Non avverto limitazioni nello svolgere attività in casa.	0	1	2	3	4	5	Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa.	
Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare.	0	1	2	3	4	5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare.	
Dormo bene.	0	1	2	3	4	5	Non riesco a dormire bene a causa della mia malattia polmonare.	
Ho molta energia.	0	1	2	3	4	5	Non ho nessuna energia.	

Punteggio totale CAT™

10 e più punti indicano una maggiore severità dei sintomi.

COPD Assessment Test (CAT™) è un marchio di GlaxoSmithKline UK Ltd.

Diagnosi differenziale dell'asma vs. BPCO[3]

Caratteristica	BPCO	Asma
Età della comparsa della malattia	Solitamente > 40 anni	Si manifesta spesso durante l'infanzia, può manifestarsi a tutte le età, generalmente prima dei 20 anni.
Sintomi e fattori scatenanti	Sintomi respiratori cronici e quotidiani, generalmente persistenti, in prevalenza dispnea, causate da esposizione a sostanze inalatorie nocive. Causa prevalente: il fumo di sigaretta.	I sintomi respiratori (tosse, costrizione toracale, sibili espiratori, dispnea) variano per intensità e durata, spesso con intervalli di benessere. I sintomi possono essere scatenati o aggravati da infezioni virali, attivita fisica, emozioni, polvere o contatto con allergeni.
Funzionalità polmonare	FEV1/FVC < 0.7, non reversibile dopo broncodilatazione.	Ostruzione respiratoria variabile nel tempo, in genere con dimostrazione di una reversibilità significativa, ossia un aumento del FEV1 dopo broncodilatazione di almeno il 12% e 200 ml.
Funzionalità polmonare tra la comparsa dei sintomi	Ostruzione e sintomi persistenti.	Spesso normale.
Anamnesi personale o familiare	Anamnesi di esposizione a sostanze e gas nocivi (principalmente fumo di tabacco); gli antecedenti di BPCO nella famiglia aumentano il rischio.	Frequenti allergie e asma nell'anamnesi personale o familiare.
Decorso	In linea generale, lento e proggressivo peggioramento nel corso degli anni nonostante il trattamento.	Possibile miglioramento spontaneo, risposta a terapia con steroidi inalatori.
Radiografia del torace	Diaframma appiattito, iperespansione e altre alterazioni indotte dalla BPCO.	Solitamente normale.
Comorbilità	Altre malattie croniche sono spesso presenti, come cardiopatia ischemica, diabete, osteoporosi, depressione.	Rino-sinusite cronica, dermatite atopica ed eczema, riflusso gastroesofageo.
Infiammazione delle vie aeree	Spesso neutrofili, ma anche altri. I processi infiammatori hanno ripercussioni a livello sistemico.	Spesso eosinofili, ma anche altri.

In presenza di 3 o più caratteristiche dell'asma o della BPCO potrebbe essere presente una sindrome da sovrapposizione asma-BPCO (ACO = asthma COPD overlap).

Spirometria – Valutazione della funzionalità polmonare[4]

Diagnosi

FEV1/FVC dopo broncodilatazione

< 70% del valore assoluto (non % del valore di riferimento)

Ostruzione

Severità FEV1 % del valore di riferimento

Lieve	≥ 80%
Moderata	50–80%
Severa	30–50%
Molto severa	< 30%

Broncodilatazione

Reversibilità:

FEV1 +12% e +200 ml

> 70%

FVC < 80%

Sospetta restrizione

FVC > 80%

Normale

Motivare l'astensione dal fumo di sigaretta[5]

Un breve intervento raddoppia il tasso di rinuncia al fumo

- **Lei fuma?**
- **Ha mai pensato di smettere?**
- **Quali vantaggi potrebbe avere smettere di fumare?**
- **Accetterebbe la proposta di una consulenza per smettere di fumare?**

Su una scala da 1 a 10, indichi quanto è forte la Sua intenzione di smettere di fumare.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Motivare i pazienti			Consigliare i pazienti				Sostenere i pazienti		

Vaccinazioni[6,7]

Le norme UFSP raccomandano la vaccinazione contro l'influenza stagionale, poiché riduce il rischio di ospedalizzazione e il tasso di mortalità.

Il vaccino Pneumovax® (23-valente) è raccomandato ai pazienti con BPCO di età ≥ 65 anni per ridurre i casi di polmonite e le esacerbazioni. Ripetizione non prima di 6 anni.

I dati relativi al vaccino 13-valente coniugato (Prevenar®) fanno ipotizzare un'efficacia superiore, ma tale vaccino è omologato in Svizzera solo per i bambini. In caso di partecipazione ai costi da parte del paziente, una vaccinazione con Prevenar® in presenza di BPCO GOLD 3 e 4 (FEV1 < 50%) sarebbe più conforme alle raccomandazioni dell'UFSP.[7]

https://www.bag.admin.ch/bag/it/home.html

L'attività fisica è importante

L'attività fisica è particolarmente importante per i pazienti con BPCO. Motivi i Suoi pazienti alla riabilitazione polmonare ambulatoriale. Praticare regolarmente esercizio fisico migliora la qualità della vita, riduce il rischio di ospedalizzazione e prolunga la sopravvivenza. Chieda consiglio ad uno pneumologo. I centri accreditati sono riportati all'indirizzo www.pneumo.ch → Riabilitazione polmonare.

Il test Sit-to-Stand rende visibile lo stato di allenamento fisico*

Il mantenimento dell'attività fisica è un obiettivo importante per il miglioramento della prognosi. Documenti l'allenamento fisico dei pazienti, motivandoli all'attività fisica più frequente, ad esempio nell'ambito della riabilitazione polmonare ambulatoriale (vedere gli indirizzi a pagina 18).
I pazienti sintomatici (gruppi B, C e D) oppure i pazienti dove il test sit-to-stand è diminuito a < 70% del valore di riferimento beneficiano di una riabilitazione polmonare.

1. Prenda una sedia senza braccioli.
2. Conti quante volte il paziente riesce ad alzarsi e sedersi in un minuto. Non è consentito usare le braccia. Brevi pause sono però consentite.
3. Il paziente sceglie la velocità del test.
4. Le ginocchia sono estese in posizione eretta e piegate a circa 90 gradi in posizione seduta.
5. Annoti il numero di ripetizioni complete.

Valori di riferimento per le persone con polmoni sani[8]

Numero di ripetizioni in 1 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

Età	Donne	Uomini
66 – 70 anni	31	34
71 – 75 anni	27	30
76 – 80 anni	24	28
81 – 85 anni	24	26

* Il test Sit-to-Stand può essere usato in alternativa al test del cammino per 6 minuti.[11]

Trattamento di base della BPCO[1]

Raccomandazione terapeutica
Categoria pazienti
- assenza di esacerbazioni frequenti,
- pochi sintomi CAT < 10 punti

Trattamento preferenziale

SAMA o **SABA**

In caso di effetto insufficiente°: **LAMA o LABA**

Raccomandazione terapeutica
Categoria pazienti
- assenza di esacerbazioni frequenti,
- paziente sintomatico CAT ≥ 10 punti

Trattamento preferenziale

LAMA o **LABA**

In caso di effetto insufficiente°: **LAMA + LABA**

Misure supplementari: smettere di fumare, vaccinazioni,

°Sintomi persistenti e/o ulteriore/i esacerbazione/i

Lista dei preparati per la BPCO disponibili in Svizzera[12]

Classe	Nome del prodotto	Principio attivo	Inizio dell'azione	Durata dell'azione	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	5 min	4 – 5 ore	Boehringer Ingelheim
LAMA	Eklira® Genuair®	Aclidinio	30 min	12 ore	AstraZeneca
	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

Raccomandazione terapeutica
Categoria pazienti
- esacerbazioni frequenti,
- pochi sintomi CAT < 10 punti

C

Raccomandazione terapeutica
Categoria pazienti
- esacerbazioni frequenti,
- paziente sintomatico CAT ≥ 10 punti

D

attività fisica, educazione del paziente

Trattamento preferenziale

LAMA

In caso di effetto insufficiente°: **LAMA + LABA**

In alternativa LABA + ICS

Trattamento preferenziale

LAMA + LABA

In alternativa: LAMA o LABA + ICS

In caso di effetto insufficiente°:
LAMA + LABA +ICS#

#Ulteriore/i esacerbazione/i: – Valutare l'uso di roflumilast con FEV1 < 50% del valore di riferimento e in presenza di bronchite cronica
– Valutare l'uso dei macrolidi come terapia preventiva (negli ex fumatori)
– Deve essere ancora stabilito definitivamente il beneficio di una tripla terapia LAMA/LABA/ICS rispetto ad una terapia LABA/LABA.

Classe	Nome del prodotto	Principio attivo	Inizio dell'azione	Durata dell'azione	Produttore
LAMA + LABA	Anoro® Ellipta®	Vilanterolo/umeclidinio	15 min	24 ore	GlaxoSmithKline
	Spiolto® Respimat®	Olodaterolo/tiotropio	5 min	24 ore	Boehringer Ingelheim
	Ultibro® Breezhaler®	Indacaterolo/glicopirronio	5 min	24 ore	Novartis
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	5 min	12 ore	AstraZeneca
	Vannair™	Formoterolo/budesonide	5 min	12 ore	AstraZeneca
ICS	Budenid Steri-Nebs®	Budesonide			Teva Pharma
	Miflonide® Breezhaler®	Budesonide			Novartis
	Pulmicort® Respules®/ Turbuhaler®	Budesonide			AstraZeneca
Inibitore della PDE4	Daxas®	Roflumilast			AstraZeneca
Inibitore della PDE4 non selettivo	Aminophyllin Amino	Teofillina			Amino
	Unifyl® Continus®	Teofillina			Mundipharma

SAMA short-acting muscarinic antagonists
SABA short-acting β2-agonists
LAMA long-acting muscarinic antagonists
LABA long-acting β2-agonists

LAMA + LABA duplice broncodilatazione
ICS steroide inhalatorio
LABA + ICS β_2-agonista a lunga durata d'azione e steroide inalatorio

Come eseguire correttamente la terapia inalatoria[13,14]

Terapia inalatoria con un inalatore a polvere secca (DPI)

Breezhaler®
Non è necessaria una forte inspirazione.

Ellipta®
È necessaria un'inspirazione moderata.

Diskus®
È necessaria un'inspirazione moderata. Importante: non respirare nel dispositivo.

GenuairAb®
Intensità dell'inspirazione e durata sono efficaci quando si sente lo scatto.

HandiHaler®
È necessaria una forte inspirazione.

Turbuhaler®
È necessaria una forte inspirazione. Importante: non respirare nel dispositivo.

1. **Attivare il dispositivo in base al tipo di sistema utilizzato**
2. **Espirare**
3. **Inserire il boccaglio in bocca e chiudere ermeticamente le labbra intorno al boccaglio**
4. **Inspirare più o meno intensamente per 3–5 secondi in base al tipo di sistema utilizzato**
5. **Trattenere il respiro per 10 secondi al termine dell'inspirazione**
6. **Rimuovere il dispositivo dalla bocca**
7. **Espirare**
8. **Sciacquare la bocca**

Terapia inalatoria con un inalatore predosato (MDI) e Respimat

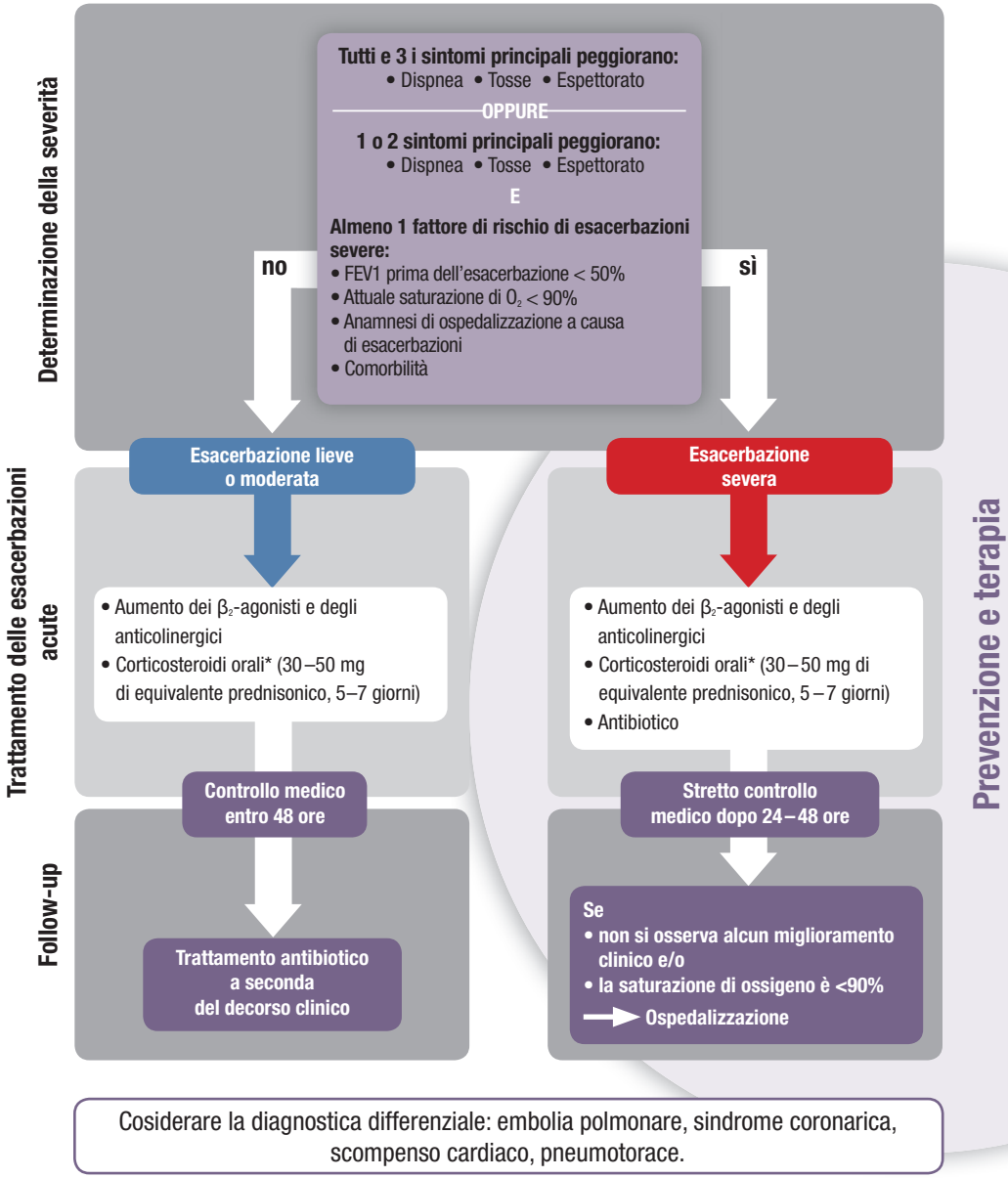
Inalatore predosato (spray)
Prestare attenzione al coordinamento mano-bocca.

Respimat contiene il principio attivo in una cartuccia. Prima del primo utilizzo occorre inserire la cartuccia e attivare l'inalatore Respimat.
Respimat genera una micronebulizzazione a lenta diffusione.

Respimat®
Prestare attenzione al coordinamento mano-bocca.

1. **Rimuovere il cappuccio e agitare bene l'inalatore predosato**
2. **Espirare**
3. **Inserire il boccaglio in bocca**
4. **Chiudere ermeticamente le labbra intorno al boccaglio**
5. **Attivare l'inalatore**
6. **Inspirare lentamente e profondamente mentre si attiva l'inalatore**
7. **Trattenere il respiro per 10 secondi al termine dell'inspirazione**
8. **Espirare**

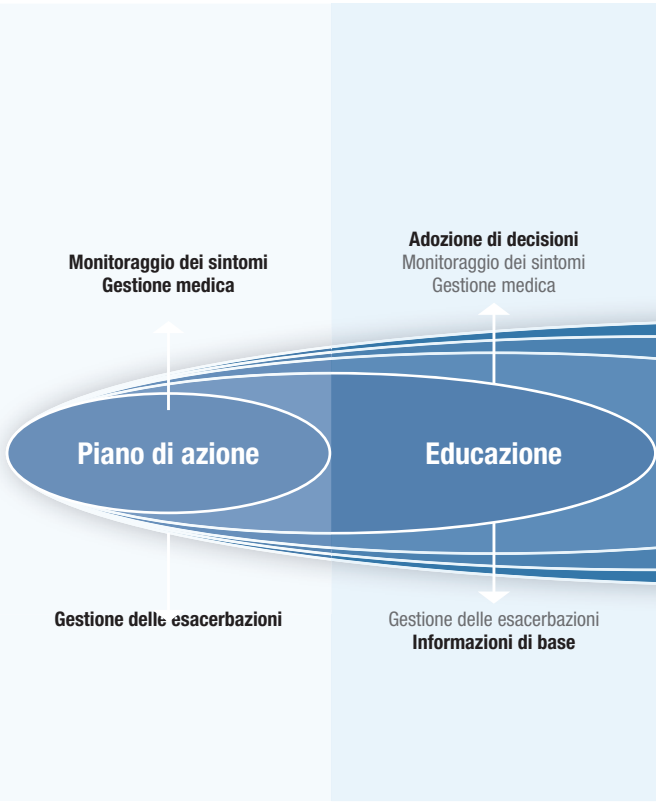
Trattamento delle esacerbazioni acute[15,16]



*Non è necessaria la riduzione graduale se nelle 4 settimane precedenti non è avvenuta alcuna somministrazione sistemica di steroidi.

Coaching del paziente ad una corretta autogestione nella vita quotidia
Convivere meglio con la BPCO[17–23]

* Disponibile in tedesco e in francese.



Programma di coaching del paziente «Convivere meglio con la BPCO»*

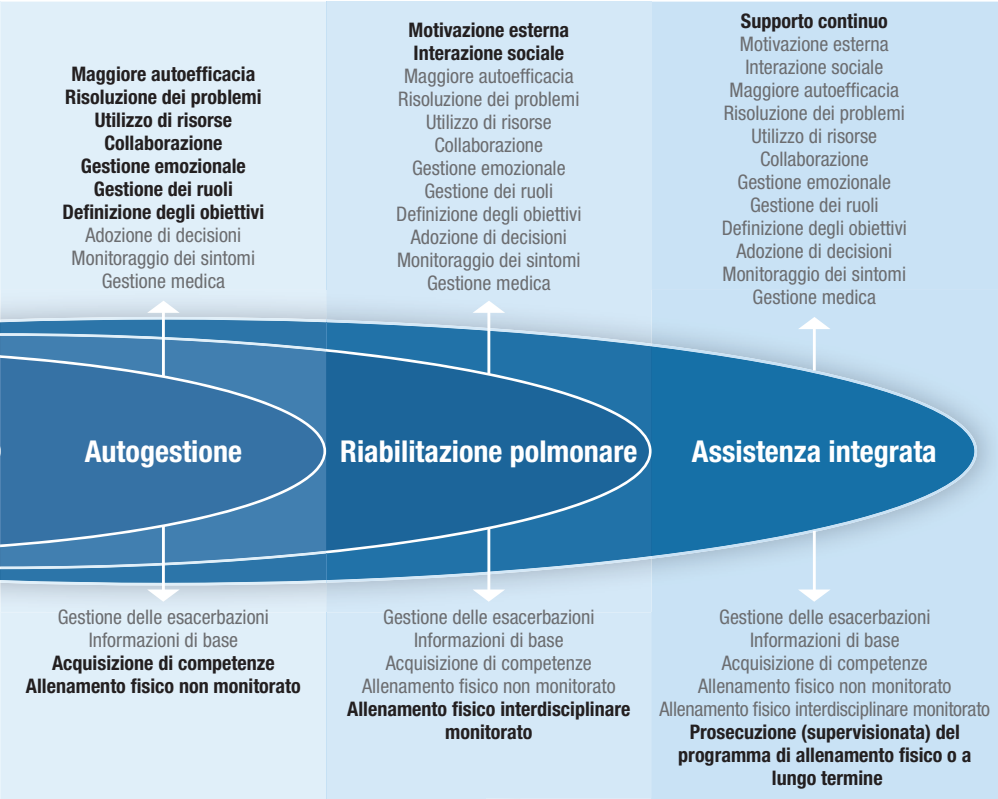
Il programma di coaching del paziente «Convivere meglio con la BPCO» la affianca nel coaching dei pazienti con BPCO.
È interessato? Sui siti info@pneumo.ch e www.lungenliga.ch è possibile richiedere la documentazione per il programma di coaching attualmente disponibile in tedesco e in francese o anche le date dei corsi nella propria zona.

Il coaching del paziente con il piano di azione comprende:

1. Informazioni di base sulla BPCO
- Conoscenza delle cause e dei sintomi della BPCO
- Comprensione dell'importanza di smettere di fumare
- Comprensione dell'importanza di una regolare attività fisica
- Conoscenza dei vari medicamenti
- Conoscenza e comprensione dei sintomi di un peggioramento

2. Fiducia e motivazione
- Creazione di fiducia nella capacità di influenzare anche personalmente il decorso della malattia
- Creazione di fiducia e motivazione a smettere di fumare
- Creazione di motivazione ad una regolare attività fisica

3. Competenze sulla BPCO
- Padronanza delle corrette tecniche di respirazione, in particolare sotto tensione e sforzo
- Padronanza della corretta tecnica di inalazione
- Riconoscimento delle esacerbazioni, tempestiva comunicazione con il medico



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.

Prevenzione e terapia

- Tempestivo e corretto aggiustamento della terapia secondo il piano di azione
- Acquisizione e mantenimento di strategie per l'adeguata gestione a lungo termine della BPCO

Benefici per il paziente:

- Riduzione del rischio di peggioramento
- Riduzione del rischio i ospedalizzazione
- Recupero più rapido in caso di peggioramenti
- Maggiore sicurezza e fiducia nella gestione quotidiana dei tre sintomi principali, ossia dispnea, tosse ed espettorato
- Maggiore competenza e migliore qualità della vita
- Consigli ed esperienze di ex fumatori che hanno ottenuto benefici
- Scambi e apprendimento in gruppo

L'ospedale offre i seguenti servizi:
- Trattamento in regime di ricovero delle esacerbazioni e delle comorbilità
- Consulenza per smettere di fumare
- Piano di assistenza per il paziente
- Valutazione alla dimissione e piano terapeutico
- Pianificazione con il medico di base
- Accertamenti per misure interventistiche e chirurgiche

Presa a c paziente BP del medic

Agire in maniera proattiva e non reattiva
- Formulare precocemente la diagnosi
- Favorire l'autogestione da parte del paziente e dei suoi familiari mediante consulenza, opuscoli informativi e indirizzi e recapiti utili

Prevenzione e miglioramento della prognosi
- Smettere di fumare
- Vaccinazione antinfluenzale
- Attività fisica
- Coaching dei pazienti ad una corretta gestione quotidiana
- Piano d'azione per la gestione delle esacerbazioni

Centri di riabilitazione – I centri di riabilitazione ambulatoriali o in regime di ricovero offrono importanti servizi per i pazienti con BPCO:
- Consulenza per smettere di fumare
- Training di resistenza
- Training muscolare
- Coaching dei pazienti ad una corretta gestione quotidiana
- Piano d'azione per la gestione delle esacerbazioni
- Terapia nutrizionale
- Valutazione alla dimissione e piano terapeutico
- Pianificazione con il medico di base
- Indicazione e prescrizione di ossigeno

arico del
CO da parte
o di base

Uso della rete
- Organizzazione di un team di assistenza per i pazienti
- Utilizzazione delle strutture mediche «vicine» (ospedale, centri di riabilitazione, pneumologi, Lega Polmonare e assistenza extra-ospedaliera)

Trattamento farmacologico
- Adeguata terapia della BPCO stabile
- Adeguata terapia delle esacerbazioni
- Considerazione di comorbilità e di importanti diagnosi differenziali

Pneumologo – Il trattamento e l'assistenza da parte di uno pneumologo comprendono:
- Diagnosi, diagnosi differenziale
- Consulenza per smettere di fumare
- Pazienti con BPCO severa
- Riabilitazione ambulatoriale e in regime di ricovero
- Indicazione e prescrizione di ossigeno
- Accertamenti per misure interventistiche e chirurgiche

La lega Polmonare – al servizio dei pazienti con BPCO:
- Test di rischio di BPCO
- Opuscoli informativi
- Ausilio per smettere di fumare
- Corsi (training fisico, gruppi di ginnastica respiratoria)
- Gruppi di autoaiuto per la BPCO
- Terapia con l'ossigeno
- Supporto psicosociale
- Consulenza e assistenza a domicilio

Rete

Link

Linee guida, modulistica
http://www.pneumo.ch/de/fachpersonen.html

Consulenza per smettere di fumare
Programmi di aiuto:
www.legapolmonare.ch (programmi delle Leghe Polmonari cantonali)
www.rauchstopp.ch
www.smokefree.ch
www.at-schweiz.ch > Smettere di fumare > Programmi di disassuefazione

Fogli informativi / Informazioni per il personale sanitario
Intervento breve:
www.theipcrg.org > Treat patients? > Desktop Helper 4 - Helping patients quit smoking
Sigaretta elettronica, sigaretta, presa di posizione della SSP:
www.pneumo.ch > Professionisti > Documento sulle sigarette elettroniche - Presa di posizione della SSP e della SSPP sulle sigarette elettroniche

Riabilitazione polmonare e corsi di coaching sulla BPCO
Elenco dei centri accreditati per l'assistenza ambulatoriale e in regime di ricovero:
www.pneumo.ch > Riabilitazione polmonare

Programmi delle Leghe Polmonari cantonali:
www.legapolmonare.ch

Fisioterapia della respirazione
Elenco dei terapisti specializzati in fisioterapia respiratoria, ordinato per cantoni:
www.igptr.ch > IGPTR-KP > Riabilitazione polmonare ambulatoriale > Terapisti di fisioterapia respiratoria

Stazioni di ossigeno liquido
www.legapolmonare.ch > Consulenza e assistenza > Stazioni di ossigeno liquido

Fogli informativi per i pazienti
www.europeanlung.org > Malattie polmonari e altre informazioni > Fogli informativi

Filmati sulla corretta tecnica di inalazione con tutti i dispositivi
www.atemwegsliga.de > Corretta procedura di inalazione (solo in tedesco/inglese)

Gruppi di autoaiuto e scambio reciproco di esperienze
www.legapolmonare.ch > Consulenza e assistenza > Autoaiuto

Riferimenti bibliografici

1 The global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD: GOLD (revised 2017) 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 http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/

4 Miller MR et al.: Standardisation of spirometry Eur Respir J 2005 26:319-338

5 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.

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 https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/richtlinien-und-empfehlungen/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 Informazione professionale di Swissmedic. www.swissmedicinfo.ch

13 Sanchis J et al.: Systematic Review of Errors in Inhaler Use. CHEST 2016; 150(2):394-406

14 Molimard M. et al.: Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients. Eur Respir J 2017; 49: 1601794

15 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.

16 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.

17 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.

18 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.

19 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.

20 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

21 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.

22 Steurer-Stey C et al.: Effects of the Living well with COPD intervention in primary care:a compartive study Eur Respir J 2018; 51: 1701375.

23 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.

24 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.

25 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.

26 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.

Guida tascabile sulla BPCO

Questa guida tascabile sulla BPCO è stata realizzata con la gentile collaborazione di Novartis Pharma Schweiz AG.
Novartis Pharma Schweiz AG non ha influenzato il contenuto specifico di questa pubblicazione.

NOVARTIS

Novartis Pharma Schweiz AG 6343 Rotkreuz www.novartispharma.ch