



# BPCO

# Guida tascabile

Diagnosi e supporto alla gestione – una guida pratica per specialisti



Universität  
Zürich

Institut für Epidemiologie,  
Biostatistik und Prävention



KHM CMPR CMB  
COLLEGE OF MEDICINE OF TRIESTE REGION  
COLLEGGIO DI MEDICINA CHIRURGIA



SGAIM SSMIG SSGIM

Schweizerische Gesellschaft für Allergologie und Immunologie  
Societá Svizzera di Medicina e Immunità  
Societá Italiana di Medicina e Immunità  
Societá Española de Alergia e Inmunología

## 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

## **B**roncopneumopatia cronica ostruttiva da confermare

Confermare la diagnosi

---

## **P**ochi sintomi Ridurre i sintomi

## **C**ostruire un futuro migliore

Migliorare la prognosi

---

## **O**rganizzare 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
  - 10 Vaccinazioni
  - 12 Gestione del colloquio e motivazione a fare attività fisica con regolarità
  - 15 Terapia farmacologica
  - 16 Preparati per la BPCO reperibili in Svizzera
  - 18 Come inalare correttamente
  - 19 Riconoscere e trattare un'esacerbazione acuta (AECOPD)
  - 20 BPCO e malattie cardiovascolari
  - 22 Coaching per vivere meglio con la BPCO
  - 24 BPCO e sessualità
  - 25 BPCO e cure palliative
- 

### **Rete**

- 26 Cure coordinate e integrate all'interno del contesto locale medico e non medico
- 28 Link
- 29 Bibliografia

## Considerare la BPCO, confermare la diagnosi e classificare il rischio<sup>1,2</sup>

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)	<b>GOLD 1</b> ≥80 lieve	<b>GOLD 2</b> 50–79 moderata	<b>GOLD 3</b> 30–49 grave	<b>GOLD 4</b> <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 mMRC<sup>1</sup> (Modified Medical Research Council)

Grado	Descrizione
①	Mai dispnea, salvo durante sforzi intensi
②	Dispnea durante la camminata veloce o in leggera salita
③	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
④	Camminando in piano, la dispnea impone una pausa dopo circa 100 m o dopo pochi minuti
⑤	Dispnea troppo grave per lasciare l'abitazione o episodi di dispnea nel vestirsi e svestirsi

### Test di valutazione della BPCO (CAT<sup>TM</sup>)<sup>2</sup>

	Scala (spuntare)		Punti
Non tossisco mai.	① ① ② ③ ④ ⑤	Tossisco sempre.	
Non ho mai catarro nel petto.	① ① ② ③ ④ ⑤	Ho il petto pieno di catarro.	
Non provo alcuna sensazione di costrizione al petto.	① 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.	① ① ② ③ ④ ⑤	In leggera salita o facendo le scale ho decisamente il fiato corto.	
Le mie attività domestiche non sono compromesse.	① ① ② ③ ④ ⑤	Le mie attività domestiche sono decisamente compromesse.	
Nonostante la malattia polmonare esco di casa senza pensieri.	① ① ② ③ ④ ⑤	A causa della malattia polmonare, uscire di casa mi preoccupa molto.	
Dormo bene.	① ① ② ③ ④ ⑤	A causa della mia malattia polmonare dormo male.	
Ho molte energie.	① 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 (CAT<sup>TM</sup>) 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 fumare<sup>3</sup>

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

<b>INDAGARE</b>	Situazione del fumatore, anamnesi sul tabagismo <i>«Lei fuma?»</i>
<b>VALUTARE</b>	Motivazione, comportamento, conoscenze, studi scientifici <i>«Ha mai considerato di smettere di fumare?»</i>
<b>CONSIGLIARE</b>	Informazioni specifiche, vantaggi di un cambiamento di comportamento <i>«Quali vantaggi si possono avere smettendo di fumare?»</i>
<b>ASSISTERE</b>	Sostegno e accompagnamento <i>«È interessato a un'offerta di sostegno e accompagnamento per smettere di fumare?»</i>
<b>PIANIFICARE</b>	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<sup>4, 5, 6</sup>

I prodotti alternativi del tabacco e della nicotina come le sigarette elettroniche in alcuni casi possono aiutare i fumatori nel loro percorso di disassuefazione dal fumo.

### 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 contengono concentrazioni inferiori di sostanze dannose, ma possono favorire la dipendenza dalla nicotina.

È stato dimostrato che questi prodotti, associati a una consulenza antifumo, aumentano la quota di astinenza nei primi 6 mesi.<sup>6</sup>

### Prodotti del tabacco da riscaldare

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.

→ 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, citisina – la vareniclina non è più in commercio).

[ipcrg.org/desktophelpers](http://ipcrg.org/desktophelpers) o  
[legapolmonare.ch/it/la-tutela-dei-polmoni/tabagismo/stop-al-tabagismo.html](http://legapolmonare.ch/it/la-tutela-dei-polmoni/tabagismo/stop-al-tabagismo.html)

## Vaccinazioni<sup>7, 8, 9</sup>

Le linee guida della GOLD e dell'UFSP consigliano le seguenti vaccinazioni per evitare esacerbazioni e ridurre i rischi di ospedalizzazione e mortalità:

### Vaccinazione contro l'influenza

**Fluarix Tetra®**, **Vaxigrip Tetra®**

Ogni anno.

### Vaccinazione SARS-CoV-2

**Comirnaty®**, **Spikexax®**

Per tutti i pazienti a rischio, secondo le raccomandazioni annuali dell'UFSP.

### Virus RSV

**Arexvy®**, **Abrysvo®**

Indicato per persone anziane ad elevato rischio di complicanze quali malattie polmonari croniche, presumibilmente sufficiente ogni 2 anni

### Richiamo pertosse

**Boostrix®**, **Adacel®**

Raccomandato da GOLD per la BPCO, manca ancora una raccomandazione specifica dell'UFSP per la BPCO, raccomandato per gli adulti che vengono a contatto con neonati e persone in gravidanza.

### Vaccinazione contro gli pneumococchi

**Vaxneuvance®**, **Prevenar® 20®**

Con vaccino coniugato pneumococcico PCV 15 e PCV 20, una singola somministrazione per tutte le persone con più di 65 anni. Prossimamente anche in Svizzera vaccino PCV21 per le persone con più di 65 anni.

### Herpes Zoster

**Shingrix®**

In generale per le persone con più di 65 anni – a partire dai 50 anni per persone affette da BPCO o asma grave.





## Gestione del colloquio e motivazione a fare attività fisica con regolarità<sup>10-13</sup>

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?»

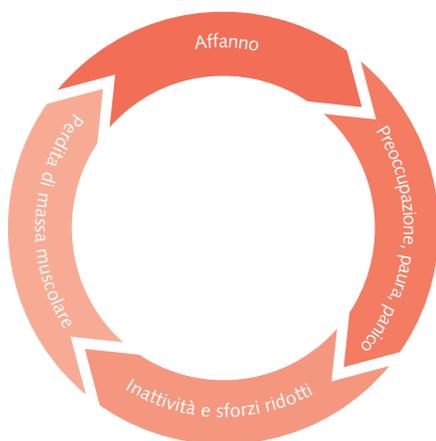
## Trasmettere le conoscenze

«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.



## Importante



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

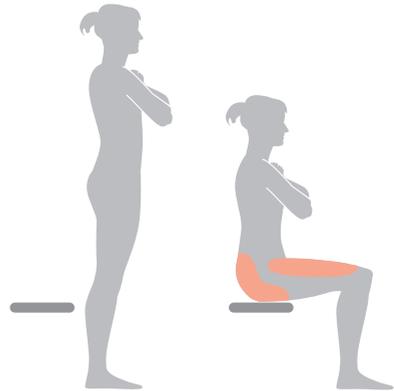
Oltre ai servizi di riabilitazione polmonare ambulatoriale e stazionaria accreditati (p. 24), l'attività fisica a lungo termine può venire supportata anche a casa da servizi aggiuntivi a bassa soglia, locali e online (ad es. programmi comunali, associazioni, misure individuali come contapassi, home trainer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

### **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 polmonari<sup>8</sup>**  
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.  
[legapolmonare.ch/copdcoaching](http://legapolmonare.ch/copdcoaching)

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

# 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 + LABA**

## Raccomandazione terapeutica Gruppo di pazienti

# E

frequenti esacerbazioni

... e/o gravi esacerbazioni con  
ospedalizzazioni

### Terapia d'elezione

**LABA + LAMA**

Consigliare **LABA + LAMA + ICS**  
con eosinofili  $\geq 100$

**LABA + LAMA + ICS**

Considerare **LABA + LAMA + ICS +  
Biologika** con eosinofili  $\geq 300$

\* Sintomi persistenti e/o ulteriore/i esacerbazione/i  
L'impiego di un singolo inalatore è verosimilmente più comodo ed efficace rispetto all'uso di diversi inalatori

## Preparati autorizzati in Svizzera per il trattamento della BPCO<sup>14, 15</sup>

Classe	Nome del prodotto	Principio attivo	Inizio dell'effetto	Durata dell'effetto	Produttore
<b>SABA</b>	Bricanyl®	Terbutalina	5 min.	6 ore	AstraZeneca
	Ventolin®	Salbutamolo	5 min.	4–6 ore	GlaxoSmithKline
<b>SAMA</b>	Atropair Steri-Neb®	Ipratropio	15 min.	4–6 ore	Teva Pharma
	Atrovent®	Ipratropio	15 min.	4–6 ore	Boehringer Ingelheim
<b>SAMA + SABA</b>	Berodual®	Ipratropio/ fenoterolo	15 min.	4–6 ore	Boehringer Ingelheim
	Dospir®	Ipratropio/ salbutamolo	15 min.	4–6 ore	Boehringer Ingelheim
<b>LAMA</b>	Eklira® Genuair®	Acclidinio	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
<b>LABA</b>	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
<b>LAMA + LABA</b>	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

SABA

SAMA

LAMA

LABA

LAMA + LABA

β-antagonisti a breve durata d'azione  
 anticolinergici con breve durata d'azione  
 anticolinergici con lunga durata d'azione  
 β-antagonisti con lunga durata d'azione  
 broncodilatazione combinata

Classe	Nome del prodotto	Principio attivo	Inizio dell'effetto	Durata dell'effetto	Produttore
<b>LABA + ICS</b>	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
<b>ICS</b>	Budenid Steri-Nebs®	Budesonide			Teva Pharma
	Miflonide® Breezhaler®	Budesonide			Novartis
	Pulmicort® Respules®/ Turbuhaler®	Budesonide			AstraZeneca
<b>LABA + LAMA + ICS</b>	Trelegy 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
<b>PDE4- inibitore</b>	Daxas®	Roflumilast			AstraZeneca
<b>PDE4- inibitore non selettivo</b>	Aminofillina Amino	Teofillina			Amino
	Unifyl® Continus®	Teofillina			Mundipharma
<b>Biologika</b>	Dupixent®	Dupilumab	2–7 giorni	per via sottocuta- nea ogni 2 settiman	Sanofi

LABA + ICS      β-antagonisti con lunga durata d'azione e steroidi inalatori  
ICS                steroidi inalatori  
LABA + LAMA + ICS      tripla terapia  
PDE4                fosfodiesterasi 4  
Biologika Dupilumab      Anticorpo monoclonale IgG4 umano ricombinante

## Come inalare correttamente<sup>16, 17</sup>

### 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  
esprire nell'ap-  
parecchio.



**HandiHaler®**  
Necessario  
inspirare con  
forza.



**Turbuhaler®**  
Necessario inspirare  
con forza. Impor-  
tante: non esprire  
nell'apparecchio.

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



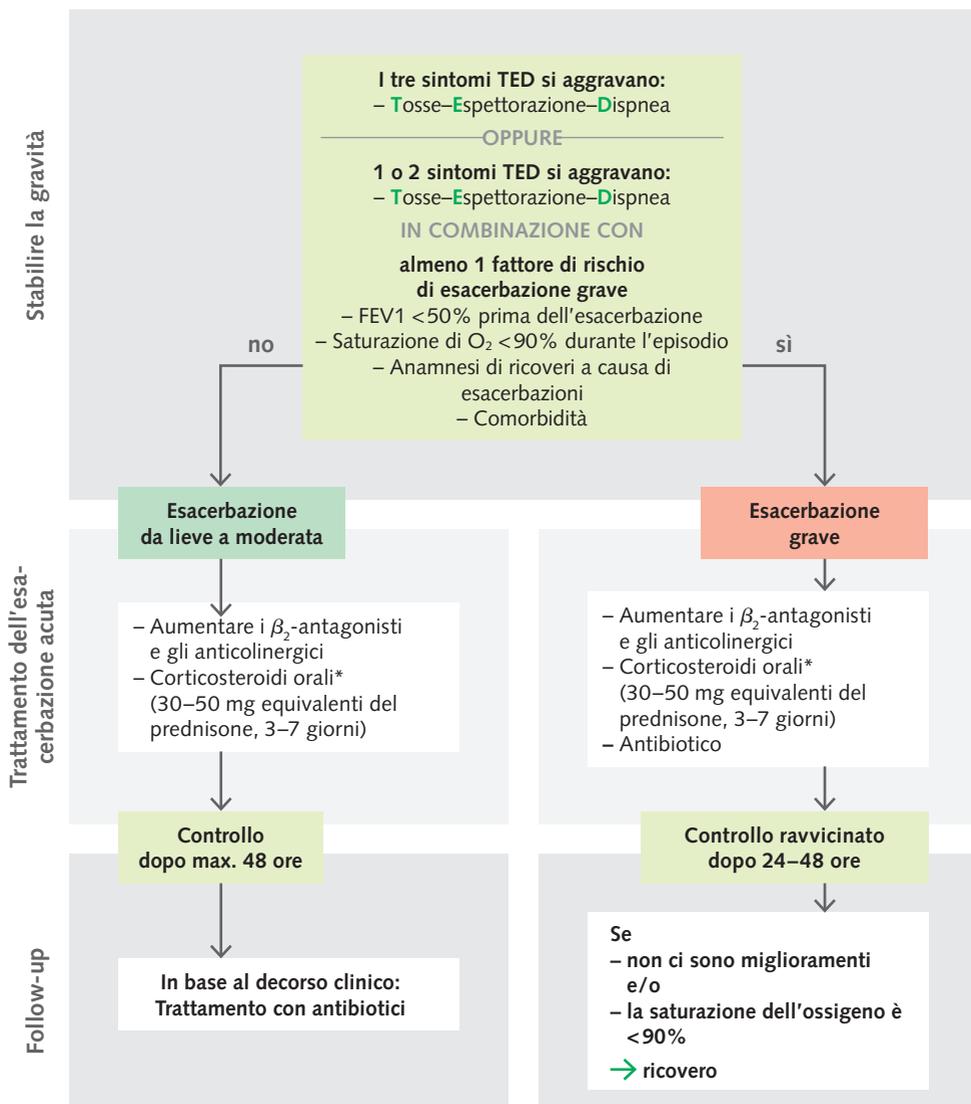
**Tecnologia AEROSPHERE™**  
Vengono impiegate come veicolo delle particelle di fosfolipidi porose e aerodinamiche. Questa tecnologia consente una sospensione stabile e omogenea, con una cessione costante del principio attivo e la sua efficiente deposizione nei polmoni grazie alle fini dimensioni del 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
2. Espirare
3. Portare alla bocca l'apparecchio
4. Chiudere fermamente le labbra intorno all'imboccatura
5. Attivare l'inalatore
6. Durante l'attivazione, inspirare lentamente e a fondo
7. Dopo aver inspirato, trattenere il fiato per 10 secondi
8. Espirare

# Riconoscere e trattare un'esacerbazione acuta (AECOPD)<sup>18, 19</sup>



**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 3–7 giorni.

## BPCO e malattie cardiovascolari<sup>20, 21</sup>

**La BPCO e le malattie cardiovascolari compaiono spesso insieme. Le esacerbazioni della BPCO aumentano il rischio di eventi cardiovascolari.**

**La BPCO e le malattie cardiovascolari** compaiono spesso insieme e sono associate a una prognosi più grave che non quando insorgono singolarmente.

Le tre comorbidità di natura cardiaca più frequenti con la BPCO sono l'insufficienza cardiaca, cardiopatie ischemiche e fibrillazione atriale.

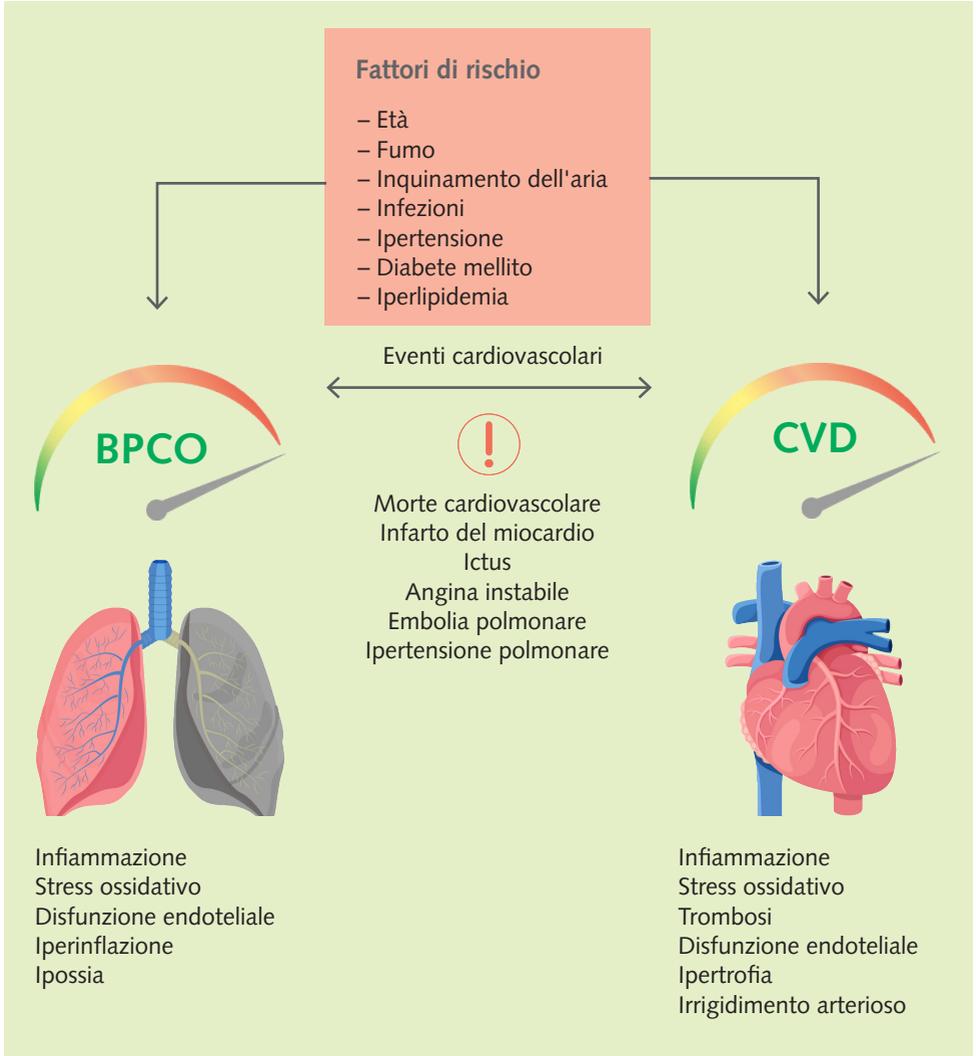
È essenziale riconoscere e avviare terapie adeguate per queste patologie per evitare morbidità e mortalità.

Anche il trattamento non farmacologico e medicamentoso della BPCO contribuisce a ridurre il rischio cardiovascolare e di mortalità.<sup>19</sup>

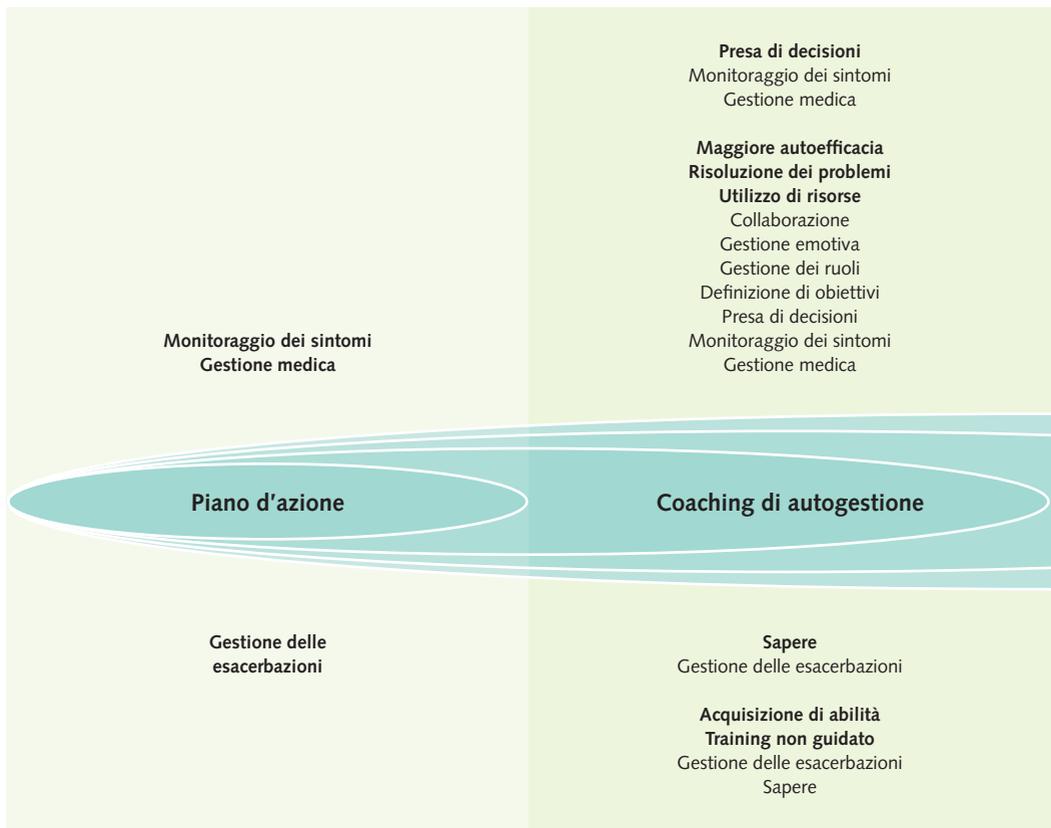
Specialmente durante le esacerbazioni della BPCO aumenta il rischio di eventi cardiovascolari acuti, che poi rimane alto nel tempo.

Lo studio ETHOS ha dimostrato che una terapia a triplice combinazione LAMA/LABA/ICS riduce la mortalità complessiva rispetto alla duplice combinazione LABA/LAMA nei pazienti affetti da BPCO e più di due esacerbazioni o in seguito a un'ospedalizzazione a causa di un'esacerbazione della BPCO.

## Interazione tra BPCO e malattie cardiovascolari



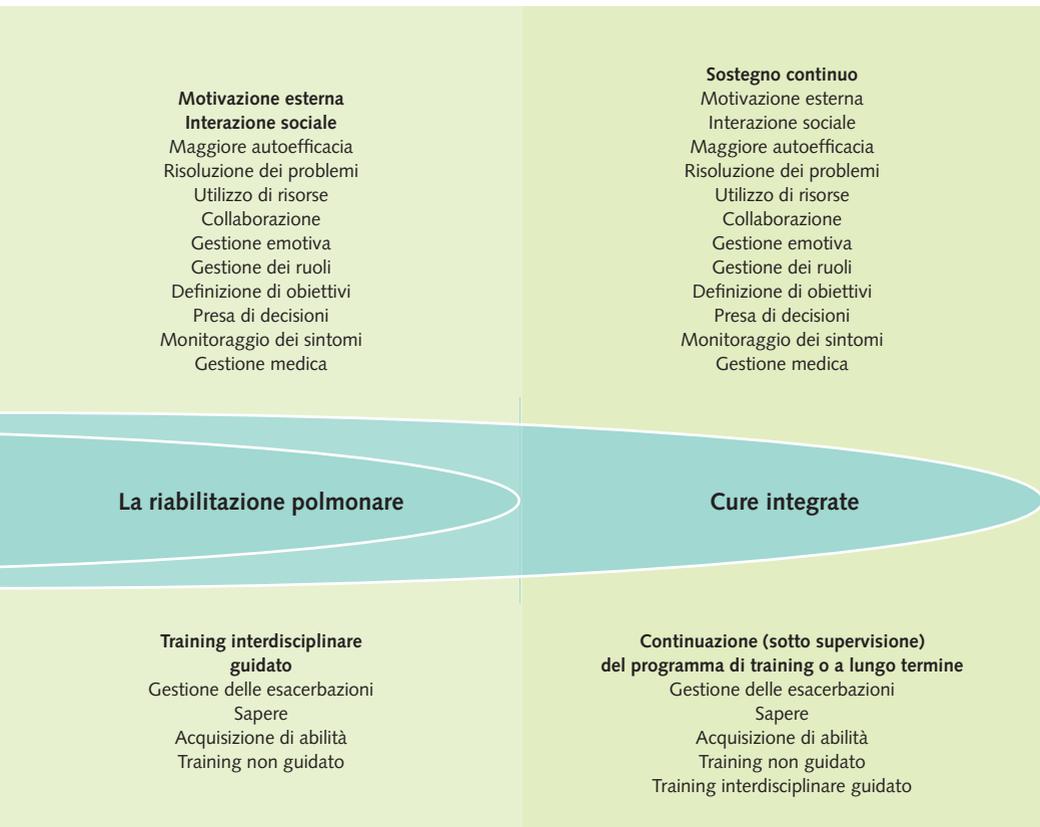
## Coaching per vivere meglio con la BPCO<sup>22-28</sup>



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.  
[legapolmonare.ch/formazione-continua](http://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  
[legapolmonare.ch/copdcoaching](http://legapolmonare.ch/copdcoaching)

## BPCO e sessualità<sup>29</sup>

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.

### 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'espettorazione 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?»*

#### Importante

Non sono necessarie conoscenze approfondite, solo una mente aperta sull'argomento.

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

## BPCO e cure palliative<sup>30, 31</sup>

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 medico<sup>29-31</sup>



**Aiuti locali**

## Offerte di sostegno degli ospedali

- Trattamento stazionario di esacerbazioni e comorbidità
- Consulenza per smettere di fumare
  - Piano di cure per i pazienti
  - Valutazione post dimissione e piano terapeutico
- Pianificazione con il medico di famiglia
  - Chiarimento su misure interventistiche e chirurgiche



## Essere proattivi invece che aspettare di reagire

- Porre la diagnosi tempestivamente
- Supportare le persone colpite e i familiari nell'autogestione con consulenza, opuscoli per i pazienti, indirizzi utili e contatti



## Interventi di sostegno dei centri di riabilitazione stazionaria o ambulatoriale

- Consulenza per smettere di fumare
  - Ginnastica di resistenza
  - Allenamento muscolare
- Coaching per la gestione della quotidianità
  - Piano di azione per gestire le esacerbazioni
    - Terapia alimentare
- Valutazione post dimissione e piano terapeutico
  - Pianificazione con il medico di famiglia
    - Indicazione e prescrizione dell'ossigeno



## Prevenzione e prognosi

- Stop al fumo
- Vaccinazione
- Attività fisica
- Coaching per la gestione della quotidianità
- Piano di azione per la gestione delle esacerbazioni

**Assistenza sanitaria  
la medicina a casa in**

**Caring communities**



### Offerte di sostegno degli pneumologi

- Diagnosi, diagnosi differenziale
- Consulenza per smettere di fumare
- Pazienti con una forma grave di BPCO
- Riabilitazione ambulatoriale e stazionaria
- Indicazione e prescrizione dell'ossigeno
- Chiarimento su misure interventistiche e chirurgiche



### Creare, sfruttare e curare una rete

- Creare un team di assistenza per i pazienti
- Curare il contesto medico locale (ospedali, centri di riabilitazione, pneumologi, Lega polmonare e Spitex)
- Curare il contesto locale non medico (associazioni, comuni, quartiere, organizzazioni di pazienti)

**Associazioni**



### Offerte di sostegno della Lega polmonare

- Test del rischio per la BPCO
- Opuscoli informativi
- Aiuti per smettere di fumare
- Corsi (allenamento fisico, gruppi di sport respiratorio)
- Gruppi di autoaiuto per la BPCO
- Ossigenoterapia
- Supporto psicosociale
- Consulenza e assistenza a casa



### Terapia farmacologica

- Terapia adeguata per la BPCO stabile
- Terapia adeguata per le esacerbazioni
- Attenzione alle comorbidità e alle principali diagnosi differenziali

**di base in concreto:  
centrata sul paziente**

# Link

## Linee guida

[goldcopd.org](http://goldcopd.org)

## Moduli

[pneumo.ch/fr](http://pneumo.ch/fr) > spécialistes

## Stop al fumo

[legapolmonare.ch/stopalfumo](http://legapolmonare.ch/stopalfumo)  
[at-svizzera.ch](http://at-svizzera.ch)

## Schede illustrative e informazioni per i professionisti della salute

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

## Riabilitazione polmonare e corsi di coaching per la BPCO

Elenco dei centri stazionari e ambulatori accreditati:  
[pneumo.ch](http://pneumo.ch) > Fachpersonen  
> Pulmonale Rehabilitation

## Offerte delle Leghe polmonari cantonali

[legapolmonare.ch/cantoni](http://legapolmonare.ch/cantoni)  
Consulenza psicosociale per le persone colpite  
[legapolmonare.ch/consulenza](http://legapolmonare.ch/consulenza)

## Vivere meglio con la BPCO

[legapolmonare.ch/copdcoaching](http://legapolmonare.ch/copdcoaching)

## Fisioterapia respiratoria

Elenco dei fisioterapisti specializzati in riabilitazione polmonare, divisi per cantone:  
[igptr.ch/physiotherapie-lunge/fachlicher-austausch-igptr-p](http://igptr.ch/physiotherapie-lunge/fachlicher-austausch-igptr-p)

## Attività fisica a casa

[myhomex.ch](http://myhomex.ch)

## Stazioni di rifornimento di ossigeno

[legapolmonare.ch/stazioni](http://legapolmonare.ch/stazioni)

## BPCO e sessualità

[lungenliga.ch/cosy](http://lungenliga.ch/cosy)

## Cure palliative

[bag.admin.ch/curepalliative](http://bag.admin.ch/curepalliative)  
[palliative.ch/it](http://palliative.ch/it)

## Fogli informativi per i pazienti

[europeanlung.org/it/information-hub/](http://europeanlung.org/it/information-hub/)

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

[atemwegsliga.de](http://atemwegsliga.de) > inhalieren  
(in tedesco/inglese)

## Gruppi di autoaiuto e di scambio di esperienze

[legapolmonare.ch/it/consulenza-e-assistenza/  
autoaiuto-e-scambio-di-esperienze.html](http://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) [goldcopd.org](http://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 metanalysis *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; *n engl j med* 390;7; *nejm.org*; February 15, 2024.
- 6 Auer R et al.: The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE; Electronic Nicotine-Delivery Systems for Smoking Cessation.
- 7 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.
- 8 [bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfun-gen-prophylaxe/richtlinien-empfehlungen-impfun-gen-prophylaxe.html](http://bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfun-gen-prophylaxe/richtlinien-empfehlungen-impfun-gen-prophylaxe.html)
- 9 2024 Aertzteverlag medinfo AG, PRAXIS 2024; 113 (11 & 12): 297–307, Vaccination in adult patients with chronic lung diseases.
- 10 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.
- 11 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.
- 12 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.
- 13 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.
- 14 Arzneimittelinformation von Swissmedic. [swissmedicinfo.ch](http://swissmedicinfo.ch)
- 15 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
- 16 Sanchis J et al.: Systematic Review of Errors in Inhaler Use. *CHEST* 2016; 150(2):394-406
- 17 Molimard M et al.: Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients. *Eur Respir J* 2017; 49:
- 18 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.
- 19 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.
- 20 Rabe KF, Hurst JR, Suissa S. Cardiovascular disease and COPD: dangerous liaisons? *Eur Respir Rev* 2018; 7: 180057.
- 21 Martinez FJ , Rabe K et al.: 2021 *Am J Respir Crit Care Med* Vol 203, Iss 5, pp 553–564.
- 22 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.

- 23** 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.
- 24** 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.
- 25** 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
- 26** 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.
- 27** Steurer-Stey C et al.: Effects of the Living well with COPD intervention in primary care: a comparative study *Eur Respir J* 2017 accepted
- 28** 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.
- 29** 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:
- 30** 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].
- 31** 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.
- 32** 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.
- 33** 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.
- 34** 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  
+41 31 378 20 50  
info@lung.ch  
legapolmonare.ch

**Autori**

- 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
- Kaba Dalla Lana,  
fisioterapista dipl. SUP, PRT

**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**

Rubmedia, Köniz

2025/3ª edizione

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

AstraZeneca 

GSK



sanofi

REGENERON®

Qui trovate gli indirizzi,  
i numeri telefonici e i  
contatti d'emergenza  
delle Leghe polmonari  
cantonali:



legapolmonare.ch/lpc

**Lega polmonare svizzera**

Sägestrasse 79

3098 Köniz

+41 31 378 20 50

info@lung.ch

legapolmonare.ch

Conto donazioni

IBAN CH92 0900 0000 3000 0882 0