

Vivere meglio con la BPCO

Il mio piano d'azione

Piano d'azione di:

Consegnato da:

Data: _____



Persone di contatto

Durante gli orari d'ufficio

	Nome e cognome	Numero di telefono
Medico di famiglia		
Pneumologo		
Ospedale		
Altro		

Al di fuori degli orari d'ufficio

	Numero di telefono
Servizio di emergenza	144
Ospedale	
Altro	

Informazioni per il medico curante

Il presente piano d'azione aiuta a gestire un aggravamento della BPCO. L'obiettivo è fare in modo che, in caso di peggioramenti, il paziente agisca correttamente e per tempo rispettando le misure raccomandate dal medico curante. Il piano d'azione è elaborato con il paziente nel quadro del coaching di autogestione. Se il medico curante lo desidera, il piano viene compilato dallo pneumologo coinvolto nel programma.

Il presente piano d'azione è parte integrante della formazione «Vivere meglio con la BPCO» e si basa sull'originale canadese convalidato «Living well with COPD» (www.livingwellwithcopd.com). Grazie alla gentile concessione del team canadese del Prof. Jean Bourbeau, il programma è stato adattato per la Svizzera ed è riconosciuto e consigliato dalla Società Svizzera di Pneumologia. Il piano d'azione è stato valutato, adattato e integrato sulla base del programma «Living well with COPD» del gruppo di coaching sulla BPCO redatto da C. Steurer-Stey, K. Dalla Lana et al. (2018).

È competenza del medico curante stabilire se e in che modo il paziente dovrà attenersi al presente piano d'azione!

Osservazioni/annotazioni del mio medico

Importanti allergie ai farmaci (ad es. antibiotici ecc.):

Comorbidità rilevanti (ad es. diabete, malattie cardiache coronariche ecc.):

Altro:

Le mie condizioni sono stabili



I miei sintomi consueti

Affanno – ho l'affanno nelle seguenti situazioni:

Tosse:

Sì No

Espettorato:

Sì No

Colore dell'espettorato:

Bianco Altro: _____

Le mie azioni

- Evito fattori che potrebbero peggiorare i sintomi.
- Pianifico ogni giornata in anticipo.
- Assumo i medicinali in base alla prescrizione del mio medico.
- Ho un'alimentazione equilibrata.
- Alleno respiro, forza e resistenza con regolarità.

Il mio abituale trattamento polmonare

Medicamento	Dosaggio	N° di spruzzi/comprese	Frequenza

Il mio allenamento regolare

Allenamento	Esercizio	Intensità	Frequenza
Tecnica respiratoria			
Ginnastica di potenziamento			
Ginnastica di resistenza			
Rilassamento			

Accuso un peggioramento



I miei sintomi

Attenzione: quelli riportati di seguito possono anche essere sintomi di un raffreddore o di un mal di gola.

- Ho più affanno del solito.
- Di recente mi è venuta la tosse o tossisco più del solito.
- Di recente ho espulso dell'espettorato o ne ho di più del solito e/o il suo colore è cambiato.

Le mie azioni

- Evito tutto ciò che potrebbe peggiorare i sintomi.
- Utilizzo la tecnica respiratoria, eseguo gli esercizi di rilassamento e faccio attenzione alla postura.
- Pianifico la mia giornata di modo da evitare che mi venga il fiato corto.
- Aumento immediatamente il dosaggio e/o la frequenza di assunzione dei farmaci broncodilatatori che mi sono stati prescritti.
- Se dopo 2 giorni non noto alcun miglioramento, inizio ad assumere in aggiunta il cortisone, contatto il medico o lo specialista e documento le mie azioni alle pagine 8 e 9.
- Se, passati altri 2 giorni, ancora non ci sono miglioramenti, ricontatto il medico o lo specialista e consideriamo la possibilità di assumere l'antibiotico che mi è stato prescritto per le emergenze. Se sono all'estero e/o non riesco a contattare o consultare un medico in tempo, inizio ad assumere l'antibiotico secondo quanto è stato stabilito dal medico nel piano d'azione.

Il mio trattamento in caso di peggioramento

Aumentare/iniziare le inalazioni

Broncodilatatore	Dosaggio	Numero di spruzzi	Frequenza	Numero di giorni

In caso di mancato miglioramento dopo: _____

La mia prima terapia farmacologica aggiuntiva

Cortisone	Dosaggio	Numero compresse	Frequenza	Numero di giorni

In caso di mancato miglioramento dopo: _____

La mia seconda terapia farmacologica aggiuntiva

Antibiotico	Dosaggio	Numero compresse	Frequenza	Numero di giorni

 Broncodilatatore  Cortisone  Antibiotico

Documentazione dei peggioramenti



Si è in presenza di un aggravamento della BPCO quando il peggioramento di almeno uno dei tre sintomi tipici – affanno, tosse, espettorato – non rientra più nelle normali oscillazioni tra un giorno e l'altro e impone una modifica della terapia abituale.

Annotare qui ogni peggioramento indicando tipo e data delle relative azioni compiute autonomamente o con il sostegno di uno specialista.

	Dal (data)	Al (data)
Peggioramento:		
Aumento/integrazione delle inalazioni:		
Assunzione di compresse di cortisone:		
Assunzione di antibiotici:		
Trattamento a domicilio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Trattamento in ambulatorio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Trattamento in ospedale: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì: <input type="checkbox"/> ambulatoriale <input type="checkbox"/> stazionario		

	Dal (data)	Al (data)
Peggioramento:		
Aumento/integrazione delle inalazioni:		
Assunzione di compresse di cortisone:		
Assunzione di antibiotici:		
Trattamento a domicilio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Trattamento in ambulatorio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Trattamento in ospedale: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì: <input type="checkbox"/> ambulatoriale <input type="checkbox"/> stazionario		

	Dal (data)	Al (data)
Peggioramento:		
Aumento/integrazione delle inalazioni:		
Assunzione di compresse di cortisone:		
Assunzione di antibiotici:		
Trattamento a domicilio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Trattamento in ambulatorio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Trattamento in ospedale: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì: <input type="checkbox"/> ambulatoriale <input type="checkbox"/> stazionario		

	Dal (data)	Al (data)
Peggioramento:		
Aumento/integrazione delle inalazioni:		
Assunzione di compresse di cortisone:		
Assunzione di antibiotici:		
Trattamento a domicilio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Trattamento in ambulatorio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Trattamento in ospedale: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì: <input type="checkbox"/> ambulatoriale <input type="checkbox"/> stazionario		

	Dal (data)	Al (data)
Peggioramento:		
Aumento/integrazione delle inalazioni:		
Assunzione di compresse di cortisone:		
Assunzione di antibiotici:		
Trattamento a domicilio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Trattamento in ambulatorio: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Trattamento in ospedale: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se sì: <input type="checkbox"/> ambulatoriale <input type="checkbox"/> stazionario		

Mi sento decisamente peggio



I miei sintomi

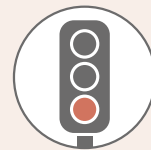
- Nonostante la terapia aggiuntiva, i miei sintomi non migliorano o continuano a peggiorare.

Le mie azioni

- Prendo appuntamento dal medico con urgenza.
- Al di fuori degli orari di ufficio o nel weekend mi rivolgo al pronto soccorso.

Commento del medico:

Credo di essere in pericolo di vita



I miei sintomi

- Ogni volta che...
- ...avverto un forte affanno.
 - ...ho il capogiro e/o forte sonnolenza.
 - ...mi fa male il torace.

Le mie azioni

- Chiamo l'ambulanza al numero 144.

Già durante la telefonata, è importante fornire le seguenti informazioni:

Nome e cognome:

Qual è il problema in questo momento?

Qual è la patologia dominante?

Indirizzo:

Età:

Quali medicinali ho assunto nelle ultime 24 ore?

Nome e numero di telefono del medico di famiglia:

Fiducia nel programma «Vivere meglio con la BPCO» nella quotidianità

Documentazione del percorso su una scala da 1 a 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1 = molto poco fiducioso; 10 = profondamente fiducioso)

Completare la tabella sulla fiducia assegnando un voto da 1 a 10:

	Prima della formazione	Dopo la formazione	Dopo 3 mesi	Dopo 6 mesi	Dopo 1 anno
Se fumo ancora, fiducia di riuscire a smettere					
Fiducia di impiegare correttamente la tecnica di inalazione					
Fiducia di seguire il piano d'azione in modo puntuale					
Fiducia/motivazione a vaccinarsi contro l'influenza stagionale					
Fiducia di riuscire a fare movimento 2-3 volte a settimana					

Documentazione degli sviluppi

	Prima della formazione	Dopo la formazione	Dopo 3 mesi	Dopo 6 mesi	Dopo 1 anno
«1 minuto di test seduto-in piedi» (Numero) valore di riferimento					
«6 minuti di test di camminata» (metri)					
Numero di unità di allenamento settimanali					

Le mie annotazioni

→ Serve un nuovo piano d'azione?
Per l'ordinazione scrivere a info@lung.ch

Editore e redazione

Legga polmonare svizzera
Chutzenstrasse 10
3007 Berna
Tel. 031 378 20 50
Fax 031 378 20 51
info@lung.ch
www.legapolmonare.ch

Autori dell'edizione originale svizzera

- Prof. Dr. med. Claudia Steurer-Stey, specialista in pneumologia e medicina interna, Istituto di epidemiologia, biostatistica e prevenzione, Università di Zurigo
- Kaba Dalla Lana, fisioterapista dipl. SUP, PRT+, consulenza per la riabilitazione polmonare, Wetzikon
- Dr. med. Thomas Sigrist, primario di pneumologia, clinica Barmelweid

Realizzazione e impaginazione

virus Ideenlabor AG, Bienne

Revisione e traduzione

TEXTRAPLUS AG, Pfäffikon SZ

Stampa

OK Digitaldruck AG, Zürich

Settembre 2018 / 1ª edizione



Lega polmonare svizzera

Chutzenstrasse 10

3007 Berna

Tel. 031 378 20 50

Fax 031 378 20 51

info@lung.ch

www.legapolmonare.ch

Conto donazioni CP 30-882-0

