

CLASSIFICAZIONE E STADIAZIONE

Una volta confermata la diagnosi di BPCO, il paziente deve essere sottoposto a una valutazione complessiva volta a definire la gravità della malattia, sia sotto il profilo clinico-funzionale, sia in relazione al rischio di riacutizzazioni, alla presenza di comorbidità e all'eventuale insufficienza respiratoria.

Questa valutazione è essenziale non solo ai fini prognostici, ma anche per impostare una strategia terapeutica personalizzata e appropriata.

Valutazione della gravità dell'ostruzione

La gravità dell'ostruzione bronchiale viene determinata attraverso la spirometria.

In presenza di una limitazione del flusso aereo – come definito nei criteri diagnostici – la riduzione del FEV₁ post-broncodilatatore rispetto al valore teorico consente di classificare l'entità dell'ostruzione.

La classificazione GOLD 2026 definisce i seguenti gradi di gravità:

Tabella 2. Gravità secondo i criteri GOLD

	Grado FEV₁ % del valore predetto	Descrizione
I	≥ 80%	Lieve
II	< 80% e ≥ 50%	Moderata
III	< 50% e ≥ 30%	Grave
IV	< 30%	Molto grave

La valutazione spirometrica deve essere eseguita in fase stabile di malattia, evitando il periodo immediatamente successivo a un episodio acuto per prevenire errori diagnostici. Pur rappresentando un parametro cardine, il grado di ostruzione non riflette da solo la gravità complessiva della BPCO, poiché la correlazione con la sintomatologia, l'aspettativa di vita e il rischio di riacutizzazioni è solo parziale. Per questo motivo, è necessario integrare la valutazione con altri elementi clinici e funzionali.

Valutazione della gravità dei sintomi

La BPCO, pur essendo una malattia respiratoria, nelle fasi più avanzate assume caratteristiche sistemiche.

La valutazione clinica deve pertanto considerare:

- Sintomi respiratori: dispnea (soprattutto da sforzo), tosse, produzione di espettorato;
- Sintomi sistemici: astenia, ridotta tolleranza allo sforzo, decondizionamento fisico, disturbi dell'umore (ansia e depressione).

Oltre alla scala mMRC (tabella 3), è utile l'impiego di strumenti multidimensionali per la valutazione dei sintomi, come il CAT (COPD Assessment Test) – soglia di significatività: punteggio ≥ 10 /tabella 4).

Tabella 3. Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC)

Questionario Modificato MRC per la Dispnea

Figura 2.8

PER FAVORE BARRARE LA CASELLA CHE VI RIGUARDA/(UNA SOLA CASELLA)/(GRADI 0-4)

mMRC Grado 0	mMRC Grado 1	mMRC Grado 2	mMRC Grado 3	mMRC Grado 4
Ho dispnea solo per sforzi intensi	Mi manca il fiato se cammino veloce (o corsa) in piano o in lieve salita	Su percorsi piani cammino più lentamente dei coetanei, oppure ho necessità di fermarmi per respirare quando cammino a passo normale in piano	Ho necessità di fermarmi per respirare dopo aver camminato in piano per circa 100 metri o per pochi minuti	Mi manca il fiato a riposo per uscire di casa o per vestirmi/ spogliarmi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bibliografia: ATS (1982) Am Rev Respir Dis. Nov;126(5):952-6.

Tabella 4. COPD Assessment Test (CAT)

Valutazione CAT™

Figura 2.9

Per ogni voce riportata sotto, barrare (x) la casella corrispondente che meglio descrive al momento le vostre attuali condizioni.

Assicurarsi di selezionare solo una risposta per ogni domanda.

Esempio: Sono molto contento	0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Sono molto triste	Punteggio
Non ho mai tosse	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Tossisco sempre	
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)	
Non avverto alcuna sensazione di costrizione al torace	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Avverto una forte sensazione di costrizione al torace	
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di respiro	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di respiro	
Non avverto limitazioni nello svolgere attività domestiche	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Avverto gravi limitazioni nello svolgere attività domestiche	
Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare	
Dormo profondamente	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare	
Ho molta energia	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Non ho alcuna energia	

Bibliografia: Jones et al. ERJ 2009;34(3):648-54.

PUNTEGGIO TOTALE:

Valutazione del rischio di riacutizzazioni

Le riacutizzazioni costituiscono un evento cruciale nel decorso della BPCO, poiché determinano un peggioramento transitorio o persistente della funzione respiratoria e un impatto significativo sulla qualità di vita.

Il fattore predittivo più affidabile del rischio futuro è rappresentato dal numero di riacutizzazioni precedenti.

Si considera paziente ad alto rischio chi ha presentato:

- ≥ 1 riacutizzazioni moderate o gravi nell'ultimo anno, Valutazione integrata del paziente con BPCO

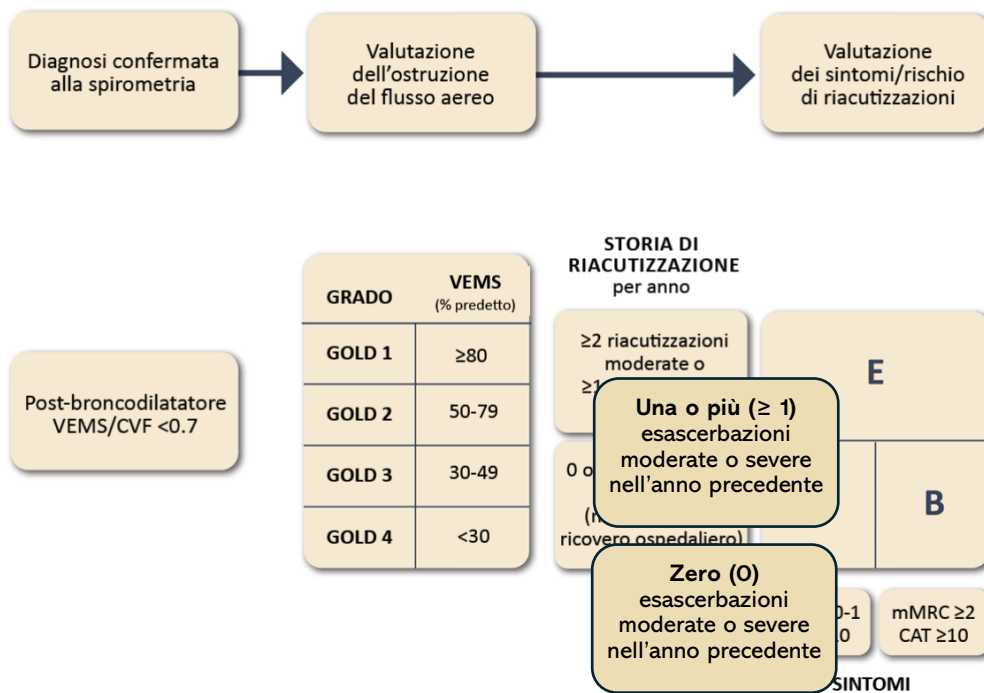
Combinando i dati relativi a funzione respiratoria, sintomatologia e rischio di riacutizzazioni, è possibile una classificazione integrata del paziente, in linea con il modello proposto dal documento GOLD 2026.

Tabella 5 e Figura 1. Valutazione integrata del paziente con BPCO (da Linee Gold 2026)

Tabella 5.

Gruppo	Sintomatologia	Riacutizzazioni	Descrizione
A	CAT < 10 o mMRC < 2	0 moderate o gravi	Pazienti con sintomatologia lieve e basso rischio
B	CAT \geq 10 o mMRC \geq 2	0 moderate o gravi	Pazienti sintomatici ma con basso rischio
E	Qualsiasi livello di sintomi	≥ 1 moderate o gravi	Pazienti ad alto rischio di riacutizzazioni

Figura 1



Valutazione delle comorbidità

Il paziente con BPCO deve essere sottoposto a una valutazione attiva delle comorbidità, poiché queste condizioni complicano la diagnosi, influenzano significativamente la prognosi e la gestione clinica. Le comorbidità possono essere correlate a fattori di rischio comuni (es. fumo, inquinamento atmosferico), ovvero legate all'età avanzata e/o in grado di peggiorare la manifestazione clinica della BPCO. L'identificazione precoce di tali condizioni consente di pianificare un percorso di cura integrato e multidisciplinare.

Le principali sono:

- Malattie cardiovascolari: scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, aritmie e ipertensione sono frequenti e condividono fattori di rischio con la BPCO. Il rischio cardiovascolare deve essere valutato sistematicamente.
- Ipertensione polmonare: da inquadrare e trattare nell'ambito di centri specializzati.
- Tumori polmonari: fortemente associati al fumo, richiedono percorsi diagnostico-terapeutici specifici.
- Sindrome metabolica, diabete, osteoporosi, anemia, disturbi del sonno, bronchiectasie: condizioni comuni che influenzano la sintomatologia e richiedono trattamenti specifici.
- Disturbi psichici e fragilità: ansia, depressione e declino cognitivo devono essere riconosciuti precocemente.

In alcuni casi si osservano sindromi da overlap, come:

- la sovrapposizione asma-BPCO (ACOS – Asthma-COPD Overlap Syndrome);
- i disturbi respiratori del sonno.

Ulteriori indagini diagnostiche

Per inquadrare e fenotipizzare la BPCO possono essere eseguite indagini strumentali aggiuntive descritte in tabella 6.

Tabella 6. Indagini strumentali aggiuntive per inquadramento e fenotipizzazione della BPCO

Obiettivo	Esame raccomandato	Note
Escludere altre patologie polmonari	Rx torace in due proiezioni	Valutazione di base alla diagnosi
Valutare iperinflazione polmonare	Spirometria globale	Analisi dei volumi statici
Differenziare fenotipo enfisematoso / bronchitico	Spirometria con DLCO e HRCT torace	Almeno una volta alla diagnosi
Quantificare il danno parenchimale	TC torace	Valutazione morfologica dettagliata (quantificazione enfisema, esclusione bronchiectasie, pneumopatie infiltrative diffuse, neoplasie polmonari)
Valutare componente eosinofila	Emocromo con formula	Identificazione fenotipo eosinofilo
Verificare insufficienza respiratoria	Pulsossimetria, saturimetria, emogasanalisi	Per stadiazione e follow-up
Ricerca deficit di Alfa-1-antitripsina	Dosaggio sierico e PCR; se < limite → genotipizzazione	Eseguire in fase stabile
Escludere patologie respiratorie associate (es. OSAS)	Monitoraggio cardiorespiratorio notturno	In presenza di sintomi suggestivi
Valutare capacità di esercizio	6-Minute Walking Test (6MWT) o test da sforzo cardiopolmonare	Per valutazione funzionale globale

Obiettivo	Esame raccomandato	Note
Escludere coinvolgimento cardiovascolare	Ecocardiografia	Per valutazione funzionalità cardiaca ed esclusione di ipertensione polmonare