

GESTIONE DELLE FASI DI RIACUTIZZAZIONE

Definizione e stadiazione

Le riacutizzazioni della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) rappresentano episodi clinici caratterizzati da un peggioramento acuto dei sintomi respiratori abituali, quali dispnea, tosse e aumento dell'espettorato, che si manifestano nell'arco di meno di due settimane. Questi eventi sono spesso correlati a un incremento dell'infiammazione a livello locale e sistemico, generalmente indotto da infezioni batteriche o virali, inquinamento atmosferico o altri fattori irritativi delle vie aeree.

Le principali condizioni predisponenti alle riacutizzazioni comprendono:

- persistenza o ripresa del fumo di sigaretta;
- esposizione a fumo passivo;
- infezioni respiratorie di origine batterica o virale;
- esposizione a inquinanti ambientali interni ed esterni;
- scarsa attività fisica;
- variazioni stagionali e climatiche.

Le riacutizzazioni rappresentano eventi cruciali nella storia naturale della BPCO, associandosi a peggioramento funzionale, riduzione della qualità di vita, aumento del rischio di ospedalizzazione, della mortalità e aumentata incidenza di eventi cardiovascolari maggiori. Ogni ricovero per riacutizzazione comporta un rischio di ri-ospedalizzazione a breve termine.

La prevenzione delle riacutizzazioni rappresenta un pilastro essenziale della gestione della BPCO. Le misure principali comprendono sono elencate nella tabella 9.

Tabella 9. Interventi per la prevenzione delle riacutizzazioni

Classe di intervento	Intervento
Broncodilatatori	LABA (β 2-agonisti a lunga durata d'azione) LAMA (antagonisti muscarinici a lunga durata d'azione) Associazione LABA + LAMA
Regimi contenenti corticosteroidi	LABA + ICS (corticosteroidi inalatorio) LABA + LAMA + ICS
Antinfiammatori non steroidei	Roflumilast Farmaci biologici (es. Dupilumab) in casi selezionati, previa indicazione fornita da centro di II o III livello
Antinfettivi	Vaccinazioni

Classe di intervento	Intervento
	Macrolidi a lungo termine
Mucoregolatori	N-acetilcisteina Carbocisteina Erdosteina
Altri interventi	Cessazione del fumo Riabilitazione respiratoria Riduzione del volume polmonare Vitamina D Misure di protezione (es. uso di mascherina, riduzione dei contatti sociali, lavaggio frequente delle mani)

Nella valutazione iniziale di una riacutizzazione è fondamentale escludere condizioni cliniche che possono mimare una riacutizzazione, come polmonite, scompenso cardiaco o embolia polmonare.

Oltre all'analisi dei sintomi classici, la valutazione deve comprendere parametri oggettivi quali frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, saturazione periferica di ossigeno, utilizzo dei muscoli accessori e valore della Proteina C Reattiva (PCR), utile per stimare il livello di infiammazione e orientare la decisione sull'uso di antibiotici. La scala VAS può essere impiegata per quantificare l'intensità della dispnea.

Si possono distinguere riacutizzazioni lievi, moderate e gravi sulla base dei criteri riportati nella tabella 10.

Tabella 10. Criteri per la definizione della gravità della riacutizzazione.

Grado di severità	Parametri principali
Lieve	Dispnea VAS < 5 FR < 24 bpm FC < 95 bpm SpO ₂ ≥ 92% o desaturazione < 3% PCR < 10 mg/L
Moderata	Dispnea VAS > 5 FR > 24 bpm FC > 95 bpm SpO ₂ < 92% PCR > 10 mg/L EGA: PaO ₂ < 60 mmHg, PaCO ₂ > 45 mmHg, senza acidosi
Grave	Dispnea VAS > 5 FR > 24 bpm FC > 95 bpm SpO ₂ < 92% PCR > 10 mg/L EGA: ipercapnia con acidosi respiratoria

Gestione terapeutica delle riacutizzazioni di BPCO

La gestione delle riacutizzazioni della BPCO dipende dalla gravità della patologia di base, dal setting assistenziale e dal contesto clinico complessivo.

Gestione e terapia domiciliare

Nel trattamento domiciliare, la terapia farmacologica iniziale si fonda su tre pilastri principali: broncodilatatori, corticosteroidi e antibiotici.

- **Terapia inalatoria:** è indicato un incremento della terapia broncodilatatrice, mantenendo o potenziando i trattamenti già in atto e affiancando broncodilatatori a breve durata d'azione per via aerosolica. Questi ultimi sono particolarmente utili nei pazienti con ridotta capacità di assunzione del farmaco a causa del peggioramento delle condizioni generali. Il dosaggio, la frequenza e la durata del trattamento devono essere personalizzati. È importante proseguire i broncodilatatori a lunga durata d'azione già in uso in fase stabile ed eventualmente associare uno steroide inalatorio, se non già previsto. Quest'ultimo può risultare meno efficace nei pazienti con basso numero di eosinofili nel sangue.
- **Corticosteroidi sistemici:** è raccomandato un breve ciclo (5-7 giorni) di corticosteroidi orali, ad esempio prednisone 25-40 mg o equivalenti.
- **Antibiotici:** un ciclo antibiotico (5-7 giorni) è indicato nei pazienti con sintomi importanti o con espettorato purulento. Gli antibiotici a largo spettro sono raccomandati nei casi di riacutizzazione con almeno due dei seguenti criteri: aumento della quantità di secrezioni e purulenza dell'espettorato. La terapia antibiotica, a dosaggio pieno per almeno 7 giorni consecutivi, riduce mortalità e rischio di fallimento terapeutico.
- **Ossigenoterapia e ventiloterapia:** nei pazienti già in ossigenoterapia o in ventilazione non invasiva domiciliare (NIV), è necessario rivalutare flusso, durata e numero di ore di supporto ventilatorio.
- **Terapie di supporto:** in presenza di comorbidità (es. scompenso cardiaco), può rendersi necessario introdurre una terapia diuretica e monitorare attentamente il bilancio idrico.

PERCORSO TERRITORIALE E INVIO ALLO SPECIALISTA

Le riacutizzazioni rappresentano un momento cruciale nella gestione integrata della BPCO, poiché mettono in difficoltà il sistema assistenziale e generano forte preoccupazione nel paziente e nei suoi familiari. È importante sottolineare che una riacutizzazione raramente insorge in modo improvviso: spesso si sviluppa nell'arco di più ore o giorni, e può essere preceduta da segnali premonitori che, se riconosciuti tempestivamente, consentono un intervento precoce.

L'intercettazione precoce dell'acuzie si fonda sulla corretta istruzione del paziente e dell'eventuale caregiver nel non sottovalutare un peggioramento sintomatologico e trova nella rete territoriale (in primis il MMG) il primo punto di riferimento per la valutazione clinica e l'impostazione del successivo iter diagnostico-terapeutico.

L'impiego della telemedicina può costituire un valido supporto in questa fase, permettendo un monitoraggio continuo o periodico dei parametri clinici del paziente. Tuttavia, rimangono da chiarire alcuni aspetti operativi e di responsabilità, in particolare riguardo alla lettura e interpretazione dei dati (sincroni o asincroni) e ai criteri che devono attivare la risposta clinica, definendo ruoli e competenze degli attori coinvolti.

Il MMG, mediante valutazione clinica e strumenti diagnostici di base, dovrebbe essere in grado di gestire la fase iniziale di una riacutizzazione lieve-moderata modulando la terapia inalatoria, introducendo un trattamento corticosteroidico sistemico e, se indicato, una terapia antibiotica.

È raccomandata una rivalutazione clinica precoce (entro 24–48 ore) per verificare la risposta alla terapia e la possibile necessità di ospedalizzazione. Se, alla rivalutazione, non sussistono criteri di ospedalizzazione (cfr. sotto), il trattamento domiciliare può proseguire fino al termine. È importante ricordare che il ritorno alle condizioni cliniche basali può richiedere diverse settimane, in funzione di età, comorbidità, stato nutrizionale e gravità della malattia.

I criteri clinici di gravità che impongono un invio urgente a valutazione specialistica o, in base alla gravità dei sintomi un invio in PS sono:

- Sintomi gravi: peggioramento acuto della dispnea a riposo, tachipnea, desaturazione, confusione.
- Insufficienza respiratoria acuta.
- Comparsa di nuovi segni clinici (cianosi, edemi periferici).
- Mancata risposta alla terapia domiciliare.
- Presenza di gravi comorbidità (es. scompenso cardiaco, aritmie).
- Inadeguato supporto domiciliare.

Il percorso preferibile, quando le condizioni cliniche lo permettono, prevede l'invio diretto allo specialista che ha in carico il paziente tramite impegnativa urgente redatta dal MMG. È fondamentale che il paziente inviato per valutazione urgente sia munito di tutta la documentazione clinica e radiologica disponibile, se possibile accompagnata da una lettera di invio redatta dal MMG, contenente l'inquadramento clinico-terapeutico, l'andamento della malattia e la motivazione dell'invio.

Quando il paziente viene inviato dal curante a visita urgente presso l'ambulatorio dedicato a conduzione pneumologica o internistica o in PS, lo specialista avvia un percorso diagnostico-terapeutico e di controllo che non richiede ulteriori passaggi tramite il MMG. Quest'ultimo torna invece ad assumere un ruolo centrale nella fase di stabilizzazione post-acuzie, garantendo la continuità assistenziale sul territorio, in collaborazione con le altre figure sanitarie, per ridurre il rischio di nuove riacutizzazioni.