Gestione della polmonite

Data 21 dicembre 2025
Categoria pneumologia

Una breve sintesi delle maggiori raccomandazioni cliniche per la gestione della polmonite acquisita in comunità.

La polmonite acquisita in comunità (CAP) è un'infezione delle basse vie respiratorie con gravità variabile: dal paziente che può essere gestito a domicilio fino alle forme severe che richiedono terapia intensiva.

Valutazioneiniziale

Utilizzare score clinici validati (es. CURB-65) per decidere il setting di cura (domicilio vs ospedale vs terapia intensiva). Per le forme severe si considerano criteri aggiuntivi (ipotensione, insufficienza respiratoria, necessità di ventilazione/meccanica).
Lo score CURB-65 prende in considerazione i seguenti paramenti: confusione mentale, azotemia > 20 mg/dl, frequenza respiratoria >/= 30/minuto, PAS < 90 mmHg o PAD < 60 mmHg, età >/= 65 anni. Ad ogni parametro positivo viene assegnato 1 punto. Punteggi di 0-1 indicano basso rischio (il paziente può essere gestito a domicilio), punteggi di 2 consigliano i valutare attentamente la necessità di ricovero, punteggi >/= 3 indicano ricovero urgente. Nella medicina di famiglia si può usare il CURB-65 semplificato quando non si dispone del valore dell'azotemia.

Diagnosi e indagini microbiologiche

Radiografia torace (o ecografia polmonare come alternativa rapida) rimane essenziale per confermare il sospetto clinico. Le linee guida moderne incoraggiano l'uso della ecografia polmonare quando disponibile come strumento diagnostico rapido al letto del paziente.
La TC torace viene invece indicata quando il quadro clinico e radiografico non è chiaro, oppure per valutare complicanze o alternative diagnostiche.
Emocolture e colture dell'espettorato vanno ottenute nei pazienti ospedalizzati, soprattutto se gravi o con fattori di rischio per patogeni resistenti; test molecolari/PCR per virus e per alcuni batteri sono raccomandati quando la diagnosi può cambiare la terapia. Le raccomandazioni stressano l'importanza di fare i prelievi prima di iniziare gli antibiotici quando possibile.

Terapia antibiotica empirica

La scelta empirica dipende dal setting (ambulatoriale, ricovero non-ICU, ICU), dalla severità e dai fattori di rischio per patogeni resistenti (precedenti ospedalizzazioni recenti, uso IV di antibiotici, isolamento precedente di MRSA o Pseudomonas, alta prevalenza locale). Le linee guida raccomandano l'uso di linee empiriche mirate (macrolide o doxiciclina o beta-lattamico + macrolide/monoterapia con fluorchinolonici ttivi sulle vie respiratorie in specifici casi per ambulatoriali; beta-lattamico più macrolide o fluorchinolonici attivi sulle vie respiratorie per ricoverati non-ICU). Per i pazienti in ICU o severe sospettare copertura per Pseudomonas o MRSA solo se presenti fattori di rischio.

Durata della terapia e rivalutazione

Le raccomandazioni recenti promuovono durate brevi e guidate dalla stabilità clinica: in molti pazienti ospedalizzati si può considerare una durata minima di 5 giorni di terapia antibiotica se il paziente è clinicamente stabile (afebbrile, parametri vitali nei limiti, miglioramento respiratorio) e senza complicazioni; la terapia va prolungata se persiste instabilità o complicazioni. È fondamentale la rivalutazione quotidiana e la de-escalation quando i risultati microbiologici lo permettono.

Ossigenoterapia, supporto e terapie aggiuntive

Somministrare ossigeno per mantenere SpO₂ ≥ 90% (o target individualizzato su base della patologie concomitanti). Nei casi con shock/sepsi seguire un protocollo di miusre coordinate per queste condizioni (fluidi, vasopressori se necessari).

Corticosteroidi: qui le linee guida e gli studi recenti mostrano eterogeneità. In passato si sconsigliava l'uso routinario di corticosteroidi per la CAP; successivamente ne è stato proposto l'uso mirato nei casi di CAP molto severa non-influenza o in presenza di shock refrattario, anche se studi randomizzati recenti hanno dato risultati contrastanti. In pratica: non usare steroidi routinariamente — considerarli solo in sottogruppi selezionati (shock refrattario, ARDS, indicazioni concomitanti come BPCO grave) e valutando benefici/effetti avversi.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 27/11/2026 alle ore 2:38 | Pagina 1 di 2

Patogeni resistenti e terapia mirata

Copertura per Pseudomonas o MRSA va riservata ai pazienti con fattori di rischio documentati (precedente colonizzazione, recenti IV antibiotici, ospedalizzazione recente) o segni clinici che la suggeriscano; utilizzare i dati locali di resistenza per scegliere i farmaci empirici. La raccomandazione è di limitare l'uso routinario di antibiotici ad ampio spettro per evitare sviluppo di resistenze.

Prevenzione e follow-up

Vaccinazioni (influenza stagionale, vaccino antipneumococco secondo linee guida locali) restano pilastro preventivo. Programmare follow-up clinico e radiologico nei pazienti con decorso complicato o mancato miglioramento; la risoluzione radiologica può richiedere settimane.

RenatoRossi

Bibliografia

Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, Cooley LA, Dean NC, Fine MJ, Flanders SA, Griffin MR, Metersky ML, Musher DM, Restrepo MI, Whitney CG. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med. 2019 Oct 1;200(7):e45-e67. doi: 10.1164/rccm.201908-1581ST. PMID: 31573350; PMCID:PMC6812437.

Martin-Loeches I, Torres A, Nagavci B, Aliberti S, Antonelli M, Bassetti M, Bos LD, Chalmers JD, Derde L, de Waele J, Garnacho-Montero J, Kollef M, Luna CM, Menendez R, Niederman MS, Ponomarev D, Restrepo MI, Rigau D, Schultz MJ, Weiss E, Welte T, Wunderink R. ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. Intensive Care Med. 2023 Jun;49(6):615-632. doi: 10.1007/s00134-023-07033-8. Epub 2023 Apr 4. Erratum in: Intensive Care Med. 2023 Aug;49(8):1040-1041. doi: 10.1007/s00134-023-07082-z. PMID: 37012484; PMCID: PMC10069946.

Jones BE, Ramirez JA, Oren E, Soni NJ, Sullivan LR, Restrepo MI, Musher DM, Erstad BL, Pickens C, Vaughn VM, Helgeson SA, Crothers K, Metlay JP, Bissell Turpin BD, Cao B, Chalmers JD, Dela Cruz CS, Gendlina I, Hojat LS, Laguio-Vila M, Liang SY, Waterer GW, Paine M, Hawkins C, Wilson K. Diagnosis and Management of Community-acquired Pneumonia. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2025 Jul 18. doi: 10.1164/rccm.202507-1692ST. Epub ahead of print. PMID: 40679934.

Vaughn VM, Dickson RP, Horowitz JK, Flanders SA. Community-Acquired Pneumonia: A Review. JAMA. 2024 Oct 15;332(15):1282-1295. doi: 10.1001/jama.2024.14796. PMID: 39283629.

Dinh A, Barbier F, Bedos JP, Blot M, Cattoir V, Claessens YE, Duval X, Fillâtre P, Gautier M, Guegan Y, Jarraud S, Monnier AL, Lebeaux D, Loubet P, Margerie C, Serayet P, Tandjaoui-Lambotte Y, Varon E, Welker Y, Basille D. Update of guidelines for management of Community Acquired pneumonia in adults by the French Infectious Disease Society (SPILF) and the French-Speaking Society of Respiratory Diseases (SPLF): Endorsed by the French intensive care society (SRLF), the French microbiology society (SFM), the French radiology society (SFR) and the French emergency society (SFMU). Respir Med Res. 2025 May;87:101161. doi: 10.1016/j.resmer.2025.101161. Epub 2025 Feb 25. PMID: 40037948.