

Nuove linee guida dell'American Thoracic Society per la polmonite acquisita in comunità: ecografia polmonare, riduzione della durata della terapia antibiotica e impiego dei corticosteroidi nelle forme gravi

New guidelines from the American Thoracic Society for community-acquired pneumonia recommend lung ultrasound, reducing antibiotic treatment duration, and corticosteroids in severe disease.

ALICE SERAFINI¹, MARK H. EBELL²

¹Dipartimento di Cure primarie, Ausl Modena; ²Department of Family medicine, College of Human Medicine, Michigan State University, East Lansing, Michigan, Usa.

La rubrica POEMs è a cura di Peter K. Kurotschka (Department of General Practice, University Hospital Würzburg, Germany).

E-mail: kurotschka_p@ukw.de

Domanda clinica. Qual è il modo migliore per diagnosticare e trattare la polmonite acquisita in comunità (Pac)?

Punto chiave. Le linee guida aggiornate sulla Pac includono la possibilità di utilizzare l'ecografia polmonare per la diagnosi, di considerare l'impiego di antibiotici nei pazienti ad alto rischio e ospedalizzati con test positivo per un patogeno virale, di sospendere la terapia antibiotica dopo 3-4 giorni in caso di miglioramento clinico e stabilità del paziente, e di somministrare corticosteroidi sistemici nei pazienti con Pac severa.

Finanziamento: Fondazione.

Disegno dello studio: linea guida.

Livello di evidenza: 1a.

Setting: vari.

Sinossi. La Pac rappresenta una causa significativa di morbilità e mortalità in tutto il mondo¹, con una prevalenza particolarmente elevata nelle estremità di età e nei soggetti con comorbilità, costituendo un importante problema di salute pubblica anche nei Paesi industrializzati². La diagnosi di Pac è stata tradizionalmente basata sulla clinica e sulla radiografia del torace, ma l'ecografia polmonare point-of-care (Pocus) si sta progressivamente integrando nella pratica clinica, in particolare nei setting extraospedalieri, nonostante i limiti dovuti principalmente alla dipendenza dell'accuratezza diagnostica dall'esperienza dell'operatore e la ridotta capacità di identificazione di lesioni profonde³. La gestione terapeutica della Pac richiede un uso appropriato degli antibiotici per massimizzare l'efficacia clinica e, al contempo, contribuire agli sforzi di antibiotic stewardship, ottimizzando durata e scelta del trattamento. Questa linea guida⁴, che aggiorna le

raccomandazioni su diagnosi e terapia delle Pac, è stata elaborata da un panel multidisciplinare (medicina d'emergenza, malattie infettive, medicina interna, pneumologia, terapia intensiva e medicina ospedaliera) promosso dall'American thoracic society (Ats) e dalla Infectious diseases society of America (Idsa), senza però il coinvolgimento di medici di medicina generale (Mmg). Il panel ha affrontato quattro quesiti specifici e si è avvalso del supporto di metodologi per condurre revisioni sistematiche della letteratura finalizzate a rispondere a tali quesiti. Le raccomandazioni formulate potevano essere forti (per es., "Raccomandiamo...") oppure condizionate ("Suggeriamo...").

Per quanto riguarda la diagnosi, il panel raccomanda in modo condizionato l'utilizzo dell'ecografia polmonare come alternativa accettabile alla radiografia del torace per la diagnosi di Pac, purché eseguita da operatori adeguatamente formati. Con la crescente diffusione della Pocus tra i Mmg, aumenta la possibilità di diagnosticare la Pac anche in contesti in cui la radiografia non sia immediatamente disponibile.

Per quanto riguarda la terapia, il panel raccomanda in modo condizionato di considerare la terapia antibiotica anche nei pazienti con test positivo per un virus respiratorio, come l'influenza, ma esclusivamente nei soggetti con comorbilità associate a un aumentato rischio di complicanze o nei pazienti ricoverati per Pac. Nei pazienti ambulatoriali a basso rischio con riscontro di infezione virale, la prescrizione di antibiotici resta invece non raccomandata. Questo aggiornamento delle linee guida raccomanda inoltre di sospendere la terapia antibiotica dopo 3-4 giorni (al posto della precedente raccomandazione di 5 o più giorni) nei pazienti adulti, sia ambulatoriali sia ricoverati, con Pac non severa che abbiano raggiunto la stabilità clinica. Per stabilità clinica si intende la presenza di uno stato mentale normale, assenza di febbre, frequenza

cardiaca inferiore a 100 battiti al minuto, frequenza respiratoria inferiore a 24 atti al minuto, saturazione di ossigeno pari o superiore al 90% e pressione arteriosa sistolica di almeno 90 mmHg. Infine, in linea con i risultati di recenti ampi studi clinici e meta-analisi, il panel raccomanda l'impiego di corticosteroidi nei pazienti con Pac severa, ma non in quelli con Pac non severa (a eccezione dei casi con comorbidità influenzale). L'idrocortisone per via endovenosa alla dose di 200 mg/die per 5-7 giorni è indicato in via preliminare come corticosteroide sistemico di scelta.

Contesto italiano. Nel contesto italiano la gestione in medicina generale delle Pac si basa prevalentemente sulla valutazione clinica, con un ricorso limitato agli esami strumentali, in quanto non sempre disponibili. Le linee guida regionali dell'Emilia-Romagna, per esempio, suggeriscono l'applicazione a tutte le Pac di score di stratificazione del rischio per orientare il setting di cura (CRB 65)⁶, e indicano che la radiografia del torace non è generalmente necessaria nei casi a basso rischio e riconoscono un possibile ruolo di supporto della Pocus e di altri test point-of-care, come la proteina C reattiva (suggestiva per una diagnosi se >10 mg/dL), quando disponibili.

Una selezione di POEMs è gratuitamente concessa a Il Pensiero Scientifico Editore da Wiley-Blackwell Inc. È possibile abbonarsi alla newsletter Va' Pensiero per ricevere i POEMs del mese in lingua italiana direttamente sul proprio indirizzo e-mail (<https://pensiero.it/va-pensiero>).

Per avere accesso a tutti i POEMs in lingua inglese e ad altre risorse per un aggiornamento professionale basato sulle evidenze, quelle che vale la pena conoscere, informati su Essential Evidence Plus (<https://EssentialEvidencePlus.com>).

Bibliografia

1. GBD 2023 Causes of Death Collaborators. Global burden of 292 causes of death in 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet* 2025; 406: 1811-72.
2. Tsoumani E, Carter JA, Salomonsson S, Stephens JM, Bencina G. Clinical, economic, and humanistic burden of community acquired pneumonia in Europe: a systematic literature review. *Expert Rev Vaccines* 2023; 22: 876-84.
3. Vetrugno L, D'Ardes D, Deana C, Biasucci DG, Boccatonda A. Lung ultrasound and community-acquired pneumonia: from complementary tool to clinical game-changer. *Respir Med Res* 2025; 88: 101203.
4. Jones BE, Ramirez JA, Oren E, et al. 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.
5. McNally M, Curtain J, O'Brien KK, Dimitrov BD, Fahey T. Validity of British Thoracic Society guidance (the CRB-65 rule) for predicting the severity of pneumonia in general practice: systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2010; 60: e423-33.
6. Gruppo di lavoro Antibiotici Territorio. PrCAR, Emilia-Romagna. Polmonite comunitaria. Settembre 2024. Disponibile su: https://short.do/r3LjG_ [ultimo accesso 30 gennaio 2026].