

Quando non è necessario prescrivere antibiotici

[POPOLAZIONE ADULTA]

La gestione ambulatoriale delle infezioni si fonda sulla definizione delle situazioni in cui l'antibiotico non è necessario o che possono essere rivalutate dopo un periodo di vigile attesa, oltre che su criteri condivisi per la formulazione della diagnosi e per il trattamento antibiotico.

La **tabella** fornisce una lista di **infezioni** a frequente o prevalente eziologia virale in cui l'antibiotico non è necessario o in cui la decisione terapeutica può essere differita di alcuni giorni. Presenta anche una lista di **messaggi chiave** per evitare prescrizioni inappropriate.

Sono inoltre fornite indicazioni relative a: quando la profilassi della endocardite per procedure odontoiatriche non è raccomandata; situazioni in cui è necessaria la valutazione di uno specialista esperto per definire la terapia antibiotica.

INFEZIONE	MESSAGGI CHIAVE
Bronchite	<ul style="list-style-type: none">✓ Il trattamento antibiotico non è raccomandato e deve essere evitato, la tosse può durare fino a 3-4 settimane e non necessita di terapia antibiotica (patologia prevalentemente ad eziologia virale e autolimitante).✓ Rivalutazione, se la clinica peggiora velocemente o in maniera importante e se i sintomi persistono per oltre 3-4 settimane.
Cistite non complicata	<ul style="list-style-type: none">✓ Non prescrivere antibiotici in caso di batteriuria asintomatica.✓ Non eseguire urinocoltura di controllo dopo trattamento antibiotico.✓ Non eseguire urinocoltura in pazienti sintomatici senza storia di precedenti isolamenti di germi multi-resistenti.

INFEZIONE	MESSAGGI CHIAVE
Faringotonsillite	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Non prescrivere antibiotici in assenza di sintomi (FPS 0-1). ✓ Non prescrivere antibiotici ma ricorrere ad approccio di vigile attesa e rivalutazione dopo 48-72 ore se FPS 2-3. ✓ In caso di positività del tampone rapido o colturale per <i>Streptococcus pyogenes</i>: <ul style="list-style-type: none"> o Non è indicata una sua ripetizione per confermare la guarigione clinica. o Non è raccomandata la sua esecuzione ai contatti stretti in assenza di sintomi (score FPS 0-1). o Non prescrivere antibiotici ad ampio spettro: lo <i>Streptococcus pyogenes</i> ad oggi è sempre risultato sensibile ad amoxicillina. o Non prescrivere antibiotici in assenza di sintomi (FPS 0-1).
Gastroenterite	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Non prescrivere antibiotici in caso di diarrea acuta in assenza di fattori di rischio (gravemente immunodepressi/immunosoppressi). ✓ Non eseguire coproculture in caso di progressivo miglioramento entro 5 giorni.
Otite media acuta	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Non prescrivere antibiotici ma ricorrere ad approccio sintomatico e di vigile attesa in caso di sintomi lievi/moderati (TC < 39°C; lieve/moderato malessere generale; dolore auricolare responsivo ad analgesici con o senza otorrea). ✓ La sola otorrea non dà indicazione al trattamento. ✓ Otite ricorrente non grave (>3 episodi in 6 mesi o >4 episodi in 12 mesi) non dà indicazione al trattamento.
Riacutizzazione BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Non prescrivere antibiotici in caso di riacutizzazione in assenza di aumento della purulenza dell'espettorato (gli antibiotici non sono necessari nella maggior parte dei casi di esacerbazione della BPCO in quanto più frequentemente ad eziologia virale). ✓ Non vi è un consenso unanime sull'uso profilattico di antibiotici (es. macrolidi) in pazienti con BPCO grave e frequenti episodi di esacerbazione.

INFEZIONE	MESSAGGI CHIAVE
Sinusite	<ul style="list-style-type: none">✓ Non prescrivere antibiotici ma ricorrere ad approccio di vigile attesa e rivalutazione dopo 48-72 ore, se:<ul style="list-style-type: none">o Esordio non grave (febbre con TC <39°C; no secrezione purulenta o dolore facciale intenso da meno di 3-4 giorni).o Assenza di comorbidità (es. neoplasie, immunodeficienza, diabete mellito scompensato).o Non rischio di complicanze (es. precedenti traumi cranio facciali).o Assenza di peggioramento o persistenza (<10 giorni).

Procedure odontoiatriche

Non prescrivere antibiotici per la profilassi dell'endocardite batterica:

- Nei pazienti a basso rischio di endocardite.
- Per procedure odontoiatriche a basso rischio di batteriemia (che non prevedono manipolazione della regione gengivale o periapicale dei denti).

(European Society of Cardiology, *Guidelines for the management of endocarditis*. 2023).

Cicli di antibiotico

Non prescrivere cicli ripetuti di terapia antibiotica.

Inviare allo specialista

Le seguenti infezioni vanno trattate in base alle indicazioni fornite da uno specialista esperto di terapia antibiotica:

- osteomieliti o infezioni di artroprotesi
- lesioni da pressione decubito
- infezioni del sito chirurgico.

A cura di

Gruppo di lavoro Antibiotici Territorio - Piano regionale di contrasto all'antibioticoresistenza (PrCAR, Emilia-Romagna).

Novembre 2024

Bibliografia

Bassetti S, Tschudin-Sutter S, Egli A, Osthoff M. *Optimizing antibiotic therapies to reduce the risk of bacterial resistance*. Eur J Intern Med. 2022; 99:7-12.

Delgado V, Ajmone Marsan N, de Waha S, Bonaros N, Brida M, Burri H, Caselli S, Doenst T, Ederhy S, Erba PA, Foldager D, Fosbøl EL, Kovac J, Mestres CA, Miller OI, Miro JM, Pazdernik M, Pizzi MN, Quintana E, Rasmussen TB, Ristić AD, Rodés-Cabau J, Sionis A, Zühlke LJ, Borger MA; ESC Scientific Document Group. *2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis*. Eur Heart J. 2023; 44:3948-4042.

Llewelyn MJ, Fitzpatrick JM, Darwin E, SarahTonkin-Crine, Gorton C, Paul J, Peto TEA, Yardley L, Hopkins S, Walker AS. *The antibiotic course has had its day*. BMJ. 2017; 358:j3418.

Spellberg B. *The New Antibiotic Mantra-"Shorter Is Better"*. JAMA Intern Med. 2016; 176:1254-5.