**SESSIONE 3 DALLA SORVEGLIANZA MICROBIOLOGICA ALLA GESTIONE CLINICA DEL PAZIENTE NELLE RSA**

**COLONIZZAZIONI E INFEZIONI: QUALE TERAPIA?**

G. Belloni [7], A. Borza [5], R. Cafferata [4], L. Magnani [1], M. Marano [2], S. Salvi [6], L. Vaccaro [3]

[1]*Direttore Dipartimento Area Medica ASST, Pavia*

[2]*Fondazione Conte Cella di Rivara, Broni (PV)*

[3]*Residenze Heliopolis, Binasco (MI) e RSA Villa Antea, Vidigulfo (PV)*

[4]*RSA La Certosa di Pavia, Certosa (PV) e RSA La Risaia, Marcignago (PV)*

[5]*RSA Pia Famiglia, Rivanazzano Terme (PV) e RSA Villa Serena, Salice Terme (PV)*

[6]*RSA San Giuseppe Liebenau, Belgioioso (PV)*

[7]*Vicepresidente OMCEO, Pavia*

Le RSA, Residenze Sanitarie Assistenziali, sono strutture extra-ospedaliere per anziani disabili, prevalentemente non autosufficienti, con necessità di trattamenti continui e persistenti a fronte di un alto grado di comorbilità. Esse rappresentano un potenziale serbatoio di organismi multiresistenti (multidrug-resistant organisms, MDRO). Il tasso di colonizzazione da MDRO nei residenti delle RSA italiane risulta più alto rispetto a quanto osservato in altri Paesi europei. Se da un lato i protocolli di gestione del rischio infettivo in RSA danno ampio spazio al tema della prevenzione, dall'altro è più difficile reperire in letteratura linee guida che possano essere calate nel contesto operativo delle RSA rispetto alle scelte terapeutiche. SIMeRSA tra il 2017 e il 2019 ha realizzato tra i propri soci due survey sul tema della diagnosi e trattamento delle infezioni in RSA, da cui sono emersi elementi potenzialmente utili ai fini della sorveglianza degli MDRO nel setting delle Long-Term Care Facilities italiane (LCTF), e della promozione in esse di un corretto uso degli antibiotici. Tra gli elementi più salienti emersi, oltre all'elevato tasso di comorbilità e l'età avanzata dei pazienti, le conseguenze su risposta alla terapia e i rischi connessi alla polifarmacoterapia, vi sono la frequente necessità di ricorrere al cateterismo estemporaneo per effettuare un prelievo di urina in un paziente non collaborante; l'uso empirico degli antibiotici, che non avviene secondo linee guida nel 29,2% dei casi; la scelta della terapia antibiotica, che si basa spesso sulla sola presenza di segni e sintomi (sempre 33,3%, frequentemente 45,8%) mentre nel 37,5% dei casi viene prescritta a scopo preventivo per lo stato di rischio del paziente. Il 16,7% dei medici esegue sempre indagini colturali nel sospetto di un'infezione, mentre il 58,3% lo fa frequentemente e il 25% raramente. Le indagini colturali vengono fatte più di frequente in campioni urinari e fecali, più raramente su altri campioni biologici, ed il ricorso all'emocoltura è per lo più raro. Spesso il laboratorio analisi di riferimento è disponibile solo alcuni giorni alla settimana (1 giorno 4,2% - 2 giorni 20,8% - 3 giorni 25% - 5 giorni 41,7% - 6 giorni 8,3%) e il periodo intercorrente tra il momento del prelievo e la processazione in laboratorio è inferiore alle 2 ore nel 24%, tra le 2 e le 5 ore nel 62,4%, oltre le 5 ore nel 13,6% delle RSA. Il ricorso a terapia mirata non avviene frequentemente - pur disponendo di un antibiogramma - per remissione con la sola terapia empirica (79,1%) o per riscontro di multiresistenze (62,5%); meno di frequente per remissione spontanea (54,2%) o indisponibilità dell'antibiotico (8,3%). Le indagini colturali post-terapia vengono eseguite poco, il 25% dei medici dichiara di non eseguirle mai, il 58,3% raramente, il 12,5% frequentemente. La sfida per il futuro, dunque, sembra essere quella di unificare comportamenti e attività clinica tra le diverse RSA, setting di cura tra i più eterogenei esistenti.