Nuove linee guida sulle infezioni delle vie urinarie

Data 24 settembre 2026
Categoria urologia

La Società Europea di Urologia ha pubblicato le nuove linee guida 2026 sulle infezioni delle vie urinarie (IVU).

La novità più interessante riguarda la classificazione. Viene abbandonata la vecchia distinzione tra forme non complicate e forme complicate. Ora le IVU si distinguono i localizzate e sistemiche.
Le **formelocalizzate** comprendono essenzialmente la cistite (sia nella donna che nell'uomo) e sono caratterizzate da sintomi come disuria, urgenza o dolore sovrapubico senza segni di interessamento sistemico e possono essere trattate ambulatorialmente.
Invece le **formesistemiche** , ad esempio le prostatiti e le pielonefriti, si presentano con segni come la febbre, brividi, ipotensione, delirio dolore all'angolo costo-vertebrale e richiedono una valutazione urgente, esami di laboratorio, imaging se indicato e antibiotici per vie endovenosa.

Un altro punto sottolineato dalle linee guida è la necessità di evitare la prescrizione non necessaria di antibiotici, come per esempio nella batteriuria asintomatica. In questi casi l'antibiotico è necessario solo nelle donne in gravidanza e prima di una procedura urologica. Ritardare il trattamento antibiotico può essere ragionevole anche nelle forme localizzate lievi considerato che molto spesso queste forme si risolvono spontaneamente.

La **batteriuriaasintomatica** non va nè cercata né trattata, compresi donne sane, diabetici ben controllati, donne in post-menopausa, pazienti in case di riposo o con disfunzioni delle basse vie urinarie. Lo screening e il trattamento sono raccomandati solo nelle gravide e prima di una procedura urologica.

Cistitenelladonna : la diagnosi è clinica e si basa su disuria/urgenza/frequenza in assenza di perdite vaginali; l'urinocoltura non è sempre necessaria. Terapie non antibiotiche vanno proposte come opzione. Primo linea antibiotica: fosfomicina trometamolo, pivmecillinam, nitrofurantoina o nitroxolina.

Cistitericorrente : definita come ≥3 episodi/anno o 2 in 6 mesi: prevenzione a step. Opzioni: estrogeni vaginali (post-menopausa, forte raccomandazione), D-mannosio, mirtillo rosso (prove deboli), metenamina ippurato, probiotici, instillazioni endovescicali di acido ialuronico, profilassi antibiotica continua (o post-coitale se indicato) come ultima risorsa.

UTIsistemiche/pielonefrite : terapia empirica EV con amoxicillina+aminoglicoside, cefalosporina + aminoglicoside o cefalosporina di 3ª generazione; ciprofloxacina solo se resistenza locale <10%. Fluorochinoloni vietati come empirici se il paziente proviene da reparti urologici o li ha usati negli ultimi 6 mesi. Durata terapia 5-10 giorni (negli uomini con febbre, minimo 2 settimane per il coinvolgimento prostatico).

UTIassociateacatetere :niente urinocolture di routine in pazienti asintomatici, niente profilassi antibiotica sistematica; preferire cateteri idrofilici, ridurre al minimo la durata del cateterismo.

Uretriti: distinguere tra forma gonococcica e non non gonococcica; come test diagnostico principale si consiglia il NAAT (test di amplificazione degli acidi nucleici su tampone uretrale o sul mitto urinario iniziale)che è molto più rapido dei tradizionali esami culturali; tuttavia non fornisce l'antibiogramma: per la gonorrea, dato il crescente problema di resistenza antibiotica di N. gonorrhoeae, il NAAT da solo non basta — va comunque affiancato da una coltura tradizionale microrganismo vivo) per testare la sensibilità agli antibiotici e guidare la scelta terapeutica. Trattamento dei partnersessuali.

Prostatitebatterica : acuta trattata come UTI sistemica; cronica trattata con fluorochinoloni (prima linea), macrolidi/tetracicline se patogeni intracellulari.

Altrepatologie : le linee guida trattano l'epididimite acuta, la gangrena di Fournier (che richiede debridement chirurgico precoce <24h), l'infezione a HPV, HSV genitale, tubercolosi genitourinaria (regime OMS 6 mesi: 2 mesi isoniazide+rifampicina+pirazinamide+etambutolo, poi 4 mesi isoniazide+rifampicina) e infezioni fungine urinarie (Candida albicans predominante; trattamento solo se sintomatiche o in pazienti a rischio). Per maggiori paritcolari si consiglia di consultare il testo originale richiamato in bibliografia.

Profilassiantibioticaperiprocedurale : non raccomandata per urodinamica, cistoscopia, litotrissia extracorporea; raccomandata per ureteroscopia, nefrolitotomia percutanea, TURP, TURB (in pazienti a rischio) e biopsia prostatica transrettale.

Un dubbio che resta aperto
Un limite pratico della nuova classificazione a nostro avviso riguarda il confine tra cistite e prostatite acuta lieve nell'uomo. Secondo lo schema EAU, la prostatite rientra per definizione tra le forme sistemiche indipendentemente dalla

presenza di febbre o altri segni sistemici conclamati: basta il coinvolgimento anatomico della prostata a collocarla in questa categoria, anche quando il quadro clinico si limita a sintomi minzionali bassi (disuria, frequenza, urgenza) del tutto sovrapponibili a quelli di una cistite semplice.
Nella pratica clinica, però, questa distinzione può essere impossibile da fare con certezza alla prima visita: un uomo con sintomatologia tipo-cistite, esplorazione rettale negativa e assenza di dolore perineale non permette una diagnosi differenziale affidabile senza attendere l'esito di urinocoltura (ed eventualmente spermiocoltura). Le stesse LG lo ammettono indirettamente, quando raccomandano la nitrofurantoina nel giovane solo "senza coinvolgimento prostatico", pur riconoscendo che mancano dati basati sull'evidenza per stabilire con sicurezza questo confine.

Il risultato è che, di fatto, il clinico tratta questi casi ambigui come potenziali forme sistemiche/prostatiche per prudenza — una condotta che, nella sostanza, non si discosta molto da quella adottata con la vecchia classificazione che etichettava l'uomo con sintomi urinari come categoria a rischio quasi per default. La nuova nomenclatura, in questo scenario specifico, sposta quindi l'incertezza clinica sotto un'etichetta diversa più che risolverla — un limite che meriterebbe attenzione nelle prossime revisioni.

RenatoRossi

Bibliografia

Kranz J, Bartoletti R, Bruyère F, Cai T, Geerlings S, Köves B, Schubert S, Pilatz A, Veeratterapillay R, Wagenlehner FME, Bausch K, Devlies W, Horváth J, Leitner L, Mantica G, Mezei T, Smith EJ, Bonkat G. European Association of Urology Guidelines on Urological Infections: Summary of the 2024 Guidelines. Eur Urol. 2024 Jul;86(1):27-41. doi: 10.1016/j.eururo.2024.03.035. Epub 2024 May 6. PMID: 38714379.