ID: 10033

MODELLI ORGANIZZATIVI DEL FLASH LAB MICRO

C. Fontana [1]

[1]*Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Dip Med Sperimentale e Chirurgia- Roma*

INTRODUZIONE

Il laboratorio di Microbiologia ha attraversato in meno di dieci anni una vera e propria rivoluzione tecnologica a partire dall'introduzione della Liquid Based Microbiology (LBM) a seguire con la tecnologia MALDI TOF fino ad approdare alle più recenti tecniche di biologia molecolare. Il cambiamento ha comportato una radicale modifica dell'approccio del microbiologo clinico che ha dovuto ridisegnare i percorsi diagnostici in funzione della gravità del paziente e quindi della possibilità d'impatto in tempo reale del proprio lavoro sia sulle scelte terapeutiche sia sull'outcome del paziente.

Le nuove tecnologie (NT) sono sicuramente più costose dei metodi tradizionali, ma giungendo con elevato anticipo vedono i propri costi efficientemente compensati da risparmi indiretti, tra i quali: riduzione dell'uso improprio di farmaci, riduzione del long of stay, miglioramento dell'outcome. Nell'introduzione delle NT è auspicabile ridisegnare i percorsi diagnostici. Due sono gli schemi più utilizzati: quello paziente centrico (nel quale la gravità del paziente impone ritmi e tempistiche diverse) e quello campione centrico. Il primo è ovviamente una novità assoluta e comporta la costruzione di un flusso di lavoro che, indipendentemente dalla problematica infettiva del paziente, mette in campo una combinazione di tecnologie che consentano di "arrivare prima e meglio", ossia tecniche che si distinguano non solo per la loro rapidità e semplicità d'uso, ma anche per la loro sensibilità. La seconda è sostanzialmente la via tradizionale, riletta in chiave moderna integrata con nuove tecnologie, caratterizza un percorso in cui è il campione a scandire i tempi (un'emocoltura o un liquor sono prioritari rispetto ad un'urina). L'adozione di uno dei due non è una scelta personale, ma entrambi vanno inseriti in un nuovo modello di laboratorio che sia in grado di viaggiare a diverse velocità, ossia il "flash lab micro"

METODI:

Proponiamo un modello di lavoro in cui l'integrazione della tecnologia sia sempre in grado d'imprimere la massima velocità sui singoli percorsi campioni-legati (quindi percorso rapido emocolture; percorso rapido liquor; percorso rapido gastroenteriti ecc.) e di dedicare almeno una unità di personale alla gestione dell'emergenza paziente-legata. Ossia un "micro-equipe" che sia in grado a richiesta del clinico di costruire la storia microbiologica del singolo paziente e di dedicarsi ad esso. Qui si interviene combinando NT ed antibiogrammi clinici siano essi fenotipi o genetici.

RISULTATI:

I risultati dell'efficacia dei due modelli devono essere valutati con gli opportuni indicatori: di risultato (ad esempio monitorando i TAT dei diversi percorsi diagnostici); di outcome (come impatto dei nostri percorsi sulle chance di sopravvivenza del paziente critico); di appropriatezza (le nostre scelte intese come combinazione di tecnologia si sono mostrate efficaci?); di efficacia (ossia i nostri percorsi sono realmente in grado di modificare le scelte cliniche in tempi utili tali che non siano un costo aggiuntivo ma una reale risorsa? Ossia sono i nostri percorsi congruenti con la organizzazione della nostra Azienda?

CONCLUSIONI:

il flash lab micro rappresenta un modello al quale tutti i laboratori di microbiologia dovrebbero tendere, tuttavia la sua reale efficacia si raggiunge solo se esso rappresenta una parte di una infrastruttura organizzata in modo da poter reagire prontamente alla indicazioni fornite dal microbiologo.