

# Le attività ambulatoriali: l'esempio della microbiologia clinica

Camporese A.

S.O. di Microbiologia Clinica e Terapia Antibiotica, Dipartimento di Medicina di Laboratorio,  
Azienda Ospedaliera "S. Maria degli Angeli", Pordenone

Gruppo di Studio SIMeL - Malattie Infettive:

G. Bertiato, I. Bianco, A. Camporese, G. Casiraghi, A. Conti, G. Pigoli, M. Pradella, M. Ruscio, M. Schinella

## L'attività ambulatoriale nel contesto della Medicina di Laboratorio

Nell'ambito della Medicina di Laboratorio l'attività ambulatoriale non trova particolari riscontri in termini descrittivi e normativi.

Il D.P.R. 14.01.97 n. 37, che definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'esercizio dell'attività sanitaria, con particolare riguardo alle prestazioni rese in regime ambulatoriale, a fronte della definizione di cosa si intenda per medicina di laboratorio, attività volta a fornire "informazioni ottenute con metodi chimici, fisici o biologici su tessuti o liquidi di origine umana o su materiali connessi alla patologia umana, ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia..."<sup>1</sup> non prevede invece con chiarezza quali siano le attività ambulatoriali da svolgere nell'ambito del laboratorio, né fornisce una definizione esaustiva degli attori che si muovono in questo contesto.

Se infatti l'ambulatorio viene descritto in generale come "una struttura... intra o extraospedaliera preposta all'erogazione di prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione" i cui standard minimi organizzativi prevedono la presenza di "almeno un medico indicato quale responsabile delle attività cliniche svolte nell'ambulatorio" e di "personale in numero proporzionale agli accessi ambulatoriali e alla tipologia dell'attività svolta" sorprende che per la Medicina di Laboratorio, a differenza di tutti gli altri ambiti specialistici nei quali viene esplicitamente individuata la presenza di "almeno un medico", tale requisito venga modificato in modo sostanziale prevedendo invece la sola presenza di un non ben precisato "personale sanitario laureato e/o tecnico adeguato alla tipologia e al volume delle prestazioni erogate".

Stando a questa definizione, sembra perciò configurarsi che, a differenza dell'attività ambulatoriale *tout court*, in tutti gli ambiti specialistici della medicina di laboratorio la delega alla responsabilità di atti medici, qualunque essi siano, sia di fatto demandabile a qualsiasi altro laureato o sanitario, presupponendo quindi che tali figure siano assolutamente intercambiabili ed equivalenti...

D'altro canto è noto che, nella pratica quotidiana della Medicina di Laboratorio, la gestione ambulatoriale del

paziente viene effettivamente resa in diversi modi, essendo talora demandata quasi esclusivamente a personale infermieristico addestrato all'esecuzione del solo prelievo, in qualche modo estendendo la visione anglosassone del *phlebotomist*, mentre in altri contesti l'attività viene svolta sotto la diretta gestione e responsabilità medica con l'ausilio di personale infermieristico che, oltre ad eseguire alcune mansioni in assoluta autonomia, coadiuva il medico nell'esecuzione dei prelievi a maggiore complessità.

In questo contesto, anche la ISO 15189:2003<sup>2</sup>, mentre definisce i contorni che identificano l'attività di consulenza svolta dal laboratorio, non aiuta a chiarire e a inquadrare l'attività clinica svolta in regime ambulatoriale. Al paragrafo 3.8 del capitolo *Medical laboratories - Particular requirements for quality and competence* viene infatti precisato soltanto che il Laboratorio "may provide a consultant advisory service covering all aspects of laboratory investigation including the interpretation of results and advice on further appropriate investigation".

Se però la Medicina di Laboratorio, secondo quanto definito nel D.P.R. 14.01.97 n. 37 è volta a fornire "informazioni... ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia", e se è vero che il governo clinico è un concetto che nasce dall'esigenza di gestire il percorso assistenziale per "riconoscere, interpretare e utilizzare la storia clinica praticando così una medicina che abbia al centro il paziente e i suoi reali bisogni"<sup>3</sup>, l'attività ambulatoriale non può che costituire un ineludibile pilastro per garantire il governo clinico stesso attraverso un corretto percorso di appropriatezza preanalitica, a sua volta essenziale per garantire qualità analitica, appropriatezza ed efficacia clinica del referto "because the results of analysis can only be understood in their clinical context"<sup>4</sup>.

Ragionando in questi termini, il laboratorio stesso non può perciò più essere inteso in modo semplicistico e riduttivo come *commodity* ed essere inquadrato tra le "medicine dei servizi", come se in qualche modo l'attività che in esso si svolge fosse, secondo questa definizione, volta solo ad "esaudire" acriticamente le richieste che provengono dal clinico. Viceversa la diagnostica di laboratorio deve rappresentare in tutte le sue fasi un vero e proprio processo di gestione del caso clinico. In questo contesto, l'ambulatorio viene

**Tabella I.** Attività medica e infermieristica svolta nell'ambulatorio di microbiologia clinica a Pordenone nel 2004.

ATTIVITÀ MEDICA		ATTIVITÀ INFERMIERISTICA	
TIPO DI PRELIEVO	ATTIVITÀ 2004 (n° pazienti)	TIPO DI PRELIEVO	ATTIVITÀ 2004 (n° pazienti)
Tamponi vaginali	3.413	Tamponi nasali e faringei	1.662
Tamponi uretrali e balano-prepuziali	881	Tamponi congiuntiveli	96
Ferite, pus, fistole, ulcere e lesioni	388	Tamponi auricolari	84
Prelievi micologici di cute e annessi	1.071	Emocolture	86
TOTALE 2004	5.753	TOTALE 2004	1.928
ATTIVITÀ MEDIA GIORNALIERA	19.9	ATTIVITÀ MEDIA GIORNALIERA	6.7

perciò a configurarsi come la struttura nella quale si è chiamati a svolgere un'attività ben più complessa e diversificata rispetto al solo prelievo, tale da richiedere sempre e comunque la presenza di ruoli e professionalità idonee, specifiche e qualificate.

### L'ambulatorio microbiologico e il concetto di appropriatezza

Com'è noto, nel processo diagnostico microbiologico l'appropriatezza preanalitica è determinata *in primis* dalla qualità del campione, che deve essere quanto più possibile rappresentativo della situazione clinica che si è chiamati ad indagare.

L'*interpreted finding*, che secondo la Medicina di Laboratorio<sup>5</sup> esprime la "produzione di informazioni tratte da materiali umani con metodi fisici, chimici, biologici a fini medici", perciò, è davvero efficace solo se nasce da una gestione clinica di tutti i processi, che partono dall'appropriatezza preanalitica e passano attraverso la gestione medica dell'ambulatorio microbiologico, l'implementazione dei *test reflectives*, la validazione preanalitica e analitica (sia tecnica che biologica) per giungere infine alla validazione clinica definitiva e al commento del referto<sup>6</sup>.

Se qualità preanalitica e accuratezza analitica costituiscono il principio etico stesso della *mission* del laboratorio di microbiologia, è l'interpretazione clinica del microbiologo che oggi dobbiamo impegnarci a garantire per migliorare la qualità di tutto il percorso diagnostico<sup>4</sup>, in quanto essa solo consente di creare valore aggiunto all'efficacia diagnostica e di fare della microbiologia un servizio dai contenuti davvero clinici, creando al tempo stesso il fondamentale requisito per garantire un futuro alla nostra professione.

Se il futuro, infatti, richiede che focalizziamo maggiormente l'attenzione sull'efficacia clinica del referto e sulla disponibilità alla "narrative based medicine"<sup>3</sup>, aprendoci così alle vere funzioni di *consultant*, appare altrettanto ineludibile garantire, come recepito anche dalla ISO 15189:2003, che tutto il processo sia sotto controllo, dalla fase del prelievo fino al processo di validazione e refertazione<sup>2</sup>.

Nella realtà italiana, peraltro, la figura del *consultant* secondo i canoni anglosassoni è ancora molto carente in ambito microbiologico e l'attività ambulatoriale è vista per lo più solo come il momento del prelievo, privo di qualsiasi connotato clinico, per lo più gestito da personale infermieristico.

Tale fenomeno è in parte riconducibile al fatto che a molti

colleghi fa ancora un po' comodo sentirsi "un po' biologi" e rimanere all'ombra delle quattro mura del laboratorio senza nulla spartire con la gestione clinica e terapeutica del paziente, mentre al tempo stesso il percorso diagnostico e l'abitudine al commento al referto basato sull'evidenza clinica vengono inficiati dal fatto che "many laboratory directors are fearful of a response that would be perceived as an invasion of clinical turf"<sup>7</sup>.

Così facendo, non solo non si fa crescere la professionalità e la presenza clinica del microbiologo, ma non si contribuisce nemmeno a differenziare il proprio ruolo all'interno del laboratorio di microbiologia e tanto meno si riesce a intervenire concretamente nel contesto clinico del paziente, venendo meno all'essenza stessa del governo clinico.

### Fotografia di una realtà ambulatoriale di microbiologia clinica

L'ambulatorio della S.O. di Microbiologia Clinica e Terapia Antibiotica dell'Azienda Ospedaliera di Pordenone può rappresentare un possibile modello per valutare indicativamente quale possa essere l'attività svolta in regime ambulatoriale in un servizio di microbiologia.

Il nostro ambulatorio è attivo dalle ore 8.00 alle ore 10.00 tutte le mattine della settimana, dal lunedì al sabato, con sportello di accettazione dedicato. Il personale sanitario che vi opera quotidianamente è costituito da un medico e un'infermiera professionale.

L'attività viene svolta per la maggior parte in favore dei pazienti territoriali, ma in parte va ad integrare, in regime di ricovero e di *day hospital*, l'attività clinico-diagnostica di altri servizi, quali l'ostetricia-ginecologia, la dermatologia, le chirurgie, le ortopedie e l'ambulatorio diabetologico.

Nel 2004 sono state eseguite un totale di 7.681 prestazioni, delle quali 5.753 di competenza medica e 1.928 di competenza infermieristica, grossolanamente suddivise come schematizzato nella Tabella I.

Mentre l'attività infermieristica è finalizzata all'assistenza del medico per alcune tipologie di prelievo e all'esecuzione diretta di altre, il microbiologo esegue l'esame obiettivo e l'anamnesi, riportando i dati su apposite schede clinico-anamnestiche che accompagnano il campione (Figura 1), ed esegue personalmente alcune particolari tipologie di prelievo (Tabella I).

Oltre a garantire in questo modo la qualità preanalitica, il medico presente in ambulatorio si occupa anche di integrare, se necessario, le richieste del curante e ha il compito

**AZIENDA OSPEDALIERA "SANTA MARIA DEGLI ANGELI" – PORDENONE**  
**DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO**  
 Direttore di Dipartimento: Dott. Piero Cappelletti

SCHEDA ANAMNESTICA PER ESAME MICROBIOLOGICO DA INVIARE A:  
 S.S. DI MICROBIOLOGIA CLINICA e TERAPIA ANTIBIOTICA  
 Responsabile: Dott. Alessandro Camporese

**MATERIALE INVIATO ED ESAME RICHIESTO (incollare etichette con codice a barre)**

--	--	--	--

**MATERIALE INVIATO ED ESAME RICHIESTO** (compilare solo se etichette non disponibili):

SEDE ANATOMICA DEL PRELIEVO: .....

SOSPETTO DIAGNOSTICO: .....

VALUTAZIONE TERAPIA:     Controllo dopo terapia                       Chemioantibiotica                       Antimicotica  
     Altro     Fino a .....

**DATI ANAMNESTICI**

<p><b>URINARIO MASCHILE/FEMMINILE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Disuria  <input type="checkbox"/> Pollachiuria  <input type="checkbox"/> IVU ricorrenti  <input type="checkbox"/> Prostatodinia  <input type="checkbox"/> Ipertrofia prostatica  <input type="checkbox"/> Sospetta uretrite  <input type="checkbox"/> Balanopostite  <input type="checkbox"/> Prostatite cronica</p> <p><input type="checkbox"/> Sospetta sindrome uretrale femminile  <input type="checkbox"/> Incontinenza urinaria  <input type="checkbox"/> Altro.....</p>	<p><b>GENITALE FEMMINILE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leucorrea  <input type="checkbox"/> Bruciore  <input type="checkbox"/> Prurito  <input type="checkbox"/> Vaginiti ricorrenti  <input type="checkbox"/> Candidosi recidivanti  <input type="checkbox"/> Perdite ematiche  <input type="checkbox"/> Dispareunia  <input type="checkbox"/> Mucosa atrofica  <input type="checkbox"/> Altro.....</p>	<p><b>VIE AEREE SUPERIORI</b></p> <p><input type="checkbox"/> Febbre  <input type="checkbox"/> Faringodinia  <input type="checkbox"/> Linfadenopatia  <input type="checkbox"/> Esantema  <input type="checkbox"/> Tonsillite  <input type="checkbox"/> Esantema  <input type="checkbox"/> Congiuntivite  <input type="checkbox"/> Cheratite  <input type="checkbox"/> Rinite  <input type="checkbox"/> Rinosinusite  <input type="checkbox"/> Poliposi  <input type="checkbox"/> Tosse  <input type="checkbox"/> Otite  <input type="checkbox"/> Altro.....</p>
<p><b>ANAMNESI GENERALE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sintomi assenti  <input type="checkbox"/> Disturbo cronico  <input type="checkbox"/> Controllo per infertilità  <input type="checkbox"/> Controllo per procreazione assistita  <input type="checkbox"/> Recenti rapporti sessuali a rischio  <input type="checkbox"/> Gravidanza (settimana.....)  <input type="checkbox"/> Altro.....</p>	<p><b>CUTE E ANNESSI</b></p> <p><input type="checkbox"/> Traumatismo ungueale  <input type="checkbox"/> Alluce valgo  <input type="checkbox"/> Distacco ungueale  <input type="checkbox"/> Indebolimento ungueale  <input type="checkbox"/> Ispessimento ungueale  <input type="checkbox"/> Onissi e/o perionissi  <input type="checkbox"/> Sospetta psoriasi  <input type="checkbox"/> Sospetta dermatite/eczema  <input type="checkbox"/> Disidrosi  <input type="checkbox"/> Altro.....</p>	<p><b>GASTROENTERICO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Dolori addominali  <input type="checkbox"/> Diarrea  <input type="checkbox"/> Recente soggiorno in Paesi esteri.....  <input type="checkbox"/> Altro.....</p>

*Per una corretta esecuzione dell'indagine diagnostica, si prega di compilare accuratamente la scheda*

Altre notizie cliniche.....

Il Medico .....

**Figura 1:** Scheda clinico-anamnestica che accompagna i campioni prelevati in ambulatorio

inoltre di intervenire, quando necessario o se espressamente richiesto, prescrivendo i presidi terapeutici utili alla risoluzione delle patologie infettive di pertinenza ambulatoriale.

### L'ambulatorio microbiologico e la gestione del referto

La scelta di gestire con personale specialistico l'ambulatorio di microbiologia nasce con l'esigenza di reperire tutti

gli elementi clinici che consentano di intervenire sulla validazione del dato analitico e in ultimo sull'appropriatezza ed efficacia clinica della risposta.

Partendo dal presupposto che in microbiologia non può esserci interpretazione del quesito clinico e validità del referto senza l'approccio con la patologia del paziente e la sua storia clinica, perché l'interpretazione "has a sound clinical basis"<sup>8</sup>, nel percorso assistenziale il servizio reso al pa-

**Tabella II.** Due diversi approcci clinico-diagnostici in microbiologia. L'esempio A è privo di qualunque interpretazione clinica in quanto privo di notizie raccolte in ambulatorio; l'esempio B può invece essere commentato in base alle notizie cliniche raccolte e può prevedere anche una successiva fase di consulenza clinica in base ai risultati e al quadro clinico emerso.

ESEMPIO A	ESEMPIO B
<p><b>RICHIESTA:</b> Urinocoltura, tampone vaginale  <b>Anamnesi ed esame obiettivo: non disponibile</b></p> <p><b>REFERTO</b> (in sintesi)  <b>Urinocoltura</b>  <i>Escherichia coli</i>            Carica: 100.000 UFC/mL            Antibiogramma: nessuna resistenza rilevata  <b>Tampone vaginale</b>            Esame microscopico: rari granulociti neutrofili; lattobacilli assenti; abbondante flora microbica mista.            Esame colturale per batteri e lieviti: <i>Escherichia coli</i>            Ricerca <i>Trichomonas vaginalis</i> negativa            Ricerca <i>Chlamydia trachomatis</i> negativa            Ricerca <i>Ureaplasma urealyticum</i> e <i>Mycoplasma hominis</i> negativa</p>	<p><b>RICHIESTA:</b> Urinocoltura, tampone vaginale  <b>Anamnesi ed esame obiettivo:</b> oltre 4 episodi di infezioni delle vie urinarie negli ultimi 6 mesi.            Attualmente riferisce disuria soprattutto dopo i rapporti.</p> <p><b>REFERTO</b> (in sintesi)  <b>Urinocoltura</b>  <i>Escherichia coli</i>            Carica: 100.000 UFC/mL            Antibiogramma: nessuna resistenza rilevata  <b>Tampone vaginale</b>            Esame microscopico: rari granulociti neutrofili; lattobacilli assenti; abbondante flora microbica mista. Esame colturale per batteri e lieviti: <i>Escherichia coli</i>            Ricerca <i>Trichomonas vaginalis</i> negativa            Ricerca <i>Chlamydia trachomatis</i> negativa            Ricerca <i>Ureaplasma urealyticum</i> e <i>Mycoplasma hominis</i> negativa  <b>Commento alla risposta:</b> Quadro di dismicrobismo vaginale. Consiglio terapeutico: contestualmente al trattamento antimicrobico, si consiglia di ripristinare l'ecosistema vaginale.</p> <p><b>Consulenza clinico-terapeutica:</b> alla paziente viene descritto il quadro clinico e viene prescritto trattamento con lattobacilli per via endovaginale e per os, trattamento endovaginale contestuale con gel a pH acido e al bisogno con acido borico.</p>

ziente, inteso come la capacità di risolvere il quesito clinico rappresenta l'essenza stessa della *Clinical Governance* per garantire la migliore qualità della risposta, così come espressamente previsto dalla ISO 15189:2003 nell'allegato non a caso intitolato "*Ethics in Laboratory Medicine*" e come altrettanto esplicitamente espresso nel recente documento SIMeL per la modernizzazione e la umanizzazione della Medicina di Laboratorio<sup>9</sup>, nel quale la centralità del paziente è vista come l'elemento di maggiore rilevanza in termini sia etici che professionali per garantire la qualità totale dei processi diagnostici.

Gestire direttamente il paziente attraverso una "*capillare attività ambulatoriale anche specialistica*" appare dunque oggi come una scelta e una necessità indifferibile per garantire un vero cambiamento della professione e del rapporto tra medico di laboratorio e cittadino, quale impegno "*a rispondere compiutamente al quesito clinico e ai bisogni umani che si celano dietro la richiesta di esame clinico*"<sup>6</sup>.

Uno dei maggiori problemi, infatti, in microbiologia, è costituito non tanto dall'accuratezza analitica *tout court*, quanto piuttosto dalla capacità di refertare al curante ciò di cui effettivamente egli ha bisogno per giungere alla diagnosi eziologica e per procedere a una terapia mirata della malattia<sup>6</sup>: una risposta poco chiara può infatti significare spesso un trattamento antimicrobico non adeguato e/o dannoso per il paziente.

In questo contesto alcuni casi clinici possono forse chiarire meglio quanto possa influire l'esame obiettivo e l'anamnesi nella gestione del referto e quanto l'attività clinica svolta in ambulatorio contribuisca spesso a migliorare l'interpre-

tazione del dato biologico-analitico.

Nell'esempio A rappresentato nella Tabella II, una risposta microbiologica concepita senza anamnesi ed esame obiettivo può indurre il medico a trattare l'isolato (in questo caso *Escherichia coli*) senza valutare il problema di fondo rappresentato, invece, dal dismicrobismo vaginale.

Lo stesso risultato, invece, concepito come nell'esempio B della stessa Tabella, commentato in base alle notizie cliniche raccolte in ambulatorio e all'esame obiettivo, consente al medico curante di considerare l'ipotesi di un trattamento olistico volto non solo al trattamento antimicrobico mirato, ma a ristabilire soprattutto l'equilibrio vaginale, rimuovendo così l'elemento che costituisce l'origine vera dei sintomi. Qualora richiesto dal paziente o dal curante, l'intervento di consulenza microbiologica consente eventualmente di descrivere il problema clinico alla paziente e di definire il percorso terapeutico più appropriato in base agli elementi anamnestici, obiettivi e diagnostici a disposizione.

Anche una risposta microbiologica concepita come nell'esempio A della Tabella III potrebbe indurre il medico curante a ritenere che il microorganismo isolato possa non tanto rappresentare l'agente eziologico dell'infezione, quanto piuttosto la colonizzazione di un prelievo eseguito scorrettamente. Questa conclusione indurrebbe altresì il clinico a procedere con una terapia empirica o a richiedere un nuovo esame colturale di conferma. Lo stesso risultato, invece, concepito come nell'esempio B della stessa Tabella e commentato in base all'esame obiettivo e alle notizie cliniche raccolte in ambulatorio, consente invece al medico

**Tabella III.** Due diversi approcci clinico-diagnostici in microbiologia. L'esempio A è privo di qualunque interpretazione clinica in quanto privo di notizie raccolte in ambulatorio; l'esempio B può invece essere commentato in base alle notizie cliniche raccolte e può prevedere anche una successiva fase di consulenza clinica in base ai risultati e al quadro clinico emerso.

ESEMPIO A	ESEMPIO B
<p><b>RICHIESTA</b> Esame colturale per ricerca miceti (sospetta onicomicosi)  <b>Anamnesi ed esame obiettivo: non disponibile</b></p> <p><b>REFERTO</b> (in sintesi) Esame microscopico: presenza di ife e blastospore            Esame colturale per ricerca lieviti e dermatofiti: <i>Fusarium spp.</i></p>	<p><b>RICHIESTA</b> Esame colturale per ricerca miceti (sospetta onicomicosi)  <b>Anamnesi ed esame obiettivo:</b> paziente in trattamento chemioterapico per carcinoma mammario.            Marcato indebolimento ungueale con sospetta raccolta purulenta subungueale.            Eseguito <i>scraping</i> ungueale con successiva incisione e prelievo di materiale purulento dalla raccolta subungueale.</p> <p><b>REFERTO</b> (in sintesi)            Esame microscopico: presenza di ife e blastospore            Esame colturale per ricerca lieviti e dermatofiti: <i>Fusarium spp.</i>  <b>Commento alla risposta:</b> microrganismo comunemente ritenuto colonizzante, ma in questo caso significativo sotto il profilo eziologico e clinico in relazione ai dati anamnestici e all'obiettività rilevata.</p> <p><b>Consulenza clinico-terapeutica:</b> alla paziente viene prescritto trattamento antimicotico specifico.</p>

**Tabella IV:** due diversi approcci clinico-diagnostici senza (A) e con (B) l'uso di test di approfondimento prescritti in ambulatorio a integrazione della richiesta del curante in base al quadro clinico-anamnestico rilevato.

ESEMPIO A	ESEMPIO B
<p><b>RICHIESTA</b> Tampone vaginale  <b>Anamnesi ed esame obiettivo: non disponibile</b></p> <p><b>REFERTO</b> (in sintesi)  <b>Tampone vaginale:</b>            Esame microscopico: numerosi granulociti neutrofilii; numerosi lattobacilli.            Esame colturale per batteri e lieviti: negativo            Ricerca <i>Trichomonas vaginalis</i> negativa</p>	<p><b>RICHIESTA</b> Tampone vaginale  <b>Anamnesi ed esame obiettivo:</b> leucorrea abbondante, bruciore, dolori pelvici. Quadro di intensa flogosi.            Il partner ha avuto recentemente rapporti extraconiugali a rischio.</p> <p><b>REFERTO</b> (in sintesi)  <b>Tampone vaginale:</b>            Esame microscopico: numerosi granulociti neutrofilii; numerosi lattobacilli.            Esame colturale per batteri e lieviti : negativo            Ricerca <i>Trichomonas vaginalis</i> negativa            Ricerca <i>Chlamydia trachomatis</i> positiva            Ricerca <i>Ureaplasma urealyticum</i> positiva</p> <p><b>Consulenza clinico-terapeutica:</b> alla paziente viene descritto il quadro clinico e viene prescritto trattamento antibiotico specifico da seguire unitamente al partner.</p>

curante che riceve il referto di ritenere coerente il risultato analitico con il quadro clinico di immunocompromissione della paziente, permettendo di intervenire con il trattamento antimicotico.

Qualora richiesto dal paziente o dal curante, l'intervento di consulenza microbiologica può consentire di prescrivere direttamente il trattamento terapeutico più appropriato per l'isolato. Talora può verificarsi altresì che una richiesta troppo riduttiva da parte del medico curante possa generare un referto che non risponde al problema clinico del paziente. Nell'esempio A descritto nella Tabella IV, il risultato colturale negativo non correla con la marcata flogosi vaginale

evidenziata all'esame microscopico. Ciò potrebbe indurre il curante che riceve la risposta a pensare ad un errore diagnostico, inducendolo a ricorrere a un trattamento empirico probabilmente senza ottenere esiti apprezzabili.

In questi casi è compito dello specialista microbiologo integrare la richiesta in base all'anamnesi e all'esame obiettivo con altri eventuali approfondimenti diagnostici (*test reflexives*), per meglio rispondere al problema clinico del paziente.

L'anamnesi e l'esame obiettivo possono infatti consentire in questo caso di sospettare una probabile eziologia dovuta a microrganismi trasmessi sessualmente, per la cui dia-

gnosi sarà necessario ricorrere a un'integrazione della richiesta del curante con altri test, quali la ricerca di *Chlamydia trachomatis* e di *Ureaplasma urealyticum*, consentendo così di ottenere, come nell'esempio B della stessa Tabella, un risposta appropriata al caso clinico.

Anche in questa circostanza, qualora richiesto dal paziente o dal curante, l'intervento di consulenza microbiologica consente eventualmente di descrivere il problema clinico alla paziente e di definire il percorso terapeutico più appropriato in base al referto ottenuto.

### Dalla parte del paziente

Tutti i più recenti documenti di politica sanitaria enfatizzano l'esigenza di un nuovo patto tra medico e paziente per garantire la qualità del percorso assistenziale.

Fra tutti, forse il più esplicito è rappresentato dal *NHS Improvement Plan* del 2004, il cui titolo recita "*Putting People at the Heart of Public Services*" e nel cui contesto si sostiene a ragione che la qualità in sanità è "*what the customer perceives it to be, not what an engineer, a marketer or a general manager says it is...*"<sup>10</sup>.

Il nostro compito oggi, dunque, è quello di assicurare e implementare con maggiore forza un nuovo patto di fiducia con il cittadino-utente, una "via italiana" alla *Clinical Governance* che garantisca qualità delle prestazioni e dei processi mettendo il paziente al centro del sistema, così come recepito anche dalla ISO 15189:2003, e che garantisca in definitiva davvero "*l'impegno a erogare un elevato sistema di assistenza che costituisca il cuore della pratica di ogni giorno*"<sup>11</sup>.

In questo contesto, l'ambulatorio medico-specialistico può rappresentare un elemento imprescindibile per garantire la qualità e il governo del processo assistenziale in Medicina di Laboratorio, perchè il riconoscimento, l'interpretazione e l'utilizzo della storia clinica sono la premessa imprescindibile per praticare una medicina che abbia al centro il paziente e i suoi reali bisogni<sup>3</sup>.

Solo attraverso queste nuove strategie potremo dimostrare la concreta volontà di intraprendere davvero un approccio tutto nuovo e olistico che non trascuri le prove di efficacia, ma piuttosto sia in grado di integrarle e di finalizzarle alla "*cure and care*" del singolo individuo<sup>3</sup>.

### Bibliografia

1. <http://www.parlamento.it> (ultima consultazione 11.08.2005).
2. <http://www.iso.org> (ultima consultazione 11.08.2005).
3. Plebani M. Praticare la Clinical Governance. *Clin Gov* 2004; 1:2-4.
4. American Academy of Microbiology. *Clinical Microbiology in the changing world of health care management*. Copyright American Academy of Microbiology, Washington DC, 1998. <http://www.asm.org> (ultima consultazione 11.08.2005).
5. Cappelletti P. Il "referto" in medicina di laboratorio. *Riv Med Lab JLM* 2004; 5(3):197-208.
6. Camporese A. Il microbiologo clinico nel panorama di modernizzazione della medicina di laboratorio. *Riv Med Lab JLM* 2004; 5 (S-3): 121-132.
7. Laposata M. Patient-specific narrative interpretations of complex clinical laboratory evaluations: who is competent to provide them? *Clin Chem* 2004; 50(3):471-2.
8. Cunney RJ, Smyth EG. The impact of laboratory reporting practice on antibiotic utilisation. *Antim Agents* 2000; 14:13-9.
9. Cappelletti P. Un patto per la modernizzazione della Medicina di Laboratorio in Italia. *Riv Med Lab JLM* 2004; 5(S-3):17-32.
10. [www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications) (ultima consultazione 11.08.2005).
11. Scally G, Donaldson LJ. Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317:61-5.