

P219

COME TOGLIERE IL MICROBIOLOGO CLINICO DALLA LISTA DELLE SPECIE IN PERICOLO DI ESTINZIONE

Giocoli G.¹, Pauri P.^{1,2}, Ricci L.^{1,3}, Tranquillo M.^{1,4}, Urbano P.^{1,5}

¹GdL EBM AMCLI, Milano;

²UO Virologia, AO Umberto I, Ancona;

³UO Microbiologia e Virologia, AO SMN, Reggio Emilia;

⁴Ist Zooprofil Sper Lombardia-Emilia, Brescia;

⁵Università degli Studi, Dip. Sanità Pubblica, Sez. Microbiologia, Firenze.

L'*hi-tech* delle moderne procedure diagnostiche non è garanzia di accuratezza dei risultati e lo studio dell'efficacia dei test è dovere primario del microbiologo clinico.

Esiste tuttavia il problema della sua formazione e della difesa della sua identità professionale negli attuali processi di consolidamento delle strutture sanitarie.

Inoltre, è indispensabile che le conoscenze acquisite nella comunità microbiologica siano accessibili e comprensibili a chi ne utilizza il lavoro, a chi lo amministra e a chi lo governa.

Noi riteniamo che anche il trasferimento delle conoscenze sia un compito professionale del microbiologo clinico, finalizzato a colmare il solco tra l'evidenza scientifica e la sua applicazione all'assistenza sanitaria.

Metodi. Durante l'anno 2003 uno di noi (GG) ha effettuato una ricerca su articoli e rassegne sull'*evidence-based teaching* ed ha seguito il dibattito "*Evidence for evidence-based practice*" nella lista di discussione *Evidence-Based Health Care (EBHC-NHS)*.

Risultati. In ciascuna comunità scientifica l'*Educazione continua (ECM)* e lo *Sviluppo professionale (SP)* ruotano in una ristretta orbita che ha per asse il binomio docente-discendente (1).

Nella *Knowledge translation (KT)* le due iniziative confluiscono in un processo più ampio, finalizzato al miglioramento degli *outcomes* sanitari mediante la diffusione di conoscenze basate su prove scientifiche (1).

Il *Knowledge brokering (KB)* può essere considerato lo strumento di attuazione della KT. Il KB procede ben oltre il trasferimento di nozioni da una sorgente a un recettore, perchè aiuta a costruire legami e network per rendere condivisibili idee e risultati e stimolare nuove iniziative.

Il *broker* (lett. *mediatore*) identifica e mette in contatto persone interessate in un argomento e in grado di aiutarsi a vicenda per trovare soluzioni basate sull'evidenza scientifica.

Conclusioni. Non è un *knowledge broker* il microbiologo che aggiorna colleghi e amministratori sull'evolversi delle biotecnologie, perchè costui non fa che trasferire conoscenza.

"*The broker role is about bringing people together*": lo diviene dunque "se organizza riunioni con i suoi colleghi e i responsabili della politica sanitaria, aiutandoli a sviluppare progetti basati sull'evidenza scientifica" (2).

BIBLIOGRAFIA

1. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. Dave Davis, et al. *BMJ* 2003;327:33-5
2. The Theory and Practice of Knowledge Brokering. Canadian Health Service Research Foundation, 2003 (www.chrsf.ca).

P220

LA VALUTAZIONE IGIENICO-AMBIENTALE DELLE SALE OPERATORIE: ESPERIENZA IN UN POLICLINICO UNIVERSITARIO DELLA SARDEGNA.

Meloni P., Lobina M., Muggianu R., Ferrando M. L., Schintu M., Contu A.

Dipartimento di Sanità Pubblica - Sezione Igiene - Laboratorio Igiene Ambientale - Università degli Studi di Cagliari, Via Porcell 4, 09100 Cagliari.

Obiettivi - Sono stati presi in esame i risultati analitici ottenuti dai monitoraggi microbiologico-ambientali nelle sale operatorie del Policlinico Universitario di Cagliari effettuati nell'arco di tempo compreso tra Dicembre 2003 - Marzo 2004 nell'ambito di un progetto d'indagine che avrà termine nel Settembre 2005.

Il blocco operatorio è costituito da tre sale, dotate di un sistema di ventilazione laminare a flusso verticale e relative sale risveglio pazienti. L'obiettivo dello studio è quello della valutazione dell'efficacia dell'impianto VCCC e l'efficacia dei protocolli di sanificazione. Inoltre sono state esaminate le condizioni microclimatiche che caratterizzano l'*indoor*, per garantire il rispetto di un ambiente "confort" per gli operatori e pazienti durante l'attività.

Materiali e metodi - Tale indagine ha quantificato la carica batterica mesofila e micetica totale nelle superfici di lavoro e nell'aria sui seguenti siti: aria ambiente in sala operatoria e sala risveglio; aria immessa dall'impianto di condizionamento (in uscita dai filtri assoluti). L'acqua sanitaria è stata analizzata secondo il D. Lgs. 31/01. I rilievi sono stati effettuati in condizioni di AT-REST (sala vuota, non operativa) in OPERATIONAL e fine attività. Il monitoraggio del microclima delle sale operatorie è stato eseguito con apposita centralina, che fornisce, ad intervalli di tempo prestabiliti, i valori di base ed elaborati per indici.

Risultati - Una preliminare elaborazione dei dati relativi al controllo della carica batterica e micetica e del microclima, è stata confrontata con i limiti indicati dalle "linee guida ISPESL per la sicurezza e l'igiene ambientale dei reparti operatori" e con altri parametri di riferimento riportati in letteratura. I risultati finora ottenuti non si discostano dai limiti consigliati. **Conclusioni** - Il monitoraggio microbiologico ambientale verrà confrontato con i dati epidemiologici sulle infezioni nosocomiali fornite dal CIO del policlinico, in quanto da solo non fornisce un panorama completo della situazione igienico ambientale associata con l'insorgenza di eventuali infezioni.

P221

OTTIMIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI SIEROLOGIA IN UN SETTORE DEDICATO.

Ernesto M., Parenti P., Grassi V., Lucaccini M., Fantoni L., Lagostina G.

ASL I Massa - Carrara

U.O. C. di Medicina di Laboratorio

"Settore di Sierologia e Immunometria"

Riassunto e conclusioni

Il presente lavoro mette in evidenza come, attraverso una scelta organizzativa appropriata, si possa automatizzare un