

REP. N. 20/Int./2017
04-05-2017

REGIONE del VENETO
AZIENDA ULSS n.4 "VENETO ORIENTALE"

CONVENZIONE PER L'ATTIVITA' DI PRELIEVI EMATICI E DI RACCOLTA DI CAMPIONI BIOLOGICI

TRA

L'Azienda ULSS n. 4 " Veneto Orientale", ex Azienda ULSS n. 10 "Veneto Orientale", con sede in Piazza De Gasperi, n. 5 a S. Donà di Piave (C.F. e P. IVA 02799490277)- rappresentata dal Direttore del Distretto Unico dott. Pierpaolo Pianozza, giusta delega di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 1092 del 30.12.2016

E

il Comune di Annone Veneto, con sede legale a Annone Veneto (VE), Piazza Vittorio Veneto n. 1, (C.F. 8300830279), rappresentato dalla Responsabile dell'Area Amministrativa del Comune di Annone Veneto dott.ssa Paola Lucchetta

Dato atto che con legge regionale 25 ottobre 2016 n. 19 ad oggetto "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto-Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS." a far data dal 1° gennaio 2017 l'Azienda ULSS n. 10 "Veneto Orientale" modifica la propria denominazione in Azienda ULSS n. 4 "Veneto Orientale"

si conviene e si stipula quanto segue:

ART. 1

Il punto prelievi afferente all'unità operativa complessa Laboratorio di questa azienda sito nel comune di Annone Veneto, via Postumia n. 54, risulta autorizzato all'esercizio con decreto della direzione dei servizi sanitari n. 66 del 26 ottobre 2009 ed accreditato con DGRV n. 316 del 6 marzo 2012.

L'attività di prelievi ematici e di raccolta di campioni biologici è svolta a favore della popolazione ivi residente, con priorità per anziani e disabili, escludendo i minori e le donne in gravidanza.

Il punto prelievi è attivo nella giornata di lunedì dalle ore 7,30 alle ore 8,30.

ART. 2

L'Azienda U.L.S.S. n. 4 affida al comune di Annone Veneto la responsabilità della gestione del punto prelievi di cui all'art. 1, con assunzione a carico dell'amministrazione comunale di tutti i relativi costi e di ogni responsabilità conseguente alla suddetta gestione.

In particolare, il comune di Annone Veneto è direttamente responsabile in ordine alla applicazione delle vigenti disposizioni in materia di rispetto della privacy. Il comune di Annone Veneto è nominato dall'Azienda U.L.S.S. n. 4 responsabile esterno al trattamento dei dati personali, per quanto sia necessario alla corretta esecuzione delle prestazioni dedotte (ex. art. 29 del decreto legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"), secondo lo schema Aziendale allegato. Inoltre, il comune di Annone Veneto è direttamente responsabile in ordine alla applicazione delle vigenti disposizioni in materia di gestione dei rifiuti speciali.

Il personale necessario all'attività verrà messo a disposizione dal comune.

Il comune si impegna a garantire l'attività nel rispetto delle norme vigenti in materia con riferimento sia al personale nonché al trasporto del sangue e dei campioni biologici e alle modalità di smaltimento dei rifiuti speciali.

ART.3

Al direttore del Distretto Unico spetta, ai sensi della deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2466 del 01.08.2006, il controllo in ordine alla organizzazione del punto prelievi attuata dal comune di Annone Veneto ed alla applicazione, da parte dello stesso, delle procedure tecnico operative definite dal direttore dell'unità operativa complessa Laboratorio, nonché alla verifica dei requisiti professionali e della formazione del personale addetto.

ART. 4

Il direttore del Distretto Unico, qualora, in sede di controllo e verifica, accerti carenze organizzative od inadempienze procedurali, segnala le stesse al comune di Annone Veneto definendo un termine per l'adeguamento. In mancanza di rispetto del predetto termine o di inadeguatezza delle azioni correttive, l'azienda U.L.S.S. n. 4 può recedere dalla presente convenzione, con conseguente interruzione dell'attività del punto prelievi.

ART. 5

Le procedure tecnico – operative, definite dal direttore dell'unità operativa complessa Laboratorio per il punto prelievi di cui all'art. 1 sono le seguenti:

- trasporto (in sicurezza del) materiale biologico
- laboratorio di patologia clinica –procedura specifica-io labp 1.0: modalita' di raccolta del materiale
- presidi ospedalieri di Jesolo, San Dona' di Piave e Portogruaro-laboratorio di patologia clinica-io 1.0 allegato 1: raccolta campione feci
- presidi ospedalieri di Jesolo, San Dona' di Piave e Portogruaro-laboratorio di patologia clinica-io 1.0 allegato 3: raccolta urine per urocoltura e microalbuminuria frazionata
- presidi ospedalieri di Jesolo, San Dona' di Piave e Portogruaro-laboratorio di patologia clinica-io 1.0 allegato 4: raccolta urine per 24/h e test di farley

- laboratorio di patologia clinica-istruzione operativa-i.o. lab 2.1: modalita' di esecuzione dei prelievi venosi
- laboratorio di patologia clinica-esecuzione dei prelievi venosi-informazioni per l'utente 1
- laboratorio di patologia clinica-esecuzione dei prelievi venosi-informazioni per l'utente 2
- laboratorio di patologia clinica-istruzione operativa-i.o. lab 2.2: istruzione in caso di malore in pazienti ambulatoriali
- laboratorio di patologia clinica-istruzione operativa-i.o. lab 2.3: istruzione per la preparazione del paziente- campionamento di altri materiali biologici-modalita' e tempi di trasporto

Il comune di Annone Veneto si impegna, altresì, ad applicare le suddette procedure e ogni modifica od integrazione apportata alle predette, ovvero ogni ulteriore nuova procedura definita e comunicata dal direttore dell' unità operativa complessa di laboratorio

ART. 6

Le modalità di svolgimento di cui all'art. 1 sono descritte nel "Protocollo operativo" allegato alla presente convenzione, quale parte integrante della stessa.

ART. 7

La presente convenzione ha vigenza dal 1-1-2017 al 31-12-2018 con facoltà di rinnovo della stessa mediante la stipula di un nuovo atto salvo modifiche organizzative conseguenti ad una diversa programmazione aziendale e/o ad indicazioni regionali.

Le parti si riservano la facoltà di recedere anticipatamente dal rapporto e ciò a mezzo raccomandata a.r. da inviarsi con preavviso di 30 gg..

ART. 8

Per quanto non espressamente previsto nella presente convenzione, si intendono richiamate, in quanto compatibili, le disposizioni contenute nelle leggi regionali e nazionali in materia.

S. Donà di Piave lì,

Il Direttore del Distretto Unico dell' Azienda U.L.S.S. n. 4 "Veneto Orientale"
f.to Dott. Pierpaolo Pianozza

La Responsabile dell'Area Amministrativa del Comune di Annone Veneto
f.to Dott.ssa Paola Lucchetta

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.

NOMINA DEL RESPONSABILE ESTERNO DEL TRATTAMENTO
(ex art. 29 del D.Lgs. 196/03)

L'Azienda U.L.S.S. N. 4 "Veneto Orientale"

in qualità di Titolare del trattamento dei dati,
nella persona del Direttore del Distretto Unico, giusta delega di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 1092 del 30.12.2016

considerato che:

- con la presente convenzione è stato affidato al Comune di Annone Veneto l'incarico di gestione del punto prelievi sito in Via Postumia n. 54- Annone Veneto
- il Comune di Annone Veneto tratterà, per conto ed in nome dell'Azienda, i dati personali strettamente necessari all'espletamento dell'attività contrattualmente definita;
- si rende necessaria una corretta gestione degli adempimenti relativi alla tutela della privacy, secondo quanto disposto dal Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196 (Codice in materia di trattamento dei dati personali, di seguito Codice);
- il Codice consente di designare come Responsabili del trattamento soggetti che per esperienza, capacità ed affidabilità forniscono idonea garanzia del pieno rispetto delle disposizioni vigenti in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza;

NOMINA

Il Comune di Annone Veneto ai sensi dell'art. 29 del Codice, RESPONSABILE ESTERNO del trattamento dei dati personali, per quanto sia necessario alla corretta esecuzione delle prestazioni dedotte.

Il Comune di Annone Veneto

- accetta la nomina;
- si impegna a procedere al trattamento dei dati personali attenendosi alle disposizioni del Codice, del Regolamento aziendale ed alle disposizioni impartite dal Titolare;
- **dichiara** di avere ricevuto ed esaminato i compiti e le istruzioni che seguono.

Specificazione dei compiti affidati ai Responsabili e relative istruzioni

Il Responsabile del trattamento, per quanto di propria competenza, deve:

- verificare che i trattamenti dei dati personali siano effettuati, nell'ambito della propria organizzazione, nel rispetto dei principi generali di cui all'art. 11 del Codice, anche attraverso controlli periodici (in particolare, i dati devono essere trattati in modo lecito e secondo correttezza; raccolti e registrati per scopi determinati, espliciti e legittimi; i dati devono essere pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati);
- consentire i controlli e la vigilanza sulla corretta osservanza delle disposizioni di legge e delle istruzioni presenti e future impartite;
- non utilizzare i dati trattati e le informazioni acquisite per finalità che non siano strettamente inerenti all'oggetto dell'accordo che condiziona la presente nomina;
- non comunicare e non diffondere i dati personali conosciuti o ai quali si abbia avuto accesso nello svolgimento delle prestazioni contrattuali;
- valutare e adottare le misure di sicurezza idonee e preventive, ai sensi della parte I, titolo V del Codice, per i trattamenti di propria competenza, al fine di custodire e controllare i dati, in modo da

ridurre al minimo i rischi di distruzione, o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta;

- adottare le misure di sicurezza minime ai sensi del capo II del medesimo titolo e dell'allegato B al Codice (Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza): le misure di protezione sono differenziate a seconda degli strumenti utilizzati per il trattamento (automatizzati oppure no) e della natura dei dati trattati;
- aggiornare le misure minime a seguito di adeguamento normativo;
- individuare, quali Incaricati del trattamento, i soggetti che, a vario titolo, siano preposti allo svolgimento di operazioni di trattamento e dare loro istruzioni scritte, ai sensi degli articoli 30 comma 2 del Codice;
- fornire, qualora sia previsto nell'oggetto del contratto, le informative agli interessati, ai sensi dell'art. 13 del Codice;
- verificare i procedimenti di rettifica dei dati: l'interessato al trattamento dei dati personali può esercitare il diritto di accesso alle sue informazioni (ai sensi dell'art. 7 e seguenti del Codice) e può chiedere l'aggiornamento, la rettificazione e, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
- provvedere alla cancellazione o alla trasformazione dei dati in forma anonima quando vi sia una richiesta dell'interessato, ai sensi dell'art. 7 e seguenti, solo dopo aver comunicato la circostanza al titolare ed essere stato autorizzato;
- dare pronto riscontro all'interessato che eserciti i diritti ex art. 7 e seguenti del Codice.

La presente nomina è condizionata, per oggetto e durata, all'accordo in corso di esecuzione tra l'Azienda U.L.S.S.

e

Il Comune di Annone Veneto

e si intenderà revocata di diritto alla scadenza del rapporto o alla risoluzione, per qualsiasi causa, dello stesso.

San Donà di Piave,

Azienda U.L.S.S. n. 4
Il Direttore del Distretto Unico
F.to Dott. Pierpaolo Pianozza

Il Responsabile esterno del trattamento
La Responsabile Area Amministrativa del Comune di
Annone Veneto
F.to Dott.ssa Paola Lucchetta

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.

REGIONE VENETO

AZIENDA LOCALE SOCIO SANITARIA N. 4

-VENETO ORIENTALE-

PROTOCOLLO OPERATIVO

PUNTO PRELIEVI DI ANNONE VENETO

- a. Il Medico di Medicina Generale prescrive gli esami di laboratorio su ricetta SSN secondo le modalità previste dalla normativa vigente;
- b. L'utente deposita l'impegnativa presso il centro di raccolta individuato dal Comune di Annone Veneto (Farmacia "Aliprandi Marocchi" viale Venezia, 27/C – Annone Veneto), nel pieno rispetto della legge sulla riservatezza entro le ore 10.00 del giovedì;

Il personale volontario messo a disposizione dall'AVIS, che ritirerà le impegnative presso la Farmacia "Aliprandi Marocchi"; viene individuato nelle seguenti persone:

- Pivetta Mara

- c. Il sopraelencato personale provvederà:
alla consegna delle impegnative presso il Laboratorio Analisi del P.O. di Portogruaro il giovedì mattina precedente l'esame, entro le ore 10.30, dove verranno predisposte le relative etichette, provette e le schede di accesso all'esame. Una volta pronto, detto materiale sarà portato presso il Punto Prelievi (AVIS) in via Postumia, 54 - Annone Veneto.

Il personale infermieristico volontario individuato per lo svolgimento del servizio è il seguente:

- Laderchi Monica
- Bassetto Giusy

Il sopra elencato personale, dotato dei requisiti previsti dalla L. 22/2002, provvederà:


- ad effettuare i prelievi ematici e la raccolta di campioni biologici il lunedì dalle ore 07.30 alle ore 08.30, presso il punto prelievi di Annone Veneto sito in via Postumia, 54;
- a comunicare all'utente la modalità di consegna dei referti, che potrà avvenire:
 1. presso la Farmacia "Aliprandi Marocchi" viale Venezia, 27/C – Annone Veneto, a partire dal giovedì pomeriggio successivo all'esame, negli orari di apertura, per gli utenti esenti ticket;
 2. presso il Centro Unico di Prenotazione del P.O. di Portogruaro qualora si tratti di utenti paganti il ticket.

- d. Il personale volontario dell'AVIS individuato nella persona di:

- Vello Silvano

provvederà al trasporto e alla consegna dei prelievi e dei campioni biologici al Laboratorio Analisi del P.O. di Portogruaro, entro le ore 10.00 la mattina stessa dell'esame, con le modalità di trasporto previste dalle procedure aziendali.

- e. Il personale del Laboratorio Analisi del P.O. di Portogruaro predispone i referti.
- f. Lo smaltimento dei rifiuti speciali viene effettuato ogni mese da una ditta specializzata, la ISE Italiana Servizi Ecologici S.R.L. di Noventa di Piave (VE), all'uopo incaricata dall'AVIS di Annone Veneto.
- g. Esclusione dal prelievo ai minori e donne in gravidanza.

| | | | |
|---|---|-------------------|----------------|
|  | PROCEDURA | Revisione n. | 4 |
| | TRASPORTO IN SICUREZZA DEL MATERIALE BIOLOGICO | Data revisione | Settembre 2014 |
| | | Pagina | 1 di 20 |
| | | | |

CONTENUTI DEL DOCUMENTO

| | | | |
|---------------------------------------|--|---------|--------|
| 1. INTRODUZIONE | | pag | 2 |
| 2. SCOPO ED OBIETTIVI | | pag | 2 |
| 3. AMBITO DI APPLICAZIONE | | pag | 3 |
| 4. RIFERIMENTI NORMATIVI | | pag | 2 |
| 5. ABBREVAZIONI E DEFINIZIONI | | pag | 3 |
| 6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' | | pag | 4 |
| 7. VALUTAZIONE | | pag | 10 |
| 8. LISTA DI DISTRIBUZIONE | | pag | 10 |
| 9. BIBLIOGRAFIA | | pag | 11 |
| ALLEGATI | | pag | 15 |

| | |
|--------------|------------------|
| Autore | Componenti CIO |
| Approvazione | CIO |
| Emissione | Direzione Medica |

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| Distribuzione | A tutte le UU.OO/Servizi |
| Archiviazione | SITO: Comitato Sorveglianza Infezioni |
| Revisione | Direzione Medica |

1. INTRODUZIONE

Le attività connesse con la spedizione ed il trasporto di sostanze infettive o potenzialmente tali, di campioni diagnostici e di materiali biologici, costituiscono un potenziale pericolo di contaminazione del personale e dell'ambiente in caso di incidenti determinanti la fuoriuscita del materiale dai contenitori, in particolare modo se tali incidenti avvengono a causa di inappropriato confezionamento dei materiali.

2. SCOPO ED OBIETTIVI

Scopo della procedura è definire ed uniformare le modalità per la gestione in sicurezza del trasporto di materiale biologico, intra ed extra ospedaliero.

Obiettivi della procedura sono:

- garantire la sicurezza degli operatori coinvolti nelle operazioni di confezionamento, trasporto e spedizione di campioni diagnostici e di materiali biologici a potenziale rischio infettivo,
- Impedire la dispersione di agenti infettanti o potenzialmente infettanti nell'ambiente,
- Far sì che il materiale giunga a destinazione nelle condizioni ottimali al fine di poter essere analizzato, garantendo la sicurezza del personale di laboratorio e l'attendibilità dell'esito.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica al trasporto di campioni biologici di qualsiasi natura.

La procedura è indirizzata a tutti gli operatori (sanitari e non sanitari) coinvolti nelle attività connesse con il confezionamento, trasporto (all'interno o all'esterno delle strutture, ospedaliere e non, dell'AULSS n. 10) e spedizione di campioni diagnostici, sostanze infettive e materiali biologici.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

| Autore | Titolo |
|---|--|
| D. Lgs. N. 81/2008 Titolo X, Art. 272, comma 2, lettera m | "Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" |
| Circolare Ministeriale n. 3/2003 | "Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni" |
| Circolare Ministeriale n. 16/1994 | "Spedizione di materiali biologici deperibili e/o potenzialmente infetti" |

5. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

Prodotti Biologici: materiali biologici finiti ad uso umano e veterinario, compresi sieri e vaccini, prodotti secondo requisiti sanciti dalla normativa vigente e trasportati dietro approvazione o permesso dell'Autorità Sanitaria, prodotti biologici finiti, trasportati prima di aver ottenuto il permesso, per scopi di studio e di ricerca umana o veterinaria; prodotti destinati al trattamento sperimentale di animali, preparati in ottemperanza alle normative vigenti.

Campioni Diagnostici: comprendono tutti i materiali di origine umana o animale, inclusi escreti, sangue e suoi componenti, tessuti e fluidi tissutali, raccolti a scopo diagnostico. Sono esclusi gli animali infetti e i campioni diagnostici raccolti durante un'epidemia di malattia grave o di natura sconosciuta che, invece, devono essere trattati come sostanze infettive.

Sostanze infettive: sono materiali contenenti microrganismi vivi quali batteri, virus, rickettsie, parassiti, funghi o tossine da essi prodotti, noti o ritenuti causa probabile di malattia infettiva nell'uomo o negli animali. Essi comprendono:

- Colture che contengono o che potrebbero contenere agenti infettivi;
- Campioni umani o animali che contengono un agente infettivo;
- Campioni provenienti da pazienti con malattia grave da causa sconosciuta;
- Campioni non appartenenti alle categorie sopraccitate, ma definiti come infettivi da persone qualificate (medici, operatori sanitari, ricercatori).

Trasporto locale: trasporto di un campione:

- da un reparto ospedaliero o da una struttura periferica (es. punti prelievi) ad un laboratorio;
- da un laboratorio ad un altro;
- da una struttura ospedaliera ad un centro diagnostico esterno.

Spedizione: invio di un campione con modalità:

- Postale (corriere),
- Aerea,
- Terrestre su strada,
- Terrestre ferroviaria,
- Navale.

Sistema a tre involucri

- Recipiente primario: contiene il campione o la sostanza infetta; in materiale impermeabile a tenuta stagna, con chiusura ermetica (provette, tubi, ampolle); etichettato ed avvolto in materiale assorbente in quantità sufficiente ad assorbire il liquido fuoriuscito in caso di rottura del recipiente;
- Recipiente secondario: in materiale resistente, impermeabile a tenuta stagna, adatto a contenere e proteggere il recipiente primario o più di essi singolarmente avvolti in materiale assorbente. All'esterno del contenitore secondario devono essere applicate

le schede riportanti i dati identificativi e descrittivi del contenuto, del destinatario e dello speditore;

- Recipiente esterno: può essere di cartone rigido, di plastica, legno o altri materiali resistenti ad urti ed intemperie.

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

6.1 CONFEZIONAMENTO E SPEDIZIONE DI CAMPIONI DIAGNOSTICI E SOSTANZE INFETTIVE CHE NON RIENTRANO NELLA DEFINIZIONE DI TRASPORTO LOCALE

6.1.1 Confezionamento

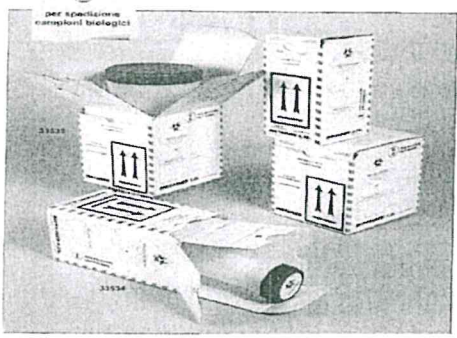
Il confezionamento per il trasporto di sostanze infettive e di campioni diagnostici deve essere effettuato seguendo i criteri del sistema a tre involucri già descritto nel paragrafo n. 5 ed illustrato nell' Allegato n.1.

Il volume totale del materiale da spedire non può superare:



- **500 ml**, in caso di sostanze infettive (se superiore a 50 ml, tra il recipiente secondario e il recipiente esterno è necessario prevedere un'ulteriore quantità di materiale assorbente ed indicare il corretto orientamento del pacco in modo che l'apertura dei recipienti primari e secondari sia posizionata verso l'alto, tramite l'affissione di due etichette di orientamento poste su due lati opposti del pacco).
- **4000 ml**, in caso di campioni diagnostici.

6.1.2 Spedizione

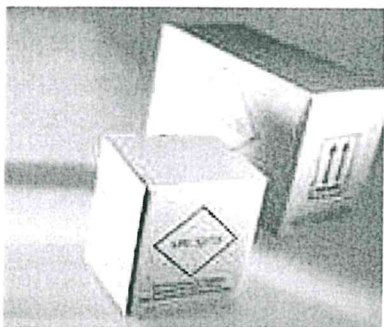
Per la spedizione di sostanze infettive il contenitore previsto è:

| BIOTAINER |  |
|------------------|--|
| BT 025 | Dimensione contenitore Diametro 40 x h 185 mm (provetta) |
| BT 180 | Dimensione contenitore Diametro 125 x h 145 mm (barattolo) |

Per la spedizione di campioni diagnostici il contenitore previsto è:

| | |
|---|--|
| <p align="center">TRANSPORT CONTAINER</p> <p align="center">Contenitore in polipropilene 800105 con l'etichetta di rischio biologico</p>  |  |
|---|--|

Il contenitore va inserito a sua volta in una scatola in cartone rigido.



Scatole rigide di trasporto.

L'imballaggio esterno deve riportare i seguenti dati:

| SOSTANZE INFETTIVE | CAMPIONI DIAGNOSTICI |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • nome, indirizzo, numero di telefono del ricevente • nome, indirizzo, numero di telefono del mittente • marchio specifico UN di confezionamento (Allegato 3) • etichetta internazionale per le sostanze infettive (Allegato 3) • etichetta di orientamento, da porre su due lati opposti del pacco • nome UN (sostanza infettiva per uomo o per animali) seguito dal nome scientifico • numero UN della sostanza (UN 2814=umana; UN 2900=animale) • temperatura di conservazione della sostanza | <ul style="list-style-type: none"> • nome, indirizzo, numero di telefono del ricevente • nome, indirizzo, numero di telefono del mittente • dichiarazione "campione diagnostico confezionato in conformità con le norme PI 650" • etichetta di orientamento, da porre su due lati opposti del pacco <p>Nota: la spedizione di campioni diagnostici non richiede né l'etichetta internazionale per le sostanze infettive, né il marchio specifico UN per il confezionamento di merci pericolose e la dichiarazione di merce pericolosa da parte dello speditore.</p> |

Il trasporto di materiale infettivo e di campioni diagnostici richiede inoltre una serie di ulteriori documenti, forniti dal corriere ed applicati sul contenitore esterno:

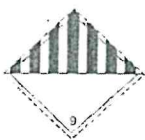
| SOSTANZE INFETTIVE | CAMPIONI DIAGNOSTICI |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • la dichiarazione di merce pericolosa da | <ul style="list-style-type: none"> • la lista di imballaggio che includa l'indirizzo |

| | |
|---|---|
| <p>parte del corriere</p> <ul style="list-style-type: none"> • la lista di imballaggio che includa l'indirizzo del destinatario, il numero di confezioni, la descrizione del contenuto, il peso, il valore (indicare che si tratta di prodotti senza valore commerciale poiché forniti a titolo gratuito) • ricevuta aerea se il trasporto avviene per via aerea • ricevuta di spedizione relativa ad altre modalità di trasporto, ove applicabile • un permesso di import ed export, se richiesto. | <p>del destinatario, il numero di confezioni, la descrizione del contenuto, il peso, il valore (indicare che si tratta di prodotti senza valore commerciale poiché forniti a titolo gratuito)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricevuta aerea se il trasporto avviene per via aerea • ricevuta di spedizione relativa ad altre modalità di trasporto, ove applicabile • un permesso di import ed export, se richiesto. • Temperatura di conservazione del materiale |
|---|---|

In entrambi i casi la documentazione deve prevedere la presenza dell'Autorizzazione di Prestazione Specialistica da parte della Direzione Medica di Presidio.

6.2 REFRIGERANTI

Laddove nella spedizione venga usato ghiaccio o ghiaccio secco, questo deve essere posto all'esterno del contenitore secondario. Il ghiaccio secco, non deve essere posto nel recipiente secondario per il rischio d'esplosione e deve essere posto in un contenitore che permetta il rilascio di CO₂. L'utilizzo di ghiaccio secco va indicato nella dichiarazione di merce pericolosa fatta dallo speditore e sul pacco deve essere presente l'etichetta apposita per ghiaccio secco.



Etichetta di rischio ghiaccio secco

Il ghiaccio secco viene fornito dal Magazzino economale previa richiesta da parte dell'U.O.

6.3 TRASPORTO LOCALE

Per trasporto locale s'intende:

- il trasporto di materiale biologico che avviene all'interno dei tre Presidi Ospedalieri dalle UU.OO/Servizi verso i Laboratori (Centro TrASFusionale, Anatomia Patologica, Laboratorio di Chimica Clinica e Microbiologia); viene garantito dalla squadra trasporti negli orari prestabiliti o dal personale delle rispettive UU.OO nelle fasce orarie non garantite dalla squadra trasporti.
- il trasporto di materiale biologico che avviene tra i Presidi Ospedalieri dell'AULSS n. 10 e viene garantito dal personale dipendente con veicolo aziendale o con Taxi.

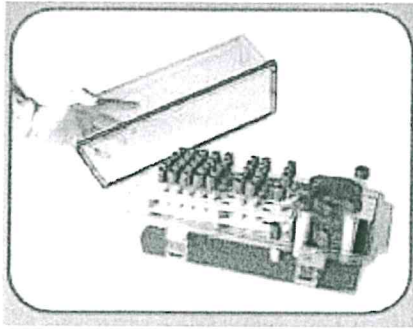
- il trasporto di materiale biologico verso strutture ospedaliere esterne all'AULSS n. 10 (per esempio Ospedali di Treviso, Padova, Verona, Vicenza, Pordenone, ecc) che viene garantito dal personale dipendente con veicolo aziendale.
- il trasporto di materiale biologico dal dipartimento di prevenzione ai laboratori dei Presidi Ospedalieri aziendali
- il trasporto di materiale biologico dai punti prelievo esterni ai laboratori dei Presidi Ospedalieri aziendali

6.3.1 TRASPORTO ALL'INTERNO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO

6.3.1.1 Confezionamento

- Trattare tutti i campioni prelevati come potenzialmente a rischio infettivo
- Indossare guanti monouso
- I campioni/materiali sono contenuti in recipienti primari, impermeabili, a tenuta stagna
- Tutti i recipienti primari devono essere identificati in modo chiaro, univoco ed indelebile
- L'identificazione chiara, univoca ed indelebile deve essere fatta anche su tutta la documentazione a corredo del campione che deve sempre essere isolata fisicamente dal campione biologico e posta all'esterno del contenitore
- Tutti i recipienti primari (provette di sangue e urine, flaconi emocolture, tamponi, EGA, etc.) devono essere collocati in appositi supporti o rastrelliere che li mantengano in posizione verticale e posti all'interno dei recipienti secondari per il trasporto.
- Le dimensioni delle rastrelliere dovrebbero essere tali che, una volta che queste siano posizionate nei contenitori secondari, non sia possibile un loro rovesciamento accidentale, a seguito di scossoni.
- Tali supporti/rastrelliere devono garantire le norme generali di igiene, ossia essere lavabili o cambiati al bisogno.
- Il contenitore secondario rigido, in plastica, correttamente etichettato (simbolo biohazard), deve essere dotato di coperchio e consentire la chiusura a tenuta. Alla base del contenitore deve essere presente uno strato di materiale adsorbente. I contenitori devono riportare la denominazione del reparto d'appartenenza.





Recipienti secondari presenti in azienda.

- NON USARE RENIFORMI, VASSOI, BICCHIERINI o qualunque altro contenitore sprovvisto di chiusura ermetica. NON UTILIZZARE ELASTICI per unire più provette ma posizzarle singolarmente nella rastrelliera;
- In caso di utilizzo di sostanza refrigerante (es. ghiaccio), questo NON deve essere posto a contatto diretto con il campione, ma si deve interporre un involucro di plastica tra campione e sostanza refrigerante.
- Al termine del confezionamento l'operatore toglie i guanti e si lava le mani.
- Una volta preparato il box di trasporto, questo sarà consegnato al personale che s'incarica del trasporto.

6.3.1.2 Trasporto

Trasporto interno al presidio ospedaliero

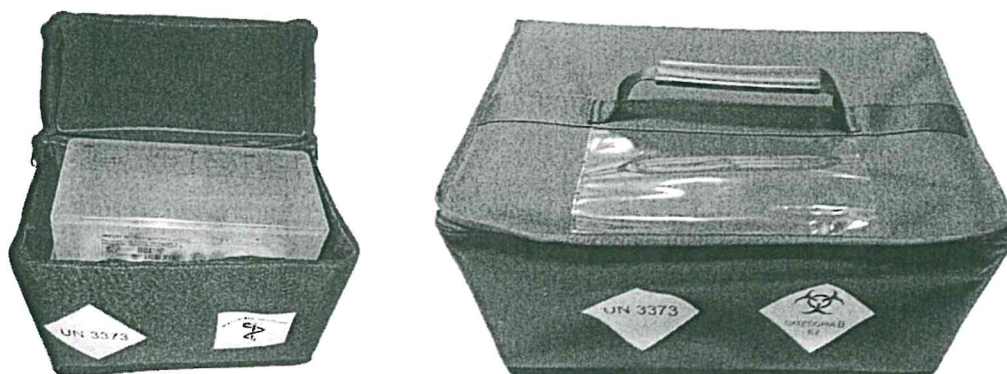
- Il materiale biologico viene ritirato dalle Unità Operative ospedaliere **in fasce orarie pre stabilite dalla Squadra Centralizzata Trasporti** (ove presente) e trasportati con carrello dedicato alle UU.OO di Laboratorio, Centro Trasfusionale, Anatomia Patologica.
- Il carrello ad uso della squadra trasporti, dev'essere dotato di: guanti monouso, materiale assorbente, sacchetti piccoli in plastica
- Il trasporto del campione, sito nel recipiente secondario, deve avvenire in maniera diretta dalla sede di confezionamento (U.O./Servizio) alla sede di destinazione (es. Laboratorio Analisi), evitando stazionamenti impropri del carrello, e/o di trasportare il contenitore, anche temporaneamente, in altre sedi non inerenti il campione.
- Durante il trasporto i contenitori non devono essere capovolti
- Durante il trasporto i contenitori non devono essere aperti per nessun motivo; in caso di caduta l'operatore deve evitare di aprire il contenitore, prima di aver indossato i guanti.
- L'operatore che effettua il trasporto non deve indossare i guanti
- La sanificazione ordinaria dei carrelli è affidata alla squadra centralizzata.
- La sanificazione delle rastrelliere, dei supporti, del contenitore e la sostituzione del cuscinetto assorbente, quando necessario, è affidata al personale di reparto.
- I campioni per emogasanalisi, che necessitano di trasporto a temperatura refrigerata, vanno introdotti in porta campioni refrigerati e collocati nel contenitore secondario BIOTRANSPORT e BIOTAINER

- I campioni per esami istologici/citologici devono essere trasportati con il contenitore secondario BIOTRANSPORT e BIOTAINER. Qualora il volume non lo permetta, si devono comunque garantire le precauzioni per un trasporto in sicurezza.
- Le sacche di sangue devono essere trasportate in maniera separata dalle provette. Per il trasporto delle sacche di sangue ed emoderivati dal Centro Trasfusionale ai reparti, le UU.OO hanno a disposizione sacchetti monoutilizzo, con chiusura adesiva forniti, dal Centro stesso.
- Il ritiro dei campioni biologici dalle UUOO da parte degli operatori della squadra trasporti è subordinato

Trasporto fra i presidi ospedalieri o tra punti prelievo e Laboratori dell'Azienda e Trasporto fra PP.OO dell'Azienda con Aziende esterne

Il trasporto di materiale biologico (campioni diagnostici e materiale infettivo) e della relativa documentazione d'accompagnamento viene garantito:

- riponendo il recipiente secondario (BIOTRANSPORT o BIOTAINER) in un ulteriore contenitore (contenitore terziario) onde evitare danneggiamenti causati da fattori esterni.
- Il contenitore esterno può essere di plastica, borse isolanti e impermeabili, rigidi o altri materiali resistenti ad urti ed intemperie, riportanti il simbolo del materiale biologico e l'etichetta UN 3373 .
- Tali contenitori devono essere sistemati sul veicolo in posizione verticale e ben fissati.
- L'operatore addetto al trasporto non deve per alcun motivo aprire il contenitore
- Il veicolo dev'essere dotato di kit d'emergenza in caso di spandimento accidentale. Il kit contiene "materiale assorbente, disinfettante a base di cloro, contenitori per rifiuti, guanti da lavoro resistenti e riutilizzabili" (Allegati n. 5 e n. 6).
- Valutare l'uso di refrigeranti per il trasporto di materiale biologico durante l'estate



Contenitori terziari in uso in azienda.

Per quanto riguarda le procedure specifiche si rimanda a:

- "Prelievo e conservazione e invio dei materiali biologici" predisposto dal Comitato per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate alle cure sanitarie.
- "Assegnazione e distribuzione degli emocomponenti" predisposto dal Servizio Trasfusionale
- "Acquisizione e trasporto di prelievi istologici e citologici" a cura dell'UOC Anatomia Patologica.

7. VALUTAZIONE

La verifica dovrà essere effettuata ogni tre mesi a cura dei coordinatori dell'UOC di Laboratorio osservando il materiale che arriva in laboratorio da parte di tutte le UUOO e osservando il comportamento degli operatori addetti al servizio trasporti. A seguito della verifica, verrà compilata l'apposita scheda (Allegato n. 4) per ogni UUOO osservata. La scheda compilata verrà inviata alla Direzione Medica di Presidio per la valutazione in merito all'applicazione della procedura e per gli interventi che si riterranno di volta in volta necessari per migliorarne l'implementazione.

I comportamenti difformi alla procedura potranno essere inoltre segnalati da chiunque rilevi la non conformità.

INDICATORE= $\frac{\text{NUMERO DI CONFORMITA' RILEVATE}}{\text{TOTALE OSSERVAZIONI}}$

INDICATORE= $\frac{\text{NUMERO DI NON CONFORMITA' RILEVATE}}{\text{TOTALE OSSERVAZIONI}}$

8. LISTA DI DISTRIBUZIONE

1. UU.OO/Servizi dei Presidi Ospedalieri
2. Distretti Sanitari
3. Dipartimento di Prevenzione
4. Laboratorio di Chimica Clinica e Microbiologia
5. Centro Trasfusionale
6. Anatomia e Istologia Patologica
7. Squadra trasporti
8. Magazzini economici dell'ULSS 10 Veneto Orientale.

9. BIBLIOGRAFIA

- D. Lgs. 81/2008 e successive modifiche;
- Circolare Ministero della Sanità n. 16 del 20.07.1994 "Spedizione di materiali biologici deperibili e potenzialmente infetti";
- D.M. 28.09.90 "Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private";
- D.M. 25.01.01 "Caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti";
- Circolare del Ministero della Salute n. 3 del 08.05.03 "Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici".
- ADR 2011 "European Agreement Concerning" the international carriage of dangerous goods by roads".

Autori : Cecilia Tonelli—Rita Finotto revisione 0 e 1

Autori Amalia Fontanel Revisione 3 2010

Autori Amalia Fontanel Simona della Bianca Sandro Stefanuto Revisione 4 2014

PROCEDURE DA ADOTTARE PER IL TRASPORTO DI MATERIALE BIOLOGICO ALL'INTERNO DEI PP.OO. (Sintesi)

| | | |
|---|--|---|
| <p>Materiale biologico dalle UU.OO/Servizi alle UU.OO di :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laboratorio • Centro Trasfusionale • Anatomia Patologica | <p>Trasporti programmati</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le UU.OO hanno a disposizione i contenitori H-BIN. BIOTRANSPORT e BIOTAINER con relativi stativi e cuscinetto assorbente. • I contenitori vengono ritirati dal personale del Servizio Trasporto Malati e Materiale (in fascia oraria stabilita) e trasportato con carrello dedicato ai Laboratori; • Nel carrello vanno previsti: guanti in gomma, materiale assorbente, sacchetti piccoli in materiale plastico; • La sanificazione ordinaria dei carrelli è affidata al Personale della Squadra Trasporti. |
| | <p>Trasporti non programmati/urgent</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Le UU.OO/Servizi hanno a disposizione i contenitori H-BIN BIOTRANSPORT e BIOTAINER con relativi stativi e cuscinetto assorbente. • Il trasporto del materiale biologico viene garantito dalla squadra trasporti centralizzata (se presente in orario di servizio), dal personale di U.O. in tutti gli altri casi. • La sanificazione degli stativi, del contenitore e la sostituzione del cuscinetto assorbente, quando necessario, è affidata al personale di reparto. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • I campioni per emogasanalisi, che necessitano di trasporto a temperatura refrigerata, vanno introdotti in porta campioni refrigerati e collocati nel contenitore H-BIO TRANSPORT o BIOTAINER. • I campioni per esami istologici/citologici devono essere trasportati con il contenitore H-BIO TRANSPORT o BIOTAINER. Qualora il volume non lo permetta si devono comunque garantire le precauzioni per un trasporto in sicurezza • Le sacche di sangue/emoderivati devono essere trasportate con un contenitore robusto monoutilizzo (sacchetto di carta pesante). |

SPANDIMENTO DI LIQUIDI BIOLOGICI SU SUPERFICI, ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA

Segnalare al responsabile presente (Infermiere, Coadiutore, Direttore) la natura dell'incidente al fine di consentire l'adozione dei provvedimenti del caso, es. il recupero o il ripristino del campione danneggiato



Indossare i DPI (guanti in vinile e sopra guanto in gomma per pulizie)



- coprire il materiale versato, se di modesta quantità, con carta monouso; con teli assorbenti o polvere assorbente in caso di quantità maggiore (per es. GEL MAX);
- lasciare agire per alcuni minuti (vedi indicazione scheda tecnica nel caso di utilizzo di polvere assorbente);
- raccogliere il materiale utilizzando, in caso di presenza di taglienti/pungenti, una pinza;
- eliminare il materiale – rifiuto sanitario a rischio infettivo - nell'apposito contenitore per rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo; in presenza di taglienti/pungenti utilizzare i contenitori per taglienti;
- detergere l'area interessata;
- se lo spandimento ha interessato piani di lavoro, far seguire disinfezione con soluzione di clorodonoratori 1000 ppm (Bionil – 1 cp. da gr. 4,6 – in 2 lt. di acqua di rubinetto).



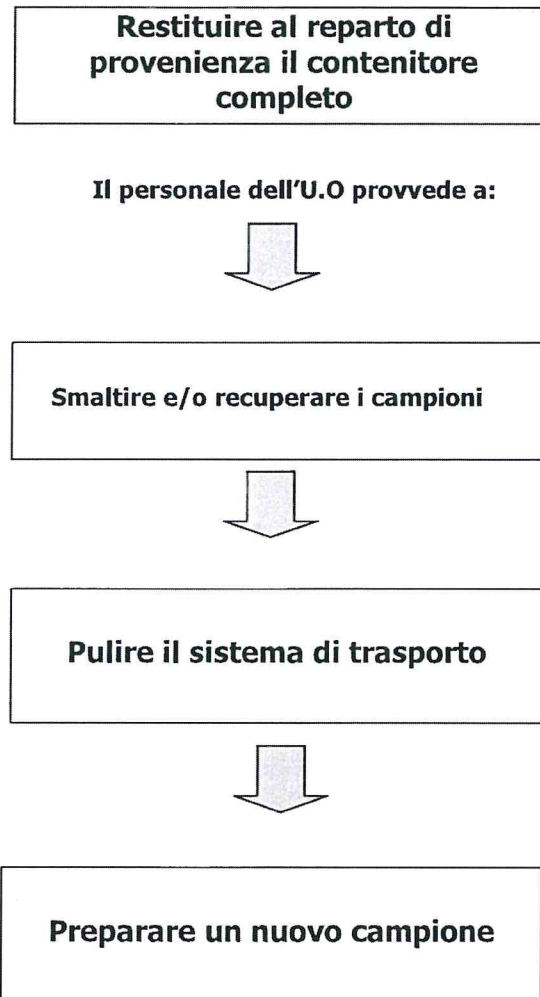
Riordinare il materiale utilizzato ed eliminare i DPI



Lavare le mani con acqua e sapone al termine delle operazioni

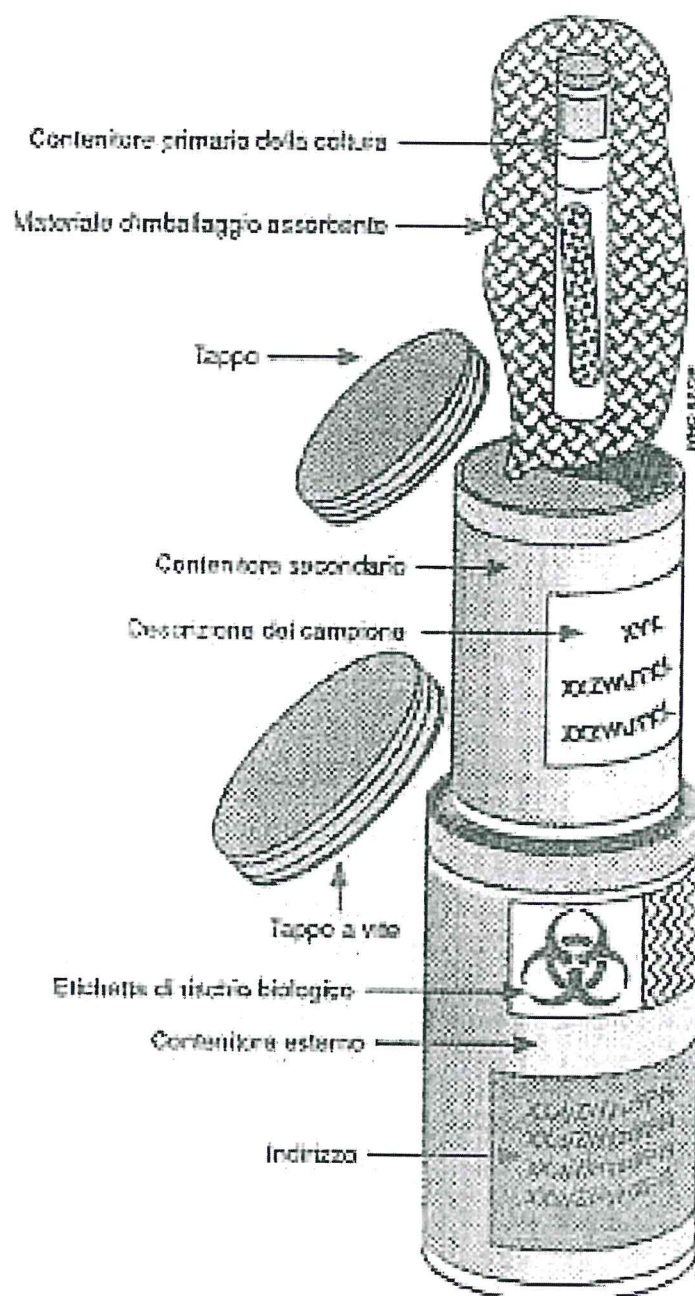
SPANDIMENTO DI LIQUIDI BIOLOGICI ALL'INTERNO DEI SISTEMI DI TRASPORTO

Qualora l'operatore (trasportatore o operatore di U.O) verificasse uno spandimento di materiale biologico all'interno dei sistemi di trasporto (H-BIN. BIOTRANSPORT o BIOTAINER) deve:



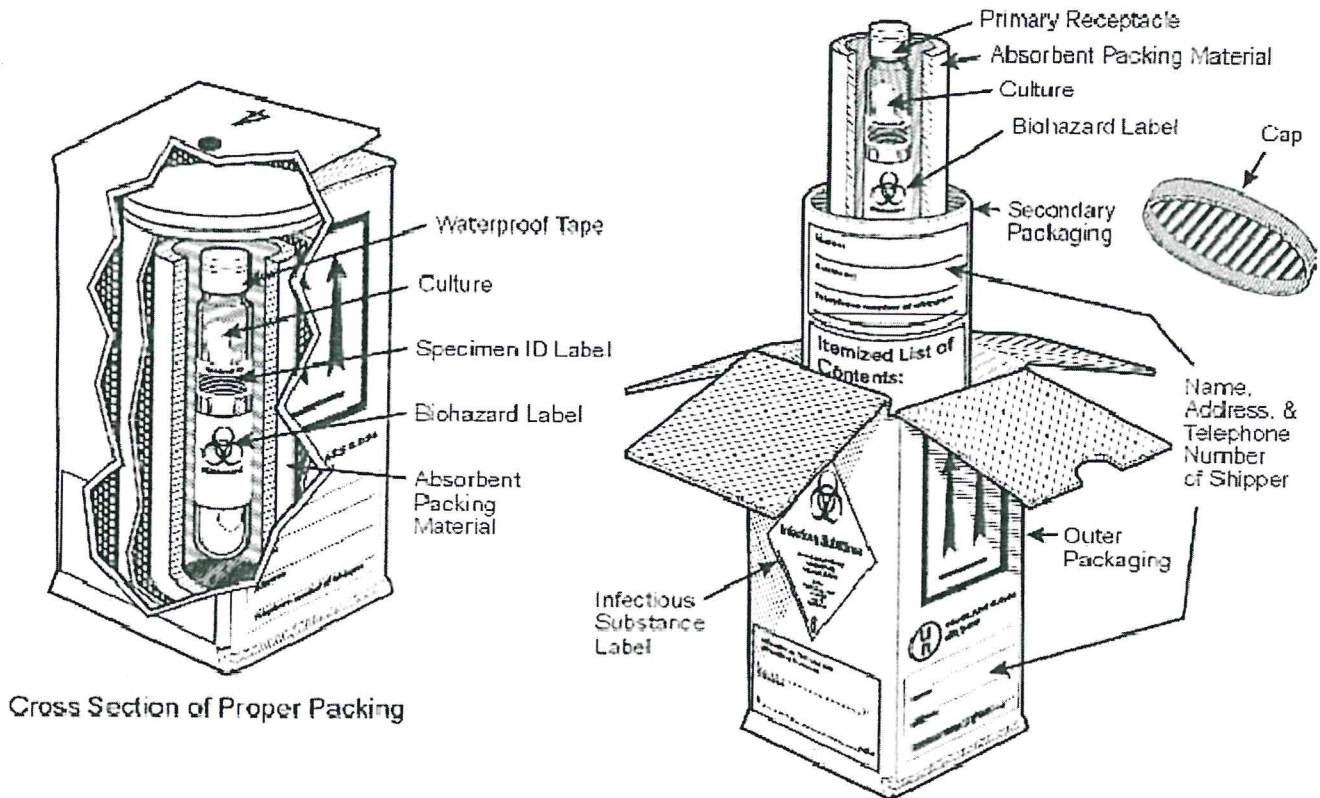
Allegato 1

Sistema a triplo involucro



Allegato 2

Imballaggio ed Etichettatura di Sostanze Infettive



Packing and Labeling of Infectious Substances

Allegato 3

esempio



4H"/Classe 6.2/03
I/xxxxx

Marchio specifico UN di confezionamento costituito da:

- Simbolo di confezionamento delle Nazioni Unite
- Tipo di confezionamento
- Testo "classe 6.2" (relative a sostanze infettive)
- Le ultime due cifre dell'anno di confezionamento
- Lo Stato (sigla)
- Codice produttore



Etichetta di rischio per sostanze infettive

Allegato 4

SCHEDA DI VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA

| | | |
|----------------------------------|--|----|
| UO/SERVIZIO | | |
| PRESIDIO OSPEDALIERO | | |
| DATA | | |
| METODOLOGIA UTLIZZATA | <input type="checkbox"/> Osservazione diretta | N° |
| | <input type="checkbox"/> Intervista al personale | N° |
| | <input type="checkbox"/> Altro | N° |

IL PROTOCOLLO E' DA CONSIDERARSI

- TOTALMENTE APPLICATO**
- PARZIALMENTE APPLICATO**

Motivazione:

- NON APPLICATO**

Motivazione:

PUNTI CRITICI RILEVATI NELL'APPLICAZIONE

(Inviare la scheda compilata alla Direzione Medica di presidio)

Firma _____

KIT D'EMERGENZA

| Materiale occorrente | Procedura da adottare in caso di spandimento di MATERIALE BIOLOGICO |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Guanti in nitrile; - Guanti gomma uso domestico; - Mascherina chirurgica - Occhiali protettivi; - Camice monouso; - Polvere assorbente (es. Gelmax reperibile in magazzino) - Telini assorbenti; - Sacchetti per smaltimento; - Disinfettante a base di cloro (es. Spraycid reperibile in farmacia) - Soluzione alcolica per igiene delle mani | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Indossare occhiali e mascherina chirurgica; ➤ Indossare il camice monouso (se cospicuo versamento); ➤ Indossare i guanti in nitrile; ➤ Indossare i guanti pesanti, uso domestico; ➤ Cospargere polvere assorbente nella stessa quantità dello spandimento; ➤ Lasciare agire il composto per 5 minuti; ➤ Rimuovere il tutto con il telino assorbente; ➤ Smaltire il materiale contaminato all'interno dei sacchetti per smaltimento; ➤ Nebulizzare il disinfettante abbondantemente e diffusamente sulle superfici ed oggetti da disinfettare. Lasciare agire per almeno 2 minuti (attività virucida, virus HIV, HBV, HCV). Non risciacquare con acqua per mantenere un effetto residuo sulle superfici. ➤ Rimuovere i DPI, ➤ Eseguire igiene delle mani con soluzione alcolica ➤ Una volta arrivati a destinazione, smaltire i sacchetti dei rifiuti e tutto il materiale utilizzato nel contenitore dei rifiuti speciali; ➤ Eseguire igiene delle mani ➤ Ripristinare il materiale usato al termine dell'intervento. |

KIT D'EMERGENZA

| <p>Materiale occorrente</p> | <p>Procedura da adottare in caso di spandimento di SOSTANZE CHIMICHE (es. FORMALINA)</p> |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Guanti in nitrile; - Guanti gomma uso domestico - Maschera FFP2; - Schermo facciale; - Camice monouso impermeabile; - Rotolo assorbente per liquidi biologici e sostanze chimiche (power sorb); - Polvere assorbente (Gel Max) - Telini assorbenti; - Sacchetti per smaltimento; - Contenitore per taglienti; - Salviette detergenti umidificate - Disinfettante Spraycid - Soluzione alcolica per igiene delle mani | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Indossare la maschera FFP2, Indossare lo schermo facciale; ➤ Indossare il camice monouso (in presenza di cospicuo versamento); ➤ Indossare i guanti in nitrile; ➤ Indossare il guanto in gomma ➤ Usare il rotolo assorbente (power sorb) e tamponare la zona interessata dallo spandimento; Se poco sversamento utilizzare polvere assorbente (Gel Max) ➤ Raccogliere il rotolo imbevuto di sostanza fuoriuscita e gettarlo nel sacchetto per smaltimento; ➤ Rimuovere i DPI ➤ Eseguire igiene delle mani con soluzione alcolica ➤ Una volta arrivati a destinazione, smaltire il sacchetto dei rifiuti e tutto il materiale utilizzato nel contenitore dei rifiuti speciali; ➤ Ripristinare il materiale usato, al termine dell'intervento. |



**LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
PROCEDURA SPECIFICA
IO LAB 1.0: MODALITÀ DI RACCOLTA
DEL MATERIALE**

revisione 2.0

Pag. 1 di 1

1.0 CONTENUTI DEL DOCUMENTO E SCOPO

Questa SEZIONE contiene i moduli da distribuire all'utenza con le istruzioni che devono essere seguite per alcuni esami particolari e che abbisognano di una preparazione SPECIFICA.

I moduli sono distribuiti all'utenza dalla SEGRETERIA o dal personale dei PPE. Vengono utilizzati dal Reparto per dare istruzioni ai ricoverati.

2.0 REVISIONE

Trattasi di revisione 2.0 per tutti i documenti allegati e sottoelencati

ELENCO ALLEGATI:

- 1.1: Raccolta campioni per feci
- 1.2: Raccolta liquido seminale
- 1.3: Raccolta urine 24 h e micro albuminuria frazionata
- 1.4: Raccolta campione per Urocoltura e Test di Farley

Data di emissione: 24/04/2013

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|---------------------------|---------------------|---------------------|
| Personale Segreteria LABP | Dr. A.Farencena | Dr. Celio Lazzarini |



**PRESIDI OSPEDALIERI di JESOLO SAN DONA'
PORTOGRUARO
LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
ISTRUZIONI OPERATIVE 1.0
ALLEGATO 1: RACCOLTA CAMPIONI PER FECI**

revisione 2.0

data di
emissione:
24.04.2013

Pag. 1 di 1

ALLEGATO 1

1.1. RACCOLTA CAMPIONE PER FECI COMPLETO

Raccogliere una piccola quantità di feci fresche in un contenitore per feci, facendo attenzione a non sporcare con materiale fecale la parte esterna.

1.2. RACCOLTA CAMPIONE FECI PER PARASSITI

Raccogliere una quantità di feci e introdurla nel contenitore consegnato dal Laboratorio.

Il liquido verde serve per conservare il campione.

E' sufficiente la quantità necessaria a portare il livello del liquido verde fino al segno rosso indicato sull'etichetta (circa la quantità che riempie il cucchiaino contenuto nel flacone)

Attenzione : il liquido è TOSSICO e deve essere tenuto lontano dai bambini e NON DEVE essere ingerito o inalato.

1.3. RACCOLTA CAMPIONE FECI PER SANGUE OCCULTO (SE RICHIESTO SU TRE CAMPIONI)

Raccogliere tre campioni di feci da tre diverse evacuazioni anche nell'arco della stessa giornata. Dopo aver emesso le feci aprire il contenitore, intingere il bastoncino nelle feci e reinserirlo nel contenitore (la parte liquida serve a conservare il campione) facendo attenzione a non versare il liquido stesso.

I tre contenitori possono essere consegnati in un'unica accettazione.

1.4. RACCOLTA PER COPROCOLTURA

Utilizzare l'apposito tampone

1.5. RACCOLTA PER RICERCA DI ADENO, ROTAVIRUS E CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Raccogliere il campione come per il punto 1

Istruzioni raccolte con la collaborazione dell'Associazione APA di Fossalta di P.(VE)

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|---------------------------|---------------------|---------------------|
| Personale Segreteria LABP | Dr. Celio Lazzarini | Dr. Celio Lazzarini |



**PRESIDI OSPEDALIERI di JESOLO SAN DONA'
PORTOGRUARO
LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
ISTRUZIONI OPERATIVE 1.0
ALLEGATO 3: RACCOLTA URINE PER UROCOLTURA E
MICROALBUMINURIA FRAZIONATA**

revisione 2.0

data di
emissione:
24.04.2013

Pag. 1 di 1

RACCOLTA CAMPIONE PER UROCOLTURA

L'urina deve essere raccolta in un contenitore sterile (preferire i contenitori che consentono l'uso di sistemi sottovuoto per il travaso del campione)

Al risveglio, il soggetto deterge i genitali esterni facendo seguire un abbondante risciacquo. Prima bisogna emettere una piccola quantità di urina ,e poi raccogliere l'urina di mezzo facendo attenzione a non toccare il contenitore con le mani o altro.

Consegnare il materiale nel più breve tempo possibile in laboratorio.

Calcolare i tempi considerando che l'accettazione in routine avviene dalle ore 8.00 alle ore 9.30 di tutti i giorni da lunedì a venerdì.

PROCEDURA DI RACCOLTA DELLE URINE PER LA DETERMINAZIONE DELLA MICROALBUMINURIA FRAZIONATA

Si raccolgono tutte le urine dalle ore 8.00 del mattino alle ore 20.00 dello stesso giorno (in ogni caso un periodo di 12 ore, es: 7.00-19.00 o 9.00-21.00) in un contenitore e quindi in un altro contenitore si raccolgono le urine dopo le ore 20.00 sino alle ore 8.00 del giorno successivo. Se si desidera si possono misurare le quantità esatte di urina dei due contenitori e consegnarne una parte (circa 10 ml) in provette separate indicanti il periodo di raccolta (diurno o notturno) e la quantità precedentemente misurata.

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|---------------------------|---------------------|---------------------|
| Personale Segreteria LABP | Dr. Celio Lazzarini | Dr. Celio Lazzarini |



ALLEGATO 4

4.1 RACCOLTA URINE 24/h

- Scartare le prime urine del mattino (es. ore 7.00) e raccogliere tutta l'urina emessa nel corso della giornata e della notte fino alla prima del giorno successivo compresa (es. ore 7.00).
- Se durante la raccolta vengono perse delle urine, è necessario ripetere la prova.
- Il recipiente in cui si raccoglie l'urina deve essere pulito come pure il contenitore in cui viene travasata.
- Utilizzare una tanica o un contenitore o bottiglie di plastica pulite e asciutte della capacità complessiva di alcuni litri, in cui l'urina verrà travasata con imbuto pulito e asciutto.
- Se si è in grado di misurare con precisione la quantità portare in laboratorio solo un campione dell'urina raccolta nelle 24 h. trascrivendo la quantità sull'etichetta.
- Conservare il liquido in ambiente refrigerato.

Nota 1: per le **CLEARANCE** è necessario eseguire il prelievo nello stesso giorno di consegna delle urine.

4.2 TEST DI FAIRLEY - MODALITÀ di RACCOLTA DELLE URINE

Le prime urine del mattino vengono **eliminate**.

Dopo due ore si urina in un contenitore sterile e si raccolgono **tutte** le urine.

Si consegna il campione in laboratorio **nello stesso giorno** e nel più breve tempo possibile (è preferibile entro le ore 9.30).

A Portogruaro l'esame di esegue previo appuntamento telefonando in segreteria del laboratorio al n° 0421-764511.

Istruzioni raccolte con la collaborazione dell'Associazione APA di Fossalta di P.

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|---------------------------|---------------------|---------------------|
| Personale Segreteria LABP | Dr. Celio Lazzarini | Dr. Celio Lazzarini |



**LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
ISTRUZIONE OPERATIVA
I.O. LAB 2.1: MODALITA' DI ESECUZIONE DEI PRELIEVI
VENOSI**

revisione 2.0

Pag. 1 di 4

CONTENUTI DEL DOCUMENTO

1. GENERALITA'..... Pag.2
2. SEQUENZA DELLE ATTIVITÀ/MODALITÀ DI CONTROLLO Pag.3
3. ALLEGATO Pag.3

Data di emissione 02.01.2013

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|------------------------------|---------------------|---------------------|
| II.FF. P.Simeoni. – D.Iseppi | Dr. Aldo Farencena | Dr. Celio Lazzarini |



LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
ISTRUZIONE OPERATIVA
I.O. LAB 2.1: MODALITA' DI ESECUZIONE DEI PRELIEVI
VENOSI

revisione 2.0

Pag. 2 di 4

1. GENERALITA'

| | |
|--|--|
| TITOLO | I.O. LABP 2.1: MODALITA' DI ESECUZIONE DEI PRELIEVI VENOSI |
| DESCRIZIONE SINTETICA | Questa istruzione riassume le modalità operative connesse all'ESECUZIONE dei prelievi venosi. |
| SCOPO DEL DOCUMENTO | Fornire le istruzioni al personale per una corretta preparazione sia delle strutture che del materiale per assolvere al meglio il compito di fornire il servizio all'utenza. |
| MODIFICA ALLE REVISIONI PRECEDENTI | Non si registrano variazioni |
| RESPONSABILI DELL'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA | Infermieri professionali e personale di supporto Dirigenti abilitati al prelievo. |
| AMBITO DI APPLICAZIONE | I prelievi venosi per utenti ambulatoriali ed interni |

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|------------------------------|--------------------|---------------------|
| II.FF. P.Simeoni. – D.Iseppi | Dr. Aldo Farencena | Dr. Celio Lazzarini |



LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
ISTRUZIONE OPERATIVA
I.O. LAB 2.1: MODALITA' DI ESECUZIONE DEI PRELIEVI
VENOSI

revisione 2.0

Pag. 3 di 4

2. SEQUENZA DELLE ATTIVITÀ/ MODALITÀ DI CONTROLLO

2.1 PRELIEVO VENOSO PERIFERICO con l'utilizzo di siringhe o di sistemi sottovuoto

1. Visualizzare la sede del prelievo liberandola dagli indumenti
2. Aprire la confezione della siringa pronta o montare l'ago sull'holder
3. Applicare il laccio emostatico 8-10 cm sopra il punto da pungere, ostacolando così il flusso venoso e non quello arterioso.
4. Palpare la vena valutandone: a) posizione b) direzione c) calibro d) riempimento; le vene da preferire sono quelle centrali (cubitale e cefalica) oppure le vene basiliche e , in caso di difficoltà, quelle del dorso della mano
5. **Indossare i guanti monouso.**
6. **Eseguire accuratamente la detersione nella zona da pungere, eseguendo movimenti che vanno dall'alto al basso o comunque in un unico verso, senza mai passare sullo stesso punto**
7. Procedere all'inserimento dell'ago nella vena prescelta
 - a. con il pollice della mano non dominante posto circa 6 cm sotto il punto da pungere, tendere la cute per consentire una più facile stabilizzazione della vena in modo da mantenerla ferma.
 - b. posizionare l'ago parallelo alla vena, inclinarlo formando un angolo tra i 15 e i 45 gradi
 - c. pungere la cute e proseguire nell'inserimento fino al momento in cui si sente un cedimento. E' il passaggio dell'ago attraverso la parete della vena
8. Procedere ora ad abbassare la siringa portandola il più possibile parallela al piano cutaneo
9. Aspirare lentamente il sangue, ritraendo lo stantuffo o lasciare aspirare il sangue nelle varie provette.
10. Nel caso di sistemi sottovuoto, mantenere fermo il dispositivo holder e sfilare la provetta per avere la possibilità di inserire eventuali altre provette
11. Rimuovere il laccio emostatico, appena possibile non appena l'ago è ben centrato in vena e comunque l'applicazione non deve superare 60 sec.
12. Appoggiare un batuffolo di cotone asciutto sul punto d'inserzione ed estrarre l'ago o l'ago montato.
13. Mescolare le provette con movimento uniforme mediante inversione nel caso di provette tappate (sottovuoto).
14. In caso di siringhe rimuovere l'ago attraverso i dispositivi di sicurezza (NON INCAPPUCCIARE) , dispensare il contenuto nelle provette aperte – le provette devono essere appoggiate a portaprovette in modo che rimangano dritte . Tappare le provette e mescolare.
15. Eliminare la siringa nei contenitori di sicurezza.

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|------------------------------|--------------------|---------------------|
| II.FF. P.Simeoni. – D.Iseppi | Dr. Aldo Farencena | Dr. Celio Lazzarini |



LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
ISTRUZIONE OPERATIVA
I.O. LAB 2.1: MODALITA' DI ESECUZIONE DEI PRELIEVI
VENOSI

revisione 2.0

Pag. 4 di 4

2.2 MODALITA' DI CONTROLLO

| | | |
|-----|-------------------------------|----------------|
| 2.3 | CDQ DISINFEZIONE E DETERSIONE | DR LABP P7.2 |
| 2.4 | INDICATORI DI PROCESSO | DR LABP 1.1.10 |

3.0 ALLEGATI :

| | | |
|-----|---|---|
| 3.1 | ELENCO PUNTI PRELIEVI PERIFERICI | MANUALE DELLA QUALITA' ALLEGATO P |
| 3.2 | ESECUZIONE DEI PRELIEVI VENOSI INFORMATIVA PER L'UTENTE | |
| 3.3 | INFORMATIVA UTENTI PP.PERIFERICI | |
| 3.4 | RACCOMANDAZIONI PER IL PRELIEVO DI SANGUE VENOSO | DOCUMENTO SIBioC Biochimica clinica,2008 vol.32 n.6 |

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|------------------------------|---------------------|---------------------|
| II.FF. P.Simeoni. – D.Iseppi | Dr. Aldo Farencena | Dr. Celio Lazzarini |



Il prelievo tramite venipuntura è un atto medico che consente di prelevare un campione dal torrente circolatorio in quantità necessaria alla numerosità e al tipo di esami richiesti.

II PRELIEVO VENOSO PERIFERICO viene effettuato con l'utilizzo di siringhe e di sistema sottovuoto (vacutainer), sterile e monouso per tutte le componenti (aghi,supporti e provette).Di solito, vengono utilizzate le vene presenti nella piega del gomito (dx o sx).**Si tratta di una manovra banale e di solito senza inconvenienti per cui non è richiesto il consenso informato.**

Pur tuttavia si possono presentare alcuni inconvenienti come di seguito specificati

1)Inconvenienti legati al prelievo :

- Ematoma residuo : si forma un piccolo stravasato di sangue dovuto al passaggio di piccole quantità di sangue tra la vena e la pelle .Scompare dopo 10-15 giorni senza conseguenze .

Cosa fare : dopo il prelievo si consiglia di tenere premuto con forza sul tampone per almeno 5 minuti

Eventualmente si può applicare un impacco freddo o del prodotto anti ematoma . Se di grosse dimensioni consultare il medico o il laboratorio.

- Lipotimia: dopo il prelievo compare sensazione di caldo e/o sudorazione e a volte perdita momentanea di coscienza.

Cosa fare :

Avvisare gli operatori se già successo (il prelievo si può fare stesi sul lettino).

Rimanere in zona per almeno 10 minuti .Se si avverte la sensazione di caldo avvisare la persona più vicina .

2)Inconvenienti legati al sistema sottovuoto :

- Difetto di riempimento : le provette sono sottovuoto ma vi può essere un difetto di aspirazione e le provette si riempiono parzialmente.
- Emolisi : l'aspirazione determina una rottura dei globuli rossi .Le sostanze che si riversano nel plasma non consentono di effettuare alcune analisi.
- Coagulazione : per alcune analisi il sangue deve rimanere fluido . A questo scopo viene aggiunto una sostanza anti coagulante che per difetto di fabbricazione può essere assente .Se il prelievo è difficoltoso il processo può incominciare prima della fine del prelievo e il sangue coagula nonostante la presenza della sostanza.
- Rottura della provetta in centrifuga: le provette per problemi tecnici sono sottoposte a notevoli velocità e possono presentare dei problemi di fabbricazione.

Conseguenze : tali inconvenienti sono molto rari , a volte si rimedia utilizzando altre provette , altre volte l'unica soluzione è rifare il prelievo.

L'utente che accetta di sottoporsi a prelievo venoso deve essere consapevole che tali inconvenienti (ed altre eventualità in genere banali) possono succedere e accetta le minime probabilità che questo accada nel momento in cui si presenta al punto prelievo.

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|-----------------------|--------------------|---------------------|
| II.PP.del Laboratorio | Dr. Aldo Farencena | Dr. Celio Lazzarini |



**LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
ESECUZIONE DEI PRELIEVI VENOSI
INFORMAZIONI PER L'UTENTE 2**

revisione 2.0

15.01.2013

Pag. 1 di 1

I Punti Prelievo periferici ancorchè autorizzati dalla Regione Veneto sono il frutto della collaborazione tra Ente Sanitario (Laboratorio Analisi) , Ente Territoriale (Comune) e il Volontariato Sociale allo scopo di agevolare l'accesso al Servizio di Prelievo anche alle persone , che per cause varie , hanno difficoltà a recarsi in sede centrale.
In particolare , il lavoro di supporto fornito dai Volontari è indispensabile per assicurare la funzionalità del Servizio Stesso .

Essi si occupano di :

- FAR PERVENIRE LE IMPEGNATIVE AL LABORATORIO PER LA PRENOTAZIONE E LA PREPARAZIONE DEL MATERIALE.
- RITIRARE IL MATERIALE NECESSARIO PER I PRELIEVI
- COADIUVARE GLI OPERATORI SANITARI PER LA PARTE DI SUPPORTO.
- RITIRARE I REFERTI (in busta chiusa) tramite delega.

I volontari sono informati e hanno seguito corsi di informazione/formazione riguardo alle norme sul

- TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI
- TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'utente che accetta di servirsi del servizio fornito ai P.P. deve essere consapevole delle modalità e implicitamente ne accetta le condizioni operative

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
| II.PP.del Laboratorio | Dr. Aldo Farencena | Dr. Celio Lazzarini |



**LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
ISTRUZIONE OPERATIVA
I.O. LAB 2.2:
ISTRUZIONI IN CASO DI MALORE IN PAZIENTI
AMBULATORIALI**

revisione 2.0

Pag. 1 di 3

CONTENUTI DEL DOCUMENTO

1. GENERALITA'..... Pag.2
2. SEQUENZA DELLE ATTIVITÀ/MODALITÀ DI CONTROLLO Pag.2
3. ALLEGATI..... Pag.3

Data di emissione 02.01.2013

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|
| II.FF. P.Simeoni – D.Iseppi | Dr. Celio Lazzarini | Dr. Celio Lazzarini |

| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  | LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA ISTRUZIONE OPERATIVA I.O. LAB 2.2: ISTRUZIONI IN CASO DI MALORE IN PAZIENTI AMBULATORIALI | revisione 2.0 Pag. 2 di 3 |
|---|---|----------------------------------|

1 GENERALITA'

| | |
|--|---|
| TITOLO e DESCRIZIONE SINTETICA | Istruzioni in caso di malore durante il prelievo su pazienti ambulatoriali. Questa istruzione riassume le modalità operative connesse alla operazioni e alle manovre da effettuarsi da parte del personale addetto ai prelievi negli ambulatori riservati agli utenti in caso di malore durante la fase del prelievo (pre - durante - post). |
| SCOPO DEL DOCUMENTO | Fornire le istruzioni specifiche al personale per la gestione dell'utente . |
| MODIFICA ALLE REVISIONI PRECEDENTI | Non si registrano variazioni |
| RESPONSABILI DELL'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA | Infermieri Professionali addetti all'ambulatorio prelievi e Medici prelevatori. |
| AMBITO DI APPLICAZIONE | Casi di malore che si possono verificare durante la fase di prelievo |

2. SEQUENZA DELLE ATTIVITÀ/ MODALITÀ DI CONTROLLO

Classificazione degli incidenti in caso di malore durante l'attività di prelievo:

1. **Lipotimia**
2. **Lipotimia con sindrome convulsiva**
3. **Lipotimia con caduta e trauma**
4. **Spandimento emorragico da imperfetto tamponamento**

Premessa : dopo il prelievo il paziente deve essere controllato a vista per alcuni secondi , se si manifestano da subito sudorazione e/o senso di calore accompagnarlo ad una postazione in cui sia possibile stenderlo; effettuare le seguenti manovre :

- Manovra di Trendelemburg

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|
| II.FF. P.Simeoni – D.Iseppi | Dr. Celio Lazzarini | Dr. Celio Lazzarini |



LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
ISTRUZIONE OPERATIVA
I.O. LAB 2.2:
ISTRUZIONI IN CASO DI MALORE IN PAZIENTI
AMBULATORIALI

revisione 2.0

Pag. 3 di 3

- Sciogliere eventuali costrizioni , collo di camicia , cintura ect. per permettere una più agevole respirazione
- Misurare la pressione e tenere controllato il polso
- Chiamare il P.S.

In caso di **1.Lipotimia :**

- controllare le pupille
- respirazione e polso
- controllare la lingua
- Misurare la pressione e i battiti cardiaci
- Somministrare , se del caso , cardiotonici (Effortil)

In caso di **2.Lipotimia con sindrome convulsiva:**

- Controllare la lingua e d eventualmente forzare la bocca per impedire l'automutilazione
- Eseguire piccole manovre di rianimazione per permettere il più rapido ritorno dell'ossigenazione al cervello

In caso di **3.Lipotimia con caduta e trauma**

- Controllare la sede del trauma

In caso di **4.Spandimento emorragico da imperfetto tamponamento**

- Calmare il paziente, tamponare con cotone pulito , lavare e disinfettare con detergente.
- Controllare se in anamnesi storia di emorragie e/o assunzione di farmaci anticoagulanti.

3. ALLEGATI

| | | |
|-----|---------------------------------------|--------------|
| 3.1 | Numeri di telefono P.S. e Rianimatore | VEDI TABELLA |
| 3.2 | Dotazione farmaci | DR LABP 1.11 |

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|
| II.FF. P.Simeoni – D.Iseppi | Dr. Celio Lazzarini | Dr. Celio Lazzarini |



**LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA
ISTRUZIONE OPERATIVA
I.O. LAB 2.3 :ISTRUZIONI PER LA PREPARAZIONE DEL
PAZIENTE
CAMPIONAMENTO DI ALTRI MATERIALI BIOLOGICI
MODALITA' E TEMPI DI TRASPORTO**

revisione 2.0

Pag. 1 di 7

CONTENUTI DEL DOCUMENTO

| | |
|---|-------|
| 1. GENERALITA'..... | Pag.1 |
| 2. SEQUENZA DELLE ATTIVITÀ..... | Pag.2 |
| 3. TEMPI DI TRASPORTO..... | Pag.5 |
| 4. RETE DELLA MOVIMENTAZIONE TRA PRESIDII ED ALTRI OSPEDALI..... | Pag.5 |
| 5. AVVERTENZE..... | Pag.6 |
| 6. MISURE DA ADOTTARE IN CASO DI SPANDIMENTO..... | Pag.7 |
| 7. NORME DI RIFERIMENTO E BIBLIOGRAFIA..... | Pag.7 |
| 8. ALLEGATO N.1 (Trasporto MATERIALE BIOLOGICO – PO12 C10) ALLEGATO N.2 (CIRCOLARE N.3 MAGGIO 2003) ALLEGATO N.3 (PROT.N. 1993 Modalita' di trasporto ...) ALLEGATO N.4 (ALLEGATO E MdQ – MANUALE DELLA SICUREZZA) | |

Data di emissione 02.01.2013

| Stesura | Approvazione | Emissione |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| Dr.ssa D. Scomparin | Dr. Celio Lazzarini | Dr. Celio Lazzarini |

| | | |
|---|--|----------------------------------|
|  | LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA ISTRUZIONE OPERATIVA I.O. LAB 2.3 :ISTRUZIONI PER LA PREPARAZIONE DEL PAZIENTE CAMPIONAMENTO DI ALTRI MATERIALI BIOLOGICI MODALITA' E TEMPI DI TRASPORTO | revisione 2.0 Pag. 2 di 7 |
|---|--|----------------------------------|

1. - GENERALITA'

| | |
|--|---|
| TITOLO | Istruzioni per la preparazione del paziente Campionamento di altri materiali , Trasporto e Tempi di Trasporto |
| DESCRIZIONE SINTETICA | Sono descritte le modalità' e la sequenzialità delle operazioni in modo da garantire una corretta esecuzione della fase pre-analitica |
| SCOPO DEL DOCUMENTO | Elenca i materiali utilizzati nel laboratorio , da' indicazioni sulla preparazione del paziente ,fornisce le direttive sul corretto campionamento e trasporto dei vari materiali biologici , compresi i tempi nel caso siano critici per la qualità' della risposta, in modo da facilitare il compito ai numerosi operatori che agiscono in questa fase |
| MODIFICA ALLE REVISIONI PRECEDENTI | Non vi sono variazioni |
| RESPONSABILI DELL'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA | Personale medico e Infermieristico compresi i volontari che operano negli ambulatori interni e nei punti prelievi esterni (PPE) |
| AMBITO DI APPLICAZIONE | Tutto il materiale che perviene al laboratorio |

| | | |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| Stesura | Approvazione | Emissione |
| Dr.ssa D. Scomparin | Dr. Celio Lazzarini | Dr. Celio Lazzarini |