

	Istruzione operativa	Codice Aziendale
	<b>Procedura: Presa in carico del materiale biologico (invio, trasporto e presa in carico)</b>  Allegato 7.4: Presa in carico dei campioni biologici non vaginali	<b>CP014</b>  <b>Pag. 1 di 2</b>
		<b>Ed.2 Rev.1</b>  <b>21/11/2016</b>

## 1. SCOPO

Definire le modalità di presa in carico della dei campioni biologici “non vaginali” che arrivano presso ISPO.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente istruzione operativa deve essere applicata dal PDA dedicato alla presa in carico che presta servizio presso ISPO e dal personale afferente o funzionalmente assegnato a LRPO.

## 3. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

### Indicazioni generali:

Il materiale biologico viene preso in carico dal PDA di back-office e consegnato tre volte al giorno al personale TSLB di LRPO, il quale firma contestualmente, come presa in consegna, il “Registro di presa in carico” fornito dal personale PDA back-office.

#### 3.1.1 FOBT (procedura di riferimento CP002)

Le buste contenenti il dispositivo di prelievo per l'esame FOBT, arrivano presso il Front-office ISPO portate dai diretti interessati o dagli autisti dell'ex ASF 10. Il PDA dedicato riporta il numero e il mittente sul registro cartaceo denominato “Registro di presa in carico” (allegato 7.21) e posiziona il materiale in frigo (stoccaggio temporaneo) fino alla consegna al piano del laboratorio, dove il TSLB li prende in carico firmando il registro (allegato 7.21) e li conserva in frigo fino alla loro processazione.

#### 3.1.2 CA 125 (procedura di riferimento CP001)

Le provette di sangue arrivano al front office dall'ambulatorio di genetica della Senologia di ISPO (Careggi), già accettate e corredate della bolla di accompagnamento (allegato 7.11). La presa in carico è svolta sempre dal PDA dedicato tramite registrazione manuale su “Registro di presa in carico” (allegato 7.21), previo conteggio manuale di verifica. I campioni biologici vengono consegnati direttamente in laboratorio al TSLB da parte del PDA del back-office.

Successivamente, il TSLB che prende in consegna i campioni, verifica la loro conformità per la processazione (vedi procedura CP001) e quindi prosegue procede con l'accettazione dei campioni arrivati.

#### 3.1.3 Polmoni (procedura di riferimento CP010) e Urine (procedura di riferimento CP008)

Per i pazienti esterni che afferiscono direttamente a ISPO, la presa in carico è svolta dal PDA che procede all'accettazione della richiesta medica e alla compilazione della scheda di accompagnamento della citologia (allegati 7.9 e 7.10). Successivamente il PDA registra manualmente l'avvenuta presa in carico sul “Registro di presa in carico” (allegato 7.21), previo conteggio manuale di verifica.

Per i pazienti ospedalizzati in strutture Sanitarie, la presa in carico è svolta sempre dal PDA mediante registrazione manuale sul “Registro di presa in carico”. I campioni sono accompagnati dai rispettivi moduli di trasporto o bolle di accompagnamento (allegati 7.11 e 7.13). L'accettazione del campione biologico è svolta dal personale TSLB presso LRPO.

	Istruzione operativa	Codice Aziendale
	<b>Procedura: Presa in carico del materiale biologico (invio, trasporto e presa in carico)</b>	<b>CP014</b>
	Allegato 7.4: Presa in carico dei campioni biologici non vaginali	Pag. 2 di 2 <b>Ed.2 Rev.1</b>
		21/11/2016

I campioni biologici vengono consegnati direttamente in laboratorio al TSLB da parte del PDA del back-office.

### 3.1.4 Citologia mammaria (procedura di riferimento CP009)

I prelievi di citologia mammaria, provenienti dall'ambulatorio della S.C. di Senologia di ISPO (Careggi), arrivano al front office già accettati e accompagnati dal rispettivo documento di trasporto (allegato 7.11). La presa in carico è svolta sempre dal PDA dedicato tramite registrazione manuale, su "Registro di presa in carico" (allegato 7.21), del numero di campioni pervenuti. I campioni biologici vengono consegnati direttamente in laboratorio al TSLB da parte del PDA del back-office.

 Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica		Consultorio	Mittente
		Prelevatore	Sigla
		N. Telefono	
		e-mail	
		Data Prelievi	Nº Totale campioni inviati _____
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>  Cognome  Nome  Data di nascita		HPV primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si	<i>se non presente etichetta invito</i>  Comune di residenza  Comune Domicilio Sanitario (se diverso da residenza)
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>  Cognome  Nome  Data di nascita		HPV primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si	<i>se non presente etichetta invito</i>  Comune di residenza  Comune Domicilio Sanitario (se diverso da residenza)
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>  Cognome  Nome  Data di nascita		HPV primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si	<i>se non presente etichetta invito</i>  Comune di residenza  Comune Domicilio Sanitario (se diverso da residenza)
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>  Cognome  Nome  Data di nascita		HPV primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si	<i>se non presente etichetta invito</i>  Comune di residenza  Comune Domicilio sanitario(se diverso da residenza)
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>  Cognome  Nome  Data di nascita		HPV primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si	<i>se non presente etichetta invito</i>  Comune di residenza  Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>  Cognome  Nome  Data di nascita		HPV primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si	<i>se non presente etichetta invito</i>  Comune di residenza  Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>  Cognome  Nome  Data di nascita		HPV primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si	<i>se non presente etichetta invito</i>  Comune di residenza  Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)

<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	HPV primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	HPV primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	HPV primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	HPV primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	HPV primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	HPV primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		

**Spazio riservato ad ISPO**

Data Arrivo ISPO \_\_\_\_\_

Nome e cognome (in stampatello) di chi prende in carico i campioni \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Non conformità riscontrate alla presa in carico:

---



---



---



---



---



Consultorio	Mittente
Prelevatore	Sigla
N. Telefono	
e-mail	
Data Prelievi	N° Totale campioni inviati

<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza <hr/> Comune Domicilio Sanitario (se diverso da residenza)
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza <hr/> Comune Domicilio Sanitario (se diverso da residenza)
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza <hr/> Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza <hr/> Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza <hr/> Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza <hr/> Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)

ALL. 7.6 CP014 pag 2 BOLLA ACCOMPAGNAMENTO Prelievi triage e approfondimento FIRENZE

Apporre Etichetta invito o scrivere		Prelievo fase liquida	se non presente etichetta invito
Cognome		<input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Comune di residenza
Nome			Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita			
Apporre Etichetta invito o scrivere		Prelievo fase liquida	se non presente etichetta invito
Cognome		<input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Comune di residenza
Nome			Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita			
Apporre Etichetta invito o scrivere		Prelievo fase liquida	se non presente etichetta invito
Cognome		<input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Comune di residenza
Nome			Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita			
Apporre Etichetta invito o scrivere		Prelievo fase liquida	se non presente etichetta invito
Cognome		<input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Comune di residenza
Nome			Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita			
Apporre Etichetta invito o scrivere		Prelievo fase liquida	se non presente etichetta invito
Cognome		<input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Comune di residenza
Nome			Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita			
Apporre Etichetta invito o scrivere		Prelievo fase liquida	se non presente etichetta invito
Cognome		<input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Comune di residenza
Nome			Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita			
Apporre Etichetta invito o scrivere		Prelievo fase liquida	se non presente etichetta invito
Cognome		<input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Comune di residenza
Nome			Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita			

Spazio riservato ad ISPO

Data Arrivo ISPO \_\_\_\_\_

Nome e cognome (in stampatello) di chi prende in carico i campioni \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Non conformità riscontrate alla presa in carico:

---



---



---



---



---

 Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica	ASL	Mittente	
	Prelevatore		
	N. Telefono		
	e-mail	N. Totale campioni inviati _____	
<b>Apporre Etichetta o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Data Prelievo
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Data Prelievo
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Data Prelievo
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Data Prelievo
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Data Prelievo
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Data Prelievo
<b>Apporre Etichetta invito o scrivere</b> Cognome Nome Data di nascita		Prelievo fase liquida <input type="checkbox"/> Pap test <input type="checkbox"/> HPV	Data Prelievo

All. 7.7 CP014 pag 2 BOLLA ACCOMPAGNAMENTO PRELIEVI Triage e approfondimento Altre ASL

<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>	Prelievo fase liquida	Data Prelievo
Cognome	<input type="checkbox"/>	
Nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data di nascita	Pap test      HPV	
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>	Prelievo fase liquida	Data Prelievo
Cognome	<input type="checkbox"/>	
Nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data di nascita	Pap test      HPV	
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>	Prelievo fase liquida	Data Prelievo
Cognome	<input type="checkbox"/>	
Nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data di nascita	Pap test      HPV	
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>	Prelievo fase liquida	Data Prelievo
Cognome	<input type="checkbox"/>	
Nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data di nascita	Pap test      HPV	
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>	Prelievo fase liquida	Data Prelievo
Cognome	<input type="checkbox"/>	
Nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data di nascita	Pap test      HPV	
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>	Prelievo fase liquida	Data Prelievo
Cognome	<input type="checkbox"/>	
Nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data di nascita	Pap test      HPV	

Spazio riservato ad ISPO

Data Arrivo ISPO \_\_\_\_\_

Nome e cognome (in stampatello) di chi prende in carico i campioni \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Non conformità riscontrate alla presa in carico:

---



---



---



---



---



---



Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica

Consultorio Prelevatore N. Telefono e-mail		Mittente  Sigla
Data Prelievi		Nº Totale campioni inviati _____
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		
Cognome  Nome  Data di nascita		PAP test primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si
<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza _____		
		Comune Domicilio Sanitario (se diverso da residenza) _____
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		
Cognome  Nome  Data di nascita		PAP test primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si
<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza _____		
		Comune Domicilio Sanitario (se diverso da residenza) _____
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		
Cognome  Nome  Data di nascita		PAP test primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si
<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza _____		
		Comune Domicilio sanitario(se diverso da residenza) _____
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		
Cognome  Nome  Data di nascita		PAP test primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si
<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza _____		
		Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza) _____
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		
Cognome  Nome  Data di nascita		PAP test primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si
<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza _____		
		Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza) _____
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		
Cognome  Nome  Data di nascita		PAP test primario (fase liquida) <input type="checkbox"/> Si
<i>se non presente etichetta invito</i> Comune di residenza _____		
		Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza) _____

**ALL. 7.8 CP014 pag 2 Modulo di accompagnamento prelievi Pap test primario FIRENZE**

<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	PAP test primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	PAP test primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	PAP test primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	PAP test primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	PAP test primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		
<i>Apporre Etichetta invito o scrivere</i>		<i>se non presente etichetta invito</i>
Cognome	PAP test primario (fase liquida)	Comune di residenza
Nome	<input type="checkbox"/> Si	Comune Domicilio sanitario (se diverso da residenza)
Data di nascita		

**Spazio riservato ad ISPO**

Data Arrivo ISPO \_\_\_\_\_

Nome e cognome (in stampatello) di chi prende in carico i campioni \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Non conformità riscontrate alla presa in carico:

---



---



---



---



---

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica  
 Direttore f.f.: Francesca Carozzi

**Allegato 7.9 CP014**
**CITOLOGIA POLMONARE-CAVITA' SIEROSE-ORGANI PROFONDI**

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

N.VETRINO

CODICE

TICKET

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DATA ESAME

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DATA NASCITA

**TIPO DI MATERIALE:**

1. ESCREATO
2. BRONCOASPIRATO
3. BRUSHING
4. LIQUIDO PLEURICO
5. LIQUIDO ASCITICO
6. LINFONODI
7. TBNA
8. ALTRO.....
9. AGOASPIRATO POLMONARE
10. LIQUIDO PERICARDICO
11. LIQUOR
12. STRATO SOTTILE
13. AGOASPIRATO PANCREATICO
14. AGOASPIRATO EPATICO
15. AGOASPIRATO ADDOMINALE
16. AGOASPIRATO RENALE
17. AGOASPIRATO PARETE TORACICA
18. AGOASPIRATO OSSEO
19. AGOASPIRATO CISTI
20. AGOASPIRATO PROSTATA
21. EBUS-TBNA
22. STRISCO SU BIOPSIA

**SESSO**

- 1 MASCHIO
- 2 FEMMINA

**ESAME**

- 1 PRIMO
- 2 RIPETUTO

COGNOME E NOME.....

INDIRIZZO.....

CITTÀ.....

Cod.Fiscale.....

Comune di Nascita.....

Medico curante.....

Indirizzo.....

Se Ricoverato (Reparto).....

NOTE:.....

**TERAPIA PREGESSA**

1. CHIRURGICA
2. RADIANTE
3. MEDICA
4. CHEMOTERAPICA

**CASI DI NEOPLASIA  
POLMONARE IN FAMIGLIA**

1. GENITORI
2. FRATELLI
3. NONNI
4. ALTRI PARENTI

1. NON FUMATORE
2. FUMATORE
3. FORTE FUMATORE
4. EX FUMATORE

**ESITO EVENTUALI ESAMI SCHERMOGRAFICI**

1. QUADRO NORMALE
2. ALTERAZIONE DELLA GABBIA TORACICA
3. ALTERAZIONE DEL FASCIO CARDIOVASCOLARE E DEL MEDIASTINO
4. LESIONI PLEUROPOLMONARI NON SOSPETTE
5. LESIONI PLEUROPOLMONARI SOSPETTE

**MALATTIE POLMONARI NON ONCOLOGICHE**

1. T.B.C
2. BRONCOPNEUMOPATIE CRONICHE
3. ASBESTOSI
4. SILICOSI
5. ALTRE FIBROSI

**ANAMNESI PATHOLOGICA POLMONARE**

1. TOSSE PROGRESSIVA
2. TOSSE SECCA
3. ESPETTORATO EMATICO
4. EMOFTOE
5. DISPNEA
6. DISFONIA
7. FEBBRE

## Scheda Referto Citologia

### INTERPRETAZIONE CITOLOGICA

- 1 NEGATIVO:** quadro citologico normale
- 2 DUBBIO:** cellularità di incerto significato
- 3 SOSPETTO**
- 4 POSITIVO:** presenza di cellule maligne
- 5 NON VALUTABILE:** materiale cellulare insufficiente
- 6 NON VALUTABILE:** flogosi intensa

### QUANTITA' DI MATERIALE

- 1 Scarsa**
- 2 Media**
- 3 Abbondante**

### CITOPATOLOGIA

- 07 ADENOCARCINOMA**
- 08 CARCINOMA A CELLULE SQUAMOSE**
- 12 CARCINOMA ADENO-SQUAMOSO**
- 09 CARCINOMA INDIFFERENZIATO**
- 10 CARCINOMA A PICCOLE CELLULE**
- 13 CARCINOMA A GRANDI CELLULE**
- 11 PROBABILE MESOTELIOMA**
- 14 ALTRO \_\_\_\_\_**
- 15 CARCINOMA NON A PICCOLE CELLULE**
- 16 METASTASI**
- 17 ORIENTATIVO PER CARCINOIDE**

### PRESENZA DI

- 1 Flogosi intensa**
- 2 Linfociti**

### SI RACCOMANDA

- 1 Ripetizione immediata**
- 2 Eseguire ulteriori accertamenti**

Striscio esaminato da:

.....



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

ALL. 7.10 CP014

Settore  
Studi e Ricerca  
Toscana

S.C. Laboratorio Regionale Prevenzione Oncologica  
*Direttore f.f. Dr. Francesca Carozzi*

### CITOLOGIA URINARIA


N° vetrino

--	--	--	--	--

Codice

--	--	--	--	--

Data di nascita

--	--	--	--	--

Data prelievo

Provenienza

---

--	--

Codice

Cognome e Nome

---

Indirizzo

---

Frazione e comune

---

Cod. Fiscale o comune di nascita

---

Reperibilità telefonica

---

Sesso:

M Maschio

F Femmina

Modalità di prelievo:

1 Urina emessa spontaneamente

2 Cateterismo vescicale

3 Lavaggio vescicale

Abitudine al fumo:

1 Non fumatore

2 Fumatore

3 Ex fumatore

Anamnesi patologica:

1 Ematuria

2 Cistiti ricorrenti

3 Lesioni papillari

4 Calcolosi renale

5 Nefriti e/o nefrosi

6 Ipertrofia prostatica

7 Malformazioni congenite

8 Altro (specificare).....

Medico curante:

---

Indagini pregresse:

1 Cistoscopia

Data:

Esito:

2 Cateterismo

.....

.....

3 Altre indagini

.....

.....

4 Ecografia

.....

.....

5 Esame citologico

.....

.....

Terapia pregressa:

2 Chirurgia

Data:

Esito:

3 Radioterapia

.....

.....

4 Terapia medica

.....

.....

5 Chemioterapia

.....

.....

## DIAGNOSI CITOLOGICA

1 NEGATIVO: quadro citologico normale

Cellule uoteliali:

1 Assenti

2 Scarsc

3 Ben rappresentate

2 ALTERAZIONI CELLULARI

### Citopatologia

01 Cellule di probabile origine reattiva

3 DUBBIO

01 Cellule atipiche di significato indeterminato

4 SOSPETTO

01 Cellule atipiche orientative ma non conclusive per malignità

02 Cellule atipiche orientative ma non conclusive per Ca uoteliale basso grado

03 Cellule atipiche orientative ma non conclusive per Ca uoteliale alto grado

04 Cellule atipiche orientative ma non conclusive per Ca in situ

5 POSITIVO

01 Cellule neoplastiche

02 Quadro citologico compatibile con Ca uoteliale basso grado

03 Quadro citologico compatibile con Ca uoteliale alto grado

04 Quadro citologico compatibile con Ca in situ

6 NON VALUTABILE: assenza di materiale

Flogosi:

Presenza di:

1 Assente

1 Candida

2 Lieve

2 Trichomonas

3 Moderata

3 Coccobacilli

4 Intensa

4 Herpes

7 NON VALUTABILE: per flogosi

8 Presenza di sangue

### Suggerimenti:

1 Ripetizione immediata

2 Ripetere l'esame fra tre mesi

3 Ripetere l'esame fra sei mesi

4 Eseguire ulteriori accertamenti

5 Ripetere dopo adeguata terapia antiflogistica

Note:

Invio risposte:

1 Paziente

2 Medico curante

Striscio esaminato:

3 Ditta

4 Ospedale

S.C. di \_\_\_\_\_

Responsabile \_\_\_\_\_

ISPO Senologia  ISPO Villa delle Rose  D'Annunzio

Ambulatorio di \_\_\_\_\_ SIGLA \_\_\_\_\_

Firenze \_\_\_\_\_

## BOLLA DI ACCOMPAGNAMENTO

- Per biopsie si inviano n. \_\_\_\_\_ provette per esame istologico
  - Per citologie si inviano n. \_\_\_\_\_ provette/vetrini per esame citologico
  - Per prelievo ematico si inviano n. \_\_\_\_\_ provette per CA125
  - Altro:

S.C. Laboratorio Regionale Prevenzione Oncologica

**Firma del richiedente**

**Firma del ricevente** \_\_\_\_\_ **data** \_\_\_\_\_

## ANATOMIA PATHOLOGICA

**Firma del ricevente** \_\_\_\_\_ **data** \_\_\_\_\_



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA



**MODULO DI ACCETTAZIONE  
DEL TEST PER LA RICERCA DEL SANGUE OCCULTO FECALE**

<b>APPORRE L'ETICHETTA</b>	<b>Per segnalare variazioni dei dati:</b> Via _____ Comune _____
----------------------------	--

TELEFONO  
PREFERIBILMENTE UN CELLULARE

--	--	--	--	--	--	--	--

E' d'accordo che il risultato dell'esame venga comunicato anche al Suo Medico di Medicina Generale?

SI       NO

E' d'accordo ad essere contattato telefonicamente?

SI       NO

**DATA PRELIEVO DELLE FECI**

--	--	--	--	--

**ATTENZIONE !!!**

Compili questo modulo in tutte le sue parti altrimenti il test non potrà essere analizzato.

Si raccomanda di leggere l'informativa privacy che trova sul retro →

FIRMA LEGGIBILE

--

## MATERIALE BIOLOGICO PER

MODULO DI TRASPORTO

	<b>Istruzione operativa</b>	Codice Aziendale <b>CP014</b>
	<b>Procedura: Presa in carico del materiale biologico (invio, trasporto e presa in carico)</b> <b>ALLEGATO 14: Invio e Trasporto Materiale Biologico</b>	<b>Pag. 1 di 3</b> <b>Ed.3 Rev. 1</b>
	<b>S.C. Laboratorio Regionale Prevenzione Oncologica</b>	21/11/2016

## 1. SCOPO

Definire le modalità di invio e trasporto dei campioni biologici verso il presidio “Villa delle Rose” di ISPO.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente I.O. deve essere applicata da tutti i soggetti e le strutture sanitarie che inviano materiale biologico verso il presidio “Villa delle Rose” di ISPO.

## 3. DEFINIZIONI

**Contenitore primario:** è un contenitore a tenuta stagna contenente il campione. Il contenitore, se frangibile, deve essere avvolto con sufficiente materiale antiurto e da materiale assorbente in quantità sufficiente da essere in grado di assorbire tutto il liquido in caso di rottura. Il materiale assorbente va posto fra i recipienti primario ed il secondario.

**Contenitore intermedio o secondario:** è un secondo contenitore a tenuta stagna che serve a proteggere il contenitore primario. Diversi recipienti primari possono essere posti in un contenitore secondario. Il contenitore primario oppure quello secondario dovrà essere in grado di sopportare, senza perdita, una pressione interna maggiore o uguale a 95 kPa (in caso di trasporto secondo ADR) nell’intervallo di temperatura da – 40 °C a + 55 °C.

**CTP:** Contenitore trasporto provette.

**Imballo esterno (contenitore terziario):** il contenitore secondario dovrà essere posto in un ulteriore contenitore che lo protegga da agenti esterni durante il trasporto.

## 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

### 4.1 Modalità di confezionamento dei prelievi

I campioni biologici devono essere inviati seguendo le indicazioni del triplo imballo, ossia ciascun campione che perverrà a ISPO dovrà essere posto nel contenitore primario (ad es. barattolo ThinPrep per i prelievi afferenti allo screening del tumore della cervice uterina, ThinPrep, STM o altro materiale per la richiesta medica di genotipizzazione) correttamente identificato (barcode univoco o, se non possibile, NOME COGNOME DATA DI NASCITA e DATA PRELIEVO), a sua volta posto in un contenitore secondario. Il contenitore primario e secondario vanno messi in un idoneo contenitore terziario per il trasporto. Il contenitore secondario può essere costituito da un transbag (contenente il singolo barattolo, da sigillare ermeticamente) o da contenitore trasporto provette (CTP) (in questo caso può contenere più barattoli TP, separati da materiale assorbente e anti-urto, per esempio un rack di spugna).

Per facilitare la fase di presa in consegna e di presa in carico, si consiglia vivamente di utilizzare il CTP come contenitore secondario e di utilizzare il transbag solo eccezionalmente.

Uno o più contenitori secondari devono essere posti in un contenitore terziario di idonee dimensioni riportante la corretta etichettatura.

	<b>Istruzione operativa</b>	Codice Aziendale <b>CP014</b>
	<b>Procedura: Presa in carico del materiale biologico (invio, trasporto e presa in carico)</b>  <b>ALLEGATO 14: Invio e Trasporto Materiale Biologico</b>	<b>Pag. 2 di 3</b>
	<b>S.C. Laboratorio Regionale Prevenzione Oncologica</b>	<b>Ed.3 Rev. 1</b>
		21/11/2016

L'eventuale documentazione (schede anamnestiche, bolle di accompagnamento o lista cartacea di accettazione) dovrà essere inserita nel contenitore terziario in apposita busta chiusa di idonee dimensioni.

Si sottolinea che, per quanto riguarda il confezionamento e il trasporto dei prelievi e della relativa documentazione da inviare presso ISPO, la responsabilità è a carico degli invianti (ostetriche, professionisti ginecologi, medici, Reparti, ASL).

E' responsabilità del PDA back-office archiviare la relativa documentazione (bolle di accompagnamento o documenti di trasporto), debitamente compilata dal mittente.

#### 4.2 Modalità di conservazione e invio dei campioni biologici

Al fine di garantire l'arrivo del materiale in tempi ottimali e il rispetto delle tempistiche di processabilità dei campioni, è necessario che l'inviaente tenga conto delle seguenti condizioni:

- **Campioni in TP di screening (HPV primario, Pap test primario, approfondimento/follow-up, richiamo a un anno):** consegnare a ISPO entro 42 giorni dalla data di effettuazione del prelievo e conservati ad una temperatura di 15°-30°C
- Campioni in TP con richiesta medica per test hr-HPV DNA: consegnare a ISPO entro 6 mesi dal prelievo (conservare e trasportare a temperatura di 15°-30°C)
- Campioni in TP con richiesta medica per Pap test: consegnare a ISPO entro 42 giorni dal prelievo (conservare e trasportare a temperatura di 15°-30°C)
- Campioni test HPV genotipizzazione:
  - Materiale cervicale in TP: consegnare a ISPO entro 60 giorni dal prelievo (conservare e trasportare a temperatura di 15°-30°C)
  - Prelievi in STM: consegnare a ISPO entro 14 giorni dal prelievo (t. ambiente); tra i 14 e i 21 giorni dal prelievo (conservati in frigo a 4°C e trasporto refrigerato); oltre i 21 giorni dal prelievo (conservati a -20°C e trasportati in ghiaccio secco)
  - Urine in TP: consegnare a ISPO entro 5 giorni (conservare e trasportare a temperatura di 15°-30°C)
  - Urine, sperma, tessuto fresco in barattolo senza conservante: consegnare in giornata presso ISPO
  - Vetrini con tessuto incluso: consegnare a ISPO entro 10 giorni dalla preparazione
- FOBT: Il tempo massimo che deve intercorrere dalla data di campionamento alla data di processamento del campione biologico è di 14 giorni. Mantenere il campione in frigo a 4°C
- CA125: Il personale infermieristico dell'ambulatorio di Genetica, il giorno stesso del prelievo ematico (date comunicate in precedenza a ISPO), procede all'invio delle provette verso ISPO, presidio Villa delle Rose.

**IMPORTANTE: nel calcolo delle tempistiche d'invio è necessario tenere conto dei tempi di processazione in laboratorio.**

	<b>Istruzione operativa</b>	Codice Aziendale <b>CP014</b>
	<b>Procedura: Presa in carico del materiale biologico (invio, trasporto e presa in carico)</b> <b>ALLEGATO 14: Invio e Trasporto Materiale Biologico</b>	<b>Pag. 3 di 3</b> <b>Ed.3 Rev. 1</b>
	<b>S.C. Laboratorio Regionale Prevenzione Oncologica</b>	21/11/2016

Per quanto riguarda gli enti, reparti o ASL è preferibile concordare l'invio con ISPO, in modo da garantire la via più diretta ed evitare lo stazionamento dei campioni biologici all'interno dei servizi coinvolti.

Il materiale biologico consegnato verrà preso in carico dal personale del front-office ISPO tutti i giorni, dalle ore 8.00 alle ore 14.00 e il giovedì fino alle ore 18.00.

COGNOME E NOME
INDIRIZZO
CITTÀ'
COMUNE DI NASCITA O CODICE FISCALE
DOMICILIO SANITARIO O N. LIBRETTO SANITARIO
TELEFONO

CODICE DONNA \_\_\_\_\_

GIORNO	MESE	ANNO
--------	------	------

DATA NASCITA

GIORNO	MESE	ANNO
--------	------	------

DATA PRELIEVO

**RISPOSTA**

- ALLA DONNA  
AL MITTENTE  
A ISPO

1
2
3

**DATA ULTIME MESTRUAZIONI**

GIORNO	MESE	ANNO
--------	------	------

Medico Curante \_\_\_\_\_

VACCINAZIONE HPV 

SI
NO

FUMATRICE 

SI
NO
EX

 da n° \_\_\_\_ anniMENOPAUSA 

SI
NO

N° PARTI \_\_\_\_\_

**PREGESSI ATTI TERAPEUTICI**

	Data
Conizzazione	1
Elettrocoagulazione	7
Resezione con ansa	8
Isterectomia totale	2
Isterectomia subtotal	3
Chemioterapia	5
Radioterapia	6
Raschiamento cavità	□

**NOTIZIE CLINICHE**

Perdite ematiche	<input type="checkbox"/>
Polipo Cervicale	<input type="checkbox"/>
Prolasso totale	<input type="checkbox"/>
In gravidanza	<input type="checkbox"/>
In allattamento	<input type="checkbox"/>
Terapia Ormonale	<input type="checkbox"/>
Contraccettivi (specificare)	_____
Altro (specificare)	_____

**MITTENTE**

SIGLA \_\_\_\_\_

**PRELIEVO PAP-TEST** 

Fondo Vaginale	_____
Portio	_____
Endocervice	_____
Prelievo Cieco	_____

ID PAP TEST \_\_\_\_\_

**PRELIEVO HPV** 

HPV Screening S	<input type="checkbox"/>		
HPV richiamo ad 1 anno screening R	<input type="checkbox"/>		
HPV Triage T	<input type="checkbox"/>		
HPV Post trattamento F	<input type="checkbox"/>		
HPV approfondimento	K post colpo	AGC	ASC-H

ID HPV \_\_\_\_\_

INFORMATIVA PRIVACY E RICHIESTA DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI  
(Art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

L'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze (ISPO), nell'ambito delle proprie finalità istituzionali di studio e prevenzione dei propri assistiti, intende informarLa che il trattamento dei dati personali da Lei forniti, o comunque appresi nell'ambito dell'espletamento delle proprie attività scientifico-sanitarie, avviene nel rispetto delle misure minime di sicurezza e di tutte le prescrizioni di legge in materia di privacy (D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196). Pertanto, nello spirito di massima chiarezza e comprensibilità, Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento dei dati che La riguardano.

**Finalità del trattamento.** I Suoi dati, di natura personale e sensibile, verranno trattati, nei limiti di legge consentiti, per l'esecuzione di prestazioni sanitarie, diagnostiche e di cura, per effettuare esami clinici, per lo svolgimento dell'attività di prevenzione medico-sanitaria, oltre che per gli ordinari adempimenti amministrativi dell'Istituto. I dati così registrati potranno essere trattati in riferimento ad una pluralità di prestazioni sanitarie richieste, eseguite da una o più Unità Operative dell'Istituto e/o comunicati a strutture sanitarie o territoriali che collaborano con l'Istituto per lo svolgimento delle prestazioni richieste. In nessun caso, i dati di natura sensibile saranno oggetto di diffusione o comunicazione a soggetti terzi non autorizzati. I dati potranno, altresì, essere utilizzati per attività di studio e ricerca medico-scientifica, ai sensi dell'art. 110 del D.Lgs. 196/2003. Tutti i dati richiesti sono facoltativi; tuttavia, in caso di eventuale rifiuto a fornirli, l'Istituto non potrà essere in grado di eseguire le prestazioni sanitarie richieste.

**Modalità del trattamento.** I dati verranno trattati sia con strumenti elettronici\informatici sia con supporti cartacei nel rispetto delle misure minime di sicurezza.

**Diritti dell'Interessato.** In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del Trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, ovvero potrà ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione. Ai sensi del medesimo articolo, Lei ha anche il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento, rivolgendosi al Titolare del Trattamento, presso cui è altresì disponibile, a richiesta, l'elenco completo dei Responsabili del Trattamento. L'esercizio di suddetti diritti o la richiesta di qualsiasi tipo di informazione può essere rivolta al nostro Istituto.

**Il Titolare.** Nell'ambito del programma di *screening*, Titolare del Trattamento è l'Azienda Sanitaria di Firenze e Responsabile del Trattamento è l'ISPO. Per gli esami che non rientrano nel programma di *screening*, Titolare del Trattamento è l'ISPO con sede in Firenze, Via Cosimo il Vecchio 2  
Consenso ai sensi dell'art. 76 1b del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Acquisite tutte le informazioni, presta il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, per i fini indicati nella suddetta informativa.

Firenze,

Firma

**E' d'accordo che il risultato dell'esame venga comunicato anche al Suo Medico di Medicina Generale?**

**SI      NO**

**E' d'accordo ad essere contattata telefonicamente?**

**SI      NO**

FIRMA

S.S. Laboratorio Regionale HPV e Biologia Molecolare  
Responsabile: Francesca Carozzi

Ricerca HPV ad Alto Rischio (HPV-HR) su prelievo cervico-vaginale

- Triage ASC-US
- Triage LSIL
- Follow-up post trattamento
- Post Colposcopia Negativa
- Richiesta Medica con Ticket (allegati entrambi)
- Altro \_\_\_\_\_

Materiale inviato:

- Prelievo cervico-vaginale in ThinPrep
- Altro \_\_\_\_\_ (specificare)

Cognome:	Nome:	
ID Numerico	Data di nascita _____/_____/_____	Data prelievo _____/_____/_____
Indirizzo:		
Codice fiscale		
Nome/codice prelevatore	Ambulatorio	
Note:		

S.S. Laboratorio Regionale HPV e Biologia Molecolare  
Responsabile: Francesca Carozzi

INFORMATIVA PRIVACY E RICHIESTA DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI  
(art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196)

Gentile Signora

Desideriamo informarLa che l'adesione ai programmi di prevenzione e diagnosi precoce comporta il trattamento, cioè l'utilizzo, dei Suoi dati personali (dati anagrafici, recapito, codice fiscale, ecc..) e sensibili (informazioni sullo stato di salute). Tali informazioni, indispensabili per erogarLe la prestazione e per permettere gli adempimenti amministrativi correlati, sono utilizzati nel rispetto del segreto personale e d'ufficio e secondo i principi della normativa in materia di protezione dei dati personali, D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 (codice privacy). Pertanto nello spirito di massima chiarezza e comprensibilità, le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento dei dati che La riguardano:

**Finalità del trattamento.** I Suoi dati di natura personale e sensibile, verranno trattati nei limiti di legge consentiti, per l'esecuzione delle prestazioni sanitarie e degli accertamenti connessi all'effettuazione dei test di screening HPV e Pap test, oltre che per gli ordinari adempimenti amministrativi. In nessun caso i dati di natura sensibile saranno oggetto di diffusione e comunicazione a terzi non autorizzati e potranno essere trattati - con le dovute misure di protezione dai soli soggetti che intervengono nel percorso di screening, per quanto di loro rispettiva e specifica competenza (Operatori del Centro di Coordinamento Screening e dei servizi ospedalieri e territoriale dell'ASL ... nonché da ISPO di Firenze per l'esecuzione degli esami). I dati, trasformati in forma anonima o aggregata, potranno essere utilizzati per le necessarie verifiche di qualità e di valutazione dell'assistenza o per esclusive finalità di ricerca scientifica o statistica. Tutti i dati richiesti sono facoltativi; tuttavia, in caso di eventuale rifiuto a fornirli, l'Azienda non potrà essere in grado di eseguire le prestazioni sanitarie richieste.

**Modalità di trattamento.** I dati sono gestiti sia in forma cartacea che informatizzata e sono conservati per il tempo necessario all'assolvimento degli obblighi di legge.

**Diritti dell'interessato.** Lei potrà in qualunque momento conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi. Potrà inoltre esercitare tutti i diritti a lei spettanti e specificatamente descritti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2012, presentando istanza al Titolare del trattamento dei dati, presso cui è altresì disponibile, a richiesta l'elenco dei Responsabili del Trattamento.

**Il Titolare.** Nell'ambito del programma screening il Titolare del Trattamento dei dati è l'Azienda USL ...; i Responsabili interni del trattamento sono i Responsabili delle strutture aziendali interessate e gli Incaricati nei restanti operatori di tali strutture e nei medici che possono accedere alle informazioni.

Il Responsabile esterno del trattamento è SPO con sede in Firenze, Via Cosimo il Vecchio 2

**Consenso ai sensi dell'art. art. 76 del D.Lgs 30 giugno 2003,n 196** Acquisite tutte le informazioni, presta il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, per i fini indicati nella suddetta informativa

Acconsente       NON Acconsente

..... il \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**Solo per pap test screening o autocertificazione:** Acconsento che in presenza di cellule atipiche di incerto significato (ASC-US), sullo stesso campione venga effettuata la ricerca del virus del Papilloma HPV-HR.

..... FIRMA \_\_\_\_\_

S.S. Laboratorio Regionale HPV e Biologia Molecolare  
Responsabile: Francesca Carozzi**Modulistica per Ricerca HPV per Esteri**

Da consegnare con prelievo a: ISPO S.C. Laboratorio Regionale Prevenzione Oncologica  
Via Cosimo Il Vecchio 2 50139 Firenze tel. 055 32697871  
avendo cura di compilare il modulo sottostante

Cognome:	Nome:	
codice fiscale	data di nascita / /	Data prelievo / /
Indirizzo:		
telefono		
Nome prelevatore	telefono	
Tipo materiale	preparato	
Notizie cliniche		

**Nota bene:** Il presente modulo deve essere accompagnato

da richiesta del medico curante o dello specialista su ricettario regionale indicante la prestazione da effettuare accompagnata dal pagamento del ticket se dovuto in base alle modalità previste dalla normativa vigente (per informazioni contattare la segreteria)

**Modalità ritiro risposta****Si allega:**

<input type="checkbox"/> Per posta alla paziente	<input type="checkbox"/> Impegnativa
<input type="checkbox"/> Direttamente in laboratorio	<input type="checkbox"/> Ricevuta ticket
<input type="checkbox"/> Al medico	<input type="checkbox"/> altro

**INFORMATIVA PRIVACY E RICHIESTA DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI (Art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)**

L'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica di Firenze (ISPO), nell'ambito delle proprie finalità istituzionali di studio e prevenzione dei propri assistiti, intende informarLa che il trattamento dei dati personali da Lei forniti, o comunque appresi nell'ambito dell'espletamento delle proprie attività scientifico-sanitarie, avviene nel rispetto delle misure minime di sicurezza e di tutte le prescrizioni di legge in materia di privacy (D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196). Pertanto, nello spirito di massima chiarezza e comprensibilità, Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento dei dati che La riguardano. **Finalità del trattamento.** I Suoi dati, di natura personale e sensibile, verranno trattati, nei limiti di legge consentiti, per l'esecuzione di prestazioni sanitarie, diagnostiche e di cura, per effettuare esami clinici, per lo svolgimento dell'attività di prevenzione medico-sanitaria, oltre che per gli ordinari adempimenti amministrativi dell'Istituto. I dati così registrati potranno essere trattati in riferimento ad una pluralità di prestazioni sanitarie richieste, eseguite da una o più Unità Operative dell'Istituto e/o comunicati a strutture sanitarie o territoriali che collaborano con l'Istituto per lo svolgimento delle prestazioni richieste. In nessun caso, i dati di natura sensibile saranno oggetto di diffusione o comunicazione a soggetti terzi non autorizzati. I dati potranno, altresì, essere utilizzati per attività di studio e ricerca medico-scientifica, ai sensi dell'art. 110 del D.Lgs. 196/2003. Tutti i dati richiesti sono facoltativi; tuttavia, in caso di eventuale rifiuto a fornirli, l'Istituto non potrà essere in grado di eseguire le prestazioni sanitarie richieste. **Modalità del trattamento.** I dati verranno trattati sia con strumenti elettronici/informatici sia con supporti cartacei nel rispetto delle misure minime di sicurezza. **Diritti dell'Interessato.** In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del Trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, ovvero potrà ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione. Ai sensi del medesimo articolo, Lei ha anche il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento, rivolgendosi al Titolare del Trattamento, presso cui è altresì disponibile, a richiesta, l'elenco completo dei Responsabili del Trattamento. L'esercizio di suddetti diritti o la richiesta di qualsiasi tipo di informazione può essere rivolta al nostro Istituto. **Il Titolare** è ISPO con sede in Firenze, Via Cosimo il Vecchio 2.

Consenso ai sensi dell'art. 76 1b del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

Acquisite tutte le informazioni, presta il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali, per i fini indicati nella suddetta informativa. Letta l'informativa, acconsento al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali

Firma \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> RICERCA E TIPIZZAZIONE HPV (no LP)
<input type="checkbox"/> TEST HPV DNA ad alto rischio
<input type="checkbox"/> PAP TEST

Da compilare a cura della S.C.



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica  
Direttore f.f. Francesca Carozzi

**Al prelevatore**  
**Nome e Cognome**  
**Mittente - Sigla**  
**Indirizzo**  
**Città CAP**

**Oggetto: NON CONFORMITA' rilevata durante la presa in carico**

Con la presente si comunica che è stata riscontrata una non conformità per il campione della

Signora \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_

da Lei prelevato in data \_\_\_\_\_.

La non conformità è relativa a:

- Mancanza della scheda anamnestica (ove prevista)
- Mancanza del barattolo della fase liquida
- Data prelievo non conforme alla processazione
- Mancanza della firma sul modulo della privacy
- Barattolo della fase liquida non è identificato
- Barattolo della fase liquida non idoneo
- Barattolo della fase liquida non conforme (es. vuoto, chiuso male o rotto con relativa perdita di materiale biologico)
- Mancata corrispondenza tra dati su barattolo della fase liquida e file informatico e/o lista cartacea
- Mancata corrispondenza tra dati su barattolo della fase liquida e scheda anamnestica
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Si restituisce pertanto al mittente quanto ricevuto ( scheda  barattolo della fase liquida)

Rimane di vostra competenza il richiamo della signora e l'effettuazione di un nuovo prelievo

**IL SERVIZIO DI ACCETTAZIONE DI ISPO**

**MODULO Anomalia/Non conformità in accettazione**

DATA segnalazione:

DATI di chi effettua la segnalazione al centro prelievo

Cognome	Nome

DATI di chi ha effettuato il Prelievo

Cognome	Nome
Sigla	Mittente

**DATI CAMPIONE**

Nome e Cognome	Data prelievo
Codice Paziente	Data presa in carico

Anomalie riscontrate in fase di accettazione:

- incompleta compilazione della scheda
- non completa corrispondenza fra i dati anagrafici riportati sulla scheda e quelli riportati sul barattolo della fase liquida
- errata tipologia barcode (stampato dal prelevatore) per la tipologia di esame richiesta
- altro.

**PROCEDURE ATTIVATE:**

- comunicazione via e-mail al mittente effettuata in data \_\_\_\_\_  
Esito ricevuta di lettura mail  NO  SI data \_\_\_\_\_
- comunicazione telefonica al mittente effettuata in data \_\_\_\_\_

Tempi previsti per l'efficacia dell'azione e per la chiusura dell'azione intrapresa 3 giorni lavorativi

**TRATTAMENTO Anomalia**

- Si accetta       Si rifiuta

Firma di chi ha rilevato la NC

RESTITUZIONE AL Mittente in data

previa compilazione modulo allegato 8a

Al Responsabile dello screening cervicale

Sigla ASL

Indirizzo

Città

CAP

**OGGETTO: Non conformità del campione biologico**

Con la presente si comunica che è stata riscontrata una non conformità per il campione della

Signora \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

Da voi inviato in data \_\_\_\_\_ per il programma di screening del carcinoma della  
cervice uterina della ASL \_\_\_\_\_

La non conformità è relativa a:

1. Mancanza della scheda anamnestica (ove prevista)
2. Mancanza del barattolo della fase liquida
3. Data prelievo non conforme alla processazione
4. Mancanza della firma sul modulo della privacy
5. Barattolo della fase liquida non è identificato
6. Barattolo della fase liquida non idoneo
7. Barattolo della fase liquida non conforme (es. vuoto, chiuso male o rotto con relativa perdita di  
materiale biologico)
8. Mancata corrispondenza tra dati su barattolo della fase liquida e file informatico e/o lista  
cartacea
9. Mancata corrispondenza tra dati su barattolo della fase liquida e scheda anamnestica
10. Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Pertanto, si restituisce al mittente quanto ricevuto ( scheda anamnestica  provetta HPV).

Rimane di vostra competenza il richiamo della Signora e l'effettuazione di un nuovo prelievo.

**CHECKLIST Verifica campioni HPV screening ALTRE ASL e presa in carico**

Data Report acquisizione campioni _____	Data arrivo campioni _____
Nº campioni _____	Operatore _____ (Nome) Cod.Operatore _____
Data presa in carico Tipo campione <input type="checkbox"/> TP <input type="checkbox"/> altro	Provenienza (nº ASL)
Nº progressivo ID lab nº iniziale _____ nº finale _____	
Modalità conservazione campioni in TP da data prelievo (verifica "a video" o da lista ASL)  <b>ThinPrep:</b> 6 settimane a temperatura ambiente ( <i>42 giorni dalla data prelievo</i> )	Campioni TP con data prelievo $\geq$ 5 settimane ( $\geq$ 35 giorni dal prelievo) n. Totale _____  Nº id _____ Nº id _____ Nº id _____  <input type="checkbox"/> segnalati immediatamente al lab HPV per tempi processamento
Campioni non conservati correttamente: nº _____ Se presenti, specificare:  ID n. _____ ID n. _____ ID n. _____ ID n. _____ ID n. _____ ID n. _____ ID n. _____ ID n. _____	
<input type="checkbox"/> <u><a href="#">Re-inviati alla ASL di provenienza</a></u> <input type="checkbox"/> Compilazione allegato (Allegato 12 della procedura CP014) voce "Altro", specificando: <ul style="list-style-type: none"> <li>- data prelievo superiore a quanto previsto dal protocollo</li> <li>- modalità di conservazione di non idonea</li> </ul> <input type="checkbox"/> Inviata comunicazione (e-mail) e cartaceo in data _____	
<input type="checkbox"/> Effettuata verifica corrispondenza codice e nome su barattolo/dati "a video"/dati su scheda anamnestica <input type="checkbox"/> Effettuata stampa lista dei campioni presi in carico <input type="checkbox"/> Eventuali anomalie nella procedura di presa in carico  Se sì, specificare _____	
<input type="checkbox"/> Campioni non conformi da mettere in SOSPESO nº _____  <input type="checkbox"/> Messa in "SOSPESO" dei campioni (vedi Allegato 2 CP014) <input type="checkbox"/> Inviata comunicazione (e-mail)  <input type="checkbox"/> Campioni non conformi nº _____ <input type="checkbox"/> Compilazione allegato (Allegato 19 della procedura CP014) <input type="checkbox"/> Inviata comunicazione (e-mail) in data _____ <input type="checkbox"/> Re-envio immediato del campione all'ASL inviante con Allegato 19 cartaceo (per i motivi di re-envio immediato vedi Allegato 2 CP014)	
Campioni la cui non conformità è stata risolta (vedi Allegato 2 CP014) _____ nº _____  ID n. _____ ID n. _____ ID n. _____ ID n. _____	
<input type="checkbox"/> Tolto/i dallo stato in "SOSPESO" <input type="checkbox"/> Preso/i in carico secondo procedura CP014 <input type="checkbox"/> Consegnato/i in laboratorio con la relativa lista di presa in carico	

**NOTE:** \_\_\_\_\_

---





Firenze,  
Prot. n.

Al Direttore Generale  
Al Direttore Sanitario  
ISPO

Progetto "Integrazione dei programmi di vaccinazione e di screening per la prevenzione del cervicocarcinoma: interventi per ridefinire e implementare nuovi protocolli di screening per le donne vaccinate prima dell'età di inizio dello screening" - CCM 2016 -  
Finanziato dal Ministero della Salute

durata progetto 24 mesi Aut 1/2017 cdc 756

### Richiesta attivazione convenzioni

Come già rappresentato nella relazione allegata all'atto di approvazione del progetto e del relativo piano economico finanziario (Delibera DG n ..... del ..... ) nonché nel progetto esecutivo approvato dal Ministero della Salute, il progetto della durata di 24 mesi (dal 01/04/2017 al 31/03/2019) prevede che ISPO si avvalga, per lo svolgimento delle attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti dallo stesso, della collaborazione dei seguenti Enti esterni:

1. Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino - Referente del progetto è il Dr. Guglielmo Ronco, Dirigente Medico - Direttore della S.C. Epidemiologia dei Tumori 2 per il CPO Piemonte - identificata nel progetto esecutivo come - Unità Operativa n. 2;
2. IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul cancro - Referente del progetto è la Dott.ssa Luigina Ada Bonelli - Dirigente Medico della SC Epidemiologia Clinica - Ospedale San Martino - identificata nel progetto esecutivo come Unità Operativa n. 3;
3. Regione Basilicata – Dipartimento Politiche della Persona – Ufficio Prevenzione Primaria – Referente del progetto è la Dott.ssa Gabriella Cauzillo - ...Dirigente Ufficio Prevenzione Primaria Dipartimento Politiche della Persona Regione Basilicata- identificata nel progetto esecutivo come Unità Operativa n. 4;
4. Istituto Oncologico Veneto IOV IRCCS Padova – Referente del progetto è la Dott.ssa Annarosa Del Mistro - Dirigente Medico Immunologia e Diagnostica Molecolare Oncologica - identificato nel progetto esecutivo come Unità Operativa n. 5;
5. AUSL Reggio Emilia - Referente del progetto è il Dott. Paolo Giorgi Rossi – Dirigente UOC Interaziendale di Epidemiologia e Comunicazione del Rischio - identificata nel progetto esecutivo come Unità Operativa n. 6.

per lo svolgimento delle seguenti attività:

- Unità Operativa n. 2 - Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino:
  - Coordinamento attività in Piemonte;
  - Incrocio archivi vaccinali con archivi di screening;
  - Arruolamento e effettuazione del test HPV per la coorte delle 25enni (vaccinate e non vaccinate) che si presenteranno allo screening;
  - Identificazione delle coorte donne 25enni vaccinate e HPV negative.

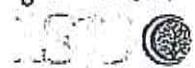
Tali compensi, ritenuti congrui, devono essere imputati all'aut 1/2017 cdc 756, alla voce "Trasferimenti/finanziamenti ad altri enti" così come previsto nel piano economico finanziario del progetto approvato con Delibera DG n. del

Il Responsabile del progetto  
Dr. Marco Zappa

Visto per parere di congruità scientifica:

Il Referente Scientifico

Dr. Domenico Palli

*Prot. 8/2015***Firenze, 04/09//2015**

Alla cortese attenzione di:

S.C. Laboratorio Prevenzione Oncologica

Il Dirigente

- Dott. M. Confortini

Il Preposto

- Dott.ssa Francesca Carozzi

p.c.

Direttore Sanitario

- Dott. R. Poli

**Oggetto: misure di prevenzione e protezione, di cui al D.Lgs.81/08 e s.m. ed i., nella manipolazione dei barattoli di ThinPrep della ditta Hologic.**

Prendendo a riferimento la Scheda di Sicurezza del barattolo ThinPrep PreservCyt Solution (versione n°1 del 09/10/2012) e il capitolo 3 del Manuale per l'operatore del processore ThinPrep 5000 della ditta Hologic, si possono identificare 3 tipi di pericoli:

- Pericoli fisici: il liquido è infiammabile (metanolo 30%-60%);
- Pericoli per la salute: il liquido è tossico per inalazione, a contatto della pelle e per ingestione.
- Pericoli per l'ambiente.

Sulla base dei pericoli sopra evidenziati, vista la probabilità di venire a contatto con la sostanza ed il danno relativo, si possono concretizzare i seguenti rischi:

**- Rischio di incendio:** presenza di metanolo all'interno del barattolo con concentrazione variabile dal 30% al 60%.

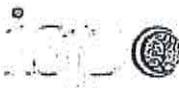
Visto che il barattolo integro può essere utilizzato in un ambulatorio, si impone, ragionando in sicurezza, che in esso venga conservata una quantità di materiale infiammabile al di sotto dei 5 litri. Tale indicazione è mutuata dalle indicazioni fornite sul ThinPrep. Pertanto, supponendo sempre di ragionare in sicurezza e ipotizzando di avere il 60% di metanolo/20ml di liquido contenuto nel barattolo, si consiglia di non stoccare più di 415 barattoli in ogni ambulatorio. Se necessaria più scorta occorre quindi dotarsi di un armadio per gli agenti infiammabili.

Per lo stoccaggio in laboratorio invece possiamo considerare che la metratura della stanza individuata, secondo la National Fire Protection Association (NFPA), dove vengono processati, è sufficiente per processare circa 700 barattoli/giorno e il deposito adiacente (avente porta REI 60) può contenere circa 3500 barattoli/settimana.

Per lo stoccaggio in accettazione occorre seguire le indicazioni date per l'ambulatorio.

**- Rischio chimico in ambulatorio:** è necessario utilizzare dei guanti protettivi di gomma nitrile e d un paio di occhiali protettivi; nel caso in cui ci sia una ventilazione insufficiente<sup>1</sup> o in caso di riscaldamento del prodotto occorre usare un apparecchio respiratorio adatto con filtro antigas (tipo A2).

<sup>1</sup> Per ventilazione sufficiente è da intendersi un'aerazione naturale pari a 1/8 della superficie; essa può o meno essere integrata da una aerazione meccanica che garantisca almeno 2 vol./h.



- **Rischio chimico in laboratorio:** per le fasi del processo analitico è stata eseguita una valutazione specifica con il metodo Mo.Va.Ris.Ch. con il quale si è determinato che il rischio di esposizione è irrilevante per la salute (*cfr. allegato 1*).

- **Rischio biologico:** il rischio viene tenuto sotto controllo utilizzando i Dispositivi di Protezione Individuale (D.P.I.) sopra descritti e rispettando le procedura di sicurezza in essere nel presidio.

Per le modalità di trasporto attenersi alle indicazioni fornite per il ThinPrep.

Infine, per lo smaltimento, utilizzare il codice CER 18.01.06 (sostanze chimiche pericolose o contenenti sostanze pericolose) se il barattolo è scaduto o comunque non utilizzato e il codice CER 18.01.03 (rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni) se campionato con materiale biologico. Per le nuove disposizioni del SISTRJ siamo in attesa della valutazione specifica del rifiuto refluo dello strumento.

Cordiali saluti.

Responsabile del Servizio  
Prevenzione e Protezione

(*Ing. Gianluca Verdolini*)

Gianluca Verdolini

Addetto del Servizio  
Prevenzione e Protezione

(*Dott.ssa Tiziana Rubeca*)

Tiziana Rubeca

Allegati: 1. calcolo del rischio chimico per ThinPrep.

**Calcolo del Rischio Chimico nell'utilizzo dei barattoli di ThinPrep su strumentazione Qiasymphony (della ditta Quiagen).**

In seguito al sopralluogo effettuato presso il Laboratorio di Prevenzione Oncologica di ISPO in Villa delle Rose, è stato calcolato il rischio chimico sull'utilizzo dei barattoli di ThinPrep su strumentazione Qiasymphony (della ditta Quiagen), utilizzando il Modello di Valutazione del Rischio Chimico denominato con un semplice acronimo "MoVaRisChi", approvato dai gruppi tecnici delle Regioni Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia in applicazione alle Linee Guida del Titolo VII-bis D.Lgs. 626/94, ora Titolo IX Capo I D.Lgs. 81/08, proposte dal Coordinamento Tecnico per la Sicurezza nei luoghi di lavoro delle Regioni e delle Province autonome.

Il MoVaRisChi è una modalità di analisi che attraverso un percorso informatico semplice consente di effettuare la valutazione del rischio chimico per la salute dei lavoratori secondo quanto previsto dall'articolo 223 del D.Lgs. 81/08.

Nel modello è prevista l'identificazione e il peso da assegnare ai parametri indicati dall'articolo di legge, e dai quali non è possibile prescindere, per effettuare la valutazione del rischio chimico per la salute. Il modello, che va inteso come un percorso di "facilitazione", rende possibile classificare ogni lavoratore esposto ad agenti chimici pericolosi in rischio irrilevante per la salute o non irrilevante per la salute in considerazione agli adempimenti del Titolo IX Capo I D.Lgs. 81/08 per quanto riguarda il rischio chimico per la salute dei lavoratori.

Nel caso in cui per un agente chimico pericoloso siano previste contemporaneamente entrambe le vie di assorbimento, inalatoria e cutanea, il rischio R cumulativo viene calcolato come radice quadrata della somma del rischio inalatorio più quello cutaneo; nel caso specifico:

R=PxE

*Sostanze: Metanolo (30%-60%).*

Frasi di pericolo:

- H226 Liquido e vapori infiammabili
- H301 Tossico se ingerito
- H311 Tossico per contatto con la pelle
- H331 Tossico se inalato
- H370 Provoca danni agli organi (central nervous system, liver and kidneys).

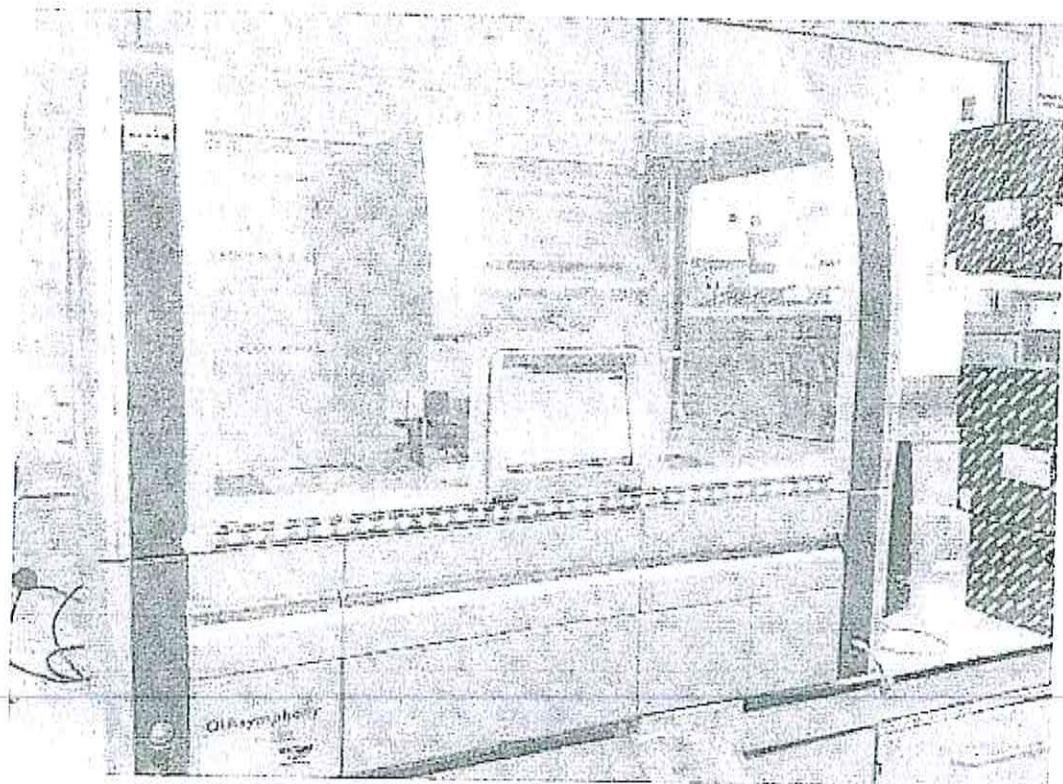
Score (P):

- H301 = 2,25
- H311 = 4,50
- H331 = 6
- H370 = 9,50

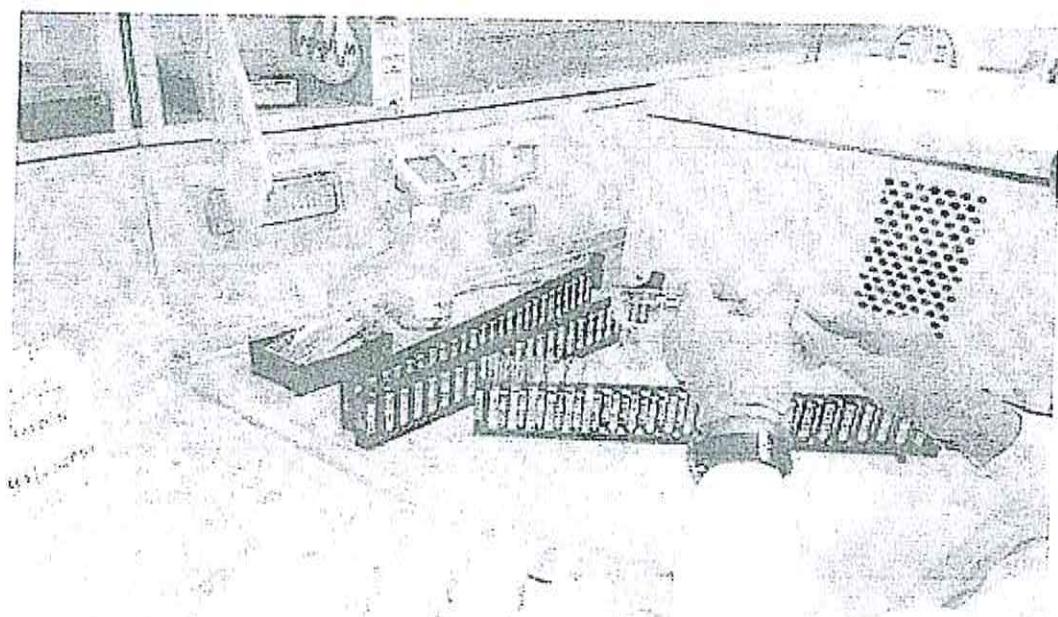
Ogni barattolino di ThinPrep contiene 30-60% di Metanolo (Scheda di sicurezza).

Il calcolo del rischio chimico è relativo alla presenza del 60% di metanolo quando viene aperto.

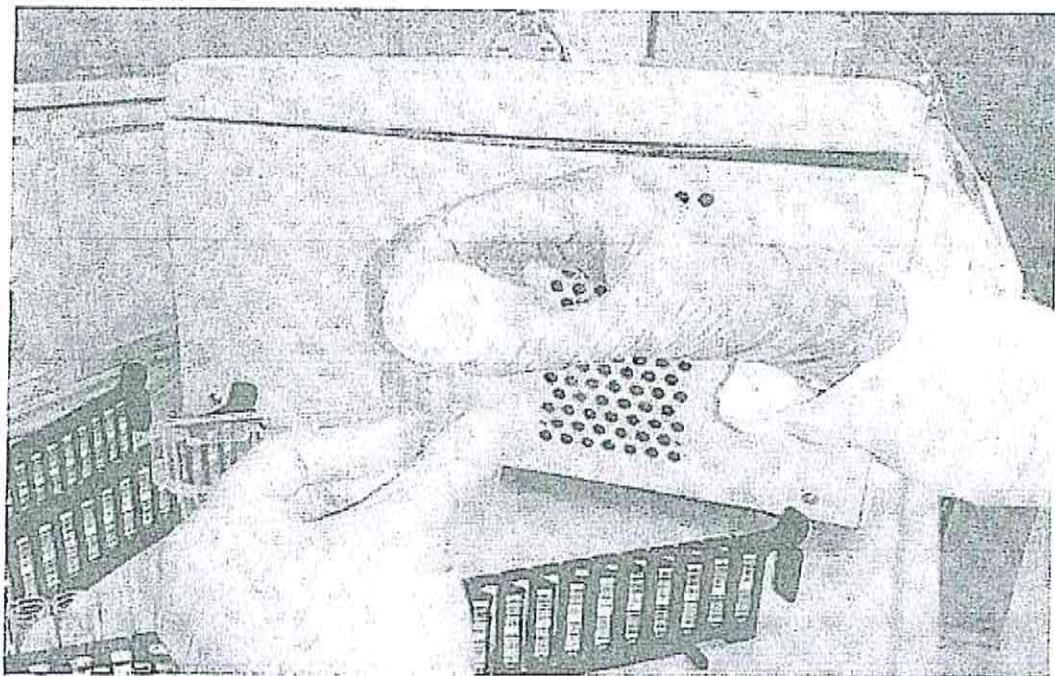
La strumentazione Qiasymphony che viene utilizzata per la processazione delle piastre del test HPV può lavorare in continuo, al massimo però per un ciclo di 96 pozzi (2h e 10 min). Una piastra prevede, infatti, 96 pozzi. Le provette dalle quali lo strumento preleva il materiale per i pozzi delle piastra sono sistemati su speciali rack (chiamati BATCH) che possono montare 24 campioni per volta (in realtà i campioni sono 86 perché 10 pozzi sono di controllo e non si usa il ThinPrep).



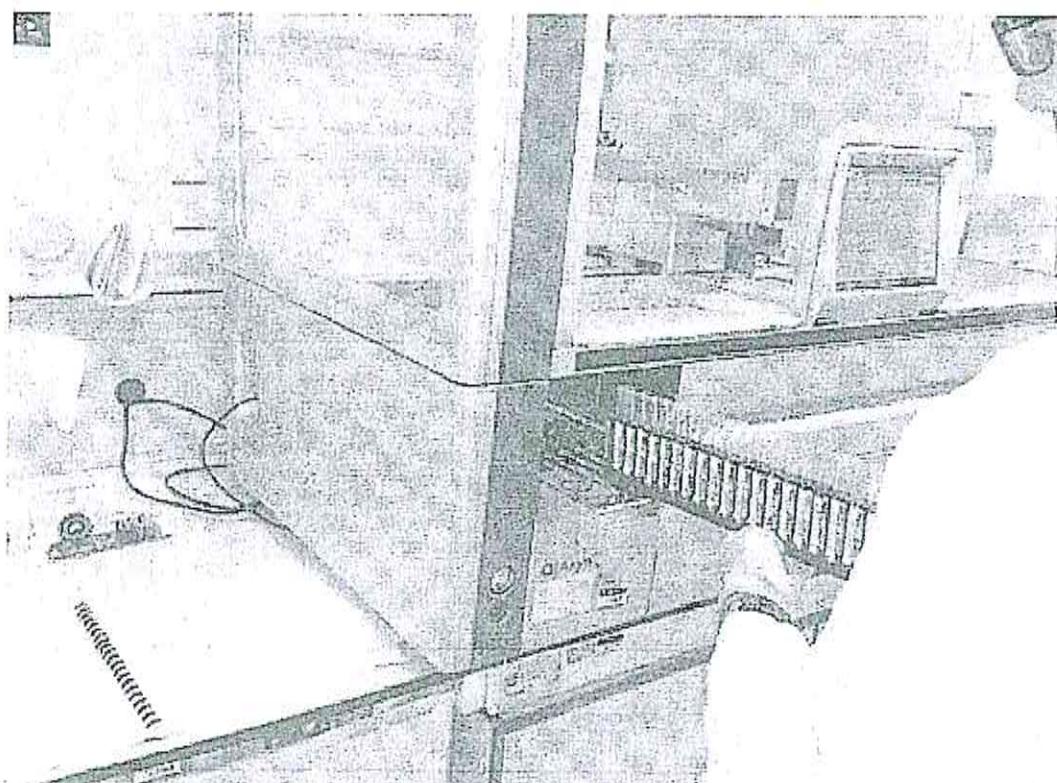
- Fig. 1: Strumentazione Qiasymphony -



- Fig. 2: trasferimento del ThinPrep sulle provette del batch -



- Fig. 3: particolare del suddetto trasferimento -



- Fig. 4: inserimento del batch -

L'inserimento dei batch nel Qiasymphony avviene tramite sportello; al massimo possono essere caricati 4 batch. Lo sportello viene chiuso dopo l'ultimo batch inserito.

Breve riassunto del processo operativo.

- Il barattolo di ThinPrep viene aperto e circa 4cc vengono trasferiti nella provetta del batch. Successivamente il barattolino viene richiuso.
- Si ripete il processo per 24 volte.
- Si allestiscono 4 batch per volta (aperti-trasferiti-chiusi).
- Per trasferire i ThinPrep nei 4 batch si considera 20 min.
- Distanza dalla fonte 30 cm.
- Il personale indossa il camice e i guanti in nitrile.

Applicando il metodo suddetto il rischio cumulativo risulta:

$$R_{cum} = \sqrt{(R_{final}^2 + R_{acute}^2)} = 13,44$$

Il rischio chimico calcolato con il Mavarisch risulta: irrilevante per la salute.

Responsabile del Servizio

Prevenzione e Protezione

(*Sig. Gianluca Verdolaji*)  
*Gianluca Verdolaji*

---

Addetto del Servizio

Prevenzione e Protezione

(*Dott.ssa Tiziana Ribeca*)

*Tiziana Ribeca*

 <p><b>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b></p>	<b>Istruzione operativa</b> <b>Procedura: Presa in carico del materiale biologico (invio, trasporto e presa in carico)</b> <b>Allegato 23: Verifica campioni presi in carico ma non accettati mediante XSPOOL</b>	<b>Codice Aziendale</b> <b>CP014</b> <b>Pag. 1 di 3</b> <b>Ed.2 Rev.1</b> <b>20/12/2016</b>
--	---	---

## 1. SCOPO

Definire le modalità di controllo dell'attività di presa in carico dei campioni afferenti al programma di screening del tumore della cervice uterina.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

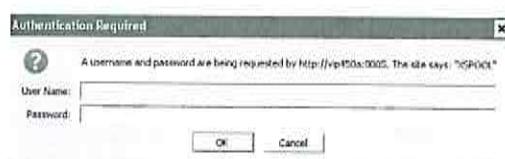
La presente istruzione operativa deve essere applicata dal Responsabile PDA o da un suo sostituto.

## 3. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Come indicato nella procedura (allegati 2 e 3) per il controllo dell'attività di presa in carico ed eventuali anomalie intercorse tra questa e la fase di accettazione, per i programmi si screening HPV primario e Pap test primario è necessario che venga consultato settimanalmente il report “campioni presi in carico, ma non accettati” mediante utility “xspool”.

### 3.1 Accesso in XSPOOL

- Nella barra degli indirizzi del browser, digitare il seguente url:  
<http://vip450a:8085/xspoolcspo/xspool.jsp>
- Comparirà una maschera con la richiesta delle credenziali d'accesso:  
l'utente è *laboratorio* (senza password) e digitare OK



**Procedura: Presa in carico del materiale biologico (invio, trasporto e presa in carico)**

**Pag. 2 di 3**

**Allegato 23: Verifica campioni presi in carico ma non accettati mediante XSPOOL**

**Ed.2 Rev.1**

**20/12/2016**

### 3.2 Consultazione XSPOOL

Alla voce queue si possono trovare i diversi report consultabili (vedi schermata in basso)

The screenshot shows the XSPOOL 2.2.4 software interface. On the left, there's a sidebar with navigation links like 'Albero ordinato per utente', 'Espandi tutti', 'Comprimi tutti', and 'Aggiorna albero'. Below these are sections for 'laboratorio' (selected) and 'queue'. The main area is titled 'XSPOOL 2.2.4' and has tabs for 'Aggiorna', 'Stampa', 'Visualizza', 'Modifica', 'Duplica', 'Cancella', and 'Filtro'. A search bar at the top says 'Cerca:'. Below it is a table with columns: 'job', 'descrizione', 'id', 'data', 'ora', 'dimensione', 'classe', 'pt', 'cp', 'form', and 'spoint'. The table contains numerous rows of data, mostly related to HPV PAP samples. At the bottom of the table, there's a note: 'In 1 a 10 di 2422 con 50 + per pagina'.

In particolare, il Responsabile PDA o suo sostituto, controlla settimanalmente la lista dedicata (HPV PAP presi in carico, ma non accettati) selezionando la voce "HPV PAP CAMPIONI NON ACCETTATI" e cliccando visualizza. Il personale incaricato provvederà all'individuazione delle problematiche rilevate, procedendo alla loro risoluzione, e invia un resoconto del controllo effettuato al Direttore di S.C..

### 3.3 Verifica dei nominativi presenti in lista

Il responsabile del PDA back-office provvede al controllo dei casi registrati e alla loro risoluzione. Informa dell'avvenuto controllo e delle eventuali azioni risolutive il Direttore di LRPO mediante mail, allegando l'eventuale documento riportante le azioni risolutive. Se i campioni che sono presenti nella lista sopra menzionata, da controllo sui rispettivi gestionali, risultano correttamente accettati e riferiti e sono quindi presenti in lista a causa di un "disallineamento" tra il gestionale PANA e il gestionale RECA, il problema deve essere comunicato alla U.O. di Screening e Prevenzione Secondaria, la quale provvederà alla sua risoluzione affinché questi nominativi non siano più presenti in lista.



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA

## Istruzione operativa

Codice Aziendale

CP014

**Procedura: Presa in carico del  
materiale biologico (invio, trasporto e  
presa in carico)**

Pag. 3 di 3

Allegato 23: Verifica campioni presi  
in carico ma non accettati mediante  
XSPOOL

Ed.2 Rev.1

20/12/2016