


 ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale <b>GP005</b>
	<b>Check list per la gestione del rischio chirurgico/procedure invasive in area ambulatoriale</b>	<b>Pag. 1 di 8</b>  <b>Edizione 1</b>
	<b>Gruppo Rischio Clinico</b>	<b>Revisione 1</b>

**Gruppo di redazione:** Beatrice Mallardi, Daniela Ambrogetti, Rita Bonardi, Antonella Cipriani, Paolo Nardini, Anna Iossa, Karin Louise Andersson.

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Beatrice Mallardi	Dirigente Medico	24/10/2014	
VERIFICA	Guido Castiglione	Referente per la Qualità e l'Accreditamento	24/11/2014	
APPROVAZIONE	Riccardo Poli	Direttore Sanitario	01/12/2014	X 

## INDICE


1.	SCOPO .....	pag. 3
2.	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	pag. 3
3.	TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI .....	pag. 3
4.	RESPONSABILITÀ .....	pag. 3
5.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ .....	pag. 6
6.	RIFERIMENTI .....	pag. 7
7.	ALLEGATI .....	pag. 7

 <b>ISP</b> ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale <b>GP005</b>
	<b>Check list per la gestione del rischio chirurgico/procedure invasive in area ambulatoriale</b>	<b>Pag. 2 di 8</b>  <b>Edizione 1</b>
	<b>Gruppo Rischio Clinico</b>	<b>Revisione 1</b>

## DISTRIBUZIONE

La presente procedura viene distribuita alle seguenti Strutture o Centri di Responsabilità

		Si/No
Direzione Generale		Si
Direzione Sanitaria		Si
Direzione Amministrativa		Si
Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione		Si
Coordinamento Tecnico-sanitario		Si
Coordinamento Statistico		
S.S. Contabilità e Controllo di Gestione		
S.S. Formazione, Attività Editoriali e Comunicazione		
S.S. Centro Riabilitazione Oncologica		
STRUTTURE COMPLESSE	STRUTTURE SEMPLICI COLLEGATE	
Laboratorio di Prevenzione Oncologica	Diagnostica HPV e Oncologia Molecolare	
	Citologia	
Senologia		Si
Prevenzione Secondaria – Screening	Mammografia Screening Si	Si
	CRR Prevenzione Oncologica	
Epidemiologia Clinico-Descrittiva e Registri	Infrastruttura Registri	
	Valutazione Screening	
Epidemiologia Molecolare Nutrizionale		
Biostatistica Applicata	Epidemiologia Ambientale ed Occupazionale	
Gestione Coordinamento Processi e Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico-scientifica e Supporto Amministrativo ITT		

 <b>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b>	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale <b>GP005</b>
	<b>Check list per la gestione del rischio chirurgico/procedure invasive in area ambulatoriale</b>	<b>Pag. 3 di 8</b>  <b>Edizione 1</b>
	<b>Gruppo Rischio Clinico</b>	<b>Revisione 1</b>

## 1. SCOPO

Controllare che ogni utente per cui sia in programma un intervento diagnostico o terapeutico in sala VAB (Agobiopsia mammaria stereotassica con retro aspirazione), sala Dermatologica e sala di Endoscopia Digestiva ISPO, sia fornito di tutta la documentazione clinica e amministrativa prevista e che le sale operative siano ben organizzate con accessori e strumenti adeguati.

Obiettivi specifici:

- Controllare che al paziente sia stata fornita adeguata informazione sulla procedura da effettuare e che abbia dato il consenso informato;
- Controllare che siano stati eseguiti gli esami bioumorali e strumentali previsti in preparazione all'esame, qualora siano previsti;
- Controllare che tutta la documentazione sia in regola;
- Controllare che la sala sia adeguatamente preparata ad accogliere la procedura in programma e siano presenti tutti gli strumenti necessari per effettuare l'esame;
- Controllare adeguata processazione del materiale biologico per esame istologico;
- Controllare la corretta compilazione della documentazione dopo l'esame;
- Controllare sia stata fornita adeguata informazione post esame al paziente.

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica a tutte le procedure chirurgiche e invasive che vengono eseguite:

1. nelle aree diagnostico interventistiche (VAB e Endoscopia digestiva)
2. nell'area di chirurgia ambulatoriale (dermatologica).


Destinato a tutto il personale medico-infermieristico-tecnico-operatore sociosanitario, che svolge la propria attività nelle sale di VAB, Dermatologia, Endoscopia digestiva.

## 3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

- **VAB:** vacuum assisted biopsy
- **TSRM:** Tecnico Sanitario di Radiologia Medica

## 4. RESPONSABILITA' (VAB)

<b>Figura che svolge l'attività</b>	<i>Medico</i>	<i>TSRM</i>	<i>Infermiere</i>
<b>Descrizione delle Attività</b>			
1. Prenotazione			R
2. Allestimento ambulatorio		R	
3. Presa in carico	C	R	
4. Verifica corretta compilazione e firma del consenso informato.	R	C	C
5. Esecuzione esame	R	C	


 <b>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b>	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale <b>GP005</b>
	<b>Check list per la gestione del rischio chirurgico/procedure invasive in area ambulatoriale</b>	<b>Pag. 4 di 8</b> <b>Edizione 1</b>
	<b>Gruppo Rischio Clinico</b>	<b>Revisione 1</b>

6. Assistenza post esame	R	C	
7. Ripristino sala		R	
8. Processazione accessori, strumenti		R	
9. Refertazione-Dimissione	R		
10. Processazione esame istologico	R	C	
11. Consegna Referto	R	C	

#### RESPONSABILITA' (DERMATOLOGIA)

<b>Figura che svolge l'attività</b>	<i>Medico</i>	<i>Infermiere</i>
<b>Descrizione delle Attività</b>		
1. Prenotazione		R
2. Allestimento ambulatorio		R
3. Presa in carico	C	R
4. Verifica corretta compilazione e firma del consenso informato.	R	C
5. Esecuzione esame	R	C
6. Assistenza post esame		R
7. Ripristino sala		R
8. Processazione accessori, strumenti		R
9. Refertazione-Dimissione	R	
10. Processazione esame istologico	R	C
11. Consegna Referto	R	



 <b>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b>	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale <b>GP005</b>
	<b>Check list per la gestione del rischio chirurgico/procedure invasive in area ambulatoriale</b>	<b>Pag. 5 di 8</b>  <b>Edizione 1</b>
	<b>Gruppo Rischio Clinico</b>	<b>Revisione 1</b>


### RESPONSABILITA' (ENDOSCOPIA)

<b>Figura che svolge l'attività</b>	<i>Medico</i>	<i>Infermiere</i>	<i>Medico Anestesista</i>
<b>Descrizione delle Attività</b>			
1. Prenotazione		R	
2. Allestimento ambulatorio		R	
3. Presa in carico	C	R	
4. Verifica corretta compilazione e firma del consenso informato.	R	C	R
5. Esecuzione esame	R	C	
6. Esecuzione Anestesia			R
7. Assistenza post esame		R	
8. Ripristino sala		R	
9. Processazione accessori, strumenti		R	
10. Refertazione-Dimissione	R		
11. Processazione esame istologico	R	C	
12. Consegna Referto	R		

**R** = Responsabile    **C** = Coinvolto

### RESPONSABILITA' (COLPOSCOPIA)

<b>Figura che svolge l'attività</b>	<i>Medico</i>	<i>Infermiere</i>
<b>Descrizione delle Attività</b>		
1. Prenotazione		R
2. Allestimento ambulatorio		R
3. Presa in carico	C	R

 <b>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b>	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale <b>GP005</b>
	<b>Check list per la gestione del rischio chirurgico/procedure invasive in area ambulatoriale</b>	<b>Pag. 6 di 8</b>  <b>Edizione 1</b>
	<b>Gruppo Rischio Clinico</b>	<b>Revisione 1</b>

4. Verifica corretta compilazione e firma del consenso informato.	R	C
5. Esecuzione esame	R	
6. Assistenza post esame	C	R
7. Ripristino sala		R
8. Processazione accessori, strumenti		R
9. Refertazione-Dimissione	R	
10. Processazione esame istologico	R	C
11. Consegna Referto	R	C

**R** = Responsabile    **C** = Coinvolto

## 5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

La procedura prevede che l'esecuzione di fasi funzionali alla sicurezza del paziente venga documentata anche mediante la compilazione di una checklist. Di seguito viene quindi illustrata la responsabilità dell'attuazione delle singole verifiche, della compilazione delle relative sezioni della checklist allegata alla procedura e quando tali controlli debbano essere eseguiti.

### Consenso informato

Il medico che effettuerà la procedura chirurgica o invasiva, dopo aver verificato che il paziente è stato adeguatamente informato e raccolto il consenso all'intervento, firma la relativa modulistica e, di seguito, la corrispondente sezione della checklist.

### Identificazione del paziente


Il medico o l'operatore che accerta, mediante doppio identificativo (es. nome, cognome e data di nascita) l'identità del paziente, verifica la presenza della documentazione clinica, compila la relativa sezione della checklist (Vedi procedura AP005 – Corretta identificazione del paziente).

### Valutazione preparazione della sala

L'infermiere o il TSRM controlla l'adeguata pulizia della sala e la presenza dello strumentario necessario per effettuare l'esame

### Valutazione rischio reazioni allergiche

Il medico che effettuerà la procedura chirurgica o invasiva, verifica, coinvolgendo il paziente, la presenza di allergie note e compila la corrispondente sezione della checklist.

 <b>ISP</b> ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale <b>GP005</b>
	<b>Check list per la gestione del rischio chirurgico/procedure invasive in area ambulatoriale</b>	<b>Pag. 7 di 8</b> <b>Edizione 1</b>
	<b>Gruppo Rischio Clinico</b>	<b>Revisione 1</b>

#### **Valutazione rischio anestesia (solo per endoscopia digestiva)**

Il medico anestesista verifica gli esami e la documentazione che era stata richiesta al paziente in fase di prenotazione (ECG, esami ematici) e compila la sua parte nella checklist.

N.B. i pazienti che, dal questionario somministrato loro in fase di prenotazione, presentano problematiche di salute tali da poter interferire con l'anestesia, vengono inviati ad una visita ambulatoriale con il medico anestesista che, in quell'occasione, deciderà se inviare il paziente ad eseguire l'esame in ambiente protetto ospedaliero (Vedi procedura PP012 colonscopia).

#### **Valutazione esame istologico**

Il medico che effettua la procedura compila la richiesta per esame istologico, verifica la corretta etichettatura della provetta contenente il materiale biologico allestita dall'infermiere o dal tecnico sanitario di radiologia medica.

#### **Marcatura del sito (solo per mammotome)**

Il medico che effettua la procedura biotica rx guidata marca poi il sito della biopsia con clip.

#### **Consegna referti post esame (solo per dermatologia ed endoscopia)**

Verificare consegna referto esame, informativa post esame, modulo per ritiro istologico o invio per posta a domicilio.


Le pazienti del mammotome riceveranno relazione finale del loro percorso all'arrivo dell'esame istologico.

### **6. RIFERIMENTI**

- *Ministero della Salute-Raccomandazione n.3-Marzo 2008-Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.*
- *Regione Toscana-Centro GRC-Buona pratica Checklist di sala operatoria.*
- *Procedura ISPO GP003-Corretta identificazione del paziente.*

### **7. ALLEGATI**

Check list

 <b>ISTITUTO PER LO STUDIO E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA</b>	<b>Procedura</b>	Codice Aziendale <b>GP005</b>
	<b>Check list per la gestione del rischio chirurgico/procedure invasive in area ambulatoriale</b>	<b>Pag. 8 di 8</b>  <b>Edizione 1</b>
	<b>Gruppo Rischio Clinico</b>	<b>Revisione 1</b>

ALLEGATO.

## Checklist

### CHECK LIST PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CHIRURGICO/PROCEDURA INVASIVA IN AREA AMBULATORIALE

PAZIENTE (Nome e Cognome) _____		Data Esame _____ / _____ / _____	
Data di nascita _____ / _____ / _____			
Tipo Esame/intervento: _____			
Dermatologia Biopsia incisionale	Endoscopia Pancolonscopia	VAB Biopsia Stereotassica della mammella con retroaspirazione	
Asportazione Chirurgica	Polipectomia/biopsia		
DEC	Ginecologia Colposcopia		
<b>PRIMA DELL'ESAME</b>		<b>DOPO L'ESAME</b>	
<b>CONSENSO INFORMATO</b>		<b>ESAME ISTOLOGICO</b>	
<input type="checkbox"/> Ottenuto	<input type="checkbox"/> Il campione istologico è stato etichettato (identificativo del paziente, richiesta Anatomia Patologica)	<input type="checkbox"/> NP	
<b>IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE</b>		<b>MARCATURA SEDE BIOPSIA</b>	
<input type="checkbox"/> Identificato paziente con doppio identificativo	<input type="checkbox"/> Applicata clip nella sede della biopsia	<input type="checkbox"/> N.P.	
<input type="checkbox"/> Verificata la presenza della documentazione che accompagna il paziente	<b>RILEVAZIONE DEL DOLORE</b>		
<b>VALUTAZIONE SALA</b>	<input type="checkbox"/> Durante la procedura		
<input type="checkbox"/> Sala adeguatamente preparata	Terapia antalgica post procedura: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NP		
<input type="checkbox"/> Strumenti e accessori in numero adeguato	<b>CONSEGNA REFERTI/INFORMATIVA</b>		
<b>VALUTAZIONE RISCHIO REAZIONI ALLERGICHE</b>	<input type="checkbox"/> Consegna relazione intervento		
<input type="checkbox"/> Allergie note	<input type="checkbox"/> Consegna materiale informativo post esame		
<input type="checkbox"/> Allergie non note	<input type="checkbox"/> NP		
<b>VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA</b>	<b>PROBLEMI O MALFUNZIONAMENTI DISPOSITIVI</b>		
<input type="checkbox"/> NP	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> Documentazione in regola			

(M) Medico _____
(I) Infermiere _____
(TSRM) Tecnico Sanitario di Radiologia Medica _____
(A) Medico Anestesista _____