



**Procedura Specifica
PS SS RC-CIO ASL AL 002
Fornitura porta protesi dentaria/acustica ai pazienti
assistiti presso ASL AL**

Data di emissione:
01 Novembre 2017

Revisione n° 1
Pag 1 di 7

PROCEDURA SPECIFICA

PS SS RC-CIO ASL AL 002

Fornitura porta protesi dentaria/acustica ai pazienti assistiti presso l'ASL AL

	Responsabili – Firme			
	Nome e Cognome		Funzione/i	Firma
Redazione	<i>Maria Teresa</i>	<i>Nicola</i>	<i>CPSI/AS SS Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere</i>	
	<i>Giuliana</i>	<i>Gennaro</i>	<i>CPSE SS Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere</i>	
	<i>Paola</i>	<i>Zandrino</i>	<i>Dirigente Medico SS Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere</i>	
Verifica e Approvazione	<i>Giuseppe</i>	<i>Parovina</i>	<i>Referente Rischio Clinico ASL AL</i>	
	<i>Simone Lazzaro</i>	<i>Porretto</i>	<i>Direttore SC Direzione Sanitaria PP. OO. ASL AL</i>	



**Procedura Specifica
PS SS RC-CIO ASL AL 002
Fornitura porta protesi dentaria/acustica ai pazienti
assistiti presso ASL AL**

Data di emissione:
01 Novembre 2017

Revisione n° 1
Pag 2 di 7

INDICE

1. TITOLO E DESCRIZIONE SINTETICA

- 1.1 Titolo pag 3
1.2 Descrizione sintetica pag 3

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI pag 3

3. SCOPO pag 3

4. AMBITO DI APPLICAZIONE pag 4

5. DEFINIZIONI pag 4

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

- 6.1 Premessa pag 4
6.2 Descrizione pag 4
6.2.1 in caso di paziente ricoverato
(Ricovero Ordinario/DayHospital/Day Surgery/OBI) pag 4
6.2.2 in caso di paziente ambulatoriale pag 5

7. INDICATORI/PARAMETRI DI CONTROLLO pag 5

8. RIFERIMENTI E ALLEGATI

- 8.1 Riferimenti pag 5
8.2 Allegati pag 5

Allegato 002/01 pag 6

Allegato 002/02 pag 7



**Procedura Specifica
PS SS RC-CIO ASL AL 002
Fornitura porta protesi dentaria/acustica ai pazienti
assistiti presso ASL AL**

Data di emissione:
01 Novembre 2017

Revisione n° 1
Pag 3 di 7

1. TITOLO E DESCRIZIONE SINTETICA

1.1 Titolo

PS SC DSRC ASL AL 002: Fornitura porta protesi dentaria/acustica ai pazienti assistiti presso ASL AL.

1.2 Descrizione sintetica

Questa revisione della procedura emessa nel luglio 2012 è stata determinata dalla necessità di migliorare la prevenzione degli smarrimenti di protesi dentarie di proprietà dei pazienti assistiti presso l'ASL AL che, in caso di loro smarrimento, determinano richieste di risarcimento all'ASL AL. La procedura è stata ampliata nello specifico anche alle protesi acustiche e di applicazione, se necessario, a tutte le tipologie di assistiti senza il vincolo del ricovero.

2. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

La revisione evidenzia una modifica sostanziale della procedura con l'introduzione di apposito modello di "Nota Informativa e consegna del contenitore per protesi dentaria e/o protesi acustica " (all.002/01)

3. SCOPO

La presente procedura si prefigge di:

- promuovere la corretta gestione delle protesi dentarie/acustiche da parte di operatori e pazienti ;
- adottare un'azione di miglioramento volta alla riduzione del contenzioso e dei risarcimenti da parte dell'azienda;
- acquisire un'adeguata documentazione che tuteli l'azienda in caso di richieste di risarcimento a seguito di smarrimenti.
- migliorare il comfort del paziente portatore di protesi rimovibile, in quanto rassicurato sulle modalità di conservazione in corso di permanenza presso le strutture ASL
- ridurre il rischio per il personale di assistenza di smaltire/smarrire le protesi nel corso delle prestazioni al paziente
- evitare situazioni problematiche in caso di smarrimento, per l'impossibilità di rimpiazzo immediato e conseguenti difficoltà sociali con relative ricadute cliniche.
- responsabilizzare il personale nella corretta gestione di un bene del paziente/assistito
- responsabilizzare il paziente/ tutore/ amministratore di sostegno nella corretta custodia del bene affinché modalità scorrette di conservazione da lui applicate non ricadano negativamente, oltre che sul paziente, anche sull'azienda
- declinare ogni responsabilità dell'ASL AL correlata allo smarrimento della protesi dentaria/acustica successivamente alla spiegazione sull'utilizzo, firma del modulo e consegna dell'apposito contenitore
- migliorare favorevolmente l'immagine dell'Azienda, dal momento che il portaprotesi rimane al paziente alla fine del suo percorso

4. AMBITO DI APPLICAZIONE

La procedura è rivolta a tutto il personale delle SC/SS aziendali ove si svolgano attività diagnostiche, terapeutiche o assistenziali che comportino la necessità di rimuovere le protesi mobili dentarie e/o acustiche di proprietà degli assistiti.

5. DEFINIZIONI

- OBI : Osservazione Breve Intensiva (Pronto Soccorso)
- RC : Rischio Clinico
- SS RC-CIO : Struttura Semplice Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

6.1 Premessa

La procedura, redatta nel 2006 e aggiornata nel 2012, abbisogna di un'ulteriore integrazione a causa della necessità di avviare azioni di contenimento del volume di spesa legato alle cause di risarcimento presentate dai pazienti che hanno lamentato lo smarrimento di protesi. In precedenza, da un'analisi della casistica degli eventi, era emerso che lo smarrimento di protesi dentarie e la conseguente richiesta di indennizzo era per lo più dovuta alla mancata identificazione di un luogo idoneo ove conservare le protesi durante l'esecuzione di procedure diagnostiche/assistenziali/terapeutiche o durante le ore in cui il degente non le indossa; il conseguente progetto "Salva protesi" è stato redatto per fornire gratuitamente un portaprotesi colorato nel quale riporre la suddetta protesi.

La revisione della procedura intende evidenziare, oltre all'ampliamento esplicito dell'uso del porta protesi anche per le protesi acustiche, la responsabilizzazione del paziente e/o suo assistente/familiare nella conservazione sicura della protesi, declinando ogni responsabilità dell'azienda correlata al suo smarrimento successivo all'illustrazione dell'utilizzo del porta protesi, alla consegna del contenitore ed alla firma per ricevuta dell'apposito modulo.

L'aumento dell'età media dei nostri assistiti, il disagio provocato dalla perdita delle protesi nel paziente anziano e gli effettivi costi delle medesime giustificano l'elevato livello di attenzione al problema e l'adeguamento della procedura per una efficace tutela dei pazienti e dell'azienda.

6.2 Descrizione

6.2.1 In caso di paziente ricoverato (Ricovero Ordinario/DayHospital/DaySurgery/OBI)

L'infermiere che accoglie il paziente e valuta le esigenze assistenziali, compilando la cartella infermieristica, prende in esame la presenza o meno di protesi rimovibili, annotando il dato.

In caso di paziente portatore di protesi rimovibile, vengono consegnati al medesimo un porta protesi ed il modulo cartaceo "Nota informativa e consegna del contenitore per protesi dentaria e protesi acustica (ALL. 002/01) del quale sarà illustrato il contenuto per la comprensione del testo, facendolo compilare adeguatamente e firmare; nel caso di paziente non collaboran-

	Procedura Specifica PS SS RC-CIO ASL AL 002 Fornitura porta protesi dentaria/acustica ai pazienti assistiti presso ASL AL	Data di emissione: 01 Novembre 2017 Revisione n° 1 Pag 5 di 7
--	--	--

te il modulo sarà presentato e consegnato al familiare / assistente / tutore / amministratore di sostegno.

Si ricorderà ad entrambi di posizionare il portaprotesi in luogo più protetto (ad es. cassetto del comodino, interno dell'armadietto personale in camera).

Sul portaprotesi il personale dovrà apporre l' etichetta anagrafica adesiva recante i dati anagrafici, stampata con la procedura di accettazione ricoveri.

Il contenitore resterà in possesso del paziente

La copia della " Nota informativa e consegna del contenitore per protesi dentaria e protesi acustica" deve essere allegata nella cartella infermieristica.

6.2.2 In caso di paziente ambulatoriale

L' infermiere che accoglie il paziente valuta le esigenze assistenziali e prende in esame la presenza o meno di protesi rimovibili, annotando il dato se possibile.

In caso di paziente portatore di protesi rimovibile, vengono consegnati al medesimo un portaprotesi ed il modulo cartaceo "Nota informativa e consegna del contenitore per protesi dentaria e protesi acustica (ALL. 002/01) del quale sarà illustrato il contenuto per la comprensione del testo, facendolo compilare adeguatamente e firmare; nel caso di paziente non collaborante il modulo sarà presentato e consegnato al familiare-accompagnatore / tutore/ amministratore di sostegno

Il portaprotesi dovrà essere collocato in luogo che più facilmente prevenga lo smarrimento (ad es. armadietto, borsa, tasca di giacca, dato all'accompagnatore se presente, ...)

Il contenitore resterà in possesso del paziente

7. INDICATORI/PARAMETRI DI CONTROLLO

Annualmente a campione nelle SC/SS dei presidi ospedalieri ASL AL, sarà programmata una verifica della corretta applicazione della procedura da parte del personale SS RC-CIO utilizzando la check list di seguito riportata (ALL. 002/02)

8. RIFERIMENTI e ALLEGATI

8.1 Riferimenti

- Procedura operativa : fornitura porta protesi dentaria monopaziente – della SC Rischio Clinico e Rischio Infettivo Luglio 2012
- Progetto " Salva Protesi" 2006 Settore Organizzazione e gestione del Rischio Clinico Ospedale S.Spirito di Casale Monferrato

8.2 Allegati

- Nota informativa e consegna del contenitore per protesi dentaria e protesi acustica (ALL. 002/01)
- Check list di verifica applicazione della procedura (ALL. 002/02)



**Procedura Specifica
PS SS RC-CIO ASL AL 002
Fornitura porta protesi dentaria/acustica ai pazienti
assistiti presso ASL AL**

Data di emissione:
01 Novembre 2017

Revisione n° 1
Pag 6 di 7

Mod. PG SC DSRC ASL AL 002/01

S.C. Direzione Sanitaria PP.OO. ASL AL
Direttore: Dr. Simone Porretto
S.S Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere

Spazio per etichetta
anagrafica

**NOTA INFORMATIVA E CONSEGNA DEL CONTENITORE
PER PROTESI DENTARIA E PROTESI ACUSTICA**

Presidio di _____

Data _____

Gentile Signora/Signore,
durante il ricovero in ospedale/prestazione ambulatoriale può accadere che le protesi dentarie/acustiche vengano smarrite, soprattutto se conservate in luoghi non idonei (sopra il comodino, in un fazzoletto, in bagno, sotto il cuscino, ecc)

Per prevenire il rischio di smarrimento, Le forniamo questo contenitore che servirà a conservare correttamente la sua protesi quando avrà necessità di toglierla.

La invitiamo a conservarlo in un luogo protetto (es. il cassetto del comodino, interno dell'armadietto personale in camera,) in modo che non possa essere inavvertitamente smaltito durante le operazioni di pulizia o di assistenza.

La nostra Azienda declina ogni responsabilità correlata allo smarrimento della protesi dentaria/acustica successivamente alla spiegazione sull'utilizzo ed alla consegna dell'apposito contenitore.

Il/la sottoscritta/o _____

OPPURE

Il/la sottoscritta/o _____ in qualità di parente-
accompagnatore/assistente/amministratore di sostegno /tutore del/della Sig./Sig.ra

Dichiara di aver compreso la finalità e l'utilizzo del contenitore porta-protesi e di aver ricevuto il contenitore.

Firma _____

Firma dell'operatore che ha effettuato la consegna _____



**Procedura Specifica
PS SS RC-CIO ASL AL 002
Fornitura porta protesi dentaria/acustica ai pazienti
assistiti presso ASL AL**

Data di emissione:
01 Novembre 2017

Revisione n° 1
Pag 7 di 7

Mod. PG SC DSRC ASL AL 002/02

*S.C. Direzione Sanitaria PP.OO. ASL AL
Direttore: Dr. Simone Porretto
S.S Rischio Clinico e Controllo Infezioni Ospedaliere*

CHECK LIST VERIFICA APPLICAZIONE PROCEDURA

P.O.					
SC/SS					
Protesi mobile del paziente	SI	NO	Nota di Consegna	SI	NO
SDO n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDO n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDO n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDO n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDO n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDO n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDO n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDO n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SDO n.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data

Il Rilevatore

Il CPSE- CPSI SC/SS
