



Azienda USL Pescara  
Direttore Generale Dott. C. D'Amario

U.O.S. Risk Management  
Responsabile Dr.ssa Annamaria Ambrosi

Rev. 0  
2015

Pagine n. 7  
compresi n. 3  
Allegati

**PROCEDURA OPERATIVA**  
**"GESTIONE DELLE PROTESI MOBILI DENTARIE e/o  
ACUSTICHE".**

---

**Redazione**

**U.O.S. Risk Management:  
Dr.ssa A. Ambrosi; Dott.ssa ML.Quinto.**

---

**Emissione**

**Data: 27.02.2015**

---

**U.O.S. Risk Management**

**Dr.ssa A. Ambrosi**

**Firma**

<b>INDICE</b>	<b>n. pagina</b>
LISTA DI DISTRIBUZIONE	2
PREMESSA	2
SCOPO	2
CAMPO DI APPLICAZIONE	3
TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	3
RESPONSABILITÀ'	3
DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ'	3
ALLEGATI	4
DOCUMENTI CORRELATI ALLA PROCEDURA	4
DIFFUSIONE E ARCHIVIAZIONE	4
GESTIONE DELLE REVISIONI	4
MONITORAGGIO	4
ALLEGATO 1 "SCHEDA CONSEGNA /PRESA IN CARICO PROTESI"	5
ALLEGATO 2 " SCHEDA INFORMATIVA AL PAZIENTE"	6
ALLEGATO 3 "SCHEDA DI SEGNALAZIONE SMARRIMENTO PROTESI"	7

#### **LISTA DI DISTRIBUZIONE**

- 1. Direttori di Dipartimento;**
- 2. Direttori Medici PP.OO;**
- 3. Direttori Aree Territoriali;**
- 4. Coordinatori Infermieristici/Tecnici/Ostetriche.**

#### **1. PREMESSA**

Lo smarrimento/danneggiamento di protesi mobili (dentarie o acustiche) durante un ricovero ospedaliero o dopo l'esecuzione di pratiche sanitarie, crea un danno al Paziente e inficia il rapporto di fiducia con la Struttura Sanitaria.

Il Ministero della Salute nella "Guida per gli operatori: dieci suggerimenti per la sicurezza nei servizi sanitari" (2009) cita con specifica nota l'argomento in oggetto.

E' pertanto indispensabile prestare grande attenzione a tale problematica al fine di evitare disagi per gli utenti e migliorare la qualità dell'assistenza fornita.

Da un'analisi della casistica degli eventi è emerso inoltre, che, lo smarrimento di protesi dentarie e la conseguente richiesta di indennizzo è per lo più dovuta alla mancata identificazione di un luogo ove conservare le protesi durante l'esecuzione di procedure o durante le ore in cui il degente non le indossa.

#### **2. SCOPO**

La presente procedura disciplina la conservazione delle protesi dentarie al fine di:

- Migliorare il servizio, con particolare attenzione al Paziente;
- Garantire l'efficace protezione/custodia delle protesi mobili (dentaria o acustica) utilizzate dal Paziente afferente alle Strutture Sanitarie della AUSL di Pescara, evitandone la possibilità di danneggiamento/smarrimento;
- Definire uno specifico iter di gestione della protesi e segnalazione di eventuali danneggiamenti o smarrimento;
- Eliminare/ridurre i costi correlati alle richieste di risarcimento danni, a seguito di smarrimento o danneggiamento di protesi mobili (dentarie o acustiche).

#### **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Quanto descritto in questa Procedura Operativa si applica a tutte le Strutture Sanitarie e si rivolge a tutti gli Operatori Sanitari del setting di degenza (Ospedali-Strutture Residenziali) e dei Servizi ambulatoriali e diagnostici della AUSL di Pescara, quando si effettuano attività clinico-assistenziali che comportano la necessità della rimozione o dell'allontanamento delle protesi mobili (dentaria o acustica).

#### 4. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

**Protesi dentaria mobile:** protesi atta alla sostituzione di intere arcate o parti di esse (parziali o totali), definita mobile perché facilmente rimovibile secondo necessità.

**Protesi acustica:** ausilio riabilitativo essenziale per potenziare la capacità uditiva, amplificando i segnali sonori in base alle caratteristiche della perdita uditiva stessa. Definita anche apparecchio acustico, audioprotesi, ausilio acustico o per l'udito; è un apparecchio elettronico in miniatura che può essere rimosso secondo necessità.

**PP.OO.:** Presidi Ospedalieri;

**U.O.:** Unità Operativa;

**UU.OO.:** Unità Operative

#### 5. RESPONSABILITÀ

E' responsabile della **diffusione** del documento il Direttore del Dipartimento.

La responsabilità della **distribuzione** del documento al personale coinvolto è dei Direttori di Struttura e dei Coordinatori Infermieristici/Ostetriche, Tecnici e della Riabilitazione, delle Strutture Sanitarie dell'A.U.S.L., ognuno per le proprie competenze;

La responsabilità della **supervisione** rispetto all'applicazione dell'istruzione di lavoro è dei Coordinatori Infermieristici/Ostetriche, Tecnici e della Riabilitazione, delle Strutture Sanitarie dell'A.U.S.L. ove esista la necessità di rimozione delle protesi mobili del Paziente per motivi diagnostici, terapeutici o assistenziali, ognuno per le proprie competenze;

La responsabilità dell'**applicazione** dell'istruzione di lavoro è del personale infermieristico afferente alle Strutture Sanitarie dell'A.U.S.L di Pescara.

#### 6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Qualora debba essere svolta su un utente, afferente alle Strutture ambulatoriali e degenziali della AUSL di Pescara, un'attività clinica che comporti la necessità di rimuovere le protesi dentarie/acustiche da parte del Paziente, il personale infermieristico/ostetrico, tecnico della Divisione e/o Servizio di afferenza, deve procedere nel seguente modo :

##### **Nelle Strutture cui accedono Pazienti esterni:**

Al momento dell'accoglienza, il personale infermieristico/ostetrico/tecnico/OSS deve:

- chiedere espressamente al Paziente se è portatore di una protesi mobile (dentaria o acustica);
- in caso affermativo, chiedere se le protesi saranno gestite personalmente dal Paziente (o dal familiare) o se dovranno essere prese in carico dal personale;
- compilare l'apposita scheda (Allegato 1), verificando che siano apposte le firme previste; nel caso di soggetti affetti da patologie che determinano difficoltà alla comprensione, incapaci o confusi, provvedere ad acquisire la protesi o affidarla esplicitamente al familiare/persona di riferimento, segnalando nel modulo il tipo di gestione concordato.
- In caso di gestione diretta della protesi da parte del Paziente/familiare consegnare il contenitore e la scheda informativa (Allegato 2).
- archiviare sempre le schede compilate.

##### **Nelle Strutture di degenza:**

Al momento dell'accoglienza, il personale infermieristico/ostetrico/tecnico/OSS deve:

- chiedere espressamente al Paziente se è portatore di una protesi mobile (dentaria o acustica);
- in caso affermativo, chiedere se le protesi saranno gestiti personalmente dal Paziente o dal familiare, o se dovranno essere prese in carico dal personale;
- compilare l'apposita scheda (Allegato1), verificando che siano apposte le firme previste; nel caso di soggetti affetti da patologie che determinano difficoltà alla comprensione, incapaci o confusi, provvedere ad acquisire la protesi o affidarla esplicitamente al familiare/persona di riferimento, segnalando in scheda il tipo di gestione concordato;
- In caso di gestione diretta della protesi da parte del Paziente/familiare, consegnare il contenitore e la scheda informativa (Allegato 2);
- riporre o far riporre al Paziente la protesi nel suo contenitore in luogo chiuso (es. cassetti del comodino);
- qualora il Paziente debba essere sottoposto ad un'attività diagnostico-terapeutica che necessita di rimozione della protesi, verificare che la stessa sia stata rimossa, riposta nel suo contenitore e posizionata nel luogo preposto; in caso di trasferimento ad altra Struttura di ricovero, la protesi seguirà il Paziente e nella Cartella dovranno essere presenti l'Allegato 1 e 2;

- inserire all'interno della Cartella Clinica le schede compilate (Allegato 1 e Allegato 2) e archivarle con essa.

**Tipo di contenitore porta protesi: busta/custodia plastificata con apposizione delle generalità del paziente.**

#### **6.1 Custodia a cura del personale**

Se non sono presenti i familiari del Paziente non cosciente / non autonomo, la protesi verrà custodita nel contenitore a cura dell'Infermiere responsabile del turno fino all'arrivo dei familiari o del tutore a cui verrà consegnato il contenitore/sacchetto con la protesi, previa firma del modulo (Allegato1). Sarà cura del Coordinatore Infermieristico dell'U.O./Servizio identificare il luogo di conservazione della protesi sino alla restituzione.

#### **6.2 Note informative**

Qualora, nonostante siano stati correttamente espletati gli accorgimenti indicati, avvenga lo smarrimento di **protesi mobile dentaria/acustica**, il Coordinatore Infermieristico/Ostetrico/Tecnico o suo delegato dovrà inviare comunicazione via fax alla U.O.S. Risk Management utilizzando il modulo in allegato (Allegato 3), per l'attivazione degli adempimenti di competenza.

### **7. ALLEGATI**

Elenco della modulistica e degli allegati:

- Allegato 1 - Scheda consegna/presa in carico di protesi;
- Allegato 2 - Informativa al Paziente.
- Allegato 3 - Modulo di segnalazione smarrimento da inviare alla U.O.S.di Risk Management;

### **8. DOCUMENTI CORRELATI ALLA PROCEDURA**

Guida del Ministero della Salute per gli operatori "Insieme siamo noi la sicurezza" (2009).

### **9. DIFFUSIONE E ARCHIVIAZIONE**

Il documento deve essere portato a conoscenza di tutti gli operatori attraverso i Referenti per il Rischio Clinico.

L'archiviazione del documento viene effettuata dal Coordinatore Infermieristico/ostetrico/Tecnico presso le diverse UU.OO. in luogo accessibile a tutti gli operatori.

Il documento originale è archiviato presso la U.O.S. di Risk Management ed è disponibile sul sito intranet aziendale

### **10. GESTIONE DELLE REVISIONI**

U.O.S. Risk Management revisiona il documento in caso di necessità e/o integrazioni delle normative Nazionali /Regionali.

### **11. MONITORAGGIO**

Il monitoraggio relativo all'applicazione della procedura sarà effettuato periodicamente dai Referenti per il Rischio Clinico individuati presso le UU.OO. e Strutture Sanitarie della AUSL, verificando:

- A) la diffusione la distribuzione e l'applicazione della procedura tra gli operatori interessati;
- B) la presenza della scheda di consegna contenitore porta protesi mobile dentaria o acustica (Allegato 1) e dell'informativa al Paziente, correttamente compilate e archiviate nella Cartella Clinica del Paziente ( o in altra documentazione sanitaria nei casi di prestazioni ambulatoriali).

### **12. INDICATORI**

Numero di protesi smarrite/danneggiate per anno/ numero di Pazienti portatori di protesi mobili ricoverati in un anno.

La rilevazione dell'indicatore sarà effettuata annualmente dal Gruppo operativo U.O.S. Risk Management, sulla base delle eventuali denunce formulate dalle strutture e inviate all'U.O. Affari Legali.



**AZIENDA USL PESCARA  
U.O.S. RISK MANAGEMENT**

*Dirigente Medico Responsabile: Dr.ssa Annamaria Ambrosi*  
Tel. 085 425 3025 - Fax 085 425 3080  
e.mail: annamaria.ambrosi@ausl.pe.it

**SCHEDA CONSEGNA/PRESA IN CARICO DI PROTESI MOBILE DENTARIA O  
PROTESI ACUSTICA**

**A cura dell'U.O./ Servizio/Struttura Sanitaria** \_\_\_\_\_

**Nome e Cognome del Paziente** \_\_\_\_\_

**Data e luogo di nascita** \_\_\_\_\_

Protesi dentaria       Protesi acustica

**La protesi durante la degenza sarà gestita:**

Dal Paziente/ Assistente       Dal personale della U.O.

**In caso di presa in carico da parte del personale sanitario, la protesi, riposta  
nell'apposito contenitore, sarà conservata:**

nel cassetto del comodino (unità del Paziente)       in guardiola

in altro luogo \_\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_

Firma del Familiare / Assistente \_\_\_\_\_  
(in caso di incapacità del Paziente alla gestione della protesi)

Firma dell'Operatore Sanitario \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**N.B.: LA SCHEDE DEVE ESSERE CONSERVATA NELLA CARTELLA CLINICA OPPURE IN  
LUOGO IDONEO (IN CASO DI PAZIENTI ESTERNI)**



**AZIENDA USL PESCARA**  
**U.O.S. RISK MANAGEMENT**  
*Dirigente Medico Responsabile: Dr.ssa Annamaria Ambrosi*  
**Tel. 085 425 3025- Fax 085 425 3080**  
**e.mail: annamaria.ambrosi@ausl.pe.it**

**SCHEDA INFORMATIVA AL PAZIENTE PER LA GESTIONE DIRETTA DELLA  
PROTESI MOBILE DENTARIA O ACUSTICA**

P.O. \_\_\_\_\_ U.O./Servizio \_\_\_\_\_

Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

nata/o il \_\_\_\_\_

Gentile Signora/Signore,

il contenitore che le viene consegnato e' da utilizzarsi esclusivamente per la conservazione della sua protesi dentaria/acustica.

Lo stesso, una volta inserita la protesi all'interno, dovrà essere custodito dalla S.V. con diligenza ed attenzione.

In particolare, La invitiamo a conservarlo in luogo sicuro, evitando che venga dimenticato tra gli effetti personali sopra il comodino o tra la biancheria utilizzata per il letto o sotto il cuscino, eliminando, in tal modo, il rischio che possa essere smarrito inavvertitamente durante le normali operazioni di pulizia.

L'Azienda declina ogni responsabilità correlata allo smarrimento della protesi dentaria/acustica successivamente alla consegna della presente informativa e dell'allegato contenitore.

**Dichiaro di aver ricevuto il contenitore per la protesi mobile dentaria/acustica, di aver compreso la finalità del suo utilizzo e sollevo la AUSL di Pescara da qualsiasi responsabilità per un suo eventuale smarrimento/danneggiamento.**

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Utente

\_\_\_\_\_  
(indicare qualifica di chi sottoscrive qualora si tratti di soggetto diverso dall'utente stesso)

\_\_\_\_\_  
Firma del personale che ha effettuato la consegna

Data \_\_\_\_\_



**AZIENDA USL PESCARA  
U.O.S. RISK MANAGEMENT**

*Dirigente Medico Responsabile: Dr.ssa Annamaria Ambrosi*  
Tel. 085 425 3025 - Fax 085 425 3080  
e.mail: annamaria.ambrosi@ausl.pe.it

**SCHEDA DI SEGNALAZIONE SMARRIMENTO PROTESI**

All'attenzione del Responsabile U.O.S. Risk Management

Si invia la presente per segnalare lo smarrimento della protesi del  
Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_  
presa in carico in data \_\_\_\_\_

Si allega il modulo di consegna/presa in carico della protesi.

Tanto si comunica per l'attivazione degli adempimenti di competenza.

Firma del Coordinatore infermieristico/osterico/tecnico o suo delegato

\_\_\_\_\_

U.O./SERVIZIO/STRUTTURA SANITARIA \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_