



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
U.O.S. RISK MANAGEMENT
Dirigente medico Dr.ssa Annamaria Ambrosi

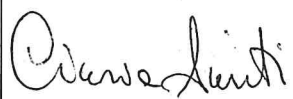
Data di emissione
Marzo 2025

Revisione 01

Tot. Pagine 9

Procedura Aziendale

**“GESTIONE DELLE PROTESI MOBILI
(DENTARIE E/O ACUSTICHE)”**

REDAZIONE	Dott.ssa Cinzia Auriti	Infermiere U.O.C Geriatria	
	Dott.ssa Ines Ciampini	Infermiere U.O.C Medicina e Chirurgia d'Urgenza	
	Dott.ssa Grazietta Lea Margiotti	Infermiere U.O.S. Risk Management	
VERIFICA E APPROVAZIONE	Dott. Lorenzo Silli	Direttore sanitario delle professioni sanitarie infermieristiche	
	Dott.ssa Annamaria Ambrosi	Responsabile U.O.S. Risk Management	

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA U.O.S. RISK MANAGEMENT Dirigente medico Dr.ssa Annamaria Ambrosi	Data di emissione Marzo 2025 Rev. 01
<u>Procedura Aziendale</u> "GESTIONE DELLE PROTESI MOBILI (DENTARIE E/O ACUSTICHE)"		

INDICE

1. PREMESSA	3
2. OBIETTIVO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	3
5. RESPONSABILITÀ.....	4
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	4
7. CONTENITORE PORTA PROTESI	5
8. SEGNALAZIONE	5
9. ELENCO ALLEGATI	5
➤ Allegato 1- Informativa per la custodia delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche) da parte del paziente	5
➤ Allegato 2- Presa in carico/consegna della protesi mobile (dentarie e/o acustiche).....	5
➤ Allegato 3- Segnalazione di smarrimento delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche).....	5
10. DIFFUSIONE E ARCHIVIAZIONE.....	6
11. MONITORAGGIO	6

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA U.O.S. RISK MANAGEMENT Dirigente medico Dr.ssa Annamaria Ambrosi	Data di emissione Marzo 2025 Rev. 01
Procedura Aziendale “GESTIONE DELLE PROTESI MOBILI (DENTARIE E/O ACUSTICHE)”		

1. PREMESSA

Lo smarrimento delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche) dell'utente/paziente, durante il ricovero ospedaliero o durante l'esecuzione di pratiche clinico-assistenziali, determina un danno al paziente e inficia il rapporto di fiducia con la struttura sanitaria.

2. OBIETTIVO

La presente procedura aziendale ha l'obiettivo di descrivere le modalità operative per la corretta gestione delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche) del paziente al fine di:

- Evitare i disagi del paziente provocati dallo smarrimento delle protesi mobili;
- Ridurre i costi relativi alle richieste di risarcimento/rimborso spese.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è rivolta a tutto il personale (medico, infermieristico, ostetrico, tecnico) delle unità operative della Asl di Pescara. È applicata tutte le volte che viene svolta sul paziente un'attività clinico-assistenziale che comporti la necessità della rimozione delle protesi mobili.

4. DEFINIZIONI 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.
P.O.	Presidio Ospedaliero
U.O.	Unità Operativa
U.O.S.	Unità Operativa Semplice

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA U.O.S. RISK MANAGEMENT Dirigente medico Dr.ssa Annamaria Ambrosi	Data di emissione Marzo 2025 Rev. 01
Procedura Aziendale "GESTIONE DELLE PROTESI MOBILI (DENTARIE E/O ACUSTICHE)"		

5. RESPONSABILITÀ

Gli operatori sanitari sono responsabili della corretta applicazione della procedura aziendale.

I direttori e il coordinatore delle U.O. sono responsabili della diffusione della procedura aziendale e verifica della corretta implementazione.

I coordinatori delle U.O. sono responsabili dell'individuazione di un luogo sicuro e noto a tutti gli operatori sanitari per la custodia delle protesi mobili del paziente in caso in cui siano gestite dal personale sanitario.

La U.O.S. Risk Management è responsabile del monitoraggio relativo alla corretta applicazione della procedura aziendale.

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Al momento della presa in carico dell'utente/paziente, il personale sanitario (medico, infermieristico, ostetrico, tecnico) deve chiedere espressamente allo stesso o al familiare/caregiver se è portatore di protesi mobili (dentarie e/o acustiche). In caso affermativo attua le sottoindicate modalità operative:

➤ CUSTODIA DA PARTE DELL'UTENTE/PAZIENTE

L'operatore sanitario in caso di **utente/paziente autonomo e collaborante**:

- Informa il paziente e consegna **"l'informativa per la custodia delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche) da parte del paziente"** (Allegato 1) e l'apposito contenitore porta protesi se il paziente non è in possesso del suo contenitore personale;
- Compila il modulo-Allegato 1 che deve essere firmato dal paziente/familiare/caregiver e dall'operatore sanitario che consegna il modulo.
- Allega il modulo- Allegato 1 nella documentazione sanitaria dell'utente/paziente.

➤ CUSTODIA DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO

L'operatore sanitario, in caso di **utente/paziente non cosciente, non autonomo o in mancanza di familiari/caregiver**:

- Prende in carico le protesi mobili e le ripone nell'apposito contenitore su cui verrà applicata, previa identificazione attiva del paziente, una etichetta con i dati anagrafici (nome, cognome e data di nascita);
- Custodisce il contenitore, contenente all'interno le protesi mobili, nel luogo individuato fino al momento della restituzione;
- Compila e firma il modulo- Allegato 2: **"Presa in carico/consegna delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche da parte del personale sanitario)"** che allega alla documentazione sanitaria del paziente;

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA U.O.S. RISK MANAGEMENT Dirigente medico Dr.ssa Annamaria Ambrosi	Data di emissione Marzo 2025 Rev. 01
<u>Procedura Aziendale</u> "GESTIONE DELLE PROTESI MOBILI (DENTARIE E/O ACUSTICHE)"		

- In caso di trasferimento del paziente consegna il contenitore, contenente all'interno le protesi mobili, e il modulo compilato e firmato all' U.O. ricevente. Tale modulo deve essere controfirmato, per accettazione, dall'operatore sanitario della U.O. ricevente. Conservare una copia nella documentazione sanitaria del paziente;
- In caso di dimissione o di decesso del paziente, restituisce le protesi mobili al paziente, familiari o caregiver, compila e firma il modulo-Allegato 2 che deve essere sottoscritto dal paziente o familiare-caregiver ;
- Allega il modulo-Allegato 2 nella documentazione clinico-assistenziale del paziente.

7. CONTENITORE PORTA PROTESI

I contenitori porta protesi, di diversi colori, sono disponibili presso il magazzino economale e possono essere richiesti tramite il portale Areas AMC con richiesta di approvvigionamento economale (RDA) utilizzando il seguente codice:

- **CODICE 337953** (per il PP.OO. di Pescara-Penne e Popoli)

Il contenitore porta protesi resterà in possesso del paziente e non dovrà essere restituito dallo stesso

8. SEGNALAZIONE

In caso di smarrimento delle protesi mobili l'operatore sanitario:

1. Compila il modulo-Allegato 3 ***"Segnalazione di smarrimento delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche)"***;
2. Trasmette il modulo -Allegato 3 e copia del modulo-Allegato 2 alla U.O.S. Risk Management tramite email aziendale (riskmanagement@asl.pe.it);
3. Registra l'evento nella documentazione clinico-assistenziale;
4. Allega la scheda di segnalazione di smarrimento nella documentazione sanitaria del paziente.

9. ELENCO ALLEGATI

- **Allegato 1**- Informativa per la custodia delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche) da parte del paziente;
- **Allegato 2**- Presa in carico/consegna delle protesi mobile (dentarie e/o acustiche) da parte dell'operatore sanitario;
- **Allegato 3**- Segnalazione di smarrimento delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche).

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA U.O.S. RISK MANAGEMENT Dirigente medico Dr.ssa Annamaria Ambrosi	Data di emissione Marzo 2025 Rev. 01
<u>Procedura Aziendale</u> "GESTIONE DELLE PROTESI MOBILI (DENTARIE E/O ACUSTICHE)"		

10. DIFFUSIONE E ARCHIVIAZIONE

La presente procedura è diffusa dalla U.O.S. Risk Management a tutti gli operatori sanitari della Asl di Pescara tramite e-mail aziendale.

La procedura è archiviata e fruibile da parte di tutti gli operatori sanitari nel sito istituzionale ASL Pescara/Area Interna/Risk Management e nell'applicativo documenti/Albero dei documenti del sistema gestionale Talete Web-Asl Pescara.

11. MONITORAGGIO

Il monitoraggio relativo alla corretta applicazione della procedura aziendale sarà effettuato annualmente e a campione, dalla U.O.S. Risk Management, attraverso la verifica della presenza del modulo-Allegato 2 nella documentazione clinica del paziente.



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

ALLEGATO 1

**INFORMATIVA PER LA CUSTODIA DELLE PROTESI MOBILI
(DENTARIE E/O ACUSTICHE) DA PARTE DEL PAZIENTE**

P.O. _____ U.O./Servizio _____

Sig.ra/Sig. _____

Nata/o il _____

Gentile Utente,

al fine di prevenire il rischio di smarrimento delle protesi mobili (dentarie e/o acustiche) La informiamo che:

- Le verrà consegnato un contenitore apposito da utilizzare esclusivamente per la conservazione delle protesi mobili;
- Il contenitore, con all'interno le Sue protesi, deve essere custodito con attenzione e diligenza e conservato in un luogo sicuro evitando di lasciarlo tra la biancheria utilizzata per il letto, sotto il cuscino o in bagno al fine di evitare che possa essere inavvertitamente smaltito durante le operazioni di pulizia o di assistenza.

L'Azienda solleva ogni responsabilità in caso di smarrimento della protesi dentaria e/o acustica successivamente alla consegna della presente informativa e del contenitore.

Firma dell'utente/familiare/caregiver _____

Firma del personale sanitario che ha effettuato la consegna del modulo _____

Data _____

La presente informativa deve essere allegata alla documentazione clinico-assistenziale dell'utente/paziente.



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

**PRESA IN CARICO/CONSEGNA DELLE PROTESI
MOBILI (DENTARIE E/O ACUSTICHE) DA PARTE
DELL'OPERATORE SANITARIO**

ALLEGATO 2

P.O. _____ U.O./Servizio _____

PRESA IN CARICO E CUSTODIA DELLE PROTESI MOBILI DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO

Nome e Cognome del paziente _____ Data di nascita _____

L'operatore sanitario prende in carico la:

- ☐ Protesi mobile dentaria
- ☐ Protesi acustica
- ☐ Altro _____

La ripone nell'apposito contenitore che viene custodito:

- ☐ nel luogo individuato _____

Data _____ Firma dell'operatore sanitario _____

CONSEGNA/RESTITUZIONE DELLE PROTESI MOBILI**In caso di trasferimento:**

L'operatore sanitario della U.O. _____

➤ Consegna le protesi mobili: ☐ dentarie ☐ acustiche ☐ Altro _____

all'operatore sanitario della U.O. _____ Data _____

Firma leggibile dell'Operatore Sanitario che **consegna** _____Firma leggibile dell'Operatore Sanitario che **riceve** _____**In caso di dimissione e/o decesso:**

L'operatore sanitario _____

➤ Restituisce le protesi mobili al: ☐ Paziente ☐ Familiare/Caregiver/ _____

Data _____

Firma leggibile dell'Operatore Sanitario _____

Firma leggibile del Paziente/Familiare/Caregiver _____

Il presente modulo è allegato alla documentazione clinico-assistenziale dell'utente/paziente.

	<u>AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA</u> SEGNALAZIONE DI SMARRIMENTO DELLE PROTESI MOBILI (DENTARIE E/O ACUSTICHE)	ALLEGATO 3
---	---	--

Segnalazione di smarrimento:

☐ protesi dentarie ☐ protesi acustiche ☐ altro _____

del Sig./Sig.ra _____ nato/a il _____

ricoverato c/o la U.O.C. _____ P.O. _____

Note _____

Da inviare tramite e-mail aziendale alla U.O.S. Risk Management (riskmanagement@asl.pe.it)
 congiuntamente al modulo-Allegato 2 **“Preso in carico/consegna delle protesi mobili (dentarie
 e/o acustiche) da parte dell’operatore sanitario”**.

Data _____ Firma dell’operatore sanitario _____

Il presente modulo è allegato alla documentazione sanitaria del paziente.

