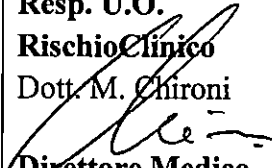
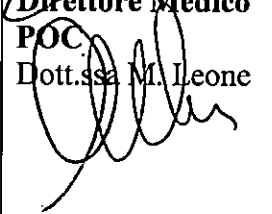

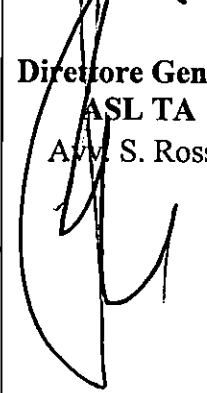

 <p>U.O. Rischio Clinico</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI</p>	<p>PRIMA EMISSIONE</p> <p>REVISIONE n. 00</p>	<p>Revisione programmata</p> <p>GENNAIO 2021</p>
---	--	---	--


**PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI
UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI**

Data Redazione	Gruppo di lavoro	Verificata	Approvazione
<p>20/10/2019</p>	<p>Giuseppe Carbotti Marcello Chironi Irene Friuli Biagio Russo</p>	<p>Resp. U.O. RischioClinico Dott. M. Chironi</p>  <p>Direttore Medico POC Dott.ssa M. Leone</p> 	<p>Direttore Sanitario ASL TA Dott. V. Colacicco</p>  <p>Direttore Generale ASL TA Avv. S. Rossi</p> 

 <p>U.O. Rischio Clinico</p>	PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	---	---	--

INDICE

1. OBIETTIVO	p. 3
2. RISULTATO	p. 3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	p. 3
4. MODALITA' OPERATIVE:	p. 3
4.1 oggetti preziosi, vestiti ed effetti personali	p.4
4.2 protesi mobili	p. 5
4.3 oggetti giacenti in camera mortuaria	p.6
5. GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO	p.6
6. ALLEGATI	p.7
1: Modulo per la custodia dei valori dei pazienti (consegna /trasferimento)	p.8-9
2: Dichiarazione sostitutiva atto di notorieta	p.10
3: Informativa custodia protesi mobili Modello di segnalazione smarrimento/danneggiamento protesi mobile	p.11-12
4: Dichiarazione di consegna beni appartenenti in vita e giacenti in camera mortuaria	
Richiesta restituzione dei beni	p.13-14

 <p>Azienda Sanitaria Locale Puglia Regione Puglia U.O. Rischio Clinico</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI</p>	<p>PRIMA EMISSIONE</p> <p>REVISIONE n. 00</p>	<p>Revisione programmata</p> <p>GENNAIO 2021</p>
--	--	---	--

1. OBIETTIVO

Stabilire norme operative nella gestione degli effetti personali, protesi, mobili, oggetti preziosi di proprietà degli utenti che afferiscono ai Presidi Ospedalieri Aziendali.

2. RISULTATO

Corretta conservazione e restituzione degli effetti personali, protesi mobili, oggetti preziosi di proprietà degli utenti che afferiscono le strutture di ricovero ASL/TA.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La seguente istruzione operativa è applicata dal personale sanitario addetto alle cure ed assistenza (Medici, Infermieri, Ostetriche, Operatore socio sanitario, Fisioterapisti, Tecnici) e dai Necrofori operanti in tutte le strutture dell'azienda ASL/TA.


4. MODALITÀ OPERATIVA

La modalità di gestione deve tenere conto che i pazienti proprietari dei beni possono essere:

- vigili
- non collaboranti, disorientati in stato di incoscienza
- deceduti

Di seguito è riportata la metodologia da adottare nell'ASL/TA al fine di prevenire lo smarrimento o danneggiamento dei beni con particolare riferimento a:

- 4.1 oggetti preziosi, vestiti ed effetti personali
- 4.2 protesi mobili
- 4.3 oggetti giacenti in camera mortuaria

 <p>U.O. Rischio Clinico</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI</p>	<p>PRIMA EMISSIONE</p> <p>REVISIONE n. 00</p>	<p>Revisione programmata</p> <p>GENNAIO 2021</p>
---	--	---	--

4.1 oggetti preziosi, vestiti ed effetti personali

- *pz vigile*: il personale al momento dell'accoglienza informa il paziente sull'opportunità di non trattenere oggetti preziosi in ospedale, ma di consegnarli ad un parente e/o accompagnatore; se il pz intende custodire temporaneamente gli oggetti presso la Struttura di ricovero, il personale redige il modulo per la custodia dei valori dei pazienti (allegato 1) consegnandone una copia al pz o al delegato come ricevuta. Gli oggetti verranno quindi custoditi in uno spazio chiuso a chiave individuato dal Coordinatore infermieristico/ostetrico/tecnico o suo delegato della suddetta Struttura e consegnati compilando lo spazio riservato sul modulo dietro presentazione del documento di riconoscimento. Modulo e copia del documento sono poi inseriti nella cartella clinica.


1

- *pz non collaborante/disorientato/in stato di incoscienza*: il personale di Struttura preleva insieme ad un collega gli oggetti di valore redigendo il modulo per la custodia dei valori dei pazienti (allegato 1) depositandoli in uno spazio chiuso a chiave individuato dal Coordinatore infermieristico/ostetrico/tecnico o suo delegato della suddetta Struttura. Se sono presenti i parenti e/o accompagnatori, gli stessi devono essere informati della presa in carico e custodia degli oggetti in questione; dietro compilazione della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (allegato 2) con allegata copia del documento identificativo possono richiederne la restituzione. La documentazione è inserita poi nella cartella clinica.

- *pz deceduto*: gli oggetti custoditi nell'Unità Operativa possono essere riconsegnati ai familiari previa compilazione della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato 2) che deve essere conservata insieme al modulo di custodia dei valori dei pz (allegato 1) inserito nella cartella clinica.

- in caso di *trasferimento del pz* all'interno dell'ASL/TA in altra Unità Operativa, qualora gli oggetti non siano stati ritirati, il personale infermieristico/ostetrico compila lo spazio riservato al trasferimento del modulo (allegato 1), consegna i beni ed il relativo modulo al collega dell'U.O. ricevente, che controfirmerà in duplice copia.

Tutti i moduli devono essere firmati dal Direttore di Struttura, dal Coordinatore infermieristico o suo delegato e dal paziente o suo delegato.

 <p>U.O. Rischio Clinico</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI</p>	<p>PRIMA EMISSIONE</p> <p>REVISIONE n. 00</p>	<p>Revisione programmata</p> <p>GENNAIO 2021</p>
---	--	---	--

4.2 protesi mobili

a) al momento dell'accettazione identificare l'utente portatore di protesi mobile ed illustrare allo stesso o ai familiari/accompagnatori la procedura riguardante la conservazione della protesi all'interno delle Unità Operative della ASL/TA. Lo stesso utente o il familiare/accompagnatore dovrà firmare l'informativa custodia protesi mobili (allegato 3). Suddetto modulo deve essere compilato specificando se vi è l'adesione a tale procedura (barrare il primo spazio) o il rifiuto (barrare il secondo spazio). Fornire quindi un contenitore porta protesi (è utilizzabile anche quello personale). Tale procedura è rivolta a tutti gli utenti afferenti alle strutture dei P.O. Aziendali che hanno la necessità di rimuovere la protesi mobile per l'esecuzione di procedure diagnostiche, chirurgiche o assistenziali. Il modello va inserito nella Cartella Clinica.


Etichettare il porta protesi con cognome, nome e data di nascita del pz, posizionarlo in luogo sicuro (es. cassetto del comodino) e verificare che la protesi sia ben custodita quando il pz si allontana dalla stanza per esami invasivi.

Deve essere ribadita l'assenza di responsabilità da parte dell'Azienda qualora venisse smarrita la protesi nonostante le indicazioni fornite sulla corretta custodia.

2

b) in caso di *decesso del pz* e di *mancata richiesta di restituzione delle protesi mobili* da parte dei familiari, il coordinatore infermieristico/ostetrico o suo delegato dovrà contattare il parente/accompagnatore per la restituzione dei suddetti beni. In caso di mancata richiesta, dopo sessanta giorni i beni devono essere consegnati al posto fisso di polizia.

-in caso di *trasferimento del pz* all'interno dei P.O. aziendali, se la protesi non è stata prelevata da pz/parente/accompagnatore, il personale compila in modulo nello spazio riservato al trasferimento (allegato 3) consegna il contenitore porta protesi e relativo modulo al collega ricevente che controfirmerà lasciando una copia.

 <p>U.O. Rischio Clinico</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI</p>	<p>PRIMA EMISSIONE</p> <p>REVISIONE n. 00</p>	<p>Revisione programmata</p> <p>GENNAIO 2021</p>
---	--	---	--


4.3 oggetti giacenti in camera mortuaria

Si precisa che in caso di decesso del paziente, il personale dell'Unità Operativa adotterà le pratiche già note sulla preparazione della salma, tra le quali è compresa la rimozione di tutti gli oggetti e beni personali appartenuti in vita.

Qualora non siano stati rimossi gli effetti personali per vari motivi e vicissitudini, i necrofori cui è affidata la salma devono segnalare l'accaduto al Direttore dell'U.O. Rischio Clinico-Medicina Legale dell'ASL/TA tramite la dichiarazione di consegna di beni appartenenti in vita e giacenti in camera mortuaria (allegato 4) nella sezione **richiesta restituzione beni**. In caso di mancata richiesta, i beni vanno subito consegnati al posto fisso di polizia.


5. GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO

Se nonostante siano stati osservati gli adempimenti descritti precedentemente, l'utente segnala lo smarrimento o danneggiamento di oggetti preziosi e/o vestiti ed effetti personali, il coordinatore infermieristico o un suo delegato, dovrà segnalare l'accaduto alla Direzione Medica. Se l'evento avverso interessa lo smarrimento o danneggiamento di protesi mobili, il coordinatore infermieristico o chi ne fa le veci, oltre a segnalare l'accaduto alla Direzione Medica, dovrà inviare comunicazione alla U.O. Rischio Clinico-Medicina Legale ASL/TA, tramite l'invio del modulo per la custodia dei valori dei pazienti (allegato 3), assicurandosi di aver compilato la parte segnalazione smarrimento protesi mobile, per gli adempimenti di competenza.

 <p>U.O. Rischio Clinico</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI</p>	<p>PRIMA EMISSIONE</p> <p>REVISIONE n. 00</p>	<p>Revisione programmata</p> <p>GENNAIO 2021</p>
---	--	---	--

6. ALLEGATI

- **Allegato 1:** modulo per la custodia dei valori dei pazienti (consegna/trasferimento)
- **Allegato 2:** dichiarazione sostitutiva atto di notorietà
- **Allegato 3:** informativa custodia protesi mobili
- **Allegato 4:** dichiarazione di consegna beni appartenenti in vita e giacenti c/o camera mortuaria (restituzione)

	PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	---	---	--

ALLEGATO 1

Modulo per la custodia dei valori dei pazienti

Presidio ospedaliero _____ Unità operativa _____

In data ___ / ___ / ___ alle ore _____ i sottoscritti:

1. _____ qualifica _____

2. _____ qualifica _____

Prelevano dal/dalla Sig./ra _____ identificato con _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____
(paziente non lucido/deceduto)

I seguenti oggetti preziosi: _____

Gli oggetti citati sono custoditi presso: _____

Firma operatore sanitario _____

Firma del paziente o suo delegato _____

Delega

Il sottoscritto _____ identificato con _____ n. _____ rilasciato da _____ in data ___ / ___ / ___ dichiara di voler


Ritirare personalmente gli oggetti preziosi al momento della dimissione.

Delegare il Sig./la Sig.ra _____ identificato con _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____ il ritiro degli oggetti preziosi _____

Firma del delegante _____

Consegna

Il sottoscritto _____ in data ___ / ___ / ___ consegna al sig./ra _____ identificato con _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____, grado di parentela _____ i seguenti effetti personali:

 <p>U.O. Rischio Clinico</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI</p>	<p>PRIMA EMISSIONE</p> <p>REVISIONE n. 00</p>	<p>Revisione programmata</p> <p>GENNAIO 2021</p>
---	--	---	--

- . In allegato dichiarazione sostitutiva di notorietà
- . In allegato documento di riconoscimento

Firma operatore professionale _____ firma ricevente _____

Trasferimento


Data trasferimento ___/___/___ Reparto/Servizio di destinazione _____

Firma dell'operatore che consegna gli oggetti dal paziente _____

Firma dell'operatore che ritira gli oggetti del paziente _____

Firma Direttore di Struttura

Firma Coordinatore Infermieristico

	PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	---	---	--

ALLEGATO 2

Dichiarazione sostitutiva atto di notorietà (Rilasciato ai sensi degli artt. 38 e 47 del D.P.R. 445/200)

Il/La Sottoscritto/a _____
 Nato/a a _____ () il ___/___/___ residente a _____
 Via/ Piazza _____ n. ___ identificato con _____ n. _____ rilasciato
 da _____ in data _____

Consapevole delle responsabilità penali cui posso andare incontro in casi di dichiarazioni false o mendace previsti dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

Dichiaro

Di essere:

- Coniuge
- Figlio/a
- Padre
- Madre
- Altro _____

Di _____ nato/a _____ il ___/___/___

In allegato documento di riconoscimento


Luogo e data

_____, ___/___/___

Il dichiarante

Firma Direttore di Struttura

Firma Coordinatore Infermieristico

 <p>U.O. Rischio Clinico</p>	PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI	PRIMA EMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	---	---	--

ALLEGATO 3

Informativa custodia protesi mobili

Presidio Ospedaliero _____ Unità Operativa _____

Sig./ra _____ nato/a _____ il ____ / ____ / ____ identificato
 con _____ n. _____ rilasciato da _____ in data _____

Gentile Sig./ra, le viene consegnato un contenitore dove conserverà la sua protesi mobile. Una volta inserita all'interno, dovrà essere custodito dalla S.V. con diligenza ed attenzione in un luogo sicuro. L'Azienda, per tale presa visione, **declina ogni responsabilità** correlata allo smarrimento e danneggiamento della protesi mobile successivamente alla consegna della presente informativa e dell'allegato contenitore.

- **Dichiaro di aver ricevuto un contenitore per la protesi compreso la finalità del suo utilizzo e sollevo la ASL/TA da qualsiasi responsabilità per un suo eventuale smarrimento/danneggiamento**
- **In caso di rifiuto della procedura sopra indicata, sollevo la ASL/TA da qualsiasi responsabilità da un eventuale smarrimento/danneggiamento della protesi.**


 Firma dell'utente/familiare/accompagnatore

 Firma dell'operatore

 Firma Direttore di Struttura

 Firma Coordinatore Infermieristico

Si rilascia fotocopia come ricevuta

 <p>U.O. Rischio Clinico</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI</p>	<p>PRIMA EMISSIONE</p> <p>REVISIONE n. 00</p>	<p>Revisione programmata</p> <p>GENNAIO 2021</p>
---	--	---	--

Modello di segnalazione smarrimento/danneggiamento protesi mobile

Alla cortese attenzione dell'Unità Operativa Rischio Clinico-Medicina Legale

Si invia il presente per segnalare lo smarrimento o danneggiamento di protesi mobili:

(elencare beni e barrare spazio vuoto)

Del/la Sig./ra citato nella dichiarazione informativa protesi mobili

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

Data ___/___/___

Firma Direttore di Struttura

Firma coordinatore inf./ostetr./tecnico o suo delegato

Trasferimento

Data trasferimento ___/___/___


Reparto/servizio di destinazione _____

Firma dell'operatore che **consegna** il contenitore porta protesi del paziente

Firma dell'operatore che **ritira** il contenitore porta protesi del paziente

Firma Direttore di Struttura

Firma Coordinatore Infermieristico

 <p>U.O. Rischio Clinico</p>	<p>PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI</p>	<p>PRIMA EMISSIONE</p> <p>REVISIONE n. 00</p>	<p>Revisione programmata</p> <p>GENNAIO 2021</p>
---	--	---	--

ALLEGATO 4

Dichiarazione di consegna beni appartenenti in vita e giacenti camera mortuaria

Azienda ASL Taranto, P.O. _____

Al Direttore dell'U.O. Medicina Legale- Rischio Clinico ASL/TA

Io sottoscritto necroforo _____ dichiara di aver trovato in data
___/___/___ e consegnato all'U.O. Medicina Legale-Rischio Clinico ASL/TA

_____, i seguenti beni appartenuti in vita al/alla

Sig/ra. _____ nato/a il ___/___/___ a _____ (___),


identificato con _____ n _____ rilasciato da _____ in data _____, deceduto/a in data
___/___/___ alle ore _____ presso il P.O. di _____ e giacente presso questa

Camera Mortuaria:

(elencare i beni e barrare le righe vuote)

Firma necroforo

Firma operatore U.O. Medicina Legale-Rischio Clinico

	PROTOCOLLO GESTIONE DEGLI EFFETTI PERSONALI DI PROPRIETA' DEGLI UTENTI DEI PRESIDI OSPEDALIERI AZIENDALI	PRIMA EMMISSIONE REVISIONE n. 00	Revisione programmata GENNAIO 2021
---	---	--	--

Richiesta restituzione dei beni

I sottoscritto/a _____ nato/a a _____ () il ___/___/___ identificato
 con _____ n _____ rilasciato da _____ in data _____, in qualità
 di _____ (grado di parentela) di (nome e cognome deceduto) _____ chiede la
 restituzione dei beni appartenenti in vita al proprio congiunto e giacenti presso questa U.O.

Firmando dichiara di aver ricevuto i beni sopra elencati.

. Allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà

Si rilascia fotocopia come ricevuta

firma del richiedente

firma operatore U.O. Medicina Legale-Rischio Clinico