

|        |              |      |   |
|--------|--------------|------|---|
| Numero | 18           | Pag. |   |
| Data   | 13 NOV. 2018 |      | 1 |

**DETERMINA DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE AMM.VA DI PRESIDIO  
DELLA AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD**  
N. 18 DEL 13 NOV. 2018

**Oggetto:** [Assistenza Privata non Sanitaria nei presidi ospedalieri di Pesaro e Fano.  
Approvazione avviso nuove iscrizioni e/o rinnovi.]

**IL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE AMM.VA DI PRESIDIO  
DELLA AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD**

- . . . -

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

**VISTE** le attestazioni dei Direttori della UOC Bilancio Patrimonio e Coordinamento Investimenti e della UOC Controllo di Gestione in riferimento alla spesa;

**- D E T E R M I N A -**

1. di approvare l'avviso (**Allegato n.1**) e relativi allegati rivolto alle Ditte, Cooperative Sociali, alle Associazioni e ai singoli soggetti che intendono prestare assistenza non sanitaria nei confronti dei pazienti ricoverati nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda ai sensi dell'art. 4 del "Regolamento per la disciplina dell'Assistenza privata non sanitaria", approvato con determina del Direttore Generale n° 465 del 11/07/2012;
2. di dare atto che il Regolamento Aziendale, di cui trattasi, è integrato con l'istruzione operativa "**IodmprT010\_ORG**", (**Allegato n. 2**) **quale sua parte integrante e sostanziale**;
3. di dare atto, ai sensi del citato Regolamento Aziendale, che il personale dipendente non deve fornire indicazioni per la scelta delle persone, né effettuare opera di intermediazione tra degenti, familiari e prestatori dell'attività, di cui trattasi;

|        |              |      |   |
|--------|--------------|------|---|
| Numero | 18           | Pag. |   |
| Data   | 13 NOV. 2018 |      | 2 |

4. di stabilire che l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività, di cui all'avviso oggetto del presente atto, avrà decorrenza dalla pubblicazione degli elenchi delle persone autorizzate e per la durata di mesi sei da tale data;
5. di dare atto, ai sensi del citato regolamento, che gli elenchi delle persone autorizzate verranno affissi, da parte dei Coordinatori, in spazi ritenuti idonei per una facile consultazione e che gli stessi garantiranno la vigilanza sulla corretta applicazione delle norme, contenute nel regolamento per l'Assistenza non Sanitaria da parte di autorizzati, e la trasmissione di eventuali segnalazioni alle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda;
6. di dare atto che l'avviso, di cui trattasi, è finalizzato alla creazione di elenchi di persone idonee allo svolgimento dell'attività presso i reparti ospedalieri, secondo i criteri previsti nel regolamento aziendale, non comportando alcun obbligo per l'Azienda di garanzia di attività;
7. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge n.412/91 e dell'art. 28 della L.R. n.26/96 e ss.mm.ii.;
8. di dare altresì atto che, a norma dell'art. 28 comma 6 della L.R. 26/96 e s.m.i., la presente determina è efficace dalla data di pubblicazione all'albo pretorio aziendale;
9. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. n.26/96 e ss.mm.ii..

**Il Dirigente della Direzione Amm.va di Presidio**

Dott.ssa Paola D'Eugenio

**U.O.C. Direzione Amministrativa di Presidio:**

Si attesta che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio aziendale.

**Il Dirigente**  
Dott.ssa Paola D'Eugenio

**UOC Bilancio Patrimonio e Coordinamento Investimenti e UOC Controllo di Gestione:**

Si prende atto di quanto dichiarato dal Dirigente della U.O.C. Direzione Amministrativa di Presidio confermando che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio aziendale.

*Giorgia S.*  
**Il Direttore della UOC  
Bilancio Patrimonio e  
Coordinamento Investimenti**

Dott.ssa Anna Gattini

*A. Gattini*

**Il Direttore della UOC  
Controllo di Gestione**

Dott.ssa Silvia Generali

*S. Generali*

|        |              |      |   |
|--------|--------------|------|---|
| Numero | 18           | Pag. |   |
| Data   | 13 NOV. 2018 |      | 3 |

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -  
(Direzione Amministrativa di Presidio)**

**Si richiamano le precedenti deliberazioni/determine aziendali/istruzioni operative:**

Determina del Direttore Generale n. 465 del 11 luglio 2012 recante ad oggetto il "Regolamento Aziendale per l'attività di Assistenza non Sanitaria (ANS) presso le Unità Operative dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord.";

Istruzione operativa "**IodmprT010\_ORG**" AUTORIZZAZIONE PRESENZA ASSISTENZE INTEGRATIVE PRIVATE, FAMILIARI E PERSONE DIVERSE DAI FAMILIARI NELLE UU.OO AZIENDALI

Si premette che:

con determina n° 465 del 11/07/2012 è stato approvato il "Regolamento Aziendale per l'attività di Assistenza non Sanitaria (ANS) presso le Unità Operative dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord.";

**Motivazione**

Ai sensi dell'art. 4 del "Regolamento per la disciplina dell'Assistenza privata non sanitaria", approvato con determina del Direttore Generale n° 465 del 11/07/2012, viene emanato il presente avviso rivolto alle Ditte, Cooperative Sociali, alle Associazioni e ai singoli soggetti che intendono prestare assistenza non sanitaria nei confronti dei pazienti ricoverati nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda.

**Sono tassativamente escluse dall'assistenza privata non sanitaria, tutte le funzioni proprie di assistenza sanitaria alle persone ricoverate in Ospedale, in quanto la stessa è erogata e garantita da personale qualificato e di supporto dell'Azienda.**

Coloro che intendono prestare assistenza non sanitaria sono tenuti a presentare domanda di iscrizione (o, per chi fosse già iscritto, a presentare domanda di rinnovo della stessa pena la cancellazione) per l'inserimento negli elenchi dei soggetti autorizzati a prestare tale attività, presso la Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero di Pesaro.

La domanda di inserimento o rinnovo negli elenchi suddetti, redatta in carta semplice su apposita modulistica (nuova iscrizione: mod. A; rinnovo: mod. B, da ritirarsi presso l'ingresso della Direzione Generale, Piazzale Cinelli 4, piano terra, ex caserma) dovrà pervenire a questa Direzione Amministrativa di Presidio (Piazzale Cinelli, primo piano, ex caserma), entro il seguente periodo: dal 19 novembre 2018 al 5 dicembre 2018. La modulistica dovrà essere consegnata il martedì e giovedì dalle ore 14,00 alle ore 16,00.

|        |              |      |   |
|--------|--------------|------|---|
| Numero | 18           | Pag. |   |
| Data   | 13 NOV. 2018 |      | 4 |

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 13, comma 1 del D.Lgs 30/6/2003, n° 196, i dati personali forniti dai soggetti interessati, ai fini dell'iscrizione negli elenchi dei soggetti prestatori di assistenza non sanitaria, saranno raccolti presso le Direzioni delle strutture sanitarie ospedaliere, per le finalità di gestione del presente avviso.

L'Azienda si riserva la facoltà, per motivi legittimi, di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso o di non accettare eventuali domande incomplete.

Le domande di iscrizione (con la documentazione richiesta)/rinnovo dovranno essere presentate dal 19 novembre 2018 al 5 dicembre 2018 secondo le modalità esplicitate nell'avviso (All. n. 1). La modulistica dovrà essere consegnata il martedì e il giovedì dalle ore 14,00 alle ore 16,00.

Di seguito si riportano, a stralcio, alcune parti del regolamento aziendale di particolare importanza:

#### PREMESSA

Il presente regolamento *disciplina* nelle Unità Operative di degenza dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda, la presenza di familiari o di persone delegate, a titolo gratuito e a titolo oneroso, all' Assistenza non Sanitaria (ANS) al di fuori dell'orario di visita, soprattutto per gli aspetti legati alle problematiche igienico-sanitarie.

Omissis...

Viene istituito il Registro delle presenze delle persone Autorizzate a prestare Assistenza non Sanitaria da compilare nel turno notturno (21.00--07.00) dall'Infermiere di turno.

#### Articolo 4

##### DOMANDA DI INSERIMENTO NEGLI ELENCHI AUTORIZZATI PER ANS A TITOLO ONEROSO

Omissis...

Il cartellino, che avrà valenza semestrale, dovrà essere nuovamente validato presso le Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda entro la data di scadenza, secondo il calendario prodotto nei singoli Presidi. **(per la nuova validazione del cartellino i soggetti interessati dovranno dichiarare di essere in possesso dei requisiti richiesti per l'autorizzazione- Allegato Mod. B- Rinnovo)**

Omissis...

#### Articolo 5

##### ELENCO PERSONE AUTORIZZATE PER ASSISTENZA NON SANITARIA A TITOLO ONEROSO

Omissis...

2. L'inserimento nell'elenco è obbligatorio per poter prestare Assistenza non sanitaria a titolo oneroso..
3. Il ricorso a prestazioni di Assistenza non Sanitaria a titolo oneroso prefigura un rapporto diretto tra degente e soggetto che eroga la prestazione.

|        |              |      |   |
|--------|--------------|------|---|
| Numero | 18           | Pag. |   |
| Data   | 13 NOV. 2018 |      | 5 |

4. L'Azienda non interviene in alcun modo nel suddetto rapporto diretto e fa divieto al proprio personale dipendente di qualsiasi intermediazione.
5. Il ricorso a forme di Assistenza non Sanitaria a titolo oneroso è a totale carico del paziente o suo familiare, o suo legale rappresentante, o suo delegato.
6. L'elenco verrà trasmesso ai Coordinatori delle Unità Operative che provvederanno ad esporlo in uno spazio comune per una facile consultazione.

Omississ...

#### Articolo 6

### **RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE PER PRESTAZIONE DI ASSISTENZA NON SANITARIA A TITOLO GRATUITO E ONEROSO**

1. Il degente, o suo familiare, richiede al Coordinatore, o in sua assenza l'Infermiere di turno, la prestazione di Assistenza non Sanitaria.
2. Il Coordinatore, o in sua assenza, l'Infermiere di turno, concede l'autorizzazione a prestare Assistenza non Sanitaria, compilando il modulo predisposto (Allegato 4)

Omississ...

#### Articolo 7

### **OBBLIGHI DELLE PERSONE DELEGATE AD ASSISTENZA NON SANITARIA A TITOLO ONEROSO**

Omississ...

3. Essi nell'esercizio delle proprie funzioni, sono tenuti ad osservare un comportamento decoroso e corretto e, in particolare, devono evitare ogni atto che possa recare danno diretto e indiretto ai ricoverati o che risulti lesivo all'attività istituzionale, degli interessi e del prestigio dell'Azienda.
5. Le persone autorizzate a prestare Assistenza non Sanitaria sono vincolate al rispetto della Privacy ed al conseguente divieto di divulgare informazioni sanitarie e/o ulteriori informazioni riguardanti il paziente assistito od altri pazienti.

Omississ...

#### ARTICOLO 9

### **OBBLIGHI DEL PERSONALE DIPENDENTE**

Omississ...

2. Il personale dipendente non deve fornire indicazioni per la scelta delle persone, né effettuare opera di intermediazione.

|        |              |      |   |
|--------|--------------|------|---|
| Numero | 18           | Pag. |   |
| Data   | 13 NOV. 2018 |      | 6 |

3. Il personale dipendente è tenuto all'osservanza delle norme contenute nel presente regolamento ed ha l'obbligo di segnalare formalmente al Coordinatore eventuali violazioni da parte di coloro che prestano Attività non Sanitaria.
4. Il Coordinatore trasmette formalmente la segnalazione alle Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda.

Omissis...

Articolo 10  
**VERIFICHE E CONTROLLI**

1. La vigilanza sulla corretta applicazione delle norme contenute nel regolamento per Assistenza non Sanitaria da parte di autorizzati è di competenza del Coordinatore, o in sua assenza, dell'Infermiere di turno.
2. Le Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda svolgono attività di vigilanza, autonomamente, mediante verifiche a campione o su segnalazione delle singole Unità Operative.

Omissis...

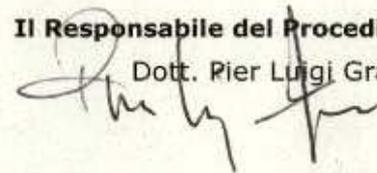
**Esito dell'istruttoria**

Con la presente determina, pertanto, si propone l'approvazione dell'avviso, (Allegato 1), e relativa modulistica per le nuove iscrizioni o rinnovi all'inserimento negli elenchi di coloro che intendono svolgere l'attività di assistenza non sanitaria presso i presidi ospedalieri di Pesaro e Fano.

Tutto quanto premesso e considerato si chiede di adottare il presente atto di determina

**Il Responsabile del Procedimento**

Dott. Pier Luigi Grassi



- ALLEGATI -

Allegato n. 1

Avviso e relativa modulistica per le nuove iscrizioni o rinnovi allo svolgimento di assistenza privata non sanitaria .

Allegato n. 2

Istruzione operativa "**IodmprT010\_ORG**" AUTORIZZAZIONE PRESENZA ASSISTENZE INTEGRATIVE PRIVATE, FAMILIARI E PERSONE DIVERSE DAI FAMILIARI NELLE UU.OO AZIENDALI



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche  
Azienda Ospedaliera  
**Ospedali Riuniti Marche Nord**  
Presidio Ospedaliero San Salvatore  
Pesaro  
**DIREZIONE AMMINISTRATIVA  
DI PRESIDIO**

*All. n. 1*  
**Dirigente**  
Dr.ssa Paola D'Eugenio

Segreteria:  
Tel: 0721366405  
Fax: 0721366413

Mail to:  
paola.deugenio@ospedalimarchenord.it

ALLEGATO N° *1* ALLA DETERMINA N° *18*  
DEL *13* NOV. 2018 COMPOSTO DI N° *3* PAGG.

## ASSISTENZA PRIVATA NON SANITARIA

NEI PRESIDII OSPEDALIERI DI PESARO E FANO  
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD"

### AVVISO

Ai sensi dell'art. 4 del "Regolamento per la disciplina dell'Assistenza privata non sanitaria", approvato con determina del Direttore Generale n° 465 del 11/07/2012, viene emanato il presente avviso rivolto alle Ditte, Cooperative Sociali, alle Associazioni e ai singoli soggetti che intendono prestare assistenza non sanitaria nei confronti dei pazienti ricoverati nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda.

Sono tassativamente escluse dall'assistenza privata non sanitaria, tutte le funzioni proprie di assistenza sanitaria alle persone ricoverate in Ospedale, in quanto la stessa è erogata e garantita da personale qualificato e di supporto dell'Azienda.

Coloro che intendono prestare assistenza non sanitaria sono tenuti a presentare domanda di iscrizione (o, per chi fosse già iscritto, a presentare domanda di rinnovo della stessa pena la cancellazione) per l'inserimento negli elenchi dei soggetti autorizzati a prestare tale attività, presso la Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero di Pesaro.

La domanda di inserimento negli elenchi suddetti, redatta in carta semplice su apposita modulistica (nuova iscrizione: **mod. A**; rinnovo: **mod. B**, da ritirarsi presso l'ingresso della Direzione Generale, Piazzale Cinelli 4, piano terra, ex caserma) dovrà pervenire a questa Direzione Amministrativa di Presidio (Piazzale Cinelli, primo piano, ex caserma), entro il seguente periodo: dal 19 novembre 2018 al 5 dicembre 2018. La modulistica dovrà essere consegnata il martedì e il giovedì dalle ore 14,00 alle ore 16,00.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 13, comma 1 del D.Lgs 30/6/2003, n° 196, i dati personali forniti dai soggetti interessati, ai fini dell'iscrizione negli elenchi dei soggetti prestatori di assistenza non sanitaria, saranno raccolti presso le Direzioni delle strutture sanitarie ospedaliere, per le finalità di gestione del presente avviso.

L'Azienda si riserva la facoltà, per motivi legittimi, di prorogare, sospendere, modificare o revocare il presente avviso o di non accettare eventuali domande incomplete.

L'autorizzazione rilasciata, in applicazione del presente avviso, sarà valevole dalla pubblicazione degli elenchi dei nominativi e per la durata di mesi sei.

LA DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche  
**Azienda Ospedaliera  
Ospedali Riuniti Marche Nord**

DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO  
PRESIDIO SAN SALVATORE

Dirigente  
Dr.ssa Paola D'Eugenio

Tel.0721366405  
Fax 0721366413

MOD. A

**DOMANDA D'ISCRIZIONE PER  
ASSISTENZA NON SANITARIA A TITOLO ONEROSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Documento di Identità \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di essere inserito nell'elenco degli autorizzati all'Assistenza non Sanitaria presso le Unità Operative dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda

**consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità:**

**DICHIARA**

di rispettare scrupolosamente le norme contenute nel regolamento (ricevuto in data odierna) e di applicare una tariffa oraria di Euro \_\_\_\_\_  IVA ESCLUSA  IVA INCLUSA

**LIBERA**

L'Azienda Ospedaliera da ogni responsabilità di ordine civile e risarcitorio per infortuni e/o malattie professionali che il sottoscritto può subire in conseguenza e/o a causa del servizio di assistenza non sanitaria, e per la quale è coperto da personale polizza assicurativa

**LIBERA**

L'Azienda Ospedaliera da ogni responsabilità di ordine civile e risarcitorio per responsabilità civile verso terzi per le attività espletate dal sottoscritto ai fini e/o in occasione del servizio di Assistenza non Sanitaria, e per la quale è coperto da personale polizza assicurativa

Il sottoscritto allega alla domanda la seguente documentazione:

- copia del documento di apertura della Partita Iva;
- certificato medico di idoneità Sanitaria;
- copia della polizza assicurativa per Infortuni propri, in corso di validità;
- copia della polizza assicurativa per Responsabilità Civile verso terzi, in corso di validità;
- copia del documento di identità;
- copia del versamento del contributo spesa (€ 6,00; causale "recupero spese iscrizione ANS").
- Due fotografie formato tessera solo per le iscrizioni individuali

**Le Ditte e Società provvederanno a dotare le operatrici di un cartellino di riconoscimento con il proprio logo.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ricevuta in data \_\_\_\_\_

Firma/DAP \_\_\_\_\_



Servizio Sanitario Nazionale  
Regione Marche  
Azienda Ospedaliera  
Ospedali Riuniti Marche Nord

Dirigente  
Dr.ssa Paola D'Eugenio

Tel.0721366405  
Fax 0721366413

DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO  
PRESIDIO SAN SALVATORE

MOD. B

**RICHIESTA RINNOVO ISCRIZIONE PER  
ASSISTENZA NON SANITARIA A TITOLO ONEROSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Documento di Identità \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Il rinnovo della Sua iscrizione nell'elenco degli autorizzati all'Assistenza non Sanitaria presso le Unità Operative dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda

**consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le dichiarazioni mendaci e nelle ipotesi di falsità in atti; consapevole altresì di incorrere nella decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato dall'Amministrazione, qualora in sede di controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, sotto la propria responsabilità:**

**DICHIARA**

di continuare a rispettare scrupolosamente le norme contenute nel regolamento ricevuto e di continuare ad applicare la tariffa oraria già comunicata (pari ad € \_\_\_\_\_  IVA ESCLUSA  IVA INCLUSA);

**LIBERA**

l'Azienda Ospedaliera da ogni responsabilità di ordine civile e risarcitorio per infortuni e/o malattie professionali che il sottoscritto può subire in conseguenza e/o a causa del servizio di assistenza non sanitaria, e per la quale è coperto da personale polizza assicurativa;

**LIBERA**

l'Azienda Ospedaliera da ogni responsabilità di ordine civile e risarcitorio per responsabilità civile verso terzi per le attività espletate dal sottoscritto ai fini e/o in occasione del servizio di Assistenza non Sanitaria, e per la quale è coperto da personale polizza assicurativa;

**DICHIARA**

di continuare ad essere in regola con la documentazione già presentata ed in particolare con la Partita IVA e la copertura assicurativa (RCT ed Infortuni).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ricevuta in data \_\_\_\_\_ Firma/DAP \_\_\_\_\_

All. n. 2

|   |  |                |
|---|--|----------------|
|  | <b>AUTORIZZAZIONE PRESENZA ASSISTENZE<br/>INTEGRATIVE PRIVATE, FAMILIARI E PERSONE<br/>DIVERSE DAI FAMILIARI NELLE UU.OO AZIENDALI</b> | IOdmprT010_ORG |
|   |  | Pag 1 di 2     |

ALLEGATO N° 2 ALLA DETERMINA N° 18  
DEL 13 NOV. 2018 COMPOSTO DI N° 4 PAGG.

## SOMMARIO

|                                   |        |
|-----------------------------------|--------|
| 1. SCOPO                          | Pag. 2 |
| 2. CAMPO DI APPLICAZIONE          | Pag. 2 |
| 3. PROCESSO - MODALITA' OPERATIVE | Pag. 2 |
| 4. ELENCO ALLEGATI                | Pag. 3 |

| Rev | Data       | Redazione  | Verifica                 | Approvazione  | Descrizione  |
|-----|------------|--|--------------------------|---|--|
| 0   | 08/09/06   | Dott. A. Luminati -<br>Ref. DAP  | Dr. E. Berselli -<br>RAQ | Dr. E. Berselli - DMP   | Prima emissione  |
| 1   | 27.09.2012 | Dott. P. Grassi<br><br>Dott. E. Sorcinelli<br><br>Ref. DAP   | Dr. E. Berselli -<br>RAQ | Dr. E. Berselli - DMP   | Adeguamento a nuova<br>regolamentazione<br>aziendale<br><br>Inserimento nuova<br>modulistica |
| 02  | 01.10.2013 | Dr E Berselli - DMP<br>Pesaro<br><br>Dott.ssa S Tonucci Dir<br>Dip IOTR  | Dr. E. Berselli -<br>RAQ | Dr. E. Berselli - DMP<br>Pesaro<br>Dr. N. Nardella -<br>DMP Fano<br>Dott.ssa S. Tonucci   | Rev. punto 3.3   |
| 03  | 02.05.2017 | Dr. ssa C Serrao -<br>DMP San Salvatore<br><br>Dr. N. Nardella -<br>DMP Fano<br><br>Dott.ssa S. Tonucci<br><br>Dott. P. Grassi - DAP | Dr. E. Berselli -<br>RAQ | Dr. ssa C Serrao -<br>DMP S. Salvatore<br><br>Dr. N. Nardella -<br>DMP Fano<br><br>Dott.ssa S.<br>Tonucci - Dir Dip<br>IOTR<br><br>Dott.ssa P<br>D'Eugenio<br>Dir DAP | Nuova codifica   |

|   |  |                |
|---|--|----------------|
|  | <b>AUTORIZZAZIONE PRESENZA ASSISTENZE<br/>INTEGRATIVE PRIVATE, FAMILIARI E PERSONE<br/>DIVERSE DAI FAMILIARI NELLE UU.OO AZIENDALI</b> | IODmprT010_ORG |
|   |  | Pag 2 di 2     |

### 1. SCOPO

Definire le operazioni e attività necessarie ad autorizzare la presenza, delle assistenti integrative private, dei familiari e di persone diverse dai familiari, nelle UOC e UOS aziendali per lo svolgimento di attività di sostegno, compagnia e sorveglianza ai pazienti ricoverati, senza interferire nelle mansioni del personale sanitario, ne sostituendosi ad esso.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Istruzione Operativa si applica all'interno delle UOC/UOS di degenza dei Presidi Ospedalieri "Ospedali Riuniti Marche Nord".

### 3. MODALITA' OPERATIVE

La presenza dei familiari o di persone da queste delegate deve essere richiesta al Direttore/Responsabile della UOC/UOS di degenza o, in sua assenza, al medico responsabile, direttamente dal ricoverato e/o dai suoi familiari.

#### 3.1 AUTORIZZAZIONE ALL'ASSISTENZA INTEGRATIVA PRIVATA

Prima del rilascio dell'autorizzazione, l'Inf/Ost. Coordinatore (o facente funzioni) deve verificare che il nominativo dell'Assistente Integrativa Privata, indicata dal ricoverato e/o da un suo familiare, sia presente nell'elenco inviato periodicamente dalla Direzione Medica di Presidio.

Verificata la presenza del nominativo, l'Inf/Ost. Coordinatore (o facente funzioni) provvede a compilare e a far firmare, al ricoverato/familiare il(MOD01\_IODmprT010\_ORG) e, dopo valutazione dell'effettiva necessità, l'autorizzazione viene firmata da parte del Direttore o Responsabile o suo delegato.

#### 3.2 AUTORIZZAZIONE PER I FAMILIARI E PERSONE DIVERSE DAI FAMILIARI

I familiari o le persone delegate dal ricoverato o dai familiari in quanto già svolgono attività di assistenza al domicilio del ricoverato, possono essere autorizzati ad assistere lo stesso, all'interno delle UOC e UOS di degenza, previa richiesta al Direttore o Medico Responsabile.

La richiesta deve essere effettuata, dal ricoverato o dal familiare, all'Inf/Ost. Coordinatore che provvede a compilare e a far firmare, al ricoverato o al familiare l'autorizzazione alla presenza con il(MOD01\_IODmprT010\_ORG). Dopo la valutazione dell'effettiva necessità, l'autorizzazione viene firmata da parte del Direttore o Responsabile. L'autorizzazione rilasciata su dichiarazione dei familiari in quanto tale assistente è già utilizzata al domicilio del ricoverato, deve pervenire, contestualmente al rilascio, alla DMP corredata dalla copia di un documento d'identità dell'assistente autorizzata a tale titolo.

#### 3.3 REGISTRAZIONE PRESENZA PERSONALE DI ASSISTENZA (PARENTE O PRIVATA A TITOLO ONEROSO).

In orario notturno, l'Inf/Ost. Coordinatore (o facente funzioni) registra tutti i presenti, ovvero provvede a raccogliere la firma di presenza di chi presta l'assistenza (parente o privata a titolo oneroso) su MOD02\_IODmprT010\_ORG.

Il modulo va inviato, il giorno successivo, alla DMP via Fax 6413 (San Salvatore) - 3380 (Santa Croce).

#### 3.4 ARCHIVIAZIONE DOCUMENTAZIONE

Per il periodo di ricovero la copia dell'autorizzazione (MOD A) viene conservata nella documentazione infermieristica e alla dimissione il documento viene archiviato separatamente e conservato presso l'UO per almeno due anni.

### 4 ELENCO ALLEGATI

| ALLEGATO N°          | DESCRIZIONE ALLEGATO  |
|----------------------|---|
| MOD01_IODmprT010_ORG | Richiesta e rilascio autorizzazione per l'assistenza per il familiare o persona diversa dal familiare e per l'assistenza integrativa privata. |
| MOD02_IODmprT010_ORG | Registro presenza personale di assistenza (parente o privata a titolo oneroso)  |

|   |  |                      |                 |
|---|--|----------------------|-----------------|
|  | <b>RICHIESTA DI ASSISTENZA<br/>NON SANITARIA</b> | MOD01_IOdmprT010_ORG | Pag 1 di 1      |
|   |  |                      | Rev 03          |
|   |  |                      | Del<br>02.05.17 |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

familiare di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'autorizzazione a rimanere accanto al proprio congiunto, o a delegare altre persone, al di fuori dei normali orari di visita.

### DICHIARA

Di essere consapevole che l'Assistenza Sanitaria è garantita dal personale della struttura ospedaliera e che tale personale può chiedere in qualunque momento, per motivi clinici/organizzativi, l'allontanamento temporaneo di chiunque dall' U.O. o dalla stanza di degenza del ricoverato.

### CHIEDE

Che siano autorizzate a rimanere singolarmente le seguenti persone specificando la relazione come segue:

F= familiare, parente    B= badante domiciliare    P = a titolo oneroso

| <u>Cognome Nome</u> | <u>Relazione</u> |    |   |
|---------------------|------------------|----|---|
|                     | F                | B* | P |

**B\***

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità la sig.ra \_\_\_\_\_

presta servizio presso il domicilio come "badante" dal \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente  
\_\_\_\_\_

Si Autorizza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Firma di chi Autorizza  
\_\_\_\_\_

|  |   |                      |                        |
|--|---|----------------------|------------------------|
|  | <b>REGISTRAZIONE PRESENZA<br/>PERSONALE ASSISTENZA VOLONTARIA</b> | MOD02_I0dmprP004_ORG | Pag 1 di 1             |
|  |   |                      | Rev 03<br>Del 02.05.17 |

UOC \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

**DA TRASMETTERE QUOTIDIANAMENTE ALLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - FAX 6413 (S SALVATORE) - 3380 (S CROCE)**

| <i>Etichetta (o cognome e nome paziente)</i> | <i>Cognome e nome assistenza privata o parente (specificare grado parentela)</i> | <i>Ora ingresso</i> | <i>Firma assistente privata o parente</i> | <i>Ora uscita</i> | <i>Firma assistente privata o parente</i> |
|--|--|---------------------|---|-------------------|---|
|  |  |                     |   |                   |   |
|  |  |                     |   |                   |   |
|  |  |                     |   |                   |   |
|  |  |                     |   |                   |   |



REGIONE MARCHE

Numero 18/AORMNDAMP

Data 13/11/2018

## DETERMINA N. 18/AORMNDAMP DEL 13/11/2018

[Assistenza Privata non Sanitaria nei presidi ospedalieri di Pesaro e Fano.  
Approvazione avviso nuove iscrizioni e/o rinnovi.]

## PUBBLICAZIONE:

dal 13/11/2018 al 27/11/2018

## ESECUTIVITA':

- La Determina è stata dichiarata immediatamente esecutiva il 13/11/2018
- La Determina è esecutiva il \_\_\_\_\_ (dopo il 10° giorno della pubblicazione)

Determina pubblicata sulla Extranet SI  NO 

## Certificato di pubblicazione

Si attesta che del presente atto è stata disposta la pubblicazione all'Albo Pretorio in data odierna, per quindici giorni consecutivi.

13/11/2018

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Livia Fedele

Collegio Sindacale: inviata con nota del \_\_\_\_\_

Atto soggetto al controllo della Regione: SI  NO 

Inviato con nota n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_