

| | | | |
|--------|---------------|------|---|
| Numero | 12 | Pag. | 1 |
| Data | - 2 OTT. 2017 | | |

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

N. 12 DEL - 2 OTT. 2017

Oggetto: [Assistenza Privata non Sanitaria nei presidi ospedalieri di Pesaro e Fano. Approvazione avviso nuove iscrizioni e/o rinnovi. Periodo 1° Ottobre 2017 – 31 Marzo 2018.]

**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;**

| | | | |
|--------|---------------|------|---|
| Numero | 12 | Pag. | |
| Data | - 2 OTT. 2017 | | 2 |

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;
4. 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;
5. 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;
6. 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.;
7. 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;
8. 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.

Giaffe
**Il Direttore della UOC
Bilancio Patrimonio e
Coordinamento Investimenti**

Dott.ssa Anna Gattini

**Il Direttore della UOC
Controllo di Gestione**

Dott.ssa Silvia Generali

| | | | |
|--------|---------------|------|---|
| Numero | 12 | Pag. | |
| Data | - 2 OTT. 2017 | | 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 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 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso. La modulistica dovrà essere consegnata il martedì e giovedì dalle ore 14,30 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,

| | | | |
|--------|---------------|------|---|
| Numero | 12 | Pag. | |
| Data | - 2 OTT. 2017 | | 4 |

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 entro 15 giorni (esclusi giorni festivi) dalla data di pubblicazione del presente avviso (scadenza giovedì 09/05/2017).

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..

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

Omissis...

2. Il personale dipendente non deve fornire indicazioni per la scelta delle persone, né effettuare opera di intermediazione.
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 del Presidi Ospedalieri dell'Azienda svolgono attività di vigilanza, autonomamente, mediante verifiche a campione o su segnalazione delle singole Unità Operative.

Omissis...

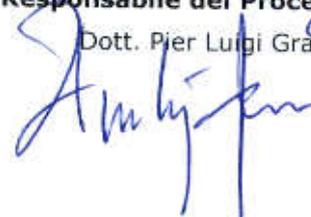
Esito dell'istruttoria

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



| | | | |
|--------|---------------|------|---|
| Numero | 62 | Pag. | |
| Data | - 2 OTT. 2017 | | 7 |

- 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**

Dirigente
Dr.ssa Paola D'Eugenio

Segreteria:
Tel: 0721366405
Fax: 0721366413

Mail to:
paola.deugenio@ospedalimarchenord.it

ALLEGATO N° ... 1 ... ALLA DETERMINA N° ... 121 ...
DEL ... 2.01.2017 ... COMPOSTO DI N° ... 3 P.A.G.G. ...

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 15° giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso. **La modulistica dovrà essere consegnata il martedì e giovedì dalle ore 14,30 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.

Le domande di iscrizione (con la documentazione richiesta)/rinnovo dovranno essere presentate entro 15 giorni (esclusi giorni festivi) dalla data di pubblicazione del presente avviso (scadenza martedì 17/10/2017).

Pesaro, 02/10/2017

LA DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO



Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

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

DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
PRESIDIO SAN SALVATORE

Dirigente
Dr.ssa Paola D'Eugenio

Tel.0721366405
Fax 0721366413

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 _____

| | | |
|--|--|----------------|
|  | AUTORIZZAZIONE PRESENZA ASSISTENZE INTEGRATIVE PRIVATE, FAMILIARI E PERSONE DIVERSE DAI FAMILIARI NELLE UU.OO AZIENDALI | I0dmprT010_ORG |
| | | Pag 1 di 2 |

ALLEGATO N° 2 ALLA DETERMINA N° AdU
DEL 2 OTT 2017 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 - Ref. DAP | Dr. E. Berselli - RAQ | Dr. E. Berselli - DMP | Prima emissione |
| 1 | 27.09.2012 | Dott. P. Grassi Dott. E. Sorcinelli Ref. DAP | Dr. E. Berselli - RAQ | Dr. E. Berselli - DMP | Adeguamento a nuova regolamentazione aziendale Inserimento nuova modulistica |
| 02 | 01.10.2013 | Dr E Berselli - DMP Pesaro Dott.ssa S Tonucci Dir Dip IOTR | Dr. E. Berselli - RAQ | Dr. E. Berselli - DMP Pesaro Dr. N. Nardella - DMP Fano Dott.ssa S. Tonucci | Rev. punto 3.3 |
| 03 | 02.05.2017 | Dr. ssa C Serrao - DMP San Salvatore Dr. N. Nardella - DMP Fano Dott.ssa S. Tonucci Dott. P. Grassi - DAP | Dr. E. Berselli - RAQ | Dr. ssa C Serrao - DMP S. Salvatore Dr. N. Nardella - DMP Fano Dott.ssa S. Tonucci - Dir Dip IOTR Dott.ssa P D'Eugenio Dir DAP | Nuova codifica |



**AUTORIZZAZIONE PRESENZA ASSISTENZE
INTEGRATIVE PRIVATE, FAMILIARI E PERSONE
DIVERSE DAI FAMILIARI NELLE UU.OO AZIENDALI**

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) |



**REGISTRAZIONE PRESENZA
PERSONALE ASSISTENZA VOLONTARIA**

MOD02_10dmprP004_ORG

Pag 1 di 1

Rev 03

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> |
|--|--|---------------------|---|-------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------|-----------------|
|  | RICHIESTA DI ASSISTENZA NON SANITARIA | MOD01_I0dmpR010_ORG | Pag 1 di 1 |
| | | | Rev 03 |
| | | | Del 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



REGIONE MARCHE

Numero 12/AORMNDAMP

Data 02/10/2017

DETERMINA N. 12/AORMNDAMP DEL 02/10/2017

**[Assistenza Privata non Sanitaria nei presidi ospedalieri di Pesaro e Fano.
Approvazione avviso nuove iscrizioni e/o rinnovi. Periodo 1° Ottobre 2017 – 31 Marzo
2018.]**

PUBBLICAZIONE:

dal 02/10/2017 al 16/10/2017

ESECUTIVITA':

- La Determina è stata dichiarata immediatamente esecutiva il 02/10/2017
- 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.

02/10/2017

IL FUNZIONARIO INCARICATO

L. Fedele Livia Fedele

Collegio Sindacale: inviata con nota del _____

Atto soggetto al controllo della Regione: SI NO

Inviato con nota n. _____ del _____