

☐ originale☒ copia controllata informatica☐ copia controllata cartacea _____ N. _____☐ copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ☐ bozza

La Sezione 5 definisce il ruolo della Direzione nella leadership e governance del Sistema di Gestione per la Qualità e il Rischio Clinico, attraverso la definizione di missione, visione, valori, indirizzi strategici e politica per la qualità, nella promozione della cultura della qualità e della sicurezza e nella integrazione del Sistema nei processi aziendali, assicurando le risorse necessarie.

La sezione definisce inoltre le responsabilità della Direzione in materia di allocazione.

Redazione

Alice Borrata, Collaboratore Tecnico, UOC Controllo di Gestione e SIS; **Teresa Boscarino**, RQ UOS Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione; **Andrea P. Calabrò**, Direttore UOC Controllo di gestione e SIS; **Dora Castiglione**, Dirigente medico PO San Marco; **Iole Foti**, Infermiere, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Thea Giacobbe**, Referente UOS Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione; **Angelo Gambera**, Responsabile U.O.S. Formazione e Aggiornamento; **Giuseppa Granvillano**, Dirigente Medico PO G. Rodolico; **Riccardo La Spada**, Assistente Amministrativo, U.O.C. Risorse Umane; **Gabriella Patanè**, Coordinatore, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Federica Nicolosi**, Collaboratore Amministrativo, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Marco Torrisi**, Dirigente Medico, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

Verifica**Vincenzo Parrinello**

Responsabile U.O. per la Qualità e Rischio Clinico

Valentina Restivo

Referente per la Qualità Settore Amministrativo

Approvazione**Monica A. Castro**

Direttore Amministrativo

Antonio Lazzara

Direttore Sanitario

Ratifica**Giorgio Giulio Santonocito**

Direttore Generale

La presente sezione del manuale è la revisione della versione Ed. 4 rev. 00 del 28 agosto 2020, aggiornato per adeguarla ai requisiti previsti dal DA 20/2024 “*Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture*”, alla norma UNI ISO 7101:2024 “*Gestione delle organizzazioni sanitarie – Sistemi di gestione della qualità nelle organizzazioni sanitarie – Requisiti*” ed al manuale JCI ed. 8°-2025

INDICE

SEZIONE 5	LEADERSHIP	5
5.1	Leadership e impegno	5
5.2	Politica di qualità dell'assistenza sanitaria.....	8
5.3	Ruoli, responsabilità e autorità	8
5.4	Focalizzazione sull'utente del servizio	9
5.5	Accesso alle cure	11

SEZIONE 5 LEADERSHIP



5.1

Leadership e impegno

La Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, in accordo con gli Organi universitari previsti dal D.Lgs. 517/1999, assicura la leadership del Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ), promuovendo una governance orientata alla qualità, alla sicurezza delle cure, alla centralità della persona assistita, alla formazione universitaria e alla ricerca scientifica. La Direzione esercita la propria leadership attraverso la definizione degli indirizzi strategici dell'Azienda e garantisce che il Sistema di Gestione per la Qualità sia pienamente integrato nelle attività assistenziali, didattiche, di ricerca e amministrative.

In particolare, la Direzione Aziendale:

- Ha definito nell'Atto Aziendale la missione, la visione e i valori aziendali, orientati all'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, alla tutela della salute, alla sicurezza delle cure, all'innovazione e al miglioramento continuo;
- Ha adottato il Codice di Comportamento aziendale, promuovendo i principi di legalità, trasparenza, imparzialità, integrità, responsabilità professionale e rispetto della dignità della persona;
- Ha stabilito la *Politica della Qualità e gli obiettivi strategici* dell'Azienda DPQ-AOUP, assicurandone la coerenza con la programmazione sanitaria regionale, con gli indirizzi dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana, con gli obiettivi dell'Università e con il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);
- promuove una cultura della qualità e della sicurezza attraverso programmi di formazione continua come descritto nel piano Pi-ECM-4 “Piano Formativo Aziendale”, audit clinici e organizzativi, secondo le modalità descritte nella procedura PQ-3 “Pianificazione e della conduzione degli audit e della gestione della documentazione dei risultati”, il monitoraggio gli indicatori di qualità, indicati nella sezione 9 del presente manuale, e la diffusione delle buone pratiche assistenziali attraverso un sistema di alert e buone pratiche;
- ha istituito l'Unità Operativa per la Qualità e Rischio Clinico quale struttura di riferimento per il coordinamento delle attività di qualità, sicurezza delle cure e gestione del rischio, il Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza (CIO), il Comitato Buon Uso del Sangue (CoBUS), il Comitato Etico, le Commissioni aziendali e i gruppi di miglioramento, definendone competenze e responsabilità;

- f) assicura che i requisiti del Sistema di Gestione per la Qualità siano integrati nei processi assistenziali, amministrativi, tecnico-logistici, favorendo un approccio per processi e una gestione multidisciplinare delle attività, attraverso:
- la definizione e rappresentazione dei processi aziendali nelle procedure, nelle quali al punto 6 vi è una matrice delle responsabilità che integra responsabilità e attività assistenziali, amministrative, tecnico-logistiche e formative ed al punto 7 vi sono descritti i processi di gestione del rischio;
 - la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari per la redazione delle procedure e dei regolamenti;
 - la definizione e la descrizione, al punto 11 di ogni procedura ed al punto 7 di ogni regolamento, di indicatori utilizzati per monitorare i processi descritti e individuare opportunità di miglioramento;
 - l'utilizzo dei risultati degli audit, delle segnalazioni di near miss/eventi avversi/eventi sentinella anche per l'individuazione dei fabbisogni formativi.
- g) garantisce la disponibilità delle risorse umane, la messa a disposizione delle risorse professionali, tecnologiche, strutturali ed economiche necessarie per l'efficace funzionamento del sistema, per come indicato nell'allegato 02 “Piano del fabbisogno” del PIAO e nel “Programma triennale degli acquisti di beni e servizi”, come previsto dal decreto legislativo n. 36 del 31/03/2023 all'art. 37, co. 1, lett. a) e promuove lo sviluppo delle competenze del personale mediante programmi di formazione, aggiornamento professionale, simulazione clinica e valorizzazione delle competenze tecnico-professionali, manageriali e relazionali;
- h) comunica a tutto il personale l'importanza della qualità, della sicurezza delle cure, della gestione del rischio, del rispetto delle procedure aziendali e della conformità ai requisiti legislativi, regolamentari e normativi del rischio, attraverso la pianificazione annuale di attività formative finalizzate a divulgare la cultura della qualità, la conoscenza e l'applicazione delle procedure, dei regolamenti e delle disposizioni aziendali, nonché il rispetto dei requisiti legislativi, regolamentari e normativi applicabili, gli audit e le campagne informative;
- i) assicura il monitoraggio delle prestazioni del Sistema di Gestione per la Qualità attraverso indicatori aziendali, indicatori di processo ed esito, come descritto nella sezione 9 “Valutazione delle prestazioni” del presente manuale, audit interni, come descritto nella PQ-3 “Pianificazione e della conduzione degli audit e della gestione della documentazione dei risultati”, i riesami della Direzione ed il monitoraggio degli obiettivi assegnati alle strutture organizzative descritti nella sezione 2 del PIAO;
- j) attribuisce responsabilità, autorità e competenze ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di Struttura Complessa e Semplice, ai Responsabili di Unità Operativa, ai Coordinatori delle Professioni Sanitarie e ai Responsabili di Processo, assicurando il coinvolgimento di tutte le articolazioni organizzative nel funzionamento del SGQ;
- k) guida e sostiene le persone affinché contribuiscano all'efficacia del sistema di gestione della qualità nell'organizzazione sanitaria favorendo la partecipazione attiva di tutto il personale ai processi di miglioramento continuo, promuovendo il lavoro interdisciplinare, l'istituzione di team multidisciplinari e Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), la condivisione delle esperienze, come descritto nel regolamento R-i-RUM-8 “Condivisione delle conoscenze acquisite in attività formative svoltesi all'esterno dell'Organizzazione”, l'analisi degli eventi avversi e la cultura dell'apprendimento dall'errore, come rendicontato nella relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi di cui all'art. 1 comma 539, lettera d-bis, della Legge n. 208/15;
- l) promuove il miglioramento continuo mediante la pianificazione di azioni di miglioramento, la gestione delle non conformità, delle azioni correttive e preventive, come descritto nella PQ-2 “Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità, dei mancati incidenti, degli eventi avversi e degli eventi sentinella” e nella PQ- 4 “Gestione delle azioni di miglioramento”, il riesame periodico dei processi e la valutazione dei risultati conseguiti;
- m) sostiene l'azione dei responsabili delle strutture organizzative affinché esercitino la leadership nelle rispettive aree di competenza, garantendo il raggiungimento degli obiettivi di qualità, sicurezza, assistenza, didattica e ricerca. A tal fine, assicura la disponibilità delle

informazioni necessarie alla gestione dei processi, contenuti nella pagina [report](#) della sezione “qualità e rischio clinico” del sito web aziendale, promuove il coinvolgimento dei responsabili nell’identificazione dei rischi e delle opportunità di miglioramento e favorisce il coordinamento tra le diverse strutture organizzative e professionali;

- n) adotta un approccio basato sul rischio, integrando la valutazione dei rischi e delle opportunità nella pianificazione strategica, nella gestione dei processi e nelle decisioni organizzative, con particolare riferimento al rischio clinico, al rischio infettivo, al rischio occupazionale, al rischio tecnologico, al rischio informatico e ai rischi organizzativi come descritto nel piano Pi-S-3 [“Piano aziendale per la gestione del rischio - Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all’assistenza”](#), nel piano Pi-S-4 [“Piano aziendale per la gestione del rischio - programma triennale per la gestione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti 2025-2027”](#) e nel [Documento di Valutazione dei Rischi \(DVR\)](#);
- o) promuove la sicurezza degli utenti attraverso il sistema aziendale di gestione del rischio clinico, la prevenzione degli eventi avversi, l’implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute, l’Incident Reporting, la Root Cause Analysis (RCA), la Failure Mode and Effects Analysis (FMEA/FMECA), la metodologia Global Trigger Tool e il monitoraggio degli eventi sentinella;
- p) garantisce la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, la sorveglianza sanitaria e il rispetto della normativa in materia di salute e sicurezza nei luoghi, la prevenzione dei rischi professionali di lavoro attraverso il SPP, l’ufficio del Medico Competente e l’ufficio del Medico Autorizzato, come previsto dal D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. e dal D.Lgs. 31 luglio 2020, n. 101 e s.m.i. Promuove, inoltre, il benessere organizzativo tramite il Comitato Unico Garanzia (CUG), istituito con atto deliberativo n. 821 del 26/06/2012 ai sensi dell’art. art. 21 Legge n. 183 del 4/11/2010. Il CUG esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica in materia di pari opportunità e di benessere organizzativo al fine di contribuire all’ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, agevolando l’efficienza e l’efficacia delle prestazioni e garantendo un ambiente lavorativo nel quale sia contrastata qualsiasi forma di discriminazione nei confronti di lavoratrici e lavoratori.

In particolare il CUG svolge una funzione:

- Propositiva, con la predisposizione di piani di azioni positive volte a favorire l’uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo, all’interno dell’amministrazione pubblica;
- consultiva, il CUG formulando pareri sui progetti di riorganizzazione, sui piani di formazione del personale, sulle forme di flessibilità lavorativa, sugli interventi di conciliazione, nonché sui criteri di valutazione del personale;
- Verifica, relazionando in ordine allo stato di attuazione del Piano triennale di azioni positive, sul monitoraggio degli incarichi conferiti sia al personale dirigenziale che a quello non dirigenziale, sulle indennità e posizioni organizzative al fine di individuare eventuali differenziali retributivi tra uomini e donne.

Il CUG svolge, inoltre, funzioni di verifica in ordine all’assenza di qualsiasi forma di violenza o discriminazione, diretta o indiretta, nel luogo di lavoro pubblico.

Inoltre, come descritto nella PO-CIU-3 [“Indagine di valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale”](#) l’U.O. Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione monitora il clima aziendale e la soddisfazione del personale, utilizzando un questionario M_PO-CIU-3 [“questionario per l’indagine di valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale”](#). Lo scopo di tale rilevazione è quello di favorire la partecipazione del personale medesimo e di trovare opportunità possibili sulle quali intervenire per migliorare il benessere mentale e fisico dei lavoratori, la soddisfazione degli utenti e, infine, la produttività.

Il benessere organizzativo è promosso, altresì, attraverso un processo strutturato di raccolta di segnalazioni, di ascolto e di suggerimenti del personale dipendente, come descritto nella procedura PO-CIU-2 [“Sistema strutturato di raccolta di segnalazioni, di ascolto e di suggerimenti”](#);

Al fine di tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori, la Direzione Aziendale ha, altresì, istituito il [“Gruppo Di Lavoro Per Il Programma Di Prevenzione Della Violenza Sugli](#)

Operatori Sanitari” con atto deliberativo n. 1466 del 27/08/2019 che predispone un “Programma annuale di prevenzione degli atti di violenza”, promuove la cultura della segnalazione attraverso il modulo “scheda per la segnalazione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”, raccoglie le esperienze del personale in tema di atti violenza subiti mediante un questionario, raccoglie ed analizza i risultati delle segnalazioni e del questionario i cui dati sono descritti nel Report segnalazioni atti di violenza nei confronti dei sanitari e nel Report questionari atti di violenza nei confronti dei sanitari somministrati. Al personale vittima di violenza è offerto un servizio di ascolto e supporto presso il servizio di Psicologia del PO San Marco;

- q) assicura il rispetto delle disposizioni legislative, regolamentari, contrattuali e dei requisiti di autorizzazione, accreditamento istituzionale e certificazione applicabili all'Azienda;
- r) attraverso l'UOS Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione, istituita nell'Atto aziendale approvato con D.A. n. 484 del 04/06/2020, favorisce e promuove una cultura organizzativa basata sulla trasparenza, sulla comunicazione efficace e sulla condivisione delle conoscenze, assicurando che le informazioni necessarie allo svolgimento delle attività siano rese disponibili agli operatori in modo tempestivo, chiaro, accessibile e coerente con i rispettivi ruoli e responsabilità. Il processo finalizzato alla circolazione delle informazioni all'interno dell'AOU Policlinico “G. Rodolico – San Marco” di Catania è descritto nella PO-CIU-5 “Comunicazione Interna”;
- s) garantisce la tutela della privacy, della riservatezza dei dati personali e sanitari, dell'imparzialità e dell'etica professionale, nel rispetto della normativa vigente, come previsto dal Regolamento Protezione dei dati personali;
- t) promuove l'equità di accesso ai servizi, la competenza culturale, l'umanizzazione delle cure, il rispetto delle differenze individuali, culturali, religiose e linguistiche e il coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi familiari nel percorso assistenziale, come descritto nel sezione 3 “Standard di qualità, impegni e programmi” della Carta dei Servizi dell'Azienda.

L'efficacia della leadership della Direzione è verificata mediante il Riesame della Direzione, il monitoraggio degli indicatori strategici e operativi, gli audit interni, la valutazione della soddisfazione delle parti interessate, l'analisi dei risultati di qualità e sicurezza delle cure e il conseguimento degli obiettivi assegnati alle strutture organizzative, assicurando il miglioramento continuo del Sistema di Gestione per la Qualità.

5.2

Politica di qualità dell'assistenza sanitaria

La Direzione Aziendale ha stabilito una politica della qualità sanitaria DPQ-AOUP:

- a) appropriata alle finalità dell'organizzazione;
- b) che costituisce il quadro di riferimento per la definizione degli obiettivi della qualità sanitaria;
- c) che include l'impegno a soddisfare i requisiti applicabili;
- d) che include l'impegno per il miglioramento continuo del sistema di gestione della qualità nell'organizzazione sanitaria;
- e) che considera gli elementi in ingresso (input) provenienti dalle parti interessate;
- f) che esprime l'impegno verso un'assistenza incentrata sulla persona.

La politica della qualità è:

- disponibile e mantenuta quale informazione documentata;
- comunicata, compresa e applicata all'interno dell'organizzazione;
- disponibile per le parti interessate, quando appropriato.

5.3

Ruoli, responsabilità e autorità

La Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “G. Rodolico – San Marco” di Catania assicura che i ruoli, le responsabilità, le autorità e gli obblighi relativi al Sistema di Gestione per la Qualità siano chiaramente definiti, formalmente assegnati, comunicati e compresi a tutti i livelli dell'organizzazione.

L'assetto delle responsabilità organizzative è definito nell'Organigramma aziendale, riportato nell'Allegato 01 del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), nonché nel sistema delle deleghe di funzioni dirigenziali e amministrative, approvato con Deliberazione n. 1062 del 14 aprile 2026, che disciplina l'attribuzione delle responsabilità gestionali, delle competenze decisionali e delle correlate responsabilità operative.

Attraverso tali strumenti organizzativi, la Direzione Strategica attribuisce le responsabilità, le autorità e gli obblighi necessari affinché siano garantiti:

- a) la conformità del Sistema di Gestione per la Qualità ai requisiti della norma UNI EN 7101:2024 e della documentazione aziendale applicabile;
- b) il monitoraggio delle prestazioni del Sistema di Gestione per la Qualità e la rendicontazione periodica alla Direzione Strategica, anche mediante il Riesame della Direzione;
- c) il monitoraggio, la diffusione e la rendicontazione dei risultati relativi agli obiettivi strategici, agli obiettivi della qualità, agli indicatori clinico-assistenziali, organizzativi e gestionali, nonché agli indicatori di performance, a tutti i livelli dell'organizzazione e lungo l'intero percorso assistenziale in particolare con riferimento a:
 - performance, costi e ricavi delle UU.OO. contenuti nei documenti di budget e di monitoraggio degli obiettivi assegnati,
 - esiti,
 - near miss, eventi avversi ed esenti sentinella,
 - Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES),
 - risultati degli audit
 - risultati della valutazione della qualità percepita,
 - reclami,
 - gestione della documentazione sanitaria.
- d) il coordinamento e l'efficace funzionamento del sistema di gestione del rischio clinico, organizzativo, occupazionale, ambientale e della sicurezza delle informazioni, favorendo l'integrazione tra le diverse componenti della governance aziendale;
- e) la promozione della trasparenza, dell'integrità, della responsabilità e di una *Just Culture*, orientata all'apprendimento dagli eventi avversi, alla segnalazione degli incidenti e al miglioramento continuo, evitando approcci sanzionatori come descritto nel modulo M_PQ-3_3 “[Segnalazione incidenti mancati/eventi avversi](#)” e negli [alert](#);
- f) la promozione dell'esperienza della persona assistita, della partecipazione degli utenti ai processi di cura e della rilevazione sistematica della soddisfazione degli assistiti e delle altre parti interessate. Le modalità di rilevazione della qualità percepita sono descritte nella PO-CIU-1 “[Valutazione della Customer Satisfaction](#)”;
- g) l'identificazione, la pianificazione e l'attuazione delle azioni di miglioramento necessarie ad accrescere l'efficacia, l'efficienza, la sicurezza e la sostenibilità del Sistema di Gestione per la Qualità, come descritto nel piano P-S-4 “[Programma triennale per la gestione del Rischio Clinico e della Sicurezza dei Pazienti](#)”;
- h) l'assegnazione delle risorse umane, tecnologiche, strutturali, informative ed economiche necessarie al funzionamento del Sistema di Gestione per la Qualità, nonché la responsabilizzazione e il coinvolgimento del personale affinché ciascun professionista possa svolgere con competenza, autonomia e consapevolezza il proprio ruolo nel perseguimento degli obiettivi aziendali, come descritto nell'Atto Aziendale e nella sezione 3 del PIAO.

Ogni dirigente, nell'ambito delle competenze attribuite, è responsabile dell'attuazione del Sistema di Gestione per la Qualità, della diffusione della cultura della qualità e della sicurezza, del monitoraggio dei processi di propria competenza e del conseguimento degli obiettivi assegnati, promuovendo il coinvolgimento attivo dei professionisti e il miglioramento continuo delle prestazioni organizzative e assistenziali.

5.4

Focalizzazione sull'utente del servizio

La Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “G. Rodolico – San Marco” di Catania riconosce la centralità della persona assistita quale principio fondamentale del Sistema di Gestione per la Qualità e orienta tutte le attività assistenziali, organizzative, didattiche e di ricerca alla creazione di valore per il paziente, la sua famiglia e la collettività.

A tal fine, la Direzione assicura che i bisogni, le aspettative e i diritti delle persone assistite siano sistematicamente identificati, compresi e considerati nella pianificazione, nell'erogazione e nel miglioramento dei servizi sanitari, promuovendo un modello di assistenza centrato sulla persona, fondato sul rispetto della dignità, dell'autonomia, dell'equità e della partecipazione consapevole alle decisioni di cura. In coerenza con tali principi, è stato predisposto il regolamento R-S-31 “[Modalità di accesso dei pazienti alle prestazioni, alle strutture e ai servizi aziendali e modalità per garantire la continuità operativa in caso di urgenze o eventi imprevisti](#)” che

descrive come si attuano le modalità di accoglienza, assistenza e organizzazione delle attività sanitarie orientate all’umanizzazione e alla personalizzazione dell’assistenza, tenendo conto delle caratteristiche individuali e delle condizioni di particolare vulnerabilità della persona assistita, con particolare riferimento:

- all’età e alle specifiche esigenze correlate alle diverse fasi della vita;
- al genere e alle eventuali esigenze assistenziali correlate;
- alle condizioni di fragilità fisica, psicologica e sociale;
- alle caratteristiche religiose, etniche, culturali e linguistiche, assicurando, ove necessario, modalità di comunicazione e mediazione adeguate;
- ai ritmi fisiologici e alle esigenze individuali della persona nella definizione delle modalità e dei tempi di accoglienza e di erogazione dell’assistenza;
- alle specificità del percorso nascita, assicurando modalità assistenziali rispettose dei bisogni della donna, del neonato e della famiglia;
- alle esigenze delle donne vittime di violenza, attraverso modalità di accoglienza, ascolto, assistenza e protezione coerenti con la condizione di particolare vulnerabilità.

L’Azienda assicura, inoltre, l’attivazione di interventi di supporto psicologico nelle situazioni cliniche e assistenziali caratterizzate da particolare complessità o vulnerabilità, anche attraverso specifici percorsi dedicati, con particolare attenzione alle persone assistite nell’ambito dell’oncologia, dei trapianti e delle cure rivolte ai malati terminali, nonché ai loro familiari e caregiver.

Nell’ambito delle politiche di umanizzazione, la Direzione promuove modalità organizzative finalizzate a favorire la presenza e la partecipazione dei familiari e delle persone significative durante il percorso assistenziale, compatibilmente con le condizioni cliniche della persona, le esigenze organizzative e i requisiti di sicurezza e privacy. A tal fine, sono adottate specifiche disposizioni per favorire, ove appropriato, l’ampliamento degli orari di visita e di permanenza dei familiari, comprese le aree di terapia intensiva, nonché modalità alternative di mantenimento della relazione con i familiari nei casi in cui l’accesso alla struttura non sia possibile.

In particolare, la Direzione Strategica si impegna a:

- a) assicurare che i diritti delle persone assistite siano chiaramente definiti, tutelati e diffusi attraverso la Carta dei Servizi, la Carta dei Diritti del Paziente, la procedura PGS-7 “Modalità acquisizione consenso informato”, il Regolamento Aziendale per l’esercizio del diritto Accesso Civico semplice e generalizzato e gli strumenti di comunicazione istituzionale, garantendo il rispetto della riservatezza, della dignità e dell’autodeterminazione;
- b) promuovere sistemi strutturati di ascolto della voce degli utenti, dei familiari e delle associazioni di tutela, mediante indagini di soddisfazione, valutazione dell’esperienza di cura, gestione dei reclami, delle segnalazioni, degli elogi e dei suggerimenti, nonché attraverso il coinvolgimento degli organismi di partecipazione civica, come descritto nella PO-CIU-1 “Valutazione della Customer Satisfaction” e nella PO-CIU-4 “Gestione di reclami, rilievi, suggerimenti ed elogi”;
- c) monitorare periodicamente l’esperienza delle persone assistite mediante indicatori qualitativi e quantitativi, analizzando le informazioni raccolte al fine di individuare opportunità di miglioramento dei processi assistenziali, organizzativi e relazionali;
- d) utilizzare sistematicamente le evidenze derivanti dall’ascolto degli utenti, dagli audit, dagli eventi avversi, dai reclami e dalle valutazioni di esperienza come elementi di ingresso per il Riesame della Direzione, la pianificazione delle azioni di miglioramento e l’innovazione dei servizi;
- e) promuovere un modello di co-produzione delle cure, favorendo il coinvolgimento attivo della persona assistita e dei suoi familiari nella definizione del percorso di cura, nelle decisioni terapeutiche, nella gestione della propria salute e nella prevenzione dei rischi, riconoscendo il paziente quale partner del processo assistenziale, come descritto nella procedura PGS-7 “Modalità di acquisizione del consenso informato” e documentato nel modulo M_PGS-7_6 “Pianificazione condivisa delle cure”;
- f) sviluppare una cultura organizzativa orientata all’umanizzazione delle cure, alla comunicazione efficace, alla medicina narrativa, alla personalizzazione dell’assistenza e al rispetto delle differenze culturali, linguistiche, religiose e sociali, garantendo pari opportunità di accesso ai servizi.

La Direzione Strategica considera la soddisfazione e l'esperienza della persona assistita indicatori fondamentali della qualità delle prestazioni erogate e ne integra i risultati nei processi di programmazione strategica, valutazione delle performance e miglioramento continuo del Sistema di Gestione per la Qualità, nella convinzione che la qualità dell'assistenza si misuri non solo attraverso gli esiti clinici, ma anche attraverso il valore percepito dalle persone assistite e dai loro familiari.

5.5

Accesso alle cure

La Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G. Rodolico – San Marco" di Catania assicura che l'erogazione dei servizi sanitari avvenga nel rispetto della missione istituzionale dell'Azienda, della programmazione sanitaria nazionale e regionale e della normativa vigente, garantendo il diritto alla tutela della salute secondo i principi di universalità, uguaglianza, equità e solidarietà che caratterizzano il Servizio Sanitario Nazionale.

L'Azienda opera affinché ogni cittadino possa accedere alle prestazioni sanitarie secondo criteri di appropriatezza clinica, priorità assistenziale, continuità delle cure e trasparenza, assicurando il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e delle reti assistenziali regionali.

La Direzione Strategica promuove politiche e modelli organizzativi finalizzati a ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi, prestando particolare attenzione alle persone in condizioni di fragilità, vulnerabilità sociale, economica, culturale o sanitaria, comprese le persone con disabilità, gli anziani, i minori, i pazienti cronici, le persone non autosufficienti, gli stranieri e tutti coloro che possono incontrare difficoltà nell'accesso alle cure, come descritto nel regolamento R-S-31 "Modalità di accesso dei pazienti alle prestazioni, alle strutture e ai servizi aziendali e modalità per garantire la continuità operativa in caso di urgenze o eventi imprevisti".

A tal fine, l'Azienda si impegna a:

- a) garantire l'accesso ai servizi nel rispetto delle disposizioni legislative e regolamentari nazionali e regionali, assicurando trasparenza, imparzialità e uniformità di trattamento;
- b) programmare l'offerta assistenziale in funzione dei bisogni di salute della popolazione, promuovendo l'appropriatezza delle prestazioni, la gestione delle liste di attesa e la continuità dei percorsi assistenziali;
- c) favorire l'accessibilità fisica, organizzativa, comunicativa e digitale ai servizi sanitari, rimuovendo, per quanto possibile, gli ostacoli che limitano l'accesso alle cure;
- d) contribuire alla sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale mediante un utilizzo appropriato, efficace ed efficiente delle risorse pubbliche, perseguendo il miglior equilibrio tra qualità delle prestazioni, innovazione e contenimento degli sprechi;
- e) ridurre, nell'ambito delle competenze aziendali, gli ostacoli economici che possono limitare la fruizione dei servizi sanitari, garantendo una corretta informazione sui diritti degli utenti, sulle modalità di accesso alle prestazioni e sulle eventuali misure di tutela previste dalla normativa vigente;
- f) collaborare con le Aziende Sanitarie Provinciali, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, le strutture territoriali, gli enti locali e gli altri soggetti della rete assistenziale per assicurare la continuità della presa in carico e l'integrazione tra ospedale e territorio;
- g) monitorare periodicamente gli indicatori di accessibilità, equità, appropriatezza, tempi di attesa, mobilità sanitaria, soddisfazione degli utenti ed esiti assistenziali, utilizzando tali informazioni per orientare le decisioni strategiche e il miglioramento continuo.
- h) riconoscere che la sostenibilità economica rappresenta una condizione essenziale per garantire nel tempo la qualità e l'universalità dei servizi sanitari. Per questo la Direzione Aziendale promuove modelli gestionali improntati all'efficienza, all'innovazione, alla responsabilità nell'utilizzo delle risorse pubbliche e alla creazione di valore per i cittadini, assicurando che le scelte organizzative siano sempre guidate dai bisogni di salute della popolazione.

In coerenza con gli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e con il principio della Copertura Sanitaria Universale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Azienda contribuisce, nell'ambito delle proprie competenze istituzionali, a garantire servizi sanitari di qualità, sicuri, accessibili e sostenibili, senza discriminazioni e senza che l'accesso alle cure comporti indebite difficoltà economiche per le persone assistite. In tale ambito, costituisce specifica modalità organizzativa di risposta ai bisogni assistenziali *L'Ambulatorio Solidale*,

dedicato all’assistenza delle mamme e dei neonati e, più in generale, delle persone in condizioni di fragilità sociale che necessitano di assistenza sanitaria, comprese le persone comunitarie, extracomunitarie e italiane in situazione di disagio sociale e prive di medico di medicina generale e/o di iscrizione all’Anagrafe Regionale degli Assistiti.

L’Ambulatorio Solidale contribuisce a garantire l’accesso alle prestazioni sanitarie alle persone che, in ragione della propria condizione di vulnerabilità o della difficoltà di accesso ai percorsi ordinari di assistenza, possono risultare maggiormente esposte al rischio di esclusione sanitaria.

Indice di revisione	Motivo della revisione	Data
Ed 0 Rev. 00	Emissione	10/11/2004
Ed 0 Rev. 01	Risoluzione NC ente di certificazione	26/11/2004
Ed 2 Rev. 00	Accorpamento Azienda Policlinico e AOU Vittorio Emanuele-Ferrarotto-S. Bambino	17/12/2009
Ed 2 Rev. 00	Applicazione standard JCI adottati dalla Regione Siciliana con DA 12 agosto 2011 e adeguamento alla norma UNI EN ISO 9001:2008	13/12/2011
Ed 3 Rev. 00	Revisione entrata in vigore norma UNI EN ISO 9001:2015	04/09/2016
Ed 4 Rev. 00	Adeguamento il sistema di gestione per la qualità al DA n. 421 “Semplificazione del sistema di requisiti generali organizzativi, strutturali e tecnologici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale e identificazione dei requisiti da applicare e delle evidenze da ricercare in ragione del livello di complessità delle strutture”, già adottati con il DA n. 319 del 2 marzo 2016, al DA n. 724 “Aggiornamento delle disposizioni in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private. Modifiche al decreto assessoriale 17 aprile 2003, n. 463”	17/10/2022