

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

La Sezione 8 del Manuale descrive le modalità attraverso le quali l'AOUP di Catania pianifica, attua e tiene sotto controllo i processi necessari a garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie in conformità ai requisiti applicabili e agli obiettivi di qualità definiti dalla Direzione Aziendale. La sezione descrive, in particolare, la pianificazione e il controllo operativo, le modalità di gestione e delle manutenzioni, la gestione dei rifiuti, la movimentazione e lo stoccaggio dei materiali, la gestione degli effetti personali degli utenti, l'introduzione e la gestione delle tecnologie emergenti, la progettazione dei servizi in ambito sanitario, la gestione delle forniture e dei servizi affidati a fornitori esterni e l'erogazione dei servizi.

Redazione

Teresa Boscarino, RQ UOS Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione; **Letteria F. Cilmi**, Assistente Sociale; **Maria Anna Coniglio**, Professore Associato Igiene – Dirigente Medico UOC Igiene Ospedaliera; **Margherita Ferrante**, Direttore UOC Igiene Ospedaliera; **Iole Foti**, Infermerie, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Thea Giacobbe**, Referente UOS Comunicazione Istituzionale e Umanizzazione; **Paola La Pergola**, Dirigente Ingegnere, SRTT; **Giuseppa Milletari**, Coordinatore UOC Igiene Ospedaliera; **Gina Occhipinti**, Responsabile UOS Servizio Sociale Professionale Aziendale; **Gea Oliveri Conti**, Professore Associato Igiene; **Alessandro Conti**, Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione PO SM; **Giuseppe Mangano**, Direttore Medico di Presidio ff PO San Marco; **Giovanni Mannino**, Responsabile UOS Fisica Sanitaria; **Federica Nicolosi**, Collaboratore Amministrativo, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Gabriella Patanè**, Coordinatore, U.O. per la Qualità e Rischio Clinico; **Carmelo Russo**, Responsabile UOS PSIO; **Eleonora Salamone**, Collaboratore Tecnico UOC Igiene Ospedaliera; **Vincenzo Scuderi**, referente Sanitario Aziendale per le grandi emergenze; **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 8	Operazioni	5
8.1	Pianificazione e controlli operativi.....	5
8.2	Gestione e manutenzione delle strutture sanitarie	6
8.2.1	Generalità.....	6
8.2.2	Pianificazione di emergenza per le strutture e i servizi	9
8.2.3	Apparecchiature	9
8.3	Gestione degli sprechi	10
8.3.1	Generalità.....	10
8.3.1.1	Gestione dei rifiuti sanitari assimilabili ai rifiuti urbani	10
8.3.1.2	Gestione dei rifiuti speciali	11
8.3.2	Riduzione dei rifiuti	11
8.3.3	Responsabilità ambientale	12
8.4	Movimentazione e stoccaggio dei materiali.....	12
8.5	Oggetti personali dell'utente del servizio	13
8.6	Tecnologie emergenti	13
8.7	Progettazione del servizio	14
8.8	Forniture e servizi da fornitori esterni	14
8.9	Erogazione dei servizi	15
8.10	Assistenza incentrata sulla persona	17
8.10.1	Generalità.....	17
8.10.2	Esperienza dell'utente del servizio	17
8.10.2.1	Generalità.....	17
8.10.2.2	Valutazione dell'esperienza dell'utente del servizio	18
8.10.2.3	Cure compassionevoli	18
8.10.2.4	Inclusività e diversità	19
8.10.2.5	Alfabetizzazione sanitaria (Health literacy)	20
8.10.2.6	Co-produzione.....	21
8.10.2.7	Benessere organizzativo	22
8.11	Etica	22
8.12	Sicurezza del paziente	22
8.12.1	Generalità.....	22
8.12.2	Conoscenza e apprendimento nella sicurezza	23

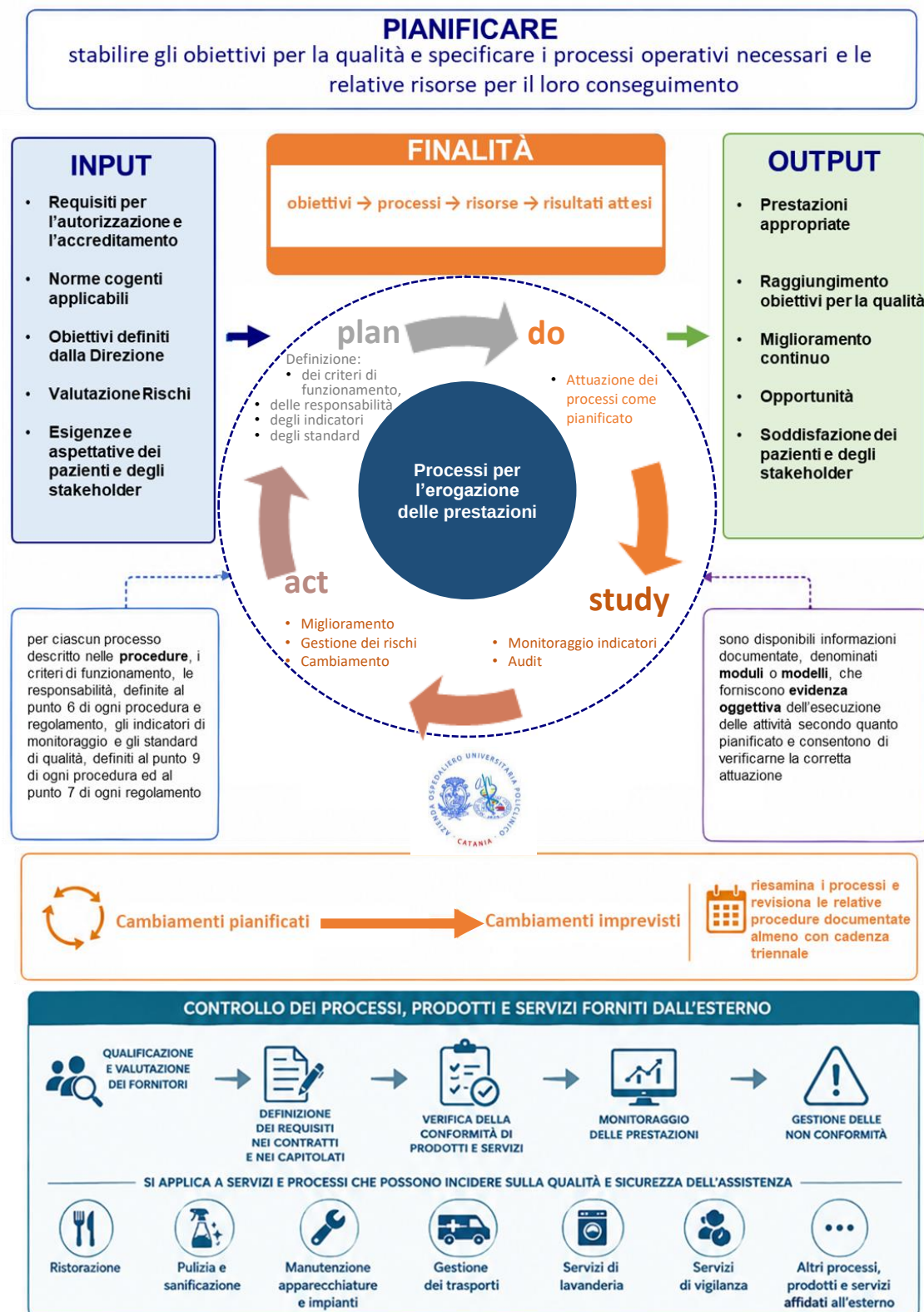
8.12.3	Identificazione del paziente	24
8.12.4	Sicurezza dei farmaci	24
8.12.5	Sicurezza chirurgica	25
8.12.6	Prevenzione e controllo delle infezioni.....	26
8.12.7	Prevenzione di cadute, lesioni da pressione e tromboembolismo	28
8.12.8	Sicurezza diagnostica	28
8.12.9	Trasfusioni di sangue	29

SEZIONE 8

Operazioni

8.1

Pianificazione e controlli operativi



L’AOUP “G. Rodolico-San Marco” di Catania pianifica, attua e controlla i processi necessari:

- per l’erogazione di prestazioni sanitarie appropriate, assicurando il rispetto dei requisiti previsti per l’autorizzazione e l’accreditamento, delle norme cogenti applicabili e degli obiettivi definiti dalla Direzione;
- per attuare le azioni per affrontare rischi e opportunità, conseguire gli obiettivi per la qualità e pianificare il loro raggiungimento; nonché per attuare le modifiche per come descritto nella Sezione 6 “Pianificazione” del presente Manuale.

A tal fine, la Direzione Aziendale:

- come descritto nella procedura PQ-1 “Modalità di gestione delle informazioni documentate necessarie per assicurare l’efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità”, ha stabilito, per ciascun processo descritto nelle procedure, i criteri di funzionamento, le responsabilità (definite al punto 6 di ogni procedura e regolamento), gli indicatori di monitoraggio e gli standard di qualità (definiti al punto 9 di ogni procedura ed al punto 7 di ogni regolamento);
- assicura il controllo dei processi in conformità ai criteri definiti, attraverso il monitoraggio degli indicatori, l’esecuzione di audit e le verifiche documentali.

I processi necessari per soddisfare i requisiti per l’erogazione delle prestazioni sono descritti nell’allegato del presente manuale, All_MQ-AOUP-4-1_1 “Processi per il sistema di gestione per la qualità”.

Di tali processi sono disponibili informazioni documentate, denominati *moduli* o *modelli*, che forniscono evidenza oggettiva dell’esecuzione delle attività secondo quanto pianificato e consentono di verificarne la corretta attuazione.

L’AOUP “G. Rodolico-San Marco” di Catania controlla i cambiamenti pianificati ai processi e, in caso di cambiamenti imprevisti, ne riesamina le conseguenze e, ove necessario, intraprende le azioni necessarie a mitigare gli eventuali effetti avversi. Comunque, come previsto nella procedura PQ-1 “Modalità di gestione delle informazioni documentate necessarie per assicurare l’efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità”, riesamina i processi e revisiona le relative procedure documentate almeno con cadenza triennale.

Il controllo dei processi, prodotti e servizi forniti dall’esterno comprende la qualificazione e valutazione dei fornitori, la definizione dei requisiti nei contratti e nei capitolati, il monitoraggio delle prestazioni e la gestione delle eventuali non conformità. Tali controlli riguardano i servizi di ristorazione, pulizia e sanificazione, la manutenzione delle apparecchiature e degli impianti, la gestione dei trasporti, i servizi di lavanderia che possono incidere sulla qualità e sulla sicurezza dell’assistenza.

In particolare, per quanto riguarda:

1. le attività di pulizia previste dal Capitolato tecnico prestazionale, svolte dalla Ditta di pulizia affidataria, vengono tenute sotto controllo secondo quanto definito nella procedura PGS-37 “Procedura di valutazione della pulizia e sanificazione degli ambienti”;
2. le attività di manutenzione delle apparecchiature previste dal capitolato speciale di appalto, svolte dalla Ditta affidataria, vengono tenute sotto controllo trimestralmente ed applicate le penali in caso di non rispetto da quanto previsto dal capitolato speciale di appalto;
3. il servizio di ristorazione è tenuto sotto controllo alla Commissione per la Vigilanza del Vitto istituita con atto deliberativo n. 1206 del 7 novembre 1997 e s.m.i., come previsto dal DA 19372 del 20 maggio 1996;
4. la gestione dei trasporti viene tenuta sotto controllo attraverso una verifica bimestrale del rispetto delle clausole contrattuali, lo stato di manutenzione dei veicoli, la rispondenza dei Data Logger e la corretta tenuta delle registrazioni, svolta dal DEC.

8.2

8.2.1

Gestione e manutenzione delle strutture sanitarie

Generalità

L’AOUP “G. Rodolico-San Marco” di Catania ha determinato, fornisce e mantiene le strutture e le risorse associate necessarie per garantire la conformità dell’offerta sanitaria e l’efficace attuazione del sistema di gestione per la qualità.

Per garantire l’uso sicuro, corretto e continuativo delle strutture e delle risorse, la Direzione Aziendale, per il tramite dei settori competenti:

- a) Pianifica e programma gli investimenti strutturali e impiantistici necessari a garantire l'idoneità, la sicurezza, la funzionalità e l'efficacia delle strutture sanitarie, assicurandone la coerenza con i fabbisogni assistenziali, i requisiti normativi e gli obiettivi strategici dell'Azienda, secondo le modalità previste dal regolamento R-i-SRTT-1 *“Modalità di pianificazione degli investimenti strutturali e impiantistici finalizzati a garantire idoneità, sicurezza ed efficacia delle strutture”*, che disciplina le modalità, le responsabilità e le tempistiche relative alla definizione del fabbisogno manutentivo dei beni e/o classi di unità tecnologiche ed alla gestione dei servizi manutentivi.
Inoltre, con cadenza annuale predispone il piano *“Facility Tour”* M_MQ-AOUP-8_2 che stabilisce i giri di ispezione presso le strutture proprie e le parti comuni dei PP.OO. al fine di acquisire le informazioni necessarie per contribuire all'elaborazione del piano di manutenzione programmata. Di tali attività e dei risultati conserva informazioni documentate attraverso i modelli M_MQ-AOUP-8_3 *“check-list parti proprie_corridoio”* M_MQ-AOUP-8_4 *“check-list parti comuni_ascensore”*, M_MQ-AOUP-8_5 *“check-list parti comuni_bagni”*, M_MQ-AOUP-8_6 *“check-list parti proprie_bagni”* e M_MQ-AOUP-8_7 *“check-list parti proprie”*.
- b) monitora trimestralmente i tempi di risoluzione per i guasti e le riparazioni delle apparecchiature che influenzano l'erogazione ininterrotta dei servizi ed elabora un report *“verifica trimestrale”*;
- c) verifica le esigenze organizzative ed infrastrutturali necessarie per la realizzazione o l'ampliamento di una nuova U.O. o servizio, documentale nel modulo M_MQ-AOUP-8_1 *“Scheda di verifica esigenze infrastrutturali necessarie per realizzazione o l'ampliamento di una nuova U.O. o servizio”*;
- d) conserva planimetrie aggiornate dello stato di fatto;
- e) assicura che gli edifici siano costruiti e mantenuti in conformità alle linee guida nazionali o internazionali, garantendo l'accessibilità e l'abbattimento delle barriere architettoniche per le persone con disabilità;
- f) esegue e documenta, secondo le modalità e la periodicità previste dai relativi contratti di manutenzione, le attività di manutenzione preventiva degli edifici, dei sistemi e degli impianti a supporto dell'erogazione dei servizi, inclusi i sistemi antincendio, gli impianti di condizionamento dell'aria, gli impianti elettrici, i sistemi di approvvigionamento idrico e i sistemi di distribuzione dei gas medicali. Le attività di manutenzione sono registrate, monitorate e, ove previsto, tracciate mediante sistemi informatizzati e/o attraverso rilevazioni sul campo, in conformità alle modalità organizzative adottate nei singoli Presidi Ospedalieri. In particolare, per gli impianti elettrici sono previste verifiche settimanali dei gruppi elettrogeni, secondo le modalità stabilite nei relativi programmi e contratti di manutenzione. Per i sistemi di approvvigionamento idrico, la verifica e la documentazione delle attività manutentive sono effettuate mediante un sistema informatizzato di rilevazione in tempo reale presso il P.O. G. Rodolico e mediante rilevazione sul campo presso il P.O. San Marco, assicurando, in entrambi i Presidi, la registrazione delle attività eseguite e la tracciabilità degli eventuali interventi necessari;
- g) valuta e documenta i rischi in termini di sicurezza e controllo delle infezioni in caso di ristrutturazione e manutenzione, come previsto dalla procedura PGS-44 *“Prevenzione e controllo delle infezioni durante i lavori di ristrutturazione”*;
- h) fornisce acqua potabile con un adeguato sistema di riserva per un approvvigionamento idrico continuo e ininterrotto tramite il collegamento diretto con la rete cittadina di acqua potabile con vasche di accumulo in entrambi i Presidi;
- i) si attiene agli standard applicabili per il trattamento dell'acqua utilizzata per i servizi clinici e di supporto. A tal fine l'UOC Igiene Ospedaliera predisposto ed aggiorna periodicamente il Piano per la Sicurezza delle Acque (PSA) con particolare riferimento a Legionella e alla qualità dell'acqua destinata al consumo umano. Le direzioni mediche di Presidio e l'UOC Igiene Ospedaliera pianificano le attività di monitoraggio delle acque relativamente alla ricerca di Legionella, con cadenza mensile e differenziata per le diverse U.O., e relativamente alla qualità microbiologica dell'acqua destinata al consumo umano secondo le modalità previste dal WSP. I risultati di tali monitoraggi sono comunicati al RSPP, all'SRTT e alla

Direzione Medica del Presidio interessato dal monitoraggio. In caso di valori fuori soglia, il SRTT e la Direzione Medica di competenza predispongono l'esecuzione degli interventi necessari, per come previsto dal WSP. Relativamente ai dispositivi di produzione ed erogazione di dialisato, viene pianificato ed eseguito il monitoraggio della qualità microbiologica pre- e post-osmosi e nei punti di erogazione;

- j) L'UOC Igiene Ospedaliera pianifica e monitora in accordo con quanto previsto dal WSP i controlli su serbatoi d'acqua e i boiler per la produzione di acqua calda sanitaria, al fine di garantire che questi siano sanificati ed eventualmente bonificati in conformità ai requisiti normativi e alle migliori pratiche;
- k) mantiene processi per confermare la funzionalità e la disponibilità di ambulanze e veicoli da trasporto dotati di apparecchiature, farmaci e forniture, appropriati per i trasferimenti di pazienti pianificati e non pianificati, che prevede una verifica documentata bimestrale del rispetto delle clausole contrattuali, lo stato di manutenzione dei veicoli, la rispondenza dei Data Logger e la corretta tenuta delle registrazioni, svolta dal DEC;
- l) conferma la disponibilità di adeguati sistemi di comunicazione di emergenza verificati nel corso delle esercitazioni sulla gestione delle emergenze ;
- m) assicura un adeguato approvvigionamento di energia elettrica anche attraverso gruppi elettrogeni di emergenza, gruppi di continuità (UPS) a servizio delle apparecchiature e dei sistemi critici, sistemi di commutazione automatica dell'alimentazione, alimentazioni elettriche dedicate alle apparecchiature elettromedicali e ai sistemi di sicurezza;
- n) pianifica il monitoraggio della qualità microbiologica, chimica e fisica dell'aria delle sale operatorie, delle camere di degenza, degli ambulatori e di altre aree di cura, nonché del comfort e discomfort termico negli ambienti di lavoro e di assistenza, attraverso l'UOC Igiene Ospedaliera;
- o) pianifica il monitoraggio delle superfici degli ambienti critici (SSOO, UFA TTII), delle cappe, dei servizi diagnostici e delle aree di degenza, attraverso l'UOC Igiene Ospedaliera, i risultati cui sono comunicati RSPP, all'SRTT e alla Direzione Medica del Presidio interessato;
- p) segue gli standard per l'aria pulita con pressione positiva e ricambi d'aria per prevenire le infezioni, pianificando i controlli previsti al punto o), anch'essi attraverso l'UOC Igiene Ospedaliera;
- q) fornisce stanze a pressione negativa con adeguati ricambi d'aria per le stanze di isolamento presso il centro per il Trapianto di Midollo Osseo e l'U.O. di Malattie infettive;
- r) appone una segnaletica che sia comprensibile per l'utente del servizio, prendendo in considerazione i requisiti di legge e regolamentari. A Tal fine assicura la presenza, l'adeguatezza e la corretta manutenzione della segnaletica di sicurezza, di emergenza e di orientamento presente nei Presidi Ospedalieri, in conformità alla normativa vigente in materia di salute e sicurezza sul lavoro, prevenzione incendi, eliminazione delle barriere architettoniche e accessibilità.

L'Azienda assicura che:

- le vie di esodo sono chiaramente identificabili e adeguatamente segnalate, mediante indicazioni che consentano di individuare senza ambiguità le direzioni da seguire per raggiungere le uscite di emergenza;
- le uscite di emergenza sono identificate mediante segnaletica permanente, chiaramente visibile e facilmente riconoscibile anche in condizioni di emergenza;
- i presidi e i dispositivi antincendio, quali estintori, idranti, pulsanti di allarme e altri sistemi di sicurezza, sono adeguatamente segnalati e facilmente individuabili;
- nelle aree interessate sono adeguatamente segnalati i comportamenti vietati, quali il divieto di fumare o di utilizzare fiamme libere, in relazione ai rischi presenti e alle caratteristiche dei locali;
- i rischi specifici presenti nei locali e nelle aree di lavoro sono evidenziati mediante idonea segnaletica di avvertimento, in relazione alla natura e alla gravità del rischio;

- Ove previsto, sono chiaramente indicati gli obblighi relativi all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e all'adozione delle ulteriori misure di sicurezza necessarie per lo svolgimento delle attività;
- le tubazioni, i contenitori e gli impianti che presentano specifici rischi o che contengono sostanze e fluidi pericolosi sono identificati mediante apposita segnaletica, secondo quanto previsto dalla normativa applicabile;
- gli eventuali ostacoli, dislivelli, rischi di urto, caduta o altri pericoli presenti lungo i percorsi sono adeguatamente evidenziati mediante segnaletica e/o sistemi di delimitazione idonei a prevenire eventi accidentali;

La segnaletica di sicurezza, emergenza e orientamento è collocata in posizione idonea e mantenuta visibile, leggibile e coerente con i rischi presenti, le vie di esodo ed il piano di emergenza ed evacuazione. Sono adeguatamente identificati le uscite e i percorsi di emergenza, i presidi antincendio e di primo soccorso, i dispositivi di allarme, nonché divieti, obblighi e rischi specifici. L'Azienda ne assicura la verifica periodica e il tempestivo ripristino o sostituzione in caso di deterioramento, danneggiamento o non conformità, tenendo conto, ove applicabile, delle esigenze delle persone con disabilità.

8.2.2

Pianificazione di emergenza per le strutture e i servizi

Al fine di garantire la continuità dei propri servizi, l'AOUP di Catania, per il tramite dei settori competenti:

- a) mantiene un piano di risposta alle emergenze che garantisca la continuità operativa per gestire sia gli eventi naturali sia quelli causati dall'uomo che impattano sull'erogazione del servizio (es. terremoti, tornado, uragani, inondazioni, terrorismo, pandemie, incidenti industriali), come descritto nei *piani di emergenza* e nei *Piani Massiccio Afflusso di Feriti (PEIMAF)* di ciascun Presidio;
- b) ha predisposto adeguate misure infrastrutturali per il rilevamento tempestivo, l'abbattimento e il contenimento delle emergenze incendio, come descritto nei *piani di emergenza* di ciascun presidio;
- c) espone i piani di evacuazione e i punti di raccolta prendendo in considerazione i requisiti pertinenti, prevedendo l'addestramento e la verifica periodica dei piani di emergenza, come descritto nei *piani di emergenza* di ciascun presidio;
- d) pianifica le possibili interruzioni di corrente, comprese le soluzioni di riserva per una fornitura continua e ininterrotta, come descritto nei *piani di emergenza* di ciascun presidio;
- e) approvvigiona, stocca, movimenta e distribuisce i gas medicinali in modo sicuro e con un'adeguata riserva, includendo la codifica a colori delle tubazioni, il materiale delle tubazioni, i connettori, i sistemi di rilevamento delle perdite e gli allarmi;
- f) dispone di piani di evacuazione di emergenza per i dipendenti e per gli utenti del servizio, allegati ai *piani di emergenza* dei singoli presidi;
- g) indirizza misure di sicurezza che influenzano le condizioni fisiche di lavoro (es. periodi di guerra, disordini civili, focolai ed epidemie, ubicazione del luogo di lavoro) come descritto nei *piani di emergenza* di ciascun presidio.

8.2.3

Apparecchiature

Al fine di garantire l'uso sicuro e corretto delle apparecchiature richieste per le proprie attività operative, e ridurre al minimo il rischio di fattori umani e di errori nell'interfaccia uomo-macchina, l'AOUP di Catania, per il tramite dei settori competenti:

- a) ha predisposto un processo documentato per la identificazione delle apparecchiature necessarie descritto nella procedura PO-INGCLIN-1 "[Accettazione, collaudo ed identificazione delle apparecchiature elettromedicali critiche e non critiche](#)";
- b) sottopone a controlli funzionali periodici le apparecchiature pertinenti in modo tracciabile; i report degli interventi effettuati in ciascuna U.O. sono disponibili accedendo alla piattaforma AssetPlus;
- c) valuta la compatibilità con le apparecchiature e i dispositivi esistenti, i sistemi software e le altre infrastrutture quando si prendono in considerazione nuovi acquisti, come ad esempio le

- apparecchiature radiologiche che devono essere conformi agli standard DICOM compatibili con i RIS-PACS in uso;
- d) mantiene ed aggiorna periodicamente un inventario delle apparecchiature, visualizzabile per ciascuna U.O. accedendo alla piattaforma AssetPlus;
- e) assicura che il personale che ispeziona, mantiene e utilizza le apparecchiature è qualificato, come descritto nel Piano di inserimento del personale di nuova acquisizione e addestrato al loro utilizzo, come indicato dalla procedura PO-INGCLIN-1 “Accettazione, collaudo ed identificazione delle apparecchiature elettromedicali critiche e non critiche” che prevede che:
- il fornitore fornisca la formazione e l’addestramento del personale sanitario, rilasciando un attestato di avvenuta formazione con il modulo M_PO-INGCLIN-1_1 “Verbale di formazione per le apparecchiature”, in modo da mettere detto personale in condizioni di utilizzare nel miglior modo possibile le funzionalità offerte dalle apparecchiature e apparecchiature fornite, incluse le modalità di sanificazione e/o sterilizzazione, al fine del corretto utilizzo delle apparecchiature in conformità alla loro destinazione d’uso;
 - il Direttore della U.O. consegnataria del bene, o da un suo delegato, entro 90 giorni dal collaudo del bene medesimo verifichi l’efficacia della formazione e dell’addestramento del personale sanitario;
- f) fornire agli operatori i dispositivi di protezione individuale richiesti, quando necessario, durante il lavoro con le apparecchiature.
- Tutte le apparecchiature e i dispositivi sono identificati da due numeri di inventario, uno per l’identificazione del bene ai fini del patrimoniale ed un ad ai fini manutentivi, e controllati per tutti i livelli di erogazione del servizio, per quanto appropriato.

8.3

8.3.1

Gestione dei rifiuti

Generalità

L’AOUP di Catania garantisce la gestione e il ciclo di vita di tutti i tipi di rifiuti prodotti durante lo svolgimento delle attività assistenziali, diagnostiche, terapeutiche, di ricerca e amministrative, assicurando la tutela della salute dei pazienti, degli operatori, dell’ambiente e della collettività. A tal fine è stata predisposta la procedura PGS-32 “[Gestione dei rifiuti ospedalieri assimilabili ai rifiuti urbani](#)” e la procedura PGS-33 “[Gestione dei rifiuti speciali](#)” che descrivono le modalità per:

- a) raccogliere, differenziare, trattare, stoccare, trasportare e smaltire i rifiuti, prendendo in considerazione i requisiti normativi locali e le linee guida applicabili;
- b) assicurare che le persone responsabili dello smaltimento dei rifiuti (sia la forza lavoro sia i fornitori esterni) siano addestrate e informate su come smaltire i rifiuti e gli oggetti taglienti o pungenti;
- c) identificare, movimentare e stoccare correttamente i materiali pericolosi in conformità alle schede di sicurezza o a documenti analoghi.

Inoltre, il regolamento R-S- 23 “[Misure di sicurezza per l’uso della formaldeide](#)” e l’istruzione operativa I_PO-UFA-1_17 “[Modalità di gestione degli spandimenti/contaminazioni di CTA](#)” sono descritte le misure da adottare negli sversamenti accidentali, rispettivamente, di formaldeide e di chemioterapici.

8.3.1.1

Gestione dei rifiuti sanitari assimilabili ai rifiuti urbani

La gestione dei rifiuti prodotti nell’ambito delle attività sanitarie rappresenta un elemento rilevante per la tutela della salute, la sicurezza degli operatori e degli utenti e la salvaguardia dell’ambiente. Una corretta separazione alla fonte e una gestione appropriata dei rifiuti consentono di prevenire rischi igienico-sanitari, ridurre gli impatti ambientali e favorire il recupero dei materiali riciclabili.

A tal fine è stata predisposta la procedura PGS-32 “[Gestione dei rifiuti sanitari assimilabili ai rifiuti urbani](#)” che descrive le modalità, con le relative responsabilità, di gestione della raccolta differenziata e della movimentazione dei rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani (carta, cartone, plastica, metalli, vetro, umido, rifiuti residuali) e le modalità di svolgimento della vigilanza. La

Direzione Medica di Presidio effettua ispezioni periodiche, senza preavviso, all'interno delle UU.OO./Servizi, dei depositi temporanei e nell'isola ecologica. I risultati tali ispezioni sono documentati in verbali consegnati ai responsabili delle UU.OO.

8.3.1.2

Gestione dei rifiuti speciali

L'AOUP di Catania considera la gestione e il ciclo di vita di tutti i tipi di rifiuti e:

- a) raccoglie, differenzia, tratta, stocca, trasporta e smaltisce i rifiuti, prendendo in considerazione i requisiti normativi locali e le linee guida applicabili;
- b) assicura che le persone responsabili dello smaltimento dei rifiuti (sia la forza lavoro sia i fornitori esterni) siano addestrate e informate su come smaltire i rifiuti e gli oggetti taglienti o pungenti;
- c) identifica, movimentata e stocca correttamente i materiali pericolosi in conformità alle schede di sicurezza o a documenti analoghi;
- d) ha definito un processo per la gestione degli sversamenti di chemioterapici e di formalina rispettivamente nell'istruzione operativa I_PGS-DSA-7-01_17 “*Modalità di gestione degli sversamenti/contaminazioni di CTA*” e nel regolamento R-S-23 “*Misure di sicurezza per l'uso della formaldeide*”.

Inoltre, la procedura PGS-33 “*Gestione dei rifiuti speciali*” descrive le modalità, con le relative responsabilità, nella:

- Produzione e conferimento dei rifiuti speciali,
- Gestione rifiuti taglienti e/o pungenti,
- Gestione dei Farmaci Scaduti,
- Gestione delle sostanze stupefacenti,
- Gestione farmaci citotossici e citostatici,
- Gestione di pile e toner esausti.

La suddetta procedura, descrive inoltre le modalità di gestione dei registri di carico e scarico tramite il portale RENTRI e dei formulari di identificazione e accompagnamento Allegato A1 – Movimentazione interna rifiuti ai sensi dell'art. 7 DPR n. 254/2003. Con cadenza annuale il settore Acquisti e Logistica predispone il Modello Unico di dichiarazione (MUD) che viene inviato telematicamente alle Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Catania.

Poiché le acque di scarico sono assimilate a rifiuto, l'UOC Igiene Ospedaliera pianifica ed esegue analisi chimiche e microbiologiche complete in conformità al TUA 152/08 e s.m.i.

Inoltre, il regolamento R-S-39 “*Gestione di rifiuti radioattivi dei pazienti sottoposti ad indagini di medicina nucleare*” descrive le modalità di gestione dei rifiuti radioattivi, con tracce di radioattivi o potenzialmente radioattivi.

8.3.2

Riduzione degli sprechi

L'AOUP di Catania, nell'ambito della promozione di un utilizzo efficiente, appropriato e sostenibile delle risorse, considera spreco anche come produzione di rifiuti materiali.

Pertanto, l'Azienda promuove:

- la corretta raccolta differenziata, come descritto nella procedura PGS-32 “*Gestione dei rifiuti sanitari assimilabili ai rifiuti urbani*”;
- il monitoraggio dei quantitativi di rifiuti prodotti, documentato descrive nei registri di carico e scarico del portale RENTRI,
- la riduzione dei materiali monouso ove clinicamente appropriato,
- la ottimizzazione dei consumi di carta per la stampa dei documenti, il cui consumo è monitorato dal Controllo di Gestione che stabilisce il numero massimo di copie semestrali per ogni stampante,
- la riduzione degli sprechi di farmaci e materiale sanitario, attraverso la restituzione alla Farmacia dei farmaci che scadono nel trimestre successivo che non si prevede di consumare, per come descritto nel regolamento R-S-5 “*Prevenzione del rischio nella gestione dei farmaci*”,
- l'utilizzo appropriato delle indagini di laboratorio.

Inoltre monitora i consumi elettrici e di acqua.

Con cadenza mensile viene prodotto un report per tipologia di rifiuto, relativo alle quantità di rifiuti ospedalieri assimilabili ai rifiuti urbani.

Inoltre, presso il PO San Marco, dal novembre 2023, è in funzione un impianto di sterilizzazione dei rifiuti sanitari 18.01.03 che, in tal modo, vengono riclassificati come rifiuti 20 03 01, secondo i parametri stabiliti dalla norma tecnica UNI 10384:1994, e possono essere conferiti come rifiuto indifferenziati o destinati a impianti di incenerimento per rifiuti urbani.

Oltre a ciò, è considerata uno spreco l'esecuzione di una prescrizione diagnostica inappropriata, ovvero effettuata al di fuori delle indicazioni cliniche per le quali l'esame si è dimostrato efficace nell'escludere una patologia o nel confermare in modo univoco un danno, una lesione o una disfunzione d'organo, fornendo così un chiaro supporto alla corretta diagnosi. La prescrizione diagnostica di laboratorio non può prescindere dall'analisi dei profili di appropriatezza d'uso. Essa riveste un'importanza strategica sia per il contenimento della spesa pubblica, sia per evitare lo spreco di tempo dei professionisti di laboratorio impegnati in attività che non generano valore clinico, sia infine per ridurre l'impatto ambientale legato alla produzione di inquinanti derivanti dall'esecuzione di esami superflui. A tal fine sono condivisi con i professionisti sanitari i criteri di appropriatezza nella prescrizione di alcune indagini diagnostiche di laboratorio e ne viene monitorato il livello di adesione. I risultati sono divulgati ai professionisti sanitari almeno con cadenza annuale e pubblicati nella pagina [report](#) della sezione qualità e rischio clinico del sito web aziendale.

Con cadenza annuale monitora l'utilizzo routinario di esami di laboratorio a rischio di inappropriata non a valore in quanto non forniscono informazioni utili per la gestione clinica, sprecano reagenti e tempi di esecuzione.

Al fine di ridurre gli sprechi di energia elettrica, in fine, è stata avviata il *relamping* totale degli ambienti con l'installazione di corpi illuminanti a LED ad alta efficienza, l'implementazione il sistema di controllo delle luci basato su tecnologia DALI per la gestione intelligente e la regolazione dei flussi luminosi, la sostituzione delle UTA con macchine a maggiore efficienza energetica.

8.3.3

Responsabilità ambientale

L'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania integra la tutela dell'ambiente nella pianificazione e nella gestione dei propri processi e servizi, adottando, ove tecnicamente ed economicamente possibile, soluzioni finalizzate a ridurre il consumo di risorse e l'impatto ambientale delle attività sanitarie. A tal fine:

- a) promuove l'utilizzo di prodotti chimici a minore impatto ambientale;
- b) monitora inoltre i consumi di energia elettrica e acqua, anche attraverso report periodici, individuando eventuali interventi di efficientamento, e promuovendo, ove possibile, il ricorso a fonti energetiche rinnovabili, anche mediante l'utilizzo di impianti fotovoltaici;
- c) indica nei processi di approvvigionamento l'utilizzo di materiali sostenibili e di prodotti conformi, ove applicabili, ai Criteri Ambientali Minimi (CAM);
- d) ricicla o dona ad altre strutture o stakeholder le apparecchiature e gli arredi non più in uso, laddove consentito;
- e) riduce, riutilizza, ricicla, ripensa, riconverte e ripara, per quanto possibile e consentito dalle norme.

8.4

Movimentazione e stoccaggio dei materiali

L'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania assicura che i materiali utilizzati nell'ambito dei propri processi e nell'erogazione dei servizi sanitari siano identificati, movimentati, conservati e stoccati in condizioni idonee a garantirne la qualità, la sicurezza, l'integrità e la conformità ai requisiti applicabili.

I materiali comprendono:

- dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro,
- strumenti,
- materiali di consumo,
- farmaci e presidi,
- prodotti chimici,

– reagenti e materiali di laboratorio,
– altri materiali necessari all'erogazione dei servizi sanitari e al funzionamento dei processi.

A tal fine, l'Azienda dispone di informazioni documentate che definiscono le modalità di controllo dei materiali, dalla loro ricezione e identificazione fino alla movimentazione, allo stoccaggio, alla distribuzione e, ove applicabile, al trasporto e all'utilizzo. In modo particolare, il regolamento R-S-40 “*Movimentazione e stoccaggio dei materiali*” che definisce criteri e modalità uniformi per garantire una gestione corretta, sicura e controllata dei materiali nelle fasi di approvvigionamento, movimentazione, conservazione e utilizzo, preservandone qualità, integrità e conformità con l'obiettivo di assicurare adeguate condizioni di conservazione, identificazione e tracciabilità ove necessarie, prevenendo contaminazioni, deterioramenti, utilizzi di materiali scaduti o non conformi e riducendo i rischi connessi alla loro gestione.

Le modalità di conservazione sono definite in relazione alla tipologia e alle caratteristiche dei materiali, alle indicazioni del fabbricante e ai requisiti normativi e regolamentari applicabili, con particolare attenzione alle condizioni di temperatura, umidità, sicurezza, protezione dalla contaminazione e integrità degli imballaggi.

La conservazione dei materiali comprende, ove applicabile:

- identificazione e tracciabilità;
- movimentazione e manipolazione;
- prevenzione e controllo della contaminazione;
- controllo dell'integrità e dell'imballaggio;
- stoccaggio in condizioni ambientali e di sicurezza appropriate;
- controllo delle scadenze e delle condizioni di conservazione;
- distribuzione, trasmissione o trasporto;
- protezione da danneggiamento, deterioramento, perdita o uso non appropriato.

Le strutture e le unità operative coinvolte assicurano il rispetto delle condizioni di conservazione previste e segnalano tempestivamente eventuali non conformità, alterazioni delle condizioni di conservazione, danneggiamenti o altre situazioni suscettibili di compromettere la qualità e la sicurezza dei materiali.

8.5

Oggetti personali dell'utente del servizio

L'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania dispone di una procedura, la R-S-43 “*Gestione dei beni di proprietà del paziente*”, che descrive il processo per la gestione dei beni di proprietà del paziente qualora li introduca all'interno di una unità operativa:

- a) per la registrazione, lo stoccaggio e la salvaguardia dei farmaci portati dall'utente del servizio da casa;
- b) sul come e dove saranno stoccati gli articoli dell'utente del servizio (es. sedia a rotelle personale, materiali di consumo medici, dispositivi di assistenza respiratoria, biancheria, abbigliamento);
- c) per assicurare che i dispositivi personali che richiedono l'uso di energia elettrica non interferiscano con il sistema elettrico o con la capacità della struttura;
- d) per assicurare che i beni di proprietà non costituiscano un rischio per la sicurezza;
- e) per segnalare all'utente del servizio i beni smarriti, danneggiati o riscontrati non idonei all'uso e documentare qualsiasi azione intrapresa;
- f) per la gestione dei beni illegali introdotti dall'utente del servizio, dalla famiglia e dai caregiver.

8.6

Tecnologie emergenti

L'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania nell'utilizzo di tecnologie nuove ed emergenti per l'erogazione dell'assistenza, valuta e mitiga i rischi associati e definisce modalità operative volte a garantirne un uso sicuro, appropriato ed efficace. Nella procedura PO-SAL-1 “*Rilevazione dei fabbisogni emergenti, delle innovazioni tecnologiche e organizzative, e modalità di programmazione degli acquisti delle attrezzature, apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici*” viene descritto il processo di rilevazione dei fabbisogni emergenti, delle innovazioni tecnologiche e organizzative, e modalità di programmazione degli acquisti, anche attraverso il processo di valutazione di H.T.A., e individuazione dei criteri per la definizione

delle specifiche tecniche di prodotti, attrezzature, apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici; assicurando la coerenza tra le esigenze assistenziali, gli obiettivi strategici aziendali e i principi di appropriatezza, efficacia, sicurezza, sostenibilità economica e conformità normativa. Inoltre, per gestire i sistemi di intelligenza artificiale (IA) nei processi decisionali sanitari, diagnostici o assistenziali ed assicurare che il loro impiego sia preventivamente valutato, validato e sottoposto a controllo e monitoraggio, è stato predisposto il regolamento R-S-44 “*Regolamento per la gestione e l'utilizzo dei sistemi di Intelligenza Artificiale*”. Il regolamento stabilisce, in relazione alla tipologia e al rischio associato al sistema di IA:

- le modalità di validazione e verifica delle prestazioni;
- i criteri di utilizzo e i relativi ambiti di applicazione;
- le responsabilità professionali e organizzative;
- la supervisione umana sulle decisioni supportate dall'IA;
- le modalità di monitoraggio, gestione degli errori e segnalazione degli eventi avversi;
- i requisiti di competenza e formazione del personale;
- le modalità di gestione dei dati, della sicurezza e della riservatezza;
- le modalità di riesame e rivalutazione del sistema in caso di modifiche o variazioni delle condizioni di utilizzo,

come previsto dal Regolamento (UE) 2024/1689 (AI Act) e alla Legge 23 settembre 2025, n. 132, nonché alle successive disposizioni nazionali di attuazione.

8.7

Progettazione del servizio

L'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania progetta e modifica i propri percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali adottando un approccio centrato sull'utente, considerando i bisogni e le aspettative degli utenti del servizio, degli operatori e degli stakeholder, in coerenza con la propria missione, gli obiettivi di qualità e il Sistema di Gestione.

Il processo di progettazione prevede il coinvolgimento delle parti interessate e di team multidisciplinari, la definizione delle responsabilità, la valutazione delle risorse necessarie. Nella progettazione sono considerati i requisiti normativi e professionali applicabili, le evidenze scientifiche disponibili, la disponibilità delle risorse, nonché gli aspetti relativi alla sicurezza dell'utente e degli operatori, all'accessibilità e al benessere dei dipendenti.

Le modalità di redazione, implementazione, disseminazione monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali sono descritte nella procedura PGS-47 “*Progettazione e sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA)*” che attraverso che definizione le modalità di:

- identificazione delle priorità,
- costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare,
- identificazione della linea guida di riferimento,
- contestualizzazione della linea guida alla realtà aziendale,
- approvazione e ratifica diffusione,
- monitoraggio e aggiornamento.

8.8

Forniture e servizi da fornitori esterni

L'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania assicura che i prodotti e i servizi forniti dall'esterno, sia clinici sia non clinici, si conformino ai requisiti stabiliti:

- a) definendo i criteri per la valutazione, la selezione, il monitoraggio delle prestazioni e la qualifica dei propri fornitori esterni, secondo quanto previsto dai rispettivi contratti di gara;
- b) considerando nella fase di richiesta e nella elaborazione del capitolato tecnico come il prodotto o il servizio influenzi la sicurezza sia del personale sia degli utenti del servizio;
- c) mantenendo processi attivi per il ricevimento, la verifica e il controllo delle apparecchiature e dei dispositivi, assicurando che, al momento della consegna, siano verificati la conformità alle specifiche previste e la completezza della fornitura e che, prima della messa in servizio, siano effettuati i necessari controlli e collaudi, con registrazione degli esiti e gestione delle eventuali non conformità, come previsto dalla PO-INGCLIN-1 “*Accettazione, collaudo ed identificazione delle apparecchiature elettromedicali critiche e non critiche*” e registrato nella modulistica M_PO-INGCLIN-1_2 “*Certificato di collaudo e conformità della*

fornitura”; mantiene processi attivi per il ricevimento, la verifica e il controllo di farmaci e presidi assicurando che, al momento della consegna, siano verificati la conformità alle specifiche previste e la completezza della fornitura, registrati nel Documento di Trasporto, archiviato nelle UU.OO di farmacia;

- d) mantenendo processi per documentare e comunicare qualsiasi problema riscontrato con i prodotti e i servizi forniti dall'esterno, per come previsto dai rispetti contratti;
- e) assicurando che i servizi forniti dall'esterno si allineino con gli obiettivi del sistema di gestione della qualità nell'organizzazione sanitaria, inclusi i principi di imparzialità e riservatezza, laddove applicabili, per come previsto dai rispetti contratti;
- f) assicurando che siano mantenute le registrazioni delle prestazioni dei fornitori esterni, delle comunicazioni e delle azioni correttive intraprese;
- g) documentando le proprie aspettative e i requisiti contrattuali concordati con gli stakeholder partner mediante la stipula di specifiche convenzioni. Laddove lo stakeholder fornisca prodotti o servizi e non riesca a soddisfare i criteri stabiliti, l'AOUP di Catania lo comunica allo stakeholder secondo le modalità previste dalla specifica convenzione.

8.9

Erogazione dei servizi

Per garantire un servizio sicuro, efficiente, efficace e tempestivo, l'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania ha definito le modalità per tenere sotto controllo le condizioni in cui il servizio viene erogato.

A tal fine:

- a) documenta il campo di applicazione dei servizi attraverso la [Carta dei Servizi](#) che riporta:
 - la presentazione dell'azienda e i principi ispiratori fondamentali,
 - le informazioni sulle strutture e i servizi forniti,
 - gli standard di qualità, gli impegni e i programmi,
 - i meccanismi di tutela e di verifica,
 - i diritti e doveri degli utenti;
- b) fornire agli utenti del servizio informazioni documentate sui loro diritti e doveri, come descritto nella [Carta dei Servizi](#);
- c) definisce e documenta processi e procedure per l'accettazione, l'ammissione e la dimissione di tutte le categorie di utenti del servizio 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](#)” che definisce e documenta i processi e le procedure per l'accettazione, l'ammissione e la dimissione di tutte le categorie di utenti del servizio
- d) dispone di procedure documentate che definiscono le modalità per garantire la registrazione dei riscontri clinici, del decorso, dell'assistenza fornita e dei dettagli del follow-up per tutte le categorie di utenti del servizio. In particolare, il regolamento R-S-1 “[Cartella Clinica](#)” disciplina le modalità di registrazione e documentazione delle principali fasi del percorso assistenziale, assicurando la tracciabilità delle attività svolte e delle decisioni clinico-assistenziali riguardo a:
 - valutazione iniziale,
 - rivalutazioni
 - prescrizione ed esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche-assistenziali,
 - richiesta ed esecuzione di consulenze,
 - prescrizione ed alla esecuzione delle indagini diagnostiche,
 - utilizzo di dispositivi e farmaci somministrati,
 - eventuali trasporti secondari;
- e) ha predisposto un regolamento R-S-41 “*appropriatezza prescrittiva dei medicinali ad uso speciale, per l'utilizzo off-label dei medicinali*” per la prescrizione appropriata dei farmaci;
- f) fornisce adeguati dispositivi di protezione individuale agli operatori sanitari e agli utenti del servizio;
- g) utilizza strumenti tecnologici appropriati nell'erogazione dell'assistenza anche facendo ricorso a strumenti di sanità digitale, telemedicina (nei pazienti reumatologici, cardiologici,

- con patologie respiratorie croniche), intelligenza artificiale nella diagnostica radiologica, Fascicolo Sanitario Elettronico e alla cartella clinica elettronica;
- h) mantiene processi documentati per i pazienti sottoposti a sedazione, come descritto nella PGS-46 “*Gestione della sedazione e dell’analgo-sedazione*”, interventi chirurgici e procedure, come descritto nel regolamento R-S-4 “*Misure preoperatorie e perioperatorie generali*”;
- i) mantiene un processo documentato per l'ottenimento del consenso informato in modo tale che l'utente del servizio comprenda chiaramente, nonché i processi per i casi in cui i pazienti non siano in grado di fornire il consenso verbale, come descritto nella procedura PGS-7 “*Modalità di acquisizione del consenso informato*”;
- j) mantiene procedure documentate per l'invio dei pazienti di una unità operativa ad altre unità operative, come descritto nel regolamento R-S-1 “*Cartella Clinica*”. In particolare il suddetto regolamento prevede che:
- In caso di trasferimento, la cartella clinica deve riportare la data e l’ora, l’U.O. di destinazione e le modalità di trasferimento; per i trasferimenti protetti sono inoltre indicati i professionisti coinvolti e le eventuali variazioni delle condizioni cliniche durante il trasporto;
 - La pianificazione dei trasferimenti programmati e della dimissione è documentata in cartella clinica. Il documento segue il paziente in caso di trasferimento presso altra U.O. della stessa Azienda.
 - In caso di trasferimento presso altra struttura sanitaria, sono registrati la struttura ricevente, il sanitario che ne ha confermato l’accoglienza, la motivazione e le eventuali condizioni necessarie al trasferimento.
 - Alla dimissione o al trasferimento è redatta una lettera di dimissione/trasferimento, della quale una copia è conservata nella cartella clinica.
- Inoltre, ha predisposto ed applica la procedura PGS-36 “*Gestione dei pazienti affetti da HIV*” che descrive il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per la gestione e presa in carico dei pazienti sospetta o nota infezione da HIV e modalità di dimissioni facilitate dal Pronto Soccorso con la prenotazione di consulenze specialistiche e/o indagini diagnostiche;
- k) fornisce una lettera di dimissione, laddove applicabile che, come descritto nel regolamento R-S-1 “*Cartella Clinica*” riporta:
- i dati identificativi del paziente, date di accesso e dimissione, U.O. dimettente e altre U.O. di degenza, diagnosi di dimissione;
 - il motivo del ricovero, le comorbidità, i principali riscontri clinici e accertamenti, le procedure diagnostico-terapeutiche eseguite e i farmaci somministrati durante la degenza, compresi eventuali effetti residui;
 - le condizioni cliniche alla dimissione, le informazioni relative ai dispositivi impiantati e le date di posizionamento o di ultima sostituzione, nonché data dell’ultima medicazione di ferite chirurgiche, piaghe e accessi vascolari;
 - la terapia farmacologica da assumere a domicilio, riportando in modo completo e non ambiguo farmaco, formulazione, dosaggio, posologia, intervallo e durata della terapia e modalità di assunzione, oltre alle indicazioni per la medicazione di ferite o piaghe e alle ulteriori raccomandazioni necessarie;
 - le istruzioni per il follow-up;
- Inoltre, pianifica l’eventuale dimissione protetta come descritto nella procedura PGS-4 “*Modalità di attivazione delle dimissioni protette ai fini della continuità assistenziale*”
- L’AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania mantiene e conserva tutte le relative informazioni documentate che dimostrino che tutti i processi e le attività sono stati eseguiti in conformità ai requisiti come riportato nella cartella clinica, nella scheda di terapia unica, nei fogli informativi e nel modulo di acquisizione del consenso, nella check-list di sala operatoria, nella lettera di dimissione e nella modulistica di registrazione delle attività disponibile nella sezione modulistica della pagina *qualità e rischio clinico* del sito web aziendale.

8.10

8.10.1

Assistenza incentrata sulla persona

Generalità

L'AOUP "G. Rodolico – San Marco" di Catania promuove un modello di assistenza centrato sulla persona, integrando nei propri processi i bisogni, le aspettative, le preferenze e l'esperienza degli utenti del servizio, dei familiari e dei caregiver.

A tal fine sono state predisposte:

- la procedura PGS-41 "[Modalità di avvio e gestione della terapia antimicrobica endovenosa domiciliare \(OPAT\)](#)", con lo scopo di al fine di ottimizzare il trattamento antibiotico di lunga durata, riducendo il carico ospedaliero e migliorando il comfort del paziente, senza compromettere la sicurezza o l'efficacia della terapia;
- la procedura PGS-40 "[Valutazione e trattamento del dolore](#)" che descrive modalità di valutazione e trattamento del dolore in ambito ospedaliero.

L'Azienda assicura l'ascolto e la partecipazione degli utenti attraverso specifici strumenti di raccolta e valutazione dell'esperienza, in conformità a quanto previsto dal regolamento Ri-CIU-1 "[Coinvolgimento e ascolto attivo dei pazienti e dei caregiver](#)" e dalle Procedure PO-CIU-1 "[Valutazione della Customer Satisfaction](#)" e PO-CIU-4 "[Procedura gestione dei reclami, rilievi, suggerimenti ed elogi](#)", utilizzando le informazioni raccolte per individuare criticità e opportunità di miglioramento.

Particolare attenzione è rivolta al rispetto della dignità, all'ascolto, all'empatia, alla comunicazione e all'alfabetizzazione sanitaria, assicurando informazioni comprensibili e adeguate alle caratteristiche e alle capacità dell'utente. Sono inoltre garantiti i principi di inclusività, equità e rispetto della diversità, con specifica attenzione alle persone fragili o con difficoltà linguistiche, cognitive, sensoriali o comunicative, anche attraverso il servizio di mediazione linguistica aziendale.

L'esperienza dell'utente, il coinvolgimento della famiglia e dei caregiver e i relativi riscontri costituiscono elementi del sistema di gestione utilizzati per orientare le decisioni e promuovere il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure. Attività svolte principalmente dal Servizio sociale professionale aziendale al quale i pazienti e i loro familiari si rivolgono anche in autonomia con richieste di supporto e orientamento a cui consegue una presa in carico in un processo di aiuto tecnico professionale. Tale presa in carico garantisce l'assistenza alla persona in un'ottica di approccio integrato sanitario e sociale imprescindibile nei percorsi di cura.

8.10.2

8.10.2.1

Esperienza dell'utente del servizio

Generalità

L'AOUP "G. Rodolico – San Marco" di Catania dispone di un meccanismo formale per valutare routinariamente l'esperienza dell'utente del servizio in tutte le aree di servizio, inclusi i servizi clinici e amministrativi, e le percezioni sulla sicurezza del paziente. A tal fine, come descritto nella procedura PO-CIU-4 "[gestione dei reclami, rilievi, suggerimento ed elogi](#)" l'Azienda raccoglie e analizza le segnalazioni, i reclami, i suggerimenti, i questionari di soddisfazione e gli altri strumenti di ascolto disponibili, utilizzando le informazioni raccolte per individuare eventuali criticità e definire azioni di miglioramento. La centralità della persona viene inoltre perseguita attraverso modalità assistenziali che tengono conto non soltanto della condizione clinica, ma anche degli aspetti emotivi, sociali e relazionali dell'utente. Gli operatori sono chiamati ad adottare comportamenti improntati al rispetto, alla dignità, all'ascolto e all'empatia, prestando particolare attenzione alle situazioni di maggiore vulnerabilità. In concreto, ciò si traduce nell'ascoltare attivamente le preoccupazioni espresse dall'utente, spiegare con linguaggio comprensibile ciò che sta accadendo, rispettare i tempi della persona, tutelarne la riservatezza e coinvolgerla, per quanto possibile, nelle decisioni relative al proprio percorso assistenziale.

Nella procedura PO-CIU-1 "[Valutazione della Customer Satisfaction](#)" l'UOS Comunicazione e Umanizzazione descrive la metodologia validata e affidabile per valutare l'esperienza dei pazienti e dei caregiver e:

- a) include valutazioni dell'esperienza della famiglia e dei caregiver, quando pertinente, come ad esempio per i familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva;

- b) incoraggia il contributo delle associazioni civiche di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti e degli operatori tramite il Comitato Consultivo Aziendale istituito ai sensi dell’articolo 9, commi 8 e 9 della Legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5;
- c) assicura che i meccanismi di riscontro siano accessibili, comprensibili e appropriati al livello di istruzione dell'utente del servizio e al suo accesso alle risorse, come descritto nella sezione 7 del presente manuale al punto 7.4.2 d).

8.10.2.2

Valutazione dell'esperienza dell'utente del servizio

La valutazione dell'esperienza dell'utente del servizio effettuata dall'AOUP “G. Rodolico-San Marco”, tramite il [questionario valutazione della customer](#), è finalizzata a determinare se:

- a) gli utenti del servizio, le famiglie e i caregiver sentano di essere trattati con rispetto e dignità;
- b) siano presi in considerazione i bisogni emotivi, sociali e culturali, le preferenze e i valori degli utenti del servizio;
- c) la privacy e la riservatezza siano mantenute;
- d) tutte le persone siano trattate equamente, indipendentemente dal sesso, dal genere, dall'età, dalla razza, dall'etnia, dalla condizione o dalla diagnosi clinica;
- e) gli utenti del servizio, le famiglie e i caregiver si sentano inclusi nel processo decisionale condiviso.

L'UOS Comunicazione e Umanizzazione elabora un report periodico sulla valutazione della customer satisfaction ed utilizza i risultati per valutare la necessità di modifiche ai processi, azioni correttive e preventive, e specificare la comunicazione di follow-up con l'utente del servizio e predisporre coerenti piani di miglioramento.

La valutazione dell'esperienza dell'utente è inclusa nella riunione di riesame della direzione.

8.10.2.3

Cure compassionevoli

L'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania dispone di un processo per:

- a) trattare gli utenti del servizio, le famiglie e i caregiver con rispetto e dignità;
- b) favorire e promuovere un ambiente di gentilezza tra le persone, le famiglie e i caregiver;
- c) ascoltare gli utenti del servizio e i caregiver;
- d) istruire il personale su come erogare cure compassionevoli.

A tal fine presso l'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania:

- Il personale identifica il bisogno di supporto dei pazienti anziani e disorientati, utilizzando una comunicazione semplice, favorendo la presenza del caregiver quando appropriato, come previsto nel regolamento R-S-3 “Prevenzione del rischio di caduta del paziente in ospedale” e al punto 6.1.3 del 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”;
- In presenza di un paziente straniero offre un servizio di interpretariato linguistico da remoto, attivabile dal personale nelle fasi di accettazione, informazione sanitaria, acquisizione del consenso informato e accesso alle prestazioni. Inoltre, quando la barriera linguistica può compromettere comprensione e sicurezza delle cure, viene attivato un servizio di mediazione linguistico-culturale, evitando di affidare sistematicamente la traduzione a familiari o accompagnatori;
- per la gestione del fine vita, come rappresentato nel regolamento R-S-34 “Cure di fine vita” che descrive:
 - la preparazione e pianificazione,
 - gli approcci clinici al paziente morente,
 - la comunicazione,
 - le modalità di registrazione del percorso di cura stabilito,
 - l'astensione o sospensione dei trattamenti di sostegno vitale,
 - la decisione di non iniziare un determinato trattamento sanitario o supporto e la decisione di interrompere un trattamento sanitario o un supporto vitale che era già stato avviato,
 - la gestione della terapia sostitutiva renale, della nutrizione e idratazione, dell'antibiotico terapia e della terapia con emoderivati ed emocomponenti,

- il supporto emodinamico,
- l'utilizzo dei bloccanti neuromuscolari,
- l'ossigenoterapia e ventilazione meccanica,
- le indagini diagnostiche,
- l'analgesia e la sedazione,
- la sedazione palliativa profonda continua,
- la gestione del delirium.

Il personale è formato e reso consapevole delle problematiche psicologiche, sociali ed emotive legate alle cure di fine vita attraverso corsi di formazionali annuali pianificati dall'UOS Formazione e Aggiornamento sulla comunicazione di una diagnosi complessa.

Per supportare il paziente con malattia oncologica avanzata ed i caregiver attraverso la valutazione del dolore e altri sintomi, i bisogni psicologici e sociali, preferenze della persona e necessità della famiglia, integrando quando appropriato le cure palliative, con il supporto dell'UOS Servizio Sociale Professionale e dell'UOS di Psicologia dell'Azienda.

Il professionista assicura un ambiente riservato, verifica la comprensione delle informazioni, lascia spazio alle domande e coinvolge il paziente nelle decisioni secondo capacità e preferenze.

Inoltre, è predisposta ed attuata la procedura PGS-28 “Medicina necroscopica, gestione delle salme e delle camere mortuarie dei PP.OO. dell'AOU Policlinico “G. Rodolico S.Marco”” che, oltre a dare coerenza, uniformità e trasparenza negli adempimenti di medicina necroscopica e nella gestione delle salme e delle camere mortuarie, considera gli aspetti di umanizzazione dell'evento morte, assicurando che le attività siano svolte nel rispetto della dignità della persona deceduta, della sensibilità dei familiari e delle esigenze di riservatezza, rispetto e accoglienza connesse a tale particolare momento.

L'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania, inoltre, tramite il Servizio Sociale Professionale aziendale, assicura un percorso socio-assistenziale programmato rispondente ai bisogni dei pazienti e dei familiari post-dimissione al fine di garantire la continuità assistenziale e cure compassionali nei pazienti fragili, come previsto nella procedura PGS-4 “Modalità di attivazione delle dimissioni protette ai fini della continuità assistenziale”.

8.10.2.4

Inclusività e diversità

L'AOUP “G. Rodolico-San Marco” promuove l'inclusività e la valorizzazione della diversità, assicurando che i processi assistenziali siano organizzati in modo da rispondere, per quanto possibile, alle differenti esigenze delle persone, senza discriminazioni legate all'età, al genere, alla lingua, alla cultura, alle condizioni sociali, alle capacità comunicative o alla presenza di particolari condizioni di vulnerabilità. Ciò comporta l'adattamento delle modalità comunicative adeguate come descritto nella sezione 7 del presente manuale al punto 7.4.2 c).

Al fine di creare e favorire l'inclusività e la diversità, l'AOUP “G. Rodolico - San Marco”:

- a) adotta i principi della competenza culturale e allineare i propri servizi per soddisfare i bisogni e le preferenze di tutte le persone e le famiglie, in modo da migliorare l'equità delle cure, valorizzare la diversità e ridurre le disparità per tutte le persone, indipendentemente dal colore, sesso, età, credo, lingua, livello di alfabetizzazione, gruppi di minoranze razziali ed etniche e altre popolazioni vulnerabili. A tale scopo è disponibile un servizio di mediazione linguistica, accessibile 24 ore su 24, 365 giorni su 365, con una disponibilità di 150 lingue/dialetti
- b) ha pianificato attività di addestramento del personale sulla competenza culturale;
- c) assicurando che la valutazione iniziale del paziente comprenda, come previsto dal regolamento R-S-1 “*Cartella Clinica*”:
 - la religione,
 - la lingua,
 - l'attività lavorativa,
 - il contesto familiare (cioè se il paziente vive in famiglia, da solo, da solo ma è
 - accaduto o risiede in centro assistito, ecc.),
 - l'abitudine al fumo, l'uso di alcol o di altre sostanze,

- le possibilità di provvedere autonomamente o meno alla propria igiene personale,
 - le possibilità di provvedere autonomamente o meno all'alimentazione,
 - lo stato emotivo,
 - le condizioni di fragilità,
 - le caratteristiche del sonno,
 - il decubito,
 - l'autonomia nei movimenti,
 - la presenza o meno di handicap fisici o psichici, al fine di garantire che non vi siano pregiudizi o disparità che influenzino il processo decisionale tra il personale e gli utenti del servizio,
- mentre attraverso le attività del Comitato Unico di garanzia (CUG) l'Azienda di promuove un ambiente lavorativo nel quale sia contrastata qualsiasi forma di discriminazione nei confronti di lavoratrici e lavoratori;
- d) mantiene processi in atto per rilevare la capacità del personale di comprendere, comunicare e interagire in modo efficace ed empatico con persone provenienti da contesti culturali attraverso l'analisi dei reclami.

8.10.2.5

Alfabetizzazione sanitaria

Per favorire l'alfabetizzazione sanitaria degli utenti del servizio e del personale, l'AOUP “G. Rodolico-San Marco”:

- a) integra l'alfabetizzazione sanitaria nella pianificazione dei servizi, nella valutazione della qualità, considerando la capacità degli utenti di comprendere e utilizzare le informazioni necessarie per accedere e usufruire in modo appropriato dei servizi;
- b) istruisce il personale fornendo gli strumenti per comunicare in modo chiaro, comprensibile e appropriato al livello di alfabetizzazione sanitaria degli utenti, anche attraverso la formazione sulle tecniche di comunicazione efficace e sull'ascolto attivo;
- c) coinvolge, ove appropriato, gli utenti nell'attuazione e valutazione delle informazioni e dei servizi sanitari attraverso la condivisione dei contenuti della [Carta dei Servizi](#) con le associazioni di tutela e di volontariato;
- d) garantisce sistemi di supporto per i caregiver quando il paziente non ha la capacità di comprendere le informazioni, documentato nella firma del caregiver nei fogli informativi e nella lettera di dimissione;
- e) utilizza strategie di alfabetizzazione sanitaria nelle comunicazioni e verifica la comprensione attraverso l'utilizzo di un linguaggio semplice, senza l'utilizzo del gergo medico, integrando la spiegazione verbale con disegni e opuscoli informativi, come descritto nella procedura PGS-7 “[Modalità di acquisizione del consenso informato](#)” e riportato nei fogli informativi per l'acquisizione del consenso informato;
- f) assicura particolare attenzione all'alfabetizzazione sanitaria nelle procedure a maggiore rischio, attraverso informazioni dettagliate, sotto forma di opuscoli e fogli informativi, prima di eseguire procedure ad alto rischio che richiedono l'espressione del consenso informato scritto, nonché attraverso specifiche campagne di sensibilizzazione, specie in occasione Giornate Mondiali di sensibilizzazione in materia sanitaria riconosciute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da altre istituzioni (*sepsy day*, giornata mondiale del rene, igiene delle mani, giornata mondiale del rene, tumori al seno,...)
- g) promuove tra il personale la capacità della persona di utilizzare consapevolmente le informazioni sanitarie e di partecipare alle decisioni riguardanti la propria salute, secondo le proprie capacità e condizioni di salute, come descritto nella procedura PGS-7 “[Modalità di acquisizione del consenso informato](#)”;
- h) assicura che i professionisti sanitari adattino le modalità di comunicazione ai diversi livelli di alfabetizzazione sanitaria, linguistici, culturali, cognitivi e comunicativi della popolazione servita, evitando qualsiasi forma di stigmatizzazione o discriminazione, anche utilizzando il servizio di interpretariato telefonico;
- i) fornisce ai pazienti e, ove appropriato, ai caregiver, informazioni e istruzioni finalizzate alla prevenzione e alla gestione delle condizioni di salute attuali o potenziali, favorendo l'autonomia, l'aderenza ai trattamenti e il riconoscimento tempestivo dei segnali di allarme.

8.10.2.6

Co-produzione

L’AOUP “G. Rodolico-San Marco” di Catania promuove la co-produzione dei servizi sanitari, riconoscendo gli utenti, i familiari e i sistemi di supporto come partner attivi del percorso assistenziale. A tal fine:

- a) Promuove la costruzione di relazioni di fiducia, rispetto e collaborazione con gli utenti del servizio, favorendo un rapporto basato su ascolto, trasparenza, dignità e reciproca responsabilità assicurando che i professionisti dedichino uno spazio adeguato all’ascolto delle esigenze del paziente ed ai caregiver, per fornire informazioni comprensibili e prendendo in considerazione le preferenze nella definizione del piano di cura;
- b) Pianifica attività di formazione e addestramento del personale all’ascolto attivo e alla comunicazione con il paziente, al fine di promuoverne l’empowerment e favorirne la partecipazione consapevole alle decisioni relative alla propria salute, coinvolgendo, ove appropriato, familiari e caregiver, nonché il paziente nella definizione delle modalità di gestione della terapia e dell’assistenza al domicilio e verificandone la capacità di comprendere e applicare autonomamente le indicazioni ricevute;
- c) Considera, nella valutazione dei bisogni assistenziali, la realtà vissuta dalla persona, i suoi valori, le risorse disponibili, la rete familiare e sociale e gli obiettivi personali che motivano la richiesta di assistenza. Tali bisogni sono presi in considerazione e registrati nella cartella clinica come previsto nel regolamento R-S-1 “*Cartella clinica*” che richiede l’esecuzione e la registrazione dell’esame dei fattori sociali ed economici, quali:
 - la religione,
 - la lingua,
 - l’attività lavorativa,
 - il contesto familiare (cioè se il paziente vive in famiglia, da solo, da solo ma è accudito o risiede in centro assistito, ecc.),
 - l’abitudine al fumo, l’uso di alcol o di altre sostanze,
 - le possibilità di provvedere autonomamente o meno alla propria igiene personale,
 - le possibilità di provvedere autonomamente o meno all’alimentazione,
 - lo stato emotivo,
 - le condizioni di fragilità,
 - le caratteristiche del sonno,
 - il decubito,
 - l’autonomia nei movimenti,
 - la presenza o meno di handicap fisici o psichici,Inoltre, l’Azienda pianifica la dimissione di una persona fragile prendendo in considerazione non solo le condizioni cliniche, ma anche l’autonomia, la presenza di un caregiver, le condizioni abitative e la possibilità di accedere ai servizi territoriali, come previsto e descritto nella procedura PGS-4 “Modalità di attivazione delle dimissioni protette ai fini della continuità assistenziale”;
- d) Favorisce un processo di decisione condivisa nel quale i professionisti sanitari coinvolgono il paziente e, ove appropriato, i suoi familiari o caregiver nella definizione e nell’erogazione del percorso assistenziale, come previsto dalla procedura PGS-7 “Modalità di acquisizione del consenso informato”;
- e) Sostiene l’autonomia della persona, identificando e integrando nel piano assistenziale gli obiettivi di cura (interventi educazionali) che risultano significativi per il paziente, qualora si trovasse in una situazione di totale incapacità di attività di interrelazione e di autodeterminazione, compatibilmente con le condizioni cliniche e con l’appropriatezza e sicurezza delle cure come descritto nel modulo M_PGS-7_6 “Pianificazione condivisa delle cure”;
- f) Promuove una gentilezza consapevole e professionale e la *mindfulness* nelle relazioni di cura, favorendo attenzione, presenza, ascolto e consapevolezza della prossimità fisica ed emotiva tra utenti e professionisti sanitari, nel rispetto della dignità, dei confini personali e delle differenze individuali, specie a riguardo delle modalità di informare il paziente sui trattamenti proposti, come descritto nel punto 8.2 della procedura PGS-7 “Modalità di acquisizione del

[consenso informato](#)”, con il supporto dell’UOS Servizi Sociali professionali, dell’UOS Psicologia e dell’UOS Comunicazione e Umanizzazione dell’Azienda.

È stato predisposto il regolamento Ri-EDS-1 “*politica aziendale per la promozione la protezione e il sostegno dell’allattamento al seno*”, [video educazionali, opuscoli e informativi](#) i pazienti e i loro familiari.

8.10.2.7

Benessere organizzativo

Al fine di mantenere efficacemente il benessere del personale lavoro, L’AOUP “G. Rodolico-San Marco”:

- a) Ha predisposto ed aggiorna periodicamente il *Documento di Valutazione dei Rischi* (DVR) per affrontare la salute e la sicurezza del personale che includa componenti fisiche, chimiche, biologiche, ergonomiche e psicosociali;
- b) Pianifica ed esegue controlli periodici almeno annuali sui gas medicali nelle sale operatorie
- c) dispone di processi per affrontare il benessere dei dipendenti, inclusi lo stress, il burnout e la violenza subita da utenti del servizio o colleghi di lavoro. A fine, con [atto deliberativo n. 2731 del 16/12/2022](#) è stato costituito un gruppo di lavoro per il programma di prevenzione della violenza sugli operatori sanitari, che elabora un piano triennale, raccoglie informazioni sull’esperienza del personale mediante un questionario e segnalazioni su gli atti di violenza subiti, verbale o fisica. Tale gruppo di lavoro “*Rischio Aggressioni*”, è stato rimodulato con [delibera n. 1667 del 18/06/2026](#).

Inoltre è in funzione uno “Sportello d’ascolto” per il personale che mira a superare il disagio psicologico in cui un lavoratore potrebbe trovarsi nell’ambiente di lavoro, fornendo un supporto concreto con l’ascolto, abbinato a comprensione e analisi del disturbo. Il dipendente, infatti, potrà richiedere un colloquio con un professionista psicologo esperto, che possa andare oltre l’analisi del problema, orientando, sostenendo e sviluppando le potenzialità di ciascun lavoratore per fronteggiare al meglio la situazione di malessere. Attività, naturalmente, svolte nel totale anonimato, tutelando al massimo la riservatezza e la privacy di ciascun dipendente

8.11

Etica

L’AOUP mantiene processi definiti per identificare, valutare, approfondire e gestire i dilemmi etici che possono emergere nell’erogazione dell’assistenza, nella ricerca e nelle sperimentazioni cliniche su soggetti umani. La gestione delle sperimentazioni è descritta nella procedura PGS-5 “*Gestione dei prodotti per sperimentazioni cliniche*”, che descrive le modalità di gestione dei prodotti sperimentali utilizzati negli studi clinici o nelle indagini cliniche approvati dall’Autorità Competente e Comitato Etico. Il Comitato Etico competente assicura la valutazione degli aspetti etici degli studi e delle sperimentazioni, con particolare riferimento alla tutela dei diritti, della sicurezza, della dignità e del benessere dei partecipanti.

I pazienti e le loro famiglie, i caregiver e/o i sistemi di supporto devono essere coinvolti nel processo decisionale etico, come descritto nella procedura PGS-7 “*Modalità di acquisizione del consenso informato*” e nel regolamento “R-S-34 “*Cure di fine vita*”.

8.12

8.12.1

Sicurezza del paziente

Generalità

L’AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania dispone di processi documentati finalizzati a garantire la sicurezza del paziente in tutti i contesti assistenziali nei quali eroga i propri servizi. Nella definizione delle priorità e nell’individuazione dei problemi di sicurezza da affrontare, considera le raccomandazioni del Ministero della Salute, buone pratiche basate sulle evidenze e linee guida riconosciute a livello nazionale e internazionale, assicurandone, ove applicabili, l’integrazione nei propri processi assistenziali e organizzativi. Per garantire la sicurezza del paziente in tutti i contesti assistenziali, l’AOUP di Catania, tramite i settori competenti:

- a) prende in considerazione la dotazione e la composizione del personale, assicurando un adeguato equilibrio tra le diverse professionalità sanitarie, in relazione al carico di lavoro, alla complessità assistenziale e alla tipologia delle attività erogate. A tal fine, definisce e aggiorna i criteri per la determinazione del fabbisogno di personale e per l’assegnazione delle risorse alle diverse strutture, tenendo conto dei livelli di attività e della complessità

- assistenziale, attraverso gli atti di programmazione del fabbisogno di personale, le dotazioni organiche, i piani di assegnazione del personale, le turnazioni, i sistemi di rilevazione del carico di lavoro e gli indicatori relativi alla presenza;
- b) ha definito e attua flussi di lavoro basati sul lavoro in team, comprendenti anche i processi di invio e trasferimento assicurando che i pazienti siano indirizzati tempestivamente alle strutture cliniche appropriate per il ricovero o, quando necessario, verso altre istituzioni sanitarie dotate di competenze e livelli di specializzazione adeguati, garantendo la continuità e completezza delle informazioni cliniche e assistenziali. A tale scopo ha predisposto informazioni documentate che:
- stabiliscono i compiti, le responsabilità e le modalità operative per la gestione del trasporto sanitario secondario intra e interospedaliero dei pazienti in emergenza-urgenza, con l'obiettivo di garantire un processo sicuro per il paziente e per gli operatori, dalla presa in carico fino alla destinazione e alla continuità assistenziale, come descritto nel Regolamento R-S-22, “[Trasporto sanitario secondario nelle emergenze-urgenze](#)”;
 - definiscono modalità strutturate per la raccolta, la trasmissione e la condivisione delle informazioni cliniche e assistenziali tra i professionisti coinvolti nel percorso del paziente, attraverso la documentazione clinico-assistenziale e gli strumenti di comunicazione previsti dall'Organizzazione, come disciplinato dal Regolamento R-S-1, “[Cartella clinica](#)”, nonché attraverso la documentazione prodotta nell'ambito delle riunioni dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM), che costituisce evidenza del confronto e della condivisione delle informazioni tra i professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente;
- c) valuta sistematicamente l'esperienza e il percorso del paziente, identificando i possibili punti di rischio e le criticità che possono compromettere la sicurezza e la continuità dell'assistenza, come descritto nella procedura PO-CIU-1 “[Valutazione della Customer Satisfaction](#)”;
- d) considerano le competenze, le capacità organizzative, professionali e tecnologiche delle strutture che inviano e che ricevono il paziente, assicurando che siano adeguate alle condizioni cliniche e ai bisogni assistenziali dello stesso, come descritto nel regolamento R-S-22 “[Trasporto sanitario secondario nelle emergenze-urgenze](#)” che, sulla scorta del risultato della valutazione del paziente mediante la *Risk Score for Transport Patients* e la classificazione di Eherenwerth, stabilisce le modalità di esecuzione del trasporto e i i professionisti coinvolti.
- e) definisce e mantiene un sistema strutturato per la segnalazione, la registrazione, l'analisi e la gestione dei *near miss*, degli incidenti critici, degli eventi avversi e degli eventi sentinella come descritto nella PQ-2 “[Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità, dei mancati incidenti, degli eventi avversi e degli eventi sentinella](#)”.
- Inoltre, l'AOUP “G. Rodolico – San Marco” di Catania ha predisposto, per come previsto dalle raccomandazioni del Ministero della Salute, la procedura PGS-26 “[Prevenzione del rischio di suicidio in ospedale](#)”, che fornisce indicazioni circa le modalità da adottare per favorire la prevenzione e/o riduzione dei suicidi e dei tentati suicidi dei pazienti ricoverati.

8.12.2

Conoscenza e apprendimento nella sicurezza

L'AOUP di Catania:

- a) promuove un ambiente organizzativo orientato all'apprendimento continuo, alla condivisione delle conoscenze, alla formazione e all'addestramento del personale, assicurando che i dipendenti dispongano delle competenze necessarie per garantire la sicurezza del paziente. A tal fine, l'U.O. Formazione e Aggiornamento pianifica e supporta la realizzazione di eventi formativi finalizzati allo sviluppo e al mantenimento delle competenze e delle abilità necessarie per la gestione degli eventi clinici critici, inclusi i percorsi formativi BLS-D, ACLS e ALS, nonché di attività formative dedicate alla sicurezza del paziente e alla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- b) definisce, nel regolamento R-i-RUM-8, “[Condivisione delle conoscenze acquisite in attività formative svoltesi all'esterno dell'Organizzazione](#)” un processo per la condivisione delle lezioni apprese;

- c) raccoglie e analizza continuamente i dati sulla sicurezza del paziente per implementare miglioramenti. I risultati di tali analisi sono pubblicati con cadenza annuale nel report [“Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi di cui all'art. 1 comma 539, lettera d-bis, della legge n. 208/15”](#).

8.12.3

Identificazione del paziente

Per garantire l'accuratezza dell'identificazione del paziente, l'AOUP di Catania ha sviluppato e implementato un processo che:

- a) richiede l'identificazione del paziente in tutti i punti di cura e prima di eseguire qualsiasi procedura o intervento diagnostico o terapeutico;
- b) richiede almeno due identificatori univoci del paziente;
- c) vieta l'utilizzo del numero di stanza del paziente, il numero di letto o l'ubicazione nella struttura sanitaria ai fini dell'identificazione;
- d) delinea attività per circostanze speciali in cui un paziente non è in grado di confermare la propria identità (es. in stato comatoso, disorientato, delirio, neonato che non ha ancora un nome legale, gravi ustioni).

Tale processo è descritto nella procedura PGS-1 [“Modalità di identificazione del paziente”](#) che stabilisce le modalità per identificare il paziente in maniera attendibile in quanto persona destinataria della prestazione o del trattamento con l'obiettivo di garantire la corrispondenza tra la prestazione o il trattamento e quel singolo paziente e prescrive che:

- a) il paziente debba essere identificato attivamente:
 - prima della somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati,
 - prima del prelievo di sangue e di altri campioni biologici per analisi cliniche,
 - prima dell'esecuzione di terapie farmacologiche e procedure diagnostiche e terapeutiche,
 - prima dell'invio del paziente ad eseguire una procedura diagnostica fuori reparto, prima di un trasferimento.
- b) il nome, il cognome e la data di nascita sono gli identificativi del paziente;
- c) è vietato identificare il paziente ed ogni elemento del processo assistenziale che lo riguarda solo con il cognome e/o il nome e/o l'età e/o il numero di stanza e/o il numero di posto letto (es.: documentazione sanitaria, alimenti, sacche per nutrizione enterale e parenterale, dispositivi per terapia orale, preparazioni farmaceutiche, ...);
- d) ai pazienti venga apposto un braccialetto identificativo che riporti nome, cognome e data di nascita da utilizzarsi qualora il paziente non sia in grado di dichiarare la propria identità;
- e) alle madri ed ai loro neonati.

8.12.4

Sicurezza dei farmaci

L'AOUP di Catania dispone di regolamenti e procedure documentate riguardanti i processi relativi all'intero percorso di gestione del farmaco, dall'approvvigionamento alla somministrazione, assicurando la tracciabilità, l'appropriatezza e la sicurezza del processo.

Per garantire la sicurezza del processo di gestione del farmaco, l'AOUP di Catania:

- a) ha predisposto:
 - il regolamento R-S-5 [“Prevenzione del rischio nella gestione dei farmaci”](#) che definisce:
 - quali sono i rischi, le precauzioni e le raccomandazioni relative alle modalità di conservazione dei farmaci;
 - quali sono i rischi, le precauzioni e le raccomandazioni relative alla prescrizione, preparazione e somministrazione della terapia farmacologica;
 - come devono essere gestiti e conservati i “campioni gratuiti” dei farmaci;
 - come devono essere gestiti i farmaci personali del paziente ricoverato;
 - come deve essere gestita la terapia “al bisogno”.
 - come devono essere gestiti e conservati i farmaci ad alto livello di attenzione;
 - il regolamento R-S-8 [“Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di potassio”](#) che descrive:
 - le modalità di trattamento dell'ipopotassiemia,

- le modalità di conservazione delle soluzioni concentrate di potassio
 - le indicazioni per una appropriata prescrizione, diluizione e somministrazione delle soluzioni concentrate di potassio;
 - la procedura PGS-12 “Procedura somministrazione farmaci chemioterapici” che descrivere le risorse, i compiti, le responsabilità e le modalità operative di gestione dei farmaci antitumorali;
- b) ha costituito con delibera n. 153 del 24/09/2020 il team di *Antimicrobial Stewardship*, rimodulato con delibera n. 551 del 11/03/2025 che predispone e aggiorna il “Programma triennale di Antibiotic Stewardship” PI-S-2 che definisce le modalità per l’uso corretto degli antibiotici in termini di scelta del principio attivo, dosaggio, modalità di somministrazione e durata della terapia attraverso l’ottimizzazione dei percorsi diagnostici e terapeutici delle infezioni comunitarie e delle infezioni correlate all’assistenza, anche attraverso iniziative volte ad accrescere la consapevolezza e la competenza dei professionisti;
- c) assicura che, al momento della dimissione o del trasferimento, il paziente e/o il caregiver ricevano informazioni aggiornate sulla terapia da proseguire, sulle eventuali modifiche apportate durante il ricovero e sulle modalità di gestione dei farmaci a domicilio. A tal fine, nel punto 6.2.1.7 Rintracciabilità del trasferimento/dimissione del regolamento R-S-1 “Cartella Clinica” è prescritto che la lettera di dimissione riporti, tra le altre, tutti i farmaci da assumere al domicilio, evitando schemi posologici ambigui, abbreviazioni e sigle, e indicando:
- il nome del principio attivo o il nome commerciale del farmaco prescritto, la sua formulazione ed il dosaggio;
 - la posologia (numero di compresse, numero di gocce, ecc...),
 - l’esatta periodicità dell’assunzione (ad esempio, “due volte al giorno” ha significato diverso per l’assunzione di un antibiotico da somministrare ad intervalli determinati come “ogni 12 ore”) e la durata della terapia;
 - le modalità di assunzione del farmaco;
 - ogni altra informazione ritenuta necessaria per la corretta e sicura assunzione della terapia prescritta;
- d) ha definito nella procedura PQ-2 “Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità, dei mancati incidenti, degli eventi avversi e degli eventi sentinella” il processo per il monitoraggio e la segnalazione di errori terapeutici ed eventi avversi correlati ai farmaci.
- L’AOUP “G. Rodolico - San Marco” di Catania, inoltre, ha predisposto la procedura PGS-9 “Modalità di gestione del carrello di emergenza”, che è modalità operative, i compiti e le responsabilità per la gestione del carrello di emergenza con l’obiettivo di rendere disponibili e prontamente utilizzabili tutti quei farmaci e presidi ritenuti indispensabili per affrontare correttamente la situazione di urgenza ed emergenze.

8.12.5

Sicurezza chirurgica

L’AOUP “G. Rodolico - San Marco” di Catania ha implementato misure di sicurezza sistematiche per promuovere la sicurezza chirurgica in sala operatoria e negli ambulatori dove viene svolta la chirurgia ambulatoriale:

- a) impiega una dotazione organica del personale medico ed infermieristico deve essere rapportata alla tipologia al volume degli interventi chirurgici tale da consentire l’attivazione di una sala operatoria con almeno un medico anestesista, due chirurghi e due infermieri;
- b) progetta e organizza le infrastrutture e i flussi di lavoro tenendo conto dei principi dei fattori umani, al fine di ridurre il rischio di errore e garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A tal fine, considera, gli aspetti ergonomici, l’organizzazione degli spazi e dei percorsi, la disposizione delle apparecchiature e dei materiali, la leggibilità delle informazioni, la standardizzazione delle modalità operative e la comunicazione tra i professionisti;
- c) adotta pratiche basate sulle evidenze scientifiche per la somministrazione e il monitoraggio dell’anestesia, assicurando l’applicazione di linee guida e procedure aggiornate;
- d) garantisce la comunicazione e la collaborazione tra chirurghi e anestesisti;

- e) fornendo le apparecchiature necessarie per il monitoraggio del paziente durante l'intervento chirurgico, analizzando annualmente gli interventi chirurgici e le relative riammissioni postoperatorie;
- f) mantenendo processi per prevenire errori di paziente sbagliato, tipo di intervento sbagliato o sito chirurgico sbagliato.

A tal fine è stato predisposto:

- il regolamento R-S-4 “Misure preoperatorie e perioperatorie generali” che indica:
 - le modalità di gestione del programma operatorio, quale strumento di pianificazione efficace della risorsa sala operatoria e di comunicazione tra i professionisti coinvolti nel processo operatorio;
 - le modalità di valutazione e gestione del rischio emorragico, della profilassi del tromboembolismo venoso;
 - la necessità di verificare l’acquisizione del consenso informato e l’identificazione del lato del sito chirurgico, ove pertinente; come descritto nella procedura PGS-10 “Modalità di identificazione e marcatura del sito chirurgico o odontoiatrico”;
 - le modalità di esecuzione del nursing preoperatorio (Bagno o doccia preoperatoria, detersione del cavo orale, rimozione dello smalto dalle unghie, esecuzione della tricotomia, quando appropriata, la gestione degli effetti personali del paziente);
 - i compiti del medico di reparto e dell’infermiere di reparto;
 - le modalità appropriate di esecuzione della profilassi antibiotica;
 - le modalità di lavaggio delle mani, secondo le modalità descritte nella PGS-11 “Modalità di una corretta igiene della mani”, e vestizione dei chirurghi;
 - le modalità di preparazione della cute del sito chirurgico, ove pertinente;
 - i compiti dell’infermiere di sala operatoria e dell’anestesista;
 - le verifiche da effettuarsi prima dell’induzione dell’anestesia, dopo l’induzione dell’anestesia e prima dell’incisione cutanea e prima che il paziente abbandoni la sala operatoria;
 - le modalità di esecuzione della conta di garze, strumenti o altro materiale, come descritto nella PGS-27 “Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico”;
 - le modalità di registrazione dell’intervento chirurgico, come descritto nel regolamento R-S10 “Modalità di compilazione del registro operatorio”;
 - la gestione dei campioni cito-istologici, come descritto nel regolamento R-S-6 “Modalità di compilazione della richiesta di esame cito-istologico, di identificazione e invio dei campioni cito-istologici” e nella procedura PGS-6 “Prevenzione degli errori nel trasporto dei campioni cito-istologici”;
 - il regolamento R-S-9 “Modalità di utilizzo dell’elettrobisturi”, che definisce le modalità per l’utilizzo sicuro degli apparecchi per elettrochirurgia ad alta frequenza, allo scopo di contenere i rischi per gli utenti e gli operatori;
 - le prescrizioni per il *recovery* e postoperatorie;
 - la procedura PGS-34 “Sanificazione delle sale operatorie”;
 - la procedura PGS-14 “Sterilizzazione a vapore saturo con autoclave”.

Al fine di garantire l’identificazione e la tracciabilità delle attività di sala operatoria è stata predisposta ed è utilizzato un modello di registrazione “*documentazione integrata di sala operatoria e check list*” che riporta tutti gli elementi utili per tracciare attività svolte, persone, materiali ed apparecchiature utilizzate in ogni singolo paziente sottoposto ad intervento chirurgico.

8.12.6

Prevenzione e controllo delle infezioni

L’AOUP “G. Rodolico - San Marco” di Catania dispone di processi documentati e coordinati per un programma di prevenzione e controllo delle infezioni che includono:

- a) la valutazione dei rischi infettivi, la definizione delle priorità e delle strategie di intervento, la sorveglianza delle Infezioni Correlate all’Assistenza e dei microrganismi multiresistenti,

- come descritto nel piano PI-S-3 “Piano aziendale per la gestione del rischio - Sezione 2 - Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza”;
- b) lo sviluppo e l'applicazione di indicatori e procedure operative quali:
- PGS-11 “Modalità di una corretta esecuzione dell’igiene delle mani”;
 - PGS-20 “Gestione dei casi sospetti e accertati di influenza da virus A e delle forme gravi e complicate da virus influenzali”;
 - PGS-25 “Gestione del rischio infettivo – Scabbia”;
 - PGS-24 “Modalità di gestione dell’isolamento dei pazienti con malattie esantematica in pronto soccorso ostetrico”;
 - PGS-23 “Modalità di gestione dell’isolamento dei pazienti con malattie esantematica in pronto soccorso”;
 - PGS-35 “Sanificazione termoculle, culle e isole neonatali”;
 - PGS-34 “Sanificazione delle sale operatorie”;
 - R-S-19 “Gestione della ferita chirurgica”
- c) il monitoraggio dell’adesione alle misure di prevenzione e la promozione di programmi di formazione, audit e miglioramento, specie riguardo all’adesione alla procedura di igiene delle mani;
- d) misure sistemiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni, quali:
- igiene delle mani, descritta nella procedura PGS-11 “Modalità di una corretta esecuzione dell’igiene delle mani”;
 - sorveglianza dei microrganismi multi-resistenti, come descritto nella procedura PGS-13 “GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO “Gestione dei casi di pazienti con colonizzazione/infezione da “Alert Organisms” che definisce le modalità necessarie per:
 - identificare correttamente i microrganismi sentinella da includere nella sorveglianza;
 - individuare tempestivamente i pazienti con colonizzazione/infezione da microrganismi sentinella;
 - attuare le misure di isolamento appropriate per prevenire la trasmissione diretta e indiretta del microrganismo;
 - assicurare la comunicazione fra le Unità Operative coinvolte;
 - monitorare la corretta gestione delle modalità di isolamento;
 - assicurare la tracciabilità della gestione;
 - prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, come descritto nel regolamento R-S-19 “Gestione della ferita chirurgica” e registrato nel modulo M_R-S-19_01 “registrazione delle medicazioni delle ferite chirurgiche”;
 - prevenzione delle infezioni correlate alla gestione del cateterismo vescicale, come documentato nel modulo M_R-S-21_1 “scheda registrazione inserzione catetere vescicale”;
 - misure di isolamento per i pazienti con malattie esantematiche, come descritto nelle procedure PGS-24 “Modalità di gestione dell’isolamento dei pazienti con malattie esantematica in pronto soccorso ostetrico” e PGS-23 “Modalità di gestione dell’isolamento dei pazienti con malattie esantematica in pronto soccorso”, PGS-29 “Modalità di gestione dell’isolamento dei pazienti con malattie da coronavirus in pronto soccorso, nel trasporto e nel ricovero”, PGS-20 “Gestione dei casi sospetti e accertati di influenza da virus A e delle forme gravi e complicate da virus influenzali”, la cui corretta applicazione è registrata nei moduli “valutazione dell’applicazione delle modalità di isolamento”;
 - pulizia dell'ambiente, come descritto nelle procedure PGS-35 “Sanificazione termoculle, culle e isole neonatali”, PGS-34 “Sanificazione delle sale operatorie” e PGS-37 “Procedura di valutazione della pulizia e sanificazione degli ambienti”;
 - uso sicuro e razionale degli antibiotici mediante il *team di antimicrobial stewardship* e la pianificazione delle attività finalizzate a migliorare l’uso corretto degli antibiotici, come descritto nel “Programma triennale di antibiotic stewardship”;
 - l’adesione del personale alla procedura sull’igiene delle mani mediante audit osservazioni periodici;

- e) l’istituzione del Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) e dei gruppi operativi di presidio che assicurano il coordinamento e la supervisione delle attività di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza, Il CIO contribuisce, inoltre all’aggiornamento delle procedure aziendali, alla gestione delle emergenze infettive e alla diffusione della cultura della prevenzione e dell’uso appropriato degli antimicrobici;
- f) lo sviluppo di un programma di sorveglianza per le infezioni correlate all’assistenza sanitaria e per il personale, incluso lo sviluppo e l’attuazione di una politica di immunizzazione, il coordinamento della politica di biosicurezza e la segnalazione e gestione degli incidenti da esposizione, come descritto nel piano PI-S-3 “[Piano aziendale per la gestione del rischio - Sezione 2 - Prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza](#)” e nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) nonché nella nella PGS-25 “[Gestione del rischio infettivo – Scabbia](#)”;
- g) la conduzione di un programma annuale di addestramento del personale sulla prevenzione e controllo delle infezioni, come indicato nel Piano Formativo Annuale, finalizzato a rafforzare il ruolo della forza lavoro nell’attuazione delle strategie di prevenzione e controllo delle infezioni.
- h) l’incoraggiamento degli utenti e caregiver a rispettare le procedure sulla prevenzione e controllo delle infezioni attraverso poster ed opuscoli.

8.12.7

Prevenzione di cadute, lesioni da pressione e tromboembolismo

L’AOUP “G. Rodolico - San Marco” di Catania dispone di processi per prevenire le cadute dei pazienti, le lesioni da pressione e il tromboembolismo. A tale fine:

- a) identifica i pazienti a rischio di lesioni da pressione e pianifica i controlli necessari per ridurre al minimo i fattori di rischio come indicato nel regolamento R-S-1 “[Cartella Clinica](#)” registrando nella cartella clinica il montaggio dell’integrità della cute e le misure di prevenzione adottate;
- b) valuta e contrasta il rischio di caduta del paziente, come descritto nel regolamento R-S-3 “[Prevenzione rischio di caduta](#)”;
- c) identificare i pazienti a rischio di tromboembolismo e li rivaluta periodicamente attraverso la “[scheda di valutazione del rischio tromboembolico](#)” che è parte integrante della cartella clinica, adotta le misure di prevenzione sulla base delle linee guida delle specifiche società scientifiche e sui criteri di appropriatezza nella prescrizione delle Eparine a Basso Peso Molecolare di cui all. 1 della presente sezione.

8.12.8

Sicurezza diagnostica

L’AOUP “G. Rodolico - San Marco” di Catania garantisce la sicurezza diagnostica, attraverso:

- a) le procedure dei Laboratori di Analisi dei PP.OO. dell’Azienda che garantiscono servizi di test di laboratorio appropriati e tempestivi, la segnalazione dei risultati critici dei test ed una tenuta completa della documentazione relativa alle procedure diagnostiche e ai risultati dei test;
- b) la valutazione sistematica nelle donne in età fertile sul possibile stato di gravidanza prima di eseguire un esame radiologico e l’informazione sui rischi collegati attraverso il *foglio informativo per l’acquisizione del consenso all’esecuzione di esami radiologici*, M_PGS-7_1RAD.
- c) la procedura PGS-30 relativa all’ “[Esecuzione esami RM in pazienti portatori di dispositivi cardiaci impiantabili attivi \(CIED\) MR-CONDITIONAL](#)”, al fine di garantire la sicurezza del paziente e degli operatori, nella pianificazione ed esecuzione degli esami RM di nei pazienti portatori di pacemaker, defibrillatori impiantabili e loop recorder ed altri device;
- d) la procedura PGS-6 “[Prevenzione degli errori nel trasporto dei campioni cito-istologici](#)”;
- e) il regolamento R-S-23 “[Misure di sicurezza per l’uso della formaldeide](#)”;
- a) l’attività svolta dalla UOS di Fisica Sanitaria che:
 - Esegue la dosimetria e le verifiche sugli acceleratori lineari per garantire che la dose di radiazioni emessa sia esattamente quella prescritta;
 - Esegue i controlli di qualità sulle apparecchiature a raggi X e TAC per garantire immagini di qualità riducendo al minimo la dose di radiazioni assorbita dal paziente;

- Gestisce e controlla l'impiego di sostanze radioattive (radiofarmaci) sia per la diagnostica (es. PET) sia per le terapie radiometaboliche;
 - Calcola i tempi di permanenza in sicurezza dei pazienti nelle degenze protette e gestisce i rifiuti radioattivi ospedalieri;
 - Svolge la sorveglianza fisica della radioprotezione per tutelare i lavoratori esposti, i pazienti, il pubblico e l'ambiente;
 - Distribuisce e analizza i dosimetri personali del personale ospedaliero;
 - Partecipa al collaudo, alla verifica di accettazione e alla scelta di nuove tecnologie elettromedicali;
- b) la partecipazione ai programmi di Valutazione Esterna della Qualità (VEQ) nei servizi diagnostici di:
- SIMT
 - Laboratorio talassemia;
 - Laboratorio citofluorimetria
 - Laboratorio centralizzato PO G. Rodolico e PO San Marco
 - Centro di oncologia ed ematologia sperimentale
 - Laboratori specialistici di ematologia
 - Laboratorio allergologia respiratoria

8.12.9

Trasfusioni di sangue

L'AOUP “G. Rodolico - San Marco” di Catania ha stabilito procedure per l'utilizzo appropriato e sicuro degli emocomponenti ed emoderivati e sulle trasfusioni.

A tal fine sono predisposte e applicate la procedura PGS-2 “[Modalità di esecuzione dei controlli pretrasfusionali e trasfusionali](#)”, il regolamento R-S-7 “[Indicazioni all'uso degli emocomponenti e degli emoderivati](#)” ed il regolamento R-S-36 “[Gestione delle frigoemoteche e degli emocomponenti](#)”.

Inoltre il Servizio di Medica Immuno-Trasfusionale ha predisposto ed applica procedure relative a:

- a) prove di compatibilità incrociata (cross-matching) e la tipizzazione;
- b) screening per le infezioni trasmissibili con la trasfusione che include HIV, epatite B, epatite C e sifilide;
- c) la raccolta, l'identificazione, lo stoccaggio, il rilascio, la somministrazione sicura appropriati e l'assicurazione della tracciabilità del sangue e degli emocomponenti;
- d) il monitoraggio e la segnalazione di eventi avversi e reazioni;
- e) lo smaltimento finale degli emocomponenti inutilizzati.

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