

## **1. L'ISTITUTO ONCOLOGICO DEL MEDITERRANEO**

### **1.1 PRESENTAZIONE**

L'Istituto Oncologico del Mediterraneo nasce nel 2003 come struttura specializzata, che avvalendosi di professionisti qualificati e apparecchiature avanzate, segue i pazienti in modo completo e professionale, portando al letto del malato i risultati ottenuti con la ricerca scientifica traslazionale e quindi evitando i cosiddetti “viaggi della speranza”. L'Istituto Oncologico del Mediterraneo è uno dei dipartimenti di alta specialità esistenti in Sicilia. Un dipartimento è un luogo in cui professionisti di diverse specialità si confrontano sulla terapia e sul percorso clinico e, con il supporto di strutture diagnostiche avanzate, accompagnano il paziente verso la guarigione o comunque verso cure che possono garantire migliori condizioni di vita. Inoltre, l'Istituto Oncologico del Mediterraneo mette insieme medici e ricercatori con l'obiettivo finale di avvicinare al paziente i risultati della ricerca. Infatti, gli studi compiuti negli anni hanno dato spunti e stimoli importanti anche all'attività clinica.

È presente, inoltre, un reparto importante di anatomia patologica e biologia molecolare che oltre ad essere una unità importante di ricerca, mette a disposizione del territorio analisi molto sofisticate utili soprattutto per l'utilizzo dei cosiddetti farmaci “bersaglio”, ed un reparto di terapia intensiva post-operatoria.

L'Istituto Oncologico del Mediterraneo si occupa di ricerca di base e di ricerca molecolare, partecipa a progetti di ricerca sia a livello nazionale che internazionale. La ricerca è focalizzata sulle cellule staminali tumorali con l'impiego farmaci specifici in laboratorio. La ricerca infatti punta sia allo studio di nuovi farmaci e di nuove applicazioni sia all'allargamento d'impiego di quelli esistenti ma è mirata anche allo studio di fattori di crescita che possono indurre lo sviluppo tumorale.

L'istituto è autorizzato ed attrezzato per la sperimentazione dei farmaci e partecipa ad una serie di studi in cui sono inseriti i pazienti, che vengono attentamente seguiti e monitorati. La collaborazione con le case farmaceutiche offre al paziente, che lo desidera, la possibilità di usufruire di terapie “sperimentali”.

Inoltre, presso l'Istituto è possibile effettuare la Radioterapia Intraoperatoria (IORT). Nella Regione Sicilia sono state installate tre IORT ma l'unica operativa è quella del nostro Istituto. La IORT, utilizzata prevalentemente per il carcinoma della mammella, è un acceleratore lineare, sito in sala operatoria, che permette di effettuare la radioterapia al termine dell'intervento chirurgico - in dose esclusiva o parziale in un tempo di circa due minuti e mezzo - evitando il lungo e stressante iter radioterapico post-operatorio (sei settimane) quindi erogando la minima dose possibile ai tessuti sani e la maggior dose al tumore, con aumento della qualità di vita percepita.

L'Istituto Oncologico del Mediterraneo consta di un Dipartimento Oncologico di III livello, che è il più elevato nella classificazione degli ospedali oncologici siciliani pubblici e privati, e di un Raggruppamento Chirurgico aggregato.

L'Istituto ha sede in un unico immobile sito in via Penninazzo, 7 a Viagrande (CT) a breve distanza dal centro della città.

La struttura ha ottenuto l'autorizzazione sanitaria DIG n.00781 del 23/05/2002 ed è in accreditamento definitivo, così come da D. A. 30/11/2007 con il Servizio Sanitario Nazionale come Dipartimento Oncologico Medico, Chirurgico, ed Antalgico a degenza comune e Raggruppamento Chirurgico Neurochirurgia, Urologia e Otorinolaringoiatria.

L'Istituto Oncologico del Mediterraneo si avvale di un sistema informatico che assicura la velocizzazione delle procedure amministrative, di raccolta dati ed elaborazioni statistiche per l'effettuazione dei controlli di qualità.

Nel 2017 la Casa di Cura Istituto Oncologico del Mediterraneo ha avuto il riconoscimento di dipartimento oncologico di terzo livello, inserito nel contesto di una struttura di ricovero per cui è stata fatta istanza di riconoscimento quale istituto di ricovero a carattere scientifico nell'ambito del trattamento delle patologie oncologiche e attività di ricerca correlate.

Il consiglio di amministrazione è composto dal Dott. R. Cunsolo come presidente e dall'Avv. E. Denti in qualità di Amministratore Delegato.

## **1.2 PROFILO OPERATIVO**

L'Istituto Oncologico del Mediterraneo è costituito da un Dipartimento oncologico e da un raggruppamento chirurgico aggregato. Il Direttore Sanitario dell'Istituto è il Dottore Giuseppe Covato; Vicedirettore la Dott.ssa Claudia Caltavuturo. La struttura è dotata di un'unità funzionale di terapia intensiva post-operatoria.

Il Dipartimento oncologico medico, chirurgico ed antalgico consta di n. 64 p.l. ed è articolato in:

- n. 1 U.O. di Oncologia medica;
- n. 1 U.O. di Oncoematologia
- camere sterili per il trattamento di pazienti immunodepressi e/o sottoposti a trapianto di midollo osseo;
- n. 1 U.O. di Oncologia chirurgica (a carattere pluridisciplinare, comprendente: Chirurgia generale, Chirurgia toracica, Chirurgia senologica, Endocrinochirurgia, Urologia Oncologica, ORL);
- n. 1 U.O. di Cure Palliative;

Il Raggruppamento Chirurgico è così articolato:

- n. 1 U.O. di Neurochirurgia di n. 10 p.l.;
- n. 1 U.O. di Terapia intensiva post-operatoria di n. 6 p.l.;

È attivo il Day Hospital/Day Surgery di n. 10 p.l. , autorizzati con D.A. 30/09/2002.

Sono, inoltre, presenti le seguenti Unità Operative:

- Anestesia e Rianimazione;
- Diagnostica per immagini con sezione interventistica (Radiologia e T.A.C. 16 strati e 32 scansioni; Mammografia digitale con stereotassi; Ecografia)
- Laboratorio di analisi (Chimica Clinica; Immunoenzimatica; Microbiologia; ematologia);
- Laboratorio di biologia molecolare e di ricerca di base (con carattere di eccellenza);
- Anatomia e Istologia Patologica (con attrezzatura per l'esecuzione di esami istologici ed estemporanei) con carattere di eccellenza.

### **Radioterapia in convenzione con la REM Radioterapia S.r.l**

- Acceleratore Lineare *Varian Trilogy* con collimatore multilamellare *Millennium 120 MLC* e sistema di *On-Board Imaging*
- Sistema di controllo e verifica del trattamento *Record&Verify Varian ARIA*
- Sistema di Pianificazione dei Trattamenti Radioterapici *Eclipse* (Varian)
- Sistema di Pianificazione dei Trattamenti Radioterapici *iPlan* (BrainLab)
- Software di co-registrazione di immagini *Velocity*
- Tomografia Computerizzata *Siemens Somatom Sensation Open*
- Sistema di Simulazione Virtuale Laser *LAP DORADO*
- Sistema di controllo del respiro in tempo reale *Varian RPM Gating*

### **Medicina Nucleare in convenzione con la REM Radioterapia S.r.l.**

- Tomografo integrato PET/CT GE Discovery IQ e workstation ADW 46
  - Gamma camera tomografica doppia testa GE Millennium MG e workstation Xeleris
  - Isolatore schermato a flusso laminare Comecer ELIZA con calibratore di dose TALETE
  - Frazionatore/iniettore Intego MEDRAD per PET
  - Sistema di Simulazione Virtuale Laser LAP DORADO
  - Passa preparati ventilato Comecer
  - Radiocromatografo per controlli di qualità
  - Elettrocardiografo per test da sforzo
  - Defibrillatore
  - Trasmettitore ECG
  - Cyclette per prove da sforzo
  - Rivelatore Mani-Piedi
  - Centrifuga per marcature cellulari.
- 
- Farmacia cui afferisce l'UFA;
  - Diagnostica Endoscopica;
  - Urologia;
  - Cardiologia;
  - Psiconcologia;
  - Medicina Fisica e Riabilitazione;
  - Servizio Sociale.

Poliambulatorio:

- a) Per specialità mediche:
  - Oncologia medica;
  - Oncoematologia;
  - Terapia Antalgica;
  - Dermatologia oncologica;
  
- b) Per specialità chirurgiche :
  - Oncologia Chirurgica;
  - Neurochirurgia;
  - Urologia;
  - Microchirurgia O.R.L.

Da Giugno 2017 è stato attivato il Servizio di Nutrizione.

### 1.3 FINI ISTITUZIONALI

Scopo dell'Istituto è quello di erogare servizi e prestazioni di diagnosi e cura, sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale, e di promuovere la ricerca e la didattica. I suoi fini istituzionali sono:

#### **A) *Nel campo dell'assistenza sanitaria***

- ❖ facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini, riducendo al minimo i tempi di attesa e semplificando le procedure
- ❖ ricercare ed attuare il massimo della sicurezza e dell'efficienza nell'esercizio della medicina e chirurgia, nell'esecuzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche e nell'assistenza dei pazienti
- ❖ garantire le cure del più alto livello possibile di qualità, tenendo conto dello stato di malattia del paziente, in condizioni materiali della massima confortevolezza ed assicurando una situazione relazionale quanto più prossima alle esigenze di umanizzazione e personalizzazione della pratica medica
- ❖ garantire la disponibilità di tutti i mezzi giudicati necessari per la diagnosi e la terapia da parte dell'équipe medica responsabile.
- ❖ informare compiutamente e correttamente il cittadino sulla diagnosi formulata e sulla terapia consigliata, mettendolo in condizioni di decidere consapevolmente in merito alla propria salute ed alla qualità della vita.

#### **B) *Nel campo della ricerca scientifica***

- ❖ promuovere la ricerca clinica applicata, di base e teoretica nelle branche di interesse particolare per l'Istituto favorendo l'attività multidisciplinare all'interno dell'istituto e la collaborazione con centri, enti ed istituzioni esterne.
- ❖ promuovere la ricerca in ambito organizzativo-gestionale in sanità favorendo l'incontro e l'integrazione di competenze mediche, infermieristiche economiche ed organizzative.

#### **C) *Nel campo della didattica***

- ❖ Partecipare alla formazione di medici e di specialisti nelle discipline di interesse per l'Istituto, rendendo disponibili all'Università proprie strutture, organizzazione e spazi per la didattica.
- ❖ Istituire corsi, in collaborazione con altre istituzioni accademiche, per la formazione manageriale in sanità.
- ❖ Ospitare scuole per infermieri e tecnici sanitari, di livello universitario, e corsi per la formazione professionale specifica di elevato livello scientifico e tecnologico.
- ❖ Assicurare l'aggiornamento continuo del personale anche allo scopo di coniugare la cultura scientifica e assistenziale con la cultura organizzativa e gestionale.
- ❖ Offrire opportunità di formazione, aggiornamento ed educazione alla salute alla comunità e in particolare ai medici di base, ai volontari ospedalieri, ai pazienti e al pubblico.

## **1.4 PRINCIPI FONDAMENTALI**

Ogni cittadino utente ha il diritto di scegliere liberamente, al di fuori di ogni costrizione materiale e morale, il medico ed il luogo di cura; nel rispetto di tali principi fondamentali l'Istituto Oncologico del Mediterraneo si è impegnato e si impegna costantemente per assicurare l'accesso alle cure nei tempi più brevi possibili, qualunque sia l'appartenenza sociale, razziale, ideologica, politica, economica e di età del cittadino utente in ossequio ai principi fondamentali di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione.

## **2. POLITICA DELLA QUALITÀ ED OBIETTIVI**

L'istituto ha conseguito la certificazione di conformità alla norma ISO 9001:2000 nell'anno 2005; a partire da quell'anno si sono susseguite le verifiche annuali da parte dell'Ente di certificazione che hanno puntualmente confermato la validità del sistema, l'ultimo rinnovo della certificazione triennale è stato effettuato nel 2011 e nel 2009 con l'audit di sorveglianza è stata rilasciata la certificazione di conformità alla norma ISO 9001:2008. Nel 2017 è stata effettuata durante la verifica annuale la transizione alla nuova norma ISO 9001:2015.

La certificazione ISO è stata la prima importante tappa di un percorso di miglioramento continuo che ne ha rafforzato la posizione di eccellenza tra le strutture sanitarie private della Regione Siciliana, come dimostrano i dati relativi al numero delle prestazioni erogate ed il positivo giudizio espresso dai cittadini utenti sui diversi aspetti del servizio.

Il conseguimento dell'accreditamento istituzionale ai sensi del DA 890/2002, riconosciuto con il decreto pubblicato sulla gazzetta ufficiale del 21 dicembre 2007, è un'ulteriore tappa di rilevanza fondamentale e costituisce, al contempo, il riconoscimento da parte dell'Ente di accreditamento, della efficacia ed efficienza del sistema di gestione aziendale e dell'impegno di tutti gli Operatori. Impegno che troverà costante applicazione nel tempo, al fine di assicurare continuità alle azioni necessarie per mantenere l'accreditamento, non mancando di cogliere ogni opportunità per migliorare continuamente il sistema.

Il punto cardine della strategia aziendale per la qualità è l'attenzione alle necessità ed esigenze dei cittadini, nella consapevolezza dell'importanza del ruolo svolto per assicurare la migliore qualità della vita possibile ai propri assistiti. Tale attenzione trova i suoi punti di riferimento nei principi della politica sanitaria definiti dalla Regione Siciliana e riportati nei suoi documenti programmatici:

- ❖ umanizzazione
- ❖ universalità
- ❖ accessibilità
- ❖ accuratezza
- ❖ appropriatezza e pertinenza
- ❖ efficacia
- ❖ efficienza

In armonia con tali principi l'istituto intende proseguire sulla strada del miglioramento continuo dedicando la massima attenzione alla professionalità del Personale medico e paramedico ed all'efficienza delle strutture sanitarie e di ospitalità per i degenti. Il costante monitoraggio dei processi di erogazione dei servizi consente di disporre di dati utili ai fini del miglioramento dell'efficacia delle terapie, della ottimizzazione dei costi, della massimizzazione dei livelli di soddisfazione da parte dei cittadini utenti.

Particolare attenzione viene posta da parte di tutto il Personale alla corretta applicazione di procedure e comportamenti indirizzati alla prevenzione del rischio clinico in osservanza degli standard JCI stabiliti dall'Assessorato Regionale alla sanità con il decreto dell'11 gennaio 2008 e recepiti dal piano aziendale per la gestione del rischio clinico della nostra casa di cura.

Nell'ottica del miglioramento continuo i capisaldi della politica della Qualità dell'Istituto sono, pertanto:

**Facilitare, come detto, l'accesso ai servizi** attraverso l'informazione, la gestione delle attese, l'accoglienza e l'orientamento dei cittadini utenti, la trasparenza dei percorsi

**Assicurare la più alta qualità delle prestazioni** in termini di appropriatezza, tempestività, efficacia e continuità delle cure;

**Garantire la sicurezza dei pazienti e degli Operatori** mediante l'individuazione dei possibili rischi clinici, l'attuazione delle misure di prevenzione, il monitoraggio ed il trattamento degli eventi avversi

**Migliorare la fornitura dei servizi** attraverso l'arricchimento delle prestazioni, il potenziamento dei servizi, l'utilizzazione delle tecnologie più avanzate

**Accrescere il livello di professionalità** di tutti gli operatori favorendo il lavoro di gruppo e la partecipazione a qualificati momenti di formazione ed addestramento

**Migliorare l'efficienza del sistema** attraverso la prevenzione degli errori, la gestione degli imprevisti, l'ascolto sistematico dei cittadini utenti.

**Garantire la sicurezza sui luoghi di lavoro** mediante la corretta attuazione delle disposizioni contenute nella legislazione vigente, con particolare riguardo ai contenuti del D. Lgs. 81/2008

**Assicurare la tutela dell'ambiente** mediante la corretta attuazione delle normative europee, nazionali e regionali in materia;

**Ottimizzare i costi** assicurando un governo dei processi di erogazione dei servizi orientato alla eliminazione degli sprechi ed alla riduzione dei tempi di attraversamento.

In relazione a tali indirizzi strategici l'Alta Direzione dell'Istituto definisce annualmente gli obiettivi operativi da conseguire; per l'anno 2019 l'Amministratore Delegato, ha formalizzato a tutti i Responsabili dei settori aziendali gli obiettivi riportati nella tabella seguente insieme con i risultati raggiunti:

| <i>Indicatore</i>                                             | <i>Obiettivo</i> |
|---------------------------------------------------------------|------------------|
| <i>a) Indice di occupazione posti letto totale</i>            | <i>budget</i>    |
| <i>Grado complessivo di soddisfazione</i>                     | <i>100%</i>      |
| <i>- di cui soddisfatti</i>                                   | <i>93%</i>       |
| <i>Giudizio sulla completezza dell'informazione</i>           | <i>100%</i>      |
| <i>- di cui informazioni</i>                                  | <i>92%</i>       |
| <i>Giudizio sulla qualità dell'assistenza medica</i>          | <i>100%</i>      |
| <i>- di cui soddisfatti</i>                                   | <i>98%</i>       |
| <i>Giudizio sulla qualità dell'assistenza infermieristica</i> | <i>100%</i>      |
| <i>- di cui soddisfatti</i>                                   | <i>95%</i>       |
| <i>Giudizio sulle condizioni igieniche</i>                    | <i>95%</i>       |
| <i>- di cui ottime</i>                                        | <i>77%</i>       |
| <i>Giudizio sulla cortesia del Personale</i>                  | <i>100%</i>      |
| <i>- di cui soddisfatti</i>                                   | <i>90%</i>       |
| <i>Giudizio sulla qualità dei pasti</i>                       | <i>95%</i>       |
| <i>- di cui ottima</i>                                        | <i>81%</i>       |

L'Alta Direzione ogni anno è impegnata a ricercare ogni opportunità per migliorare l'efficienza e la produttività. Tutto il Personale, a qualunque livello di responsabilità, è chiamato a dare il proprio contributo alla costante crescita della struttura, partecipando in maniera attiva ai momenti di formazione ed attuando una efficace comunicazione circolare.

## 2. ANALISI DEI RISULTATI 2020/2021

I dati relativi al 2020 inevitabilmente hanno subito gli effetti della pandemia da Covid -19. La gestione dell'emergenza Covid è stata gestita con molta serietà sono stati limitati gli ingressi ai parenti e tutte le attività non rimandabili sono state eseguite con una costante attenzione ad evitare possibili contagi, tenendo al primo posto la sicurezza di pazienti e del personale. I questionari a causa della pandemia da Covid-19 nell'anno 2020 non sono stati distribuiti per evitare materiale a disposizione di diversi soggetti.

### INDICATORI DI PROCESSO

**Il totale dei ricoveri** ordinari nell'anno 2021 2.274 nell'anno 2020 sono stati 1.916, a fronte nel 2019 dei 2.758 a fronte dei 2.048 del 2018, dei 2.752 del 2017 e dei 2657 del 2016.

**Il totale degli interventi chirurgici** nell'anno 2021 1.509 nell'anno 2020 sono stati 1.199 nel 2019 sono stati 1.907 a fronte dei 1.326 del 2018, dei 1.547 del 2017 e dei 1.157 del 2016.

**I tempi medio di attesa tra il ricovero e l'intervento** per l'intera struttura nell'anno 2021 è di 0,67 in linea con quello del 2020 che è di 0,62 giorni.

**Il tasso di occupazione dei posti letto** si attesta su valori medi per la Chirurgia Oncologica nell'anno 2021 68,72 nel 2020 73,84, nel 2020 81,03 per le Cure Palliative nell'anno 2021 53,56 nel 2020 79, 2019 79,38 per la Neurochirurgia nell'anno 2021 39,07 nel 2020 48,58 nel 2019 53,81 per Oncoematologia nell'anno 2021 24,41 nel 2020 25,25 nel 2019 26,79 Oncologia Medica nell'anno 2021 31,31 nel 2020 28,97 nel 2019 2,34 TMO nell'anno 2021 52,40 nel 2020 50,96 57,95. Urologia nel 2021 19,21. Nel totale nell'anno 2021 è di 44,01 nel 2020 42,99.

**I tempi medio di attesa tra la prenotazione ed accettazione** per l'intera struttura nell'anno 2021 è di 11,69 nel 2020 12,86 giorni. In particolare, per la Breast Unit nell'anno 2021 è di 10,26 nel 2020 di 11,08 giorni, Chirurgia oncologica nell'anno 2021 è di 13,56 nel 2020 13,78, Cure Palliative nell'anno 2021 4,37 nel 2020 di 4,84, Neurochirurgia nell'anno 2021 20,55 nel 2020 16,49, Oncoematologia nell'anno 2021 13,66 nel 2020 15,61, Oncologia Medica nell'anno 2021 4,89 nel 2020 3,39, TMO nell'anno 2021 7,86 nel 2020 18,77 giorni. Urologia nell'anno 2021 7,95.

**Il tempo medio di assistenza infermieristica si attesta** nell'anno 2021 250,95 al giorno.

**I tempi medi di degenza**, per l'intera struttura si aggirano nell'anno 2021 intorno ai 4,87 4,69 giorni. In particolare, per la Breast Unit nell'anno 2021 di 2,64 2,91 giorni, Chirurgia oncologica nell'anno 2021 6,69 7,46 Cure Palliative nell'anno 2021 6,67, Neurochirurgia nell'anno 2021 1,89 2,35, Oncoematologia nell'anno 2021 4,34 4,94 Oncologia Medica nell'anno 2021 5,06 5,56, TMO nell'anno 2021 17,79, 17,63.

Gli **accessi in day hospital**, nell'anno 2021 accessi 74 con 32 casi nel 2020 sono stati 128 con 60 casi nel 2019 163 per un totale di 79 casi 113 per un totale di 45 casi nel 2018 in totale 143 accessi per n 48 pazienti, nel 2016, 134 accessi per un totale di 50 pazienti;

Gli accessi/casi in day surgery nell'anno 2021 1155 con 1871 accessi nel 2020 647; 2019 sono stati 1392 per un totale di 696, sono stati, 1153 per un totale di 622 casi nel 2017, 1.138 per 625 pazienti, aumentati rispetto al 2016 1.199 accessi per 649 pazienti.

**I casi di day service** nell'anno 2021 6.220 con 1.216 casi nell'anno 2020 totale accessi 5.494 con 980 casi, 5.194 con numero di casi 1.029.

**Indice di operatività** nell'anno 2021 85,95% per l'intera struttura nel 2020 è 86,38% nel 2019 è 88,22% nel 2018 85,34 % 79,66% nel 2017. In particolare, per la Breast Unit nell'anno 2021 è di 98,39% nel 2020 96,41% 96,20%, Chirurgia oncologica nell'anno 2021 90,58% nel 2020 87,48 85,03% Cure Palliative nell'anno 2021 0% nel 2020 1,64 0,64%, Neurochirurgia nell'anno 2021 70,18 nel 2020 81,59% 84,21, Oncoematologia 0,00% Oncologia Medica nell'anno 2021 1,03 nel 2020 0,70% TMO nell'anno 2021 88,37 nel 2020 92,86 90,38%, Urologia nell'anno 2021 0%.

**Prestazioni ambulatoriali per esterni** nel 2021 27.705 nel 2020 24.176 nel 2019 19.091 (per anatomia patologica nel periodo 2021 1.920; 1.435 nel 2020; 1.282 2.080; nel periodo 2021 1.646; 1.225 nel 2020 1.477 2.069 dermatologia; nel periodo 2021 871; 672 nel 2020 727 2019 ecografia; nel periodo 2021 644; 481 nel 2020 392 endoscopie; nel periodo 2021 375; 296 nel 2020 nel 2019 343 ginecologia; nel periodo 2021 15.302; nel 2020 14.696, 8.413 laboratorio analisi; nel periodo 2021 177 nel 2020 164 neurochirurgia; nel periodo 2021 419 nel 2020 260 oncoematologia; nel periodo 2021 924 nel 2020 901 oncologia; ORL 2021 169 nel 2020 131, 161; nel 2021 500 nel 2020 388 430 pneumologia; nel 2021 494 nel 2020 568 629 Radiologia; 2021 3.734 nel 2020 2.498 2.051 TAC) i tempi di attesa tra prenotazione e accettazione è in media nel periodo 2021 è di 4,12 nel 2020 di 2,45 giorni.

**Prestazioni ambulatoriali per interni** nel totale periodo 2021 235.402 nel 2020 188.044 (nel periodo 2021 5.709 nel 2020 3.267 **anatomia patologica**; nel periodo 2021 303 nel 2020 294 **ecografia**; nel periodo 2021 169 nel 2020 123 **endoscopie**; nel 2021 213.151 nel 2020 171.323 **laboratorio analisi**; nel 2021 152 nel 2020 50 **oncoematologia**; nel 2021 1.852 nel 2020 1.870 **oncologia**; nel 2021 57 nel 2020 40 **pneumologia**; nel 2021 1.771 nel 2020 1.253 **Radiologia**; nel 2021 2.299 nel 2020 1.724 TAC). nel 2021 2.001 nel 2020 1.463 **Anestesia**; nel 2021 5.769 nel 2020 4.589 **Cardiologia**; nel 2021 607 nel 2020 529 **Psicologia**.

#### 4. FORMAZIONE

Gli interventi formativi per l'anno 2022 sono stati programmati sulla base di una analisi dei bisogni di formazione condotta dal Responsabile Qualità con il supporto dei Responsabili dei diversi settori aziendali ed in stretta correlazione con i seguenti temi che trovano il loro riferimento negli obiettivi strategici aziendali esplicitati nel "*Documento sulla Politica della Qualità*":

- Consegimento degli obiettivi aziendali
- Miglioramento della qualità dei servizi
- Adeguamento dei livelli di professionalità degli Operatori

Il Personale sanitario ha partecipato ad eventi accreditati ECM; gli argomenti e la durata degli eventi sono rilevabili dalle schede personali, alle quali sono allegati i relativi attestati di partecipazione.

Le attività formative del 2021 sono state effettuate come da piano della formazione 2021.

La partecipazione a corsi ha consentito il conseguimento dei crediti formativi ECM alla gran parte delle qualifiche interessate; ne è conseguita una buona crescita del livello professionale che è premessa fondamentale per il consolidamento e miglioramento della qualità delle prestazioni offerte ai cittadini utenti.

## 5. SINTESI DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

A partire dall'anno 2004 l'Istituto Oncologico del Mediterraneo ha iniziato le attività di progettazione ed implementazione di un "Sistema di gestione per la qualità", per arrivare nel 2017 a un sistema conforme alle norme ISO 9001:2015; l'Ente di certificazione DNV, accreditato SINCERT, ne ha attestato la conformità a seguito degli audit condotti rilasciando il per le seguenti attività:

*"Erogazione di prestazioni sanitarie in regime di degenza e di Day Hospital/Day Surgery nelle specialità di Chirurgia Oncologica, Oncologia medica, Oncoematologia e Trapianto di midollo osseo, Terapia Antalgica e Cure Palliative, Chirurgia Toracica, Urologia, Neurochirurgia, Ginecologia, Breast Unit.*

*Erogazione di prestazioni ambulatoriali interne per le specialità di: Laboratorio di analisi cliniche, Endoscopia digestiva – polmonare – urologica. Erogazione di prestazioni ambulatoriali esterne/interne per le specialità di: Laboratorio di anatomia patologica, Diagnostica per immagini".*

L'implementazione del "sistema di gestione per la qualità" ha visto l'intera struttura organizzativa impegnata in un profondo processo di innovazione che ha comportato la revisione di tutti i processi aziendali, la formalizzazione ed allineamento delle linee-guida diagnostico/terapeutiche, delle procedure ed istruzioni operative, la redazione ed applicazione di documenti di registrazione delle attività di controllo sulla qualità delle prestazioni erogate, la redazione del "Manuale della Qualità".

Ha consentito, inoltre, di verificare la rispondenza delle risorse strutturali (ambienti, impianti, apparecchiature) alle normative di legge, in particolare al decreto dell'Assessorato Regionale alla Sanità n.890 del 17 giugno 2002, ed alle esigenze determinate dalla erogazione di servizi rispondenti agli standard di qualità prefissati e di provvedere, laddove necessario, al loro adeguamento. Ciò ha facilitato il percorso per il raggiungimento dell'accREDITAMENTO definitivo dell'Istituto, così come da D. A. 30/11/07.

Si è, infine, proseguita l'opera di informatizzazione dei processi di erogazione dei servizi e dei processi di supporto; l'adozione di tecnologie software e hardware appositamente studiate per il settore sanitario ha consentito l'aggiornamento tecnologico-informatico della diagnostica per immagini, la comunicazione tra le postazioni di lavoro e i sistemi di elaborazione centrali-database e l'informatizzazione della documentazione relativa alle prestazioni sanitarie ed alle attività amministrative, dalla prenotazione e accettazione del paziente, alla compilazione della cartella clinica per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri.

In tale contesto, particolare attenzione è stata dedicata alla individuazione delle esigenze/aspettative dei cittadini utenti anche attraverso la rilevazione dei livelli di qualità percepita espressi su questionari anonimi dai degenti e dai cittadini che hanno utilizzato le prestazioni ambulatoriali.

È stata rivista la "Carta dei Servizi", che contiene tutte le indicazioni utili alla conoscenza della struttura, alla individuazione delle prestazioni offerte e delle modalità di accesso, agli standard di qualità assicurati, agli organismi di tutela dei cittadini utenti.

Con il Decreto Legislativo 231/2001 che ha introdotto il principio della responsabilità amministrativa delle società per determinati reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio, da parte di soggetti in posizione apicale o sottoposti alla direzione o vigilanza di questi.

Al fine di assicurare, per quanto possibile, la prevenzione della commissione dei reati contemplati nel Decreto sanciti nel decreto legislativo n. 231 dell'8 giugno 2001 la Casa di Cura ha ritenuto coerente con la propria strategia aziendale dotarsi di un modello di organizzazione e di gestione aziendale conforme ai principi sanciti nel decreto.

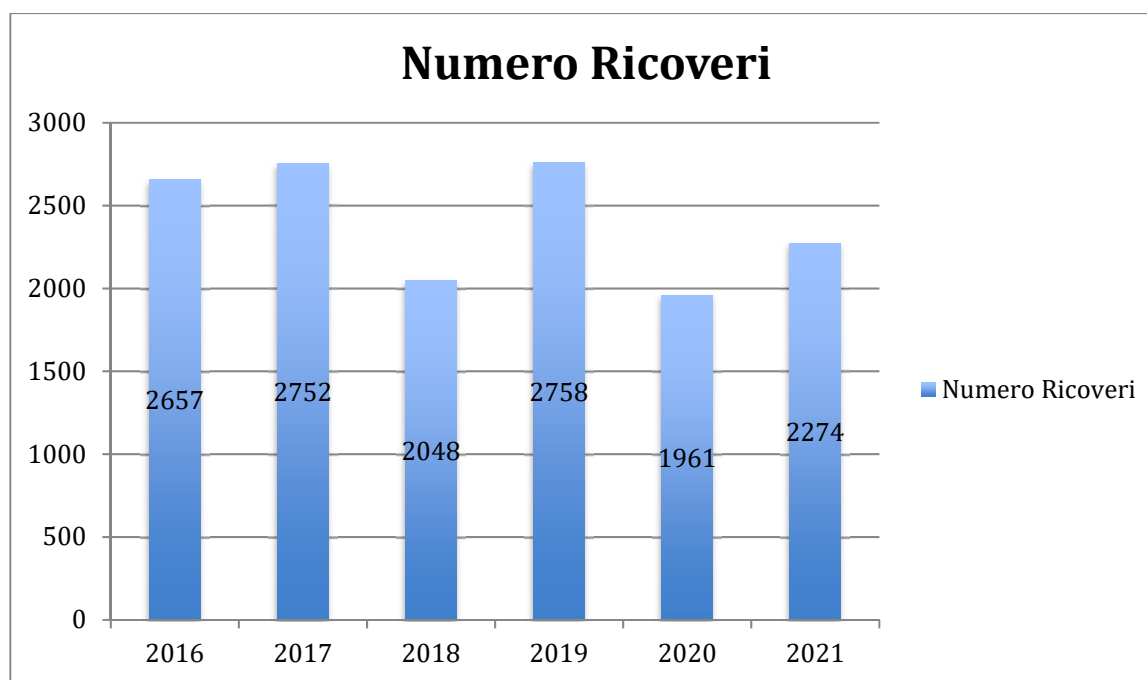
Il Modello 231 fa parte di una più ampia politica aziendale della Casa di Cura, attenta al rispetto dei principi etici di gestione che ha portato alla redazione del Codice Etico, anch'esso redatto ai sensi del succitato Decreto.

Con l'implementazione del Sistema di gestione per la Qualità, l'Istituto ha iniziato un percorso di miglioramento continuo finalizzato a rafforzare la propria posizione tra le strutture sanitarie private della Regione Siciliana come dimostrano i dati relativi al numero delle prestazioni erogate ed il positivo giudizio espresso dai cittadini utenti mediante i questionari di rilevazione della soddisfazione sui diversi aspetti del servizio.

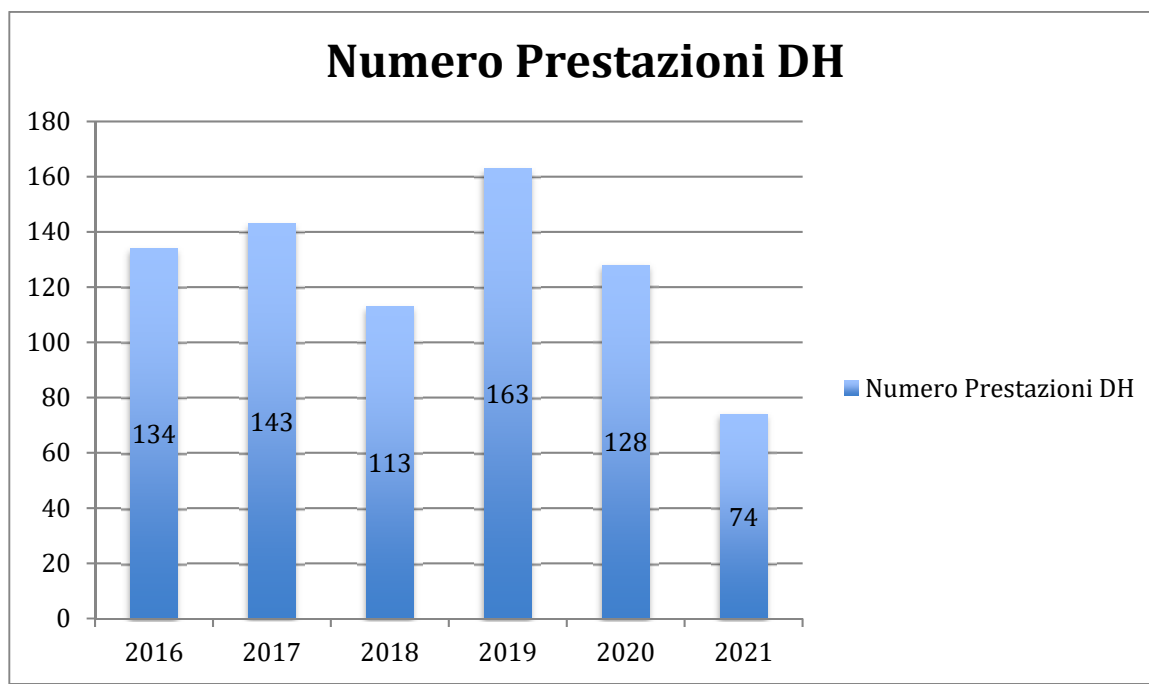
Particolare attenzione è posta da parte di tutto il Personale alla corretta applicazione di procedure e comportamenti indirizzati alla prevenzione del rischio clinico in osservanza degli standard JCI stabiliti dall'Assessorato Regionale alla sanità con il decreto dell'11 gennaio 2008 e recepiti dal piano aziendale per la gestione del rischio clinico della nostra casa di cura.

## 6. DATI STATISTICI SULLE ATTIVITÀ SVOLTE

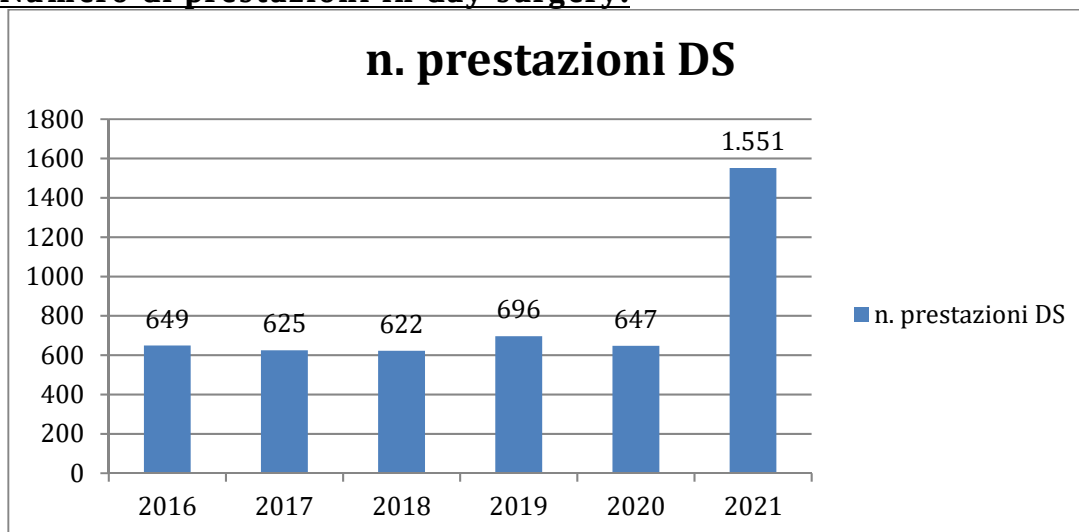
### a) Numero di ricoveri:



**b) Numero di prestazioni in day hospital:**



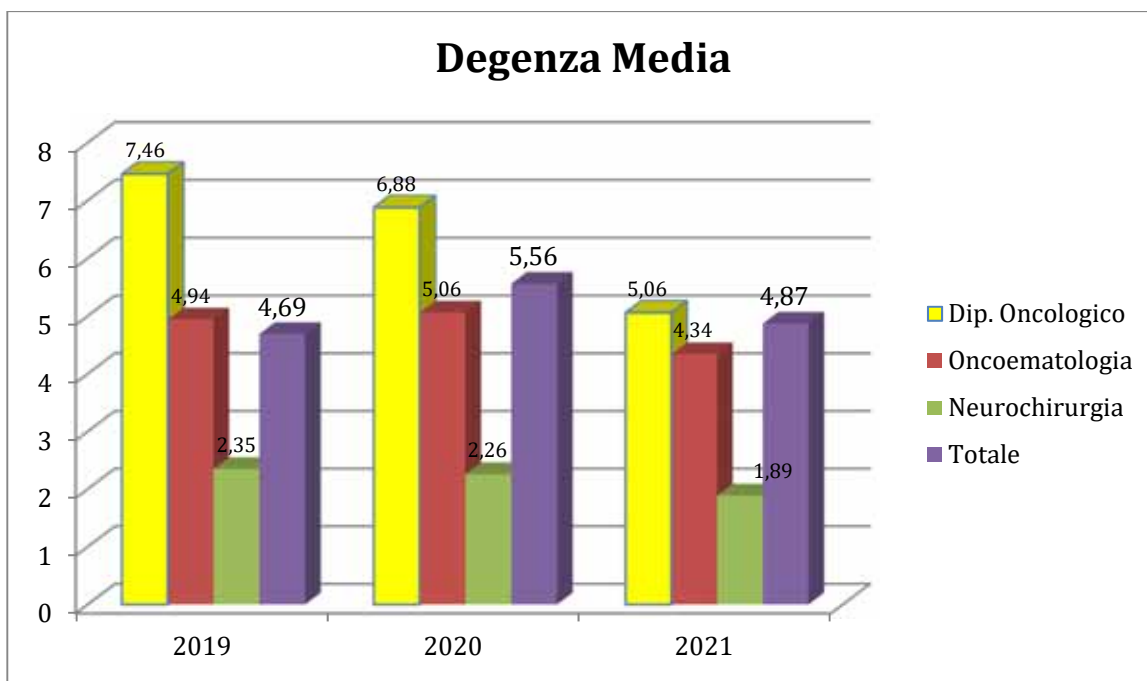
**c) Numero di prestazioni in day surgery:**



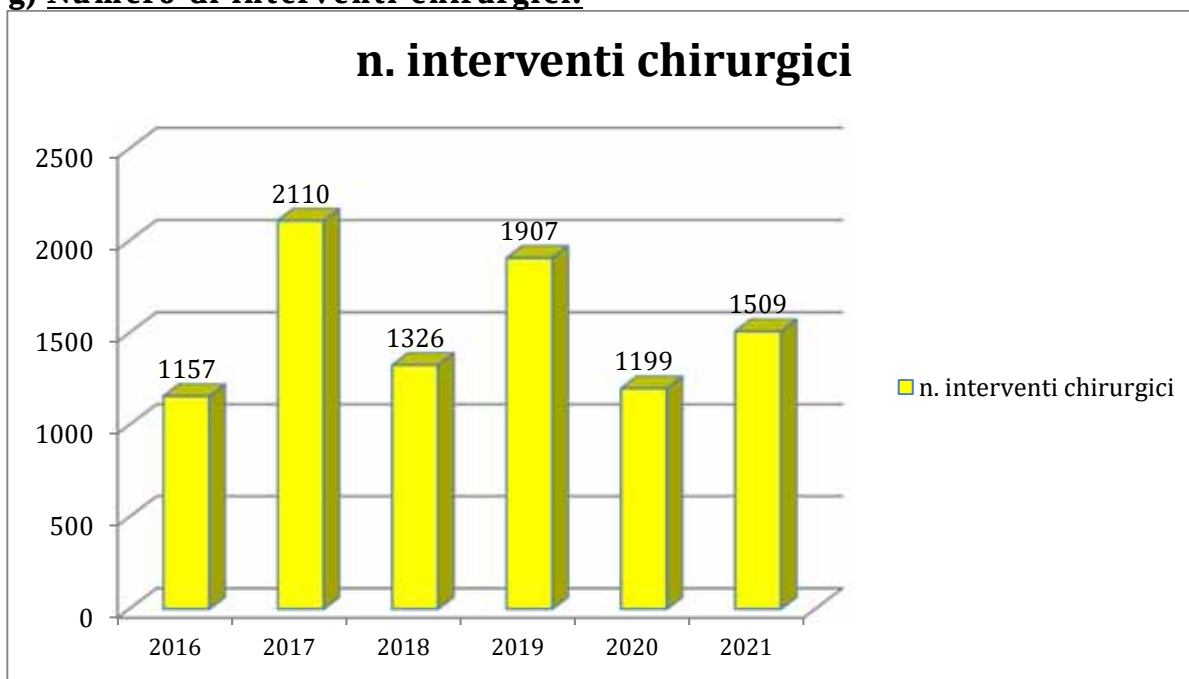
**d) Numero di prestazioni in day service:**



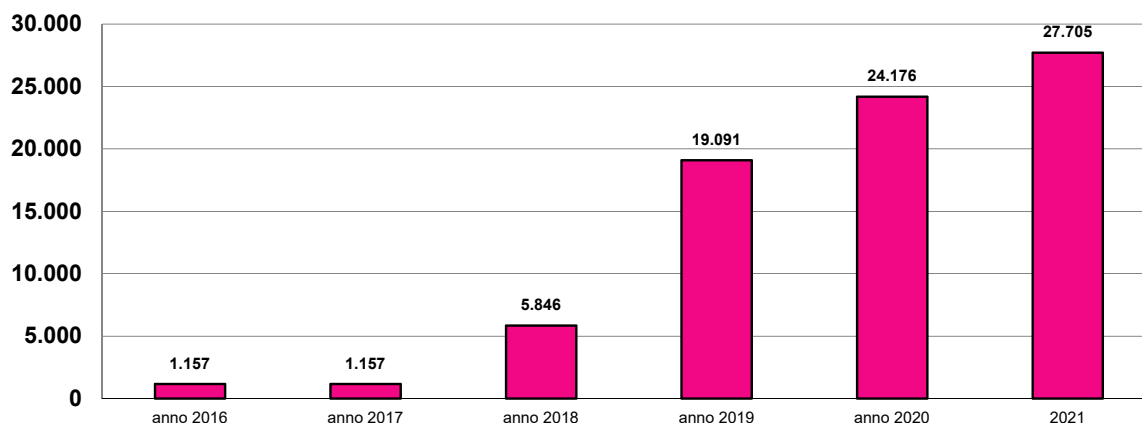
**e) Degenza media (giorni):**



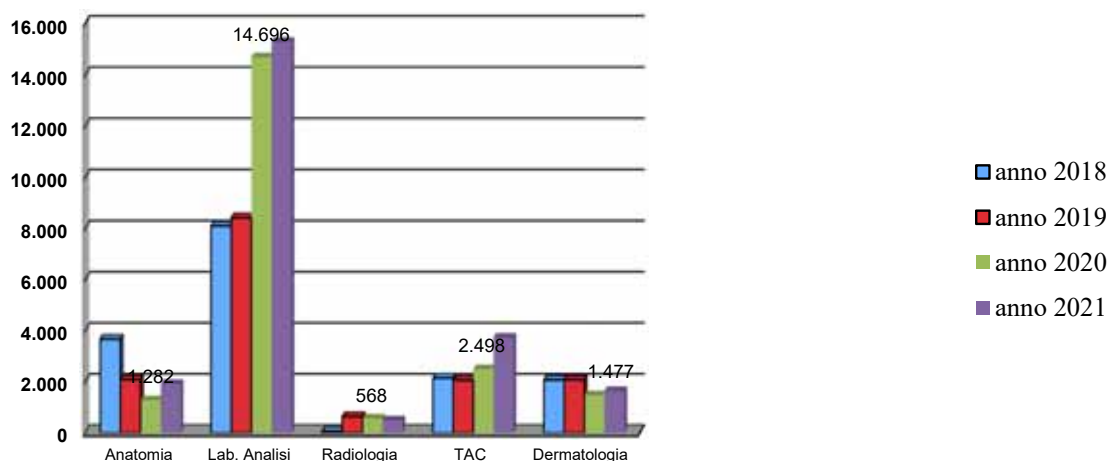
**g) Numero di interventi chirurgici:**



### **h) Numero prestazioni ambulatoriali per esterni**



### **i) Numero prestazioni ambulatoriali**



## **7. PIANI DI MIGLIORAMENTO 2021**

L'analisi dei risultati complessivi e gli approfondimenti conseguenti hanno consentito di individuare le aree sulle quali si ritiene opportuno intervenire con azioni di miglioramento.

Il piano di miglioramento per il 2021, approvato dal Comitato Qualit , regolarmente predisposto ad inizio anno   stato seguito e lo stato dell'arte   visualizzabile sul documento stesso al quale si rimanda.

Per l'anno 2022   stato emesso un piano di miglioramento per risolvere eventuali criticit  emerse e sviluppare le aree di miglioramento individuate.

L'analisi dei risultati complessivi e gli approfondimenti conseguenti hanno permesso di individuare le aree sulle quali si ritiene opportuno intervenire con azioni di miglioramento.

## **8. EVENTI AVVERSI**

Nel corso del 2020 sono stati rilevati due eventi avversi a farmaci, debitamente segnalati come da normativa e risolti dopo ospedalizzazione.

Nel dettaglio si   visto un paziente con ipertransaminasemia secondaria alla somministrazione di OPDIVO che ha determinato un prolungamento dell'ospedalizzazione poi conclusasi con risoluzione e postumi residui alla dimissione.

L'altro paziente, affetto da neoplasia polmonare e anch'esso in trattamento con OPDIVO, ha avuto diarrea profusa che si è risolta dopo ospedalizzazione per terapia di supporto con miglioramento del quadro clinico alla dimissione.

## **9. RECLAMI**

Nel corso del 2021 i reclami sono stati gestiti dal Responsabile della qualità con il responsabile della Comunicazione il Direttore Sanitario e il RUF di competenza. I reclami pervenuti sono stati catalogati e monitorati al fine di risolvere in modo definitivo le criticità emerse.

Viagrande, 30 Maggio 2022

Il Responsabile Qualità

Direttore Sanitario

L'Amministratore Delegato