1. REM Radioterapia s.r.l.

1.1 PRESENTAZIONE

La Rem Radioterapia nel 2017 si è trasferita nei nuovi locali di via Penninazzo 11 Viagrande per le sezioni di Medicina Nucleare e di Radioterapia.
La REM S.R.L. è la naturale evoluzione di una struttura voluta dal Prof. Gustavo Mendolesi nel 1958 e dietro suo incarico realizzata dal Prof. Stefano Greco con l'installazione in quell'anno di una delle prime unità di telecobaltoterapia in Italia.
Dal 1991 la REM S.R.L. si avvale di nuove metodiche e strumenti con l'impiego di acceleratori lineari e modalità di simulazione computerizzata. Costruiti i bunker sotterranei, la struttura si è gradualmente ampliata con l'introduzione di nuove sezioni quali la Medicina Nucleare, la Diagnostica per Immagini.
L'accettazione, gli spazi di accoglienza, le sale d'attesa e gli ambulatori sono ricavati dagli ambienti originali dell'antica villa di cui sono stati rispettati tutti gli elementi architettonici compatibilmente con le esigenze d'uso. La REM S.R.L. dispone di un parcheggio ed è dotata di ascensore che garantisce un agevole ingresso anche in caso di pazienti con problemi di deambulazione.
La struttura, certificata con sistema ISO 9001:2015, con l'ente di certificazione DNV è accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale per le prestazioni di diagnostica per immagini, la Medicina Nucleare e la Radioterapia.
Il Dott. Roberto Cunsolo è il presidente del consiglio di amministrazione, il Dott. Giuseppe Finocchiaro ricopre la carica di Amministratore Delegato, il Procuratore è il Dott. Domenico Musumeci.
La direzione Tecnica è affidata al Dott. Luigi Castorina per il servizio di Medicina Nucleare, al dott. Gianluca ferini per la Radioterapia e al Dott. Alessandro Ricciardi per la Diagnostica per Immagini.
Il team è integrato dall'anestetista, il fisico sanitario, dai tecnici, infermieri e dal personale dell'accettazione.

2. Fini istituzionali

Scopo istituzionale della struttura è quello di progettare, realizzare ed erogare servizi e prestazioni di diagnosi e cura in regime ambulatoriale.
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 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 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.

SEZIONE MEDICINA NUCLEARE

PREMESSA

Dal 2017, l'azienda si è dotata di un nuovo reparto di Medicina Nucleare innovativa in un'area già presidiata da strutture che si occupano di tematiche tumorali dotato di apparecchiature all'avanguardia che consentirà di raggiungere standards estremamente elevati anche in ambito di ricerca oncologica.

SEZIONE RADIOTERAPIA

La Radioterapia è quella branca della medicina che utilizza le radiazioni ionizzanti per la cura di patologie prevalentemente oncologiche ma anche benigne sfruttando la maggiore sensibilità delle cellule neoplastiche rispetto alle sane nei confronti delle radiazioni.
La REM Radioterapia s.r.l., struttura accreditata con il S.S.N., da decenni è un centro di riferimento nella cura dei tumori. In tal senso ha stipulato apposito accordo di ricerca con la Fondazione IOM con l'obiettivo di potenziare l'attività di ricerca scientifica in ambito oncologico e di sviluppare l'attività di prevenzione secondaria - basata sulla diagnosi precoce della patologia - permettendo in tal modo la possibilità di intervenire più tempestivamente sulle patologie, aumentando conseguentemente le opportunità terapeutiche e la riduzione degli effetti negativi della malattia.

LE ATTREZZATURE

La sezione di Radioterapia è dotata di ambulatori e di un'officina dedicata alla realizzazione di accessori personalizzati per radioterapia (collimatori in lega bassofondente, sistemi di immobilizzazione, etc.).

PROGRAMMAZIONE DEL TRATTAMENTO

La programmazione prevede l'inserimento dei dati anagrafici del paziente, anamnesi e la patologia, nel sistema di Record & Verifica ARIA versione 13 fornito da Varian. Il sistema estremamente sofisticato ha la funzione di gestione tutto il reparto di radioterapia tutto il reparto di radioterapia, registrare tutte le procedure eseguite (centraggio, studio fisico dosimetrico, schermature personalizzate, verifiche portile e cone-beam CT, sedute di radioterapia, dose

somministrata per singola seduta e cumulativa) inoltre ha la funzione di schedulare le procedure stesse.
La REM Radioterapia ha stipulato un contratto di convenzione con che mette a disposizione il proprio acceleratore come back-up per garantire la continuità terapeutica in caso di interruzione del servizio dovuto a guasti.

SEZIONE RADIODIAGNOSTICA

La REM Radioterapia offre anche un servizio di radiodiagnostica, gli esami TC possono essere eseguiti sia con mezzo di contrasto che senza, in base alla prescrizione del medico curante.
I tempi di attesa all'atto della prenotazione dell'esame sono di circa 2 mesi con il SSN., ed i tempi di consegna dei relativi referti sono di circa 7 gg lavorativi.
Nel caso di esami TC da eseguirsi con m.d.c., all'atto della prenotazione telefonica, ai pazienti viene richiesta una serie di esami di laboratorio per accertare che non vi siano condizioni ematochimiche incompatibili con il mezzo di contrasto, o problemi di insufficienza renale che controindichi l'utilizzo del mezzo di contrasto.

SEZIONE RM
E stato attivato il servizio di Risonanza Magnetica Nucleare con RM GE, ultima generazione, 1,5 T con software per spettroscopia per la diagnostica differenziale di alcune neoplasie.

2. POLITICA DELLA QUALITÀ ED OBIETTIVI

La REM radioterapia 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 sarà 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 per i nuovi locali, 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. 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 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 2016 l'Amministratore Delegato, ha formalizzato a tutti i Responsabili dei settori aziendali gli obiettivi riportati nella tabella seguente insieme con i risultati raggiunti:

Indicatore	*Obiettivo*
a) Numero di prestazione	*budget*
Grado complessivo di soddisfazione *- di cui soddisfatti*	*100%* *96%*
Giudizio sulla completezza dell'informazione *- di cui informazioni*	*100%* *95%*
Giudizio sulla qualità dell'assistenza medica *- di cui soddisfatti*	*100%* *96%*
Giudizio sulla qualità dell'assistenza infermieristica *- di cui soddisfatti*	*100%* *96%*
Giudizio sulle condizioni igieniche *- di cui ottime*	*100%* *97%*
Giudizio sulla cortesia del Personale *- di cui soddisfatti*	*100%* *99%*
Giudizio tempi di attesa al telefono prenotazione *- di cui soddisfatti*	*100%* *78%*
Giudizio tempi di attesa allo sportello prenotazione *- di cui soddisfatti*	*100%* *92%*

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.

3. FORMAZIONE

Gli interventi formativi per l'anno 2021 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*":

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

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

4. SINTESI DELLE ATTIVITÀ SVOLTE

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.

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 cittadini che hanno utilizzato le prestazioni ambulatoriali.

E' 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 REM 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, attenta al rispetto dei principi etici di gestione che ha portato alla redazione del Codice Etico, anch'esso redatto ai sensi del succitato Decreto.

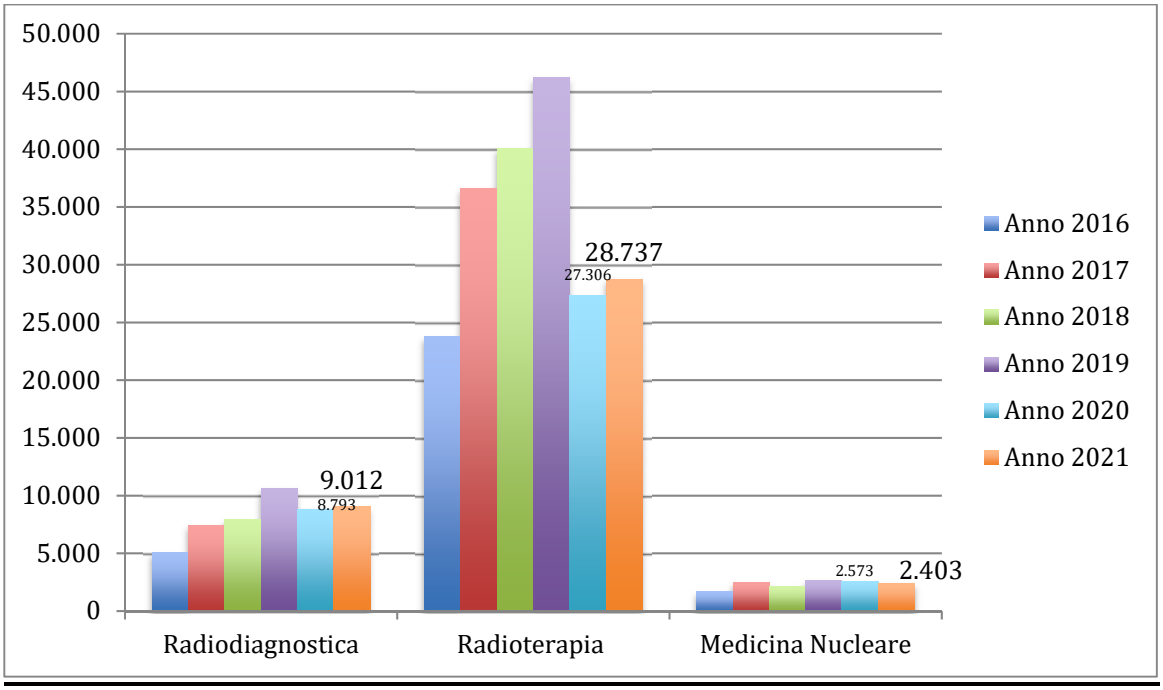
Con l'implementazione del Sistema di gestione per la Qualità, l'Istituto ha iniziato un percorso di miglioramento continuo finalizzato a rafforzare la propria posizione tra le strutture sanitarie private della Regione Siciliana come dimostrano i dati relativi al numero delle prestazioni erogate ed il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

5. INDICATORI DI PROCESSO

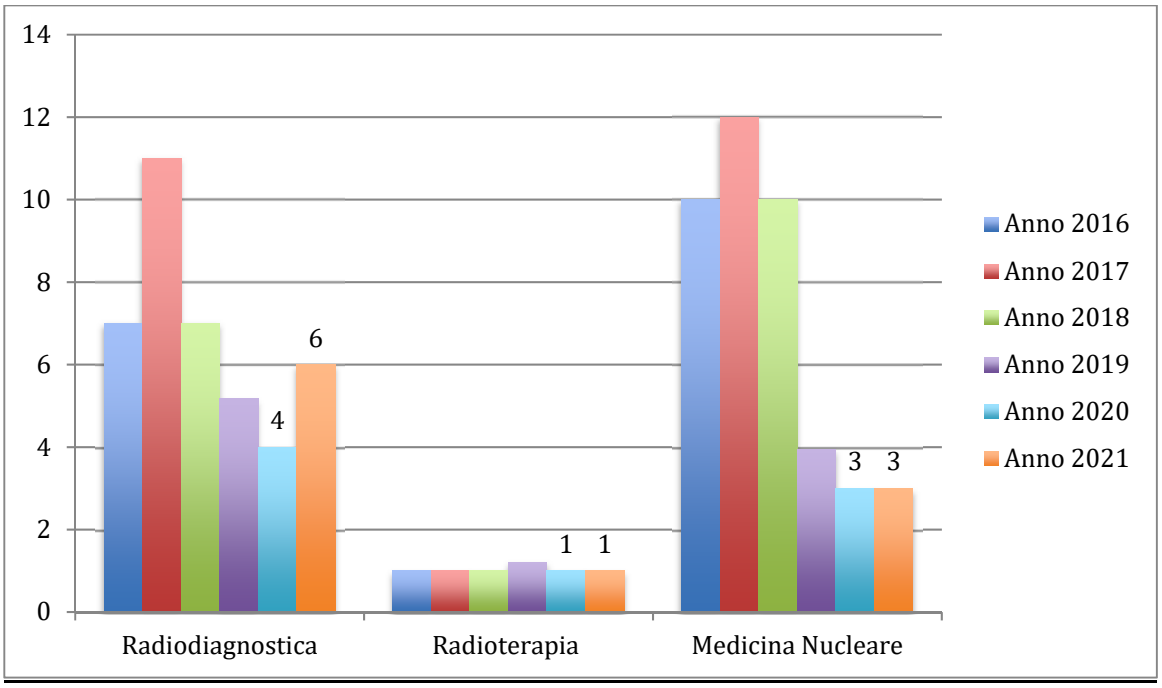
I dati relativi al 2020 inevitabilmente hanno subito gli effetti della pandemia da Covid -19.
La gestione dell'emergenza Covid è stata gestita con molta serietà sono stati limitati gli ingressi ai parenti e tutte le attività non rimandabili sono state eseguite con una costante attenzione ad evitare possibili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

5.1 DATI STATISTICI SULLE ATTIVITÀ SVOLTE

Il totale prestazioni



Tempo medio di attesa tra prenotazione e accettazione



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 Qualità, regolarmente predisposto ad inizio anno è stato seguito e lo stato dell'arte è visualizzabile sul documento stesso al quale si rimanda.
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.
Il Piano di Miglioramento per il 2021 è stato predisposto, si rimanda al documento relativo.

8. RECLAMI

Nel corso del 2021 i reclamo e le lamentele sono state gestite dal Direttore Sanitario i commenti negativi sui diversi supporti social dal responsabile della comunicazione.

Catania 23 giugno 2022

Il Responsabile Qualità Direttore Generale L'Amministratore Delegato