1. L'ISTITUTO ONCOLOGICO DEL MEDITERRANEO

1.1 PRESENTAZIONE

L'Istituto Oncologico Mediterraneo nasce nel 2003 come struttura specializzata, che, avvalendosi di professionisti qualificati e di attrezzature all'avanguardia, segue i pazienti in modo completo e professionale, portando al letto del paziente i risultati ottenuti con la ricerca scientifica traslazionale ed evitando così il cosiddetto "viaggi della speranza". L'Istituto Oncologico Mediterraneo è uno dei reparti di alta specialità esistenti in Sicilia. Un reparto è un luogo dove professionisti di diverse specialità discutono della terapia e del percorso clinico e, con il supporto di strutture diagnostiche avanzate, accompagnano il paziente verso la guarigione o comunque verso cure che possano garantire migliori condizioni di vita. Inoltre, l'Istituto Mediterraneo di Oncologia riunisce medici e ricercatori con l'obiettivo finale di avvicinare i risultati della ricerca al paziente. Gli studi condotti nel corso degli anni, infatti, hanno dato importanti spunti e stimoli anche all'attività clinica.
Vi è inoltre un importante dipartimento di anatomia patologica e biologia molecolare che, oltre ad essere un'importante unità di ricerca, fornisce al territorio analisi molto sofisticate utili soprattutto per l'utilizzo dei farmaci cosiddetti "bersaglio", e un reparto di terapia intensiva postoperatorio.
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'utilizzo di farmaci specifici in laboratorio. La ricerca infatti mira sia allo studio di nuovi farmaci e nuove applicazioni sia all'ampliamento dell'uso di quelli esistenti ma è anche finalizzata allo studio dei fattori di crescita che possono indurre lo sviluppo tumorale.
L'istituto è autorizzato e attrezzato per i test antidroga e partecipa a una serie di studi che coinvolgono i pazienti, che vengono attentamente seguiti e monitorati. La collaborazione con le case farmaceutiche offre al paziente, che lo desideri, la possibilità di utilizzare 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 principalmente per il tumore al seno, è un acceleratore lineare, posto in sala operatoria, che permette di eseguire la radioterapia al termine dell'intervento - in dose esclusiva o parziale in un tempo di circa due minuti e mezzo - evitando il lungo e stressante processo radioterapico post-operatorio (sei settimane) somministrando così la dose più bassa possibile ai tessuti sani e la dose più alta al tumore, con un aumento della qualità della vita percepita.
L'Istituto Oncologico Mediterraneo è costituito da un Dipartimento di Oncologia di III livello, il più alto nella classifica degli ospedali oncologici siciliani pubblici e privati, e da un Gruppo Chirurgico aggregato.

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

La struttura ha ottenuto l'Autorizzazione sanitaria DIG n.00781 del 23/05/2002 ed è in definitivo accreditamento, nonché dal 30/11/2007 presso il Servizio Sanitario Nazionale come Reparto Medico Oncologico, Chirurgico e Antalgico in Ospedale Comune e Gruppo Chirurgico di Neurochirurgia, Urologia e Otorinolaringoiatria.

L'Istituto Oncologico del Mediterraneo si avvale di un sistema informatico che garantisce la velocizzazione delle procedure amministrative, la raccolta dei dati e l'elaborazione statistica per l'effettuazione dei controlli di qualità.
Nel 2017 la Casa di Cura Istituto Oncologico del Mediterraneo è stata riconosciuta come reparto di oncologia di terzo livello, inserita nell'ambito di una struttura di ricovero per la quale è stata

presentata domanda di riconoscimento come Ente di ricovero a carattere scientifico nell'ambito della cura delle malattie oncologiche e relative attività di ricerca.
Il Consiglio di Amministrazione è composto dal Dott. R. Cunsolo in qualità di Presidente e dall'Avv. E. Denti quale Amministratore Delegato.

1.2 PROFILO OPERATIVO

L'Istituto Oncologico Mediterraneo è composto da un reparto di oncologia e da un gruppo chirurgico aggregato. Il Direttore Sanitario dell'Istituto è il Dott. Giuseppe Covato; Vicedirettore dott.ssa Claudia Caltavuturo. La struttura è dotata di un funzionale reparto di terapia intensiva post-operatoria.

Il reparto di oncologia medica, chirurgica e analgesica è composto da n. 64 pl. ed è suddiviso in:
- N. 1 UO di Oncologia Medica;
- N. 1 UO di Oncoematologia
- locali sterili per il trattamento di pazienti immunodepressi e/o sottoposti a trapianto di midollo osseo;
- N. 1 Unità di Chirurgia Oncologica (multidisciplinare, comprendente: chirurgia generale, chirurgia toracica, chirurgia Senologia , Chirurgia Endocrina, Urologia Oncologica , ORL);
- N. 1 UO di Cure Palliative;

Il Gruppo Chirurgico è così strutturato:
- N. 1 Unità di Neurochirurgia di n. 10 pl.;
- N. 1 unità di terapia intensiva post-operatoria di n. 6 pl.;

Il Day Hospital/Day Surgery di n. 10 pl. , autorizzato con DAL 30/09/2002.

Sono inoltre presenti le seguenti Unità Operative:
- Anestesia e Rianimazione;
- Diagnostica per immagini con sezione interventistica (Radiologia e TAC 16 strati e 32 scansioni; Mammografia digitale con stereotassi; Ecografia)
- Laboratorio analisi (Chimica Clinica; Immunoenzimatico; Microbiologia; Ematologia);
- Laboratorio di biologia molecolare e 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 REM Radioterapia Srl**
- *Varian* Linear Accelerator *Trilogy con* collimatore a foglie multiple *Millennium 120 MLC* e *sistema di imaging integrato*
- *Registrare e verificare* il sistema di controllo e verifica del trattamento *Varian AIR*
- Sistema di pianificazione del trattamento radioterapico *Eclipse (Varian)*
- Sistema di pianificazione del trattamento radioterapico *IPlan (* BrainLab)
- Software di co-registrazione delle immagini *Velocity*
- *Siemens Somatomo Sensazione* di tomografia computerizzata aperta
- Sistema di simulazione virtuale laser *DORADO LAP*
- Sistema di controllo del respiro in tempo reale *Varian RPM Gating* .

Medicina Nucleare **in convenzione con REM Radioterapia Srl**

- Tomografo integrato PET/TAC GE Discovery IQ e workstation ADW 46
- Gamma di telecamere tomografiche a 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 DORADO LAP
- Preparazioni ventilate Comecer
- Radiocromatografo per controlli di qualità
- Elettrocardiografo per prove da sforzo
- Defibrillatore
- Trasmettitore ECG
- Cyclette per prove da sforzo
- Rilevatore mani-piedi
- Centrifuga per la marcatura cellulare.
- Farmacia di appartenenza dell'UFA;
- Diagnostica endoscopica;
- Urologia;
- Cardiologia;
- Psico-oncologia;
- Medicina Fisica e Riabilitazione;
- Servizio sociale.

Ambulatorio:

a) <u>Per le specialità mediche</u> :
Oncologia medica;
Oncoematologia;
Terapia antidolorifica;
dermatologia oncologica;

b) <u>Per le specialità chirurgiche:</u>
Oncologia chirurgica;
Neurochirurgia;
Urologia;
Microchirurgia ORL

Il Servizio Nutrizione è attivo da giugno 2017.

1.3 FINALITÀ ISTITUZIONALI

Scopo dell'Istituto è fornire servizi e prestazioni di diagnosi e cura, sia in regime ospedaliero che ambulatoriale, e promuovere la ricerca e la didattica. Le sue finalità istituzionali sono:

A) ***Nel campo della sanità***

- facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini, minimizzando i tempi di attesa e semplificando le procedure
- ricercare ed attuare la massima sicurezza ed efficienza nell'esercizio della medicina e della chirurgia, nell'esecuzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche e nella cura del paziente
- garantire il più alto livello possibile di qualità delle cure, tenendo conto dello stato di malattia del paziente, in condizioni materiali di massimo comfort e assicurando una situazione relazionale quanto più vicina alle esigenze di umanizzazione e personalizzazione della pratica medica
- assicurare la disponibilità di tutti i mezzi ritenuti necessari per la diagnosi e la terapia da parte dell'équipe medica responsabile.
- informare in modo completo e corretto i cittadini sulla diagnosi effettuata e sulla terapia consigliata, consentendo loro di prendere una decisione consapevole sulla propria salute e sulla qualità della vita.

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

- promuovere la ricerca clinica applicata, di base e teorica nelle branche di particolare interesse per l'Istituto promuovendo l'attività multidisciplinare all'interno dell'Istituto e la collaborazione con centri, enti e istituzioni esterni.
- promuovere la ricerca in campo organizzativo-gestionale in sanità favorendo l'incontro e l'integrazione delle competenze infermieristiche medico, economico e organizzativo.

C) ***Nel campo dell'insegnamento***

- Partecipare alla formazione di medici e specialisti nelle discipline di interesse dell'Istituto, mettendo a disposizione dell'Ateneo le proprie strutture, organizzazione e spazi per la didattica.
- Istituire corsi, in collaborazione con altre istituzioni accademiche, per la formazione manageriale in sanità.
- Ospitare scuole di livello universitario per infermieri e tecnici sanitari e corsi di formazione professionale specifica di alto livello scientifico e tecnologico.
- Garantire il continuo aggiornamento del personale anche al fine di coniugare la cultura scientifica e assistenziale con la cultura organizzativa e gestionale.
- Offrire opportunità di formazione, aggiornamento ed educazione sanitaria alla collettività e in particolare ai medici di medicina generale, al volontariato ospedaliero, ai pazienti e al pubblico.

1.4 PRINCIPI FONDAMENTALI

Ogni cittadino utente ha il diritto di scegliere liberamente, al di là di ogni vincolo materiale e morale, il medico e il luogo delle cure; nel rispetto di questi principi fondamentali, l'Istituto Oncologico del Mediterraneo si è impegnato e si adopera costantemente per garantire l'accesso alle cure nel più breve tempo possibile, qualunque sia la condizione sociale, razziale, ideologica, politica, economica ed età del cittadino utente nel rispetto delle i principi fondamentali di uguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione.

2. POLITICA E OBIETTIVI DELLA QUALITÀ

L'istituto ha ottenuto la certificazione di conformità alla norma ISO 9001:2000 nell'anno 2005; a partire da quell'anno si sono svolti gli audit annuali da parte dell'ente certificatore 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 effettuata la certificazione di conformità a è stata emessa la norma ISO 9001:2008. Nel 2017 è stata effettuata la transizione al nuovo standard ISO 9001:2015 durante l'audit annuale.

La certificazione ISO è stato il primo importante passo di un processo 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 di prestazioni erogate e il giudizio positivo espresso dall'Autorità cittadini. 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, rappresenta un ulteriore passo di fondamentale importanza e costituisce al contempo il riconoscimento da parte dell'ente di accreditamento, dell'efficacia e dell'efficienza del il sistema di gestione aziendale e l'impegno di tutti gli Operatori. Impegno che troverà costante applicazione nel tempo, al fine di garantire la continuità delle azioni necessarie al mantenimento dell'accreditamento, non mancando di cogliere ogni occasione per migliorare continuamente il sistema.

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

- umanizzazione
- universalità
- accessibilità
- precisione
- adeguatezza e pertinenza
- efficacia
- efficienza

In sintonia con questi principi, l'Istituto intende proseguire sulla strada del miglioramento continuo dedicando la massima attenzione alla professionalità del personale medico e paramedico e all'efficienza delle strutture sanitarie e di accoglienza dei pazienti. Il costante monitoraggio dei processi di erogazione dei servizi consente di disporre di dati utili al fine di migliorare l'efficacia delle terapie, ottimizzare i costi, massimizzare i livelli di soddisfazione da parte dei cittadini utenti.
Particolare attenzione è posta da tutto il personale alla corretta applicazione delle procedure e dei comportamenti finalizzati alla prevenzione del rischio clinico nel rispetto degli standard JCI stabiliti dall'Assessorato Regionale alla Sanità con il decreto 11 gennaio 2008 e recepiti dal piano industriale per la clinica gestione del rischio della nostra casa di cura.
In un'ottica di miglioramento continuo, i capisaldi della politica della Qualità dell'Istituto sono pertanto:
Facilitare, come accennato, l'accesso ai servizi attraverso l'informazione, la gestione dei tempi di attesa, l'accoglienza e l'orientamento dei cittadini utenti, la trasparenza dei percorsi
Garantire la massima qualità dei servizi in termini di adeguatezza, tempestività, efficacia e continuità assistenziale;
Garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori identificando i possibili rischi clinici, attuando misure di prevenzione, monitorando e curando gli eventi avversi
Migliorare l'offerta dei servizi attraverso l'arricchimento dei servizi, il potenziamento dei servizi, l'utilizzo delle tecnologie più avanzate

Aumentare il livello di professionalità di tutti gli operatori favorendo il lavoro di squadra e la partecipazione a momenti formativi e formativi qualificati
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 attraverso la corretta attuazione delle disposizioni contenute nella normativa vigente, con particolare riguardo ai contenuti del D.Lgs. 81/2008
Garantire la tutela dell'ambiente attraverso la corretta attuazione delle normative europee, nazionali e regionali in materia;
Ottimizza i costi garantendo una governance dei processi di erogazione dei servizi finalizzata all'eliminazione degli sprechi e alla riduzione dei tempi di transito.

In relazione a tali indirizzi strategici, l'Alta Direzione dell'Istituto definisce annualmente gli obiettivi operativi da raggiungere; per il 2023 l'Amministratore Delegato ha formalizzato a tutti i Responsabili dei settori aziendali gli obiettivi riportati nella seguente tabella unitamente ai risultati conseguiti:

Indicatore	*Obiettivo*
Tempo di attesa per l'accettazione *- di cui soddisfatti*	*100%* *89%*
La cortesia e la professionalità del ns. personale in accettazione *- di cui soddisfatti*	*100%* *99%*
La cortesia e la professionalità del ns. personale Medico *- di cui soddisfatti*	*100%* *100%*
La cortesia e la professionalità del ns. personale in Socio-Psicologico *- di cui soddisfatti*	*100%* *100%*
La cortesia e la professionalità del ns. personale in Infermieristico *- di cui soddisfatti*	*100%* *99%*
La cortesia e la professionalità del ns. personale in Socio-Sanitario *- di cui soddisfatti*	*100%* *99%*
Tempo di attesa tra la chiamata e l'arrivo del personale della casa di cura *- di cui soddisfatti*	*95%* *95%*
Informazioni ricevute sul suo stato di salute e sulle cure prestate *- di cui soddisfatti*	*100%* *99%*
Pulizia dei locali *- di cui soddisfatti*	*100%* *97%*
Qualità dei pasti *- di cui soddisfatti*	*95%* *96%*
Complessivamente quanto è soddisfatto del nostro servizio *- di cui soddisfatti*	*100%* *99%*

Numero di questionari per area			
Degenza chirurgica	Degenza Medica	TMO	Privati
83	42	8	1

In allegato le percentuali di risposta per ogni singola domanda.
Il Top Management si impegna ogni anno a ricercare ogni opportunità per migliorare l'efficienza e la produttività. Tutto il personale, a qualsiasi livello di responsabilità, è chiamato a dare il proprio contributo alla costante crescita della struttura, partecipando attivamente a sessioni di formazione e attuando un'efficace comunicazione circolare.

2. ANALISI DEI RISULTATI 2022

I dati relativi al 2020 hanno inevitabilmente subito gli effetti della pandemia da Covid -19.
La gestione dell'emergenza Covid è stata gestita con molta serietà, i ricoveri dei parenti sono stati limitati e tutte le attività non rinviabili sono state svolte con costante attenzione per evitare possibili contagi, tenendo al primo posto la sicurezza dei pazienti e del personale. I questionari a causa della pandemia di Covid-19 nell'anno 2020/2021 non sono stati distribuiti per evitare materiale a disposizione di soggetti diversi. Nel 2023 si sta procedendo all'utilizzo di un sistema informatico per favorire l'espressione della soddisfazione da parte degli utenti. Infatti, è possibile rispondere a 10 brevi domande sulla soddisfazione in modo anonimo per poi procedere all'elaborazione dei risultati

INDICATORI DI PROCESSO

Il totale dei ricoveri ordinarie nell'anno 2022 4.727 di cui 1.266 in Day Surgery nel 2021 2.274 nell'anno 2020 sono state 1.916, rispetto alle 2.758 del 2019 rispetto alle 2.048 del 2018, 2.752 del 2017 e 2.657 del 2016.

Il numero totale di interventi chirurgici nell'anno 2022 2.983 nel 2021 1.509 nell'anno 2020 era 1.199 nel 2019 erano 1.907 rispetto a 1.326 nel 2018, 1.547 nel 2017 e 1.157 nel 2016 .

I tempi medi di attesa tra il ricovero e l'intervento per l'intera struttura nell'anno 2022 è di 2,12 giorni 2021 è di 0,67 in linea con quella del 2020 che è di 0,62 giorni.

Il tasso di occupazione dei posti letto si attesta sui valori medi per la Chirurgia Oncologica nell'anno 2022 51,27 2021 68,72 nel 2020 73,84, Breast Unit nel 2022 41,32 per le Cure Palliative nell'anno 2022 67,95 2021 53,56 nel 2020 79, nel 2019 79,38 per la Neurochirurgia nell'anno 2022 34,79; 2021 39,07 nel 2020 48,58 nel 2 019 53.81 per Oncoematologia nel 2022 23,95 2021 24,41 nel 2020 25,25 nel 2019 26,79 Oncologia medica nell'anno 2022 27,26 2021 31,31 nel 2020 28,97 nel 2019 2,34 **TMO** nell'anno 2022 56,10 2021 52,40 nel 2020 50,96 57,95. Urologia nel 2022 27,53 2021 19,21. Nel totale nell'anno 2022 58,71 2021 è 44,01 nel 2020 42,99.

I tempi medi di attesa tra la prenotazione e l'accettazione per l'intera struttura nell'anno 2021 è 11,69 nel 2020 12,86 giorni. In particolare, per la Breast Unit nell'anno 2021 è 10.26 nel 2020 di 11.08 giorni, Chirurgia oncologica nell'anno 2021 è 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 gg. Urologia nell'anno 2021 7.95.

Il tempo medio di assistenza infermieristica si attesta nell'anno 2022 è di 223,24 minuti 2021 250,95 al giorno.

I tempi medi di degenza per l'intera struttura sono intorno nell'anno 2022 è di 4 giorni all'anno 2021 circa 4,87 4,69 giorni. In particolare, per la Breast Unit nell'anno 2022 2,15, 2021 di 2,64 2,91 gg, Chirurgia Oncologica nell'anno 2022 5,07, 2021 6,69 7,46; Urologia nell'anno 2022 4,92; Cure palliative nell'anno 2022 7,54 2021 6.67 , Neurochirurgia nell'anno 2022 1,88 2021 1,89 2,35, Oncoematologia nell'anno 2022 3,87 2021 4,34 4,94 Oncologia medica nell'anno 2022 6,35 2021 5.06 5.56, **TMO** nell'anno 2022 18,37 2021 17.79, 17.63.

Accessi in day hospital , nell'anno 2022 casi 40 accessi 101; 2021 gli 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 48 pazienti, nel 2016, 134 accessi per un totale di 50 pazienti; Accessi/casi in day surgery nell'anno 2022 casi 1.267 accessi 2.044 nell'anno 2021 1155 con 1871 accessi nel 2020 647; 2019 sono stati 1392 per un totale di 696, 1153 per un totale di 622 casi nel 2017, 1.138 per 625 pazienti, in aumento rispetto al 2016 1.199 accessi per 649 pazienti.

I casi di day service nell'anno nel 2022 1.218 casi 8.518 accessi; 2021 6.220 con 1.216 casi nell'anno 2020 accessi totali 5.494 con 980 casi, 5.194 con numero di casi 1.029.

Indice di operatività nell'anno 2022 84,46 2021 85,95% per l'intera struttura nel 2020 e 86,38% nel 2019 e 88,22% nel 2018 85,34% 79,66% nel 2017. In particolare, per la Breast Unit nell'anno 2022 91,28% 2021 è del 98,39% nel 2020 96,41% 96,20%, Chirurgia oncologica nell'anno 2022 75,77 2021 90,58% nel 2020 87,48 85,03% Cure palliative nell'anno 2022 2,26 2021 0% nel 2020 1,64 0,64%, Neurochirurgia nell'anno 2022 79,82, 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 2022 90,97% 2021 88,37 nel 2020 92,86 90,38%, Urologia nell'anno 2022 66,38 2021 0%.

Prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni nel 2022 32.373 2021 27.705 nel 2020 24.176 nel 2019 19.091 (per **anatomia patologica nel periodo 2022 1.867** 2021 1.920; 1.435 nel 2020; 1.282 2.080; nel periodo 2021 1.646; 1.225 nel 2020 1.477; **dermatologia nel periodo 2022 1.659** 2021 871; **nel 2022 1.012** 672 nel 2020 727 2019 **ecografie**; **nel periodo 2022 624** 2021 644; 481 nel 2020 392 **endoscopie**; nel periodo 2021 375; 296 nel 2020 nel 2019 343 **ginecologia nel 2022 372**; nel periodo 2021 15.302; nel 2020 14.696, 8.413 **analisi di laboratorio nel 2022 17.409**; nel periodo 2021 177 nel 2020 164 **neurochirurgia nel periodo 2022 141,** 419 nel 2020 260 **oncoematologia nel periodo nel 2022 364,** 2021 924 nel 2020 901 **oncologia nel 2022 1.085,** 2021 169 nel 2020 131, 161 nel 2021 500 nel 2020 3 88 430 **pneumologia nel 2022 514**; nel 2021 494 nel 2020 568 629 **Radiologia nel 2022 608**; 2021 3.734 nel 2020 2.498 2.051 **TAC nel 2022 5.560**) il tempo di attesa tra prenotazione e accettazione è in media nel periodo 2022 è di 3,272021 è 4.12 nel 2020 di 2.45 giorni.

Prestazioni ambulatoriali per interni nel 2021 235.402 nel 2020 188.044 (nel 2021 5.709 nel 2020 3.267 **anatomia patologica** nel 2022 6.352 2021 303 nel 2020 294 **ecografie** ; nel 2022 191 2021 169 nel 2020 123 **endoscopie** nel 2022 140 nel 202 1 213.151 nel 2020 171.323 **analisi di laboratorio nel 2022 212.789** ; nel 2021 152 nel 2020 50 **oncoematologia** nel 136 nel 2021 1.852 nel 2020 1.870 **oncologia nel 2022 1.747** nel 2021 57 nel 2020 40 **pneumologia nel 2022 41** nel 2021 1.771 nel 2020 1.253 **radiologia** nel 2022 1.723 nel 2021 2.299 in 20 20 1.724 **TAC** nel 2022 2.530 1.811 2021 2.001 nel 2020 1.463 **Anestesia nel 2022 562**; nel 2021 5.769 nel 2020 4.589 **Cardiologia** ; nel 2022 5.868 2021 607 nel 2020 529 **Psicologia**.

Risultati Unità Clinica di Trapianto Autologo e del programma Metropolitano e Congiunto Catania CIC 792

A seguito della relazione GITMO-CNT del 28.02.23 siamo in grado di fornire dati relativi al TMO.
Nel corso del 2022 sono stati eseguiti presso l'Unità Clinica TMO (792.3) dello IOM numero 42 primi autotrapianti, 11 secondi autotrapianti per un totale di 53 autotrapianti.
Inoltre, per quanto riguarda gli indicatori relativi ai trapianti effettuati sono venuti fuori i seguenti risultati:

Indicatore	**UC TMO IOM**	**Programma Trapianto**
% trx registrati entro 5 giorni	62,50	56,41
% trx registrati con form MED-A day 100	82,61	87,32
% trx con tutte le variabili campionarie from MED-A day 100	81,25	84,62
N° (%) trx autologhi con f-up aggiornato	4 (15,38)*	560 (79,10)*

Il dato relativo al follow-up aggiornato ad 1 anno risulta al di sotto della percentuale minima richiesta rendendo tale percentuale al di sotto del minimo per l'intero programma. Pertanto, dopo una riunione del dipartimento viene deciso di indicare nella lettera di dimissione le cadenze del follow-up non solo a 30 e a 90 giorni ma anche ad 1 anno al fine della raccolta dei dati di ritorno relativi al follow-up ad 1 anno.
Ulteriori indicatori relativi all'anno 2022 sono di seguito indicati, i dati sono oggetto di studio e dopo l'elaborazione di discussioni interdipartimentali tenute settimanalmente.

Risultati del programma:

ATTIVITÀ DEL PROGRAMMA METROPOLITANO DI TRAPIANTO POLICLINICO-ADULTI, POLICLINICO-PEDIATRIA, IOM 2010-2022

	2010	2011	2012	2013	TMO FERRAROTTO + TMO PEDIATRIA + TMO AUTO IOM PRE-PROGRAMMA METROPOLITANO FINO AL 2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Trapianti allogenici da familiare (POLICLINICO-ADULTI)	8	10	14	9	191	8	13	10	9	6	8	8	9	6
Trapianti allogenici da familiare (POLICLINICO PEDIATRIA)					44	2	2	3	0	0	1	1	1	0
Trapianti allogenici da cordone ombelicale (CO) (POLICLINICO ADULTI)	0	1	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trapianti allogenici MUD (POLICLINICO ADULTI)	8	7	10	10	88	12	11	14	9	8	10	9	15	13
Trapianti aploidentici (POLICLINICO ADULTI)				3	3	3	1	2	7	4	4	2	4	4
Tot. trapianti emopoietici allogenici (FAM, CO, MUD, APLO) PROGRAMMA METROPOLITANO	16	18	24	22	334	25	27	29	25	18	23	20	29	21
TMO AUTO (POLICLINO ADULTI)	22	22	18	18	459	11	13	6	1	13	12	11	8	5
TMO AUTO (IOM ADULTI)					196	44	43	52	53	55	50	38	48	52
TMO AUTO (POLICLINO PEDIATRIA)					73	3	4	4	2	5	1	4	5	3
Tot. trapianti emopoietici AUTO PROGRAMMA METROPOLITANO	22	22	18	18	728	58	60	62	56	73	63	53	61	60
Tot. trapianti PROGRAMMA METROPOLITANO	38	40	42	40	1062	83	87	91	81	91	89	73	90	81

Indicatori di processo del programma

QUANTITA' ALLOGENICI FAMILIARI ANNUI	Storico 6-12
QUANTITA' ALLOGENICI MUD ANNUI	Dati storici 3-6
QUANTITA' AUTOLOGO ANNUI	Dati storici 15-30
QUANTITA' RACCOLTA PERIFERICO PER ANNO	Dati storici 52-90
QUANTITA' ESPIANTI PER ANNO	Dati storici 4
TRM ANNO IN CORSO - **AUTO**	2.5% TRM 1 Y
TRM ANNO IN CORSO – **ALLO SIB**	10% TRM 1 Y
TRM ANNO IN CORSO – **ALLO MUD**	30% TRM 1 Y
% DEI PAZIENTI NON MOBILIZZANTI	<30% NON MOBILIZZANTI
COLLECTION EFFICIENCY	SUPERIORE AL 30%
ESPIANTO DI MIDOLLO	IL 90% DEGLI ESPIANTI DEVE AVERE CNT› 2x10e8/Kg Media - CNT X 10e8/KG:150- 280
RECOVERY PROCESSING LAB.	CD 34+ superiore al 50%; Mononucleate superiore al 50%; CNT superiore al 50%
RECOVERY SCONGELAMENTO	(Recovery delle CNT superiore al 75%; Test di vitalità con Trypan Blue superiore al 70%
AUDITS ATTECCHIMENTO	Giorni medi per attecchire un TMO Auto= 11; Giorni medi per attecchire un TMO Allo =20
AUDITS CONTENUTO CARTELLA RACCOLTA	SUPERIORE AL 90%
AUDITS DEL FOLLOW-UP MED-A	SUPERIORE AL 90%
AUDTS REGISTRAZIONE TEMPERATURE ELETTROMEDICALI	SUPERIORE AL 90%
AUDITS REGISTRAZIONE PULIZIE	>90%
AUDITS COMPILAZIONE DATABASES	>90%
VERIFICA DELLE PROCEDURA DI AFERESI	>90%
VERIFICA DELLA PROCEDURA DI ESPIANTO	>90%
VERIFICA DELLA PROCEDURA DI CONSEGNA DI CSE	>90%
VERIFICA SULLA CRIOPRESERVAZIONE	>90%
VERIFICA SULLA VALUTAZIONE DEL PRODOTTO	>90%
PROFICIENCY TEST SULLE COLONIE	ENTRO IL 90 PERCENTILE DEI CENTRI PARTECIPANTI
PROFICIENCY TEST SULLA VALUTAZIONE DEL PRODOTTO	> 90%
PROFICIENCY TEST SULL'INFUSIONE	> 90%
PROFICIENCY TEST SUL CONGELAMENTO	> 90%
PROFICIENCY TEST SULLO SCONGELAMENTO	> 90%

4. FORMAZIONE

Gli interventi formativi per l'anno 2023 sono stati pianificati sulla base di un'analisi dei fabbisogni formativi condotta dal Responsabile della Qualità con il supporto dei Responsabili dei vari settori aziendali ed in stretta correlazione con le seguenti tematiche che trovano il loro riferimento nella strategia obiettivi aziendali esplicitati *nel "Documento Politica per la Qualità*":

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

In particolare, sono stati previsti degli eventi formativi per il personale infermieristico su specifici argomenti formativi con applicazioni pratiche.
Il personale sanitario ha partecipato ad eventi accreditati ECM; gli argomenti e la durata degli eventi sono riportati nelle schede personali, alle quali sono allegati i relativi attestati di partecipazione.
Le attività formative 2022 sono state realizzate come da piano formativo 2022.
La partecipazione ai corsi ha consentito alla maggior parte delle qualifiche interessate di ottenere crediti formativi ECM; ciò ha determinato una buona crescita del livello professionale che è premessa fondamentale per il consolidamento ed il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini utenti.

5. RIEPILOGO ATTIVITÀ SVOLTE

Dal 2004 l'Istituto Oncologico Mediterraneo ha avviato la progettazione e l'implementazione di un "Sistema di Gestione per la Qualità", per arrivare nel 2017 ad un sistema conforme alle norme ISO 9001:2015; l'ente di certificazione DNV, accreditato SINCERT, ne ha attestato la conformità a seguito degli audit effettuati, rilasciando il certificato per le seguenti attività:
"Erogazione di prestazioni sanitarie in ricovero e Day Hospital/Day Surgery nelle specialità di Chirurgia Oncologica, Oncologia Medica, Oncoematologia e Trapianto di Midollo Osseo, Antalgica e Cure Palliative, Chirurgia Toracica, Urologia, Neurochirurgia, Ginecologia, Senologia.
Erogazione di servizi ambulatoriali interni per le specialità di: Laboratorio 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 e l'allineamento di linee guida, procedure e istruzioni operative diagnostiche/terapeutiche, la redazione e l'applicazione di documenti di registrazione delle attività di controllo sulla qualità dei servizi erogati, la redazione del " *Manuale della Qualità"* .
Ha inoltre consentito di verificare la rispondenza delle risorse strutturali (ambienti, impianti, attrezzature) alle norme di legge, in particolare al decreto dell'Assessorato Regionale alla Sanità n.890 del 17 giugno 2002, e ai fabbisogni determinati dal provvedimento dei servizi. rispettare gli standard qualitativi prefissati e provvedere, ove necessario, al loro adeguamento. Ciò ha facilitato il percorso per il raggiungimento dell'accreditamento definitivo dell'Istituto, così come dal 30/11/07.
È proseguita, infine, l'informatizzazione dei processi di erogazione dei servizi e dei processi di supporto; l'adozione di tecnologie software e hardware specificatamente pensate per il settore sanitario ha consentito l'aggiornamento tecnologico-informatico delle immagini diagnostiche, la comunicazione tra le postazioni di lavoro e i sistemi di elaborazione centrale-database e l'informatizzazione della documentazione relativa alle prestazioni sanitarie e amministrative , dalla prenotazione e accettazione del paziente, alla compilazione della cartella clinica per prestazioni ambulatoriali e ricoveri.

Particolare attenzione viene rivolta all'adeguamento tecnologico sono individuati obiettivi strategici al fine di dotarsi di attrezzature e sistemi informativi all'avanguardia.
Nel corso del 2023 l'Istituto con l'Obiettivo della Certificazione OECI è stato oggetto di verifica da parte della commissione OECI il 20-21 aprile 2023 con risultati soddisfacente anche se si è in attesa del rilascio ufficiale della certificazione.
In tale contesto, particolare attenzione è stata posta nell'individuare i bisogni/aspettative dei cittadini utenti anche attraverso la rilevazione dei livelli di qualità percepiti espressi su questionari anonimi dai pazienti e dai cittadini che hanno usufruito dei servizi ambulatoriali.

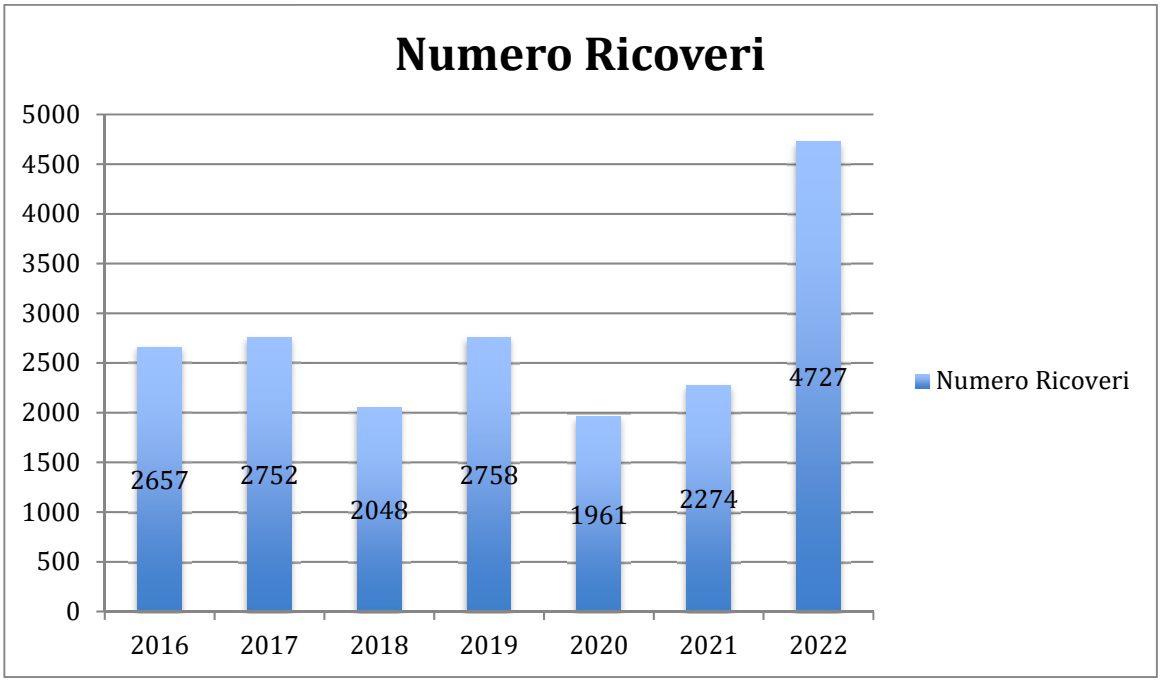
E' stata rivista la "Carta dei Servizi", che contiene tutte le informazioni utili per conoscere la struttura, individuare i servizi offerti e le modalità di accesso, gli standard di qualità assicurati, gli organismi a tutela dei cittadini utenti .

Con il D.Lgs. 231/2001 che ha introdotto il principio della responsabilità amministrativa delle società per determinati reati commessi nel suo interesse oa suo vantaggio, da persone in posizione apicale o sottoposte alla loro direzione o vigilanza.

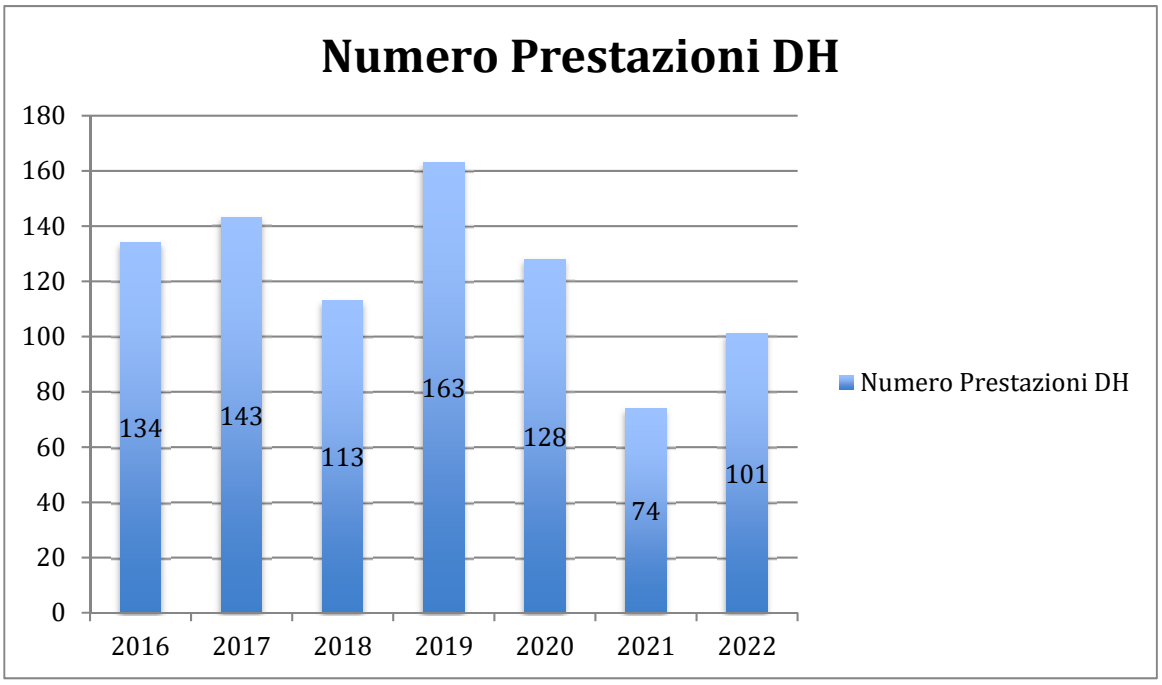
Al fine di assicurare, per quanto possibile, la prevenzione della commissione dei reati previsti dal Decreto sancito dal D.Lgs. n. 231 dell'8 giugno 2001, la Casa di Cura ha ritenuto coerente con la propria strategia aziendale l'adozione di un modello di organizzazione e gestione aziendale conforme ai principi espressi nel decreto.
Il Modello 231 si inserisce in 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, redatto anche ai sensi del citato Decreto.
Con l'implementazione del Sistema di Gestione per la Qualità, l'Istituto ha avviato un processo di miglioramento continuo volto a rafforzare la propria posizione tra le strutture sanitarie private della Regione Siciliana, come dimostrano i dati relativi al numero di prestazioni erogate e il giudizio positivo espresso dai cittadini utenti attraverso questionari di indagine di gradimento sui vari aspetti del servizio.
Particolare attenzione è posta da tutto il personale alla corretta applicazione delle procedure e dei comportamenti finalizzati alla prevenzione del rischio clinico nel rispetto degli standard JCI stabiliti dall'Assessorato Regionale alla Sanità con il decreto 11 gennaio 2008 e recepiti dal piano industriale per la clinica gestione del rischio della nostra casa di cura.

6. DATI STATISTICI SULLE ATTIVITÀ SVOLTE

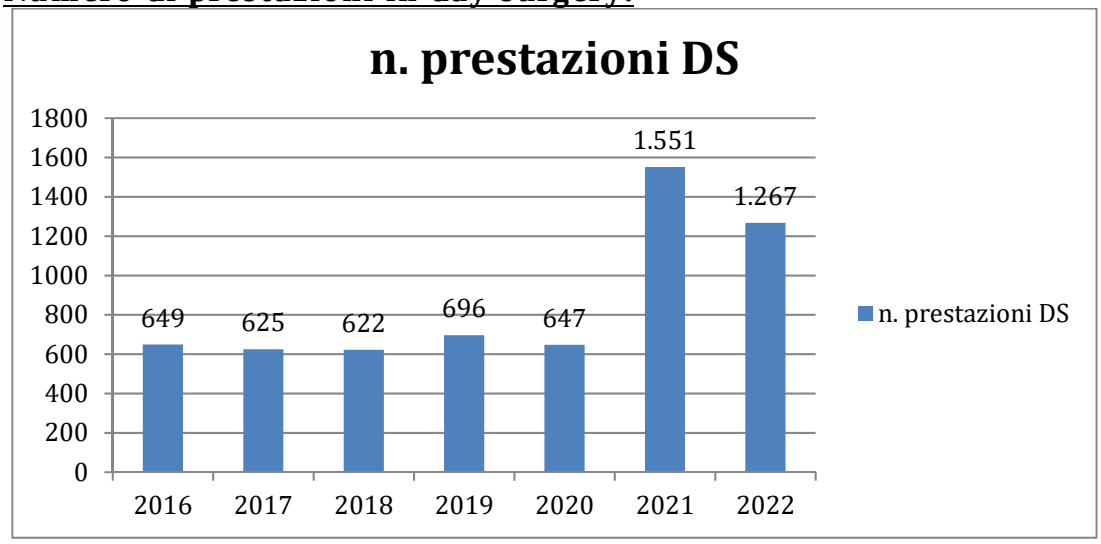
a) Numero di ricoveri:



b) Numero prestazioni di day hospital:

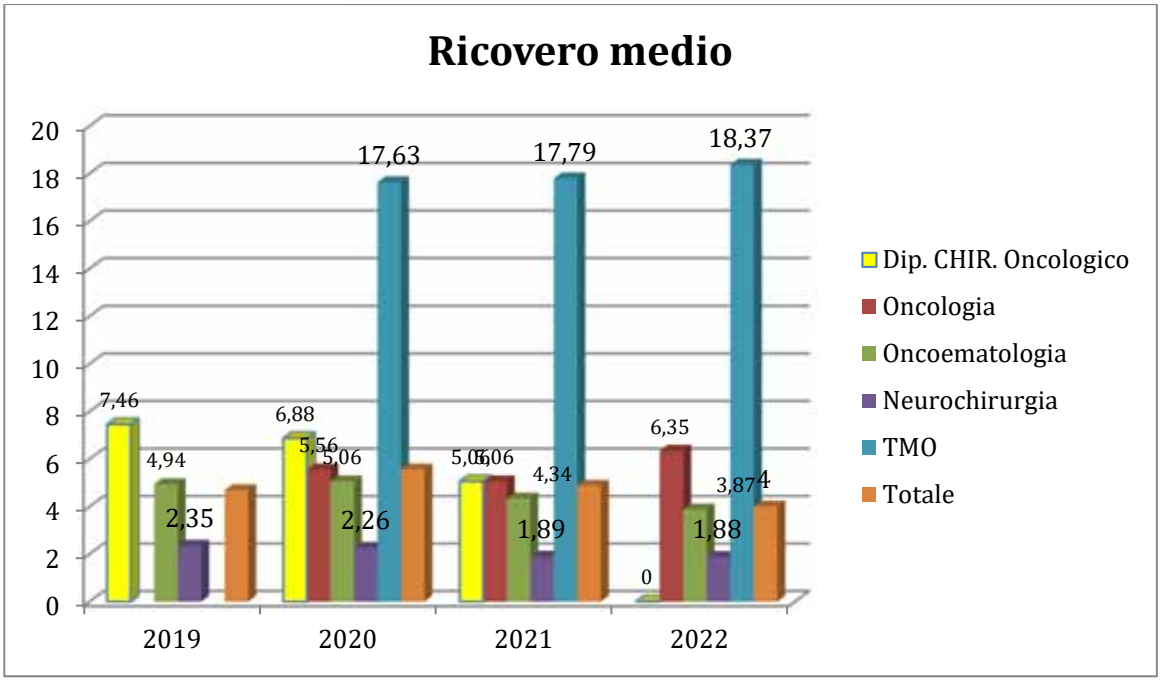


c) Numero di prestazioni in day surgery:

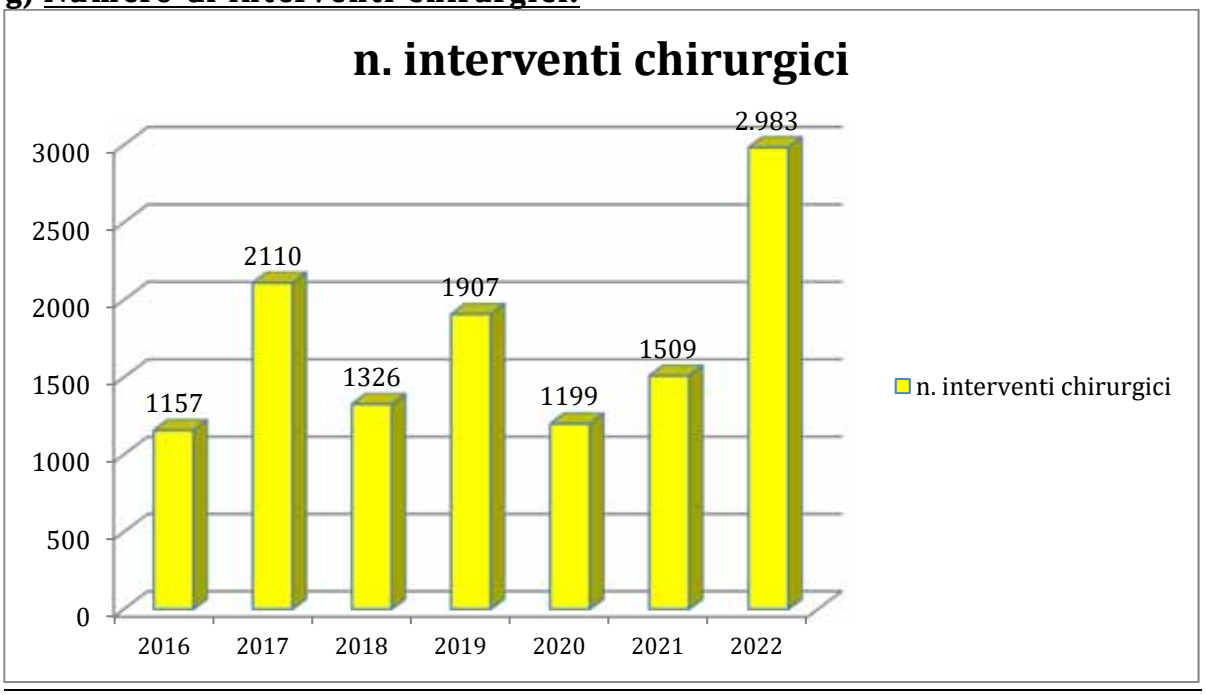


d) Numero di prestazioni in DSAO:

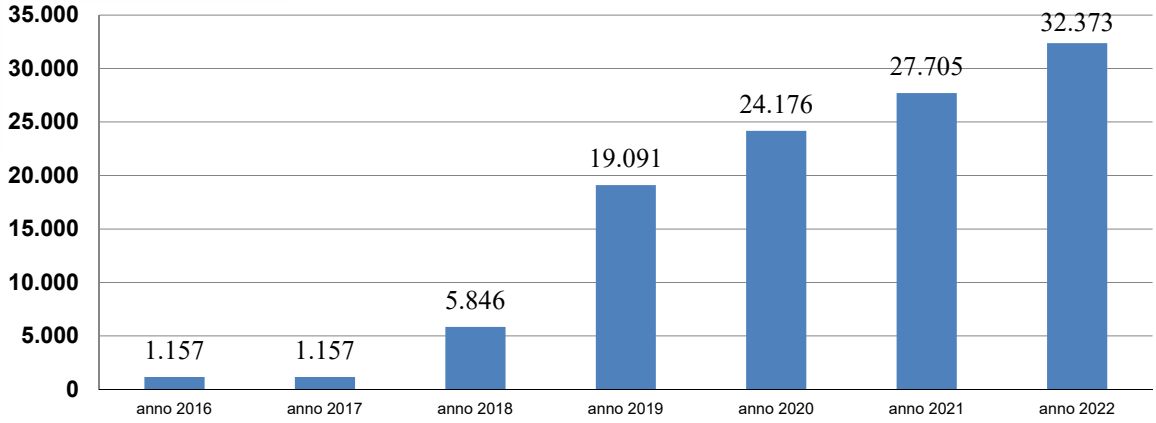
e) Soggiorno medio (giorni) :



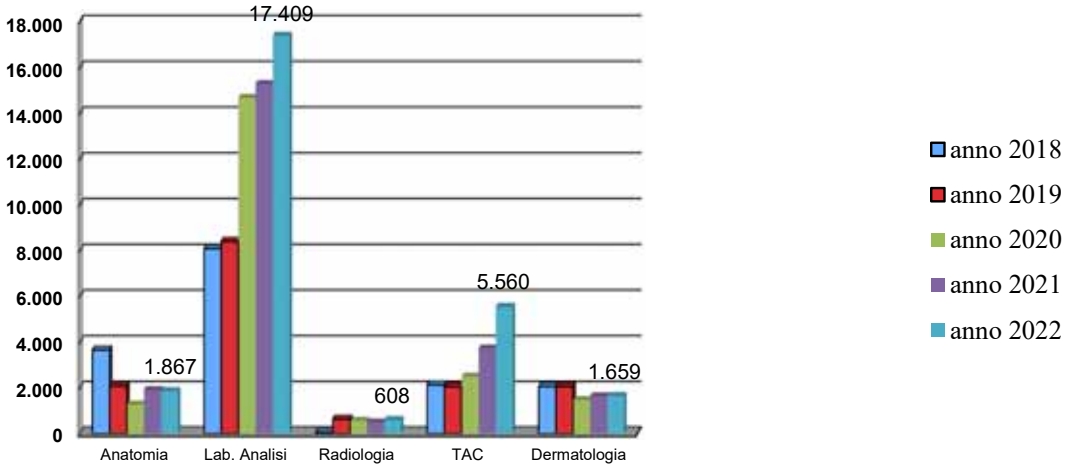
g) Numero di interventi chirurgici:



h) Numero di prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni



i) Numero di prestazioni ambulatoriali per esterni



7. PIANI DI MIGLIORAMENTO 2023

L'analisi dei risultati complessivi ei conseguenti approfondimenti hanno consentito di individuare gli ambiti nei quali si ritiene opportuno intervenire con azioni di miglioramento.

Il piano di miglioramento per il 2022, approvato dal Comitato Qualità, regolarmente predisposto ad inizio anno, è stato seguito e lo stato dell'arte è visionabile sul documento stesso, al quale si rimanda.
È stato emesso un piano di miglioramento per l'anno 2023 per risolvere le eventuali criticità emerse e sviluppare le aree di miglioramento individuate.
L'analisi dei risultati complessivi ei conseguenti approfondimenti hanno consentito di individuare gli ambiti nei quali si ritiene opportuno intervenire con azioni di miglioramento.

8. RECLAMI

Nel corso del 2022-23 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 definitivamente le criticità emerse.

9 . EVENTI AVVERSI

Nel corso del 2022 non sono stati segnalati eventi avversi attribuiti ai farmaci.

Nel 2022, per quanto riguarda l' indicatore degli interventi chirurgici , abbiamo riscontrato che la percentuale di reinterventi è del 4,8% l'analisi dei dati rivela che la nostra percentuale è in linea con le medie nazionali.

L'analisi dei ribassi per l'anno 2022 rivela un dato percentuale dello 0,4%. tutti i pazienti al momento del ricovero sono valutati per il rischio di caduta. il dato rilevato è attualmente sotto osservazione, le azioni correttive intraprese consistono nella raccomandazione ai pazienti di chiamare sempre il personale prima di alzarsi.

Ogni anno il Servizio di Microbiologia dell'Istituto Oncologico Mediterraneo analizza circa 1000 campioni provenienti dai reparti di Oncologia-Ematologia, Oncologia, Chirurgia Generale e DH-Oncologia.
Tutti i risultati vengono inseriti mensilmente nel "File Micro" da personale specializzato.
Il motivo per cui viene creata la pratica è legato al controllo delle complicanze batteriche nel paziente oncologico a seguito del ricovero presso la nostra struttura.
Per complicanze intendo colonizzazione e/o infezione da MDRO (Antibiotic Resistant Organisms).
I batteri della famiglia Enterobacteriales (come E.coli e K.pneumoniae) fanno parte della normale flora intestinale umana, ma sono anche spesso responsabili di infezioni su base comunitaria o associate all'assistenza sanitaria. Questi batteri hanno la tendenza ad acquisire geni di resistenza sia alla penicillina che alla cefalosporina a causa della diffusione globale delle beta-lattamasi a spettro esteso (ESBL) e della resistenza ai carbapenemi mediante diversi meccanismi che includono sia l'acquisizione degli enzimi carbapenemasi (più frequente) o per la combinazione di diversi meccanismi (sigillatura della parete cellulare).
Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRO) sono associate ad alti livelli di mortalità a causa sia del ritardo nella somministrazione di un trattamento efficace sia della limitata disponibilità di opzioni terapeutiche.
Per questa problematica viene eseguito un Tampone di Sorveglianza Rettale su tutti i pazienti che accedono alla nostra struttura tramite ricovero secondo la Circolare del Ministero della Salute del 26/02/2013. Gli isolamenti dei campioni positivi in 24 ore vengono segnalati alla Direzione Sanitaria e i medici che hanno in carico il paziente in questione vengono informati direttamente tramite LIS: per la terapia antibiotica, i risultati verranno inseriti nella cartella elettronica del paziente in 48/72 ore.
Per i restanti isolamenti, identificazione e relativo antibiogramma vengono effettuati con comunicazione diretta alla Direzione Sanitaria e al Dipartimento in 48/72 h.
Nell'anno 2022, sul 33% delle infezioni batteriche, gli MDRO sono così suddivisi:
17% stafilococchi coagulasi-negativi
1% Staphylococcus aureus
Enterobatteri resistenti ai carbapenemi
3,0% Enterobatteri resistenti ai beta-lattamici

Viagrande, 30 maggio 2023

Il Responsabile Qualità Direttore Sanitario L' Amministratore Delegato

Per presa visione il Responsabile del Programma Trapianto Metropolitano