

PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE DELLE ATTIVITA'

POLITICA, OBIETTIVI GENERALI E PIANO DI ATTIVITÀ

PERIODO DI RIFERIMENTO 2026-2029

(integrazione e/o modifiche sottolineate o con barra laterale al testo)

“POLITICA, OBIETTIVI E PIANO DELLE ATTIVITÀ” 2026-2029

Il presente *Documento*, determina “le politiche complessive, la missione e i valori cui l'organizzazione si ispira, gli obiettivi da perseguire, i programmi e gli strumenti di intervento basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie”.

Ma, in una realtà in costante - e certo non sempre positiva – evoluzione, esso rappresenta più una bussola per orientarsi e orientare nella "mappa del cambiamento", piuttosto che un insieme di rigide prescrizioni.

E' per questo motivo che il *Documento*, va inteso come strumento flessibile al servizio di una logica processuale nell'ambito della quale scelte di fondo, obiettivi, criteri operativi, interventi e verifiche di efficacia degli stessi si alimentano reciprocamente, aprendo nuovi spazi e nuove opportunità per l'agire del nostro Centro. Proprio per questo, ogni fine anno del quadriennio coperto dal presente *Documento*, si procederà a una verifica complessiva, con tutti i livelli organizzativi, degli scenari di riferimento e del grado di attuazione degli obiettivi approvati.

Nell'elaborazione del documento sono state coinvolte tutte le articolazioni organizzative al fine di garantirne la forte condivisione dei contenuti.

Altresì sono state tenute in conto le indicazioni ed i suggerimenti provenienti dai cittadini utenti, associazioni, etc.

Tale documento revisiona ed aggiorna il *Documento Programmatico 2022-2025* emesso il 03/01/2022, così come disposto dal Regolamento n. 1/2027 e per l'aggiornamento dell'autorizzazione sindacale.

Il **Centro Cardiologico Rogliani S.r.l.** effettua prestazioni cardiologiche in regime di accreditamento definitivo con il Servizio Sanitario Nazionale (Decreto n. 147 del 04.11.2016).

Il legale rappresentante è il dott. Fabrizio Domizio.

Il **Centro** nasce nel 1997 come “Centro Cardiologico di Gennaro Rogliani & C. s.a.s.”, con sede in via Firenze n° 71.

L'Amministratore è Fabrizio Domizio; la Direzione Tecnica è affidata al dott. Giacomo Luca Rogliani.

L'attività è rivolta a prestazioni cardiologiche e vascolari, con il supporto di qualificate professionalità. La struttura è dotata della più avanzata strumentazione sanitaria e si avvale di uno staff medico di comprovata esperienza professionale.

Il Centro Cardiologico Rogliani S.r.l. pone al centro dei propri interessi il rispetto della **dignità** della persona, avendo come obiettivi prioritari la tutela della vita e la promozione della salute

con la migliore assistenza ed un ottimo comfort. Per il raggiungimento di questo fine, personale altamente qualificato è al servizio del Centro ed è tenuto a comportamenti adeguati che mirano ad un elevato livello di umanità e professionalità atto a garantire la qualità del percorso di assistenza al paziente.

Il Centro si è infatti contraddistinto negli anni per la professionalità del personale medico ed amministrativo, la continuità assistenziale, la costante innovazione tecnologica e l'attenzione rivolta all'utente – paziente ed è sempre più disponibile ad accogliere richieste sempre più diversificate.

La struttura è stata allestita rispettando tutti i requisiti richiesti dalle normative sanitarie nazionali e regionali.

I sistemi impiantistici sono certificati dalle ditte esecutrici e sottoposti a verifiche periodiche secondo le disposizioni vigenti di settore.

MISSION

La Mission del Centro è quella di contribuire al miglioramento della qualità della vita di quanti si rivolgeranno alla struttura per ricevere prestazioni sanitarie e di fornire strumenti e conoscenze concrete a tutti gli operatori del settore.

È questo l'obiettivo primario del Centro che, attraverso la professionalità delle risorse umane, l'adeguatezza delle strutture, l'innovazione tecnologica, le metodiche utilizzate e l'aggiornamento continuo, ma soprattutto tanto impegno e dedizione da parte di ciascuna funzione aziendale, contribuisce ogni giorno a fornire al paziente le informazioni atte al miglioramento del suo stato di salute.

La ragion d'essere della Società è data dall'espletamento della sua attività nei seguenti campi prioritari di azione:

prestazioni cardiologiche e vascolari

Nello specifico, presso il Centro Cardiologico Rogliani S.r.l. si effettuano le seguenti prestazioni (principali):

-  **VISITA CARDIOLOGICA**
-  **VISITA CHIRURGIA VASCOLARE**
-  **VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO**
-  **ECOGRAFIA CARDIACA**
-  **ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA**

- ❖ ECO (COLOR) DOPPLERGRAFIA CARDIACA
- ❖ ECO (COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVARAORTICI
- ❖ ECOCOLORDOPPLERGRAFIA A-V- DEGLI ARTI SUPERIORI E/O INFERIORI
- ❖ TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO
- ❖ TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE
- ❖ ELETTROCARDIOGRAMMA
- ❖ ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (Holter)
- ❖ MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO
- ❖ MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

I valori a cui si ispira sono esplicitati nella Carta dei Servizi, lo strumento ufficialmente previsto dalle recenti norme in materia, che consente al cittadino-utente di verificare gli impegni assunti dall'organizzazione per assicurare gli standard di Qualità dei servizi offerti. La Carta si trova a disposizione del personale e dell'Utenza presso il Centro ed è pubblicata sul sito aziendale.

Tali valori sono:

- ❖ **uguaglianza:** i servizi e le prestazioni sono forniti secondo regole uguali per tutti, senza discriminazioni di età, sesso, lingua, religione, status sociale, opinione politica, condizione di salute;
- ❖ **imparzialità:** i servizi e le prestazioni sono forniti adottando verso gli utenti comportamenti obiettivi, equi ed imparziali;
- ❖ **continuità:** i servizi e le prestazioni sono forniti con continuità e costanza. In caso di interruzione o di funzionamento irregolare il Centro adotta tutte le misure, necessarie per recuperare gli eventuali disagi;
- ❖ **cortesìa:** ogni utente deve essere assistito e trattato con premura, cortesia ed attenzione nel rispetto della persona e della sua dignità;
- ❖ **chiarezza e comprensibilità dei messaggi:** il Centro pone la massima attenzione all'efficacia del linguaggio, anche simbolico, utilizzato nel rapporto con gli utenti;
- ❖ **efficienza ed efficacia:** il Centro persegue l'obiettivo del progressivo e continuo miglioramento della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi resi, adottando le soluzioni tecnologiche, organizzative e procedurali più funzionali allo scopo;
- ❖ **diritto di scelta:** il Centro garantisce all'utente l'informativa circa la possibilità di libera scelta della struttura dove effettuare la prestazione. Il Centro promuove iniziative di formazione ed aggiornamento del personale;
- ❖ **partecipazione:** il Centro garantisce la partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione nei confronti del Centro stesso. L'utente ha diritto di accesso alle informazioni in possesso del Centro, che lo riguardano. Il diritto di accesso è esercitato secondo le modalità disciplinate dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 (4).

Il Direttore Sanitario è il responsabile del **governo clinico**, inteso come l'unione delle tre fondamentali dimensioni della qualità (qualità professionale, qualità percepita e qualità gestionale-organizzativa).

La Direzione è, infatti, consapevole che la capacità di raggiungere buoni livelli di qualità dipende dalla combinazione di tre ambiti di sviluppo relativi a:

- operatori sanitari
- paziente/utente/cliente
- organizzazione

Di conseguenza, l'efficacia clinica delle prestazioni e la loro appropriatezza, diventano strumenti operativi per il conseguimento della qualità dell'assistenza; attraverso la conoscenza e il monitoraggio dei fenomeni si possono indirizzare e regolare le funzioni assistenziali al fine di migliorare la qualità del percorso assistenziale al paziente.

La struttura si impegna infatti da anni nella promozione costante di un processo di miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati. Le politiche per la qualità non costituiscono pertanto un mero adeguamento alla normativa vigente bensì una fonte di ispirazione nelle scelte di valore che orientano il nostro lavoro quotidiano.

Alla base di ogni attività vi sono, quindi:

- a) impegno diretto della Direzione;
- b) coinvolgimento e partecipazione diretta di tutto il Personale;
- c) rapporto di massima collaborazione e trasparenza con gli Utenti;
- d) attenzione alle risorse umane con ruolo di preminenza alla formazione ed allo sviluppo di tutto il Personale;
- e) rapporto di stretta collaborazione con i fornitori per il continuo miglioramento della qualità dei prodotti e servizi acquistati;
- f) continuo miglioramento della qualità, con un programma continuo di aggiornamento e manutenzione della strumentazione anche attraverso investimenti annualmente programmati;
- g) la promozione della sicurezza e gestione dei rischi.

PIANO DELLE ATTIVITA'

PERIODO 2026-2029

La Direzione ha elaborato gli Obiettivi per il periodo 2026-2029 secondo i principi dettati dal Regolamento della Regione Campania N. 1 del 22 giugno 2007 CAPO II : Requisiti generali per l'accreditamento istituzionale.

Gli obiettivi generali del Centro sono commisurati al lungo periodo di 4 anni, fissati per le diverse tipologie di servizi offerti, ed articolati nel breve-medio termine, tenendo in considerazione:

- a) bisogni e domanda del territorio
- b) soddisfacimento del cittadino –utente
- c) continuo miglioramento del servizio
- d) efficacia ed efficienza delle prestazioni di servizio

finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza erogata e fissati sulla base di:

- bisogno di salute
- risorse specificatamente assegnate (economiche, umane, strutturali e tecnologiche).
- vincoli di programmazione regionale.

Per i prossimi 4 anni (2026-2029), in conformità a quanto dichiarato nella nostra **Politica per la Qualità**, ed in continuità con il Piano delle Attività 2022-2025, prevediamo di:

- **formalizzare e valutare le esigenze espresse ed implicite del cittadino – utente**
- **attuare un'attenta opera di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie cardiovascolari, specie nei pazienti anziani, mediante l'istituzione di una attività specialistica ambulatoriale continua, costante, facilmente fruibile e rispondente alle richieste del territorio**
- **attuare un costante miglioramento delle attrezzature e delle metodiche**
- **attuare un aggiornamento preciso e continuo di tutto il personale**
- **contenimento delle liste di attesa in accordo con il Piano Regionale per il governo delle Liste di Attesa**
- **soddisfare i requisiti cogenti applicabili**
- **costante aggiornamento del piano di gestione dei rischi per la prevenzione degli eventi avversi**
- **attuare un programma per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari**
- **fornire i referti nella migliore qualità compatibile e nel minor tempo di attesa adeguato a ciascuna situazione clinica**

Pertanto, la Direzione si farà carico di adottare sistemi operativi (attrezzature e quant'altro) sempre di nuova concezione e che offrono migliori qualità e sicurezza. Altrettanto si farà carico

di assicurare l'aggiornamento professionale degli operatori sanitari, attraverso adeguati Piani di Formazione (sia interni che esterni).

Tali obiettivi risultano *in linea con i documenti di programmazione sanitaria regionale*, sostenibili per l'organizzazione e realizzabili compatibilmente con le risorse economiche assegnate dalla Regione e da quelle messe a disposizione dall'Amministrazione del Centro.

POLITICA PER LA QUALITA'

La politica per la Qualità così come approvata dall'Amministratore Unico, è resa pubblica mediante affissione nel Centro. Essa si basa sui seguenti principi:

- il pieno soddisfacimento delle aspettative del cliente;
- l'ottimizzazione dei servizi offerti ai pazienti;
- l'ottimizzazione della gestione aziendale.

A tal fine, risulta essere prioritario:

- *l'organica e chiara definizione dei compiti e delle responsabilità aziendali;*
- *lo sviluppo della cultura della Qualità, a tutti i livelli della struttura organizzativa, attraverso iniziative di formazione ed altre opportune azioni;*
- *la completa e precisa definizione delle caratteristiche dei servizi da realizzare;*
- *la pianificazione delle attività aventi influenza sulla Qualità;*
- *la definizione di obiettivi misurabili e quantificabili e il loro monitoraggio periodico;*
- *l'attuazione di programmi di miglioramento della Qualità, formalizzati e strutturati;*
- *la definizione di un Sistema di Gestione per la Qualità monitorato costantemente al fine di rilevarne l'efficacia e favorire il miglioramento continuo;*
- *il rispetto della legislazione vigente.*

Nell'ambito di questa politica gli obiettivi generali del **Centro** e quindi di tutto il Personale sono:

1. Mantenere attivo il Sistema di Gestione per la Qualità;
2. Formalizzare e valutare periodicamente le esigenze del cittadino - utente;
3. Raggiungere standard di efficacia e di efficienza delle prestazioni di servizio corrispondenti alle attese espresse ed implicite;
4. Utilizzare la migliore tecnologia (attrezzature e quant'altro) presente sul mercato per l'erogazione del servizio, compatibilmente con la pianificazione economica operativa della Struttura
5. Assicurare la manutenzione delle apparecchiature biomediche per garantirne l'efficacia e l'efficienza
6. Motivare e coinvolgere tutto il personale sugli obiettivi aziendali, diffondendo la cultura della qualità a tutti i livelli;
7. Soddisfare i requisiti vigenti applicabili e/o richiesti dall'utente;

8. Misurare e analizzare regolarmente l'efficacia, l'efficienza, gli obiettivi e i traguardi del proprio Sistema di Gestione per la Qualità e la politica espressa, al fine di conseguire un miglioramento continuo del servizio in linea con i criteri di qualità identificati dalla **Clinical Governance** (qualità professionale, qualità percepita, qualità logistico-amministrativa).

Gli obiettivi, sono monitorati, con frequenze stabilite (almeno 1 volta all'anno), attraverso l'utilizzo di opportuni indicatori, misurati periodicamente e valutati nel corso delle riunioni di riesame della Direzione sul Sistema di Gestione per la Qualità, per la verifica dei risultati.

La Direzione assume, infine, anche l'impegno di:

- approvare tutta la documentazione inerente l'applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità seguendone l'evoluzione;
- assegnare le risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti;
- garantire che tutto il Personale sia a piena conoscenza degli obiettivi dichiarati dall'Organizzazione, al fine di garantirne la forte condivisione ed abbia, attraverso un addestramento specifico e/o un livello di istruzione adeguato, le capacità per raggiungere tali obiettivi;
- tenere in considerazione le indicazioni provenienti da associazioni/comitati e i suggerimenti raccolti direttamente dagli utenti attraverso comunicazioni, questionari, reclami.

TIPOLOGIA E VOLUME DI ATTIVITA' EROGABILI

La Tipologia ed volume delle attività "erogabili" sono commisurate alle risorse disponibili (umane – tecnologiche e strutturali), al numero di prestazioni assegnante (COM), in linea con le disposizioni Regionali [D.G.R.C. 3958/01 (sezione A) e succ. int . e modif. – Regolamento n° 1/2007] e ai vincoli fissati dalla programmazione regionale relativi ai limiti massimi di spesa [ultimo budget assegnato].

Il Centro persegue l'obiettivo del progressivo e continuo miglioramento, cercando la partecipazione del personale, dei collaboratori e dei pazienti, attraverso riunioni periodiche ascolto dei suggerimenti e questionari di gradimento relativi all'efficienza ed all'efficacia dei servizi resi.

La Direzione coinvolge nella elaborazione di questo documento tutte le articolazioni organizzative così come riportato nella diffusione della documentazione del SGQ; infatti il

presente documento, prima della pubblicazione, ha passato il vaglia del personale e dei nostri collaboratori.

Il presente documento viene revisionato e/o modificato con cadenza annuale, a partire dalla data di prima emissione, in occasione della riunione di riesame della Direzione di fine anno.

La documentazione relativa alla gestione e verifica degli obiettivi, con il dettaglio degli obiettivi specifici, è resa disponibile dai seguenti documenti:

[Responsabilità della Direzione - Verbale di Riesame del Sistema di Gestione Qualità – Pianificazione obiettivi della qualità - Organigramma – Mansionario.](#)

Napoli, 30/03/2026

*Redatto
L'Amministratore Unico
(dott. Fabrizio Domizio)*