



***CENTRO OCULISTICO
DI PAOLO MELENCHI & C. S.r.l.***

Via Cilea n. 64 – 81100 CASERTA

Partita IVA 01860690617

Tel. 0823.343799

e mail: centro.melenchi@alice.it

e mail pec: centromelenchi@pec.it

**PROGRAMMAZIONE PLURIENNALE
DELLE ATTIVITA'**

***POLITICA, OBIETTIVI GENERALI E PIANO DI
ATTIVITÀ***

PERIODO DI RIFERIMENTO 2022-2025

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 di programmazione pluriennale delle attività 2019-2022* emesso il 15/01/2019.

MODIFICHE/AGGIUNTE/ELIMINAZIONI EVIDENZIATE DA BARRA LATERALE AL TESTO O SOTTOLINEATURA

La Società **Centro Oculistico di Paolo Melenchi & C. s.a.s.**, inizia la sua attività nel 1990, come Centro Oculistico di “O. Melenchi” day surgery, dopo una ultra trentennale attività specialistica del dottore Orazio Melenchi, svolta nello studio di C.so Trieste, 116 (chirurgica presso la clinica Villa del Sole – Caserta).

Nel mese di luglio del 1999 il Centro si trasferisce dal C.so Trieste, 116 all'attuale sede in Via Cilea, 64 Palazzo Nidan, Caserta; nel gennaio del 2008 il Centro cambia la ragione sociale in “**Centro Oculistico di Paolo Melenchi & C. s.a.s.**” P.IVA: 01860690617, per assumere, infine, da marzo 2018, l'attuale ragione sociale “**Centro Oculistico di Paolo Melenchi & C. S.r.l.**”.

L'Amministratore è la Dott.ssa Rita Zuccaro.

Il Centro si è contraddistinto negli anni per la professionalità del personale medico ed infermieristico, la continuità assistenziale, la costante innovazione tecnologica e l'attenzione rivolta all'utente – paziente.

Il Centro è dotato di un sistema di gestione della qualità conforme alla norma ISO 9001:2015, certificato da ente esterno **ACCREDIA (CSQ-certificato n. 9122 MELC e IQNET n° 35037)**.

Ad oggi il **Centro** è in piena attività, ha ampliato il suo campo di assistenza 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.

L'Ambulatorio è, infatti, in possesso della autorizzazione all'esercizio ai sensi della Delibera della Giunta Regionale n. 3958 del 07/08/2001 e successive modifiche ed integrazioni.

L'Ambulatorio svolge la sua attività in regime di Accredитamento Istituzionale definitivo (classe 3 – 100% requisiti specifici tipo C), ai sensi del Regolamento n. 1 del 22/06/2007.

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, 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:

- **Erogazione di prestazioni medico-chirurgiche in regime extraospedaliero ed in regime di day surgery per la branca oculistica**

Nello specifico, l'attività del Centro, in regime di convenzione, consta in (principali):

- LASERTERAPIA ARGON YAG
- ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO
- ESAME DEL FONDUS OCULI
- ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO
- TONOGRAFIA
- YAG – LASER PER CATARATTA SECONDARIA
- FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON -LASER
- ECOGRAFIA OCULARE
- ECOBIOMETRIA
- BIOMICROSCOPIA CORNEALE
- PACHIMETRIA CORNEALE
- TOPOGRAFIA CORNEALE
- ERG
- PEV

PER L'ELENCO COMPLETO CONSULTARE L'ACCETTAZIONE

I valori a cui si ispira sono esplicitati nella **Carta dei Servizi**, lo strumento ufficialmente previsto dalle recenti norme in materia, che consente ai Clienti 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.

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, cortesìa 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 e di aggiornamento del persona;*
- ❖ **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 dell'assistenza sanitaria.

Premesso ciò, 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.

L'obiettivo principale del Servizio é di fornire, in accordo con le norme di Buona pratica della Diagnostica, e con la massima Qualità, le informazioni ottenibili dalle indagini, ai fini di medicina preventiva, di diagnosi e di terapia.

Gli obiettivi vengono perseguiti attraverso una specifica organizzazione che pone particolare attenzione al corretto utilizzo delle risorse economiche e di personale.

La Direzione del **Centro Oculistico di Paolo Melenchi & C. S.r.l.** ha previsto un programma che tende all'individuazione degli errori o problemi che si affacciano durante il percorso lavorativo, delle cause determinanti, della possibilità concreta di risoluzione di tali evenienze: in pratica un progetto di valutazione e miglioramento della Qualità Globale.

Per i prossimi 4 anni, in conformità a quanto dichiarato nella nostra ***Politica per la Qualità***, prevediamo di continuare il nostro percorso di miglioramento con l'obiettivo di:

- ✓ formalizzare e valutare le esigenze espresse e implicite del cittadino –utente
- ✓ attuare un continuo miglioramento del servizio
- ✓ fornire i referti nella migliore qualità compatibile e nel minor tempo di attesa adeguato a ciascuna situazione clinica
- ✓ perseguire un costante miglioramento delle attrezzature e delle metodiche
- ✓ attuare un aggiornamento preciso e continuo del personale
- ✓ realizzare un complesso organizzativo abilitato alla valutazione oggettiva della qualità dell'esame (metodo, operatore, strumentazione) e di tutte le fasi che costituiscono il percorso delle varie attività lavorative: dall'accettazione ed esecuzione dell'esame, fino alla refertazione e consegna delle risposte

- ✓ **soddisfare i requisiti cogenti applicabili**
- ✓ **individuare la migliore metodologia da applicare per una puntuale analisi dei rischi che possono interessare l'erogazione del servizio**
- ✓ **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.**

Pertanto, la Direzione Sanitaria 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.

messe a disposizione dall'Amministrazione del Centro.

Per il conseguimento degli obiettivi esposti, il Centro ha fissato i seguenti criteri generali:

GRADUALITA':

Centro Oculistico di Paolo Melenchi & C. S.r.l. concentra l'impegno di risorse umane, tecnologiche formative e finanziarie in modo graduale e progressivo con priorità nei settori ritenuti più critici e strategici

CONSENSO:

Ogni attività intrapresa per raggiungere gli obiettivi, viene attuata dopo aver rilevato le cause di criticità e aver ottenuto il maggiore consenso possibile dagli operatori e dagli utenti coinvolti.

VERIFICA:

Gli obiettivi e la politica della qualità sono oggetto di costante controllo ed analisi periodica, attraverso un sistema di misura dei livelli di qualità del servizio, basato principalmente sugli indicatori della qualità e di processo periodicamente rilevati, sulle non – conformità interne e sui reclami dell'utente, quale riferimento per prendere le decisioni atte a migliorare il servizio erogato e l'organizzazione stessa. Attraverso l'analisi dei dati aziendali, l'organizzazione verifica l'attività svolta in funzione della politica per la qualità, pianificando gli interventi migliorativi, la formazione del personale, gli eventuali miglioramenti attraverso il piano di attività, stabilito su base quadriennale e monitorato con scadenza annuale.

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.

- focalizzare la propria attenzione sulle esigenze dei clienti interni (personale dipendente e collaboratori) ed esterni (pazienti)
- conseguire costantemente il miglioramento continuo della qualità
- formare tutto il personale sul sistema di gestione per la qualità aziendale.
- implementare un piano di analisi del rischio per la prevenzione degli eventi avversi.

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.*

Tali 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.

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.

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.

Infine, il presente documento è parte integrante della Carta, sottoposta all'attenzione di associazioni, comitati, personale interno e dell'utente stesso al fine di recepirne eventuali considerazioni.

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 attribuite in Delibera 341 del 29.04.2004), 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.

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, l'organigramma con l'assegnazione dei vari livelli di responsabilità per ciascuna funzione (medici, infermieri, ecc.), è riportata in allegato al presente documento.

Allegati al presente documento:

Organigramma -Mansionario
Analisi del Sistema di Gestione della Qualità
Verbale di Riesame del Sistema di Gestione Qualità
Piano di Miglioramento

Caserta, 01/12/2021

Redatto

Direzione Generale