

Politica per la Qualità

Il Centro Cardiologico Monzino, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico accreditato con il Sistema Sanitario Nazionale e interamente dedicato alla prevenzione diagnosi e trattamento delle malattie cardiovascolari, persegue l'eccellenza nel campo cardiovascolare attraverso l'integrazione tra attività clinica, assistenziale, ricerca scientifica, innovazione e formazione. Il Centro Cardiologico Monzino pone la persona assistita al centro delle proprie attività, promuovendo modelli organizzativi e professionali avanzati, percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali personalizzati, approcci multidisciplinari assicurati al paziente anche grazie all'organizzazione dipartimentale e una costante attenzione alla qualità e alla sicurezza delle cure.

Per il Centro Cardiologico Monzino la qualità non è intesa esclusivamente come conformità documentale o certificativa, ma come capacità dell'organizzazione di garantire cure appropriate, innovative, sicure, efficaci, tempestive, continue, coordinate, misurabili e orientate all'attenzione alla persona e ai bisogni dei pazienti e delle parti interessate.

In coerenza con gli indirizzi strategici aziendali, con il percorso di accreditamento internazionale Joint Commission International e con il Sistema di Gestione per la Qualità certificato ISO 9001, la Direzione si impegna a promuovere una cultura della qualità fondata su leadership, responsabilità diffuse, partecipazione dei professionisti, gestione del rischio, utilizzo dei dati, valutazione delle performance, apprendimento dagli eventi e miglioramento continuo.

La qualità rappresenta pertanto una responsabilità aziendale trasversale, che coinvolge la Direzione, i responsabili clinici e gestionali, i professionisti sanitari, il personale tecnico-amministrativo, i servizi di supporto e tutti coloro che contribuiscono, direttamente o indirettamente, al percorso di cura.

La Direzione definisce gli obiettivi, rende disponibili competenze e risorse, verifica i risultati e promuove gli interventi correttivi. Ogni professionista conosce il proprio contributo, segnala criticità e partecipa al miglioramento; l'autonomia professionale si esercita in un quadro di responsabilità comune, con attenzione all'efficacia delle cure e all'appropriatezza delle risorse impiegate.

Il Sistema di Gestione per la Qualità certificato secondo ISO 9001 offre un metodo per rendere espliciti i processi, assegnare responsabilità, presidiare i rischi organizzativi, rilevare le non conformità e verificare nel tempo l'efficacia delle azioni adottate. Il suo valore si realizza pienamente quando le verifiche dei processi sono collegate ai risultati clinici e alla concreta esperienza delle persone. Lo spirito degli standard internazionali di accreditamento sanitario, tra cui quelli della Joint Commission International, aggiunge un punto di osservazione specifico: l'intero percorso del paziente, la sicurezza nei passaggi di cura, l'integrazione tra professionisti, la leadership clinica e la valutazione degli esiti. È una prospettiva complementare alla certificazione ISO 9001, che sollecita a giudicare la qualità anche attraverso ciò che accade al paziente, oltre che attraverso la conformità dei processi.

Qualità come impegno verso i pazienti

La Direzione si impegna a:

- garantire il soddisfacimento dei bisogni di cura e di assistenza e l'appropriatezza delle prestazioni cliniche, efficacia, continuità e personalizzazione delle prestazioni cliniche e assistenziali;
- promuovere la sicurezza del processo di cura e di assistenza come dimensione essenziale della qualità delle cure, attraverso l'identificazione, la prevenzione e la gestione dei rischi clinici, assistenziali, organizzativi e tecnologici;
- sviluppare, aggiornare e applicare Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali e modelli di presa in carico multidisciplinare fondati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili; le decisioni diagnostiche e terapeutiche si fondano sulle migliori evidenze disponibili, sulla competenza dei professionisti e sulle condizioni e preferenze della persona. Percorsi clinico-assistenziali, protocolli e linee guida sono aggiornati alla luce della ricerca e verificati nella pratica;

- assicurare una presa in carico globale della persona, orientata ai bisogni clinici, assistenziali, informativi, relazionali e alla continuità del percorso di cura;
- migliorare la pratica clinica tramite attraverso la revisione dei casi, l'analisi degli esiti delle cure, il clinical audit, il confronto multidisciplinare e la definizione di azioni di miglioramento. Il governo clinico collega sviluppo della conoscenza, formazione, audit tra pari e revisione dei casi ai cambiamenti effettivi nell'assistenza. La ricerca dell'IRCCS contribuisce a questo ciclo quando i suoi risultati diventano conoscenza valutabile e, ove appropriato, cura applicabile;
- avere la consapevolezza che l'appropriatezza riguarda tanto la scelta di intervenire quanto quella di evitare esami e trattamenti privi di beneficio atteso;
- monitorare indicatori della qualità, sicurezza, appropriatezza, esito, efficienza, tempestività, continuità e soddisfazione del paziente, utilizzandoli come strumenti di governo e miglioramento delle cure e confrontandoli con quelli espressi dal Portale di Governo della regione Lombardia e coerenti con il PNE;
- considerare la complessità clinica e la gravità dei pazienti nell'interpretare gli esiti: confronti tra unità operative, periodi o altre strutture richiedono dati affidabili, definizioni condivise e, quando necessario, un adeguato aggiustamento per il rischio. Nessun indicatore isolato esaurisce il giudizio sulla qualità;
- mantenere elevati livelli di prestazione con modelli organizzativi interdisciplinari sviluppati con una condivisione degli obiettivi clinici ed aziendali;
- garantire la disponibilità e la corretta comunicazione delle informazioni cliniche, la continuità nei passaggi di cura e il coinvolgimento del paziente e dei familiari nei processi assistenziali;
- avere la consapevolezza che la qualità di un singolo atto non compensa una discontinuità del percorso complessivo. La continuità richiede informazioni cliniche complete e tempestive, passaggi di consegne chiari e coordinamento fra attività ambulatoriali, ricovero, urgenza, riabilitazione e rete territoriale;
- assicurare la miglior assistenza basata su un modello organizzativo che garantisca l'applicazione delle migliori evidenze scientifiche e delle tecniche assistenziali più moderne e che garantisca, ad ogni persona, una presa in carico olistica con una risposta adeguata ai suoi bisogni;
- selezionare e adottare tecnologie, farmaci, dispositivi medici, materiali sanitari apparecchiature e impianti di elevato standard qualitativo, coerenti con l'efficacia dei trattamenti e la sicurezza delle cure e tra i più evoluti e innovativi tra quelle disponibili sul mercato;
- realizzare e mantenere ambienti di diagnosi, cura, intervento, attesa, accoglienza e degenza adeguati, sicuri, accessibili, confortevoli per pazienti, accompagnatori e visitatori e con una attenzione all'umanizzazione;
- garantire elevati standard di servizio alberghiero;
- individuare e mettere in atto costantemente l'innovazione diagnostica e terapeutica;
- rilevare e valorizzare la voce del paziente attraverso strumenti di ascolto, Customer Satisfaction, gestione delle segnalazioni e analisi dell'esperienza di cura; il paziente è parte attiva delle decisioni che lo riguardano. Informazioni chiare, consenso consapevole, rispetto della dignità e della riservatezza, ascolto dei bisogni e coinvolgimento dei familiari quando appropriato sono componenti della qualità, insieme alla competenza tecnica;
- garantire parità di accesso alle cure e di trattamento, rispetto della dignità della persona, tutela della riservatezza e assenza di discriminazioni; l'accessibilità e la tempestività delle risposte sono valutate in relazione al bisogno clinico. L'organizzazione mira a ridurre ostacoli evitabili lungo il percorso e a riconoscere condizioni di vulnerabilità che richiedono supporti specifici.

Qualità come impegno verso il sistema sanitario, il territorio e le parti interessate

La Direzione si impegna a:

- mantenere la conformità ai requisiti autorizzativi, di accreditamento regionale, contrattuali, cogenti e volontari applicabili;
- promuovere e sostenere il percorso di accreditamento internazionale Joint Commission International come leva di evoluzione del sistema qualità, di standardizzazione dei processi, di sicurezza del paziente e di miglioramento continuo;

- mantenere ed evolvere il Sistema di Gestione per la Qualità certificato ISO 9001 e il Sistema di Gestione Sicurezza certificato ISO45001 per garantire sicurezza e salute ai lavoratori, maggior sicurezza per i pazienti e per esprimere il proprio impegno per la sostenibilità, la tutela ecologica e il miglioramento continuo delle prestazioni ambientali; tali Sistemi sono sviluppati assicurandone la coerenza con gli obiettivi clinici, organizzativi e strategici dell'Istituto;
- integrare le proprie attività cliniche ed assistenziali con gli altri erogatori del territorio attraverso la partecipazione attiva al sistema di emergenza urgenza lombardo AREU, con le principali ASST, con i poliambulatori esterni e con le reti di patologia in pieno adempimento delle normative definite da Regione Lombardia;
- promuovere un utilizzo appropriato e responsabile delle risorse, orientato all'efficacia delle cure, all'efficienza dei processi e alla sostenibilità del sistema;
- comunicare la presente Politica ai pazienti, agli utenti privati, ai fornitori, alle Istituzioni, al personale e alle altre parti interessate attraverso gli strumenti istituzionali di comunicazione disponibili.

La presente Politica si coordina con gli impegni aziendali in materia di salute e sicurezza dei lavoratori (sistema di gestione ISO45001) e di tutela ambientale (sistema di gestione ISO14001), presidiati attraverso i rispettivi sistemi di gestione, mantenendo tuttavia il proprio specifico orientamento alla qualità delle cure e dei servizi.

La Qualità come impegno verso i professionisti e le risorse umane

La Direzione riconosce che la qualità delle cure dipende in modo essenziale dalla competenza, dalla responsabilità, dal coinvolgimento e dalla collaborazione delle persone che operano nell'organizzazione.

A tal fine si impegna a:

- valorizzare le risorse umane promuovendo competenza professionale, collaborazione multidisciplinare, responsabilità individuale, rispetto reciproco e senso di appartenenza;
- garantire la partecipazione attiva dei professionisti alla definizione, applicazione e miglioramento dei processi clinici, assistenziali, tecnici e organizzativi;
- e le relazioni tra i dipendenti, gli appaltatori i collaboratori a vario titolo, i fornitori coinvolgendoli direttamente nella realizzazione della Politica della Qualità;
- promuovere il confronto, la comunicazione e la sinergia tra Dipartimenti, Unità Operative, Servizi e funzioni di supporto; realizzare iniziative che favoriscano il coinvolgimento dei propri operatori anche attraverso le relazioni sindacali;
- favorire il coinvolgimento dei leader clinici, assistenziali, tecnici e amministrativi nella scelta delle priorità di miglioramento, nella selezione degli indicatori e nel monitoraggio dei risultati per garantire la partecipazione attiva, guidare e sostenere le persone affinché contribuiscano all'efficacia del sistema di gestione della qualità;
- garantire l'assunzione da parte degli operatori, a tutti i livelli aziendali, della responsabilità personale per risultati, la disponibilità alla collaborazione, il rispetto reciproco, il senso di appartenenza ad una organizzazione che opera per la salute dei cittadini e per la ricerca scientifica;
- sostenere una cultura della qualità e della sicurezza orientata alla segnalazione, all'apprendimento dagli eventi, alla trasparenza, al confronto e al miglioramento;
- assicurare formazione, aggiornamento e sviluppo delle competenze del personale clinico, assistenziale, tecnico e amministrativo, in coerenza con ruoli, responsabilità, rischi specifici, obiettivi aziendali e standard applicabili;
- sostenere il benessere organizzativo, l'inclusività, la parità di genere e la valorizzazione delle professionalità;

Governance della qualità e miglioramento continuo

La Direzione si impegna a consolidare un modello di governance della qualità coerente con il percorso JCI. Il modello attuale evolverà verso un approccio volto a:

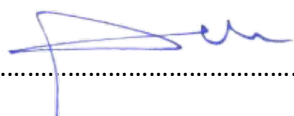
- definizione di priorità aziendali di qualità e sicurezza delle cure;
- assegnazione chiara di ruoli, responsabilità e process owner;

- governo integrato dei processi clinici, assistenziali, organizzativi e di supporto;
- gestione del rischio clinico e organizzativo;
- selezione e monitoraggio di indicatori di struttura, processo, esito e performance; la Direzione e i responsabili dei processi definiscono un insieme equilibrato di misure: esiti clinici e complicanze, appropriatezza, eventi di sicurezza, continuità, tempi di risposta, esperienza delle persone, competenze e uso delle risorse;
- raccolta, analisi, validazione e utilizzo dei dati a supporto delle decisioni; per ogni misura sono chiarite finalità, fonte, qualità del dato, responsabilità di rilevazione, frequenza di analisi e modalità di restituzione. I dati sono letti nel loro contesto clinico e organizzativo, tenendo conto della numerosità dei casi e del rischio dei pazienti;
- audit clinici, audit organizzativi, basati su revisioni documentali e osservazioni sul campo e, al tempo stesso, sempre più su metodologia tracer;
- definizione, attuazione e verifica di efficacia delle azioni correttive e di miglioramento;
- risultati inattesi e scostamenti dagli obiettivi attivano approfondimenti con i professionisti, audit clinici e analisi delle cause. Gli interventi sono assegnati a responsabili, accompagnati da tempi di attuazione e successivamente rivalutati per verificarne l'effetto. La misurazione deve servire a orientare decisioni e apprendimento, non a produrre graduatorie prive di interpretazione clinica;
- riesame periodico da parte della Direzione;
- coinvolgimento dei professionisti, dei pazienti e delle parti interessate.

La Direzione considera il miglioramento continuo parte integrante dell'attività quotidiana dell'Istituto e responsabilità condivisa di tutta l'organizzazione.

La presente Politica viene riesaminata periodicamente dalla Direzione per garantirne l'adequatezza, l'attualità e la coerenza con gli indirizzi strategici, gli standard applicabili, gli esiti delle valutazioni interne ed esterne, le esigenze delle parti interessate e l'evoluzione del percorso di accreditamento JCI intrapreso.

Milano, li 30/09/2026



.....

Amministratore Delegato – Ing. Mauro Melis