

Ospedale Evangelico Internazionale
CORSO QUALITA' 4/6/2013

IL SISTEMA QUALITA' E LE NORME ISO

E.F.INTRA, 2013

BREVE STORIA DELLA QUALITA'

- La qualità appare per la prima volta con l'approccio al lavoro di tipo artigianale in cui l'esecutore è, contemporaneamente, produttore e controllore del proprio operato.
- Ci viene tramandato che, già ai tempi dei Fenici, ci fossero ispettori che mozzavano la mano a chiunque violasse gli standard stabiliti.
- Nel codice di Hammurabi, intorno al 2150 a.C., si descriveva, invece, come dovessero essere costruite le case e si prescriveva che un muratore che avesse costruito male una casa, dovesse essere addirittura ucciso!

BREVE STORIA DELLA QUALITÀ

- Tra il 1920 e il 1945, si sviluppano le tecniche di controllo statistico della qualità dell'output grazie a Gorge D. Edwards e a Walter A. Shewhart.
- Alla fine della seconda guerra mondiale, si iniziò a parlare di qualità in maniera sistematica grazie al Giappone che dovette trovare uno strumento che gli permettesse di riprendersi dalla profonda crisi economica nella quale si stava dibattendo dopo la sconfitta e che rappresentasse una nuova variabile competitiva.

BREVE STORIA DELLA QUALITÀ

- E' proprio in quegli anni che iniziò a maturare il “modello giapponese”, antitetico rispetto al modello occidentale, che aveva i suoi limiti nella divisione del lavoro e nell'incapacità di soddisfare la variabilità della domanda.
- Nel 1946 venne fondata la American Society for Quality Control che, in seguito, diventerà la American Society for Quality.
Nel 1947 Deming fu chiamato dal Supreme Command for the Allied Powers (SCAP) per aiutare la preparazione del censimento del 1951 in Giappone.
- Negli anni '50, alcuni settori (aerospaziale, nucleare, petrolchimico, ecc) si chiesero come potessero fare per applicare il concetto di controllo di prodotto

BREVE STORIA DELLA QUALITA'

- Nel 1959 il Dipartimento della Difesa americano emise la prima norma dedicata alla qualità, lo standard militare MIL-Q-9858A "Quality program requirements", primo esempio di normativa
- Nel 1979 le British Standards pubblicarono la BS 5750 per i Sistemi Qualità che può essere considerata come la progenitrice delle attuali ISO 9001.
Sempre nel 1979 si istituì il comitato tecnico TC 176 che ha il compito, ancora oggi, di aggiornare **le norme della serie ISO 9000**.
- Nel 1987, infatti, l'International Organization for Standardization adottò il codice britannico BS 5750 e pubblicò quella che ora è chiamata serie di norme ISO 9000.

ACCREDITAMENTO

Definizione di requisiti qualitativi, stabiliti da una Autorità istituzionalmente riconosciuta, che devono essere soddisfatti per poter accedere ad un certo percorso (p.e. la Regione ha il potere di accreditare le strutture sanitarie).

AUTORIZZAZIONE

Concessione che deve essere rilasciata da un'Autorità istituzionalmente riconosciuta per lo svolgimento di una certa attività.

CERTIFICAZIONE ISO 9001:2008

UNI EN ISO	<u>UNI=Ente Italiano di Unificazione</u> <u>EN=Norma Europea</u> <u>ISO=International Organization for Standardization</u>
Ente Verificatore	Ente ufficialmente riconosciuto da <u>ACCREDIA</u> (Sistema Italiano di Accreditamento) che ha facoltà di rilasciare, previa verifica, la certificazione di qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2008.

UNI EN ISO 9001

Cosa è la ISO 9001?

La ISO 9001 è uno standard internazionale relativo alla gestione della Qualità, applicabile da tutte le Organizzazioni, operanti in qualsiasi settore di attività.

E' basata su otto principi di gestione per la qualità (tutti indispensabili per una buona conduzione aziendale).

SISTEMA GESTIONE QUALITA' (SGQ)

- L'insieme di azioni che una struttura ha deciso di intraprendere affinché il servizio erogato risponda ai requisiti di qualità riconosciuti a livello internazionale (UNI EN ISO 9001:2008)

Certificazione di qualità'

- Controllo effettuato da un Ente Autorizzato volto a verificare che il SGQ adottato sia conforme alla Norma UNI EN ISO 9001:2008

Manuale della Qualità

- Documento formale in cui la struttura descrive le modalità adottate a svolgere un' attività o un servizio utilizzando regole , modalità operative e controlli interni, visite ispettive, Audit, secondo uno schema predefinito (PG, IO, ecc.)dalla Norma UNI EN ISO 9001:2008

Responsabile per la qualità- RSGQ

- Persona incaricata di mantenere efficiente ed aggiornato il SGQ: è il “Referente” della struttura per la Qualità

Rappresentante per la Direzione - RD

- Persona a cui la Direzione Generale fa riferimento per la gestione di più SQ aziendali , che ha l'incarico di revisionare tutti i dati disponibili (VI, Audit, NC, AC ecc.) con la DG (Riesame della Direzione) al fine ultimo di comunicare le modalità di miglioramento dei SQ gestiti (PMQ).

Sistema Qualità (MAQ)

- Politica per la qualità (mission)
- Scopo e campo di applicazione, riferimenti, termini e definizioni, Struttura di gestione per la Qualità)
- Responsabilità della Direzione
- Procedure generali
- Procedure specifiche (Regole dell' UO)
- Istruzioni operative (Regole dell' UO)
- Gestione delle risorse
- Realizzazione del prodotto
- Misurazione analisi e miglioramento

Ospedale Evangelico
Internazionale
CORSO QUALITA' 4/6/2013

**SISTEMA DI MONITORAGGIO, AUDIT,
VISITE ISPETTIVE E RIESAME DELLA
DIREZIONE**

PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA CERTIFICAZIONE

- programmazione e definizione di una strategia;
- definizione di un percorso per raggiungere gli obiettivi proposti;
- definizione di indicatori che permettano la misurazione degli obiettivi;
- formazione ed informazione di tutte le persone coinvolte nel processo produttivo;
- verifica del raggiungimento degli obiettivi;
- rivisitazione di quanto fatto per capire dove, come e perché si è sbagliato, oppure in assenza di mancati obiettivi cercare di capire come può essere fatto meglio quanto si è già fatto bene;
- nuova programmazione *il ciclo continua puntando al miglioramento continuo*

RUOLO DELLA DIRIGENZA NEL SGQ

La dirigenza dell'organizzazione ha un ruolo basilare nella Certificazione di Qualità, è quella che deve dare la programmazione ed i percorsi da seguire, pianificare la formazione/informazione del personale, pianificare i momenti di verifica, far crescere nel personale la consapevolezza dell'importanza del Sistema di Gestione Qualità.

RUOLO DEL PERSONALE NEL SGQ

Il personale, dipendenti e collaboratori, sono coloro che devono mettere in pratica le direttive della dirigenza, per la migliore implementazione possibile del SGQ. La formazione ed informazione del personale è indispensabile affinché il processo produttivo funzioni secondo quanto previsto. Altrettanto importante è la consapevolezza che la Certificazione di Qualità non è un'etichetta astratta che non ha niente a che vedere con la quotidianità, ma al contrario è nell'applicazione quotidiana che riesce a portare i maggiori vantaggi, magari non immediati ma certamente a medio e lungo termine.

RUOLO DEL RSQ

Il ruolo del RSQ è essenzialmente quello di interfaccia e coordinamento tra la dirigenza ed il personale. RSQ non definisce le strategie dell'organizzazione, ma supporta la dirigenza affinché queste strategie siano sempre congruenti con quanto previsto all'interno del Sistema di Gestione Qualità.

CONCLUSIONI

- La Certificazione ISO è un sistema di gestione strutturato nei dettagli , uno strumento di lavoro efficiente ed efficace se condiviso dal Personale e dai Dirigenti che consente di arrivare al miglioramento continuo della Qualità:
- in tutto il mondo occidentale ha fatto storia e le regole ISO sono tuttora la base su cui in sanità sono state costruite sia l' Accreditamento Istituzionale Regionale che le Certificazioni Professionali.

ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE

- Gestito dai professionisti
- Strumento professionale teso ad elevare la qualità dell'assistenza
- Sistema autoregolamentato:
 - focus sulla formazione, l'auto-sviluppo, la protezione dal rischio;
 - revisione "generale" dei sistemi gestionali
 - standard di eccellenza (confronto con il best in class),
- responsabilità professionale personale

Rapporto con i Professionisti

- il ruolo principale è e deve essere svolto,
- dai Professionisti
- “i Professionisti sono depositari delle conoscenze necessarie per individuare elementi accreditanti, e criteri per la definizione del grado di adeguatezza delle diverse situazioni organizzative a detti elementi”.

Accreditamento professionale FCSA

L'accreditamento è il processo di autovalutazione e di revisione esterna fra pari utilizzato dalle organizzazioni sanitarie per valutare accuratamente il proprio livello di performance relativamente a standard prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo del sistema sanitario.

ISQua (International Society for Quality in Health Care) *Regole operative della federazione, 1998*

Prerequisiti dell'accreditamento

- Disponibilità del Servizio alla valutazione e richiesta volontaria della visita
- Visita di valutazione in quanto parte di un programma /percorso più complessivo sulla Qualità
- Disponibilità di un gruppo esterno di valutazione indipendente
- Prospettiva di una seconda visita
- Disponibilità di materiale e informazioni sul servizio prima della visita (autovalutazione)

Glossario

- **Audit (visita di accreditamento):**

processo sistematico ed indipendente mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito, e se quanto stabilito viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi.

- **Auditor (valutatore):**

persona qualificata ad eseguire verifiche ispettive della qualità (volontario; verifica fra pari).

“Principi” relativi ai valutatori:

- **Comportamento etico (il fondamento della professionalità):**

- Fiducia
- Integrità
- Riservatezza
- Discrezione

- **Presentazione imparziale (l’obbligo di riportare fedelmente e con precisione):**

- Le risultanze, le conclusioni ed il verbale devono riflettere fedelmente ed accuratamente le attività svolte durante la visita.
- Vanno riportati ostacoli significativi incontrati e le opinioni divergenti non risolte tra i valutatori e l’organizzazione valutata.

- **Adeguatezza professionalità (l’applicazione di accuratezza e di discernimento nell’attività di valutazione):**

- I valutatori devono possedere la **competenza** necessaria per svolgere i compiti loro assegnati, **nel rispetto della fiducia** loro accordata dai **committenti (FCSA)** e dalle **altre parti interessate**.

Ruolo del valutatore necessita di:

- **CAPACITA'**
- **COMPORAMENTI CONSAPEVOLI**
- **COMPETENZE**
 - formazione professionale, “regole” comuni
 - trasformazione delle conoscenze in azioni
 - modo di essere; maturazione

CONOSCENZE

- Sistemi Qualità:
 - Basi dell'Accreditamento e gestione dei più diffusi modelli di Gestione Qualità
 - Procedura di Accreditamento FCSA
 - Manuale e Standard FCSA (termini e definizioni)
- Professione:
 - Istruzione ed esperienza
 - Linee Guida FCSA

Capacità e comportamenti del Valutatore

- avere rispetto dell'altro
- essere disponibile all'ascolto e confronto
- essere leale, trasparente, responsabile.
- lavorare in gruppo
- rispettare gli impegni
- essere aderente alla realtà
- non personalizzare
- oggettivare la visita di verifica
- essere equilibrato ed equidistante
- saper trasmettere suggerimenti professionali per
- sviluppare miglioramenti
- motivare sempre le ragioni

“Gruppo” di lavoro

- Insieme di persone che svolgono attività in collaborazione
- Compito del gruppo: verifica dell'aderenza dell'organizzazione della struttura valutata ai requisiti previsti dal modello FCSA.
- Aspetti relazionali:
 - consapevolezza reciproca
 - interazione
 - saper ascoltare
- Partecipazione condivisa:
 - alla programmazione della visita,
 - alla rilevazione delle criticità
 - all'individuazione di soluzioni

Funzioni del valutatore

- rappresenta il committente (FCSA)
- garante della trasparenza dell'attività di verifica
- gestisce e organizza il tempo della verifica
- gestisce la comunicazione con la struttura
- crea clima favorevole
- annota le evidenze
- verifica sul campo

Regole di Comportamento

- Rispetto per le persone con cui dovrà rapportarsi
Rispetto della riservatezza delle informazioni ottenute per effetto del mandato ricevuto
- Segnalazione preventiva di situazioni di conflitto di interessi
- Comportamento corretto e leale, non orientato al perseguimento di interessi ed opportunità personali, così come da *Codice Deontologico* dei valutatori per l'accreditamento FCSA, da controfirmarsi prima della verifica.

Convocazione dei valutatori

- La Segreteria FCSA invia ai valutatori la convocazione tramite e-mail almeno 30 giorni dalla data della visita di verifica (escluso emergenza)
- I valutatori rispondono comunicando la propria disponibilità o indisponibilità a stretto giro di e-mail (max 48 ore). Ogni valutatore dovrà fornire alla Segreteria - su apposito format – una dichiarazione firmata di secondo quanto previsto dal Codice Deontologico.
- I valutatori devono far fronte all’impegno assunto al momento della iscrizione all’albo: la rinuncia a partecipare a una verifica deve essere sostenuta da motivazioni rilevanti.
- Ripetuti rifiuti (quattro consecutivi) a partecipare ad attività di verifica comportano l’esclusione dalla lista dei valutatori (escluso rifiuti a richieste di emergenza o autoesclusioni dalla lista per periodi definiti e concordati).

LA VISITA (AUDIT) DI VALUTAZIONE

- “Principi” relativi alla visita:
- **Indipendenza (la base per l'imparzialità della visita e l'obiettività delle sue conclusioni):**
- Gli auditor devono essere:
 - **Indipendenti** dall'attività **oggetto** della visita
 - **Liberi da pregiudizi**
 - **Esenti da conflitti** di interesseGli auditor devono:
 - Conservare **obiettività** di pensiero
 - Assicurare che le **risultanze** e le **conclusioni** dell'audit, siano basate solo sulle **evidenze** dell'audit.
- **Approccio basato sull'evidenza (il metodo razionale per raggiungere conclusioni di audit affidabili e riproducibili):**
 - Le **evidenze** dell'audit devono essere **verificabili**
 - Considerato che il **tempo** per effettuare un audit è **limitato**, le **evidenze** si basano su **campioni** delle informazioni disponibili
 - L'uso del **campionamento** deve essere **appropriato**.

Modello dell'Accreditamento Professionale FCSEA

- 22 Standard classificati in 7 capitoli (ambiti) di riferimento
- Ogni Standard comprende elementi misurabili (tot 98)
- Vengono accreditati i CT
- Punti fondamentali:
 - Centralità del paziente
 - Verificabilità
 - Interfunzionalità
 - Omogeneità del trattamento
 - Comunicazione
 - Customer satisfaction

Obiettivi della visita

- Scambio di vedute e di opinioni “tra pari”
- Sostenere la credibilità e la diffusione dell’accreditamento professionale FCSA
- Verificare l’effettiva aderenza della struttura richiedente agli Standard
- Promuovere la qualità dei Centri stimolando i processi di miglioramento continuo

Regole per una “buona” visita



- Liberarsi da ostacoli
- percettivi, schemi mentali,
- esperienze precedenti,
- convinzioni personali
- Evitare di generalizzare il caso specifico
- Non guardare ma osservare
- Evitare il pregiudizio (predilezione per un particolare punto di vista)

Programmazione della verifica

- La Segreteria FCSEA pianifica la visita (format) e mette a disposizione dei valutatori la documentazione inviata dalla struttura oggetto della visita:
 - Richiesta partecipazione della Struttura
- Organigramma e funzionigramma
- Attività di laboratorio
- Gestione della Qualità
- Elenco dei documenti applicati
 - Manuale con autovalutazione in formato Excell ad uso valutatori

Preparazione e pianificazione della visita

- Ogni valutatore analizza la documentazione ed effettua un esame dell'organizzazione annotando eventuali problemi
- Se necessario richiede invio di documenti
- Condivide con il collega il programma della visita ed eventuali dubbi
- Si dividono i compiti

Preparazione: esame della documentazione

- **Presentazione** (breve) della struttura: collocazione; mission (finalità, scopi, ragion d'essere) e vision (orizzonti sfidanti)
- **Organigramma** (struttura ad albero) per capire i rapporti gerarchici e funzionali (descrive l'assetto dell'organizzazione e le responsabilità)
- **Funzionigramma** delinea gli ambiti di competenza di ciascuna figura professionale (il dettaglio delle attività effettuate è esplicitato nei piani organizzativi)

Preparazione: esame della documentazione

- Procedura per la gestione della documentazione prevede (ISO e Accr Ist):
 - la classificazione dei documenti
 - le responsabilità e le regole di approvazione
 - le modalità di diffusione e di rintracciabilità
- Elenco della documentazione: supporto per
- identificare le evidenze
- Manuale con autovalutazione
- Manuale in formato Excell ad uso valutatori

Conduzione della visita

- Pari dignità tra visitatori e visitati
- Massima correttezza e discrezione
- Collaborazione e non fiscalità
- Consulenza e non esame
- Presenza di adeguata e completa documentazione inerente tutte le attività

Livello di giudizio

- Non esprime pareri personali (non giudica **COME** si fa)
- Verifica che l'organizzazione ed i percorsi siano coerenti e presidiati (verifica **COSA** si fa nell'organizzazione per ottemperare agli standard)
- Valuta gli esiti (punto di vista *professionale*)
- Valuta la qualità percepita (punto di vista del *paziente/utente*)

Registrazione durante la visita

- Durante l'intervista e il sopralluogo i valutatori **registrano le evidenze**, le note e le osservazioni ai requisiti, in modo che poi sia possibile il confronto e la condivisione.
- Particolare attenzione va posta alle valutazioni Negative o N. A. e a tutti i punteggi diversi dall'autovalutazione; questi devono essere motivati nel verbale della verifica.
- I valutatori segnalano agli interlocutori le **criticità rilevate** e le condividono, per evitare incomprensioni.

Svolgimento della visita

- La visita sul campo si articola in quattro

Momenti:

1. Incontro preliminare con il Responsabile del Centro
2. Valutazione e Verifica (intervista e sopralluogo)
3. Riunione dei valutatori
4. Riunione finale con la struttura

Visita sul campo

- Dopo essersi presentato al Responsabile del Centro il team di valutazione procede all'esame della Lista di Autovalutazione;
- due momenti:
 - una **intervista** “a tavolino” al responsabile e agli operatori della struttura oggetto della visita e analisi delle evidenze;
 - un **sopralluogo** presso le varie articolazioni che la costituiscono.

Visita sul campo: intervista

- Finalizzata a capire il livello di aderenza dell'organizzazione rispetto al modello di accreditamento.
- Agli intervistati si chiede di illustrare i comportamenti messi in atto dalla struttura rispetto agli Standard richiesti e di poter esaminare la relativa documentazione.
- Quanto emerge dalle interviste potrà essere oggetto di verifica durante il sopralluogo.

Evidenze ricercate dal team di audit

- Il modello deve rispondere effettivamente alla realtà operativa ed organizzativa dichiarata nell'autovalutazione
- Devono essere stati identificati in modo oggettivo i punti di forza e di debolezza e debbono essere attuate coerentemente le azioni di miglioramento
- Necessario il riscontro delle registrazioni delle attività previste, unitamente agli indicatori di misura del processo oggetto di accreditamento con la gestione delle non conformità e delle relative azioni di miglioramento
- Nella visita di mantenimento si verificano i risultati ottenuti a seguito dell'adempimento delle raccomandazioni emerse nelle visite precedenti

Procedure richieste da FCSEA

- Gestione e controllo periodico di sistemi e apparecchiature dedicate alla gestione delle terapie antitrombotiche (0.4.1)
- Procedura per pazienti “ scomparsi” (1.1.12)
- Valutazione sospensione terapia (1.1.14)
- Modalità di intervento in caso di manifestazioni emorragiche maggiori o minori (1.4.1)
- Modalità di comportamento del paziente in caso di evenienza di eventi emorragici (1.4.4)
- Procedura pronta disponibilità H24 (1.4.5)
- Verifica eventi avversi (2.1.5)
- Esecuzione doppler sospetta TVP (6.2.1)
- Accesso doppler paz con sospetta TVP (6.2.2)

Organizzazione e responsabilità del Centro

- Trasparenza verso gli utenti: informazioni corrette e disponibili
- Responsabilità assistenziali definite e formalizzate
- Gestione della documentazione di riferimento per i processi (procedure, istruzioni, linee guida, registrazioni,...) e sanitaria (cartella clinica informatizzata, consensi,...)
- Gestione e controllo dei sistemi informativi e delle apparecchiature
- Partecipazione ad attività di ricerca e studi FCSA
- Partecipazione ad attività istituzionali FCSA (CQ clinico laboratoristico)

Assistenza al paziente

- Gestione della cartella clinica informatizzata al primo accesso e al follow up (set minimo obbligatorio dati anagrafici e anamnestici, dati clinici, risultati analitici, prescrizione della terapia, data inizio e termine,...)
- Modalità di consegna e distribuzione del referto/prescrizione
- Acquisizione del consenso informato e gestione privacy

Assistenza al paziente

- Gestione della terapia secondo linee guida
FCSA:
- fase di induzione, stabilizzazione, sospensione
- preparazione ad interventi chirurgici o manovre invasive (protocolli operativi)
- procedure clinico-assistenziali ed organizzative in caso di INR non terapeutici o di complicanze emorragiche
- procedura per la gestione delle urgenze h24 (tempi e referenti)

Qualità Terapeutica e Clinica

- Registrazione degli avventi avversi in cartella clinica secondo codifiche FCSA e monitoraggio periodico della frequenza
- Esecuzione di almeno uno dei CQ terapeutici (Qualità media periodica o Tempo trascorso in range) almeno due volte/anno
- Partecipazione al CQ terapeutico di FCSA

Qualità di Laboratorio

- Esecuzione di CQi e VEQ per tutti i test effettuati per i quali sono definiti:
 - frequenza
 - materiali e tipologia di controllo da impiegare (almeno uno normale ed uno patologico)
 - criteri di accettabilità
 - modalità di eventuali azioni correttive necessarie
 - modalità di registrazione e di conservazione della documentazione dei dati ottenuti (almeno 5 anni)
- VEQ di FCSEA obbligatoria

Educazione, informazione, formazione del paziente e customer

- Paz ambulatoriale in terapia o con trombofilia: informazione e formazione
 - patologia, effetti collaterali, dieta, rischi, controindicazioni
 - accesso al Centro e disponibilità dei medici
 - consenso informato, privacy
- Paz ricoverato o periferizzato: governo delle modalità di comunicazione
- Ascolto degli utenti (Customer)
- Campagne informative

Formazione del Personale

- Pianificazione ed organizzazione della formazione interna e partecipazione a corsi esterni (aggiornamento tecnico e professionale)
- Piani di inserimento di nuovo personale per garantire continuità assistenziale
- Eventi formativi e di aggiornamento per figure sanitarie esterne al Centro

Attività diagnostica (Clinico laboratoristica)

- **del Centro:**
 - Laboratorio: regole e norme su calibrazioni e procedure analitiche, identificazione e tracciabilità dei campioni, modalità di gestione dei campioni biologici; catalogo delle prestazioni
 - Diagnostica strumentale per TVP: regole per l'accesso anche in urgenza e la refertazione
- **esterna:**
 - Protocolli formalizzati per l'accesso alle prestazioni

Punteggi

- Accordo sulle modalità di attribuzione dei punteggi
- • Applicare una scala di graduazione
- **0** Standard non soddisfatto; non esistono evidenze; le evidenze contrastano o sono incoerenti con quanto richiesto.
- **1** Standard soddisfatto parzialmente; le evidenze non sono sufficienti a dimostrare che il Fattore di Qualità è soddisfatto; le evidenze dimostrano che quanto richiesto è sviluppato/applicato in modo carente o non strutturato o è sviluppato/applicato solo per alcuni aspetti.
- **2** Standard soddisfatto; le evidenze dimostrano che il Fattore di Qualità è sufficientemente soddisfatto; le evidenze dimostrano che quanto richiesto è completamente sviluppato/applicato/strutturato ma è evidentemente suscettibile di miglioramenti o ulteriori sviluppi.
- **3** Standard completamente soddisfatto; le evidenze dimostrano che il Fattore di Qualità è soddisfatto per tutti i suoi aspetti.
- **NA** Standard non applicabile in quanto i contenuti dello stesso non sono pertinenti allo specifico contesto/livello organizzativo

Briefing dei valutatori

- Al termine della visita riservare circa 30' per breve riunione dei valutatori durante la quale si attribuiscono i punteggi, si abbozza il verbale e si concordano i contenuti della comunicazione conclusiva
- **NON** eseguire questa fase durante la visita
- Qualora si verificassero discordanze non risolvibili lasciare in sospeso

Riunione di chiusura

- In presenza del Responsabile del Centro e del personale coinvolto
- Comunicazione delle valutazioni provvisorie, motivando solo i diversi punteggi assegnati agli standard
- Evidenziare i punti di forza e di debolezza della struttura dando suggerimenti per il miglioramento
- La valutazione definitiva sarà compito CD FCSA, sulla base delle segnalazioni del CTSA

Miglioramento

- Prendere atto della presenza/assenza di progetti di miglioramento
- Suggerimenti su cosa fare,
ad esempio:
 - allestire procedura per urgenza TAO
 - verificare con indicatore l'applicazione della procedura per la firma del consenso informato
- registrazione delle comunicazioni telefoniche CT/paz

