



## Verbale visita di verifica Accreditamento Professionale FCSA

Allegato 3  
Revisione 3  
del 25/03/2023

Pag. 1 di 2

<b>Verifica n°..... Data .....</b> Riferimento Codice .....	<b>Centro sottoposto a verifica: CENTRO N°.....</b> <b>Intestazione: .....</b> <b>Azienda: .....</b> <b>Località: .....</b> <b>Responsabile: .....</b>
<b>Riferimento:</b>  <input type="checkbox"/> Prima visita <input type="checkbox"/> Visita di mantenimento	<b>Principale documentazione di riferimento:</b>  <input type="checkbox"/> Manuale degli Standard
<b>Responsabile Gruppo di Verifica:</b> .....	<b>Responsabile della struttura coinvolta:</b> .....
<b>Componenti del Gruppo di Verifica:</b> .....	<b>Altro personale:</b> .....

**Note:**

- la Visita sul campo si è svolta nei tempi previsti.....  Si  No
- Sono stati valutati tutti gli Standard .....  Si  No
- Sono stati intervistati altri operatori oltre al Responsabile .....  Si  No
- Altre annotazioni

.....  
 .....

Riferimento	Criticità del Sistema ed osservazioni	
<b>Lista di autovalutazione</b>	Compilata dal responsabile del CT Condivisa con il personale di UO	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Valutazione delle non conformità e delle azioni di miglioramento</b>	Registrati gli eventi avversi/Non conformità Attuate azioni di miglioramento Ulteriori osservazioni: .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Valutazione degli Indicatori</b>	Indicatori presenti Indicatori regolarmente compilati ed inseriti Indicatori discussi e attuate conseguenti azioni di miglioramento. Ulteriori osservazioni..... .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Riconoscimento formale del Centro</b>	Il Centro è formalmente riconosciuto Se no, specificare se l'Azienda/ Ospedale di appartenenza è disposto a ufficializzare il riconoscimento del Centro Eventuali problematiche emerse ..... .....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Altre certificazioni</b>	Certificato ISO Accreditamento Istituzionale Altro tipo (specificare).....	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### VARIAZIONI RILEVATE

*Indicare gli elementi degli standard con punteggio variati e i punteggi zero anche se confermati.*

N° Standard	Punteggio Autovalutazione	Nuovo punteggio	Evidenze variazione



**Verbale visita di verifica  
Accreditamento Professionale FCSA**

Allegato 3  
Revisione 3  
del 25/03/2023

Pag. 2 di 2

N° Standard	Punteggio Autovalutazione	Nuovo punteggio	Evidenze variazione

**SUGGERIMENTI DI MIGLIORAMENTO**

N° Standard	Criticità evidenziata	Suggerimento dei valutatori

**ESITO DELLA VALUTAZIONE**

N° Standard	Punteggio Autovalutaz	Punteggio Ottenuto	Punteggio pesato	Punteggio Massimo
0				20
1				30
2				20
3				15
4				5
5				10
<b>TOTALE</b>				<b>100</b>

**Livello di raggiungimento dell'obiettivo accreditamento**

Range Punteggio	GIUDIZIO	Suggerimento FCSA
0-50	<b>INSUFFICIENTE</b> <input type="checkbox"/>	Si ritiene necessaria una verifica, sulla base delle criticità evidenziate, entro 6 mesi
51-70	<b>SUFFICIENTE</b> <input type="checkbox"/>	Si ritiene il centro accreditato - verifica entro 6 mesi per chiusura NC
71-90	<b>BUONO</b> <input type="checkbox"/>	Si ritiene il centro accreditato - visita di mantenimento dopo 2 anni
91-100	<b>OTTIMO</b> <input type="checkbox"/>	Si ritiene il centro accreditato - visita di mantenimento dopo 2 anni

Data .....	I VALUTATORI:
------------	---------------

Data .....	Per il Direttivo FCSA: il Presidente Dott.ssa Daniela Poli
------------	---