

## Argomenti scientifico-culturali relativi all'area delle Cure Primarie che compaiono nelle normative nazionali e regionali e che si prestano a sviluppare Corsi ECM<sup>1</sup>

M.Angela Becchi, Presidente del Comitato Scientifico di ASSIMEFAC, Docente del Corso "Medicina Generale e Cure Primarie" (Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università di Modena e Reggio Emilia) e Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità" (Università di Modena e Reggio Emilia)

Argomenti	Sintesi
<b>Alleanza terapeutica</b>	<p>Contratto fra operatori e paziente/famiglia su ciò che paziente e famiglia devono fare con l'aiuto del personale sanitario per gestire la malattia e le cure. Vengono stabiliti compiti di paziente e famiglia (titolarità di attività nel piano assistenziale) e vengono offerti supporti da parte dei servizi per il paziente (servizi domiciliari, residenziali, centri diurni) e per il caregiver (servizi di supporto psicologico, di ascolto, di counselling, di auto aiuto). L'alleanza terapeutica si sviluppa attraverso tappe successive:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. conoscenza del paziente e della famiglia/caregiver</li><li>2. attivazione della partecipazione di paziente/caregiver al self-care</li><li>3. formazione di paziente/caregiver al self-care</li><li>4. garanzia di supporto attivo dei servizi per paziente/caregiver</li><li>5. attuazione degli interventi di self-care da parte di paziente/caregiver</li></ol>
<b>Approccio bio-psico-sociale</b>	<p>Approccio unitario e globale alla persona considerata nel contesto della sua famiglia. Tiene conto delle numerose variabili che influenzano la salute (salute multidimensionale) e propone attività clinico-assistenziali-organizzative-relazionali integrate e coordinate (attività di equipe, percorsi di cura e assistenza) con la partecipazione di paziente, famiglia e comunità. Prevede le seguenti tappe:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Valutazione dei bisogni multidimensionali di salute</li><li>2. Stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)</li><li>3. Attivazione della partecipazione di paziente e famiglia</li><li>4. Erogazione di interventi integrati, continui, globali, con verifica periodica di appropriatezza, risultati e d esiti</li></ol> <p>Ognuna di queste tappe prevede metodi e strumenti specifici messi in atto dai vari professionisti attraverso interventi sia individuali che di equipe</p>

<sup>1</sup> Per alcuni argomenti sono stati sviluppati metodi e strumenti, utilizzati nelle attività professionalizzanti delle Scuole di Medicina di Comunità e Medicina Interna

<b>Attività di equipe (lavoro in team, team work)</b>	<p>Processo basato su azioni coordinate, centrate sul paziente, finalizzate a risolvere problemi di salute multidimensionale. E' condotto da più persone che lavorano assieme (equipe multiprofessionale) contemporaneamente o in modo sequenziale secondo il modello dell'approccio bio-psico-sociale, acquisito a seguito di formazione specifica.</p> <p>Implica: condivisione di obiettivi, rispetto di opinioni diverse, fiducia nelle reciproche competenze, collaborazione fra ruoli diversi, coscienza dei limiti del proprio lavoro se fatto isolatamente, riconoscimento di un coordinatore.</p> <p>Prevede: interventi di equipe (assessment dei bisogni multidimensionali, stesura del piano assistenziale individuale, verifica periodica di appropriatezza del piano) e interventi individuali (prestazioni professionali dei singoli operatori). I diversi interventi sono unificati sul paziente da un coordinatore (operatore della equipe) con compiti precisi: stende il PAI, richiede la attivazione delle risorse, controlla che il PAI venga attuato e che le risorse attivate vengano erogate, controlla lo stato di salute del paziente, rileva e comunica i nuovi bisogni ai professionisti competenti, gestisce la comunicazione nella equipe</p>
<b>Bisogni di salute</b>	<p>Problemi riguardanti la salute multidimensionale. Il WHO ha proposta uno strumento per valutare i bisogni di salute (ICF= International Classification of Functioning, disability and health). L'ICF classifica i bisogni in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menomazioni di funzioni e strutture del corpo: problemi di funzioni fisiologiche e parti anatomiche</li> <li>• Limitazioni di attività e partecipazione: problemi nella esecuzioni di azioni, partecipazione a vita sociale, scolastica, lavorativa, economica</li> <li>• Barriere ambientali: ostacoli riferiti a ambiente fisico e sociale (abitazione, nucleo familiare, persone che forniscono aiuto, servizi)</li> <li>• Barriere personali: ostacoli legati a istruzione, professione, esperienze di vita, profilo di personalità</li> </ul>
<b>Caregiver</b>	<p>Letteralmente significa "donatore di cure" e indica colui che si prende cura di una persona che necessita di aiuto (malato cronico, anziano non autosufficiente, disabile). Il caregiver può essere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. caregiver informale: familiare (per lo più coniuge o convivente, figlio, nipote, genitore), amico, volontario, persona retribuita dalla famiglia (assistente domiciliare)</li> <li>2. caregiver formale: professionista dei servizi</li> </ol> <p>In relazione al caregiver si parla di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• burden del caregiver: carico assistenziale in termini di tempo impegnato e di prestazioni eseguite che causa difficoltà fisiche, psicologiche, sociali, economiche</li> <li>• burn-out del caregiver: sindrome di esaurimento psico-fisico che si sviluppa in risposta ad una ininterrotta serie di stress quotidiani</li> <li>• bisogni del caregiver: il caregiver richiede informazione (stato di salute del familiare, accesso a servizi e benefici economici), sostegno (psicologico, fisico, economico), formazione ( addestramento al self-care), riconoscimento ( del lavoro svolto, garanzia di essere parte di un progetto assistenziale integrato), garanzie (supporto dei servizi), opportunità (di mantenere il proprio lavoro attraverso flessibilità di orario, permessi retribuiti, congedi, part-time, di avere pause dall'assistenza)</li> <li>• caregiver competente: vedi competenze di paziente/caregiver</li> </ul>

<b>Centralità della persona</b>	E' la vision etica dell'approccio al paziente nel contesto della sua famiglia, con particolare riferimento al paziente complesso (paziente a complessità sanitaria e/o socio-assistenziale e/o familiare). Il paziente è posto al centro di un sistema di servizi sanitari e socio-assistenziali organizzati per rispondere ai suoi bisogni multidimensionali di salute attraverso le tappe dell'approccio bio-psico-sociale, sempre tenendo conto di opinioni, idee e sentimenti espressi dal paziente e dalla famiglia
<b>Coordinamento</b>	<p>E' la vision di etica organizzativa dei servizi alla persona. E' il processo che sta alla base di ogni attività integrata, mettendo in relazione fra loro le attività espletate da persone diverse per raggiungere un obiettivo comune. Consente di unificare sul paziente le prestazioni svolte da professionisti diversi con obiettivi comuni. Garantisce la continuità assistenziale nello stesso setting (continuità temporale) o in settings diversi (continuità spaziale).Il coordinamento può essere:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinamento di equipe multi professionale (es. equipe ospedaliera, domiciliare). Prevede un Responsabile (operatore della Equipe identificato sulla base della complessità del paziente e delle competenze richieste) a cui sono richieste le seguenti attività di coordinamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• fare la sintesi clinico-assistenziale dei bisogni rilevati in equipe (equipe reale o virtuale)</li> <li>• stendere il PAI a partenza dai bisogni e definito in equipe (equipe reale o virtuale)</li> <li>• richiedere la attivazione delle risorse previste nel PAI</li> <li>• controllare che il PAI venga attuato e che le risorse attivate vengano erogate</li> <li>• monitorare lo stato di salute del paziente, rilevare e comunicare i nuovi bisogni ai professionisti competenti</li> <li>• gestire la comunicazione interprofessionale</li> <li>• gestire i possibili conflitti</li> <li>• organizzare incontri periodici per valutare il raggiungimento degli obiettivi</li> </ul> </li> <li>2. Coordinamento del passaggio del paziente fra servizi diversi (es. da ospedale al domicilio). Sono richieste linee di Responsabilità fra i coordinatori delle diverse equipe coinvolte. Sono attività di coordinamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• segnalare i bisogni del paziente (informazioni clinico-assistenziali-familiari) utili alla presa in carico nel nuovo nodo della rete</li> <li>• fare una eventuale verifica dei bisogni</li> <li>• attivare le risorse necessarie per la cura e l'assistenza appropriata (PL in residenza, equipe domiciliare)</li> </ul> </li> <li>3. Coordinamento di un intero percorso di cura e assistenza. E' richiesto un Responsabile di salute globale che sia il punto di riferimento per paziente e famiglia nelle varie fasi della malattia. Il coordinatore deve conoscere paziente e famiglia, sapere leggere i bisogni ed i Piani Assistenziali Individuali definiti dalle equipes, verificare periodicamente lo stato di salute del paziente, rivedendo attività e risorse al cambiamento dei bisogni. A tal fine deve essere provvisto di competenze non solo cliniche ma anche gestionali e deve conoscere i principi ed i metodi della comunicazione e dell'etica organizzativa. Appropriato a questo ruolo è il MMG con Formazione adeguata</li> </ol>

<b>Dimissione Ospedaliera Protetta</b>	<p>Dimissione dall'Ospedale di pazienti che hanno superato la "fase critica" che ha determinato il ricovero, ma che non hanno ancora esaurito lo "stato di bisogno" e per i quali è necessario formulare prima della dimissione un piano di interventi sanitari o socio-sanitari (Piano Assistenziale Individuale) che garantisca la continuità di cura e assistenza nella rete integrata dei servizi territoriali</p>
<b>Educazione terapeutica</b>	<p>Processo educativo finalizzato alla gestione delle malattie croniche da parte di paziente e famiglia. E' attuata da operatori sanitari e/o socio-assistenziali competenti nel settore della formazione. Ha come obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aiutare i pazienti o gruppi di pazienti e loro familiari a capire malattie/disabilità e le relative cure</li> <li>• adattarsi alla malattia mettendo in atto strategie per superare i problemi personali e le difficoltà oggettive (coping)</li> <li>• gestire i trattamenti attraverso il self-care</li> <li>• prevenire le complicanze evitabili</li> <li>• collaborare con i servizi.</li> </ul> <p>L'Educazione Terapeutica produce un effetto terapeutico aggiuntivo a quello degli altri interventi (farmacologici, fisioterapici...) e allo stesso tempo contribuisce a ridurre i costi della lungoassistenza, a migliorare la qualità della stessa e la qualità di vita del paziente.</p> <p>Le azioni della Educazione Terapeutica sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fare prendere coscienza del problema</li> <li>2. informare e formare <ul style="list-style-type: none"> <li>• spiegare</li> <li>• dimostrare</li> <li>• fare ripetere azioni (in presenza dell'operatore)</li> <li>• fare esercitare (senza l'operatore)</li> <li>• verificare la acquisizione delle competenze</li> </ul> </li> <li>3. valutare periodicamente lo stato di salute del paziente</li> <li>4. rimodulare la formazione alla evoluzione della malattia.</li> </ol> <p>Prerequisito della Educazione Terapeutica è la competenza dell'operatore acquisita attraverso corsi pre-laurea e post-laurea specifici e l'esperienza acquisita durante la vita professionale</p>
<b>Educazione Sanitaria</b>	<p>Processo educativo finalizzato alla promozione della salute e alla prevenzione. E' attuata da operatori sanitari e/o socio-assistenziali competenti nel settore. Ha come obiettivo aiutare i cittadini o gruppi di cittadini e loro familiari a tutelare la propria salute attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• acquisizione di comportamenti positivi</li> <li>• eliminazione di comportamenti negativi</li> <li>• diagnosi precoce di malattia</li> <li>• prevenzione delle ricadute della malattia</li> </ul>

<b>Empowerment</b>	<p>Risultato di un intervento di Educazione Sanitaria o di Educazione Terapeutica attraverso cui un paziente o un gruppo di pazienti è messo nelle condizioni di sviluppare in modo autonomo e consapevole capacità di agire (autonomia esecutiva) e di operare delle scelte (autonomia decisionale). Aspetti dell'empowerment sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mission: sviluppare autonomia di azione ed autonomia decisionale</li> <li>• Vision: sussidiarietà orizzontale, responsabilizzazione</li> <li>• Obiettivi: riconoscere i propri bisogni di salute, gestire i fattori personali e ambientali che influiscono sulla salute, realizzare autonomamente azioni positive per la salute, partecipare attivamente ai processi decisionali e assistenziali dei percorsi di cura</li> <li>• Responsabilità: individuale e familiare</li> </ul> <p>Metodi: responsabilizzare, informare, formare al self-care e verificare l'apprendimento, incoraggiare e supportare</p>
<b>Equipe (team) multiprofessionale, interdisciplinare</b>	<p>E' l'insieme dei professionisti sanitari e sociali, allargato agli operatori informali (terzo settore, famigliari, personale retribuito) che in modo integrato e coordinato rispondono ai bisogni multidimensionali di salute dei pazienti complessi richiedenti contemporaneamente prestazioni diverse (diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza tutelare, inserimento scolastico, lavorativo, sociale, educazione sanitaria e terapeutica, informazione e counselling...). Esistono diversi tipi di equipe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. equipe organizzative: es: equipe dei Punti di Accesso ai servizi</li> <li>2. equipe valutative: es. Unità di Valutazione Geriatria (UVG), Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)</li> <li>3. equipe operative: es. equipe della Assistenza Domiciliare Integrata, equipe di UO di riabilitazione...</li> </ol> <p>Sulla base di criteri temporo-spaziali una equipe può essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• equipe reale: insieme di operatori che valutano (es. UVG-UVM) o erogano assistenza ad un paziente in uno stesso contesto spazio-temporale (es. equipe di UO chirurgica, UO riabilitativa)</li> <li>• equipe virtuale: insieme di operatori che valutano o erogano assistenza ad un paziente in momenti diversi (es. equipe dell'ADI, equipe di UO riabilitativa) o intervengono nel passaggio del paziente da un setting all'altro (es. equipe ospedaliere ed equipe territoriali coinvolte nelle dimissioni protette), senza incontrarsi necessariamente al letto del paziente, ma realizzando in ogni caso con i loro singoli contributi un approccio integrato, basato sull'assessment della salute multidimensionale e con registrazione delle informazioni su documenti comuni</li> </ul> <p>Aspetti della equipe sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mission: realizzare un approccio integrato e unitario al paziente complesso attraverso il coordinamento delle prestazioni erogate dai singoli professionisti da parte di un coordinatore (operatore della equipe), con presa in carico globale e continua nella rete dei servizi</li> <li>• Vision: linguaggio comune, metodi e strumenti condivisi (individuali e di equipe), coordinamento (coordinatore di equipe), relazioni interprofessionali (comunicazione, fiducia nelle reciproche competenze, rispetto di opinioni diverse, collaborazione, coscienza dei limiti del proprio lavoro se fatto isolatamente)</li> <li>• Responsabilità: individuali (responsabilità clinico-assistenziali dei singoli operatori), del coordinatore (<i>vedi coordinamento</i>)</li> <li>• Attività: di equipe multiprofessionale (assessment dei bisogni, stesura PAI, verifiche periodiche di appropriatezza PAI ) e individuali (diagnosi medica, infermieristica, riabilitativa, sociale, cura, riabilitazione, assistenza)</li> <li>• Organizzazione: procedure organizzative, sistema informativo (documentazione socio sanitaria comune), sistema di comunicazione (interna e con paziente, famiglia e altri operatori)</li> <li>• Risultati attesi: efficienza nell'utilizzo delle risorse, efficacia dei processi di cura e assistenza, equità di accesso, soddisfazione</li> </ul>

<p><b>Paziente complesso</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paziente a complessità sanitaria: il paziente presenta una patologia fisica o mentale ad indice di severità elevato o è affetto da polipatologia o problemi di funzioni vitali richiedenti dispositivi tecnologici di sostituzione (es. per nutrizione, ventilazione...).</li> <li>• Paziente a complessità assistenziale: il paziente è affetto da disabilità fisiche o mentali comportanti non autonomia nelle varie attività (mobilità, cura della persona, vita domestica) e richiede aiuto da parte di altri, anche con l' utilizzo di dispositivi fisici.</li> <li>• Paziente a complessità socio-economico-familiare: il paziente presenta criticità ambientali legate al nucleo familiare (es. paziente anziano solo o che vive solo o con un coniuge anziano o che fa parte di una famiglia multiproblematica), al luogo di vita (es. paziente senza fissa dimora, con abitazione priva di servizi igienici...), alla vita economica e lavorativa (es. paziente senza lavoro, con reddito insufficiente).</li> </ul>
<p><b>Percorso di cura e assistenza</b></p>	<p>E' il tragitto che il paziente compie nei servizi della rete (domicilio, ambulatorio, residenza, ospedale) di volta in volta appropriati a rispondere ai bisogni multidimensionali di salute nelle diverse fasi di malattia e disabilità (esordio, fase acuta, fase post-acuta, fase di stabilità, ricadute, complicanze, terminalità). Prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Attività organizzative: sono le attività che definiscono le modalità di attuazione del Percorso. Sono indicate da una specifica Procedura organizzativa che prevede Responsabilità e linee di Responsabilità nel passaggio da un servizio all'altro</li> <li>2. Attività cliniche: sono le attività di diagnosi e cura con Responsabilità medica</li> <li>3. Attività assistenziali: sono le attività di nursing infermieristico e tutelare, di riabilitazione e riattivazione funzionale ecc.... con Responsabilità dei professionisti sanitari (infermieri, fisioterapisti, dietisti....) e socio-assistenziali (assistenti sociali, operatori socio-assistenziali). Per le attività affidate alla famiglia si configurano Responsabilità familiari da definire nell'ambito del processo di alleanza terapeutica</li> <li>4. Attività di comunicazione, supporto psicologico, counselling, educazione terapeutica: sono attività che tutti gli professionisti devono sapere attuare e di cui hanno Responsabilità specifica</li> <li>5. Attività di coordinamento: sono le attività che consentono di unificare sul paziente le prestazioni svolte da professionisti diversi per obiettivi comuni. Garantiscono la continuità assistenziale nello stesso setting assistenziale o in setting diversi. (<i>vedi Coordinamento</i>)</li> </ol> <p>Un percorso di cura e assistenza ha le seguenti caratteristiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. scaturisce dalla valutazione multidimensionale dei bisogni effettuata in equipe nei nodi della rete dei servizi in cui il paziente viene visto (ambulatori, domicili, residenze, ospedali) utilizzando metodi e strumenti scientifici (WHO)</li> <li>2. è pianificato in Piani Assistenziali Individuali (PAI) definiti in equipe in ogni nodo della rete in cui il paziente viene visto e stesi dai coordinatori delle varie equipe attraverso una sintesi clinico-assistenziale dei bisogni rilevati</li> <li>3. prevede la attivazione della partecipazione di paziente e famiglia</li> <li>4. richiede la organizzazione di cura e assistenza nei servizi in rete secondo Procedure organizzative, coordinamento degli accessi e dimissione dai servizi</li> <li>5. prevede la costante sorveglianza clinico-assistenziale del paziente nelle varie fasi della malattia e disabilità (esordio, fase acuta, fase post-acuta, fase di stabilità, ricadute, complicanze, terminalità) da parte dei vari operatori della equipe di cura e assistenza secondo le attività dello specifico professionale</li> <li>6. prevede coordinamento delle singole equipe e dell'intero percorso (<i>vedi Coordinamento</i>)</li> <li>7. viene valutato periodicamente in termini di risultati di servizio (risorse utilizzate, processi attuati, costi sostenuti...) ed esiti (di salute, autonomia, qualità della vita del paziente, soddisfazione)</li> </ol>

<b>Piano Assistenziale Individuale (PAI)</b>	<p>Progetto di cura e assistenza che scaturisce dalla valutazione multidimensionale di bisogni. Per ogni bisogno individuato si deve definire:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. setting assistenziale</li> <li>2. interventi sanitari e tutelari</li> <li>3. operatori sanitari e sociali, 3° settore, caregiver competente</li> <li>4. farmaci, forniture (presidi, ausili)</li> </ol>
<b>Presa in carico</b>	<p>Processo complesso di tipo organizzativo-clinico-assistenziale-relazionale finalizzato a garantire assistenza globale ed integrata ad un paziente. E' l'output (risultato) di un percorso di cura e assistenza integrato nei servizi in rete. Sono aspetti della presa in carico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspetti organizzativi. Organizzazione della continuità di cure e assistenza nei Servizi in rete attraverso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• definizione di Procedure organizzative</li> <li>• coordinamento di accessi e dimissioni attraverso la attribuzione di linee di Responsabilità</li> <li>• attivazione di équipes multiprofessionali e loro coordinamento</li> <li>• utilizzo degli strumenti del Governo clinico (definizione di responsabilità e linee di responsabilità, audit clinici, evidence based practice, gestione del rischio, gestione del personale...)</li> </ul> </li> <li>2. Aspetti clinico-assistenziali. Erogazione di interventi globali basati su: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessment dei bisogni multidimensionali</li> <li>• Stesura di piani assistenziali individuali (PAI)</li> <li>• Erogazione degli interventi previsti nel PAI</li> <li>• Attivazione della partecipazione di paziente e famiglia</li> <li>• Monitoraggio dello stato di salute del paziente</li> <li>• Periodica valutazione di appropriatezza e qualità</li> </ul> </li> <li>3. Aspetti relazionali. Gestione della comunicazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nelle singole équipes</li> <li>• fra équipes diverse dei servizi in rete</li> <li>• fra équipe e paziente-famiglia</li> </ul> </li> </ol> <p>La presa in carico richiede il riconoscimento di Responsabilità:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Responsabilità complessiva: è la responsabilità di presa in carico globale o di salute globale. Le attività di questo responsabile sono state indicate al punto 1.3.9,, voce Coordinamento dell'intero percorso di cura e assistenza</li> <li>b. Linee di Responsabilità: sono le responsabilità del passaggio fra i vari nodi della rete. Le attività di questi responsabili sono indicate al punto 1.3.9, voce Coordinamento del passaggio del paziente fra servizi diversi</li> <li>c. Responsabilità dei singoli professionisti: sono le responsabilità di cura e assistenza legate allo specifico professionale di ogni operatore (medico, infermiere...)</li> <li>d. Responsabilità del coordinatore di équipes: sono le responsabilità del coordinamento di ogni équipe, reale o virtuale, attivata nei nodi della rete. Le attività di questi responsabili sono indicate al punto 1.3.9, voce Coordinamento di équipes multi professionale</li> </ol>

<p><b>Salute multidimensionale (WHO)</b></p>	<p>Condizione riferita a 4 aree</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. salute fisica: stato di funzioni e strutture del corpo</li> <li>2. salute mentale: stato intellettuale e psicologico</li> <li>3. salute sociale: vita domestica, lavorativa, economica, familiare, sociale, civile</li> <li>4. salute spirituale: valori religiosi, politici, ideologici, culturali...</li> </ol> <p>Le aree fanno parte di un individuo unico e l'approccio deve essere unitario, globale e con metodi e strumenti standardizzati (approccio bio-psico-sociale)</p> <p>La Salute presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspetti positivi: bene-essere</li> <li>• Aspetti negativi: male-essere (problemi, bisogni)</li> </ul>
<p><b>Verifica</b></p>	<p>Processo con cui si valuta il grado di raggiungimento di un Obiettivo riferito a Bisogni, Offerta, Risultati, Esiti</p> <p>Ogni Obiettivo deve essere corredato da Indicatori</p> <p>Modalità delle verifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisporre i documenti di registrazione delle informazioni</li> <li>• Registrare i dati necessari per la costruzione dell'Indicatore</li> <li>• Raccogliere i dati</li> <li>• Elaborare i dati</li> <li>• Giudizio basato su misure</li> </ul>