

# IL MANUALE di ACCREDITAMENTO VOLONTARIO di ECCELLENZA della FUNZIONE SPECIALISTICA di NEFROLOGIA

## 1. DEFINIZIONE DI ACCREDITAMENTO

**L'accreditamento è un sistema di valutazione per migliorare la qualità dell'assistenza erogata**

In particolare l'accreditamento è:

- ***una procedura formalizzata finalizzata alla ricerca dell'eccellenza (best practice)***

La formalizzazione della procedura consente di:

- esplicitare i criteri di valutazione assunti per definire la qualità dell'assistenza erogata
- elaborare un sistema di misurazione tramite indicatori che consenta di rilevare il livello di qualità raggiunto
- costruire un questionario, chiamato manuale, che guidi la raccolta delle informazioni necessarie per esprimere il giudizio
- nominare dei valutatori esterni alla struttura che deve essere valutata.

La formalizzazione della procedura consente di:

- tenere sotto controllo la discrezionalità del valutatore
- comparare fra loro le *performances* di servizi omogenei

- ***un meccanismo di valutazione interno al sistema professionale***

Questo comporta che:

- i professionisti sanitari sono coinvolti nell'attività di individuazione dei criteri e degli indicatori utilizzati nella valutazione di qualità
- la validazione di criteri e indicatori si basa sul consenso tra pari
- i valutatori siano sempre dei professionisti, anche nel caso in cui la valutazione venga effettuata da un'agenzia indipendente

- ***una attività volontaria***

La procedura di accreditamento ha inizio per richiesta volontaria dell'Unità Operativa di sottoporsi al processo di valutazione.

- ***un processo di apprendimento***

Il confronto con le performance migliori e le interazioni continue fra valutatori e valutati determinano un cambiamento organizzativo

- ***un percorso ciclico***

La valutazione è un processo al quale la struttura viene sottoposta ciclicamente, secondo archi temporali che, nell'esperienza internazionale, vanno circa da 1 a 5 anni.

- ***un aggiornamento continuo del sistema***

I criteri e gli indicatori utilizzati nella valutazione sono continuamente aggiornati in quanto prendono come punto di riferimento sempre lo stato di eccellenza raggiunto.

- ***un sistema che non comporta effetti sanzionatori***

Il mancato accreditamento non preclude la possibilità per l'Unità Operativa di operare.

- ***un meccanismo di valutazione attento anche al punto di vista del paziente***

I criteri di valutazione espressi tengono conto anche delle attese del paziente, del grado di soddisfazione che egli prova per le prestazioni ricevute.

## **2. GLI OBIETTIVI DI UN SISTEMA DI ACCREDITAMENTO**

Una valutazione di accreditamento può proporsi diversi obiettivi: essa può valutare l'affidabilità della struttura, oppure la qualità della prestazione erogata o la capacità di soluzione di un problema.

Dalla definizione degli obiettivi che si intendono perseguire discendono opzioni differenti rispetto alle dimensioni indagate, ai criteri e agli indicatori assunti (Tab. II).

**Tabella II - Obiettivi possibili di una valutazione di accreditamento**

<b>Obiettivi</b>	<b>Dimensioni indagate</b>	<b>Focus</b>
1. Affidabilità della struttura	Analisi delle dimensioni che compongono la struttura	sul sistema gestionale organizzativo
2. Qualità della prestazione erogata	a) analisi del processo in una visione dinamica b) analisi di una procedura operativa per un singolo problema	sulle fasi del processo
3. Capacità di soluzione del problema	a) analisi dei risultati b) analisi degli esiti clinici c) soddisfazione del paziente	sul prodotto

Nel procedere alla valutazione il valutatore seleziona e ordina, fra le tante possibili, le informazioni che ritiene coerenti con l'obiettivo di valutazione che si è dato e con gli schemi interpretativi della realtà assunti.

Nel caso del primo obiettivo (*affidabilità della struttura*) lo schema interpretativo di riferimento è *l'analisi sistemica*: l'organizzazione appare come un sistema che può essere virtualmente articolato in sottosistemi, per esempio, direzione e organizzazione generale, strutture, attrezzature e dotazioni, formazione del personale, procedure, documentazione e sistema informativo, valutazione e miglioramento della qualità, sicurezza e soddisfazione degli operatori, diritti e soddisfazione del paziente-cliente. Ciascuno di questi sottosistemi corrisponde ad una delle dimensioni che concorrono alla formulazione del giudizio.

Tre osservazioni:

- la valutazione finale è il risultato di un processo di giustapposizione (ogni dimensione è valutata in sé e poi posta accanto alle altre);
- il *focus* è su gli aspetti gestionali, organizzativi della struttura o dell'unità operativa, nell'ipotesi che una buona organizzazione faciliti la qualità anche dell'atto tecnico-professionale; di conseguenza se una struttura risulta affidabile dal punto di vista gestionale si può presumere che anche l'atto tecnico-professionale sia di qualità, correlazione questa peraltro non certa;
- i metodi di accreditamento che si rifanno a questa tipologia sono in difficoltà a valutare le *best practices* professionali degli operatori.

Nel caso del secondo obiettivo (*qualità della prestazione erogata*) l'attenzione è fortemente centrata sulla valutazione della professionalità

Per professionalità si intende non solo la competenza tecnica, ma anche la capacità di esercitare quest'ultima entro un sistema organizzativo strutturato, all'interno del quale si devono svolgere determinati processi per erogare il servizio atteso.

Lo schema interpretativo di riferimento distingue fra processo di *line*, che è il processo produttivo messo in atto per realizzare il prodotto atteso ( nel caso dei servizi sanitari è il processo assistenziale e il prodotto atteso è una buona assistenza) e *servizi di staff*, strutture e sottosistemi di supporto ( processo direzionale, di comunicazione, informativo, di gestione del personale, di valutazione, ecc.) il cui scopo è quello di facilitare il processo produttivo.

Il *focus* è sul processo produttivo-assistenziale che viene letto mettendo in evidenza le sequenze più significative del percorso e valutando quanto la presenza/assenza di legami con i sottosistemi di supporto consenta una buona assistenza professionale.

L'efficacia in questo caso è intesa come la miglior assistenza possibile e si sviluppa attraverso alcune dimensioni tipicamente processuali: accessibilità, tempestività, appropriatezza, privacy ecc.

Nel caso del terzo obiettivo (*capacità di soluzione del problema*) l'attenzione è fortemente basata sulla *valutazione degli esiti*, fondando i propri schemi interpretativi sulla equazione "qualità come grado di realizzazione dei risultati espressi in termini di salute o soddisfazione dell'utente".

Questa ultima tipologia non si è ancora strutturata in sistemi formali di accreditamento ed è a tutt'oggi oggetto di ricerca.

Il metodo proposto, e presentato nel paragrafo seguente, appartiene alla seconda tipologia e si posiziona al punto 2. a) della tavola 2.

### **3. IL METODO PROPOSTO**

#### **A. La funzione specialistica come oggetto di valutazione**

Il sistema di accreditamento proposto valuta la qualità di una funzione specialistica nella sua globalità, vale a dire tenendo presenti tutte le aree operative all'interno delle quali essa viene esercitata: degenza, attività di trapianto, day hospital, attività di dialisi, ambulatorio, assistenza domiciliare.

Il presupposto sul quale il metodo si basa è che l'eccellenza della funzione viene realizzata attraverso la globalità di questa funzione vale a dire valutando tutte le "specifiche" del suo esercizio.

#### **B. Modalità dell'analisi**

Ognuna delle sei aree operative viene analizzata focalizzando l'attenzione sul processo di erogazione della prestazione e su quattro dimensioni di questo: accesso, presa in carico, trattamento, dimissione, che rappresentano i momenti di maggiore impatto tra il paziente e il servizio.

Il processo di erogazione della funzione specialistica di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, risulta pertanto articolato nella seguente matrice a doppia entrata ( Tab. III ).

Dal punto di vista metodologico, l'analisi è partita dal flusso del processo ed è arrivata ai legami relazionali all'interno del flusso, fra gli attori, fra i servizi, fra le sottofasi operative.

Ne risulta una lettura dinamica del processo di erogazione della prestazione sanitaria, dato che proprio la dinamicità del flusso operativo è stata posta a garanzia dell'efficacia dell'intervento, del miglior risultato di salute.

Il risultato è che la funzione specialistica di Nefrologia è suddivisa in 24 sottofasi: 6 aree organizzative, degenza, attività di trapianto, day hospital, attività di dialisi, ambulatorio, assistenza domiciliare, analizzate attraverso 4 dimensioni, accesso, presa in carico, trattamento, dimissione e *follow-up*.

Ogni sottofase viene letta attraverso un sistema di criteri ed indicatori che ne misurano la qualità

#### **C. Criteri ed indicatori**

Il *criterio* definisce il paradigma, il principio di valore, che orienta l'azione degli attori durante il processo di erogazione e nello stesso tempo costituisce una guida per il valutatore nel formulare il giudizio.

I criteri individuati sono 13 e sono stati raggruppati in due gruppi, ciascuno dei quali focalizza l'attenzione su un nodo critico rispetto alla ricerca dell'eccellenza.

Il primo gruppo centra l'attenzione sul processo e su quegli elementi di qualità che sono posti a garanzia della qualità tecnico-organizzativa del flusso operativo.

Il secondo gruppo centra l'attenzione sul paziente e sulle sue aspettative.

Tale approccio comporta due conseguenze:

1) la qualità ha due facce:

a) l'efficacia, intesa come *best practice*, il migliore trattamento possibile

L'efficacia, in questo caso è riferita al processo assistenziale non ha nulla a che vedere con la realizzazione di risultati espressi in termini di salute.

b) la soddisfazione del paziente.

2) il punto di vista del paziente fa parte integrante dei criteri di valutazione.

Non necessariamente tutti i criteri vengono usati per valutare ogni sottofase del processo. Vengono usati solo quei criteri che vengono ritenuti significativi per la sottofase esaminata.

Ogni criterio viene rilevato attraverso uno o più indicatori. L'*indicatore* misura il grado di realizzazione del criterio.

La filosofia e i valori espressi dai criteri e dagli indicatori sono unificati nel *maxi criterio* ( Tab.IV).

<b>Tabella IV - Criteri assunti</b>
<p>Maxi criterio:</p> <p>Le attività di Nefrologia, Dialisi e Trapianto devono perseguire il miglior risultato di salute, ponendo continuamente al centro dell'attenzione, e quindi della verifica continua, il rispetto del paziente nei suoi diritti e nei suoi bisogni, tenendo conto delle risorse disponibili.</p>
<p><i>A = Criteri assunti a garanzia della qualità tecnico-organizzativa</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. E' assicurata la specialità del trattamento</li><li>2. E' assicurata la tempestività dell'intervento</li><li>3. E' assicurata la continuità dell'assistenza</li><li>4. E' assicurata l'integrazione fra servizi</li><li>5. Ogni figura professionale conosce il proprio ruolo e le proprie responsabilità</li><li>6. Esiste un sistema di verifica e revisione periodica dei risultati e dei fabbisogni</li><li>7. E' assicurata la tutela della salute all'interno della struttura</li><li>8. E' assicurata la ricerca e lo sviluppo di adeguate risorse</li></ol>
<p><i>B = Criteri assunti a garanzia della qualità «percepita» del servizio</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>9. L'accesso alla struttura è agevole e semplice</li><li>10. Esiste un sistema di accoglienza</li><li>11. Esiste un insieme di strutture e servizi per la comodità del paziente</li><li>12. E' rispettata la personalità del paziente</li><li>13. E' rispettata la personalità e la professionalità del personale</li></ol>

Tabella III - Matrice delle aree e delle dimensioni valutate	Dimensioni del processo			
Aree di erogazione / Aree organizzative	accesso	presa in carico	trattamento	dimissione e <i>follow-up</i>
<p><b>A. Degenza</b>  area di Nefrologia  area per assistenza ai trapiantati altrove</p>				
<p><b>B. Attività di trapianto</b>  area con attività chirurgica in sede</p>				
<p><b>C. Day hospital</b>  D.H. per l'assistenza nefrologica</p>				
<p><b>D. Attività di dialisi</b>  Centro dialisi ospedaliera (CDO):  - area dialisi per acuti e ad elevata assistenza  - area dialisi per uremici cronici  Centro dialisi ad assistenza decentrata (CAD)  Centro dialisi ad assistenza limitata (CAL)  Addestramento alla dialisi domiciliare (extra/peritoneale)</p>				
<p><b>E. Ambulatorio</b>  Ambulatorio generale  Ambulatorio patologie e interventi mirati</p>				
<p><b>F. Assistenza extramuraria domiciliare</b>  Équipe per la dialisi domiciliare e presso Residenza sanitaria assistenziale</p>				

## D. Il sistema di ponderazione

Il sistema di valutazione prevede l'attribuzione di un punteggio sintetico per ogni singola subarea e di un punteggio globale per la funzione.

In entrambi i casi (singola subarea e funzione globale) si evidenzia la posizione di accreditamento rispetto ad un punteggio minimo e massimo.

Sono stati ponderati sia i criteri che gli indicatori.

Il peso dato ai criteri può variare da una sottofase all'altra, in quanto in un percorso dinamico cambia da una sequenza all'altra la significatività dei fattori qualitativi.

Il valore attribuito ai criteri e agli indicatori è il seguente:

<b>A</b>	=	Ottimale	=	1.5
<b>B</b>	=	Auspicabile	=	1
<b>C</b>	=	Indispensabile	=	0.5

La logica di valutazione è di tipo incrementale: ad ogni indicatore (che ha un suo "peso" stabilito in precedenza), il valutatore attribuisce un giudizio (insufficiente, sufficiente, ecc.). L'incrocio tra il giudizio del valutatore e il peso dell'indicatore definiscono il punteggio ottenuto nel corso della visita o dell'autovalutazione (Tab. IV).

**Tabella IV – Peso dei singoli criteri ed indicatori per la determinazione del punteggio**

	<b>A = Ottimale 1,5</b>	<b>B = Auspicabile 1</b>	<b>C = Indispensabile 0,5</b>
<b>1 - Non assolto</b>	0.0	0.0	0.0
<b>2 - Sufficiente</b>	0.6	0.4	0.2
<b>3 - Discreto</b>	0.9	0.6	0.3
<b>4 - Buono</b>	1.2	0.8	0.4
<b>5 - Ottimo</b>	1.5	1	0.5

Per il calcolo del peso sintetico di ogni singolo criterio si applica la seguente formula:

**Somma del valore degli indicatori del criterio "x"**

----- \* **Valore del criterio "x"**

**N° degli indicatori del criterio "x"**

Il valore ottenuto va riportato nei *reports* dei punteggi per l'accREDITAMENTO a pag. 118 e seguenti.

Il manuale è orientato alla ricerca dell'eccellenza; di conseguenza tutti gli elementi (criteri ed indicatori) considerati irrinunciabili vengono classificati di livello C.

La ponderazione sia dei criteri che degli indicatori consente di far emergere, in modo molto analitico, la particolare significatività di un criterio rispetto ad un altro e la diversa importanza degli indicatori all'interno dello stesso criterio.

Il sistema di ponderazione scelto consente di evidenziare, da un lato, i punti di forza e di debolezza del processo di erogazione della prestazione sanitaria, dall'altro confrontare il posizionamento di strutture diverse deputate a svolgere la stessa funzione. (Tab. V)

**Tabella V – Esempio di ponderazione**

<b>CRITERIO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>PONDERAZIONE</b>
Tempestività nella erogazione di una prestazione (valore B = 1)	Esistenza di un centro telefonico di prenotazione (valore C = 0.5)	Giudizio del valutatore: esistenza del servizio ad un livello discreto <i>Punteggio ottenuto in questo specifico indicatore: 0.3</i>

Esempio: Punteggio conseguito  $0.3 \times 0.5 \times 1 = 0.15$

### **E. La logica del sistema di accreditamento**

La logica sulla quale si basa questo meccanismo di valutazione e questo sistema di ponderazione è di tipo comparativo.

Ciò che si intende valutare infatti non è la conformità ad una norma o ad uno standard, ma il posizionamento di un'area organizzata rispetto ad altre ad essa omogenee, in termini di risorse, o rispetto alle variazioni da essa realizzate nel tempo.

Ne consegue l'esigenza di una estrema analiticità nella lettura della situazione da valutare.

## **4. LA STRUTTURA DEL MANUALE**

Il manuale costituisce la traccia formalizzata e strutturata del processo di valutazione da parte dei valutatori.

Esso può costituire anche una guida al percorso di autovalutazione compiuto dai professionisti dell'U.O. della funzione specialistica che intende essere accreditata.

Il manuale è strutturato in due parti: la prima valuta il grado di realizzazione dei requisiti di qualità proposti dalla Società Italiana di Nefrologia (Giornale Italiano di Nefrologia, 13; 427-437, 1996), la seconda la qualità del processo di erogazione della funzione specialistica di Nefrologia, Dialisi e Trapianto.

### **La prima parte si articola nei seguenti punti:**

- A. richiesta di alcune informazioni generali che consentono di collocare l'U.O. in un determinato contesto.
- B. descrizione del profilo dell'U.O.

La descrizione viene fatta attraverso la raccolta di informazioni che riguardano le condizioni ambientali, i requisiti tecnologici e le risorse organizzative secondo le indicazioni date dalla Società Italiana di Nefrologia in fase di determinazione dei requisiti minimi.

Naturalmente qualora la regione in cui opera l'ospedale di appartenenza dell'U.O. esaminata abbia emanato proprie indicazioni in merito ai requisiti di qualità, questi dovranno integrare quelli attualmente presenti nel punto B.

- C. giudizio del valutatore sul grado di realizzazione dei requisiti di qualità



**La seconda parte contiene il questionario per la valutazione della qualità del processo di erogazione della funzione.**

Essa riporta:

A. l'enunciazione del maxicriterio e dei criteri di riferimento assunti.

B. le schede di valutazione di ogni sottofase

Ogni scheda viene identificata precisando: l'area operativa e la dimensione del processo (es. AREA degenza, DIMENSIONE accesso e accettazione).

C. le schede per la ponderazione di ogni subarea e la scheda per la ponderazione globale della funzione

## **5. LA PROCEDURA DI ACCREDITAMENTO**

Una procedura di accreditamento prevede:

- a) una richiesta volontaria dell'U.O. che vuole essere accreditata da parte del Primario/Titolare di struttura.
- b) la comunicazione formale al Primario/Titolare di struttura dell'U.O. della data della visita.  
Questa è l'occasione per definire le Aree che verranno valutate e gli indispensabili dettagli organizzativi.
- c) il preliminare invio ai *valutatori* della documentazione formale descrittiva della U.O. e dell'autorizzazione alla visita di accreditamento da parte del Direttore Generale e/o del Direttore Sanitario dell'Azienda/Istituto di Ricovero/Presidio Ospedaliero ove l'U.O. è inserita.
- d) una *autovalutazione* da parte dell'U.O. del proprio livello di qualità seguendo il percorso tracciato dal manuale.
- e) la visita dei valutatori all'U.O. durante la quale viene compilato da parte di ognuno dei valutatori il questionario contenuto nel manuale.
- f) la riflessione da parte dei valutatori, sui reciproci questionari, in modo da arrivare ad un'unica valutazione dell'U.O.
- g) la restituzione dei risultati della valutazione all'U.O. esaminata, espressi attraverso una relazione quantitativa qualitativa
- h) il confronto fra il giudizio attribuito dai *valutatori* e quello derivante dall'autovalutazione da parte dell'U.O.

## 6. LA VISITA

La visita rappresenta un momento centrale del processo di accreditamento.

Essa viene compiuta da tre *valutatori* ( "*surveyors*" ): 2 medici ( uno dei quali Primario/Titolare di struttura complessa ), una caposala.

I valutatori raccolgono, durante la visita, le informazioni necessarie per la compilazione del questionario mediante l'*osservazione* e mediante *interviste* al personale e raccogliendo la *documentazione* ritenuta utile.

La procedura per lo svolgimento della visita può essere distinta in due parti, la prima propedeutica alla seconda:

1. L'autovalutazione
2. La visita ( *survey* )

### 1. L'autovalutazione

Il percorso finalizzato all'autovalutazione prevede:

- a. Una attività formativa del personale dell'Unità Operativa per divulgare le finalità del lavoro. La composizione del *Gruppo formativo* viene decisa dalle singole U.O., tuttavia appare opportuno che esso sia composto dalle diverse professionalità operanti.
- b. L'individuazione delle persone che devono svolgere l'autovalutazione dell'esercizio della funzione specialistica seguendo il manuale di accreditamento ( *Gruppo di autovalutazione* ). Il gruppo formativo può assumersi nel suo insieme l'onere dell'autovalutazione, o può delegare la cosa ad un gruppo più circoscritto. Il Gruppo di autovalutazione ha il compito di curare la compilazione del Manuale di accreditamento in ogni sua parte (parte prima : profilo dell'Unità Operativa, parte seconda: valutazione della qualità del processo assistenziale )
- c. Il Gruppo incaricato dell'autovalutazione nomina due *referenti* (un medico ed un infermiere professionale) che accompagnano i visitatori durante la visita. Di norma i referenti sono rappresentati da un Primario/ Titolare di struttura o da un aiuto delegato e da una caposala, figura professionale connotata da una visione complessiva e trasversale delle tematiche organizzative e assistenziali.
- d. La prima parte del Manuale (profilo dell'Unità Operativa) compilata dal *Gruppo di autovalutazione* viene illustrata dal Primario/ Titolare di struttura o dal referente medico ai visitatori all'inizio della visita.
- e. Copia del Manuale di accreditamento compilato nelle sue due parti (parte prima : profilo dell'Unità Operativa, parte seconda: valutazione della qualità del processo di erogazione) viene consegnata ai visitatori all'inizio della visita.

### 2. La visita

La visita si basa principalmente sull'*osservazione*. Tale termine non indica semplicemente il "guardare", in senso letterale. L'*osservazione* è il frutto di un insieme di riflessioni responsabili ed informate svolte dai visitatori, i quali, durante la visita, non solo raccolgono informazioni, ma si lasciano anche immergere nel clima dell'Unità Operativa stessa per comprendere ciò che vedono prima di valutare.

Col termine *osservazione* si fa quindi riferimento ad un complesso di attività che comprendono: la discussione, l'intervista, l'ascolto, l'*osservazione* visiva. Ogni visitatore ha in mano il proprio questionario di valutazione (il Manuale) che usa come traccia.

La visita si svolge secondo le seguenti sequenze:

- a. Incontro con il Primario/ Titolare di struttura e con il Gruppo di autovalutazione e presentazione dei valutati.
- b. Presentazione personale dei valutatori che esplicitano il significato della visita e spiegano come si intende procedere nella visita.
- c. Il Primario/ Titolare di struttura o il referente medico nominato dal Gruppo di autovalutazione presenta il profilo dell'Unità Operativa ( prima parte del manuale).
- d. I visitatori ascoltano, fanno domande, chiedono di vedere ciò che ritengono opportuno e, al termine della presentazione, ciascuno in maniera indipendente e riservata compila il giudizio relativo ai requisiti strutturali, tecnici e organizzativi dell'U.O.
- e. L'osservazione del processo assistenziale (seconda parte del manuale) avviene sotto forma di intervista semistrutturata. I visitatori chiedono al referente di descrivere come avvengono le varie fasi del processo assistenziale; di descrivere per esempio come avviene l'accesso alla degenza, la presa in carico, ecc. I visitatori ascoltano, fanno domande relative a casi clinici, etici, medico-legali, organizzativi e a specifici eventi ("eventi sentinella"). Contemporaneamente seguono la traccia degli indicatori contenuti nel Manuale dando le proprie valutazioni in maniera riservata. Se, al termine del racconto, alcuni indicatori sono rimasti senza risposte, la raccolta di informazioni viene completata da domande specifiche.
- f. L'incontro è completato dalla visita degli ambienti o di parte di questi secondo quanto viene richiesto dai visitatori. Ciò consente una raccolta diretta delle informazioni, l'osservazione della disposizione degli spazi e delle attrezzature, l'osservazione, in particolare, del rapporto medici/infermieri/pazienti, sia dal punto di vista clinico che relazionale.
- g. La visita si conclude con un primo breve bilancio del lavoro svolto e prendendo accordi sul momento di restituzione dei risultati.
- h. Dopo la visita, i visitatori si confrontano sulle valutazioni date individualmente e concordano, ove vi siano differenze, un comune giudizio.
- i. Il processo di accreditamento si conclude con una relazione scritta della valutazione congiunta che si provvederà a restituire al Primario/ Titolare di struttura perché lo illustri al Gruppo formativo e di autovalutazione.  
Tale restituzione è finalizzata non solo a mettere in luce le differenze nella valutazione tra valutatori e autovalutazione, ma anche ad individuare i punti di forza e di debolezza dell'Unità Operativa e le possibili aree di miglioramento.