



PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

al 31/12/2021

AREA DI INTERVENTO 1		Sanità Pubblica e Prevenzione Punteggio: 5					
Interventi previsti	Peso intervento	Referente Aziendale di intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Risultato raggiunto Anno 2021
				Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2021		
1.1 – Sanità veterinaria	20% 1 PUNTO	Direttore Dip. Veterinario	1.1.A - Controllo di tutto il patrimonio bovino e ovi-caprino controllabile (allevamenti e capi)	1.1.A - n. Aziende bovine e ovi caprine controllate/n. Aziende bovine e ovi caprine controllabili	1.1.A - 100%	TBC bovina-bufalina 1273/1273 Brucellosi bovina-bufalina 1269/1269 (Report BDN applicativo SANAN) Brucellosi ovi-caprina 1142/1142 (Report BDN applicativo SANAN)	obiettivo 100%
			1.1.B – Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di brucellosi bovina e ovi-caprina	1.1.B – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di brucellosi	1.1.B – 21-28 giorni ≤ 28 gg 100% ≤ 30gg 75% ≤ 32gg 50% < 32 gg 0%	Bovini – 25 gg Ovi-caprini – 23 gg (Report assessorato prot. 1509 del 11/01/22)	obiettivo 100%
			1.1.C - Riduzione dei tempi di rientro nei focolai di tubercolosi bovina	1.1.C – numero medio di giorni tra un intervento ed il successivo in tutti i casi di focolai di tubercolosi	1.1.C – 42-63 giorni ≤ 63 gg 100% ≤ 68 gg 75% > 68 gg 0%	43 giorni (Report assessorato prot. 1509 del 11/01/22)	obiettivo 100%

			1.1.D - Controllo anagrafico delle aziende bovine e delle aziende ovi-caprine sulla base di criteri riportati, rispettivamente dai Regolamenti (Ce) n. 1082/2003 e n. 1505/2006.	1.1.D - n. Aziende bovine e ovi-caprine controllate anagraficamente /n. Aziende bovine e ovi-caprine controllabili	1.1.D 5% Aziende bovine 3% Aziende ovi-caprine	Aziende bovine: 118/1446 (18,16%) Aziende ovi-caprine 75/1234 (6,08%) (Report BDN applicativo Controlli)	obiettivo 100%
			1.1.E - Riduzione della prevalenza della brucellosi bovina e ovi-caprina rispetto a quella rilevata nel 2019	1.1.E - Percentuale di riduzione della prevalenza	1.1.E – 15%	<p>Come notiziato al competente Assessorato della Salute, nota n. 28159 del 09/08/2018, l'obiettivo in questione non sarebbe stato attuabile considerato lo stato sanitario delle aree limitrofe al territorio di competenza di questa ASP che continuano a condizionare negativamente le azioni intraprese negli anni da questo Dipartimento nei confronti delle zoonosi soggette ai Piani di Eradicazione Obbligatorie.</p> <p>Le attività di controllo messe in atto negli anni hanno comunque garantito una riduzione dell'indice di prevalenza della brucellosi che, nel recente periodo, 2020/2021, ha fatto registrare una contrazione di circa il 39%</p>	obiettivo 100%
1.2 – Sicurezza alimentare	20% 1 PUNTO	LPS SIAN SIAOA	1.2.A Garantire la disponibilità di Laboratori per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (Criticità POCS);	1.2.A – Provvedimento che attesti la piena funzionalità e lo stato di accreditamento dei Laboratori di Sanità Pubblica per l'esecuzione delle prove analitiche richieste dai Piani di controllo ufficiale sugli alimenti e sulle acque destinate al consumo umano (o, in alternativa, l'acquisizione della disponibilità presso altri Laboratori Pubblici)	1.2.A – SI/NO	<p>Accreditamento per analisi Acque n. 1741L del 18/12/2018</p> <p>SIAN – Controlli acque consumo umano garantiti dal LPS aziendale come da documentazione prodotta</p> <p>SIAOA- Controlli sugli alimenti di origine animale eseguiti presso i laboratori accreditati dell'istituto zoo-profilattico Palermo. Conferimento campioni stabilito dalle norme</p>	obiettivo 100%

		SIAN SIAOA	1.2.B Attuazione dei Piani di Controllo Ufficiale sugli Alimenti (PRIC Sicilia), nonché: Piano Nazionale Residui	1.2.B –Rendicontazione dell’attività svolta al 30/06 e al 31/12 rispettivamente, entro il 31 Luglio ed il 31 Gennaio dell’anno successivo, secondo i modelli all’uopo predisposti, da cui si evinca almeno il <u>98%</u> di attività svolta rispetto a quella programmata	1.2.B – SI/NO	SIAN campionamenti PRIC 2021 previsti 247 effettuati 234 (<u>95%</u>). Piano nazionale Esiti previsti 108 effettuati 81 (<u>75%</u>) SIAOA campionamenti PRIC 2021 previsti 146 effettuati 183 (<u>100%</u>)	obiettivo 100%
			1.2.C Garantire la piena funzionalità (riversamento massivo e aggiornamento costante) del Sistema informativo regionale Demetra in sicurezza alimentare (Criticità PRP)	1.2.C – Elaborazione e report dei dati registrati nel sistema a cura del DASOE Servizio 7 sicurezza Alimentare	1.2.C – SI/NO	Il Sistema SICER , che viene alimentato regolarmente secondo il calendario previsto garantisce il versamento automatico dei report su DEMETRA	obiettivo 100%
1.3 – Copertura Vaccinale e Sorveglianza Malattie Infettive	20% 1 PUNTO	Resp. U.O. di Epidemiologia SIAV	1.3.A - Implementazione della copertura vaccinale (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017)	1.3.A – n. soggetti vaccinati/popolazione target residente	1.3.A 92 – 95% a 24 mesi per esavalente, morbillo, meningococco e pneumococco	MPR 97,6%, Varicella 97,3%, Pneumococco 13 97,2%, Esavalente 97.8%, Men C/ACWY 88,1%, Men B 82.4%	obiettivo 100%
			1.3.B - Predisposizione di un programma di comunicazione basato sulla <i>evidence</i> per la gestione della corretta informazione sui vaccini ai fini della adesione consapevole (PNPV 2017-2019 e D.A. N. 1965/2017 – nota prot. n. 76451 del 16 Ottobre 2018 – disposizioni operative vaccini)	1.3.B - Relazione sulle attività svolte	1.3.B - SI/NO	Relazione inviata all’Assessorato della salute DASOE con nota prot.118608 del 28/12/2021	obiettivo 100%
			1.3.C - Registrazione delle vaccinazioni effettuate sul Cruscotto regionale per la gestione dell’Anagrafe vaccinale	1.3.C - Registrazione del 100% delle vaccinazioni effettuate e riversamento trimestrale dei dati sul Cruscotto Regionale	1.3.C – SI/NO	Il riversamento dei dati su cruscotto regionale viene assicurato con cadenza trimestrale	obiettivo 100%

			1.3 D – Offerta attiva delle vaccinazioni ai soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste siciliane (DIRETTIVA – NOTA Prot. n. 71734 del 28/09/2018)	1.3D – Relazione sulle modalità di offerta dei vaccini, in conformità del calendario regionale, ai soggetti extracomunitari momentaneamente residenti sul territorio regionale con relativa rendicontazione	1.3.D – SI/NO	L'attività è assicurata secondo indicazioni Calendario Vaccinale Regionale	obiettivo 100%
			1.3.E - Notifica dei casi di Morbillo, Rosolia e Rosolia Congenita in tempo utile per effettuare gli accertamenti di laboratorio	1.3.E – Casi di morbillo, rosolia e rosolia congenita con isolamento virale	1.3.E - 100 %	100% di monitoraggio – Nessun Caso riscontrato	obiettivo 100%
			1.3.F- Notifica delle malattie infettive	1.3F – notifica infettive su numero di casi di malattie infettive rilevati con le SDO (Morbillo, Rosolia, Tubercolosi e Malattie Batteriche invasive)	1.3.F – 70%	Nessun caso di Morbillo – Rosolia 100% Tubercolosi 4 casi notificati ASP CT 100% Malattie Batteriche invasive 1 caso notificato ASP CT	obiettivo 100%
1.4 – Tutela ambientale	20% 1 PUNTO	UTIN	1.4.A – Sorveglianza Malformazioni Congenite	1.4.A – Segnalazioni anni 2019, 2020,2021 +/- 10% rispetto 2019-2020	1.4.A – SI/NO	11/11 segnalazioni caricate nel sistema anno 2020 16/16 segnalazioni caricate nel sistema anno 2021	obiettivo 100%
		Resp. OUEPSA	1.4.B - PRP macro obiettivo 2.8 ambiente e salute	1.4.B – Raggiungimento degli standard previsti dal PRP linea 2.8 ambiente e salute al 31/12/2021	1.4.B – SI/NO	le azioni sono state riorganizzate dalle direttive Ministeriali e Regionali a causa della pandemia Covid è sono state tutte realizzate	obiettivo 100%

		Resp. Spresal	1.4.D - Amianto	1.4.D – registro mesoteliomi Esecuzione interviste su esposizione in tutti i casi segnalati nel 2019 – 2020-2021	1.4.D - >80%	Nel 2019 sono state effettuate 4 interviste. Nel 2020-2021 sono stati segnalati 2 casi di esposizione ad asbesto, le interviste non sono state effettuate causa emergenza COVID.	Criticità emergenza Covid
		Resp. SIAV e OUEPSA	1.4. E - Evidenza di avvio interventi di promozione della salute sul corretto uso di cellulari e sulla eccessiva esposizione ai raggi UV (Direttiva 32187 dell'8.4.2016)	1.4.E – Invio Report	1.4.E – SI/NO	È stato avviato, d'intesa con la UOEPSA, corso di formazione in FAD, con esperti esterni, con la possibilità di permettere l'ampliamento della rete a livello regionale, con la partecipazione di altri operatori di altre Aziende Sanitarie regionali e/o locali ed operatori delle Associazioni coinvolte. Ove si creino le condizioni di sicurezza l'attività sarà integrata con attività d'aula. Il corso potrà essere aperto ad un numero di 50-00 operatori per edizione nella modalità FAD, con Webinar di n.4 ore giornaliere spalmate su 3gg e 2 ore per realizzare un laboratorio digitale per approfondire gli argomenti proposti.	obiettivo 100%
1.5 – Prevenzione nei luoghi di lavoro	20% 1 PUNTO	Resp. Spresal	1.5.A Sorveglianza Lavoratori ex esposti	1.5.A – Invio report trimestrale, aumento 10% inviti, e adesioni e implementazione base arruolabili	1.5.A – SI/NO	Sono stati trasmessi regolarmente al DASOE i report trimestrali. Non sono pervenute ulteriori segnalazioni	obiettivo 100%

AREA DI INTERVENTO 2		Qualità, governo clinico e sicurezza pazienti					
Punteggio 9							
Interventi previsti	Peso intervento	Referente Aziendale di intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Risultato raggiunto Anno 2021
				Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2021		
2.1 Sicurezza dei Pazienti	3 punti	Direzione sanitaria PP.OO. Rischio Clinico	2.1 A - Monitoraggio degli eventi sentinella e dell'attuazione delle azioni correttive inserite nei piani di miglioramento	1) la percentuale di completezza*1 della compilazione della Scheda A e della Scheda B*2 degli interventi sentinella, individuazione dei fattori contribuenti e piano di miglioramento, in coerenza al protocollo nazionale (SIMES) 2) il monitoraggio dell'effettiva implementazione delle azioni correttive (Report su piattaforma Qualitasicilia SSR)	90%	1) Nel corso del 2021 sono stati segnalati n° tre eventi sentinella tramite portale SIMES con compilazione completa sia della scheda A sia della scheda B per tutti gli ES segnalati. 2) La sezione del portale Qualitasicilia SSR per il monitoraggio dell'implementazione delle azioni correttive non risulta più accessibile. Tuttavia le azioni correttive concordate vengono monitorate dalla UOS Qualità e Rischio clinico	obiettivo 100%
			2.1 B – Implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella	2.1 B valutazione e produzione di report annuale secondo la metodologia Agenas	SI	L'implementazione delle raccomandazioni ministeriali viene monitorata tramite portale Agenas secondo comunicazione regionale. L'avvenuto monitoraggio è stato comunicato dalla UOS Qualità e Rischio clinico alla direzione strategica con nota protocollo 45745 del 25-05-2021	obiettivo 100%
			2.1 C - Monitoraggio sulla corretta applicazione della checklist di sala operatoria secondo le indicazioni regionali	2.1 C 1) Report secondo schema disponibile su piattaforma Qualitasicilia SSR	2.1 C 1) SI	2.1 c 1-Il monitoraggio viene regolarmente effettuato ma il portale dedicato all'inserimento delle check di monitoraggio della check list di sala operatoria non consente l'inserimento di dati in forma autonoma, ma soltanto dopo "apertura" da parte dell'Assessorato regionale. Nel corso del 2021 l'Assessorato non ha aperto il portale.-	obiettivo 100%

		U.O. Farmacia Ospedaliera U.O. Farmacia Territoriale		2.1 C 2) svolgimento di almeno 20 osservazioni dirette per azienda sanitaria	2.1 C 2) 100%	2.1 c 2) Nel corso del 2021 sono state effettuate n° 21 osservazioni dirette, come da note protocollo N° 51291, 71049,80050, 89737,101544, 112010 del 2021 e 1601 del 2022 relativa alle osservazioni del dicembre 2021.	obiettivo 100%
			2.1 D Aderenza agli Obiettivi ed alle direttive regionali del "Piano Nazionale Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PINCAR) 2017-2020" ai sensi del D.A. n°1162 del 27 Giugno 2018	Aderenza agli obiettivi e alle direttive	SI	<p>Il laboratorio di Analisi dell'ospedale di Enna, riferimento per la microbiologia per tutti i presidi ospedalieri, ha acquisito il Biofire film array per la diagnosi rapida di antibiotico-resistenza;</p> <p>Inoltre, nel corso del 2021 ha operato gli adeguamenti necessari per aderire a quanto richiesto dalla Regione siciliana per la sorveglianza della antibiotico-resistenza, tramite un miglioramento del software di gestione dei dati di microbiologia che consente:</p> <p>1)La segnalazione immediata automatica (alert) alla singola U.O. in caso di germi sentinella.</p> <p>2)La creazione rapida di report periodici di antibiotico-resistenza diretti alle UU.OO. ed alle funzioni centrali interessate</p> <p>La Farmacia ospedaliera, al fine di monitorare il consumo di antibiotici, ha provveduto a richiedere un software specifico da integrare con il sistema informativo aziendale (AREAS) che consentirà, una volta attivato, di poter effettuare analisi sui consumi di antimicrobici a vari livelli (unità operativa, ospedale, totale azienda ecc...) ivi incluso il dato di DDD, come richiesto dalla regione.</p> <p>Attività farmacia Territoriale:</p> <p>1) in osservanza a quanto stabilito dal D.A. 1634/2019 (che assegnava alle Asp dei budget di spesa per nove classi sottoposte a monitoraggio, per il triennio 2019/2021, tra cui gli Antibatterici sistemici J01) la nostra ASP ha fatto grande opera di formazione ed informazione ai Medici del territorio (MMG/PLS) sul corretto utilizzo degli Antibiotici nel territorio.</p> <p>2) gli incontri con i MMG/PLS si sono tenuti a cadenza trimestrale presso i Distretti di Agira, Enna, Nicosia e Piazza Armerina; nel corso del 2021 se ne sono tenuti, pertanto, 4 per</p>	obiettivo 100%

					<p>ogni distretto; durante tali incontri, oltre a parlare degli altri gruppi di farmaci sottoposti a monitoraggio, grande spazio ed enfasi veniva riservata agli antibiotici ed in particolar modo a quelli iniettabili per i quali la ns Regione ha da qualche anno predisposto un a scheda di prescrizione che deve essere compilata dal Medico prescrivente ed inviata a questo Servizio per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva.</p> <p>3) Particolare risalto, in era Covid-19, è stata data al corretto utilizzo degli antibatterici soprattutto nelle infezioni virali, laddove l'uso dell'antibiotico è del tutto inappropriato se non nei pazienti estremamente fragili e con pluri-patologie laddove il rischio di sovra infezione batterica è molto elevato; il ns Servizio ha intensificato i controlli (e le contestazioni ai Medici prescrittori) per l'uso di Azitromicina nel Covid-19 anche quando l'AIFA con proprie circolari (più volte reiterate) aveva caldamente sconsigliato ed infine vietato l'uso di tale antibatterico nel trattamento del Covid-19.</p> <p>4) infine i numeri relativi al consumo di antibiotici rilevati nel territorio della ASP di Enna: il numero di confezioni di antibatterici, prescritti a carico del SSN nella ASP di Enna, è passato da:</p> <p>189.489 confezioni nel 2019</p> <p>147.459 confezioni nel 2020</p> <p>136.824 confezioni nel 2021</p> <p>con una riduzione del 28% nel triennio in esame!!</p> <p>se si entra nel dettaglio si registra che:</p> <p>Le penicilline associate ad ac. clavulanico e altro passano da 41.917 del 2020 a 38.783 del 2021;</p> <p>Le cefalosporine di terza generazione da 32.500 del 2020 a 29.525 del 2021;</p> <p>i Macrolidi (nonostante l'abuso di Azitromicina nel covid 19) passano da 24.589 del 2020 a 22.726 del 2021;</p> <p>i Fluorchinoloni scendono da 21.563 del 2020 ai 19.898 del 2021.</p>	<p>obiettivo 100%</p>
--	--	--	--	--	--	------------------------------

						dal punto di vista economico la spesa attesa dal DA 1634/19 per l'anno 2021 era di 1.767.671, la spesa effettivamente registrata è stata di € 1.1198.485 con un risparmio, per il SSN, di € 569.186.	
		Direzione Sanitaria PP.OO.	2.1. E adempimenti Legge 24/2017	Aderenza agli obiettivi e alle direttive	SI	Al fine di garantire tali adempimenti in ottemperanza alla disposizione normativa n.24/2017 sono state emanate e pubblicate, sul sito istituzionale www.aspena.it nell'area Qualità e Rischio Clinico, linee guida e procedure aziendali.	obiettivo 100%
2.2 Personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza e coinvolgimento dei cittadini / pazienti	1 punto	URP	2.2 A - Misurazione della qualità percepita secondo il sistema Regionale	2.2 A - Attuazione delle direttive regionali sulla misurazione della qualità percepita	SI	Con nota prot.n. 34650/21 l'Assessorato Regionale della salute serv.8 DASOE ha interrotto l'attività di rilevazione della qualità percepita. L'ufficio URP ha realizzato ugualmente un piano di interviste anche se più agganciato al database regionale con domande multiple tendente ad indagare la percezione degli utenti in merito al COVID e all'assistenza sanitaria	obiettivo 100%
			2.2 B - La valutazione della qualità delle Strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino: aderenza al progetto regionale sulla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero in coerenza alla metodologia Agenas	2.2 B - Attuazione delle direttive regionali	SI	E' stata inviato alla Regione il report" La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino " realizzato nei 4 PP.OO. Inoltre nel corso del 2021 è stata realizzata la progettualità per migliorare il percorso ai disabili nell'Ospedale Umberto I.	obiettivo 100%

2.3 PDTA	1 punto	Dir. Dipartimento di Competenza - Distretti Sanitari Territoriali	2.3 A - Implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i Percorsi Diagnostico- Terapeutici (PDT) sia in ambito ospedaliero che territoriale secondo direttive regionali	2.3 A Report sulla base degli indicatori di implementazione specifici previsti dai singoli PDTA secondo direttive regionali	SI	Sono stati avviati i percorsi di cui alla nota prot. n.7724 del 29/01/2021 con una serie di incontri ospedale territorio per iniziare a tracciare le linee guide della regione, ma a causa Covid tutte le iniziative sono state bloccate.	obiettivo 100%
2.4 Appropriatezza	1 punto	Direzione Sanitaria PP.OO.	2.4 A - Adempimenti obiettivi regionali previsti dal piano annuale controlli analitici (PACA)	2.4 A - Rispetto degli adempimenti previsti	SI	Sono stati assicurati gli adempimenti previsti dalla normativa vigente tramite verifica dei casi richiesti dalla Regione e caricamento sul portale regionale dedicato. Inoltre sono attivi PDTA Alzheimer e Diabete nei percorsi territoriali aziendali	obiettivo 100%
2.5 Outcome	1 punto	Direzione Sanitaria PP.OO.	2.5 A - Aderenza al PNE: svolgimento attività di auditing nelle strutture segnalate sulla piattaforma PNE	2.5 A Report secondo modalità indicate dalla Regione	SI	Sono state effettuate le attività richieste dalla Regione.	obiettivo 100%
2.6 Consolidamento della raccolta delle Emazie concentrate nel plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati	2 punti	Centro Trasfusionale	2.6.A - Rispetto delle previsioni di raccolta delle EC già programmata dai Servizi Trasfusionali per l'anno 2019 (DDG n.51 del 17/01/2019) presso le Aziende sanitarie (ASP – AO – ARNAS – AOU) delle province di AG, CL, CT, EN, PA, RG, SR, TP.	-2020-2.6.A <ul style="list-style-type: none"> 100% con l'attribuzione di 1 punto al raggiungimento della previsione 2019-2020- 2021 2.6.B <ul style="list-style-type: none"> 100% con l'attribuzione di 1 punto all'atto del raggiungimento della quantità di Plasma prevista per il sub- obiettivo 2 pari a +60kg di Plasma rispetto al 2019-2020 	SI	2.6.A per l'anno 2021 il DDG 77/2021 prevede una raccolta di 7950 unità . Sono state raccolte 9159 unità con un notevole incremento. 2.6.B Nel 2020 la produzione di plasma da inviare al frazionamento industriale è di 2166,88- nel 2021 la produzione di plasma è di 2368,65 8 , ben oltre il valore atteso regionale	obiettivo 100%

			<p>2.6.B - Incremento della quantità di plasma da destinare all'emoderivazione (Cat. A e B) presso ciascuna azienda sanitaria regionale non inferiore a 60kg rispetto alla quantità di plasma raccolta nel 2019-2020</p>	<ul style="list-style-type: none">• La riduzione tra la previsione di raccolta (60 Kg) non superiore al 10% sarà valutato con 0.8 punto• Per scostamenti > al 10% l'obiettivo sarà considerato non raggiunto			
--	--	--	--	--	--	--	--

Area di intervento 3		Assistenza Territoriali ed Integrazione Socio-sanitaria e Privacy Punteggio: 9					
Interventi previsti	Peso intervento	Referente Aziendale di intervento	Descrizione e articolazione dell'intervento	Risultati attesi dall'intervento		Note	Risultato raggiunto Anno 2021
				Indicatore di risultato	Valore obiettivo anno 2021		
3.1 Cronicità	1 Punto	Distretti Sanitari Territoriali	3.1.A Incremento dei pazienti affetti da Diabete e Scopenso Cardiaco arruolati attivamente (Diabetici a media complessità HbA1c (EMOGLOBINA GLICATA) >= 6.5 Progetto IGEA; Scopenso Cardiaco a media complessità classificati in II° classe NYHA.)	3.1.A Diabetici e scompensati cardiaci arruolati attivamente / N. Pazienti media complessità inseriti nel registro distrettuale del paziente cronico x 100	3.1.A > 90%	Tutti i pazienti inviati dai PP.OO. vengono presi in carico ai Distretti territoriali. Sono in corso attività di sensibilizzazione alle dimissioni facilitate presso i reparti ospedalieri	obiettivo 100%

3.2 Fragilità	1 Punto	DSM	3.2.A Attuazione di quanto previsto dal PIANO Regionale Unitario per l'Autismo	3.2.A completamento procedure di reclutamento del personale per i servizi di diagnosi e intervento precoce organizzativi 3.2.B Implementazione RETE Centri diurni e Centri residenziali	3.2.A SI/NO	3.2.A – Sono state espletate le procedure di selezione, ed a oggi in fase di reclutamento del personale specialistico. 3.2.B – E' stato rinnovato il contratto con "I Corrieri dell'Oasi" per 20 posti/utenti con spettro autistico, inoltre è stato avviato l'iter di istituzione dell'Albo aziendale di cooperative e associazioni di professionisti per il trattamento con il metodo ABA.	obiettivo 100%
3.3 Disabilità e Non Autosufficienza	6	2 U.O.C. Medicina di Base	3.3.A Implementazione dei PUA/ Realizzazione di una procedura per l'accesso facilitato a tutti i Front-Office distrettuali per i portatori di disabilità	3.3.A piena realizzazione delle linee guida assessoriali relative al PUA compresa la realizzazione della procedura per i portatori di disabilità	3.3.A SI	Le attività dei PUA, per quanto compatibile con le restrizioni dovute all'emergenza Covid, hanno assicurato le attività. Tuttavia si evidenzia che gli accessi sono stati molto limitati sia nel 2020 che nel 2021.	obiettivo 100%
		2 Distretti Sanitari Territoriali	3.3.B Liquidazione indennità previste per le disabilità con le modalità e nei termini stabiliti dalle Direttive assessoriali	3.3.B Tempestivo pagamento del 100%	3.3.B SI	Le liquidazioni vengono effettuate tempestivamente. L'Azienda registra un ITP di -14,1 giorni rispetto ai 60 gg previsti	obiettivo 100%
		2 Distretti Sanitari Territoriali	3.3.C Attuazione delle valutazioni multidimensionali (UVM) effettuate presso il domicilio dell'utenza	3.3.C n. valutazioni multidimensionali domiciliari / N. valutazioni multidimensionali totali = X100	3.3.C >=80%	Sono state effettuate tutte le valutazioni pervenute. Le valutazioni sono effettuate in ottemperanza alla prescrizione per la prevenzione COVID	obiettivo 100%

<p>3.4 Privacy</p>	<p>1 punto</p>	<p>Direzione Strategica Aziendale D.P.O. aziendale</p>	<p>3.4 Applicazione regolamento europeo sulla protezione dei dati</p>	<p>3.4 Costituzione ufficio per la protezione dei dati Costituzione gruppo di lavoro</p>	<p>3.4 SI/NO</p>	<p>Nel nuovo atto aziendale approvato dall'Azienda è prevista la costituzione dell'ufficio Privacy. La Direzione assicura gli adempimenti in materia avvalendosi anche di una Società esterna.</p>	<p>obiettivo 100%</p>
------------------------	-----------------------	---	---	---	------------------	---	------------------------------