

Relazione sulla Performance 2020

Indice

- 1. PRESENTAZIONE DELLA RELAZIONE**
- 2. SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI**
 - 2.1 Il contesto esterno di riferimento
 - 2.2 L'Amministrazione
 - 2.3 I risultati raggiunti
 - 2.4 Le criticità e le opportunità
- 3. OBIETTIVI: RISULTATI RAGGIUNTI E SCOSTAMENTI**
 - 3.1 Albero della performance
 - 3.2 Obiettivi strategici
 - 3.3 Obiettivi operativi
 - 3.4 Obiettivi individuali
- 4. RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ**
- 5. PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE**
- 6. IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**
 - 6.1 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

1 - Presentazione

La presente Relazione, predisposta ai sensi e per gli effetti dell'articolo 10, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 74, e dalle Linee Guida nn. 1 e 2/2017 e n. 3/2018 della Funzione Pubblica, evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto agli obiettivi annuali programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La Relazione è intesa come:

- strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'amministrazione può riprogrammare obiettivi e risorse, tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance;
- strumento di accountability attraverso il quale l'amministrazione può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato e gli eventuali scostamenti – con le relative cause - rispetto agli obiettivi programmati.

La Relazione chiude il Ciclo della Performance per l'anno 2020 e rappresenta il consuntivo del Piano della performance 2020-2022, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 203 del 17 settembre 2020, e successivamente integrato con DDG n. 285/2020.

Una volta che sarà stata espletata, da parte dell'OIV di Agenzia, l'attività di analisi e valutazione del livello di effettivo perseguimento di azioni ed obiettivi oggetto di programmazione con il detto Piano, tale relazione consentirà all'Agenzia una più compiuta illustrazione ai cittadini ed agli stakeholders dei risultati conseguiti nell'anno 2020, mediante una sostanziale, completa e veritiera contestualizzazione degli stessi rispetto a fattori esterni intervenuti nel corso dell'anno e non sempre prevedibili nel momento della stesura del Piano delle Performance 2020-2022.

Nella Relazione sulla Performance potranno rilevarsi gli scostamenti individuati rispetto agli obiettivi programmati, l'analisi delle probabili cause di tali scostamenti e le misure correttive che l'Amministrazione intende applicare; essa sarà trasmessa all'Organismo Indipendente di Valutazione per la prescritta validazione, così come previsto dall'art. 14, c. 4, lett. c, d. lgs. 150/2009, anche ai fini dell'accesso agli strumenti premiali di cui al Titolo III del medesimo provvedimento normativo.

La relazione è resa disponibile e scaricabile online sul sito web istituzionale dell'AReSS Puglia www.sanita.puglia.it/web/aress, così come previsto dalla normativa, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

Si precisa, infine, che la presente Relazione viene redatta a conclusione di una annualità (2020), prevalentemente caratterizzata da una reingegnerizzazione aziendale dei processi amministrativi e dei percorsi socioassistenziali finalizzati alla gestione della pandemia, a partire dal mese di marzo del 2020.

E' indubbio quanto la gestione della pandemia abbia fortemente caratterizzato l'attività

dell'Agenzia, che ha adottato prontamente diverse strategie finalizzate alla gestione della pandemia, in accordo con la Regione Puglia ed il Dipartimento promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti.

L'Agenzia, per l'anno 2020, nonostante si sia trovata ad operare in un contesto pandemico di livello mondiale, è comunque riuscita a garantire le proprie attività, con particolare dovizia sull'appropriatezza delle prestazioni.

2 – Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholders esterni

2.1 Il contesto esterno di riferimento

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, articolato a livello regionale, l'Agenzia è uno degli attori pubblici del Servizio Sanitario Regionale pugliese.

Tra gli *stakeholders* di riferimento dell'Agenzia, pubblici e/o privati, capaci di influenzare/orientare le strategie scelte per il raggiungimento del fine istituzionale, pertanto, si collocano:

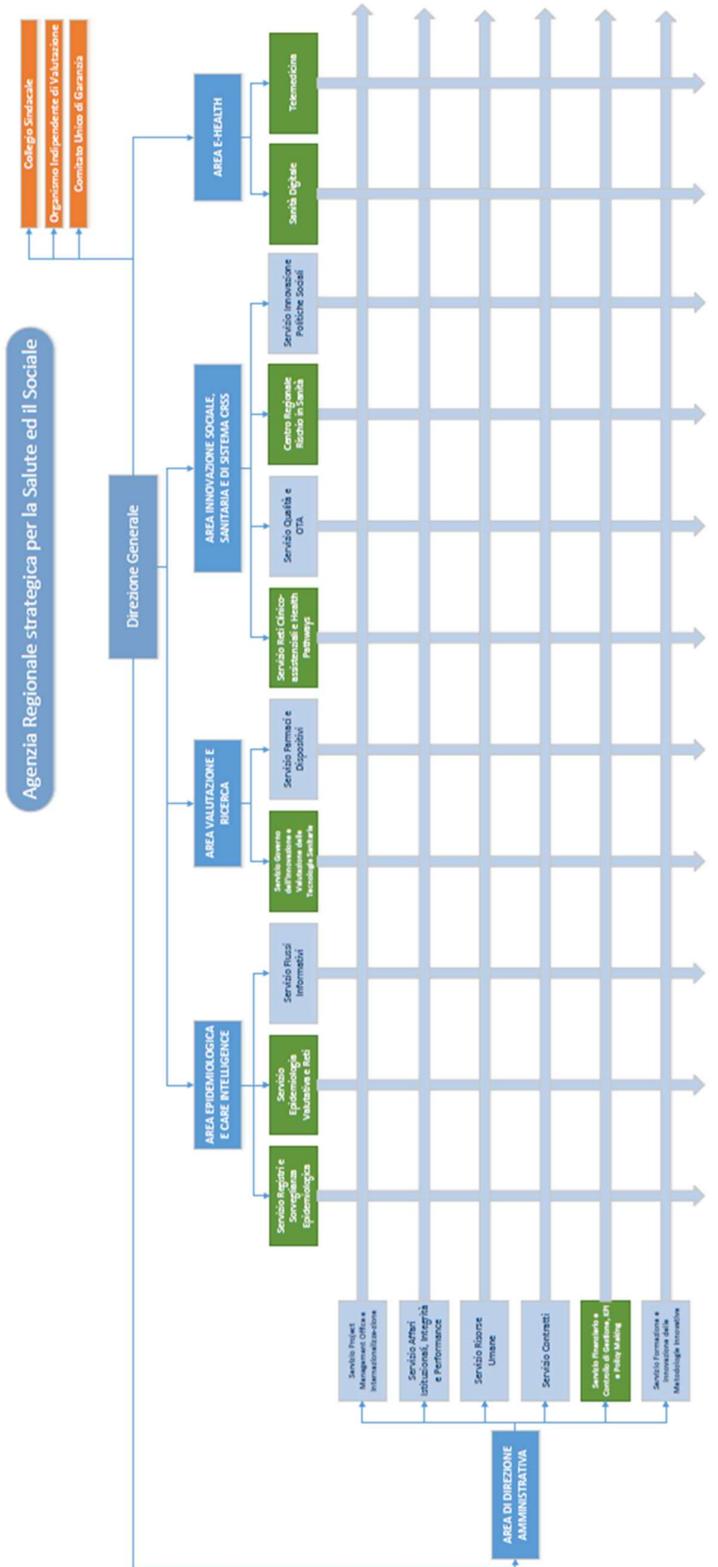
- soggetti ugualmente attori, in quanto attivamente coinvolti nella gestione/organizzazione in senso lato del Servizio Sanitario, quali, il Ministero della Salute, la Conferenza Stato-Regioni, la Commissione Salute istituita nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, la Regione Puglia, la Commissione Salute istituita presso il Consiglio regionale, A.S.L. ed I.R.C.C.S. regionali, l'AGENAS, l'Unione Europea;
- portatori di interesse, quali A.I.F.A., I.S.S., Ordini e Collegi professionali, società scientifiche, associazioni di volontariato operanti in contesti rientranti nell'ambito di competenza dell'Agenzia, fornitori;
- beneficiari finali, sebbene a livello indiretto, i cittadini.

2.2 L'Amministrazione

Con l'approvazione dell'atto aziendale di organizzazione e funzionamento (DGR n.1069 del 19/6/2018), l'Agenzia si è strutturata secondo un'organizzazione "a matrice": le attività tecnico-scientifiche ed a valenza esterna delle Aree di Direzione e dei Servizi di Supporto sono state sostenute dall'azione interaziendale trasversale dell'Area di Direzione Amministrativa, a sua volta articolata in Servizi, così come di seguito graficamente rappresentato.



Agenzia Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia



Tale organizzazione, pur riaffermando la centralità della Direzione Generale nella definizione delle priorità e strategie, così come la necessità del rispetto di chiare gerarchie, procedure amministrative ed attribuzioni di responsabilità, tende a sottolineare l'alta specializzazione delle Aree di Direzione e dei Servizi di supporto, altresì contribuendo a responsabilizzare e valorizzare le risorse professionali presenti, anche in vista della valutazione della performance imposta dal d. lgs. 150/2009 e ss.mm.ii..

In osservanza di quanto disposto dall'art. 32 della L.R. n. 38/94, nel presente paragrafo si analizzano anche i principali scostamenti dei valori di Conto economico consuntivo al 31 dicembre 2020, rispetto a quelli del Conto economico preventivo relativo al medesimo esercizio, nonché rispetto a quelli riportati nel Conto economico consuntivo dell'esercizio precedente.

Il costo della produzione registra un incremento di circa il 12,90% rispetto all'anno 2019.

L'esercizio finanziario 2020 chiude comunque con un risultato d'esercizio positivo di circa 253 mila euro (duecentocinquantaquattro), seppur diminuito rispetto al risultato di esercizio del 2019, pari a circa 429 mila euro (quattrocentoventinove).

2.3 I risultati raggiunti

Per quel che riguarda gli obiettivi strategici ed operativi programmati per l'anno in corso, si riportano di seguito i prospetti riassuntivi di ciascuna Area Tecnico-Specialistica/Servizio Amministrativo, con le attività compiute/i risultati conseguiti dalle varie articolazioni interne all'Agenzia, così come enucleabili sulla base delle relazioni sintetiche all'uopo predisposte dai dirigenti e utilizzate dall'OIV quale strumento di valutazione del livello di effettivo perseguimento delle azioni e degli obiettivi programmati con il Piano della Performance.

Agli specifici obiettivi strategici ed operativi declinati a livello di Area/Servizio, si è aggiunto l'ambito strategico trasversale a tutte le articolazioni organizzative dell'Agenzia, inerente alla Prevenzione della corruzione, Trasparenza ed Integrità, tramite il potenziamento dell'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza. Questo obiettivo strategico pluriennale trasversale risponde al fine, attribuito direttamente dall'ordinamento nazionale, di prevedere esplicitamente obiettivi che diano conto dell'attività svolta dall'amministrazione per attuare concretamente misure e strumenti di prevenzione della corruzione e tutela della trasparenza ed integrità dell'agire amministrativo.

In particolare, il Piano ha previsto, in relazione all'anno 2020, l'assegnazione trasversale a tutti i dirigenti dell'Agenzia di due specifici obiettivi - che misurassero e riflettessero il grado di attuazione e rispetto, assicurato da ciascuno, in ordine alle misure di trasparenza e prevenzione della corruzione introdotte con il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza – P.T.P.C.T. – 2020-2022 di cui alla DDG n. 17 del 31 gennaio 2020. Il suddetto Piano è stato successivamente

Cod. Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
1	PROMUOVERE UNA GESTIONE INTEGRATA DEI FLUSSI MIGRATORI SOSTENENDO TUTTI GLI ASPETTI DEL FENOMENO: ASILO, INTEGRAZIONE E RIMPATRIO.	FAMI- Prevenzione 4.0: elaborazione di un modello integrato di presa in carico psico-socio-sanitaria delle persone migranti richiedenti e titolari di protezione internazionale sul territorio regionale pugliese.	1-a	Tempi di adozione del documento di proposta di un modello integrato entro il 31.05.2020	Così come rilevabile dalla D.D.G. n. 73 del 09-04-2020, il Modello di cui all'obiettivo operativo 1.a, è stato oggetto di definitiva approvazione. Lo stesso documento, deliverable di Progetto, è stato trasmesso alla Regione Puglia e alle n. 6 AA.SS.LL. con nota n. prot. 1976 del 20-04-2020
		FAMI- Prevenzione 4.0: elaborazione di un protocollo d'intesa per la sperimentazione del modello integrato di presa in carico psico-socio-sanitaria delle persone migranti richiedenti e titolari di protezione internazionale sul territorio regionale.	1-b	Approvazione del Protocollo d'Intesa e avvio della sperimentazione entro il 30.10.2020	Così come rilevabile dalla D.D.G. n. 210 del 30-09-2020, il Protocollo d'Intesa di cui all'obiettivo operativo suindicato è stato oggetto di definitiva approvazione. Lo stesso Protocollo, deliverable di Progetto, è stato sottoscritto dal DG di A.Re.S.S. e dal DG della ASL FG
		FAMI-SUPREME: porre in essere le azioni di cui al SO 3 - Az. 3.1 - Misure di assistenza integrata, cura e trattamento al fine di salvaguardare la salute e promuovere l'inclusione sociale dei migranti legalmente presenti che vivono in condizioni di grave vulnerabilità nei luoghi identificati dal Piano.	1-c	Avvio delle Azioni di cui ai punti 3.1.1/3.1.2 e 3.1.7 di Fami Supreme entro il 30.06.2020	L'avvio della realizzazione dei task di cui alla SA 3.1 di Progetto (S.O. 3) è rilevabile dai seguenti atti (si riportano solo i principali): D.D.G. nn. 55 e 58 del 24-03-2020, D.D.G. n. 70 del 09-04-2020, D.D.G. nn. 99 - 100 e 101 del 21-05-2020.
		FAMI-SUPREME: porre in essere le azioni di cui al SO 3 - Az. 3.1 - Misure di assistenza integrata, cura e trattamento al fine di salvaguardare la salute e promuovere l'inclusione sociale dei migranti legalmente presenti che vivono in condizioni di grave vulnerabilità nei luoghi identificati dal Piano.	1-d	Avvio delle Azioni di cui ai punti 3.1.1/3.1.2 e 3.1.7 di Fami Supreme entro il 01.12.2020	L'avvio della realizzazione dei task di cui alla SA 3.1 di Progetto (S.O. 3) è rilevabile dai seguenti atti (si riportano solo i principali): D.D.G. n. 192 e n. 209 del 30-09-2020 del 24-03-2020.
2	Elaborazione di un modello di rete delle cure intermedie per la gestione delle persone fragili	Partecipazione al Progetto Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie - CCM 2019 denominato "Cure Intermedie"	2-a	Somministrazione di un questionario entro il 31/12/2020, per la ricognizione degli interventi di assistenza integrata sanitaria e sociale per la presa in carico delle persone con esigenze complesse realizzati nell'ambito delle cure intermedie nella Regione Puglia.	In considerazione dell'evento pandemico che si è verificato nel corso dell'anno 2020, il progetto CCM è stato prorogato d'ufficio dal Ministero per ulteriori sei mesi, provocando uno slittamento delle attività così come previste dal progetto. Si è addivenuti alla definizione del questionario (Cf. All. Rendicontazione semestrale al 31/12/2020, pagina 2*) ed alla somministrazione dello stesso con la fattiva collaborazione degli uffici del Dipartimento Promozione della Salute - Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale, che ha permesso di raccogliere le informazioni riguardanti 6 distretti socio sanitari delle Aziende Sanitarie Locali Pugliesi su 6, sotto il coordinamento tecnico-scientifico dello scrivente servizio (All. 3 - Questionario) e trasmesso tramite piattaforma informatica all'ente capofila del progetto.
			2-b	Ricognizione delle informazioni già disponibili e condivisione minimum data set con le UU.OO partecipanti al progetto per il monitoraggio e la valutazione delle cure intermedie entro il 31.10.2020	L'obiettivo risulta superato così come illustrato nella relazione semestrale* al 31.07.2020 (pagina 3) e relativo allegato. Si riportano negli allegati anche il verbale dell'incontro tenutosi a Bologna a Gennaio 2020 e il relativo documento di definizione del data set nell'ambito delle cure intermedie. *Si fa presente che gli allegati al presente obiettivo, in particolare le relazioni semestrali trasmesse al Ministero della Salute dalla Regione Emilia Romagna, ente capofila del progetto, e a firma della dott.ssa Moro, coordinatrice scientifica del progetto, sono il risultato delle attività svolte da ogni singola Unità Operativa, compresa l'A.Re.S.S. (Unità Operativa n. 5) ed in particolare l'Area Innovazione Sociale con il contributo del dott. Attolini, quale responsabile scientifico e il dott. Ferrante quale Coordinatore Operativo del progetto per l'U.O. n. 5.
3	PROMOZIONE E SOSTEGNO DELLA QUALITA' E DELLA SICUREZZA DELLE CURE	Avviare il Progetto QuOTA - Qualità e costituire l'Organismo Tecnicamente Accreditante	3-a	Redazione dei 3 documenti entro il 31/12/2020 (Gap Analysis ISO 9001, Manuale della Qualità e Procedure Operative)	Si veda allegato 1 (Nota Prot. 0000070 del 07.01.2021) e Allegato 2 (Nota Prot. 00001287 del 05.05.2021).
			3-b	Qualificazione del corso di formazione specialistica dei valutatori	Allegato 1 (Nota Prot. 0000070 del 07.01.2021), Allegato 2 (Nota Prot. 00001287 del 05.05.2021), Allegato 3 (DDG ARESS 13/2020) e Allegato 4 (DDG ARESS 21/2020)
			3-c	Elaborazione di Linee guida in relazione all'implementazione del sistema di gestione per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro nelle aziende del Servizio Sanitario e Linee guida per la sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari della Regione Puglia	Con la DDG n. 140/2020 (All. 1) sono stati adottati i seguenti documenti: 1- Proposte di linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di gestione per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro nelle aziende del servizio sanitario; 2- Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari della Regione Puglia
			3-d	Implementare il CRIS - Centro Regionale Rischio in Sanità	Le attività svolte dal Servizio Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del Paziente - CRSS si sono sviluppate lungo le seguenti direttrici: • Verifica recepimento raccomandazioni ministeriali rischio clinico per prevenzione eventi avversi e relative procedure da parte di I.R.C.C.S. Aziende ospedaliere - Policlinici e Strutture private accreditate; • Monitoraggio attività di prevenzione COVID-19; • Linee guida relative all'implementazione del sistema di gestione per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro nelle aziende del Servizio Sanitario. All'esito di queste attività, è stato costruito un archivio digitale contenente n. 33 best practice necessarie allo sviluppo del servizio, partendo dalla costruzione di un benchmark di riferimento sul quale definire le attività del Servizio.
4	Migliorare la qualità dell'assistenza attraverso la manutenzione e l'implementazione della Rete Oncologica Pugliese		4-a	Adozione del Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico (COO) entro il 30.06.2020	Con DDG ARESS n. 137 del 25.06.2020 è stato adottato il nuovo Regolamento dei Centri di Orientamento Oncologico
			4-b	Formazione del personale dei Centri di Orientamento Oncologico Regionale entro il 31.12.2020	Il corso di formazione regionale per gli operatori dei Centri di Orientamento Oncologico, della durata di 18 ore, in ottemperanza alle disposizioni governative in materia di contenimento del contagio da Covid-19, si è svolto in modalità FAD asincrona. Obiettivo del corso è stato quello di rendere noto ed esplicitare a tutti gli operatori in sanità lo stato di attività della Rete Oncologica Pugliese, i PDTA (percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) sulle principali patologie tumorali (polmone, mammella, colon-retto, utero e prostata), nonché ad identificare i successivi programmi di Rete. Il corso è stato accreditato ai fini del riconoscimento degli ECM dall'ufficio di formazione della ASL di Lecce, con riconoscimento di 8 crediti formativi. Sono stati formati 150 operatori
			4-c	Redazione del Regolamento del Comitato Etico della Rete Oncologica Pugliese	Il Ministero della Salute con decreto del 12 maggio 2006 ha stabilito i requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati Etici per la sperimentazione clinica dei medicinali. A tal fine è stata redatta una proposta di Regolamento del Comitato Etico della R.O.P.
			4-d	Deliberazione di revisione elenco dei nodi di rete (PNR e Rete Regionale Pugliese) entro il 31.10.2020	Nel corso dell'anno 2020 è stata effettuata una revisione dei centri della Rete Malattie Rare Regione Puglia (ReMar) mediante analisi dei dati di diagnosi effettuate nelle Unità Operative accreditate, estratti dal Sistema Informativo Malattie Rare Regione Puglia (SIMARRP). Tale revisione è stata deliberata con la DDG ARESS n. 183 del 03.08.2020, avente per oggetto "Proposta di aggiornamento della Rete Malattie Rare - ReMar - Regione Puglia"
	Manutenzione e implementazione della Rete delle Malattie Rare		4-e	Svolgimento di almeno n. 2 audit sulla qualità delle cure entro il 31.12.2020	Nel corso dell'anno 2020 sono stati organizzati diversi incontri con i Referenti Territoriali Malattie Rare - CTMR (uno per ogni ASL) e con il Centro Sovraziendale, per effettuare una attività di audit tesa alla verifica e al monitoraggio delle attività svolte e delle criticità che si sono presentate sul territorio, soprattutto alla luce dell'evento pandemico, al fine di confrontarsi sulla gestione nelle differenti AL per trovare soluzioni comuni o best practice che potessero assicurare equità ed uniformità di trattamento per tutti i pazienti pugliesi.
			4-f	Istituzione di almeno 4 reti cliniche (Rete Ematologica, Rete Infettivologica, Rete Fibrosistica, Rete Reumatologica)	1 - Rete Ematologica Allegata la DDG ARESS n. 113/2020 "Approvazione della proposta di "Rete Ematologica Pugliese. Revisione e Aggiornamento" 2 - Rete Infettivologica Nel corso del 2020 al verificarsi dell'inatteso evento della Pandemia da Covid 19 si è reso quanto meno urgente riprogrammare l'attività in relazione allo stato di emergenza sanitaria che ha sconvolto l'ordinario andamento del Sistema Sanitario Regionale. La Regione Puglia ha dovuto riformulare l'offerta di assistenza sanitaria della rete ospedaliera regionale, riprogrammare la dotazione dei posti letto e convertire intere strutture ospedaliere alla gestione del Covid. In questo contesto complicato e drammatico sotto il coordinamento del dott. Attolini, con il supporto della dott.ssa Storelli e del dott. Ferrante, è stato costruito un tavolo di lavoro con i referenti delle diverse società scientifiche mediche per la costruzione di un documento di supporto al trattamento e alla gestione del paziente affetto da Covid-19, dalla fase domiciliare alla fase ospedaliera, che è stato trasmesso alle strutture sanitarie regionali coinvolte nella Rete Covid regionale, al fine di una implementazione aziendale. Allegata DGR "Approvazione aggiornamento "Procedure gestione clinico assistenziale epidemia covid19 Regione Puglia". Istituzione del "Gruppo di Lavoro per il monitoraggio dell'implementazione delle procedure gestione paziente COVID e per il per il relativo aggiornamento" 3 - Rete Fibrosi cistica Allegata la DDG ARESS n. 170/2020 "Rete della Fibrosi Cistica: Proposta di modello innovativo di integrazione per la cura e l'assistenza dei pazienti" 4 - Rete Reumatologica Allegata la DDG ARESS n. 251/2020 "Proposta di Aggiornamento della Rete Reumatologica Pugliese e relativo PDTA. Approvazione del documento "Rete Reumatologica Pugliese e PDTA. Revisione e Aggiornamento"
	Elaborazione di modelli di Reti Cliniche		4-g	Coinvolgimento dei GRIP nei lavori di adozione delle reti cliniche	Il lavoro di revisione e aggiornamento delle reti cliniche svolto nel corso del 2020 ha visto la partecipazione attiva dei diversi professionisti coinvolti dal processo di riorganizzazione delle reti. A tal fine si rimanda alle delibere e agli allegati alle stesse di cui al precedente indicatore, all'interno delle quali sono stati formalizzati i diversi GRIP che hanno contribuito e validato i diversi documenti di revisione e aggiornamento delle reti cliniche.
			4-h	Attivazione di almeno n. 5 tavoli di lavoro per la predisposizione di PDTA	L'attività di predisposizione e stesura dei PDTA ha visto l'attivazione di Tavoli di Lavoro con il coinvolgimento dei diversi professionisti competenti. Per le evidenze si rimanda alle delibere allegata al successivo indicatore.
Elaborazione di Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziali Regionali per patologie croniche, oncologiche e tempo-dipendenti		4-i	Adozione di almeno n. 4 PDTA	n. 1 PDTA con Deliberazione n. 240/2020 "Proposta Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale - PDTA della Sclerosi Laterale Amiotrofica - SLA" n. 5 PDTA con Deliberazione n. 132/2020 "Rete Oncologica Pugliese (R.O.P.). Proposta di revisione e aggiornamento del PDTA regionali per Cr. Colon Retto, Cr. Polmone, Cr. Prostata, Cr. Neoplasie mammarie e Cr. Endometrio." n. 1 PDTA con Deliberazione n. 119/2020 "Istituzione dei G.R.I.P e approvazione proposta dei PDTA del "Mieloma Multiplo" e "Neoplasie Mieloproliferative (MFP e LMC)" n. 1 PDTA con Deliberazione n. 43/2020 "Adozione "Proposta di PDTA regionale sullo Scopeno Cardiaco".	
5	Prestazioni l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza	3.a Partecipare all'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020 - 2022	5-a	Puntualità nei tempi di consegna della mappatura dei processi.	Adempimento effettuato nei termini.
		3.b Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	5-b	Puntualità nei tempi di adempimento agli obblighi di pubblicazione dei dati, riguardanti l'Area e gli eventuali Servizi afferenti, pubblicati in "Amministrazione Trasparente", ai sensi del PTPCT 2020-2022 - Sezione Amministrazione Trasparente.	Adempimento effettuato nei termini.

Eventuali annotazioni:

Cod. Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
1	Sorvegliare l'emergenza infettiva da COVID-19	1.a Effettuare un Linkage tra Banca Dati Assisto 2019 con le piattaforme di sorveglianza COVID-19	1.a.1	Tempi di aggiornamento e linkage entro 31/10/2020 (report)	Ogni giorno viene aggiornato il datawarehouse con le segnalazioni provenienti da ISS. Una volta a settimana (il lunedì) avviene il caricamento dei dati sui tamponi (con integrazione dati ultimo mese). Ogni giovedì avviene l'allineamento del datawarehouse con i dati PS e SDO relativi al COVID-19. Per tutti e tre i flussi vengono effettuati i linkage con la banca dati assistiti.
			1.a.2	Grado di coerenza Assisti Registrati Sorveglianza/Assisti BDA	ogni giorno viene effettuato l'allineamento delle segnalazioni giornalieri covid con i dati nella BDA (in particolare: anagrafe, ricoveri, pronto soccorso, personale sanitario, cronicità)
		1.b Implementare indicatori di fase 2 e indagini epidemiologiche	1.b.1	Numero di rapporti settimanali per l'implementazione Dashboard per il monitoraggio settimanale	Ogni settimana, nella giornata di venerdì, viene redatto un report regionale con focus provinciali per il monitoraggio degli indicatori ministeriali di fase 2. Il periodo in studio, per ogni settimana, è lunedì-domenica della settimana precedente all'analisi. Si allegano tutte le relazioni di monitoraggio 2020.
			1.b.2	Numero di rapporti per lo studio su impatto COVID-19 su SSR	Ogni settimana, nella giornata di giovedì, viene redatto un report sull'impatto del Covid-19 sull'accesso ai servizi di Emergenza Urgenza per un totale di circa 25 rapporti. E' stato pubblicato sul rapporto annuale del 2020 dell'Istat lo studio interregionale "Impatto del Covid-19 sull'Assistenza Ospedaliera" (Periodo di analisi Gennaio-Marzo).
2	Acquisire ed accrescere la conoscenza dei bisogni in relazione ai principali determinanti di salute	2.a Analizzare e contrastare le disuguaglianze attraverso Piano Regionale di Prevenzione e NSG	2.a.1	Tempi di realizzazione del Report su disegno Interventi HEA per il Piano Regionale Regionale 2020-2024 entro 30/11/2020	Il Piano Nazionale di Prevenzione è stato adottato con Intesa in Conferenza Stato-Regioni il 6 agosto 2020, e recepito dalla Giunta Regionale con DGR 22 dicembre 2020 n. 2131. Nelle more l'Area, incaricata della tematica Ambiente e Salute, ha comunque proseguito nelle attività di HEA, producendo il disegno dell'intervento in tema ambiente e salute, pubblicato nel Rapporto ISTISAN "Environmental Justice nei siti industriali contaminati: documentare le disuguaglianze e definire gli interventi"
			2.a.2	N. Indicatori NSG core sperimentati per l'equità/N. indicatori NSG per l'equità	E' stato raggiunto il 100%; tutti gli indicatori previsti dal progetto sono stati calcolati; i dati sono stati inviati al gruppo di lavoro il 28/10/2020, come da mail allegata; si allega l'esito, nei due file .xlsx; si allega la relazione finale del lavoro effettuato.
		2.b Assicurare la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni, anche in relazione a fattori di rischio ambientali	2.b.1	Livello/grado di Aggiornamento VDS su 2018 (%)	Sono state prodotte le analisi relative alla mortalità, all'ospedalizzazione e alle malformazioni congenite fino al 2018; tali analisi sono state utilizzate per fornire il quadro epidemiologico delle VDS nei SIN di Brindisi e di Taranto, conclusi nel 2021. Si allegano le relazioni finali.
			2.b.2	N. Report Stato di Salute/n. Istanze pervenute (%)	E' stato fornito riscontro al 100% delle istanze pervenute (comuni di Gioia del Colle, Putignano, Mola di Bari, Canosa e Monopoli)
		2.c Gestire la programmazione di interventi urbani per la mitigazione dei cambiamenti climatici; promozione salute nelle aree ad alta urbanizzazione (CCM-19)	2.c.1	Progettazione strumenti per la programmazione di interventi di Urban Health entro 30/11/2020 (REPORT)	Partecipazione a riunione organizzativa per l'avvio della progettazione di interventi di Urban Health anche nel contesto locale. Si allega programma della riunione tenutasi il 29/09/2020.
			2.c.2	Implementazione Studi Longitudinali Metropolitan: disegno arruolamento coorti entro 30/11/2020 (REPORT)	Si allega relazione finale dello studio longitudinale "Fattori socio demografici e incidenza della malattia diabetica in differenti quartieri del Comune di Bari" e presentazione webinar 27 ottobre "Modelli Organizzativi Regionali e PDTA". Si allega, inoltre, la relazione scientifica finale del progetto BEEP ("Bigdata in Epidemiologia ambientale ed occupazionale").
		2.d Gestire i sistemi per le analisi dei fenomeni tumorali	2.d.1	PugliaStat - aggiornamento ricoveri	PugliaStat è un'applicazione per la realizzazione di analisi descrittive sui ricoveri e sui decessi pugliesi. Nel corso del 2020 sono state consolidate le schede di dimissione ospedaliera dell'anno 2019 e sono state integrate all'interno del database di PugliaStat. Nella documentazione probante è stata inserita un'interrogazione sul database di PugliaStat che mostra il numero di ricoveri per anno, incluso il 2019.
			2.d.2	PugliaCan - aggiornamento incidenza	L'archivio di PugliaCan contiene i dati di incidenza tumorale del Registro Tumori Puglia. Ogni anno l'archivio viene aggiornato con i nuovi dati di incidenza calcolati sulla base dei casi di tumore registrati dalle sezioni provinciali del Registro Tumori Puglia. Si forniscono l'email con l'invio dei dati aggiornati al 31/12/2020 e il relativo allegato.
3	Mettere a punto l'analisi dei dati epidemiologici - sia Covid-19 che di assistenza ordinaria - a seguito di appositi processi di valutazione dei risultati conseguiti da parte dei servizi sanitari e socio-sanitari	3.a Progettare la rete dei servizi ospedalieri	3.a.1	Rilevazione dotazioni dei posti letto ospedalieri entro 30/11/2020	Note di trasmissione ed analisi sulla casistica dei posti letto anno 2020, antecedenti il 30/11/2020
			3.a.2	Presentazione progetto entro 30/09/2020	E' stato fornito supporto tecnico sin dall'inizio della pandemia per la riorganizzazione della rete ospedaliera, anche costruendo le presentazioni utili ad illustrare il processo, e fornendo nei report settimanali e in report specifici le valutazioni previsionali sull'utilizzo dei posti letto
		3.b Analizzare le informazioni delle prestazioni sanitarie finalizzate alla appropriatezza delle cure	3.b.1	Livello di aggiornamento MAAP su 2019 - report entro 30/11/2020	il maap è stato aggiornato con i dati 2019 nei tempi stabiliti
			3.b.2	Report entro 30/11/2020	Alcuni report di Analisi sulle attività di ricovero ospedaliero elaborati entro il 30/11/2020 e note di trasmissione; Report di analisi PDT ex post e mail di trasmissione.
3.c Analizzare l'impatto del COVID-19 sul funzionamento del SSR	3.c	Report entro 30/11/2020	E' stata predisposta una relazione per il Ministero della Salute nell'ambito della verifica degli adempimenti Piano di Rientro, trasmessa al Dipartimento in data 10/12/2020 e acquisita al protocollo del Sistema documentale Piani di Rientro con n. PUGLIA-160-11/12/2020-000069-A		
4	4.a Registro Tumori Puglia	4.a.1	N. eventi formativi realizzati	In data 09/06/2020 e 14/07/2020 sono stati organizzati n. 2 eventi formativi dal titolo: 1) registrazione dei tumori della testa e del collo (file 1 Registro tumori Puglia 4.1a, programma webinar); 2) registrazione dei tumori dell'apparato digerente - esofago e stomaco (file 2 Registro tumori Puglia 4.1a programma webinar).	
		4.a.2	Livello/grado di aggiornamento RTP su 2018 (stime di incidenza)	76% di completezza per l'anno di incidenza 2018 (file 1 Registro tumori Puglia 4.1b), stime di incidenza 2018 (file 2 Registro tumori Puglia 4.1b)	
	4.b Registro Malformazioni Puglia	4.b.1	Report di progettazione nuovo gestionale RMC entro 30/11/2020	In data 30/01/2020 è stato redatto il Documento tecnico di progettazione nuovo area gestionale su EDOTTO (file 01_Documento Malformazioni diagnostiche congenite); In data mail di revisione dei campi schede nati e IVG nuova area gestionale edotta (file RMC_Implementazione_Novo_gestionale_Mail_20_10; SCHEDA_REGISTRO_ITG_DP; SCHEDA_REGISTRO_NATI); In data 29/09/2020 si è tenuta una riunione tecnica del gruppo di lavoro nuova area applicativa edotta al fine di verificare le funzionalità previste (file Verbale Edotto 33.2020 del 29.09.2020 - Revisione RFC Evolutiva Registro Malformazioni Congenite).	
		4.b.2	Redazione di report delle attività 2015-2018 entro 30/10/2020	In data 16/09/2020 report prime analisi sul data set (file RMC 2015_2017_MAIL_16_09) e report ulteriori analisi il 21/10/2020 (file RMC 2015_2017_MAIL_21_10); In data 17/09/2020 c'è stata una riunione operativa (file verbale riunione 17 settembre 2020), al fine di valutare i disallineamenti rilevati dalle analisi sulla casistica 2015-2018, analisi di prevalenza 2015-2018 ai fini delle VDS del SIN di Taranto e Brindisi, di cui si allega la documentazione.	
	4.c OpenSalute Puglia (1 fase - dati sanitari)	4.c.1	Architettura metodologica entro il 31/10/2020	La struttura del sito è stata definita in termini di: percorsi di ricerca degli indicatori di salute, tipologia degli indicatori da mostrare in sintesi per area geografica, scelta delle sezioni da analizzare nel sito. È descritta nel documento "Bozza Home e Area Geografica 23092020.docx" inviato in data 23/09/2020 con mail allegata.	
		4.c.2	Documento di progettazione del sito web 1 fase 30/11/2020 (report)	I materiali e i metodi statici per il calcolo degli indicatori sono illustrati in documenti di progettazione specifici per ciascuna sezione del sito (Mortalità, Prevalenza, Stime e proiezioni e Registro tumori). Il doc della sezione Mortalità è "Bozza Mortalità 24072020.docx", inviato in data 24/07/2020 con mail allegata. Il doc di Stime e proiezioni è "Tumori_SezioneStime_24Luglio.docx", inviato in data 08/09/2020 con mail allegata. Il doc di Registro tumori è "TUMORI - REGISTRO TUMORI_20201007_FC.doc", inviato in data 07/10/2020 con mail allegata. Il doc di Prevalenza è "Bozza Prevalenza v9.doc" ed è stato inviato in data 21/10/2020 con mail allegata.	
	4.d Medicina di genere	4.d.1	N. interventi progettati	N. due interventi progettati (vedi punto successivo) + Declinazione degli indicatori di sorveglianza COVID per genere come da verbale di insediamento (https://regione.puglia.it/web/salute-sport-e-buona-vita/osservatorio-covid-19)	
		4.d.2	N. Indicatori di genere (NSG/PNE) prodotti	Si allega un rapporto statistico in cui si è analizzato l'Indicatore NSG H13C (Percentuale di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati oltre 2 giorni in regime ordinario) stratificato per genere; si allega rapporto di stratificazione per genere sull'indicatore PDTA NSG DIABETE	
4.e Gestire il THREAT ARREST (prevenzione attacchi informatici), addestrandolo un congruo numero di addetti alla sicurezza cybernetica	4.e.1	Quota attività monitoraggio/Totale procedure(%)	ARESS è stata task leader del task 7.2 ("Health Sector Pilot") e ha organizzato e realizzato la prima fase di valutazione della piattaforma. Al termine dell'attività è stato prodotto il deliverable D7.2.		
	4.e.2	Addetti formati in cyber security	Sono stati formati 4 addetti all'utilizzo della piattaforma e per ciascuno di essi è stato prodotto un questionario di valutazione della soluzione implementata.		
5	5.a Implementare il Sistema di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria	5.a.1	N. Indicatori NSG implementati/N. indicatori core	Sono stati implementati 21 indicatori, pari al 100% degli indicatori NSG CORE calcolabili. In allegato: elenco indicatori; Verbale DISAR del 14/12/2020; Nota trasmissione verbale	
		5.a.2	N. indicatori treemap implementati/N. indicatori Treemap PNE	Sono stati implementati 21 indicatori su 23 (> 91%). In allegato ELENCO INDICATORI E schermata del DISAR con indicatori treemap implementati.	
		5.a.3	N. indicatori MES di valutazione calcolati/N. indicatori MES di valutazione	E' stato calcolato il 94% degli indicatori di valutazione previsti. Inviati al Network entro il 30/10/2020. Si allega documento di dettaglio.	
	5.b Aggiornare Data Warehouse e Banca Dati Assisto	5.b.1	Livello raggiunto popolamento del Data Warehouse con i dati 2019	E' stato raggiunto il 100% del popolamento del DWH con i flussi 2019; una delle attestazioni è il calcolo degli indicatori MES avvenuti entro il 2020 e calcolati sui flussi presenti sul DWH, dati allegati in "flussi utilizzati per indicatori MES da DWH.xlsx";	
		5.b.2	Aggiornamento della Banca Dati Assisto con i dati 2019	la DBA è stata regolarmente aggiornata con i flussi 2019; riaggiornata successivamente come si evince dalla documentazione allegata.	
	5.c Monitorare la performance della Rete Oncologica Pugliese (ROP) in relazione alle prescrizioni NSG	5.b.3	Analisi delle variazioni spaziali e temporali dei consumi sanitari dei soggetti cronici - report entro 31/10/2020	Tutte le analisi e report prodotti ai punti 2.a.2, 3.b.2, 5.a.3, 5.d.2 sono state elaborate su DWH e BDA aggiornati con i flussi del 2019	
		5.b.4	Esecuzione analisi stratificazione del rischio nell'ambito PONGOV - resilienza entro 31/10/2020	Predisposizione del set informativo di riferimento realizzato a partire dai dati regionali e funzionale alla definizione del modello nazionale di stratificazione, definizione algoritmo nazionale di stratificazione	
	5.d Monitorare la performance dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) in relazione alle prescrizioni NSG	5.c.1	Messa a punto dei protocolli degli indicatori calcolabili da flussi informativi correnti	Sono stati adattati e condivisi tutti i protocolli PNE e NSG messi a punto a livello nazionale	
5.c.2		Implementazione cruscotto di indicatori di performance/totale indicatori ROP da flussi	Implementati numero 24 indicatori ROP su 28 calcolabili (86%). In allegato carteggio su richiesta calcolo indicatori, da cui si evince l'elenco degli indicatori effettivamente calcolabili. Nota del 07_07_2020 comunicazione indicatori calcolati; Nota del 07_07_2020 aggiornamento relazione ROP; Elenco indicatori ROP calcolabili; indicatori calcolati.		
5.d.1	Implementazione Indicatori NSG-PDTA/totale indicatori NSG PDTA	E' stato implementato il 100% dei 10 indicatori NSG-PDTA previsti. Inviata ultima versione al gruppo di lavoro del Ministero il 19/11/2020. In allegato la mail di invio. Il link relativo agli indicatori; https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=lea&menu=monit-oraggioLea&tab=3			
5.d.2	Redazione di report entro 30/11/2020	Si rende disponibile il documento con l'esito delle analisi inviato con mail.			
6	Potenziare l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza	6.a Partecipare all'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020 - 2022	6.a	Puntualità nei tempi di consegna della mappatura dei processi.	Adempimento effettuato il 09/06/2021 (proroga al 10/06/2021)
		6.b Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	6.b	Puntualità nei tempi di adempimento agli obblighi di pubblicazione dei dati, riguardanti l'Area e gli eventuali Servizi afferenti, pubblicati in "Amministrazione Trasparente", ai sensi PTPCT 2020-2022 - Sezione Amministrazione trasparente -	Adempimento effettuato nei termini.

Cod. Ob.	Obiettivo strategico riferimento	di	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
1	Accompagnare la scalabilità di sistema di tecnologie innovative		HTA di un modello organizzativo di telehome care per pazienti cronici ai fini del corretto utilizzo del finanziamento a valere sui fondi PO FESR 2014 - 2020	1.1a	produzione di un report HTA	Nel corso del 2020 l'Area è stata impegnata nella stesura di due prodotti HTA, redatti in lingua inglese: il primo, un report inerente a un modello organizzativo di telehome care (monitoraggio remoto di pazienti cronici affetti da BPCO, Scenpso Cardiaco, Diabete), sottoponendo a valutazione un'esperienza pilota con sede in un distretto della ASL di Brindisi anche ai fini di una sua scalabilità. Nonostante l'ipotesi di costruirlo come Rapid report (con un ridotto numero di domini di approfondimento), sin da subito si è rivelato opportuno strutturarli come Full report; il secondo, un HTA report su una esperienza di teledialisi avviata nell'AO Policlinico di Bari che, pur essendo partito come Horizon scanning report con lo scopo di individuare ambiti di sviluppo di ulteriore ricerca anche ai fini di un procurement innovativo (anche in questo caso sarebbero stati necessari ridotti ambiti di approfondimento), in realtà ha affrontato molti più domini di quelli previsti. Entrambi i report infatti superano l'obiettivo atteso di 5 domini di approfondimento poiché hanno affrontato ciascuno 8 domini
			HTA di un modello organizzativo di teledialisi anche ai fini dell'implementazione di procedure di procurement innovativo	1.2a	produzione di un report HTA	
			valutazione di progetti di ricerca e innovazione in ambito salute per conto di AReSS e Dip.to salute (BANDO PROMIS - OPEN INNOVATION)	1.3a	n. progetti valutati/n. progetti proposti x100	La Direttrice di Area è stata individuata quale componente della commissione di valutazione di alcuni progetti provvedendo a valutarne i contenuti, l'impatto in termini di ricadute positive sul sistema, il grado di maturità tecnologica, etc. suggerendo modalità di riparametrazione di alcuni criteri e supervisionando la redazione dei verbali dei lavori, fino alla delibera finale 109/2020 avente ad oggetto "Avviso per la Manifestazione di Interesse per la preselezione di n. 5 proposte finalizzate alla partecipazione al concorso indetto da Promis: "realizzazione di strumenti agili di "Open Innovation" che accelerino la trasformazione digitale di processi e prodotti". Aggiudicazione".
			valutazione e rilascio pareri brevi su tecnologie sanitarie su istanza policy maker (dispositivi medici per EMERGENZA COVID)	1.4a	n. pareri rilasciati/n. pareri richiesti	L'obiettivo in discorso ha comportato nel corso dell'anno differenti interventi, il più delle volte con tempi di risposta rapidi, per email e su chat con protezione civile, referenti della cabina di regia regionale emergenza COVID e referenti ASL, su svariate tecnologie rispetto alle quali sorgerà la necessità di verifica dei requisiti (es. ventilatori polmonari per terapia intensiva o subintensiva), rilascio parere di congruità (su tecnologie importate dalla Cina), necessità di approfondimento sui meccanismi di funzionamento, reperimento di manuali d'uso in italiano (pompe ad infusione), supporto e consulenza sui meccanismi di certificazione (supporto alle aziende in fase di riconversione alla produzione di mascherine), verifica possesso idonee certificazioni di partite di dispositivi proposte da mediatori (mascherine chirurgiche) etc. etc. Ciò nell'alveo degli interventi organizzativi che hanno interessato le strutture sanitarie del territorio nel panorama soprattutto della prima, seconda e terza ondata pandemica. In particolare per le maschere ventilatorie si è condotto un ulteriore approfondimento utile per i lavori del tavolo TER - Ministero salute (tavolo degli esperti regionali di cui la sottoscritta è componente per la Regione Puglia) in funzione dell'utilizzo della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici come base per la Classificazione Europea dei Dispositivi Medici.
			"PICC"- Coordinamento progetto: Mappatura e Classificazione sul territorio regionale dei Centri di posizionamento e gestione dei CVC attraverso web based survey	1.5a	n. centri mappati in tre mesi	La survey per la mappatura dei centri di impianto di CVC in Puglia è stata condotta dopo la creazione e validazione di una scheda ad hoc per la raccolta di informazioni, l'informatizzazione e verifica in ambiente protetto della scheda trasformata in questionario web based, la creazione di un indirizzario attraverso la consultazione dei siti istituzionali degli enti sanitari Pubblici e Privati del SSR da coinvolgere, la stesura di adeguata informativa da inviare alle ASL (scheda sintetica e nota informativa di avvio Survey) e, per conoscenza, alle associazioni dei pazienti afferenti ai relativi Comitati consultivi misti. L'invio dell'informativa ai centri pubblici del SSR è avvenuta con nota prot. AReSS 16.11.2020/0004420 con richiesta di individuazione di almeno un referente per ASL (referente team accessi venosi centrali). Si è provveduto inoltre alla divulgazione della Survey attraverso il sito istituzionale di AReSS (pubblicazione di news in primo piano) al link: https://www.sanita.puglia.it/web/aress/news-in-primo-piano_det/-/journal_content/56/45631926/p-i-c-c-patient-involvement-and-images-utilization-in-central-venous-catheter-certification . Durante la Survey sono state condotte azioni di sensibilizzazione alla compilazione (telefonate, mail) e contestualmente si è provveduto al monitoraggio dell'andamento dell'adesione con periodica estrazione dati fino alla deadline. La survey si è conclusa con 35 questionari compilati
			"PICC"- Coordinamento progetto: Collezione e confronto dei protocolli di gestione ed impianto di CVC dei centri mappati	1.5b	n. di protocolli esaminati/n. di protocolli acquisiti	15 Strutture (43%) dichiarano di aver elaborato un protocollo di posizionamento/gestione approvati dalla Istituzione, ma solo 5 (15%) indicano gli estremi della delibera di approvazione; 31 Team su 35 (89%) attuano le procedure di posizionamento/gestione seguendo i protocolli validati da SIAARTI; in 11 (31%) casi viene dichiarato che si attuano le procedure di posizionamento/gestione seguendo Linee Guida o protocolli internazionali. Tutti i protocolli indicati sono stati presi in esame.
			"PICC"- Coordinamento progetto: identificazione dei fabbisogni per lo sviluppo della piattaforma web di progetto	1.5c	produzione del documento tecnico sui fabbisogni per lo sviluppo della piattaforma web di progetto entro il mese di 31/10/2020	il processo di individuazione delle caratteristiche tecniche da prevedere e richiedere agli eventuali sviluppatori è stato laborioso ed ha comportato anche la pianificazione di un iter di adesione all'Accordo Quadro Consip Lotto3 da sottoporre ad autorizzazione del Direttore Generale. Il documento tecnico è stato completato con recepimento delle revisioni il 17/11/2020 (mail di trasmissione PN). E' seguito l'iter autorizzativo per formulare richiesta di preventivo a Consip che si è concretizzato con la sottoscrizione da parte del DG della nota prot. Prot. 0000090 del 11.01.2021 da l'8 gennaio 2021 e successivo invio di pec ad oggetto "Progetto PICC: Trasmissione Piano dei Fabbisogni Contratto Quadro Consip SPC-Cloud Lotto 3" Servizi di interoperabilità per i dati e di cooperazione applicativa" - Sistema Pubblico di Connettività - Lotto 3 Ad Almagiva Spa In data 12 gennaio 2021.
			"Biobanche" - Coordinamento progetto ex DDG AReSS 187/2019: Produzione di una "Proposta di documento d'indirizzo di carattere regionale per la regolamentazione della crioconservazione di materiale biologico umano a fini di ricerca, diagnostici e terapeutici"	1.6a	assenza documento; produzione del documento (MIN); adozione del documento con Delibera AReSS (ATT);	L'Area Valutazione e ricerca ha coordinato il gruppo di lavoro "Progetto Biobanche" per la stesura di una proposta di documento di indirizzo di carattere regionale per la regolamentazione della crioconservazione di materiale biologico umano a fini di ricerca, diagnostici e terapeutici. Tale documento è stato recepito con Delibera del DG AReSS 173 del 24/07/2020. Parte integrante del Documento è inoltre uno strumento aggiornato di mappatura e classificazione dei centri regionali che a vario titolo crioconservano materiale biologico umano, costruito sulla scorta della revisione di letteratura e di documenti inerenti a network nazionali (BBMRI.it), internazionali (BBMRI) e coerente con il documento di indirizzo. Per la mappatura delle realtà territoriali che crioconservano a vario titolo materiale biologico umano e per la sperimentazione dei criteri di classificazione dei centri anche ai fini della costruzione di una anagrafe regionale, lo strumento è stato informatizzato, testato (e ospitato sui server del CNR) e utilizzato per l'avvio di una survey territoriale. Notevoli difficoltà sono derivate dalla costruzione di un indirizzario inclusivo di tutte le realtà che a vario titolo perseguono il biobancaggio di materiale umano, ma ciò si è dimostrato necessario per meglio finalizzare l'opera di caratterizzazione delle strutture che sul territorio meritano di essere incluse in un percorso di miglioramento degli standard di crioconservazione. La nota con cui è stato trasmesso in forma cartacea il questionario da compilare online, con una breve guida alla compilazione e l'anteprima della versione online è datata 31/12/2020. La Survey, condotta attraverso il collegamento al link https://survey.ba.itb.cnr.it/SurveyBiobanchePuglia , è stata pubblicizzata attraverso il sito istituzionale e i canali social media dell'AReSS ed è stata oggetto di interventi di sensibilizzazione e consulenza alla compilazione da parte dei componenti il tavolo. Per cercare di recuperare il ritardo sulla tabella di marcia, una prima deadline è stata fissata al 28 febbraio ma, per non compromettere l'esito e la completezza del lavoro, a seguito di monitoraggio si è reso necessario prorogarla fino al 15 Marzo. A chiusura di survey sono state raccolte 44 schede, di cui 6 incomplete.

			definizione dei fabbisogni tecnologici e valutazione dei gap sul sistema delle terapie intensive e sub intensive regionali	2.1a	attrezzature per TI e Sub I di cui è stato identificato standard/attrezzature sottoposte a monitoraggio protezione civile x 100	In riferimento all'approvazione della Rete Ospedaliera COVID della Regione Puglia e dei relativi posti letto complessivi da attivare si è definito lo standard per posto letto di tecnologie necessarie a rendere operative le degenze COVID necessarie. A fronte di ciò, è stato identificato il fabbisogno partendo dalla mappatura dell'esistente e si è pianificato un monitoraggio periodico dell'aggiornamento degli approvvigionamenti attraverso azioni di coordinamento con il Dipartimento Salute, la Protezione civile regionale e Nazionale, oltre che con la rete degli ingegneri clinici delle Aziende del SSR. I citati standard hanno rappresentato la base per ulteriori richieste di definizione dei fabbisogni da parte del Dipartimento Regionale Salute per adempiere ad obblighi informativi da parte della cabina di regia nazionale come conseguenza della L 77/2020 Decreto Rilancio (mail 10/09/2020 a Direzione dipartimento salute e DG ARESS). A tal proposito al fine di consentire l'invio dei dati richiesti dal Commissario Arcuri in previsione di un acquisto centralizzato di carattere nazionale con strumenti di procurement messi a disposizione da Invitalia si è provveduto ad interfacciarsi con il livello nazionale (Invitalia) il livello Regionale e Aziendale per una migliore definizione del riscontro. Inoltre, si è provveduto alla verifica di alcune specifiche "per posto letto e condivise" rivenienti dalla disamina di quanto espresso in termini di specifiche tecniche da parte delle ASL, AA.OO. e IRCCS pubblici regionali. Le attività di monitoraggio delle tecnologie indicate sono iniziate con una fase pianificatoria che ha riguardato il mese di marzo e necessaria a definire i più adeguati strumenti (griglie di rilevazione) utili a catturare le informazioni necessarie (23 - 24 Marzo e 1 Aprile) e sono entrate a pieno regime a partire dal 3 Aprile 2020, con cadenza bisettimanale (monitoraggi del 3 - 7 - 10 - 14 - 17- 21- 24 - 24 - 28 Aprile; 1 - 5 - 8 - 12 - 15 -19 - 22 - 26 Maggio), protrandosi fino al 5 giugno.
				2.1b	monitoraggi effettuati/monitoraggi previsti (bisettimanale dal 19/03/2020 al 15/05/2020)	

Cod. Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
2	Supportare la coerenza fra fabbisogni tecnologici e offerta reale e prospettica del sistema	analisi di scenario e proposta di un modello regionale per l'erogazione dei servizi di fisica sanitaria nel SSR (TT HTA Fisica sanitaria)	2.2a	assenza documento; documento di proposta modello organizzativo Fisica Sanitaria(Min); strutturazione di un questionario e avvio di una analisi organizzativa regionale (Att)	Il documento di proposta di un nuovo modello organizzativo per la Fisica Sanitaria è stato redatto e presentato come project work nel corso di formazione manageriale (cui hanno partecipato due componenti del Tavolo Tecnico HTA di Fisica Sanitaria) per dirigenti sanitari incaricati della direzione di struttura complessa di aziende ed enti del servizio sanitario della Regione Puglia con il titolo "Valutazione comparativa di modelli organizzativi delle Strutture di Fisica Sanitaria per una proposta di adeguamento al DM 70//2015" nel giugno 2020. Nell'ambito del Tavolo tecnico, inoltre, si è condotto un lavoro di strutturazione di un questionario utile a mappare le differenti attività svolte dai fisici sanitari in relazione alle dotazioni tecnologiche dei differenti enti cui afferiscono sul territorio. Il questionario, complesso ed articolato in varie sezioni, trae spunto da uno strumento internazionale redatto dalla EFOMP (European Federation of Organisations for Medical Physics), ma ha subito integrazioni e specificazioni sulla scorta delle discussioni condotte nel tavolo. Con nota 3295 del 20/07/2020, il questionario è stato inviato alle UU.OO. di Fisica Sanitaria, alle Ingegnerie Gestionali e agli Uffici tecnici delle ASL - AO - IRCCS Pubblici del territorio per l'avvio di una analisi organizzativa regionale. (Att)
		aggiornamento e deliberazione Piani terapeutici per la prescrizione di tecnologie complesse per il diabete (TT HTA Diabetologia)	2.3a	DGR 387/2018 Aggiornamento piani terapeutici; (Min) deliberazione Piani terapeutici aggiornati (ATT)	I lavori in collaborazione con il tavolo HTA di diabetologia, così come tutte le attività condotte in generale in collaborazione con i clinici, hanno subito pesantissimi rallentamenti nel corso della situazione emergenziale. Le difficoltà organizzative che hanno condotto ad implementare metodologie di presa in carico a distanza e il recupero delle lunghissime lunghe d'attesa che sono state l'effetto della contingentazione degli accessi agli ambulatori ospedalieri si sono inevitabilmente ripercosse sulle attività di collaborazione in ambiti di studio e di ricerca che non fossero COVID – correlati. Nello specifico, riguardo all'obiettivo di aggiornamento dei Piani terapeutici, nonostante si fosse iniziata la discussione nel tavolo e l'Area Valutazione e Ricerca avesse prodotto una sintesi delle modifiche da apportare, approvare e deliberare, di fatto non si è potuto finalizzare il lavoro poiché non si è ricevuto riscontro (vedi mail a Referente Scientifico 10/11/2020) e non è stato più possibile convocare il tavolo. E' stato inoltre condiviso con il responsabile scientifico un approfondimento (comparison charts) inerente ad alcune tecnologie per il monitoraggio del glucosio con l'obiettivo di stilare una "tabella di associazione fra caratteristiche delle tecnologie e peculiarità dei pazienti" che, qualora sviluppata, consentirebbe una prescrizione di dispositivi con piano terapeutico meno condizionata dalla marca e modello della tecnologia. Medesimi gli effetti sull'attività di strutturazione del PDTA per pazienti diabetici. Dopo aver discusso sulla necessità di adoperare l'impostazione seguita nel Path Lab promosso da AReSS (laboratorio per la costruzione dei più rilevanti percorsi diagnostico Terapeutici Assistenziali) in funzione della quale è stata inviata ai componenti la documentazione necessaria, il documento non è stato sviluppato. Si tenga conto che i professionisti afferenti ai tavoli tecnici HTA collaborano volontariamente e gratuitamente con l'Area Valutazione e Ricerca e con il Centro regionale HTA, senza ovviamente alcun obbligo, pertanto quando si realizzano obiettivi anche complessi grazie allo spirito di collaborazione, la determinazione, la proattività e lo spirito di servizio, i risultati raggiunti hanno maggior valore. Un'attività prevista fra gli obiettivi del tavolo Tecnico HTA ma totalmente gestibile dall'Area senza il coinvolgimento dei clinici ha riguardato l'obiettivo miglioramento degli strumenti di monitoraggio e verifica dell'aderenza alla DGR 387/2018 nella prescrizione di tecnologie complesse da parte dei centri autorizzati. A tal proposito è stata designata ed implementata una survey ad hoc per monitorare gli effetti regolatori delle determinazioni dirigenziali n. 291 del 13.11.2018 e 41 del 15.03.2019 in applicazione della DGR 387/2018 ed in particolare della esclusiva prescrizione sul territorio da parte dei centri autorizzati di I e II livello di tecnologie per la somministrazione dell'insulina ed il monitoraggio in continuo della glicemia in persone affette da diabete. La survey, che ha coinvolto i farmacisti ASL come elemento terminale delle prescrizioni dei centri prescrittori, è stata avviata con nota Prot. A.Re.S.S. 26.06.2020/0003020. Con essa si è provveduto a richiedere ai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie Locali e, per il loro tramite, ai Responsabili dei relativi Servizi Farmaceutici, di compilare i campi delle griglia appositamente formulata e divisa in più sezioni con il numero complessivo di prescrizioni ricevute per ciascun dispositivo sopra indicato, suddividendo il conteggio in base al Centro prescrittore di origine del relativo piano terapeutico, riferito all'arco temporale di tre semestri (dal 1 Gennaio 2019 fino al 30 Giugno 2020). Tutte le asl hanno risposto. Il risultato dell'analisi è stato presentato al tavolo tecnico HTA nel mese di novembre e successivamente inviato al dipartimento salute l'11 gennaio 2021 con nota prot 92.
		aggiornamento dei protocolli per la cura del diabete alla luce delle più evidenti linee guida internazionali ed elaborazione di una proposta di PDTA regionale in linea con tali evidenze	2.4a	assenza documento; presenza documento di Proposta PDTA (Min); Delibera Aress/nota di trasmissione documento di Proposta PDTA (ATT)	
		miglioramento degli strumenti di monitoraggio e verifica dell'aderenza alla DGR 387/2018 nella prescrizione di tecnologie complesse da parte dei centri autorizzati (survey farmacisti ASL)	2.5a	reportistica inerente ad almeno il 50% delle ASL regionali: 30% (MIN) 50% (ATT)	

Cod. Ob.	Obiettivo strategico riferimento	di	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
3	Sostenere il Programma Nazionale di Health Technology Assessment		Promuovere la formalizzazione della Rete Regionale HTA ed il raccordo con le procedure di acquisto di Dispositivi medici	3.1a	DGR 584/2018 Centro Regionale HTA; Documento di proposta funzionamento Rete Regionale HTA(Min); DDG ARESS recepimento Rete regionale HTA (ATT)	Riguardo alla Rete Pugliese di HTA, con Delibera del 4 Agosto n.185/2000 si è provveduto ad una migliore definizione dell'atto di funzionamento del Centro regionale HTA e della Rete Regionale HTA che include Tavoli tecnici e Referenti regionali HTA nominati, in numero di 2 da ciascuna azienda. La delibera ARESS è stata notificata al Dipartimento salute che ne ha formalizzato l'istituzione con la DGR 1333/2020 definendo un termine massimo di 30 giorni affinché le aziende nominassero ciascuna 2 referenti HTA fra i professionisti che più facilmente intercettano l'innovazione tecnologica. Purtroppo i tempi per la nomina dei suddetti professionisti da parte delle Direzioni Generali impegnate con le urgenze dettate dalla pandemia sono stati molto lunghi. Il ritardo accumulato nella individuazione dei referenti HTA da parte delle ASL ha comportato lo slittamento del Kick off meeting pianificato per l'insediamento della rete e una prima condivisione degli obiettivi e delle modalità di funzionamento. Si sono condotte da parte di ARESS le procedure volte a dotare ciascun componente della rete di un account per l'accesso al portale ECRi, uno strumento di consultazione sull'innovazione tecnologica e una repository di evidenze e report HTA sviluppati dall'Istituto americano di ricerca indipendente (Ecri institute) utili anche ai fini di una migliore conoscenza delle tecnologie anche ai fini dell'acquisto. Riguardo alla attività di affiancamento o sostituzione del Dir. Dip Salute in Cabina di regia nazionale HTA, nell'anno 2020 sia per motivi legati all'avvicinarsi di un nuovo management presso il Ministero salute e l'Agenzia Nazionale dei Servizi sanitari, ma ancor più per un impegno totalmente catalizzato sulla gestione pandemica, la cabina nazionale HTA non si è più riunita. Pertanto l'obiettivo negoziato non è valutabile. Sono però continuate tutte le attività che vedono impegnato il CreHTA e l'Area Valutazione e Ricerca nel programma nazionale HTA, soprattutto in termini di segnalazione di tecnologie da sottoporre a futura prioritizzazione e valutazione.
				3.1b	n.referenti HTA nominati nella AA.SS.LL.-AO /n.AA.SS.LL.-AO	
				3.1c	assenza documento; presenza regolamento di prioritizzazione regionale (Min); Delibera ARESS di adozione del regolamento (Att)	
				3.1d	Condivisione di documenti e strumenti internazionali a supporto della valutazione HTA nella rete regionale HTA	
			3.2a	incremento della produzione di segnalazioni nel PN HTA DM	Segnalazione alla Cabina di regia HTA Nazionale di tecnologie sanitarie rilevanti per il SSR ai fini della prioritizzazione e valutazione da parte dei Centri collaborativi al Programma Nazionale HTA DM	
			3.3a	n. sessioni di affiancamento o sostituzione del Dir. Dip Salute in Cabina di regia nazionale HTA/n. riunioni totali cabina di regia nazionale HTA x 100	Partecipazione ai lavori e agli incontri mensili della Cabina di Regia HTA dei DM in qualità di esperto in affiancamento al Direttore del Dipartimento salute	
				3.4a	n. di associazioni coinvolte nella stesura di documenti nell'ambito di tavoli Tecnici HTA	L'Area Valutazione e Ricerca ha intrapreso da tempo un percorso di coinvolgimento di cittadini e pazienti sui temi della Valutazione delle tecnologie sanitarie. Con questa finalità cerca di includere il punto di vista del Cittadino/Paziente nelle iniziative inerenti alle valutazioni di policies e tecnologie anche favorendone l'inclusione nei tavoli tecnici HTA o promuovendone l'informazione e formazione (es. Corso di formazione sul Patient Involvement in HTA) Nello specifico, riguardo al 2020 si comunica che: Stefania Palmisano, rappresentante regionale di Cittadinanzattiva/Tribunale dei diritti del malato è parte del sottogruppo di lavoro del TT HTA di Fisica sanita che si sta occupando della "Redazione di un documento formativo/informativo per cittadini e pazienti" che possa sensibilizzare la collettività sulle problematiche riguardanti radio esposizione e salute pubblica alla luce degli obblighi previsti dalla Direttiva Europea 59/13/EURATOM; riguardo alla redazione del documento di cui si è discussa una prima bozza (dopo la preliminare condivisione e ricognizione di documenti, brochure, etc. con finalità simili) nella TC del 25 giugno 2020 e si è concordato di utilizzare un linguaggio meno tecnico, riportare per esteso tutti gli acronimi (spiegandone il significato) e soffermarsi a rispondere ai quesiti più frequenti posti dai pazienti. Giuseppe Traversa, FAND Bari è componente del tavolo tecnico di diabetologia. E' stato coinvolto nel progetto Foodianet come paziente esperto partecipando al training sul protocollo Foodianet. Ha acquisito il ruolo di Taskshiftee con credenziali d'uso della piattaforma grazie alle quali può arruolare pazienti diabetici e supportarli nella erogazione del protocollo di empowerment nella gestione del diabete di tipo II. E' costantemente coinvolto sui temi di competenza del tavolo (aggiornamento piani terapeutici, valutazione di dispositivi medici, etc.) Antonella Celano - APMAR: coinvolta nella segnalazione nel Programma Nazionale HTA dei DM della tecnologia "Ossigenoterapia iperbarica per il trattamento della fibromialgia". La segnalazione sottoscossa al PN HTA DM è il primo esempio in Puglia di segnalazione formulata con il supporto e la partecipazione dei pazienti. La segnalazione è frutto della partecipazione di APMAR al percorso formativo organizzato dall'Area Valutazione e Ricerca con il supporto di Cittadinanzattiva "patient involvement in HTA", e sul tema specifico è stato organizzato un project work. Questa esperienza sarà divulgata quest'anno nel congresso europeo UELAR (European League Against Rheumatism) l'organizzazione che riunisce tutte le società europee di reumatologia.
				3.4b	identificazione e contestualizzazione di uno strumento (MIN); proposta di applicazione dello strumento ad un contesto organizzativo (ATT)	Riguardo all'identificazione e contestualizzazione di uno strumento utile a cogliere il punto di vista dei cittadini/pazienti e la proposta di sua applicazione in un contesto organizzativo, l'Area Valutazione e Ricerca, durante la revisione di letteratura per i prodotti HTA riguardanti le due esperienze di telemedicina già citate, ha identificato uno strumento specifico per la rilevazione della prospettiva del cittadino/paziente sull'utilizzo di tecnologie per il monitoraggio da remoto. Il SUTAQ, acronimo per Service User Technology Acceptability Questionnaire, è un questionario formulato e validato in UK con questo scopo, costruito e impiegato tra il 2008 e il 2011 nel più grande trial randomizzato e controllato su Tele-health e Tele-care al mondo, il Programma WSD - Whole System Demonstrator programme. La finalità principale del questionario consiste nel poter misurare la fiducia dei pazienti e la visione che progressivamente sviluppano relativamente ai servizi di user acceptability. Il CreHTA ne ha prodotto una versione italiana adattata che, più che ad indagare la prospettiva sull'utilizzo dei singoli dispositivi, punta ad indagare il giudizio di accettabilità complessiva che esprime l'utilizzatore del servizio di telemedicina. Lo strumento è stato proposto per essere applicato ai pazienti che rappresentano ad oggi la coorte utilizzatrice del "prototipo" Teledialisi presso il Policlinico di Bari, ma con le difficoltà relazionali legate all'emergenza COVID non si sono ottenuti feedback (nessun questionario restituito) (vedi nota prot. nota Prot. ARESS 4010 dell'01/10/2020). E' stato inoltre presentato e proposto al Direttore dell'Area E-Health che coordina la centrale regionale di telemedicina e alla Direzione Generale ARESS perché potesse ipotizzare di adoperarlo nell'ambito del progetto Gatekeeper (3879 del 19/09/2020).

			"FOODiaNET" Coordinamento partenariato nazionale e Responsabilità scientifica del progetto CCM 2018: monitoraggio attivo con conduzione TC di avanzamento progetto	4.1a	n. TC organizzate nell'anno	L'Area Valutazione e Ricerca coordina per ARESS il partenariato (Puglia, Marche, Lazio, Toscana, Lombardia, Università Cattolica e Policlinico di Bari) del Progetto Nazionale CCM 2018 per la "Definizione e implementazione di un modello operativo innovativo di task shifting per promuovere l'engagement e la literacy alimentare nella prevenzione del Diabete Mellito e delle sue complicanze: il protocollo Foodia-Net".
			"FOODiaNET" Coordinamento partenariato nazionale e Responsabilità scientifica del progetto CCM 2018: (mappatura dei centri e dei professionisti nelle 5 regioni aderenti al progetto)	4.1b	n. registri analizzati/ UU.OO. di progetto	Il progetto si propone prioritariamente di sperimentare un modello operativo innovativo di task shifting volto a promuovere una più efficace gestione multi-professionale e inter-settoriale del DM di tipo II e della prevenzione delle sue complicanze. Il progetto prevede lo sviluppo di una piattaforma tecnologica con cui gestire le iniziative di educazione alimentare e di supporto all'engagement dei pazienti (FoodiaNet) nella prospettiva della collaborazione multidisciplinare e secondo la logica del Task Shifting. Nel 2020 sono state condotte periodiche TC di coordinamento del partenariato volte ad assicurare le attività finalizzate al raggiungimento di specifici obiettivi come di seguito riportato: 28 Gennaio; 11 e 25 Febbraio; 10 e 24 Marzo; 7 e 21 Aprile; 5 Maggio; 3, 16 e 30 Giugno; 14 e 28 Luglio, 8 e 15 e 29 Settembre, 6 e 19 Ottobre, 3 e 23 Novembre, 15 e 22 Dicembre (disponibili i verbali delle TC). Il sottogruppo sullo sviluppo della Piattaforma, coordinato dalla Sottoscritta e composto da componenti dell'Area Valutazione e Ricerca, Ditta Almaviva e Zero DD, ha inoltre organizzato e tenuto 10 riunioni dedicate allo sviluppo della piattaforma Foodianet (dal 24/03/2020 al 4/08/2020). mappatura dei centri e dei professionisti nelle 5 regioni aderenti al progetto
			"FOODiaNET" Coordinamento partenariato nazionale e Responsabilità scientifica del progetto CCM 2018: (Coordinamento attività per lo sviluppo della piattaforma cloud e GDPR compliant fra partenariato nazionale - ditta aggiudicataria - supervisione DEC)	4.1c	n. verbali TC con softwarehouse da attivazione convenzione	La mappatura dei centri e dei professionisti che nelle U.O. di progetto si occupano sul territorio di prevenzione del diabete è stato un passaggio chiave per la definizione dello scenario in cui condurre la sperimentazione (sviluppo e applicazione del protocollo foodianet attraverso la piattaforma). Per attuare tale mappatura sono state elaborate due differenti tipologie di griglie di rilevazione (registri) che sono state compilate da centri ambulatoriali ospedalieri e da Aggregazioni funzionali di MMG del territorio. L'Area Valutazione e Ricerca ha coordinato e monitorato la raccolta dati in maniera che si raggiungesse un sufficiente numero di registri utili a delineare i contesti e le strutture che potevano essere cooptate in termini di professionisti "attivi" per il prosieguo delle attività (N. complessivo di registri compilati: 9)
			"FOODiaNET" Coordinamento partenariato nazionale e Responsabilità scientifica del progetto CCM 2018: (produzione di rendicontazione per il partenariato entro i termini previsti dagli accordi stipulati con i partners e con il Ministero salute)	4.1d	n. rendicontazioni effettuate/n. rendicontazioni previste nell'anno x 100	Nel Luglio 2020 (POSTA CERTIFICATA direzione.aress@pec.rupar.puglia.it del 7 Agosto 2020: Programma CCM 2018 - Progetto "Definizione e implementazione di un modello operativo innovativo...: il protocollo FoodiaNet" CUP:F85B18006020001 TRASMISSIONE RELAZIONE SCIENTIFICA E RENDICONTAZIONE DELLE SPESE SOST. DAL 14/09/2019 AL 30/06/2020. Invio 1/5 e successive) secondo le tempistiche di progetto è stata assicurata la produzione della rendicontazione semestrale e la scrivente, in qualità di responsabile scientifico ha sia curato la relazione scientifica sugli obiettivi specifici della Puglia, sia dell'intero partenariato. Inoltre al fine di poter meglio utilizzare i fondi disponibili alla luce delle attività da condurre e delle necessarie riorganizzazioni come conseguenza della situazione emergenziale (es. utilizzo dei fondi per missioni) la sottoscritta ha prima pronostato nel partenariato, e noi al Ministero della Salute, una rimodulazione del
			"FOODiaNET" Conduzione attività tecnico scientifiche per l'U.O. ARESS: produzione di rendicontazioni tecnico scientifiche per l'U.O. ARESS entro i termini previsti dagli accordi con il Ministero salute	4.1e	n. rendicontazioni effettuate/n. rendicontazioni previste nell'anno x100	
			"FOODiaNET" Conduzione attività tecnico scientifiche per l'U.O. ARESS: supporto all'individuazione di professionisti rispondenti a criteri definiti per la creazione del pool di task shifters	4.1f	n. professionisti individuati/n. professionisti da individuare x 100	

Cod. Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiute/Risultati conseguiti
4	Acquisire e accrescere conoscenze sui processi di "Integrated care"	"FOODiaNET" Conduzione attività tecnico scientifiche per l'U.O. AReSS; sperimentazione del protocollo Foodianet nell'U.O. Puglia	4.1g	n. soggetti arruolati al protocollo/120 gg	<p>Il progetto Foodianet, approvato nel Dicembre 2020 consentendo la formalizzazione degli accordi di rimodulazione con tutte le UU.OO. Nel progetto Foodianet un obiettivo da raggiungere è stato quello della creazione di un pool di formatori al protocollo che, secondo una modalità a cascata, siano in grado di formare ulteriori educatori (task shiftee) e che, con l'avvio della fase pilota (attualmente in corso), siano in grado di reclutare e seguire nel processo di empowerment, pazienti affetti da diabete di tipo II. L'Area ha coordinato le UU.OO. di progetto nella individuazione di figure da formare a queste attività e per l'U.O. Puglia, interfacciandosi con il Direttore del Distretto Socio Sanitario di Bari, con una equipe multidisciplinare del Comune di Triggiano oltre che con l'associazione FAND, ha individuato un gruppo costituito da 4 task shifters e 4 task shiftee (a fronte dell'atteso 3 + 2). Queste persone hanno partecipato e stanno partecipando alle attività di progetto. I soggetti arruolati al protocollo sono 18 ma il reclutamento non è ancora terminato per slittamento delle attività causa covid.</p>
		"Scirocco Exchange" - Coordinamento tecnico scientifico del progetto europeo: Supervisione processo di self-assessment nelle regioni europee Partner e produzione del relativo deliverable	4.2a	n. regioni europee valutate nel documento/n. di regioni europee da valutare	La Direttrice di Area, in qualità di responsabile scientifico del Progetto Scirocco Exchange inerente alla valutazione della prontezza dei sistemi sanitari ad adottare cure integrate attraverso una valutazione da effettuarsi con lo strumento Maturity Matrix (strumento multidominio che consente valutazione e confronto fra differenti stakeholders) ha condotto nel 2020 la valutazione della maturità delle sei ASL provinciali Regionali e altre otto regioni europee nella erogazione di servizi di cura integrati. Nello specifico è stato prodotto il documento dal titolo "D5.1 Readiness of European Regions for Integrated Care" con la collaborazione di due esperti esterni selezionati dalla scrivente attraverso procedura di reclutamento da short list Agenziale. Le realtà valutate sono state tutte quelle proposte dal partenariato e afferenti a nove differenti regioni europee, come di seguito riportato:
		"Scirocco Exchange" - Coordinamento tecnico scientifico del progetto europeo: Supervisione delle attività di self assessment nelle 6 ASL pugliesi e produzione del relativo deliverable	4.2b	n. ASL regionali valutate nel documento/n. di ASL regionali da valutare	Poland: Assessing the maturity of primary care zones in delivering integrated care Basque Country : Assessing the maturity of healthcare system, including coordination with social care services Flanders: Assessing the maturity of integrated care services by VIVEL or Primary Care Institute Germany: Assessing the maturity of a newly implemented integrated care system with a focus on digital health technologies Lithuania: Assessing the maturity of primary care providers in delivering integrated care Puglia: Assessing the maturity of the six local healthcare authorities in delivering integrated care Scotland: Assessing the maturity of implementing integrated care in one selected Joint Integration Board Slovenia: Assessing the maturity of health and social care integration in one municipality Slovakia: Assessing the maturity of health and social care services in Kosice self governing region
		"Scirocco Exchange" - Coordinamento tecnico scientifico del progetto europeo: attività di disseminazione sulle attività di ricerca correlate al progetto	4.2c	n. pubblicazioni sottomesse a congressi	In riferimento al Progetto Scirocco exchange si è portata avanti anche un'attività di disseminazione dei risultati di ricerca attraverso pubblicazioni e partecipazioni a congressi. Obiettivo del progetto Scirocco Exchange è anche quello di strutturare un HUB della conoscenza (knowledge management HUB) condiviso fra i partners e aperto ad altri utenti. Per il popolamento dell'HUB è stata condotta una attività definita di "desktop search" per fornire e classificare letteratura "grigia" afferente ai 12 differenti domini del maturity matrix e inerente alle cure integrate. Grazie all'opera di classificazione e popolamento della piattaforma sarà resa disponibile una grande quantità di conoscenza sulle cure integrate a supporto delle attività di knowledge transfer e della condivisione di buone pratiche. Sono stati selezionati e classificati complessivamente 35 paper cui è stato attribuito anche il punteggio Maturity Readiness Level (MRL)
		"Scirocco Exchange" - Coordinamento tecnico scientifico del progetto europeo: implementazione knowledge management HUB	4.2d	n. di articoli scientifici, documenti di programmazione sanitaria classificati e per alimentazione "knowledge management hub"	Nell'ambito delle attività del progetto Scirocco Exchange nel 2020 e con finalità di knowledge transfer si sono condotte numerose interlocuzioni per pianificare il coinvolgimento di eventuali enti esterni interessati. Nello specifico con la facoltà di Igiene dell'università di Bologna si è giunti a pianificare un protocollo di studio per applicare il MM negli Ospedali di Comunità dell'area metropolitana di Bologna al fine di valutare, all'interno di queste strutture di cure intermedie, l'integrazione tra i diversi setting ospedalieri e territoriali e i diversi professionisti coinvolti nella cura dei pazienti fragili. Il progetto (successivamente modificato) prevedeva l'inclusione nell'assessment degli Ospedali di Comunità/Letti tecnici di Loiano e Vergato e l'Ospedale di Comunità di Imola. Purtroppo la drammatica situazione pandemica della prima e seconda ondata ha frenato la possibilità di interagire con professionisti impegnati sul campo, ma nel frattempo è proseguita l'attività di confronto con i partners scozzesi (lead partner di progetto) che hanno approvato il protocollo di ricerca decidendo di finanziarlo con quote di budget aggiuntive (vedi Mail Andrea Pavlickova). I partner di Bologna sono stati inviati ed hanno partecipato al webinar organizzato dal consorzio Scirocco Exchange dal titolo "Delivering integrated care in remote and rural areas: Sharing the experience" tenutosi l'8 Settembre 2020.
		"Scirocco Exchange" - Coordinamento tecnico scientifico del progetto europeo: pianificazione attività di Knowledge transfer a partner esterni al progetto	4.2e	pianificazione di attività di collaborazione con enti esterni per l'utilizzo di tool di progetto	
5	Potenziare l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza	3.a Partecipare all'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020 - 2022	5-a	Puntualità nei tempi di consegna della mappatura dei processi.	Adempimento effettuato nei termini.
		3.b Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	5-b	Puntualità nei tempi di adempimento agli obblighi di pubblicazione dei dati, riguardanti l'Area e gli eventuali Servizi afferenti, pubblicati in "Amministrazione Trasparente", ai sensi del PTPCT 2020-2022 - Sezione Amministrazione Trasparente.	Adempimento effettuato nei termini.

Eventuali annotazioni:

Cod_Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
1	Rafforzare l'innovazione organizzativa dell'Agenzia anche attraverso soluzioni digitali per l'intero modello organizzativo	1.a Assicurare puntualità ed efficienza della segreteria e del protocollo. (segreteria)	1-a	Puntualità nei tempi di adozione degli atti e dell'implementazione del protocollo informatizzato	il personale assegnato alla Segreteria della Direzione Generale ha assicurato la corretta esecuzione, nei termini prescritti, di tutte le attività correlate alla gestione del protocollo informatizzato
		1.p Mettere a regime il Clinical Costing, basato su metodi di activity based funding nella Rete dei Servizi Sanitari Pugliesi, attraverso la redazione di un Report dei costi per unità operativa per l'anno 2019 e la redazione di un Report di simulazione dei costi standard e degli outcome della Rete Regionale delle Breast Unit. (NISAN)	1-p	Tempi di redazione di due Report (entro il 30 Novembre 2020)	Il progetto NISAN, di cui ARESS è partner con il Servizio Monitoraggio e Controllo di Gestione della Regione Puglia (Sezione Amministrazione Finanza e Controllo in Sanità), ha proseguito nel corso dell'anno 2020 le attività volte alla sperimentazione del modello Activity Based Funding (ABF), avviate nel 2017 e finalizzate alla determinazione degli indicatori di benchmarking per la sanità, attraverso l'analisi dei dati di costo e di attività delle 10 Aziende pubbliche del SSR. Le attività Progettuali svolte nel corso del 2020 hanno costituito un ulteriore passo avanti rispetto al lavoro delle precedenti annualità: in particolare, la Regione Puglia è stata la prima a livello nazionale ad effettuare l'analisi dei costi e delle attività in ambito ospedaliero erogate da ciascuna Unità Operativa del SSR Pugliese, relativa all'anno 2019, con la metodica del Clinical Costing
3	Potenziare l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza	3.a Partecipare all'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020 - 2022	3-a	Puntualità nei tempi di consegna della mappatura dei processi.	adempimento effettuato nei termini
		3.b Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	3-b	Puntualità nei tempi di adempimento agli obblighi di pubblicazione dei dati, riguardanti l'Area e gli eventuali Servizi afferenti, pubblicati in "Amministrazione Trasparente", ai sensi del PTPCT 2020-2022 - Sezione Amministrazione Trasparente.	adempimento effettuato nei termini

Eventuali annotazioni:

Cod. Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
1	Rafforzare l'innovazione organizzativa dell'Agenzia anche attraverso soluzioni digitali per l'intero modello organizzativo	1.f Elaborare la proposta del Regolamento di inventario (De Toma)	1-f	Tempi di redazione della proposta di Regolamento di inventario (entro il 31 dicembre 2020)	<p>La recente istituzione della nuova Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S. Puglia), con l'approvazione della dotazione organica e del nuovo funzionigramma, ha portato, in particolare negli ultimi due anni, ad una crescita esponenziale del personale reclutato a vario titolo dall'Agenzia con conseguente, sensibile, incremento degli arredi e delle risorse strumentali necessarie a regolare il funzionamento della stessa.</p> <p>A seguito di tale crescita, e degli approvvigionamenti a tal fine realizzati, si è reso necessario, nell'anno in esame, procedere ad una ricognizione fisico-ambientale dei beni mobili presenti in Agenzia, allo scopo di verificare l'effettiva corrispondenza tra quanto contenuto nell'inventario ed i beni riscontrati e di adeguare la situazione amministrativo-contabile a quella reale.</p> <p>Prima, però, di attivare tale procedura, la Direzione Generale, anche al fine di agevolare la rilevazione, individuando criteri e modalità di gestione dei beni mobili, ha assegnato al Servizio Scrivente, per l'anno 2020, l'obiettivo di redigere e proporre un Regolamento di inventario che disciplinasse le modalità di gestione e di tenuta degli inventari dei beni patrimoniali dell'Agenzia e le procedure e le responsabilità di gestione del patrimonio.</p> <p>Il Servizio, oltre a redigere la proposta di Regolamento, ha provveduto ad approvare lo stesso, con Deliberazione del Direttore Generale n. 283 adottata il 30/12/2020, conseguendo pienamente l'obiettivo fissato.</p>
		1.h Redigere la bozza di Regolamento "Smart Working" (Salerno - Squillace - De Toma)	1-h	Tempi di redazione del Regolamento "Smart Working" (entro il 31 dicembre 2020)	<p>Ferme restando le modalità individuate dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 50 del 19/02/2020, recante "Regolamento temporaneo per l'accesso al lavoro agile del personale dell'Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale della Puglia", adottato in ottemperanza del D.L. 2 marzo 2020 n. 9 – che trova applicazione in vigore della dichiarazione dello stato di "emergenza sanitaria" da parte del Governo nazionale, la Direzione Generale ha assegnato al Servizio Appalti e Contratti, l'obiettivo trasversale, con altri Servizi, di redigere una bozza di Regolamento che potesse normare l'applicazione del lavoro agile nella realtà ordinaria dell'A.Re.S.S. Puglia, ai sensi dell'art. 263 del D.L. 34/2020 e s.m.i., anche nelle more delle valutazioni dell'Amministrazione in ordine all'opportunità di adottare apposito Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) per la gestione a regime, nell'Agenzia, della modalità lavorativa in commento.</p> <p>A seguito di un proficuo lavoro comune e di un costruttivo confronto tra i soggetti coinvolti, si è giunti alla redazione della bozza del Regolamento per lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile, presentato al Direttore Generale, in ragione dell'obiettivo stabilito, in data 22/12/2020, dalla collega Olga Salerno, incarico di Funzione del Servizio risorse Umane, la quale condivideva l'obiettivo.</p>

2	Potenziare la capacità di innovazione e sviluppo dell'Agenzia in ambito socio sanitario attraverso interventi strategici in linea con le politiche europee, nazionali e regionali in materia di salute, benessere e social innovation	2.c Attivare procedure di affidamento di forniture di beni e servizi per l'avvio della fase di start up dei progetti Talisman e Hcasa per la definizione di nuovi modelli assistenziali integrati e per la creazione di una piattaforma regionale di telemonitoraggio e di teleconsulto (De Toma)	2-c	Proposta di Deliberazione entro il 30 giugno 2020	<p>A seguito dell'emergenza sanitaria globale connessa alla diffusione del nuovo coronavirus SARS-Cov2, l'A.Re.S.S. Puglia, con Deliberazione del Direttore Generale n. 75 del 15/04/2020, ha approvato il Progetto denominato HCasa COVID-19 Management System proposto dalla società Dedalus Healthcare Systems Group S.p.A. di Firenze, partner dell'Agenzia nel Progetto denominato "TalisMan - Tecnologie di Assistenza personalizzata per il Miglioramento della qualità della vita" (PON Ricerca e Innovazione 2014-2020), con cui la Regione Puglia ha inteso realizzare una piattaforma regionale di telemonitoraggio e di teleconsulto dei pazienti per il contrasto alla diffusione del COVID-19, indicando l'A.O.U. Policlinico di Bari Ospedale Giovanni XXIII quale soggetto attuatore dell'iniziativa, sotto il coordinamento tecnico e scientifico dell'Agenzia.</p> <p>Come descritto nel Protocollo operativo allegato alla D.D.G. n. 75/2020, la Piattaforma Applicativa del sistema HCasa è fruibile, in tutte le sue funzionalità, da qualsiasi dispositivo connesso ad Internet, impostando la raccolta dei dati clinici in modalità automatica tramite integrazione con un Kit di Telemonitoraggio completo (tra cui figura anche il pulsossimetro, o saturimetro per la misurazione della saturazione arteriosa di ossigeno e della frequenza cardiaca), i cui componenti tecnologici sono indicati nel Protocollo stesso. Pertanto, per consentire l'operatività di tale progettualità è stato necessario dotarsi di dispositivi tecnologici, alcuni dei quali provvisti di connettività Internet tramite rete mobile, ed implementare la tracciabilità degli strumenti e delle attività, attraverso l'uso di strumenti informatici e tecnologie di identificazione univoca del bene.</p> <p>A tal fine, a seguito di valutazioni ed incontri tra i partner del Progetto, la Direzione Generale, insieme ai referenti scientifici e amministrativi dell'Agenzia, con riferimento alla fase di avvio delle attività del Progetto "HCasa - Covid19 Management System" di cui alle premesse, ha richiesto, in qualità di referente amministrativo del Progetto, la fornitura della seguente strumentazione:</p> <p>a) n. 1 Software gestionale per tracciabilità KIT; b) n. 5 palmari TCS1 Healthcare come da preventivo; c) n. 5 modem esterni per connettività Internet tramite rete mobile; d) n. 105 Sim in abbonamento a consumo con plafond 20Gb/mese; e) n. 100 Device Monitor TensorTip™ MTX Matrix, prodotti da Cnoga Medical LTD; f) n. 10.000 Striscette reattive per glucometri.</p> <p>Per quanto sopra, il Servizio Appalti e Contratti, su mandato della Direzione Generale, ha attivato le procedure di affidamento delle suddette forniture di beni e servizi per l'avvio della fase di start up dei progetti Talisman e Hcasa per la definizione di nuovi modelli assistenziali integrati e per la creazione di una piattaforma regionale di telemonitoraggio e di teleconsulto, con le Deliberazioni del Direttore Generale nn. 87 - 93 - 102 - 103 e 108, adottate entro il 30/06/2020, conseguendo pienamente l'obiettivo fissato.</p>
---	---	---	-----	---	--

3	Potenziare l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza	3.a Partecipare all'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020 - 2022	3-a	Puntualità nei tempi di consegna della mappatura dei processi.	adempimento effettuato nei termini
		3.b Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	3-b	Puntualità nei tempi di adempimento agli obblighi di pubblicazione dei dati, riguardanti l'Area e gli eventuali Servizi afferenti, pubblicati in "Amministrazione Trasparente", ai sensi del PTPTC 2020-2022 - Sezione Amministrazione Trasparente.	adempimento effettuato nei termini

Eventuali annotazioni:

PIANO OPERATIVO 2020

Scheda di budget dell'Area - Piano Operativo

Area Amministrativa - Servizio Risorse Umane

Cod_ Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
	Rafforzare l'innovazione organizzativa dell'Agenzia anche attraverso soluzioni digitali per l'intero modello organizzativo	1.g Redigere il Regolamento per il conferimento di incarichi di collaborazione a norma dell'art. 7 c. 6 del D.lgs. 165/2001 e dell'Avviso pubblico per la formazione di una short list di esperti in progettazione e gestione di programmi comunitari, nazionali e regionali per il supporto alle Aree dell'Agenzia. (Salerno)	1-g	Tempi di redazione del Regolamento per il conferimento degli incarichi di collaborazione (entro il 30 ottobre 2020)	è stato redatto ed approvato, con deliberazione del Direttore Generale n. 60/2020, il Regolamento per il conferimento degli incarichi di collaborazione a norma dell'art. 7, co. 6 del D.Lgs. n. 165/2001.
		1.h Redigere la bozza di Regolamento "Smart Working" (Salerno - Squillace - De Toma)	1-h	Tempi di redazione del Regolamento "Smart Working" (entro il 31 dicembre 2020)	si è proceduto nei termini previsti alla redazione della bozza di regolamentazione del Lavoro Agile, congiuntamente ai colleghi De Toma e Squillace
3	Potenziare l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza	3.a Partecipare all'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020 - 2022	3-a	Puntualità nei tempi di consegna della mappatura dei processi.	adempimento effettuato nei termini
		3.b Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	3-b	Puntualità nei tempi di adempimento agli obblighi di pubblicazione dei dati, riguardanti l'Area e gli eventuali Servizi afferenti, pubblicati in "Amministrazione Trasparente", ai sensi del PTPCT 2020-2022 - Sezione Amministrazione trasparente.	adempimento effettuato nei termini

Eventuali annotazioni:

Cod_Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
1	Rafforzare l'innovazione organizzativa dell'Agenzia anche attraverso soluzioni digitali per l'intero modello organizzativo	1.b Aggiornare il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance del personale di qualifica dirigenziale e del comparto dell'Agenzia.	1-b	Tempi di redazione del sistema e degli atti correlati alle migliori relazioni sindacali (entro il 30 Novembre 2020)	Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance di cui alla DDG 88/2015 necessitava di essere aggiornato ai sensi della più recente normativa di cui al D.Lgs. 74/2017 (DDG n.35 del 21 febbraio 2020), unitamente alla definizione del nuovo Protocollo Applicativo del Sistema Premiante che è stato formalmente inviato alle OO.SS. con nota prot. n.4568 del 30 novembre 2020 e successivamente sottoposto a concertazione sindacale con esito positivo in data 22 dicembre 2020 (giusta convocazione prot. n. 4728 del 16 dicembre 2020 e successivo verbale sottoscritto dagli interessati) (DDG n.282 del 30 dicembre 2020)
		1.c Partecipare alle attività formative in house in tema di performance e Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.	1-c	N. ore di formazione	A partire dalla fine dell'anno 2019, l'Agenzia ha avviato un percorso di aggiornamento di tutti i principali documenti correlati alla più corretta gestione del Ciclo della Performance (nuova scheda obiettivi e nuovo Sistema di Misurazione con Protocollo applicativo del Sistema premiante, debitamente sottoposto a concertazione sindacale). L'attività formativa in discorso ha riguardato, in particolare modo, la Struttura Tecnica Permanente - incardinata presso il Servizio Affari Istituzionali - sebbene in alcuni incontri siano stati coinvolti anche Dirigenti di Servizio e Direttori di Area, nonché l'OIV collegiale dell'ARESS. Data l'emergenza pandemica esplosa a marzo 2020, l'attività formativa in discorso è stata espletata sia in presenza presso la sede ARESS, che in remoto con la STP fino al mese di giugno 2020

3	Potenziare l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza	3.a Partecipare all'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020 - 2022	3-a	Puntualità nei tempi di consegna della mappatura dei processi.	adempimento effettuato nei termini
		3.b Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	3-b	Puntualità nei tempi di adempimento agli obblighi di pubblicazione dei dati, riguardanti l'Area e gli eventuali Servizi afferenti, pubblicati in "Amministrazione Trasparente", ai sensi del PTPCT 2020-2022 - Sezione Amministrazione Trasparente.	adempimento effettuato nei termini

Cod. Ob.	Obiettivo strategico riferimento	di	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
1	Rafforzare l'innovazione organizzativa dell'Agenzia anche attraverso soluzioni digitali per l'intero modello organizzativo		1.d Elaborare le Linee Guida operative a seguito di approvazione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità. (Delluzio)	1-d	Tempi di redazione delle Linee Guida operative in relazione all'approvazione del Regolamento di Amministrazione e Contabilità. (entro il 31 dicembre 2020)	<p>Ai fini del perseguimento degli specifici obiettivi operativi, è stata svolta un'attività per fasi:</p> <p>Fase 1: analisi dei processi amministrativi-gestionali che caratterizzano l'AReSS, in particolare, rilevando i punti di forza e le eventuali criticità;</p> <p>Fase 2: studio approfondito della normativa di riferimento e degli adempimenti conseguenti;</p> <p>Fase 3: analisi della regolamentazione e della documentazione operativa di supporto dei settori di contabilità e finanza vigenti in altre Amministrazioni, governate dalla medesima normativa e dai medesimi sistemi di contabilità rispetto all'Agenzia;</p> <p>Fase 4: stesura della bozza di Regolamento di Amministrazione e Contabilità, delle Linee Guida operative e dei modelli documentali di cui agli allegati alla presente relazione.</p> <p>Con DDG n. 281 del 30/12/2020 è stato adottato il Regolamento di Amministrazione e Contabilità (RAC); e in data 31/12/2020 la scrivente, in qualità di incaricata di funzione organizzativa del Servizio Finanziario (fino al 31/12/2020), ha trasmesso la rendicontazione degli obiettivi 2020, ivi incluse le Linee Guida operative (di cui all'obiettivo 1.d) richiamate dal Regolamento di cui alla DDG 281/2020 ed i "modelli documentali" (di cui all'obiettivo 1.e).</p>
			1.e Elaborare modelli documentali (es. nota di debito, ricevuta istituzionale, comunicazione ai fornitori per fattispecie tipizzabili..) (Delluzio)	1-e	Tempi di redazione dei modelli documentali (entro il 31 dicembre 2020)	

3	Potenziare l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza		3.a Partecipare all'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020 - 2022	3-a	Puntualità nei tempi di consegna della mappatura dei processi.	adempimento effettuato nei termini
			3.b Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	3-b	Puntualità nei tempi di adempimento agli obblighi di pubblicazione dei dati, riguardanti l'Area e gli eventuali Servizi afferenti, pubblicati in "Amministrazione Trasparente", ai sensi PTPCT 2020-2022 - Sezione Amministrazione trasparente - .	adempimento effettuato nei termini

Eventuali annotazioni:

Cod. Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
1	Rafforzare l'innovazione organizzativa dell'Agenzia anche attraverso soluzioni digitali per l'intero modello organizzativo	1.h Redigere la bozza di Regolamento "Smart Working" (Salerno - Squillace - De Toma)	1-h	Tempi di redazione del Regolamento "Smart Working" (entro il 31 dicembre 2020)	tale obiettivo ha previsto la redazione della bozza del Regolamento per la gestione dello smart working, in condivisione con i Servizi Appalti e Contratti e Risorse Umane; a tal fine, lo scrivente Servizio ha trasmesso la propria proposta di integrazioni/modifiche da apportare alla bozza di cui trattasi.
		1.i Predisporre la bozza di convenzione tra l'ARESS e l'ACI nazionale volta alla sperimentazione di una good practice formativo-addestrativa in tema di Guida professionale per il Trasporto Sanitario Primario e Secondario in Biocontenimento e Misure di Sicurezza nei differenti contesti operativi. (Squillace)	1-i	Tempi di redazione della bozza di convenzione (entro il 30 novembre 2020)	tale obiettivo ha previsto la redazione della bozza di Convenzione tra l'ARESS e l'ACI nazionale, volta alla sperimentazione di una good practice formativo-addestrativa in tema di Guida professionale per il Trasporto Sanitario Primario e Secondario in Biocontenimento e Misure di Sicurezza nei differenti contesti operativi; questo Servizio ha trasmesso ad ACI la bozza dell'Accordo, preliminarmente all'incontro calendarizzato tra i vertici istituzionali dei due Enti a Roma/Vallelunga.
		1.l Predisporre la bozza di convenzione tra ARESS e il Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Formazione nelle Pubbliche Amministrazioni - "Mario Giovanni Garofalo" dell'Università degli Studi di Bari. (Squillace)	1-l	Tempi di redazione della bozza di convenzione (entro il 30 novembre 2020)	tale obiettivo ha previsto la redazione della convenzione tra ARESS e il Centro di Eccellenza per la Ricerca e la Formazione nelle Pubbliche Amministrazioni - "Mario Giovanni Garofalo" dell'Università degli Studi di Bari; il Servizio Formazione ha trasmesso l'Accordo al DG ARESS per la sua approvazione e sottoscrizione, successivamente inviato al Presidente del Centro, ai fini del perfezionamento. La Convenzione firmata digitalmente, infine, è stata recepita con la DDG n. 197/2020.
		1.m Formazione Sicurezza sul Lavoro in ARESS Puglia (D.lgs. 81/08); attivare il sistema organizzativo finalizzato all'erogazione a distanza della Formazione Generale. (Squillace)	1-m	N. operatori formati	tale obiettivo ha previsto l'attivazione del sistema organizzativo finalizzato all'erogazione a distanza della Formazione Generale sulla Sicurezza sul Lavoro (D.lgs. 81/08). Questo Servizio, dopo aver provveduto ad attivare le credenziali di accesso alla piattaforma FAD per i dipendenti interessati, ha fornito agli stessi, tramite mail (All. 1 della cartella corrispondente), tutte le istruzioni utili alla fruizione del corso de quo. In seguito alla frequenza del corso, i dipendenti hanno trasmesso al Servizio la dichiarazione di avvenuta formazione. Si allegano (All.2), quindi, una tabella riassuntiva con tutti i dipendenti che sono stati formati nel 2020, unitamente alle dichiarazioni di avvenuta formazione trasmesse da ognuno di essi.
		1.n Completare la Formazione Regionale sulle Linee Guida Hospitality - L'accoglienza nelle strutture sanitarie pugliesi sono un progetto della Regione Puglia - Dipartimento Promozione della Salute realizzato dall'Agenzia Regionale Strategica per lo Sviluppo Ecosostenibile del Territorio (ASSET) in collaborazione con l'Agenzia Regionale strategica per la Salute e il Sociale (ARESS) (Squillace)	1-n	Un Evento formativo per ogni provincia pugliese riservato al personale dirigente delle strutture sanitarie corrispondenti alle sei ASL, due AO e due IRCCS pubblici della Puglia. In totale n. 7 eventi, impostati alla fine del 2019, di cui coordinare l'ultimazione dell'effettuazione (entro 31 maggio 2020).	tale obiettivo è relativo al Progetto regionale "Hospitality - Linee guida sull'accoglienza nelle strutture sanitarie pugliesi", realizzato dall'ASSET in collaborazione con l'A.Re.S.S., volto alla definizione di un sistema identitario comune per l'accoglienza agli utenti e loro familiari nelle strutture sanitarie pubbliche della Puglia; la formazione, nella prima fase rivolta al personale dirigenziale delle strutture sanitarie, è stata coordinata dall'A.Re.S.S. per il tramite operativo degli Uffici Formazione degli Enti in discorso. Sono stati svolti gli eventi formativi per il personale interessato di ognuno dei dieci Enti sanitari pubblici pugliesi (Asl Ba 06/11/2019; Asl Bt 03/12/2019; AOU Policlinico, IRCCS "Giovanni Paolo II" e "De Bellis" 12/12/2019; Asl Le 20/01/2020; Asl Br 04/02/2020; Asl Ta 11/02/2020; Asl FG e AOU Riuniti FG 13/02/2020). Alcuni eventi formativi, per Enti territorialmente vicini, si sono svolti nello stesso giorno e nella stessa sede, secondo una logica di accorpamento aziendale volta all'efficientamento del Sistema. Le giornate formative, quindi, sono state complessivamente 7, rispondendo alle esigenze dei dieci Enti, accorpando per esempio in un'unica data Asl FG ed Ospedali Riuniti FG, con ottimizzazione della logistica e dei tempi stretti, garantendo, quindi, l'ultimazione delle attività istituzionali urgenti ed evitando il blocco che poi si sarebbe verificato a causa della pandemia. Pertanto, entro febbraio del 2020, tutti i dieci Enti sanitari pubblici pugliesi sono stati formati. Si allega, inoltre, la documentazione utile ad attestare l'effettiva attività svolta dall'ARESS per coordinare le suddette giornate, come la mail con la quale si invia ai Responsabili delle Strutture della Formazione un kit da utilizzare contenente modelli di attestato, modello per la raccolta delle presenze, una breve presentazione del Progetto, loghi, template per la cartellina da stampare e da distribuire ai partecipanti ecc.; si allegano anche gli scambi di mail con i vari Enti, atti a definire le date e/o i programmi degli eventi formativi di cui trattasi. Si precisa che l'indicazione del valore atteso 7 risulta essere un mero errore materiale in quanto impossibile da raggiungere, poiché il numero massimo di Enti ancora da formare nel 2020 era pari a 5; infatti, nella descrizione dell'indicatore, appare evidente che l'obiettivo prefissato è quello di coordinare l'ultimazione dell'organizzazione degli eventi formativi, pertanto il numero di 7 non si sarebbe potuto trascurare se non ipotizzando un'irrealistica duplicazione della medesima formazione a due dei 5 enti rimanenti. Per questo Servizio, quindi, l'obiettivo di formare, nel 2020, gli enti mancanti è pienamente raggiunto.
3	Potenziare l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza	3.a Partecipare all'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020 - 2022	3-a	Puntualità nei tempi di consegna della mappatura dei processi.	adempimento effettuato nei termini
		3.b Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	3-b	Puntualità nei tempi di adempimento agli obblighi di pubblicazione dei dati, riguardanti l'Area e gli eventuali Servizi afferenti, pubblicati in "Amministrazione Trasparente", ai sensi del PTPCT 2020-2022 - Sezione Amministrazione Trasparente.	adempimento effettuato nei termini

Eventuali annotazioni:

Cod_ Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Descrizione Obiettivo Operativo	Cod. Indicatore	Descrizione Indicatore	Attività compiuta/Risultati conseguiti
1	Rafforzare l'innovazione organizzativa dell'Agenzia anche attraverso soluzioni digitali per l'intero modello organizzativo	1.o Implementare un sistema gestionale integrato di management dei progetti ARESS (Fera)	1-o	Puntualità nei tempi di attivazione di procedura di gara per sistema di monitoraggio e controllo progetti	impossibilità di raggiungimento dell'Obiettivo Operativo in discorso non dovuta all'inerzia del Dirigente di Servizio, che ha costantemente dato impulso alla Direzione Generale affinché si procedesse all'avvio delle procedure di competenza di altri servizi dell'Area di Direzione amministrativa. (Cfr. Nota prot. 3445 del 29.07.2020 e successive email con Servizio Contratti e Appalti del mese di Novembre 2020).
2	Potenziare la capacità di innovazione e sviluppo dell'Agenzia in ambito socio sanitario attraverso interventi strategici in linea con le politiche europee, nazionali e regionali in materia di salute, benessere e social innovation	2.a Supportare le Aree direzionali nelle attività esterne e nelle azioni di informazione, promozione e comunicazione su progetti/interventi finanziati e sulle politiche dell'Unione Europea e le opportunità derivanti dai programmi a gestione diretta dell'U.E.(Fera)	2-a1	Numero di azioni divulgative (Incontri, note informative, comunicati, seminari, convegni, workshop, meeting, Forum, etc)	<ul style="list-style-type: none"> N. 6 iniziative divulgative N. 1 interventi formativi N. 5 workshop/eventi N. 1 congresso internazionale di divulgazione scientifica
			2-a2	Percentuale in aumento di nuove proposte progettuali da candidare in ambito nazionale e internazionale rispetto ad anno 2019	<ul style="list-style-type: none"> N. 6 proposte con ARESS capofila su Open Innovation PROMIS N. 3 proposte su Horizon 2020 con ARESS partner (Care4EU, Hector, Archipelago) N. 1 proposta su Horizon 2020 con ARESS Associated Partner (Periscope in EUREGHA) N. 1 proposta con ARESS capofila su ENI CBC MED (Counter.Act) N. 4 proposte con ARESS partner su Avviso Fondazione con il Sud (Comunità Salento, Consorzio Meridia, Intersos, Oasi2) Si precisa che in riferimento al 2019 è presente agli atti di questo Servizio è presente n. 1 candidatura su H2020 proposta da ARESS (Progetto Tailor Made): Atteso 2, risultato superiore a 2 (15 progetti)
		2.b Garantire l'implementazione degli interventi progettuali. (Fera)	2-b1	Puntualità nei tempi di attivazione procedure di reclutamento personale progetto Gatekeeper	N. 0 (Zero) gg di ritardo poiché le procedure sono state attivate a settembre 2020 e completate a dicembre 2020 con la pubblicazione delle graduatorie del personale selezionato. DDG n. 274 del 29.12.2020
			2-b2	Puntualità nei tempi di attivazione delle procedure di partenariato progettuale/accordi quadro/convenzioni a livello regionale/nazionale/europeo	N. 0 (zero) gg di ritardo poiché tutte le procedure sono sempre state attivate contestualmente alla firma di contratti e accordi da parte di questa agenzia rimandando, laddove presenti, ad altri soggetti il completamento degli adempimenti previsti entro i termini prescritti dalle
3	Potenziare l'efficacia dell'azione di vigilanza in materia di anticorruzione e trasparenza	3.a Partecipare all'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020 - 2022	3-a	Puntualità nei tempi di consegna della mappatura dei processi.	Presso questo Servizio è incardinata la figura del RPCT che ha dato impulso alle attività di partecipazione all'attuazione del PTPCT attraverso nota Prot. 1947 del 17.04.2020 indicando come prima scadenza il 31.05.2020 e, con ulteriore nota, prorogando di 30 gg la consegna delle schede. Il processo di è concluso il 30.06.2020 con successiva adozione della DDG n. 150 del 6.07.2020 di Adozione della Mappatura dei processi di rischio corruttivo
		3.b Assolvere agli obblighi in materia di trasparenza	3-b	Puntualità nei tempi di adempimento agli obblighi di pubblicazione dei dati, riguardanti l'Area e gli eventuali Servizi afferenti, pubblicati in "Amministrazione Trasparente", ai sensi del PTPCT 2020-2022 - Sezione Amministrazione Trasparente.	Non risultano ritardi o defezioni in termini di assolvimento agli obblighi in materia di trasparenza da parte di questo Servizio

oggetto di ulteriori precisazioni con circolari interne indirizzate a tutti i dirigenti/dipendenti, nonché affiancato dalle due relazioni semestrali sullo stato di attuazione delle disposizioni in tema di trasparenza.

Si evidenzia, in particolare, l'avvenuta nomina del dott. Francesco Fera, quale RPCT di Agenzia, con DDG n. 33 del 20 febbraio 2020.

Sulle ulteriori specifiche attività poste in essere in materia di trasparenza ed integrità, sia consentito il richiamo alle due relazioni semestrali sullo stato di attuazione della Sezione Trasparenza relative all'anno 2020, nonché a quella specifica del RPCT, pubblicate sul sito internet dell'Agenzia, nelle apposite sotto-Sezioni di Amministrazione Trasparente.

2.4 Le criticità e le opportunità

La Relazione sulla Performance 2020 interviene in un triennio di programmazione volto al miglioramento ed ottimizzazione delle attività dell'Agenzia.

In questo paragrafo si procederà all'esame, da un lato, delle principali criticità riscontrate in sede di misurazione e valutazione della performance conseguita, dall'altro, dei più significativi punti di forza acquisiti, in termini di obiettivi maggiormente rilevanti per la collettività.

Il Ciclo della Performance relativo al triennio 2020-2022 beneficia di una progressiva e sempre più matura consapevolezza – anche metodologica – acquisita da tutti i soggetti coinvolti nel processo di predisposizione del Piano e gestione del Ciclo della Performance.

Con il Piano della Performance 2020/2022, l'Agenzia ha dato seguito alla attitudine programmatica e alla metodologia per la misurazione e valutazione della performance organizzativa, anche grazie al coinvolgimento della struttura "interna".

La definizione degli obiettivi ha coinvolto, a partire dagli ultimi mesi dell'anno 2019, la Direzione Generale coadiuvata da tutti i Direttori e Dirigenti delle strutture interne all'Agenzia e, su un piano prettamente tecnico-giuridico, dal Servizio Affari Istituzionali, Integrità e Performance, presso il quale è incardinata la Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV, così prevista dall'art. 14, d. lgs. 150/2009 e ss.mm.ii.. L'intero processo è partito dalle proposte di attività formulate dai Direttori di Area/Dirigenti di Servizio, con la partecipazione dei dipendenti coinvolti nell'espletamento delle attività programmate; le stesse proposte sono state oggetto di appositi colloqui individuali tra i Direttori proponenti ed il Direttore Generale, all'esito dei quali quest'ultimo, con il supporto della Struttura di Direzione Amministrativa per gli aspetti tecnico-giuridici, ha provveduto alla definitiva adozione ed assegnazione degli obiettivi descritti nel Piano della Performance 2020-2022, nel rispetto dell'indicazione da parte dell'OIV di ridurre al massimo e/o eliminare gli obiettivi operativi di amministrazione ordinaria.

Ovviamente, il Ciclo Performance 2020 è stato investito in pieno dall'emergenza della pandemia da Covid-19, sia sul versante programmatico degli obiettivi strategici ed

operativi che su quello della tempistica di adozione del Piano, ma nonostante le indubbie difficoltà di gestione di tutte le attività ivi previste, si sono registrati degli ottimi livelli di conseguimento della performance, in relazione agli indicatori prescelti.

Compatibilmente con il contesto di riferimento e con le criticità correlate ai vincoli finanziari e di governo esterno, l'organizzazione aziendale si propone di perseguire delle migliori performance attraverso l'ottimale coinvolgimento/valorizzazione del capitale umano disponibile in Azienda, innovando ed efficientando i processi erogativi. Sono elaborati, almeno annualmente, piani di miglioramento individuali attraverso la valorizzazione del personale, incidendo positivamente sulla motivazione e sul benessere organizzativo, individuando, all'interno di ogni unità operativa, criticità, azioni correttive o di consolidamento, nonché azioni formative anche in affiancamento *on the job*.

Dopo l'approvazione della l.r. 29/2017, si è profilato un laborioso percorso di riorganizzazione delle strutture e di adozione di una serie di misure attuative, che hanno comportato tempi dilatati, anche a causa della proposta di interventi integrativi e/o correttivi della Legge licenziata dal Consiglio regionale, a seguito di una interlocuzione col Ministero per la salute.

Ciò ha imposto che interventi di programmazione di stampo più tipicamente strategico ed innovativo potessero intervenire solo a seguito dell'approvazione dell'atto aziendale (giusta D.G.R. 1069 del 19/6/2018) e della compiuta attuazione dell'iter di creazione della neo-istituita Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale. Quanto alle funzioni delineatesi a seguito della approvazione della l. n. 29/2017, l'azione dell'Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale, ha come finalità la promozione e la tutela della salute e del benessere sociale, sia in forma individuale che collettiva, della popolazione residente o comunque presente, a qualsiasi titolo, nel territorio pugliese, per consentire la migliore qualità di vita possibile.

Ai sensi dell'art. 2 della l.r. n. 29/2017, l'A.Re.S.S. concorre indirettamente alla realizzazione della più vasta missione del servizio sanitario della Regione Puglia, mediante lo svolgimento di attività a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria - a servizio della Regione in particolare e della Pubblica Amministrazione in generale - operando quale agenzia di studio, ricerca, analisi, verifica, consulenza e supporto di tipo tecnico-scientifico. Essa si propone di organizzare e migliorare, attraverso il monitoraggio e la verifica continua degli esiti, la prontezza di risposta del sistema sanitario regionale alle esigenze e aspettative della domanda di salute dei cittadini pugliesi. A tal fine, identifica, programma e promuove linee di sviluppo in materia di salute e benessere sociale, anche definendo e implementando strategie di innovazione dei servizi sanitari e sociali, finalizzate al pieno soddisfacimento del bisogno di salute, declinato nella duplice prospettiva della prevenzione e della cura sanitaria.

In qualità di Agenzia strategica, acquisisce e sviluppa nuove conoscenze strategiche e organizzative; a tal fine, sperimenta percorsi di innovazione e di miglioramento, analizza e diffonde i migliori protocolli sociosanitari esistenti - sia in ambito nazionale

sia in ambito internazionale - promuove e verifica modelli gestionali innovativi di governo clinico, anche nel rispetto delle esigenze di razionalizzazione ed ottimizzazione delle spese a carico del bilancio regionale.

L'A.Re.S.S. svolge, altresì, attività di studio sul miglioramento della fruizione dei servizi sociali indispensabili, sulla domanda di servizi conseguente ai bisogni emergenti, sulla coesione sociale. Favorisce e accresce relazioni virtuose in ambito sanitario e socio-sanitario tra il mondo della ricerca, il settore dell'impresa e la collettività, attraverso lo studio delle interazioni interne alla società civile; promuove l'integrazione tra diritti di cittadinanza e cultura della salute, a mezzo della formazione in sanità.

Le finalità generali dell'Agenzia vengono declinate dall'art. 3 della legge istitutiva, in puntuali competenze e funzioni: trattasi, tuttavia, di un catalogo aperto, non costituente elencazione tassativa, ma ampliabile a mezzo di espressa delega da parte della Regione, nell'alveo delle attribuzioni generali dedotte direttamente nella legge.

Tali funzioni delegate, aggiuntive rispetto a quelle elencate dall'art. 3 della l.r. 29/2017, vengono individuate dalla Giunta Regionale, di norma, nel provvedimento di indirizzo previsto all'art. 7, c. 3 della medesima legge, con cui esprime l'indirizzo strategico contingente ed assegna, in tale direzione, gli obiettivi triennali al Direttore Generale, ferma restando la facoltà della stessa Giunta di prevedere ulteriori compiti/funzioni delegati con separato provvedimento deliberativo.

Nello svolgimento delle competenze di cui all'art. 3 della l.r. 29/2017, ovvero nell'espletamento delle ulteriori attività delegate dalla Giunta regionale, l'Agenzia ispira le azioni poste in essere ai fini del perseguimento della propria missione ai seguenti principi guida:

- rispetto della persona e della centralità e priorità dei suoi bisogni;
- orientamento alla qualità e all'innovazione, in una logica di miglioramento continuo dell'organizzazione;
- appropriatezza delle prestazioni, costantemente orientate all'innovazione per allineare l'azione svolta all'evoluzione dei fabbisogni e della domanda;
- centralità del valore della cultura e della formazione continua, attraverso lo sviluppo di attività di ricerca e divulgazione in ambito regionale, nazionale ed internazionale;
- coinvolgimento di tutti i livelli organizzativi nella realizzazione della missione, attraverso la condivisione delle responsabilità e lo sviluppo delle esperienze professionali interne, nel rispetto delle risorse disponibili e del principio di legalità;
- collaborazione con altri soggetti pubblici e privati, finalizzata allo sviluppo ed attivazione di progettualità in grado di migliorare la qualità dei servizi sanitari e sociali offerti sul territorio pugliese;
- economicità nell'uso delle risorse, nel quadro degli indirizzi strategici perseguiti dalla Regione Puglia, secondo principi di legalità e di perseguimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia degli interventi, di partecipazione e trasparenza delle informazioni nei confronti dei cittadini, dei professionisti e dei dipendenti, nonché di prevenzione di fenomeni di maladministration ai sensi della legge n. 190/2012.

Quanto al rispetto dei principi/criteri/requisiti metodologici legislativamente previsti al comma 2, art. 5, d. lgs. 150/2009 e ss.mm.ii. di cui al d.lgs 74/2017, deve segnalarsi il progressivo superamento di talune isolate criticità legate all'architettura generale degli obiettivi strategici e operativi di Agenzia, in termini di azioni ed attività realmente sfidanti da programmare e del numero complessivo di linee strategiche specifiche ancora piuttosto elevato.

Quanto alla frequenza dei monitoraggi effettuati dall'Amministrazione, si segnala che tutti i Direttori e Dirigenti di Agenzia pongono in essere controlli intermedi periodici - avvalendosi della collaborazione dei dipendenti direttamente coinvolti - circa lo stato di realizzazione di obiettivi ed azioni e finalizzati alla formulazione di eventuali proposte motivate volte alla ridefinizione degli obiettivi/azioni previsti dal Piano della Performance vigente. L'assenza di una previsione esplicita della periodicità dei controlli/monitoraggi interni, non sembra inficiarne l'efficacia, alla luce delle ridotte dimensioni amministrative dell'Agenzia e l'aggiornamento costante con cui la Direzione Generale verifica l'andamento delle attività e degli interventi avviati.

I cinque macro-ambiti trasversali pluriennali, definiti con il Piano della Performance 2020/2022, interessano tutte le aree di attività attualmente sviluppate dall'Agenzia in corso d'anno e sono oggetto del Bilancio di previsione 2020.

Con riferimento a tali cinque macro-ambiti pluriennali, così come ulteriormente declinati in obiettivi strategici e operativi annuali con il Piano della Performance 2020/2022 (D.D.G. nn. 203/2020 e 285/2020), taluni sporadici scostamenti - in fase di effettiva realizzazione delle attività specifiche - sono oggetto di indicazione nelle schede obiettivi di ciascuna articolazione organizzativa di Agenzia, allegate alla presente relazione.

Il macro-ambito "Amministrazione efficiente" ha il pregio di sistematizzare l'attività amministrativa sottesa alla complessiva "azione" dell'Agenzia, orientandola secondo i principi cardine dell'azione amministrativa e rappresentando, per tale ragione, un innegabile punto di forza dell'attività compiuta, in continuità con quanto già realizzato nei precedenti Cicli della Performance.

Il macro-ambito "Prevenzione della Corruzione, Trasparenza ed Integrità" risponde al fine di prevedere obiettivi specifici che diano conto dell'attività svolta dall'amministrazione per attuare concretamente misure e strumenti di prevenzione della corruzione e tutela della trasparenza ed integrità dell'agire amministrativo. La medesima tipologia di obiettivo è stata, pertanto, riproposta anche nel Piano relativo al triennio 2020/2022, attesa la necessità di garantire:

- un continuo e costante rispetto delle previsioni legislative in tema di trasparenza, da parte di tutte le articolazioni organizzative dell'Agenzia;
- l'attuazione delle misure di semplificazione e revisione degli obblighi in tema di trasparenza e pubblicità, recentemente introdotte dal legislatore nazionale, con il d. lgs. 97/2016;

- la stretta osservanza delle misure atte a prevenire il fenomeno corruttivo.
-

3 – Obiettivi: Risultati raggiunti e scostamenti

Il processo di programmazione ha preso le mosse dalle funzioni attribuite all’Agenzia dalla legge istitutiva (l.r. Puglia 24/2001), ovvero successivamente delegate alla stessa da parte della Giunta Regionale, così come oggetto di organica precisazione, da ultimo, con il nuovo funzionigramma.

Tali funzioni/attività appaiono pertanto riconducibili, ove globalmente considerate, all’unitaria strategia della “Salute in tutte le politiche”, promossa a far data dalla Conferenza interministeriale di Roma del dicembre 2008, quale fine ultimo “di salute”, perseguito mediante tutte le politiche pubbliche, sia di tipo preventivo-sanitario che non sanitario.

Al progressivo innalzamento del livello di salute efficacemente salvaguardato, si ispirano le attività programmate per l’anno 2020, schematicamente aggregate attorno ai seguenti macro-ambiti di intervento strategici:

1. Centri esperti;
2. Progetti di ricerca verticali;
3. Laboratori di valore;
4. Amministrazione efficiente;

A questi macro-ambiti, deve aggiungersi l’ambito strategico trasversale – Prevenzione della corruzione, Trasparenza ed Integrità.

3.1 Albero della performance

L’albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami tra il mandato istituzionale, la missione, le aree strategiche, gli obiettivi strategici ed eventuali piani operativi (azioni strategiche), nei quali sono individuati interventi operativi, indicatori e risorse.

Si riporta di seguito l’albero della *performance*, che fornisce una rappresentazione grafica del processo di definizione e programmazione delle attività seguito dall’Agenzia, evidenziando le strutture interne coinvolte nel perseguimento delle specifiche azioni riconducibili ai macro-ambiti di intervento di cui sopra.

MACRO AMBITO STRUTTURA INTERNA	Centri esperti	Progetti di ricerca verticali	Laboratori di valore	Amministrazione efficiente	Prevenzione della Corruzione, Trasparenza ed Integrità
Area innovazione Sociale, Sanitaria e di Sistema CRSS	■	■	■		■
Area Epidemiologia e Care Intelligence	■	■	■		■
Area Valutazione e Ricerca	■	■	■		■
Area Telemedicina E-Health	■	■	■		■
Area Direzione Amministrativa	■	■	■	■	■

3.2 Obiettivi strategici

Tutti gli obiettivi strategici di intervento/attività dell'Agenzia sono stati raggiunti, mediante la corretta attuazione delle specifiche azioni (obiettivi operativi) in cui i suddetti obiettivi sono stati scomposti.

Sia consentito qui rinviare alle schede degli obiettivi allegate alla presente relazione, anche al fine della necessaria pubblicità degli esiti dell'attività di misurazione e valutazione compiuta dall'OIV.

3.3 Obiettivi operativi

Tutti gli obiettivi operativi dell'Agenzia sono stati raggiunti, mediante la corretta attuazione delle micro-azioni specifiche in cui i medesimi obiettivi sono stati scomposti (indicatori di performance).

Si rinvia alla descrizione sintetica delle attività effettivamente realizzate da ciascuna Area/Servizio dell'Agenzia, di cui alle schede di rendicontazione allegate alla presente relazione.

3.4 Obiettivi individuali

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance ed il Piano della Performance 2020/2022 prevedono, quale perno del ciclo della performance, la

“scheda degli obiettivi”, intesa quale strumento centrale, sia durante la fase di programmazione ed assegnazione degli obiettivi ai dirigenti, sia durante la successiva fase di rendicontazione delle attività poste in essere nell’anno di riferimento, anche ai fini della misurazione della performance espressa da ciascun dirigente.

Detta scheda risulta di facile consultazione, per la chiarezza e completezza delle indicazioni ivi contenute (obiettivi e relativa scomposizione in azioni singole, misuratori di outcome e target misurabile atteso, rilevanza attribuita a ciascun obiettivo ed, al suo interno, a ciascuna delle azioni che lo compongono, dirigente responsabile e personale di comparto eventualmente assegnatario di una o più azioni, tempi di completamento), durante tutto lo svolgimento del ciclo della performance (fase di programmazione, monitoraggi intermedi e fase della valutazione).

La citata scheda degli obiettivi realizza, inoltre, la completa e piena trasparenza del processo “a cascata” che consente - una volta valutata la percentuale di effettivo raggiungimento degli obiettivi programmati - di definire la identica misurazione della macroarea “performance operativa” del singolo dirigente interessato ed, ulteriormente, del profilo “contributo individuale alla performance” di ciascun dipendente di comparto coinvolto nella realizzazione dell’obiettivo di volta in volta considerato.

Come auspicato dalle circolari della Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) in materia, in particolare, gli obiettivi individuali (tanto dei dirigenti che dei dipendenti di comparto) sono perfettamente sovrapponibili – mediante la scheda degli obiettivi - agli obiettivi organizzativi perseguiti dall’Agenzia nel suo complesso.

Più nel dettaglio, tramite l’individuazione – già nella “scheda degli obiettivi” – del singolo dirigente responsabile dell’attuazione delle varie azioni programmate, obiettivi dirigenziali individuali ed obiettivi organizzativi vengono a coincidere pienamente.

Al medesimo tempo ed analogamente, la formale individuazione, all’interno della scheda relativa a ciascun obiettivo strategico, ovvero operativo, del personale di comparto materialmente coinvolto nella realizzazione delle attività in cui ciascun obiettivo risulta scomposto, anche gli obiettivi individuali assegnati a ciascun dipendente risultano formalmente ed immediatamente collegati agli obiettivi del dirigente e, in ultima analisi, agli obiettivi organizzativi dell’Amministrazione tutta.

4- Risorse, efficienza ed economicità

Nell’ambito del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance si sottolinea l’assoluta centralità dell’impatto economico, della sostenibilità delle strategie e delle performance attese dall’Agenzia.

Obiettivi ed azioni rilevanti ai fini del ciclo della performance, risultano tendenzialmente coerenti con azioni ed attività programmate in sede di approvazione del Bilancio di previsione 2020, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 69 del 9 aprile 2020.

5- Pari opportunità e bilancio di genere

Nel corso del 2020, il Comitato Unico di Garanzia per le Pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G) ha continuato ad esaminare la bozza del regolamento disciplinante le modalità di funzionamento del medesimo Comitato, ai fini della successiva approvazione con Delibera del Direttore Generale n. 38 del 24 febbraio 2021. Allo stesso tempo l'Agenzia, nel rispetto del principio delle pari opportunità - inteso come principio fondamentale da osservare e applicare nella gestione delle politiche del personale - per promuovere iniziative utili all'effettiva realizzazione di pari opportunità fra lavoratrici e lavoratori, insieme al miglioramento del benessere dei propri dipendenti e della funzionalità della struttura, ai sensi dell'art 48 D. Lgs n. 198/2006, ha adottata il Piano delle Azioni Positive per il triennio 2021-2023, con Delibera del Direttore Generale n. 70 del 16 aprile 2021.

6- Il processo di redazione della Relazione sulla Performance

Il processo di redazione della presente Relazione ha interessato, anche indirettamente, tutta l'organizzazione interna. Tutti i dirigenti e i dipendenti – per lo più individuati quali responsabili di uffici ovvero di procedimenti – risultano aver preso parte attiva nella rendicontazione delle iniziative ed attività espletate nel corso del 2020, per il perseguimento degli obiettivi programmati con il Piano della Performance da parte della Direzione Generale.

Particolarmente efficace e significativa, in tale ottica, è risultata, infatti, l'attività di ausilio ed assistenza tecnico-giuridica svolta - sia nel corso della fase di programmazione relativa al 2020 che nell'avvio della successiva fase di valutazione - dalla Struttura Tecnica Permanente, incardinata presso il Servizio Affari Istituzionali, Integrità e Performance.

Ad oggi, tutta l'attività istruttoria, nonché quella di raccolta e verifica documentale effettuata di concerto con l'OIV, viene svolta dal Servizio succitato.

2.5 Fasi, soggetti, tempi e responsabilità

La definizione della presente Relazione ha coinvolto, a partire dal mese di maggio 2021, il Servizio Affari Istituzionali, Integrità e Performance, l'Area di Direzione Amministrativa, e tutti i dipendenti del comparto/Dirigenti di Servizio/Direttori di Area interessati dall'attività di ricognizione documentale a fini probatori, richiesta formalmente con nota A.Re.S.S prot. n. 0001255 del 05.05.2021, per consentire

all'OIV collegiale di Agenzia le necessarie valutazioni in ordine alla veridicità e ammissibilità dei risultati raggiunti, in relazione agli obiettivi assegnati.

La stesura del presente documento sconta la necessità che vengano prontamente avviate le attività propedeutiche di misurazione e valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), sulla base della documentazione probatoria prodotta dai vari settori dell'Agenzia.

FASE	OGGETTO	TEMPI	COMPETENZA	SOGGETTI COINVOLTI
Proposta obiettivi strategici ed operativi annuali	Trasmissione al Direttore Generale	Gennaio/Luglio 2020	Ciascun Direttore di Area/Dirigente	- Direttori di Area/Dirigenti - Personale di comparto
Definizione obiettivi coerenti con la programmazione di bilancio	Definizione obiettivi strategici ed operativi riconducibili al programma di attività 2020 di cui al bilancio	Gennaio/Luglio 2020	Direttore Generale	- Direttore Generale - Struttura tecnica permanente
Definizione architettura Piano della Performance	Predisposizione e Albero della <i>Performance</i>	Gennaio/Luglio 2020	Direttore Generale	- Direttore Generale - Struttura tecnica permanente
Definizione obiettivi strategici ed operativi annuali e triennali	Approvazione Piano della <i>Performance</i> dell'Agenzia ed attribuzione obiettivi ai Direttori/Dirigenti	Settembre 2020	Direttore Generale	- Direttore Generale - Direttori di Area/Dirigenti - Struttura tecnica permanente
Avvio e completamento misurazione e valutazione performance strategica ed operativa dirigenti	Richiesta e rendicontazione e attività da parte dei Dirigenti	Maggio/Ottobre 2021	- OIV - Direttore Generale	- Direttore Generale - Direttori di Area/Dirigenti - Struttura tecnica permanente - Servizio Affari Istituzionali, Integrità e Performance
Redazione Relazione sulla performance 2020	Adozione relazione definitiva sulla performance 2020	Ottobre/novembre 2021	Direttore Generale	- Direttore Generale - Servizio Affari Istituzionali, Integrità e Performance



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia

***IDF Servizio Affari Istituzionali, Integrità e Performance
F.to Dott.ssa Barbara Contegiacomo***

***Il Dirigente Servizio Affari Istituzionali, Integrità e Performance
F.to Dott.ssa Olga Salerno***

***Il Direttore dell'Area Amministrativa
F.to Dott. Francesco Fera***

***Il Direttore Generale
F.to Dott. Giovanni GORGONI***