



#### MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE – ALLEGATO AL VERBALE 21/11/2019

Il presente documento, allegato al verbale OIV del 21/11/2019, è redatto in ossequio al dettato dell'art. 14 del decreto legislativo n. 150/2009. La documentazione esaminata in parte è stata trasmessa dai servizi competenti – vedi verbali sedute OIV 2018-2019- e in parte è stata consultata nel sito aziendale. Si fa seguito al contenuto della relazione 12/12/2018, nonché di quanto sin qui verbalizzato nelle singole sedute dell'OIV.

#### ANTICORRUZIONE 2018

L'OIV nella seduta del 22/2/2019 ha preso atto del contenuto della relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione sull'attuazione del PTPC 2018, pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda in data 23/1/2019. L'OIV dà atto che la relazione presentata risponde a tutte le richieste formulate sul format medesimo, sia per quanto riguarda le considerazioni generali sia per quanto riguarda le misure anticorruzione. Nel documento è stato evidenziato quanto segue:

Nel corso del 2018, è proseguita l'attività di coinvolgimento e sensibilizzazione sia dei Referenti che dei Dirigenti, al fine di renderli sempre più partecipi e consapevoli riguardo alla Prevenzione della Corruzione e all'agire trasparente della P.A. Con la formazione programmata per tutto il personale ASL sia della dirigenza sia del comparto i dipendenti sono stati formati e informati sulle novità normative. Con gli Audit si è attivata la verifica Ispettiva Interna (Auditing) sulla corretta applicazione delle misure previste nel Piano da parte delle U.O. risultate a rischio rilevante/critico, con un riscontro positivo da parte delle stesse. L'OIV concorda su quanto affermato in merito all'istituto della rotazione. Infatti, nel settore sanitario, la rotazione dei dirigenti e del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, dal momento che si pone in chiaro conflitto con l'altrettanto importante principio di continuità dell'azione amministrativa, che implica la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività. L'OIV dà atto di quanto affermato sul ruolo della Responsabile nello svolgimento di una costante attività di impulso e coordinamento coinvolgendo i Referenti e i Dirigenti, offrendo loro supporto e collaborazione, anche attraverso una costante azione propulsiva, richiamandoli al rispetto delle scadenze previste nel Piano, in modo da responsabilizzare e rendere sempre più partecipe ciascun Dirigente all'attuazione del Piano stesso. Per quanto riguarda la Trasparenza, la relazione rappresenta un buon livello di adempimento degli obblighi previsti dalla normativa. Sono stati svolti monitoraggi trimestrali su alcune tipologie di dati e monitoraggi semestrali sulla totalità dei dati pubblicati. Le iniziative intraprese per le verifiche appaiono efficaci.

Per quanto concerne la Formazione, nel corso del 2018 sono stati erogati 3 corsi: uno di livello specifico per gli addetti ai lavori, uno generale destinato ai dirigenti e uno generale, svolto in videoconferenza, rivolto a tutto il personale del comparto, coinvolgendo in tal modo tutti i dipendenti dell'Azienda.

Nella relazione viene evidenziato che la procedura di tutela del dipendente che segnala condotte illecite, che ad oggi garantisce un buon livello di anonimato, sarà rafforzata in riferimento al comunicato ANAC del 15.1.2019.

#### ANTICORRUZIONE 2019

L'OIV nella seduta del 22/2/2019 ha preso atto che con deliberazione n. 92 del 31 gennaio 2019, il Direttore Generale dell'Azienda ha adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021. Il Piano è costituito da un unico documento distinto in due sezioni, predisposto dalla Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza in sinergia con i Referenti e i Dirigenti responsabili delle Unità operative aziendali, coinvolti nell'analisi e valutazione dei rischi specifici di Corruzione per la rispettiva area di competenza. Esso ha valenza programmatica e tutte le previsioni ivi contenute possono essere oggetto di aggiornamento o revisione, in quanto l'adozione del Piano non si configura come attività ultimata e definitiva, bensì come un insieme di processi che gradualmente possono essere modificati, integrati e migliorati.



Il Piano Aziendale della Prevenzione della Corruzione è stato costruito dando puntuale attuazione ai contenuti della determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e della delibera dell'ANAC n. 1074 del 21.11.2018, con cui è stato approvato l'aggiornamento del PNA 2016.

Con questi due provvedimenti si è voluto fornire ai soggetti che interagiscono nel Servizio Sanitario Nazionale specifiche raccomandazioni da osservare con la redazione ed attuazione dei rispettivi Piani triennali per Prevenzione della Corruzione, tenendo conto del particolare ambito di applicazione, del contesto ambientale, della tipologia e del livello di complessità dell'organizzazione sanitaria del sistema di relazioni in esse esistenti; dando indicazioni sulla disposizione dei Piani delle aziende sanitarie e degli altri soggetti ad essi assimilabili, nonché orientare la pianificazione strategica dei soggetti medesimi verso ulteriori interventi finalizzati a rafforzare la gestione del rischio e a prevenire e contrastare eventuali fenomeni di Corruzione per particolari aree sensibili. Pertanto, a seguito delle raccomandazioni e delle indicazioni da parte dell'ANAC, nonché del monitoraggio effettuato sulle attività svolte, la Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha proceduto alla mappatura di altre aree non considerate nel precedente Piano, ad analizzare altri processi di aree già mappate, nonché ad implementare il sistema di contrasto e di prevenzione dei fenomeni corruttivi attraverso l'adeguamento di misure già previste e l'introduzione di misure specifiche.

In particolare, l'OIV ritiene di dover evidenziare e sottolineare le seguenti tematiche trattate nel documento.

#### PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

**Analisi del contesto esterno ed interno:** al fine di ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne. Dall'analisi effettuata per elaborare il PTPC 2019-2021 si evidenzia che il contesto esterno non presenta particolari aspetti negativi che possano influenzare in maniera incisiva il livello di rischio corruttivo, anche se si rileva un diffuso senso critico dell'utenza nei confronti della Pubblica Amministrazione e dei suoi operatori.

Le stesse considerazioni si rilevano per il contesto interno, dove non si evidenziano criticità specifiche ed aggiuntive rispetto a quelle tipiche dell'attività svolta.

**Individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione:** articolata in tre fasi di lavoro: mappatura dei processi, valutazione del rischio per ciascun processo, trattamento del rischio. Il censimento dei procedimenti interessati alla valutazione e trattamento del rischio è soggetto a revisione continua, secondo specifica verifica, considerata la natura della materia, le esigenze organizzative, il verificarsi di eventi significativi, l'evoluzione normativa di settore. Le variazioni in questione sono gestite anche in armonia con gli interventi di revisione dell'Atto Aziendale. Pertanto, il documento nella parte recante la mappatura dei processi, l'analisi dei rischi, e il piano di azione per il trattamento del rischio, tiene conto sia delle aree a rischio definite dalla Legge n. 190/2012 sopraelencate, sia di altre aree individuate sulla base della specificità aziendale e che nel PTPC 2018-2020 erano state già implementate.

**Il collegamento con il Piano delle Performance:** la Direzione Generale ha stabilito di prevedere, sia per l'area SPTA che per l'area sanitaria, specifici obiettivi di budget e indicatori inerenti la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione. La valutazione del "potenziale evento corruttivo", per l'anno 2019, è stata effettuata da ciascun Direttore di UOC/UOSD firmatario della scheda budget, attraverso l'elaborazione di schede, compilate in conformità ai criteri e alla metodologia di cui all'allegato 5) al Piano Nazionale Anticorruzione. Per dare maggiore forza al modello di gestione del rischio si è fatto ricorso ad un approccio integrato del Piano con quello delle Performance, includendo la trasparenza e l'integrità nelle schede di budget. Di conseguenza, con la previsione dell'attuazione delle misure indicate nel PTPC come elemento connesso con la programmazione della performance, si è confermata la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della legalità e Trasparenza della funzionalità amministrativa.

**Le aree di rischio trattate:** in aggiunta alle aree di rischio obbligatorie si sono individuate quelle ulteriori, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto della ASL, che scaturiscono dal processo di



valutazione del rischio. Pertanto, tutte le aree che sono state prese in considerazione nel Piano sono quelle già riportate al paragrafo 11 del documento.

**La rotazione del personale:** nel corso di validità del Piano, si provvederà, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle UU.OO., all'adozione dei criteri e direttive interne per applicare la rotazione del personale nelle aree ad alto rischio, salvaguardando, in ogni caso, le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari. In attesa di specifiche indicazioni e /o regolamentazioni che saranno emanate, per individuare e sottoporre a rotazione periodica i profili e le categorie esposte a più elevato rischio di Corruzione, la ASL recepisce dinamicamente i criteri definiti dall'ANAC. I Responsabili di struttura procedono comunque alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o disciplinari, collegati a condotte di natura corruttiva.

**Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile:** nel corso del 2019, saranno posti in essere interventi ed azioni sul tema dell'integrità nell'ambito dei percorsi già dedicati alla Trasparenza, come le giornate della Trasparenza, i momenti formativi, le informazioni pubblicate sul sito internet. L'utilizzo dei canali tradizionali è stato poi affiancato dalla Web TV aziendale e da un canale Youtube accessibile dal sito. Saranno anche realizzate iniziative aperte agli stakeholder interni ed esterni, con l'attivazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di Corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi, anche con il coinvolgimento dell'URP, che rappresenta la prima interfaccia con la cittadinanza.

#### **TRASPARENZA 2019**

Nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021, adottato con deliberazione n. 92 del 31 gennaio 2019 si afferma che la Trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la Prevenzione della Corruzione e per l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa, in quanto consente, in particolare, la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo; più in generale, del responsabile per ciascuna area di attività e, di conseguenza, la responsabilizzazione dei funzionari; la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate; la conoscenza della situazione patrimoniale degli amministratori e dei dirigenti.

In questa sezione sono indicate le iniziative intraprese e da intraprendere da parte dell'Azienda nell'arco triennale di attività. Il documento per sua stessa natura è dinamico e, in quanto tale, soggetto ad eventuali revisioni e/o aggiornamenti.

#### **Le principali novità**

- è stata introdotta una nuova forma di accesso civico ai dati e ai documenti pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definito Freedom of information act (Foi);
- durata dell'obbligo di pubblicazione;
- nuovo obbligo di pubblicazione relativo alle misure integrative di Prevenzione della Corruzione, ai documenti di programmazione strategico-gestionale e agli atti degli Organismi indipendenti di valutazione;
- per la performance occorre pubblicare anche i criteri di valutazione, nonché in forma aggregata i dati sulla distribuzione del salario accessorio ad essa connessa ed i gradi di differenziazione delle premialità;
- per i procedimenti amministrativi, le modifiche attengono all'obbligo di pubblicare l'ufficio responsabile del procedimento e non più il nome del responsabile del procedimento;
- obblighi sulle procedure d'appalto: contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Nel documento si conferma che è necessario il coinvolgimento di quasi tutti i settori dell'azienda, in considerazione di una realtà organizzativa molto settorializzata. L'impegno, quindi, è indirizzato in particolare all'individuazione e alla normalizzazione dei dati da pubblicare, nonché alle procedure di



lavoro da seguire. I dati sono completati, aggiornati e pubblicati dai Dirigenti delle UU.OO. competenti, i quali, sotto la loro responsabilità, provvedono a curarne il continuo monitoraggio per assicurare l'effettivo aggiornamento delle informazioni. L'impegno della ASL, pertanto, è stato e sarà incentrato sulla necessità di implementare la quantità e qualità dei dati pubblicati e da pubblicare, in un'ottica di Accessibilità e Trasparenza rispetto al cittadino-utente, considerato che ci si trova davanti ad una normativa in continua evoluzione che richiede, pertanto, una grande attenzione ed un'attività costante e quotidiana da parte di tutte le strutture aziendali ad essa deputata.

**I collegamenti con il piano della performance:** la Trasparenza si pone in relazione al ciclo di gestione della Performance, prevedendone la piena conoscibilità delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti. In tal modo i cittadini hanno a disposizione la possibilità di conoscere e valutare in modo oggettivo e semplice l'operato della pubblica amministrazione fornendo, dunque, attraverso la Trasparenza, la massima leggibilità di tali informazioni ai vari stakeholder.

**Iniziative di comunicazione della trasparenza:** per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati. Per questo intrinseco collegamento tra il principio della Trasparenza e la cultura della Legalità, si prevede di promuovere interventi ed azioni mirate sul tema dell'integrità nell'ambito dei percorsi già dedicati alla Trasparenza, come le giornate della Trasparenza, i momenti formativi, le informazioni pubblicate sul sito Internet;

**I referenti per la trasparenza:** I Direttori delle UU.OO. Interessate sono stati invitati a nominare la figura del Referente, quale punto di riferimento interno alla U.O., per la raccolta delle informazioni e delle segnalazioni ed il monitoraggio degli adempimenti, incaricato di garantire supporto tecnico-giuridico alle singole aree di appartenenza nella pubblicazione sul sito aziendale del flusso dei dati e delle informazioni richieste dalla normativa e, in particolare, fare da raccordo con il RPCT;

**Sistema di monitoraggio e individuazione dei dirigenti responsabili:** si ritiene opportuno e necessario che le strutture coinvolte, con il supporto dei Referenti nominati, provvedano ad effettuare monitoraggi periodici, con cadenza trimestrale, da trasmettere al Responsabile della Trasparenza, allo scopo di verificare lo stato dell'arte dei propri adempimenti, autovalutando, in tal modo, il proprio operato.

Tale attività di monitoraggio dovrà essere svolta sia da parte dei soggetti interni all'amministrazione che da parte dell'OIV. Il monitoraggio avrà cadenza semestrale e riguarderà il processo di attuazione del Piano attraverso la scansione delle attività, indicando gli scostamenti dal Piano originario. Queste attività daranno origine ad un report di monitoraggio che sarà trasmesso anche all'OIV;

**Misure per assicurare l'efficacia dell'Istituto dell'accesso civico generalizzato:** si è provveduto ad adottare le misure per assicurare l'efficacia di tale istituto, pubblicando nella sezione Amministrazione Trasparente, tutte le informazioni relative alle modalità di esercizio del diritto in questione, corredato di apposito modulo di richiesta. E' stato inoltre istituito il "registro degli accessi", pubblicato in Amministrazione Trasparente, che evidenzia tutte le tipologie di accesso "accesso documentale" ex L. 241/90, "accesso civico semplice" ex art. 5 c.1, "accesso civico generalizzato" ex art. 5, co. 2 d.lgs 33/2013.

#### **TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE - RELAZIONE SEMESTRALE 2019**

Nella seduta del 29/8/2019 l'OIV ha preso atto del contenuto della relazione sulle attività svolte nel I semestre 2019 in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, in particolare l'aggiornamento rispetto al contenuto del Piano ha riguardato:

- richiesta di relazione semestrale alle UO effettuata dalla RPCT con nota 27/3/2019;
- diffusione delle linee guida ANAC in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, co. 1, let. I-quater, d.lgs 165/2001, effettuata dalla RPCT con nota del 2/5/2019;
- aggiornamento bozze codici di comportamento riguardo alle quali l'OIV ha espresso parere positivo;
- richiesta della RPCT con nota del 25/6/19 ai servizi competenti per l'attivazione dei previsti corsi di formazione del personale dipendente un materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.





- pubblicazione delle griglie di cui alla delibera ANAC 141 del 27/2/2019, validate dall'OIV, nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente".

#### RELAZIONE ANNUALE PIANO DELLE PERFORMANCE 2017

Nella seduta del 20/9/2019 l'OIV ha ricevuto la Relazione Annuale delle Performance definitiva per l'anno 2017. Ha quindi proceduto al suo esame secondo le Linee guida per la validazione da parte degli OIV della Relazione sulla Performance (Art. 14, comma 4, lettera c, del D.lgs. n. 150/2009), e ha *validato i contenuti della Relazione con osservazioni* attraverso lo schema contenuto nell' "Allegato A" e con la stesura di un "Documento di validazione" finale, pubblicati nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente in data 2/10/2019.

L'OIV ha preso atto del contenuto delle delibere n. 79 del 3/10/2019 "Definizione del sistema premiante anno 2017", n. 136-137-138 del 26/10/2019 "Liquidazione premio incentivante anno 2017.." personale dipendente area del comparto e area della dirigenza della ASL Lanciano-Vasto-Chieti.

#### RELAZIONE ANNUALE PIANO DELLE PERFORMANCE 2018

Nella seduta del 5/7/2019 l'OIV ha rilevato la mancata pubblicazione nei tempi previsti dalla normativa vigente della Relazione annuale delle Performance per l'anno 2018, né ad oggi è stata data evidenza all'OIV della sua adozione.

*A tal proposito l'OIV segnala la necessità di adottare, nelle forme richieste dalla norma, la "Relazione sulla performance per l'anno 2018" evidenziando che l'art.14 co. 6 d.lgs 150/2009 prevede che "la validazione della relazione sulla performance di cui al comma 4, lettera c), è condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti per premiare il merito di cui al Titolo III".*

#### PERFORMANCE 2019

L'OIV nella seduta del 22/2/2019 ha preso atto che con deliberazione n. 94 del 31 gennaio 2019, il Direttore Generale dell'Azienda ha adottato il Piano Triennale della Performance anni 2019-2021.

Il Piano risulta elaborato in attuazione del Patto della Salute, del DCA n. 55/2016 "Piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2016-2018), DCA 79/2016 "riordino della Rete Ospedaliera-Regione Abruzzo" e DGR 913/2018 "Indirizzi per la redazione degli strumenti di programmazione delle Aziende sanitarie regionali 2019-2021". Il documento in esame dà attuazione, anche, alla deliberazione del Direttore Generale n. 1427 del 29 novembre 2018 di adozione ed approvazione degli strumenti di programmazione 2019-2021.

Secondo quanto previsto dall'art.10, comma 1 del DLgs. 150/09, il Piano contiene:

- la descrizione delle caratteristiche dell'Azienda, ossia quegli elementi che consentono di identificare "chi è" (mandato istituzionale e missione), "cosa fa" (declinazione della missione e del mandato in aree strategiche, obiettivi strategici ed operativi); "come opera" (descrizione dell'organizzazione);
- l'analisi del contesto interno ed esterno all'Azienda;
- gli indirizzi e gli obiettivi strategici, di programmazione regionale, di performance organizzativa, che costituiscono il punto di riferimento per la contrattazione e definizione delle schede di budget specifiche per le unità operative aziendali;
- il processo seguito per la redazione del Piano e la descrizione delle azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, che rappresentano gli strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale e i percorsi di miglioramento continuo delle performance.

Principale finalità del Piano della Performance è quella di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione strategica ed operativa previsti dalla normativa nazionale e regionale. Altra finalità del piano è quella di assicurare la comprensibilità e l'attendibilità della rappresentazione della performance. Infine, l'Azienda intende favorire un'effettiva assunzione di



responsabilità dei risultati raggiunti, individuando e valorizzando le attese dei portatori di interesse e implementando i meccanismi di comunicazione interna ed esterna.

Uno specifico capitolo descrive il processo e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance, soffermandosi sulle fasi, i soggetti e i tempi del processo di redazione del Piano e sulla coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio. Si illustra, poi, l'albero della performance e si rappresenta il coordinamento e l'integrazione tra gli ambiti relativi alla Trasparenza, all'Integrità e all'Anticorruzione nonché le azioni di miglioramento del ciclo della performance. In particolare, l'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, anche graficamente, i legami tra mandato Istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano gli obiettivi operativi, le azioni e le risorse). Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica e integrata della performance dell'azienda. Il documento descrive le fasi attraverso le quali è stato articolato il processo che ha portato alla costruzione dell'albero della performance. Partendo da esso, si procederà all'individuazione e descrizione degli obiettivi da assegnare alle singole unità operative aziendali.

Il Piano si chiude con la descrizione dei meccanismi di misurazione e valutazione della performance, specificando l'impatto del processo di budget sul comportamento e sulla performance dei dipendenti nonché il sistema di valutazione del personale. L'ultimo capitolo introduce gli indicatori di esito sulla base del lavoro svolto dall'Agenzia nazionale di servizi sanitari, che ha implementato il Piano Nazionale Esiti, che sviluppa nel Servizio sanitario Italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari. Sono indicati gli obiettivi principali del piano nazionale esiti, le cui valutazioni riguardano le funzioni di produzione e le funzioni di tutela e committenza.

Sono allegate al Piano le schede tecniche relative agli obiettivi-indicatori di performance per l'Area economica e per l'area Salute, format scheda di budget anno 2019, format di scheda individuale della Dirigenza Apicale, format scheda sperimentale di Valutazione per il Coordinatore infermieristico, per il Personale del Comparto e un Allegato per la rilevazione consegna schede al personale infermieristico.

***L'OIV ad oggi non ha ricevuto in visione le schede di budget 2019 negoziate correlate di obiettivi e indicatori, non ha evidenza di almeno uno step di verifica effettuato in corso di anno, e quindi non dispone degli elementi idonei e necessari per un riscontro del processo di misurazione e del ciclo della performance per l'anno 2019***

#### **PIANO TRIENNALE DELLE AZIONI POSITIVE E COMITATO UNICO DI GARANZIA (C.U.G.)**

L'OIV ha preso atto che nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione Piano d'azioni positive, è stato pubblicato in data 10/9/2013 il Piano delle Azioni positive 2013-2015.

L'OIV rileva la mancata pubblicazione del Piano Triennale delle Azioni Positive previsto dall'art. 48 del d.lgs 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", e che ad oggi non è stata data evidenza della sua adozione né di eventuali aggiornamenti di quello 2013-2015.

Il Piano delle Azioni Positive rappresenta un documento programmatico, finalizzato all'adozione di azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro coerentemente con il perseguimento e l'applicazione dei principi di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

In particolare l'art.42 del d.lgs 198/2006 definisce le azioni positive come "misure volte alla rimozione di ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità, nell'ambito della competenza statale, sono dirette a favorire l'occupazione femminile e realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro". La Direttiva Ministeriale 23/5/2007 "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche" al punto 3 indica l'adozione di Piani Triennali di Azioni Positive. Il D.lgs. 150/2009 poi, ha previsto che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerna, tra l'altro, il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

***A tal proposito l'OIV segnala la necessità di adottare, nelle forme richieste dalla norma, il Piano Triennale delle Azioni Positive in quanto "La mancata adozione del piano costituisce una violazione, a cui consegue, mediante il richiamo alla previsione dell'articolo 6, comma 6, del Dlgs 165/2001, il divieto per l'amministrazione inadempiente di assumere nuovo personale".***



Per quanto attiene il C.U.G. si fa rilevare che all'interno delle singole pubbliche amministrazioni il Comitato Unico di Garanzia, è organo di origine comunitaria che nel ricomprendere "ex lege" le funzioni del Comitato pari opportunità e dei comitati paritetici sul mobbing, "contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni, nella prospettiva di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per lavoratori o lavoratrici".

Nella ASL Lanciano Vasto Chieti il CUG è stato costituito con delibera n. 551 del 18/5/2016, e con delibera n. 997 del 18/8/2016, e n. 438 del 19/4/2017 di integrazione, è stato deliberato il regolamento per il suo funzionamento. In data 23/3/2017 è stata redatta, e successivamente pubblicata nella sezione dedicata di Amministrazione Trasparente, la relazione per l'anno 2016 prevista al punto 3.3 della Direttiva del 4/3/2011 "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia" del Dipartimento Funzione Pubblica e per le Pari Opportunità. In data 17/8/2017 il Presidente del CUG ha formalizzato le proprie dimissioni, così come in data 8/6/2019 le ha formalizzate un componente dello stesso Comitato. Tutta la documentazione del CUG è custodita dal 28/11/2017 da un componente CUG in attesa della nomina di un nuovo Presidente. *A tal proposito l'OIV segnala la necessità di ricostituire il CUG evidenziando che il parere emesso dal CUG è inequivocabilmente un parere obbligatorio (seppur non vincolante) perché espressivo di funzioni del CUG legalmente standardizzate.* Infatti ai sensi dell'art. 57 del D.lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 21 della L. 183/2010, il CUG ha compiti propositivi, consultivi e di verifica all'interno della singola amministrazione pubblica. Le Linee Guida della Funzione pubblica adottate il 4 marzo 2011, previste dal richiamato art. 57 per regolare le funzioni del CUG, dispongono che esso formuli pareri su progetti di riorganizzazione dell'amministrazione, piani di formazione del personale, orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione, criteri di valutazione del personale, contrattazione integrativa su temi di competenza.

Il Presidente  
(Dr Fabrizio Viglino)

Il Componente  
(Dr.ssa Sabrina Socci)

Il Componente  
(Dr Giuseppe Barile)