

REGIONE PIEMONTE BU15 11/04/2024

Azienda sanitaria locale 'AT'

Avviso di procedura selettiva pubblica finalizzata all'acquisizione di manifestazioni di interesse per la nomina di n. 1 componente dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance dell'ASL AT.

Documento allegato



AVVISO DI PROCEDURA SELETTIVA PUBBLICA FINALIZZATA ALL'ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONI DI INTERESSE PER LA NOMINA DI N. 1 COMPONENTE DELL'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ASL AT.

Atteso che con Deliberazione del Direttore Generale n. 63 del 27/03/2024 è stato approvato l'avviso di selezione

L'ASL AT

A V V I S A

1

Manifestazione di interesse. Oggetto e durata dell'incarico

In esecuzione della deliberazione del Direttore Generale è indetta una procedura selettiva pubblica per l'acquisizione di manifestazioni di interesse per la nomina di n. 1 Componente dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (O.I.V.) dell'ASL AT, costituito in forma collegiale con tre componenti di cui uno con funzioni di Presidente.

La nomina del componente avverrà al termine della procedura selettiva.

L'individuazione del componente avverrà in esito a procedura comparativa tra coloro che presenteranno la loro candidatura e sono in possesso dei requisiti richiesti.

L'incarico di componente dell'O.I.V., conferito in esito alla procedura di cui al presente avviso, ha durata di tre anni, con decorrenza dalla data del provvedimento di conferimento dell'incarico, e può essere rinnovato una sola volta, previa procedura selettiva pubblica e fermo restando l'obbligo per i componenti dell'O.I.V. di procedere tempestivamente al rinnovo dell'iscrizione nell'Elenco nazionale dei componenti degli O.I.V., ai sensi dell'art. 4, comma 1, lettera c) del decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione del 06/08/2020.

Ai sensi dell'art. 7, comma 2, del decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione del 06/08/2020, l'incarico conferito cessa immediatamente al venir meno dei requisiti di cui all'art. 2 del citato decreto, ovvero in caso di decadenza o cancellazione o mancato rinnovo dell'iscrizione nell'Elenco nazionale.



2*Requisiti per la partecipazione*

Considerato quanto previsto dall'art. 7, comma 6 del decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione del 06/08/2020, possono partecipare alla selezione di cui al presente avviso coloro che, alla data di scadenza del termine previsto per la presentazione delle candidature risultano iscritti nell'Elenco nazionale degli O.I.V., istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica, da almeno 6 mesi.

Possono partecipare alla procedura per il conferimento dell'incarico di componente dell'O.I.V. i soggetti iscritti nella fasce professionali 1, 2 e 3.

I candidati devono riportare nella domanda il numero progressivo di iscrizione, la data di iscrizione e la fascia professionale riconosciuta.

L'iscrizione nell'Elenco nazionale non incontra limitazioni relative all'età o alla posizione lavorativa.

3*Divieto di nomina*

I componenti dell'O.I.V. non possono essere nominati, ai sensi dell'art. 14 comma 8 del D.Lgs. n. 150/2009 e s.m.i. tra i dipendenti dell'amministrazione interessata, o tra soggetti rivestano incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuto simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione.

4*Cause di inconferibilità, incompatibilità e di conflitto di interessi*

Fermi restando i divieti di nomina di cui al precedente articolo 3, non possono ricoprire l'incarico coloro che si trovino in una situazione di inconferibilità, incompatibilità o conflitto di interessi di cui alla Legge n. 190/2012, al D.Lgs. n. 39/2013 e alle altre norme di legge e discipline di settore, nonché alla Delibera n. 12/2013 dell'ANAC.

5*Esclusività del rapporto*

Per assumere l'incarico di componenti dell'O.I.V., i candidati devono rispettare i limiti relativi all'appartenenza a più di un O.I.V., come previsto dall'art. 8 del decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica amministrazione del 06/08/2020 che dispone:

Allegato A



"1. Ciascun soggetto iscritto nell'Elenco nazionale e in possesso dei requisiti previsti può appartenere a più OIV per un massimo di quattro.

2. Per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni il limite di cui al comma 1 è pari a due.

3. L'accertata violazione dei limiti stabiliti dal presente articolo comporta l'immediata cancellazione dall'Elenco."

Il rispetto dei limiti deve essere oggetto di apposita dichiarazione, ai sensi del D.P.R 445/2000, da rilasciarsi prima della nomina di cui al successivo punto 7 del citato decreto.

6

Compenso

Il corrispettivo dell'incarico di cui al presente avviso ammonta a:

- € 3.000,00 onnicomprensivo di IVA, imposizioni fiscali e rimborso spese di viaggio.

7

Modalità di presentazione della domanda di candidatura

La domanda di candidatura, redatta in carta semplice secondo lo schema allegato (All. A1) e la seguente documentazione, dovranno essere sottoscritte a pena esclusione sotto la propria responsabilità e consapevolezza delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del decreto del Presidente della repubblica 28/12/2000, n. 445:

- curriculum vitae in formato europeo, debitamente sottoscritto, recante le clausole di autorizzazione al trattamento dei dati in esso contenuti;
- relazione di accompagnamento al curriculum vitae dalla quale si evincano l'esperienza maturata presso le Pubbliche amministrazioni o aziende private, negli ambiti individuati dal D.M. 06/08/2020 (misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale, nella pianificazione, nel controllo di gestione, nella programmazione finanziaria e di bilancio e nel risk-management) ed eventuali incarichi svolti presso OIV/Nuclei di Valutazione;
- copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione ed atto di notorietà, da rendersi ai sensi del decreto del Presidente della repubblica 28/12/2000, n. 445, relativa ad assenza di situazioni di cui agli artt. 4 e 5 (All. A2).

Presidio
Ospedaliero
Cardinal Massaia
Corso Dante n.
202 – 14100 Asti
Tel. +39
0141.48.1111

Presidio Sanitario
Territoriale
S. Spirito
Piazza Garibaldi n.
14 – 14049 Nizza
M.to
Tel. +39 0141.7821



REGIONE
PIEMONTE

Via Conte Verde 125 – 14100 ASTI
Casella Postale 130
Tel. +39 0141.48.1111
Fax +39 0141.48.40.95
Pec: protocollo@pec.asl.at.it
P.I./C.F. 01120620057

Allegato A

Azienda Sanitaria Locale
di Asti

La domanda di partecipazione, unitamente alla documentazione allegata dovrà pervenire entro il **15° giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regione Piemonte**, esclusivamente in formato pdf, e trasmessa a mezzo PEC con unico invio all'indirizzo:

protocollo@pec.asl.at.it

indicando in oggetto *"Manifestazione di interesse ai fini della nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance presso l'ASL AT."*

In tal caso farà fede la data e l'ora in cui il messaggio di posta elettronica certificata recante la domanda di candidatura e della documentazione allegata è stato consegnato nella casella di destinazione protocollo@pec.asl.at.it come risultante dalla ricevuta di consegna del certificatore.

L'Amministrazione non assume alcuna responsabilità nel caso di ritardata comunicazione delle domande oltre il termine stabilito per cause non imputabili a colpa dell'amministrazione stessa o a eventi di forza maggiore.

Non saranno considerate valide le domande di partecipazione prive dei requisiti previsti dal presente avviso o presentate oltre il suddetto termine.

8

Verifica dei requisiti e valutazione delle candidature. Nomina.

Ai sensi dell'articolo 7, comma 3 del DM 6 agosto 2020 *"i componenti degli OIV possono essere nominati solo tra i soggetti iscritti nell'Elenco nazionale da almeno sei mesi"*.

Il Direttore Generale con atto motivato, a seguito della valutazione comparativa dei curricula e della documentazione prodotta dai candidati, procederà alla nomina del componente dell'O.I.V. con funzioni di Presidente, mentre per gli altri due componenti la nomina avverrà a partire dal 28/11/2022, alla scadenza del mandato dei componenti attualmente in carica. Eventuali deroghe dovranno essere motivate.

A garanzia dell'indipendenza dell'Organismo, non può essere prevista l'automatica decadenza dei componenti dell'O.I.V. in coincidenza con la scadenza dell'organo dell'amministrazione che lo ha designato.

L'incarico ha come oggetto i compiti affidati all'O.I.V. dalla vigente normativa.

Qualora il destinatario dell'incarico sia dipendente di una Pubblica Amministrazione, si provvederà ad acquisire, preventivamente al conferimento dell'incarico, l'autorizzazione dell'Amministrazione di appartenenza.

Presidio
Ospedaliero
Cardinal Massaia
Corso Dante n.
202 – 14100 Asti
Tel. +39
0141.48.1111

Presidio Sanitario
Territoriale
S. Spirito
Piazza Garibaldi n.
14 – 14049 Nizza
M.to
Tel. +39 0141.7821

REGIONE
PIEMONTE

Via Conte Verde 125 – 14100 ASTI
Casella Postale 130
Tel. +39 0141.48.1111
Fax +39 0141.48.40.95
Pec: protocollo@pec.asl.at.it
P.I./C.F. 01120620057



9

Trattamento dei dati personali

Con riferimento al trattamento di dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito DGPR) e del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'ASL AT, con modalità sia manuale, sia informatizzata, mediante l'inserimento negli archivi e nelle banche dati dell'Azienda per le finalità di gestione del presente avviso e saranno trattati anche successivamente per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo.

Il conferimento di tali dati è facoltativo ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, ma il diniego comporterà l'esclusione dalla procedura medesima.

I dati potranno essere conosciuti dal Designato e dal personale autorizzato nel servizio e potranno essere comunicati a soggetti pubblici o privati direttamente interessati allo svolgimento della procedura o alla posizione giuridico – economica del candidato, nei limiti stabiliti dalla legge o dai regolamenti o qualora risulti necessario per lo svolgimento delle funzioni istituzionali.

I dati e la documentazione saranno conservati per il tempo previsto dalla legge o dal massimario di conservazione e scarto, e comunque qualsiasi dato sarà utilizzato non oltre il raggiungimento delle finalità sopra indicate.

I dati rilasciati all'Azienda potranno essere utilizzati sia in modo manuale che informatizzato e saranno conservati in luogo idoneo ed in modo appropriato, tutelandone la riservatezza.

In qualsiasi momento l'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 15-21 del G.D.P.R. se compatibili con la finalità per la quale i dati sono trattati, rivolgendo istanza al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD o DPO) – e-mail: protocollo@pec.asl.at.it e ha il diritto di proporre reclamo all'autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Il Titolare del trattamento è il legale rappresentante dell'ASL AT, via Conte Verde 125 – 14100 Asti (AT).

10

Comunicazione e trasparenza

Il presente avviso ed eventuali successive comunicazioni saranno pubblicati sul Portale della Performance del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e sul sito istituzionale dell'ASL AT nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Le comunicazioni individuali saranno effettuate a mezzo posta elettronica e indirizzate ai contatti forniti nella domanda di candidatura di cui all'art. 7.

Il provvedimento di nomina, il curriculum professionale e il compenso saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'Amministrazione, ai sensi della normativa vigente.

Asti, _____

Il Direttore Generale

Dott. Francesco ARENA

Presidio
Ospedaliero
Cardinal Massaia
Corso Dante n.
202 – 14100 Asti
Tel. +39
0141.48.1111

Presidio Sanitario
Territoriale
S. Spirito
Piazza Garibaldi n.
14 – 14049 Nizza
M.to
Tel. +39 0141.7821



REGIONE
PIEMONTE

Via Conte Verde 125 – 14100 ASTI
Casella Postale 130
Tel. +390141.48.1111
Fax +390141.48.40.95
Pec: protocollo@pec.asl.at.it
P.I./C.F. 01120620057

**Al Direttore Generale A.S.L. AT
Via Conte Verde, 125
14100 Asti (AT)**

**DOMANDA PER LA NOMINA DI N. 3 COMPONENTI DELL'ORGANISMO
INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DELL'ASL AT DI CUI UNO
CON FUNZIONI DI PRESIDENTE.**

**(NOMINA N. 2 COMPONENTI A PARTIRE DAL 28/11/2022 – NOMINA COMPONENTE
CON FUNZIONI DI PRESIDENTE AL TERMINE DELLA PROCEDURA SELETTIVA)**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a

_____ il _____,

residente in (luogo di residenza) _____

(indirizzo) _____ n° _____,

indirizzo di P.E. _____, indirizzo PEC _____,

telefono _____, Telefono Cellulare _____

**presenta domanda per la nomina a Componente dell'Organismo Indipendente di
Valutazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Asti - ASL AT**, ai sensi del D.lgs. 150/2009 e del
D.lgs. 75/2017, della Deliberazione dell'A.N.A.C. N°12/2013 e della D.G.R. del Piemonte N°25-
6944 del 23.12.2013.

A tal fine,
consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del T.U.445/2000 nel caso di
dichiarazioni mendaci rese ai sensi degli Articoli 46 e 47 del medesimo Testo Unico,

dichiara sotto la propria responsabilità

- 1) di essere iscritto, ai sensi del D.M. 2 dicembre 2016 del Ministro per la Semplificazione e
la Pubblica Amministrazione, nell'Elenco Nazionale dei componenti degli Organismi
Indipendenti di Valutazione della Performance,
 - nella Fascia Professionale n. _____

- con numero progressivo di iscrizione _____
 - con data di iscrizione _____
- 2) di essere in possesso della cittadinanza italiana e di possedere una buona conoscenza della lingua inglese o di altro Stato appartenente all'Unione Europea _____ (indicare quale) e di possedere una buona comprovata conoscenza sia della lingua italiana sia della lingua inglese;
- 3) di essere iscritto nelle liste elettorali del Comune di _____ oppure di non essere iscritto in alcuna lista elettorale per i seguenti motivi _____

dichiara altresì

a. in merito alle cause di inconferibilità dell'incarico di Componente di un O.I.V., previste dal Punto 3.4 della Deliberazione ANAC 12/2013:

- a1) **di non** rivestire incarichi pubblici elettivi;
- a2) **di non** rivestire cariche in partiti politici;
- a3) **di non** rivestire cariche in organizzazioni sindacali;
- a4) **di non** avere rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con organizzazioni sindacali;
- a5) **di non** aver rivestito incarichi pubblici elettivi nei 3 anni precedenti;
- a6) **di non** aver rivestito cariche in partiti politici nei 3 anni precedenti;
- a7) **di non** aver rivestito cariche in organizzazioni sindacali nei 3 anni precedenti;
- a8) **di non** avere rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con organizzazioni sindacali nei 3 anni precedenti;

b. in merito alle cause di conflitto di interessi ed alle cause ostative all'incarico di Componente di un O.I.V., previste dal Punto 3.5 della Deliberazione ANAC 12/2013:

- b1) **di non** aver subito condanna, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale;
- b2) **di non** aver svolto incarichi di indirizzo politico o ricoperto cariche pubbliche elettive presso l'A.S.L. AT negli ultimi 3 anni a far data da oggi;
- b3) **di non** trovarsi, nei confronti dell'ASL AT in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi propri, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado;
- b4) **di non** avere riportato una sanzione disciplinare superiore alla censura;
- b5) **di non** essere Magistrato o Avvocato dello Stato, che svolge le funzioni nello stesso ambito territoriale regionale o distrettuale in cui opera l'ASL AT;
- b6) **di non** aver svolto non episodicamente attività professionale in favore o contro l'A.S.L. AT;
- b7) **di non** avere un rapporto di coniugio, di convivenza, di parentela o di affinità entro il secondo grado con Dirigenti, Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario di azienda dell'ASL AT;

b8) **di non** essere stato motivatamente rimosso dall'incarico di Componente di un OIV prima della scadenza del mandato;

b9) **di non** essere Componente del Collegio Sindacale dell'ASL AT;

c. in merito al principio di esclusività sancito dalla DGR 25-6944 del 23.12.2013 e dal punto 9 della Deliberazione ANAC N°12/2013:

(cancellare la voce che non interessa)

c1) **di non** essere Componente di alcun OIV;

ovvero

c1) **di essere** Componente dell'OIV o del Nucleo di Valutazione

- del/della _____ di _____

- del/della _____ di _____

- del/della _____ di _____

- del/della _____ di _____

dichiara infine

- 1) di aver preso visione del presente avviso e di tutte le norme in esso contenute e di accettare incondizionatamente senza nulla pretendere in caso di proroga, sospensione, revoca o modifica in tutto o in parte dello stesso avviso;
- 2) di non essere dipendente dell'ASL AT
- 3) di autorizzare l'ASL AT al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/03 ai fini del procedimento connesso alla selezione e per gli assolvimenti degli obblighi previsti dalla legge e dai regolamenti in materia;
- 4) che le eventuali copie dei documenti presentati ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 445/2000 sono conformi all'originale;
- 5) se dipendente pubblico, di svolgere l'incarico nell'O.I.V. dell'ASL AT come attività extra istituzionale e fuori dell'orario di servizio
- 6) che ogni eventuale comunicazione venga fatta tramite il seguente indirizzo di posta elettronica o PEC _____

Inoltre, allega:

- a. Copia di documento di identità valido;
- b. Curriculum formativo, lavorativo e professionale con l'indicazione di esperienze in Nuclei di Valutazione e/o in Organismi Indipendenti di Valutazione;
- c. Relazione sulle più significative esperienze professionali in relazione alla candidatura proposta;

_____, li, _____

(firma)



**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
resa ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445
(riguardante la conformità all'originale di documenti presentati in copia semplice)**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara che le copie dei seguenti documenti, allegate alla presente dichiarazione, sono conformi agli originali:

Il Dichiarante

Data _____ Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____



**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
resa ai sensi degli artt. 19 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445
(riguardante stati, qualità personali o fatti comprovati con la sola dichiarazione)**

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara quanto segue:

Il Dichiarante

Data _____ Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____



Dichiarazione sostitutiva di certificazione e Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 29.12.2000, n. 445 (riguardante i servizi prestati)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara il seguente servizio:

ENTE	DAL	AL	QUALIFICA	TIPO RAPPORTO*

* indicare se a tempo indeterminato, incaricato, supplente o libero professionista/consulente con indicazione dell'impegno orario settimanale ed in caso di risoluzione del rapporto di lavoro, indicarne le cause.

Per i servizi svolti, dichiara che non ricorrono le condizioni di cui all'ultimo comma dell'art. 46 del D.P.R. 761/79 in presenza delle quali il punteggio deve essere ridotto e dichiara altresì:

☐ di non aver fruito di aspettativa senza assegni;

☐ di aver fruito dei seguenti periodi di aspettativa senza assegni:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Il Dichiarante

Data _____ Firma _____

Sottoscrizione non in presenza del dipendente addetto (art. 38, D.P.R. n. 445/2000)

Allego fotocopia non autenticata fronte-retro del seguente documento di identità:

Tipo: _____ rilasciato il _____ da _____