

Ciclo della Performance:

Documento di validazione della Relazione sulla Performance da parte dell'O.I.V.

ANNO 2025

- A. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda Sanitaria Roma 3 ai sensi dell'art. 14., comma 4, lettera C) del D.Lgs n. 150/2009, come novellato dal D.Lgs n. 74 del 25 maggio 2017, e in conformità alle Linee Guida n. 3/2018 e s.m.i. del Dipartimento della Funzione Pubblica per l'elaborazione della Relazione annuale sulla Performance, ha preso in esame la Relazione sulla Performance anno 2025 presentata dall'Amministrazione all'OIV medesimo in data 25.05.2026 come da verbale n.3 e successivamente integrata come dà indicazioni in data 03/06/2026.
- B. L'OIV ha svolto il proprio lavoro di validazione sulla base degli accertamenti che ha ritenuto opportuni, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi dalla consuntivazione del Ciclo della Performance 2025 da parte dell'Amministrazione e della Relazione sul funzionamento complessivo del Sistema di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei Controlli Interni anno 2025.
- C. La documentazione del processo di validazione e le motivate conclusioni raggiunte su ciascuno dei punti esaminati nel processo sono contenute in apposite sezioni delle carte di lavoro conservate presso la Struttura Tecnica Permanente dell'ASL Roma 3.
- D. La validazione viene effettuata sulla base dei seguenti criteri:

Criterio	Osservazioni
a. Coerenza fra contenuti della Relazione e contenuti del Piano della Performance relativo all'anno di riferimento;	E' stata verificata la coerenza dei contenuti attraverso la disamina analitica dei documenti predisposti volti al rispetto del Ciclo della Performance
b. Coerenza fra la valutazione della performance organizzativa complessiva effettuata dall'OIV e le valutazioni degli obiettivi di performance organizzativa riportate dall'amministrazione nella Relazione;	Attraverso attività di riscontro tra le risultanze delle schede di valutazione Ciclo performance organizzativa 2025 e quelle inserite nella Relazione è stata riscontrata la coerenza della valutazione effettuata. Sono state verificate le strutture che hanno presentato le maggiori criticità ma a campione anche alcune strutture più performanti.
c. Presenza nella Relazione dei risultati relativi a tutti gli obiettivi (sia di performance organizzativa che individuale) inseriti nel Piano;	Sono presenti nella Relazione tabelle e dati riassuntivi sui risultati di performance organizzativa e individuale e in coerenza con gli obiettivi assegnati
d. Verifica che nella misurazione e valutazione delle performance si sia tenuto conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;	E' stata verificata la presenza nella Relazione degli obiettivi riferiti all'anticorruzione e alla trasparenza e la coerenza degli stessi con quelli inseriti nei Piani
e. Verifica del corretto utilizzo del metodo di calcolo previsto per gli indicatori;	Sono stati verificati nel corso della riunione gli indicatori ed i metodi di calcolo
f. Affidabilità dei dati utilizzati per la compilazione della relazione (con preferenza per fonti esterne certificate o fonti interne non auto-dichiarate, prime tra tutte il controllo di gestione);	In considerazione della corretta prevalenza di indicatori misurabili con dati oggettivi si evidenzia che i dati utilizzati sono relativi ai flussi/debiti informativi istituzionali interni ed esterni che il controllo di gestione utilizza per le finalità di rendicontazione

g. Effettiva evidenziazione, per tutti gli obiettivi e rispettivi indicatori, degli eventuali scostamenti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti, con indicazione della relativa motivazione;	L'analisi degli andamenti fra programmato e conseguito è stata accertata, descritte ed analizzate le ragioni che hanno determinato un parziale conseguimento degli obiettivi operativi e le ricalibrature effettuate (come previste nel Sistema di Misurazione e Valutazione) considerando i fattori di contesto interni ed esterni che hanno influenzato il risultato complessivo.
h. Adeguatezza del processo di misurazione e valutazione dei risultati descritto nella Relazione anche con riferimento agli obiettivi non inseriti nel Piano;	Risulta adeguato il processo anche se trattasi di situazione di minima entità
i. Conformità della Relazione alle disposizioni normative vigenti e alle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica;	Si riscontra la conformità
j. Sinteticità della Relazione (lunghezza complessiva, utilizzo di schemi e tabelle, ecc.);	La relazione risulta ben redatta completa con una corretta lunghezza rispetto agli approfondimenti.
k. Chiarezza e comprensibilità della Relazione (linguaggio, utilizzo di rappresentazioni grafiche, presenza indice, pochi rinvii ad altri documenti o a riferimenti normativi, ecc.).	La relazione risulta chiara anche per la presenza di tabelle e grafici che ne consentono immediata leggibilità, ripartizione per Dipartimenti e Strutture negoziali, con dettaglio di risultati, punti di forza e criticità riscontrate.

Tutto ciò premesso, l'O.I.V., all'unanimità, visti gli adempimenti previsti al punto A

VALIDA

la Relazione sulla Performance 2025 della ASL Roma 3.

Roma lì, 05/06/2026

Il Presidente

Dott.ssa Miriam Piccini

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art 3, comma 2 del Dlgs 39/1993

I componenti

Dott. Riccardo Baci

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art 3, comma 2 del Dlgs 39/1993

Dott. Marcello Giannico

Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art 3, comma 2 del Dlgs 39/1993