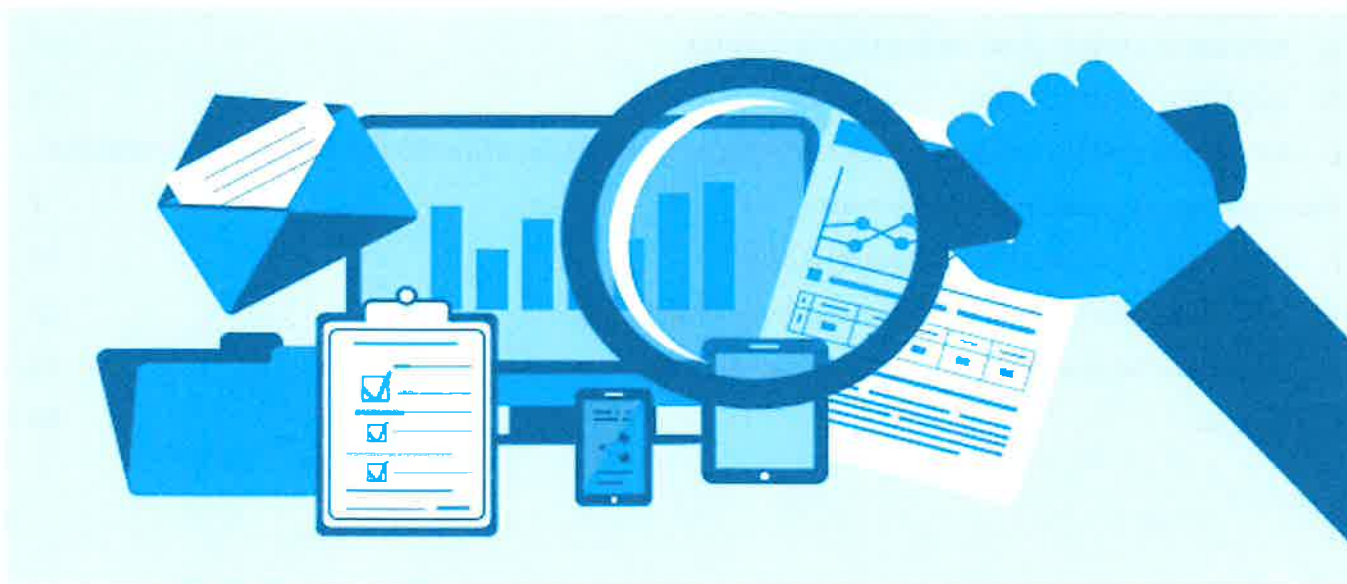


---

# **RELAZIONE SUL FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE, TRASPARENZA E INTEGRITÀ DEI CONTROLLI INTERNI**

**ANNO 2025**



**Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana  
Organismo Indipendente di Valutazione**

---

## INDICE

|                                                                                                                                                                              |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PREMESSA E QUADRO NORMATIVO</b>                                                                                                                                           | <b>3</b>  |
| <b>A. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA</b>                                                                                                                                          | <b>4</b>  |
| <i>A) DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI ED OPERATIVI AZIENDALI</i>                                                                                                      | <i>4</i>  |
| <i>B) ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET ALLE ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE</i>                                                                                            | <i>5</i>  |
| <i>C) RINEGOZIAZIONE DI BUDGET E EVENTUALE PRECISAZIONE SULLA DECLINAZIONE DEGLI OBIETTIVI REGIONALI 2025</i>                                                                | <i>6</i>  |
| <i>D) MONITORAGGIO OBIETTIVI DI BUDGET</i>                                                                                                                                   | <i>6</i>  |
| <i>E) MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI 2025</i>                                                                                                  | <i>7</i>  |
| <b>B. PERFORMANCE INDIVIDUALE</b>                                                                                                                                            | <b>7</b>  |
| <b>C. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL CICLO DELLA PERFORMANCE</b>                                                                                                                 | <b>8</b>  |
| <b>D. INFRASTRUTTURA DI SUPPORTO</b>                                                                                                                                         | <b>8</b>  |
| <b>E. SISTEMI INFORMATIVI E INFORMATICI A SUPPORTO DELL'ATTUAZIONE DELLE ATTIVITÀ PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ<br/>E PER IL RISPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE</b> | <b>9</b>  |
| <b>F. DEFINIZIONE E GESTIONE DEGLI STANDARD DI QUALITÀ</b>                                                                                                                   | <b>10</b> |
| <b>G. UTILIZZO DEI RISULTATI DEL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE</b>                                                                                                    | <b>15</b> |
| <b>H. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV</b>                                                                                                               | <b>15</b> |
| <b>CONCLUSIONI</b>                                                                                                                                                           | <b>16</b> |

## Premessa e quadro normativo

Lo scopo del documento è illustrare il funzionamento complessivo del ciclo di gestione della performance dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana (nel seguito "Azienda"), nonché i processi e le attività messe in atto per garantire la trasparenza, l'integrità e la prevenzione della corruzione, relativamente all'anno 2025.

L'art. 14, comma 4, lettera a) del D.Lgs. n. 150/2009, novellato dal Dlgs. n.174/2017 dispone che l'Organismo Indipendente di Valutazione (di seguito "OIV") monitori il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità e dei controlli interni attraverso una relazione annuale e che, nell'ambito della Relazione sul Funzionamento, lo stesso possa formulare proposte e raccomandazioni ai vertici amministrativi.

Per quanto riguarda il Servizio Sanitario Regionale, la DGRV n.140/2016, nel dettare i riferimenti metodologici e i contenuti essenziali per le Aziende Sanitarie, ha fatto integralmente riferimento alla delibera ANAC (ex CIVIT) n. 23/2013 che prevede che la Relazione si articoli nei seguenti paragrafi:

- A. Performance organizzativa;
- B. Performance individuale;
- C. Processo di attuazione del ciclo della performance;
- D. Infrastruttura di supporto;
- E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione delle attività per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione;
- F. Definizione e gestione degli standard di qualità;
- G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione;
- H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV.

La presente relazione è redatta dall'OIV ed è riferita al Ciclo della Performance dell'esercizio 2025. I componenti attuali dell'OIV sono stati nominati con deliberazione n. 1245 del 3 giugno 2025 e si sono insediati in data 18 giugno 2025 per il triennio 2025-2028.

Il documento illustra il ciclo della performance nell'Azienda, con riferimento all'anno 2025 illustrato durante l'incontro del 18 giugno 2026 dai Direttori della UOC Controllo di Gestione e UOC Gestione Risorse Umane. L'analisi della performance organizzativa spiega le modalità di programmazione aziendale, il sistema di misurazione ed infine il sistema adottato per valutare i risultati delle schede di budget anno 2025; nella parte relativa alla performance individuale, invece, si descrive il percorso effettuato per l'assegnazione degli obiettivi e la loro valutazione.

A conclusione della relazione, l'OIV esplicita il giudizio sul lavoro svolto con dei suggerimenti metodologici per i cicli di performance futuri.

## A. Performance organizzativa

Per l'anno 2025, il ciclo della performance organizzativa si è strutturato nelle seguenti fasi:

- A. definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali: Piano Integrato di Attività e Organizzazione (di seguito "PIAO") di cui alla Legge n.113/2021;
- B. assegnazione degli obiettivi alle articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale) tramite la negoziazione del budget;
- C. rinegoziazione di budget e eventuale precisazione sulla declinazione degli obiettivi regionali anno 2025;
- D. monitoraggio degli obiettivi;
- E. misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi anno 2025.

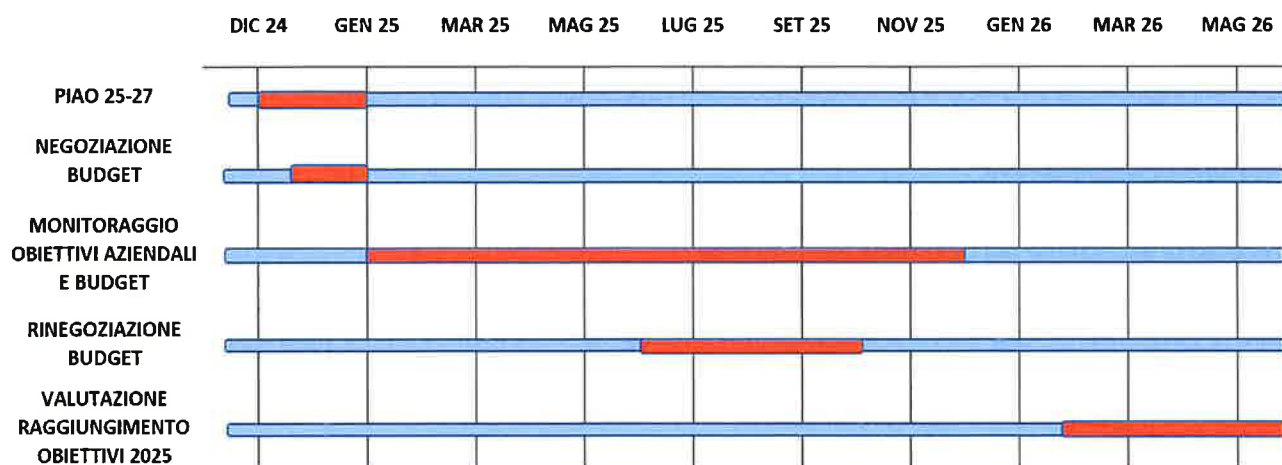


Fig. 1 Le fasi del processo di programmazione - ciclo di gestione della performance organizzativa

### **a) Definizione degli obiettivi strategici ed operativi aziendali**

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, dispone che *"per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, [...], entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione"*.

Tale Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, la maggior parte degli atti di pianificazione a cui sono tenute le amministrazioni, inserendo in un unico documento i piani inerenti alla performance, ai rischi corruttivi e alla trasparenza, all'organizzazione del lavoro, compreso quello agile, alla formazione, al fabbisogno del personale e alle azioni positive. Il Piano ha valenza triennale e viene aggiornato annualmente.

---

Coerentemente con il termine disposto dalla normativa, l'Azienda ha adottato il PIAO 2025-2027 con deliberazione n. 198 del 31 gennaio 2025 "Adozione del piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027 e del budget per centro di responsabilità".

### ***b) Assegnazione degli obiettivi di budget alle articolazioni organizzative***

I Direttori delle Strutture tecnico-funzionali (Ospedali, Distretti Socio Sanitari, Dipartimento di Prevenzione), che rappresentano la Direzione Aziendale, e i Responsabili di Unità Operativa, coadiuvati dai coordinatori delle professioni sanitarie di Dipartimento, hanno negoziato il budget per ciascun Centro di Responsabilità (CdR). A garanzia di un più omogeneo livello di assegnazione degli obiettivi per CdR, il Direttore Sanitario incontra i Direttori delle Strutture tecnico-funzionali e dà indicazioni rispetto agli obiettivi considerati prioritari per le articolazioni dell'Azienda.

La negoziazione del budget si è conclusa per tutte le aree aziendali nel mese di gennaio: risultato ottenuto grazie ad un intenso lavoro di programmazione a partire dal mese di novembre da parte della Direzione Aziendale e grazie al supporto del Controllo di Gestione.

Per ciascuna articolazione organizzativa (Dipartimento, Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale) è stata definita una scheda di budget contenente obiettivi coerenti con quanto previsto dal Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027.

Di seguito si elencano le fasi che hanno portato alla negoziazione di budget:

- Articolazione degli obiettivi operativi sui CdR: i Direttori delle Strutture tecnico funzionali e i Direttori di Area declinano gli obiettivi operativi aziendali indicati nel Piano Attuativo di attività e organizzazione in obiettivi di CdR.
- Proposta di pesatura delle schede di budget di CdR: il Controllo di Gestione predispone le schede di budget contenenti quattro categorie di indicatori:
  - Indicatori derivanti da Obiettivi Regionali;
  - Indicatori derivanti da Piano delle Performance;
  - Indicatori specifici;
  - Indicatori di Attività e Risorse.

I Direttori di Struttura tecnico funzionale e i Direttori di Area individuano gli obiettivi da pesare nelle schede di CdR, garantendo la coerenza tra gli obiettivi di budget e gli obiettivi aziendali indicati nel Piano delle Performance.

- Analisi delle schede di budget: i Direttori di Dipartimento, i Direttori di CdR, con il coinvolgimento del personale del CdR, analizzano la situazione che emerge dai dati inseriti nelle schede di budget, valutano la proposta di pesatura da parte dei Direttori di Struttura tecnico funzionale e definiscono una eventuale controproposta.
- Negoziazione budget di CdR: durante specifici incontri tra i Direttori di Struttura tecnico funzionale, che rappresentano il Direttore Generale, e i Direttori di CdR si negoziano gli obiettivi delle schede di budget.
- Approvazione delle schede di budget: adozione da parte del Direttore Generale della citata deliberazione n. 198 del 31 gennaio 2025 "Adozione del piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027 e del budget per centro di responsabilità".

### ***c) Rinegoziazione di budget e eventuale precisazione sulla declinazione degli obiettivi regionali 2025***

Con Decreto del Direttore della Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici n. 9 del 18 marzo 2025 “Limiti di costo degli Enti del SSR per l'anno 2025 in materia di acquisto di beni e servizi sanitari in area farmaci, dispositivi medici, assistenza protesica e integrativa”, la Regione ha assegnato i limiti di costo in materia di beni sanitari delle Aziende Sanitarie per l'anno 2025, successivamente aggiornati con Decreto n. 11083 del 15 settembre 2025.

Il quadro normativo è costituito anche dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1557 del 30 dicembre 2024 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025”.

Successivamente con nota prot. N. 71297 dell'11 febbraio 2025 la Direzione Risorse Strumentali del SSR ha trasmesso all'azienda il documento “Vademecum Obiettivi DG 2025 DGR 1557/2024 - Metodologia di Misurazione degli Indicatori e Criteri di Verifica degli obiettivi (Versione 1.0 del 10.02.2025)” contenente le caratteristiche di ogni indicatore al fine di poter impostare correttamente le metodologie di calcolo. In seguito, con nota prot. N. 329360 del 3 luglio 2025, la medesima Direzione ha inviato la versione aggiornata del Vademecum (Versione 2.0 del 30.06.2025) unitamente ad un documento riepilogativo delle principali scadenze degli obiettivi.

Al fine di individuare le componenti aziendali coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi regionali e, quindi, dei relativi indicatori di performance, sono stati analizzati in collaborazione con il Controllo di Gestione, che ha ampiamente relazionato, gli obiettivi regionali.

Questa analisi condivisa è stata la premessa per declinare gli obiettivi regionali, nelle schede di budget di Dipartimento e Unità Operativa, che sono state rinegoziate inserendo gli obiettivi regionali e rivedendo quindi la pesatura complessiva delle schede.

Le schede di budget rinegoziate sono state adottate con deliberazione del Direttore Generale n. 2305 del 16 ottobre 2025 “Rinegoziazione del budget per centri di responsabilità anno 2025 dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana”.

### ***d) Monitoraggio obiettivi di budget***

Al fine di conseguire gli obiettivi per CdR, l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che consente il monitoraggio periodico e la rendicontazione della performance con riferimento a ciascun Dipartimento ed alle Unità Operative.

Il monitoraggio avviene sulla base delle seguenti rilevazioni:

- dati di attività e di costo, mediante i dati presenti nel *datawarehouse* aziendale;
- dati relativi ad indicatori, non monitorati informaticamente ma comunicati, su richiesta del Controllo di Gestione, dal referente dello specifico obiettivo.

Per ogni obiettivo viene assegnato un peso ottenuto secondo queste modalità:

- al 100% o 0% nel caso di obiettivo sì/no;
- in modo proporzionale negli altri casi.

Il Controllo di Gestione mette a disposizione dei vari attori aziendali coinvolti (Direzione aziendale, Direttori di Cdr, coordinatori delle professioni sanitarie) gli strumenti di monitoraggio descritti al paragrafo D. Infrastruttura di supporto.

---

I risultati rispetto agli obiettivi di budget raggiunti in corso d'anno sono comunicati dal Controllo di Gestione, trimestralmente, all'Ufficio Personale. I report sono a disposizione dei Direttori di Struttura tecnico funzionale/ Dipartimento/ U.O.C./ U.O.S.D. ognuno per la parte di propria competenza.

#### ***e) Misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi 2025***

Il Controllo di Gestione misura gli indicatori degli obiettivi definiti nelle schede di budget di struttura tecnico-funzionale e di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa Semplice Dipartimentale.

I Direttori competenti per Area hanno effettuato la valutazione dei risultati e, qualora ritenuto necessario, hanno modificato il punteggio ottenuto sulla base della valutazione complessiva della performance. A garanzia di equità del processo, tutte le proposte di modifica del punteggio sono state riesaminate dai Direttori di Area.

L'OIV nella seduta del 18 giugno 2026 ha validato il processo di valutazione della performance organizzativa.

## **B. Performance individuale**

Il sistema adottato per la misurazione della performance individuale rappresenta uno strumento volto non solo alla verifica dell'attività svolta dai dipendenti, ma anche alla crescita professionale delle risorse umane, attraverso il rafforzamento delle competenze, la valorizzazione del contributo lavorativo e la promozione di comportamenti coerenti con gli indirizzi organizzativi dell'Azienda. In tale prospettiva, il modello valutativo favorisce la coerenza tra i risultati attesi a livello individuale e gli obiettivi definiti a livello aziendale.

L'attività di valutazione è affidata ai responsabili delle strutture UOC/UOSD, i quali sono a loro volta sottoposti a verifica da parte del livello gerarchico sovraordinato, in conformità con l'assetto organizzativo vigente. Il percorso si sviluppa attraverso diverse fasi operative, che comprendono la definizione e condivisione degli obiettivi della struttura, l'attribuzione degli obiettivi individuali o di gruppo, il monitoraggio periodico dello stato di avanzamento e la successiva valutazione conclusiva.

Il sistema si applica a tutto il personale dipendente, indipendentemente dalla natura del rapporto di lavoro, sia esso a tempo determinato o indeterminato. La gestione dell'intero procedimento avviene tramite un applicativo informatico dedicato, che consente la compilazione digitale delle schede di valutazione. Tali schede sono articolate in una sezione destinata alla programmazione degli obiettivi e in una parte relativa alla misurazione della performance individuale.

Gli obiettivi assegnati possono essere definiti dal Responsabile in maniera specifica per ciascun collaboratore. Essi possono derivare dagli obiettivi di budget della struttura di appartenenza oppure essere individuati all'interno della cosiddetta "Banca degli obiettivi", archivio integrato nel sistema gestionale che raccoglie obiettivi suddivisi per aree tematiche e collegati a specifici comportamenti professionali. Il modello valutativo prevede quattro differenti schede, predisposte in funzione del ruolo ricoperto:

- una per i dirigenti responsabili di strutture complesse, semplici o semplici a valenza dipartimentale;
- una per i dirigenti titolari di incarichi professionali;
- una destinata al personale del comparto con funzioni di coordinamento o posizione organizzativa;
- una riferita al restante personale del comparto.

---

Pur mantenendo tutte un valore massimo pari a 100 punti, le schede presentano differenze in termini di criteri di valutazione, numero di indicatori previsti e distribuzione dei punteggi attribuiti ai diversi fattori.

L'attribuzione della specifica tipologia di scheda avviene sulla base dell'incarico svolto per il periodo prevalente dell'anno di riferimento. Per il personale dirigente è inoltre prevista la compilazione di una scheda di autovalutazione, utilizzata come elemento di supporto nell'ambito del processo valutativo.

Gli esiti della valutazione incidono direttamente sui sistemi premiali: per il personale del comparto il punteggio ottenuto determina la quota di produttività collettiva spettante, mentre per la dirigenza rileva ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato, secondo quanto stabilito dalla contrattazione integrativa vigente.

La valutazione della performance individuale costituisce inoltre uno degli elementi presi in considerazione dal Collegio Tecnico nell'ambito delle verifiche periodiche relative agli incarichi della dirigenza sanitaria, in applicazione delle disposizioni contrattuali in vigore.

Nella seduta del 18 giugno 2026, l'Azienda ha illustrato all'OIV il percorso e i risultati relativi al processo di valutazione della performance individuale del 2025.

## C. Processo di attuazione del ciclo della performance

Il processo di attuazione del ciclo della performance è stato realizzato grazie ad un'infrastruttura di supporto nella quale operano figure professionali con diverse competenze.

L'UOC Controllo di Gestione ha coordinato e applicato la metodica di budget al fine di garantire l'efficacia e l'efficienza del sistema di programmazione e di valutazione della performance organizzativa.

L'UOC Gestione Risorse Umane ha coordinato e supportato il processo di valutazione della performance individuale.

## D. Infrastruttura di supporto

L'Azienda ha sviluppato un sistema di rilevazione e di monitoraggio delle attività che consente una analisi periodica dei risultati di performance raggiunti dalle unità operative. I dati contenuti nel datawarehouse aziendale, sono consultati e analizzati dai vari attori aziendali sia Direttori di Unità Operativa sia coordinatori infermieristici.

L'UOC Controllo di Gestione ha messo a disposizione il portale RW10 consultabile dall'intranet aziendale accedendo con le proprie credenziali di dominio. I report predisposti, che utilizzano la tecnologia Qlik, sono:

- report Qlik budget che riporta l'andamento degli indicatori presenti nella scheda di budget e, per gli indicatori pesati, il peso ottenuto nel corso dell'anno;
- report Qlik di dettaglio che riporta i dati relativi a un ambito specifico (es: ricoveri da flusso SDO, prestazioni ambulatoriali da flusso SPS, prestazioni di pronto soccorso, consumi di beni sanitari, ricoveri in hospice, registro operatorio, analisi prescrizioni specialistiche SOGEI, etc.).

---

Nel 2025 sono stati sviluppati strumenti per il monitoraggio degli obiettivi contenuti nel patto dei medici di medicina generale: anche in questo caso è stato costruito un Qlik che consente un monitoraggio mensile al quale gli MMG possono accedere con le proprie credenziali.

Questi strumenti rappresentano un'evoluzione della reportistica rispetto ai report periodici prodotti in formato pdf; si tratta infatti di strumenti che consentono selezioni multiple da parte dell'utente tali da rendere lo strumento interattivo, personalizzabile e flessibile rispetto al fabbisogno informativo di chi lo consulta, con una visualizzazione rapida ed immediata accedendo al portale del Controllo di Gestione (RW10) dall'intranet aziendale; inoltre sono strumenti che si aggiornano automaticamente con l'aggiornamento delle tabelle del *datawarehouse* aziendale.

## E. Sistemi informativi e informatici a supporto dell'attuazione delle attività per la trasparenza e l'integrità e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione

Con deliberazione n. 198 del 31 gennaio 2025, è stato adottato il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2025-2027, comprensivo della Sezione rischi corruttivi e trasparenza e corredato dell'allegato 3 "Obblighi di pubblicazione", in cui sono individuati i contenuti dei dati, documenti e informazioni da pubblicare, l'ufficio responsabile della produzione e della pubblicazione dei dati e la tempistica di aggiornamento. La strategia di prevenzione della corruzione e i suddetti documenti programmatici sono stati diffusi a tutto il personale tramite nota prot. n. 26745 del 11 febbraio 2025 e comunicati tramite intranet aziendale, nonché pubblicati nella competente sezione di amministrazione trasparente del sito internet istituzionale.

Nel corso del 2025 gli obblighi di pubblicazione sono stati monitorati dai responsabili della produzione e della pubblicazione dei dati, i quali ne hanno dato conto nella relazione che redigono annualmente per il Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza (di seguito RPCT), che ha svolto costanti monitoraggi, fornendo supporto per un corretto adempimento degli stessi.

L'OIV, in data 18 giugno 2025, ha attestato, attraverso un controllo a campione e coadiuvato dal RPCT, la pubblicazione, la completezza, l'aggiornamento e l'apertura del formato dei documenti, dati ed informazioni al 31 maggio 2025 delle sezioni di Amministrazione trasparente selezionate da ANAC e, in data 15 dicembre 2025, ha attestato il pieno superamento delle criticità rilevate nella fase precedente.

Per quanto riguarda l'accesso agli atti, la UOC Affari generali tiene costantemente aggiornato il registro degli accessi, pubblicandolo nella competente sezione del sito internet aziendale. Le unità operative interessate dalle richieste di accesso civico e documentale provvedono ad evaderle secondo le modalità e le tempistiche previste dalla normativa in materia.

Il RPCT ha predisposto la Relazione sull'attività svolta nel corso del 2025 in tema di prevenzione della corruzione e della trasparenza in Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana e l'ha pubblicata nel sito internet aziendale, nonché trasmessa - con nota prot. n. 0017467 del 28 gennaio 2026 - alla Direzione strategica e all'OIV. Ha redatto, altresì, la Relazione del monitoraggio sull'attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027 e, con nota prot. n. 0017463 del 28 gennaio 2026, l'ha trasmessa a tutti i gestori dei processi e alla Direzione strategica.

---

Nel 2025 il livello effettivo di attuazione della strategia aziendale di prevenzione della corruzione ha raggiunto un livello di maturazione adeguato. Le misure di trattamento previste hanno contribuito a mitigare il rischio di corruzione e, dalle relazioni trasmesse al RPCT, da parte dei Direttori delle unità operative, è emerso che le misure generali e le misure specifiche di prevenzione vengono attuate in misura più che soddisfacente.

Nel corso del 2025 è stata dedicata la consueta attenzione alla valutazione dei processi e alla corretta gestione dei rischi dei processi aziendali con un maggiore indice di rischio corruttivo, riportati nei relativi registri.

## **F. Definizione e gestione degli standard di qualità**

Nel corso del 2025 l'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana ha consolidato e ampliato il proprio sistema di ascolto strutturato dei cittadini e degli assistiti, riconoscendo la qualità percepita come una componente essenziale della qualità complessiva dei servizi sanitari e socio-sanitari. L'ascolto dell'esperienza degli assistiti si è sviluppato attraverso molteplici strumenti complementari: le indagini PREMs in ambito ospedaliero e territoriale, le rilevazioni digitali continue, le indagini dedicate ai servizi per le persone con disabilità, i progetti innovativi di Patient Experience e l'attività quotidiana di ascolto e mediazione svolta dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico. L'insieme di queste iniziative contribuisce a rafforzare la capacità dell'Azienda di trasformare l'esperienza dei cittadini in conoscenza organizzativa, orientando il miglioramento dei servizi e generando valore pubblico.

### **1. PREMs H – Esperienza del ricovero ospedaliero**

Nel corso del 2025 è proseguita la rilevazione sistematica dell'esperienza dei pazienti ricoverati attraverso il programma regionale PREMs H (Patient Reported Experience Measures). L'anno è stato caratterizzato da un importante passaggio organizzativo: la migrazione dal sistema gestito dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa alla nuova piattaforma regionale coordinata da Azienda Zero. Tale transizione è avvenuta senza interruzioni delle attività di rilevazione, garantendo la continuità del monitoraggio nei sei ospedali aziendali.

Complessivamente nel 2025 sono stati registrati:

- 56.886 dimessi effettivi;
- 34.639 assistiti aderenti all'indagine;
- 33.496 assistiti contattati;
- 11.439 questionari compilati;
- 60,9 % di tasso di adesione;
- 34,2% di tasso di risposta complessivo.

Particolarmente significativo risulta il miglioramento registrato nel secondo semestre 2025, quando il tasso di risposta è passato dal 29,8% al 38,4%, evidenziando un significativo incremento della partecipazione degli assistiti alla rilevazione. A supporto di questa attività, nel 2025 l'Azienda ha assegnato alle 85 Unità Operative ospedaliere coinvolte uno specifico obiettivo di budget finalizzato all'incremento degli assistiti arruolati nell'indagine. L'analisi delle risposte conferma un giudizio complessivamente positivo sull'esperienza di ricovero. Le valutazioni più favorevoli riguardano la relazione con il personale sanitario, la disponibilità

---

all'ascolto, il rispetto della dignità della persona e la chiarezza delle informazioni ricevute durante il percorso assistenziale.

Le narrazioni e i commenti raccolti attraverso lo storytelling associato all'indagine evidenziano inoltre il valore attribuito dagli assistiti all'umanizzazione delle cure, all'attenzione relazionale e alla professionalità degli operatori, elementi che rappresentano una componente essenziale della qualità percepita. Permangono alcuni ambiti di attenzione, comuni anche alle precedenti rilevazioni, riconducibili principalmente al comfort alberghiero, all'orientamento all'interno delle strutture e ad alcuni aspetti organizzativi legati ai tempi di attesa. I risultati sono costantemente disponibili attraverso i cruscotti regionali e aziendali e costituiscono uno strumento di supporto per le Direzioni e le Unità Operative nell'individuazione e attuazione delle azioni di miglioramento.

## **2. Indagine PREMs T – Territorio e cronicità**

Nel corso del 2025 l'Azienda ha consolidato l'attività di rilevazione dell'esperienza degli assistiti nei servizi territoriali dedicati alla presa in carico delle patologie croniche attraverso il programma PREMs T.

L'indagine rappresenta uno strumento particolarmente rilevante per valutare la qualità percepita nell'assistenza territoriale e accompagnare lo sviluppo dei nuovi modelli organizzativi orientati alla presa in carico della persona, con particolare riferimento anche alle Case della Comunità. La rilevazione si è sviluppata in un contesto caratterizzato da alcuni aspetti organizzativi e tecnologici che hanno richiesto un progressivo affinamento delle procedure di raccolta del consenso e delle modalità di coinvolgimento degli assistiti, oggi in fase di consolidamento. I dati disponibili per l'anno 2025 evidenziano:

- 500 assistiti contattati;
- 148 questionari compilati;
- 29,6% di tasso di risposta.

Il livello di partecipazione registrato risulta significativo per una rilevazione recentemente rimodulata e conferma l'interesse degli assistiti a contribuire alla valutazione dei servizi territoriali. L'esperienza maturata nel corso dell'anno ha consentito di consolidare le procedure organizzative e di acquisire elementi utili alla conoscenza dei bisogni e delle aspettative delle persone affette da patologie croniche. L'indagine PREMs T si conferma pertanto un importante strumento di ascolto e partecipazione, pur collocandosi in un percorso di evoluzione che la Regione del Veneto sta attentamente monitorando, con l'obiettivo di favorire un ulteriore miglioramento dei contenuti e una maggiore facilità di partecipazione da parte degli assistiti.

## **3. Rilevazioni digitali della qualità percepita nei Poliambulatori**

Nel corso del 2025 l'Azienda ha proseguito l'utilizzo della piattaforma digitale RateNow per la rilevazione continua della qualità percepita nei servizi ambulatoriali. Complessivamente sono state raccolte 10.265 valutazioni, con un Net Promoter Score (NPS) medio pari a +54, mantenutosi stabile durante l'intero anno.

Le valutazioni medie ottenute evidenziano livelli molto elevati di soddisfazione:

- Gentilezza del personale: 4,74/5;
- Rispetto della privacy: 4,59/5;
- Disponibilità all'ascolto del medico: 4,58/5;

- Chiarezza delle informazioni del medico: 4,51/5;
- Chiarezza delle informazioni del personale: 4,49/5;
- Attesa all'accettazione: 4,14/5.

Particolarmente significativo risulta il dato secondo il quale quasi nove utenti su dieci dichiarano un'esperienza positiva o molto positiva. Le testimonianze raccolte evidenziano in modo ricorrente la professionalità, la disponibilità e l'umanità del personale sanitario e amministrativo, confermando il valore della relazione come componente fondamentale della qualità percepita.

#### **4. Qualità percepita nei servizi per le persone con disabilità**

Nel corso del 2025 il sistema aziendale di ascolto è stato esteso ai servizi rivolti alle persone con disabilità, prevalentemente ospiti dei numerosi Centri presenti nel Distretto di Asolo, e alle loro famiglie. L'iniziativa ha coinvolto i percorsi di inclusione lavorativa, i servizi territoriali e le attività dedicate al progetto di vita delle persone assistite. Le valutazioni raccolte evidenziano un diffuso apprezzamento per la qualità delle relazioni instaurate con operatori ed educatori, per la capacità di ascolto e per il supporto offerto alle persone e alle famiglie. Particolarmente significative risultano alcune testimonianze spontanee raccolte nel corso della rilevazione:

"Mi sono sentita accolta e mi sono sentita voluta bene."

"Il servizio è molto efficiente e accompagna la persona nel mondo del lavoro."

"Che bel servizio, sono soddisfatto."

"Struttura ottima, eccezionale, e personale competente ed affidabile."

Accanto agli aspetti positivi emergono suggerimenti relativi al rafforzamento delle opportunità di inclusione sociale e lavorativa e alla necessità di sviluppare ulteriormente il sostegno alle famiglie. L'esperienza conferma il valore dell'ascolto diretto, pur nella complessità che caratterizza talvolta l'espressione dei bisogni e delle aspettative delle persone con disabilità e dei loro familiari, quale strumento di coprogettazione e miglioramento dei servizi.

#### **5. Patient Experience chirurgica – Blocco Operatorio di Conegliano**

Nel corso del 2025 il Blocco Operatorio dell'Ospedale di Conegliano ha sviluppato un progetto innovativo dedicato alla rilevazione dell'esperienza del paziente chirurgico. L'iniziativa, realizzata attraverso la piattaforma RateNow e accompagnata da un percorso formativo multidisciplinare con riconoscimento ECM, ha consentito di approfondire aspetti specifici del percorso perioperatorio normalmente non indagati dalle rilevazioni regionali.

L'indagine ha coinvolto oltre 700 pazienti e ha consentito di raccogliere informazioni relative all'accoglienza, alla gestione del dolore, alla qualità delle informazioni ricevute, alla percezione della sicurezza e alla continuità assistenziale. Il progetto rappresenta un'importante esperienza di integrazione tra formazione, ascolto degli assistiti, innovazione organizzativa e comunicazione istituzionale. Sono inoltre state sviluppate iniziative di restituzione e comunicazione rivolte a cittadini e professionisti attraverso strumenti informativi e contenuti multimediali dedicati.

---

## **6. Sviluppo di nuovi strumenti di ascolto per l'assistenza domiciliare, le cure palliative e l'inclusione sociale**

"La qualità percepita entra nei luoghi più delicati della cura: il domicilio della persona fragile, il sostegno ai caregiver e l'accompagnamento nelle fasi avanzate della malattia. "Nel corso del 2025 l'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana ha avviato un'importante attività di progettazione di nuovi strumenti di rilevazione della qualità percepita destinati ad ambiti assistenziali caratterizzati da elevata complessità clinica, relazionale e organizzativa. Particolare rilevanza assume la realizzazione dei questionari dedicati all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e alle Cure Palliative (CP), rivolti sia agli assistiti sia ai caregiver familiari.

Si tratta di un passaggio particolarmente significativo poiché estende il sistema di ascolto aziendale ai contesti più delicati della presa in carico territoriale, nei quali la qualità percepita non riguarda soltanto l'efficacia dell'intervento sanitario, ma coinvolge aspetti quali la continuità assistenziale, il supporto alla famiglia, la qualità della relazione con gli operatori, la dignità della persona fragile e la capacità dei servizi di accompagnare situazioni caratterizzate da elevata vulnerabilità.

Nel caso dell'Assistenza Domiciliare Integrata, l'ascolto dell'esperienza degli assistiti e dei loro caregiver consentirà di valutare direttamente la qualità della presa in carico al domicilio, luogo nel quale si concentra una parte crescente dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Ancora più rilevante appare la progettazione degli strumenti dedicati alle Cure Palliative, ambito nel quale l'esperienza della persona e della famiglia assume un valore centrale. In tali percorsi la qualità percepita rappresenta infatti una dimensione essenziale della qualità delle cure, poiché riguarda il sollievo dalla sofferenza, il rispetto della dignità della persona, il sostegno emotivo e relazionale e la capacità di accompagnare assistiti e familiari in una delle fasi più delicate della vita.

A partire dal 2026 la rilevazione ADI e CP saranno progressivamente introdotte in forma continuativa nei servizi interessati, consentendo di raccogliere in modo sistematico la voce di una popolazione particolarmente ampia e fragile. L'Assistenza Domiciliare Integrata e le Cure Palliative coinvolgono infatti ogni anno migliaia di assistiti e caregiver nei diversi territori aziendali. La prospettiva di una rilevazione permanente consentirà all'Azienda di disporre per la prima volta di un osservatorio continuativo sull'esperienza vissuta dalle persone assistite e dai loro familiari nei contesti più delicati della presa in carico territoriale, favorendo una programmazione sempre più orientata ai bisogni reali delle persone e alla valutazione dell'impatto dei servizi sulla qualità della vita. Con l'estensione delle rilevazioni ad ADI, Cure Palliative e SIL, il sistema aziendale della qualità percepita compie un ulteriore salto di qualità: dall'ascolto dell'esperienza di cura all'ascolto dell'esperienza di vita delle persone e delle loro famiglie.

Parallelamente è stata sviluppata una specifica linea di rilevazione dedicata al Servizio Integrazione Lavorativa (SIL), attraverso questionari rivolti alle persone inserite nei progetti, ai familiari, ai soggetti ospitanti e ai servizi collaboranti.

## **7. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico come osservatorio permanente della qualità percepita**

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico rappresenta uno dei principali strumenti di ascolto permanente dell'Azienda e costituisce un osservatorio privilegiato della qualità percepita dai cittadini.

---

L'attività quotidiana di gestione delle comunicazioni degli assistiti consente infatti di intercettare criticità, anomalie di percorso, bisogni emergenti, richieste di orientamento e opportunità di miglioramento che difficilmente potrebbero essere rilevate attraverso i soli strumenti di indagine strutturata.

Nel corso del 2025 sono stati registrati:

- 38.325 mail gestite;
- 49.296 chiamate al Call Center URP;
- 30.424 accessi agli sportelli URP;
- 74.332 accessi ai punti informativi;
- 7.158 prese in carico;
- 6.885 segnalazioni;
- 588 elogi;
- 71.512 solleciti;
- 89 suggerimenti.

Questi dati testimoniano l'intensità dell'attività di ascolto e di relazione svolta quotidianamente dall'URP e confermano il ruolo centrale del servizio quale interfaccia tra cittadini e organizzazione sanitaria.

Particolarmente rilevanti risultano le prese in carico e le segnalazioni, che consentono di individuare tempestivamente criticità organizzative, anomalie di percorso e bisogni non adeguatamente intercettati dai servizi, favorendo l'attivazione di interventi correttivi e azioni di miglioramento. Al tempo stesso, gli elogi rappresentano una preziosa fonte di riconoscimento del lavoro svolto dai professionisti e contribuiscono a valorizzare le esperienze positive vissute dagli assistiti. L'attività dell'URP integra e completa le informazioni provenienti dalle indagini PREMs e dalle altre rilevazioni di qualità percepita, offrendo una lettura continua e diretta dell'esperienza dei cittadini nei diversi servizi aziendali.

Le informazioni raccolte costituiscono pertanto un patrimonio conoscitivo fondamentale per orientare le azioni di miglioramento organizzativo, promuovere la partecipazione degli assistiti e rafforzare una cultura dell'ascolto diffusa in tutta l'Azienda.

L'insieme delle attività realizzate nel corso del 2025 evidenzia la progressiva maturazione di un sistema aziendale integrato di ascolto e valutazione dell'esperienza dei cittadini. Le indagini PREMs, le rilevazioni digitali continue, i progetti innovativi di Patient Experience, l'ascolto delle persone con disabilità, l'estensione delle attività all'Assistenza Domiciliare Integrata e alle Cure Palliative e l'attività dell'URP costituiscono oggi componenti complementari di un unico ecosistema della qualità percepita.

Nel corso del 2025 il sistema aziendale della qualità percepita ha ampliato progressivamente il proprio raggio d'azione: dall'esperienza del ricovero ospedaliero alla presa in carico territoriale, dai poliambulatori ai servizi per la disabilità, fino all'assistenza domiciliare, alle cure palliative e all'inclusione lavorativa.

La qualità percepita non rappresenta soltanto uno strumento di misurazione della soddisfazione degli utenti, ma una leva di innovazione organizzativa capace di trasformare l'esperienza degli assistiti in conoscenza, miglioramento dei servizi e valore pubblico. In questa prospettiva, essa si configura sempre più come una vera e propria infrastruttura invisibile della cura, capace di rafforzare la fiducia tra cittadini, professionisti e istituzioni sanitarie.

## G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione

Il sistema di misurazione e valutazione adottato dall'Azienda ULSS 2 è stato uno strumento efficace al fine di individuare i punti di forza e di debolezza delle varie articolazioni aziendali; attraverso il meccanismo di monitoraggio e di rinegoziazione di budget sono stati introdotti degli obiettivi al fine di stimolare azioni correttive.

I risultati della valutazione degli obiettivi di performance organizzativa e individuale sono stati utilizzati al fine della determinazione della parte incentivante della retribuzione, secondo gli accordi sindacali vigenti.

## H. Descrizione delle modalità del monitoraggio dell'OIV

L'OIV ha analizzato i dati e le informazioni ricavate dalla documentazione messa a disposizione dall'UOC Controllo di Gestione, comprensiva dei documenti di programmazione validati dall'azienda.

Si riportano brevemente gli argomenti trattati negli incontri svolti nel 2025, in riferimento a quanto di pertinenza dell'anno in esame:

- 18/06/2025: l'OIV ha effettuato la rilevazione relativa all'attestazione sul grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione, al 31 maggio 2025, della sezione del sito internet aziendale denominata Amministrazione trasparente (delibera ANAC n. 192/2025). Nella stessa seduta ha inoltre preso atto e validato la conclusione del processo del ciclo della performance organizzativa dell'anno 2024 visionando a campione le schede di risultato e analizzando le successive valutazioni di prima e seconda istanza che hanno apportato delle modifiche al punteggio ottenuto.
- 27/06/2025: l'OIV ha preso atto del ciclo della performance individuale adottato nel 2024 e ha visionato a campione una scheda per verificare le modalità di assegnazione degli obiettivi e il collegamento con le schede di budget. Nella stessa seduta ha preso atto della Relazione sulla performance 2024 e ha redatto la Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza e dell'integrità anno 2024.
- 05/11/2025: l'OIV ha preso atto delle modifiche effettuate nelle schede di budget 2025 durante la rinegoziazione, svoltasi nei mesi di settembre e ottobre 2025, che hanno consentito di introdurre nelle schede eventuali specifiche introdotte con la Versione 2.0 del Vademecum Illustrativo degli Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del SSR per l'anno 2025, trasmesso dalla Regione Veneto con nota protocollo n. 329360 del 3 luglio 2025, che ha integrato la Versione 1.0 trasmessa dalla Regione Veneto con nota protocollo n. 71297 dell'11 febbraio 2025.
- 15/12/2025: nell'ambito del monitoraggio degli obblighi di pubblicazione di cui alla delibera ANAC n. 192 del 7 maggio 2025, l'OIV ha verificato gli indicatori di qualità, per i quali, nella fase di rilevazione al 31 maggio 2025, non era stato raggiunto il 100%, rilevandone il successivo raggiungimento. Nella stessa seduta si illustra la *vision* aziendale del benessere organizzativo mettendo in luce gli aspetti più rilevanti relativi all'indagine di clima organizzativo e alle altre azioni positive inserite nel PIAO 2025-2027.

---

## Conclusioni

L'Organismo Indipendente di Valutazione preso atto di quanto esposto e relazionato sul sistema di valutazione, trasparenza e integrità, lo ritiene valido e conforme alle disposizioni normative che disciplinano il ciclo della performance. Inoltre da un punto di vista aziendale tale ciclo riesce a declinare in modo dettagliato gli obiettivi monitorando così in modo analitico l'intera attività aziendale.

Per questo, preso atto della complessa attività necessaria a realizzare tale sistema si ritiene di evidenziare la qualità del lavoro svolto anche in merito alla tempestività degli obiettivi assegnati, con la chiusura della negoziazione di budget entro il mese di gennaio, e al costante monitoraggio degli stessi.

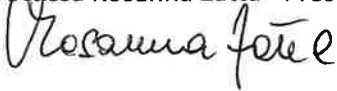
Si prende atto dello sforzo in merito alla rotazione del personale e si invita a proseguire con tale attività di rotazione in particolare sull'area PTA.

Si raccomanda di proseguire l'attività di formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, prendendo atto dello sforzo proficuo realizzato nell'anno 2025.

Treviso, 18.06.2026

O.I.V.

Dott.ssa Rosanna Zatta - Presidente



Dr. Giuseppe Cenci - Componente



Dr. Federico Del Vecchio - Componente

