

---

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

**ANNO 2024**



**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 2024</i>	<i>6</i>
<i>D) MONITORAGGIO OBIETTIVI DI BUDGET</i>	<i>6</i>
<i>E) MISURAZIONE E VALUTAZIONE DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI 2024</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 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>13</b>
<b>H. DESCRIZIONE DELLE MODALITÀ DEL MONITORAGGIO DELL'OIV</b>	<b>13</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>14</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 2024.

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 del Programma triennale 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 2024. 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, pertanto la presente relazione viene formulata principalmente prendendo atto dei verbali dell'Organismo precedente.

Il documento illustra il ciclo della performance nell'Azienda, con riferimento all'anno 2024 illustrato durante l'incontri del 18 e 27 giugno 2025 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 2024; 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 2024, 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 2024;
- D. monitoraggio degli obiettivi;
- E. misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi anno 2024.

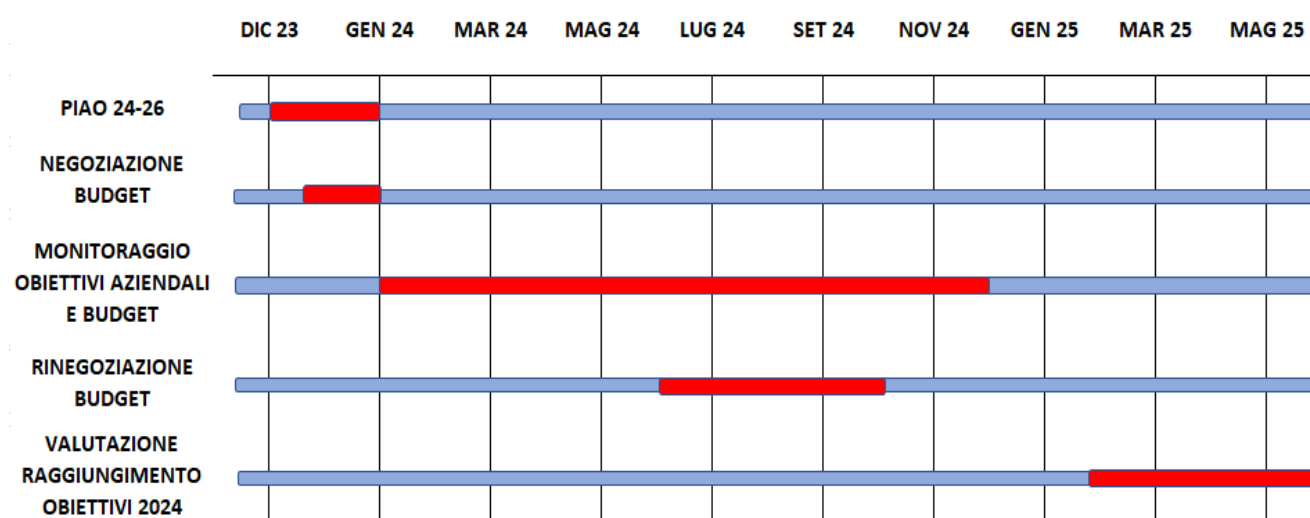


Fig. 1 Le fasi del processo di programmazione - ciclo di gestione della performance organizzativa

### 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 e al fabbisogno del personale. Il Piano ha valenza triennale e viene aggiornato annualmente.

---

Coerentemente con il termine disposto dalla normativa, l'Azienda ha adottato il PIAO 2024-2026 con deliberazione n. 175 del 31 gennaio 2024 "Adozione del piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 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 2024-2026.

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. Al termine delle negoziazioni, il Controllo di Gestione verifica che l'articolazione degli obiettivi pesati sia coerente con gli obiettivi operativi aziendali precedentemente deliberati nel Piano delle Performance.

- 
- Approvazione delle schede di budget: adozione da parte del Direttore Generale della citata deliberazione n. 175 del 31 gennaio 2024 “Adozione del piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 e del budget per centro di responsabilità”.

### ***c) Rinegoiazione di budget e eventuale precisazione sulla declinazione degli obiettivi regionali 2024***

Con Decreto del Direttore della Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici n. 7 del 25 marzo 2024 “Limiti di costo degli Enti del SSR per l'anno 2024 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 2024, successivamente aggiornati con Decreto n. 27 del 7 ottobre 2024.

Il quadro normativo è costituito anche dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 1682 del 29 dicembre 2023 “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024”.

Successivamente con nota prot. N. 58522 del 2 febbraio 2024 la Direzione Risorse Strumentali SSR ha trasmesso all'azienda il documento “Vademecum Obiettivi DG 2024 DGR 1682/2023 - Metodologia di Misurazione degli Indicatori e Criteri di Verifica degli obiettivi (Versione 1.0 del 31.01.2024)” contenente le caratteristiche di ogni indicatore al fine di poter impostare correttamente le metodologie di calcolo. In seguito, con nota prot. N. 314076 del 28 giugno 2024, la medesima Direzione ha inviato la versione aggiornata del Vademecum (Versione 2.0 del 27.06.2024) 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 nel dettaglio gli obiettivi regionali con i Direttori di Area e i Direttori delle strutture tecnico-funzionali.

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. 2211 del 21 ottobre 2024 “Rinegoiazione del budget per centri di responsabilità anno 2024 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 2024***

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 2025 ha validato il processo di valutazione della performance organizzativa.

## **B. Performance individuale**

Il sistema di valutazione della performance individuale concorre al perseguimento di diverse finalità quali il monitoraggio ed il miglioramento delle capacità e delle competenze professionali dei dipendenti, il riconoscimento della qualità della prestazione lavorativa individuale e l'esplicitazione delle aspettative aziendali sui comportamenti attesi, al fine di favorire l'allineamento tra obiettivi individuali ed obiettivi aziendali. Il processo di valutazione viene effettuato da parte di ciascun responsabile di UOC/UOSD, a sua volta valutato dal relativo superiore gerarchico, secondo l'articolazione organizzativa aziendale e trova la sua attuazione nelle fasi di condivisione degli obiettivi della propria unità operativa, assegnazione degli obiettivi individuali/d'equipe, monitoraggio intermedio e valutazione finale.

Suddetto processo interessa il personale con rapporto di lavoro sia a tempo determinato sia a tempo indeterminato.

Lo strumento utilizzato è un software gestionale mediante il quale viene effettuata la compilazione di schede informatizzate che prevedono una sezione dedicata all'assegnazione degli obiettivi ed una sezione dedicata alla valutazione della performance del dipendente.

Gli obiettivi individuali possono essere assegnati dal Responsabile in maniera personalizzata al singolo collaboratore: possono essere scelti tra gli obiettivi di budget della propria unità operativa oppure scelti dalla "Banca degli obiettivi", quale ausilio presente nell'applicativo e che costituisce un archivio di obiettivi, articolato in aree tematiche, a cui sono associati specifici comportamenti.

Il sistema prevede 4 tipologie di schede: 1 scheda per i dirigenti responsabili di unità organizzativa complessa/semplice a valenza dipartimentale/semplice, 1 per i dirigenti con incarichi professionali, 1 per il personale del comparto con incarichi di coordinamento o posizione organizzativa ed 1 per il personale del comparto.

Tutte le schede hanno punteggio massimo di 100 e si differenziano per i fattori di valutazione, per il numero complessivo di items e per i punteggi attribuiti ai fattori.

---

La tipologia di scheda viene assegnata al valutato sulla base dell'incarico ricoperto per il maggiore periodo nell'arco dell'anno. Per i dirigenti è inoltre prevista la scheda di autovalutazione che funge da indicazione al responsabile. Il punteggio derivante dalla valutazione di ogni dipendente determina, per l'area del comparto, la quota di produttività collettiva spettante e, per l'area della Dirigenza, la quota di retribuzione di risultato, secondo quanto concordato per entrambe le Aree in sede di contrattazione integrativa.

Il processo di valutazione della performance individuale concorre anche alla valutazione periodica degli incarichi da parte del Collegio Tecnico, previsto per la dirigenza del ruolo sanitario, in coerenza con le norme contrattuali in vigore.

Nella seduta del 27 giugno 2025, l'Azienda ha illustrato all'OIV il percorso e i risultati relativi al processo di valutazione della performance individuale del 2024.

## 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.).

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. 175 del 31 gennaio 2024, è stato adottato il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) 2024-2026, corredato dei relativi allegati e comprensivo della Sezione rischi corruttivi e trasparenza. L'attività di prevenzione della corruzione e trasparenza svolta nel corso del 2024 è stata relazionata dal Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza (di seguito RPCT) con la documentazione trasmessa anche all'OIV, con nota prot. n. 0020047 del 31 gennaio 2025, e con la Relazione del monitoraggio finale trasmesso a tutti i gestori dei processi e alla Direzione strategica, con nota prot. n. 0019804 del 31 gennaio 2025, nonché con quanto riportato nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027. Nel 2024 il livello effettivo di attuazione della strategia aziendale di prevenzione della corruzione, delineata nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024-2026, ha raggiunto un livello di maturazione adeguato. Le misure di trattamento previste hanno contribuito a mitigare il rischio di corruzione: sono state attuate con particolare cura le misure generali e, dalle relazioni trasmesse al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, da parte dei Direttori delle unità operative, è emerso che anche le misure specifiche di prevenzione vengono attuate in misura più che soddisfacente.

Nell'ambito della gestione della strategia di prevenzione della corruzione attuata nel corso del 2024, è stata dedicata particolare attenzione alle attività connesse ai fondi PNRR. Rientra, inoltre, in tale ambito l'impulso dato a quanto previsto dalla normativa antiriciclaggio, strettamente connessa alla strategia in tema di prevenzione della corruzione, in base alla quale gli uffici delle Pubbliche amministrazioni sono tenuti a comunicare all'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (UIF) dati e informazioni concernenti operazioni sospette di cui siano venuti a conoscenza: l'Azienda ha infatti provveduto all'approvazione, effettuata con DDG n. 2354 del 15.12.2023, delle "Disposizioni organizzative in tema di segnalazione delle operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo ai sensi del D. Lgs. n. 231/2017" e all'individuazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza quale Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette.

Nel corso del 2024 inoltre seguendo la metodologia del Control & Risk Self Assessment (CRSA), sono stati valutati/aggiornati i registri dei rischi di 12 processi sui 49 attualmente presenti. È stata infine dedicata particolare attenzione alla formazione in tema di anticorruzione e trasparenza attraverso tre corsi e una formazione a distanza.

Nel corso del 2024, il RPCT, con l'ausilio della UOC Affari generali e legali, ha svolto costanti monitoraggi sulla sezione del sito internet aziendale "Amministrazione trasparente", fornendo supporto alle Unità Operative tenute all'adempimento degli obblighi di pubblicazione e chiedendo le eventuali necessarie modifiche ed integrazioni. Inoltre, nel corso dell'anno, l'Ufficio trasparenza e anticorruzione ha effettuato delle verifiche a campione sull'applicazione di alcune misure. L'OIV ha proceduto a verificare la correttezza dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione in "Amministrazione trasparente" alla data del 31 maggio 2024, come da indicazioni fornite dall'ANAC con deliberazione n. 213/2024.

---

## F. Definizione e gestione degli standard di qualità

Nel corso dell'anno 2024 l'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana ha rafforzato l'impegno nell'ascolto dell'esperienza dei cittadini attraverso un programma strutturato di rilevazione della qualità percepita, in linea con le indicazioni regionali e con l'impostazione promossa dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Le attività si sono articolate in tre filoni principali: PREMs H (ambito ospedaliero), PREMs T (territorio e cronicità) e la raccolta digitale continuativa tramite l'indagine online "La tua voce conta davvero".

### 1. PREMs H – Ambito ospedaliero

Nel 2024 è proseguita regolarmente la rilevazione PREMs H in tutte le strutture ospedaliere dell'Azienda, in linea con il modello del Laboratorio MeS. I risultati consolidati confermano una partecipazione significativa e costante nel triennio 2021–2024, con un tasso medio di adesione pari al 40,91% e una percentuale di giudizi positivi ("ottimo + buono") stabilmente attorno al 94%.

Dati di partecipazione (anno 2024):

- Dimessi effettivi: 68.774
- Contattabili: 28.138
- Tasso medio di adesione: 40,91%

Andamento triennale del tasso di adesione:

- 2021 → 39,95%
- 2022 → 37,66%
- 2023 (dati riferiti al 2024) → 40,91%

Il tasso di adesione del 2024 (40,91%) è il più alto registrato nell'ultimo triennio, a conferma dell'efficacia delle strategie adottate e del crescente coinvolgimento degli utenti.

Su indicazione di Azienda Zero, è stata posta particolare attenzione alla restituzione dei risultati emersi, promuovendo momenti di condivisione con il personale e con gli assistiti. In questo contesto sono state evidenziate alcune aree di forza trasversalmente riconosciute:

- Relazione con il personale sanitario
- Chiarezza delle informazioni
- Rispetto della dignità della persona

Accanto a queste, sono emerse alcune criticità ricorrenti, già oggetto di riflessione e miglioramento, che riguardano:

- Segnaletica interna
- Tempi d'attesa
- Comfort ambientale

Tutti i dati raccolti sono accessibili in tempo reale tramite il cruscotto direzionale e consultabili in modo permanente da ciascuna Unità Operativa e dalle Direzioni competenti, al fine di alimentare un processo continuo di miglioramento della qualità percepita.

---

## 2. Indagine PREMs T – Territorio e cronicità

Nel corso del 2024 l'Azienda ha avviato in tutti i Distretti l'indagine PREMs T finalizzata a rilevare la qualità percepita nei servizi territoriali, con particolare attenzione alle visite ambulatoriali rivolte a pazienti cronici.

Risultati complessivi:

- Totale inviti (SMS/Mail): 3.142
- Questionari raccolti: 743
- Tasso medio di risposta: 23,6%
- Questionari completati: 10,9%

% di compilazione dei questionari:

- Parziali: 53,8%
- Completati: 46,2%

Il monitoraggio settimanale ha mostrato una progressiva crescita, con valori stabili tra 23,6% e 24,0%. Questo risultato testimonia una tenuta organizzativa e un interesse da parte degli assistiti nonostante la complessità del processo che nella nostra azienda rimane una forte criticità (integrazione con SIO, consensi, ecc.).

Nel dicembre 2024, l'Azienda ha formalizzato la costituzione del Team Qualità percepita, coinvolgendo referenti delle Direzioni Mediche, Professioni Sanitarie, CUP, Sistemi Informativi, Controllo di Gestione e URP. Il gruppo ha il compito di coordinare, monitorare e proporre azioni migliorative e rappresenta oggi un punto di riferimento stabile per la governance della qualità percepita.

## 3. Rilevazioni tramite piattaforma digitale RateNow

Nel corso del 2024, la rilevazione della qualità percepita tramite piattaforma online (RateNow) è stata estesa a più servizi aziendali, andando oltre i poliambulatori di Borgo Cavalli e Mogliano Veneto (7.845 partecipanti al sondaggio).

Le attività indagate, presso il Dipartimento di Prevenzione, hanno riguardato i seguenti ambiti:

- Servizio Screening mammografico (1.832 partecipanti al sondaggio)
- Medicina dello Sport (1.661 partecipanti al sondaggio)
- Ufficio Unico Imprese (150 partecipanti al sondaggio).

In totale, sono state raccolte 10.265 valutazioni, con un Net Promoter Score (NPS) medio pari a +54. Il punteggio NPS è rimasto stabile durante l'intero arco dell'anno 2024, senza scostamenti significativi nei diversi mesi.

Media dei punteggi per quesito (scala da 1 a 5):

- Gentilezza del personale: 4,74
- Rispetto della privacy: 4,59
- Disponibilità all'ascolto del medico: 4,58
- Chiarezza delle informazioni da parte del medico: 4,51
- Chiarezza delle informazioni fornite dal personale: 4,49
- Attesa all'accettazione: 4,14

---

Questi risultati confermano l'efficacia dello strumento RateNow come canale rapido e diretto di ascolto dell'utenza. I dati vengono consultati in tempo reale tramite cruscotto direzionale e sono oggetto di analisi e approfondimenti da parte delle Direzioni coinvolte.

#### **4. Attività di gestione dei rapporti con l'utenza – Ufficio Relazioni con il Pubblico**

Il contesto normativo delineato dalla DGR 819 del 04/07/2023, dalla DGR 790 del 12/07/2024 e dal DDR 47 del 26/07/2024, ha evidenziato ancor più rispetto al passato il ruolo del cittadino nella progettazione e nel controllo dell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Le comunicazioni dei cittadini assumono un valore imprescindibile ai fini della valutazione e del monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate, consentendo di migliorare i servizi, predisporre rimedi e azioni correttive o preventive, e diffondendo l'immagine di un'organizzazione attenta alle esigenze e ai feedback dei suoi utenti.

L'attività di gestione delle comunicazioni degli assistiti ha consentito all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) di intercettare le anomalie di percorso, le criticità e gli ambiti di miglioramento, considerata la complessità organizzativa e gestionale dell'Azienda.

Questa attività quotidiana, svolta dagli operatori URP, si concretizza nella capacità di ascolto, nella comprensione delle esperienze degli assistiti, nell'attenzione alle richieste di supporto e di orientamento, elementi essenziali per valutare i feedback sull'assistenza ricevuta e per definire e attuare azioni di miglioramento.

Nel corso del 2024, l'URP ha attivato numerose azioni di miglioramento coinvolgendo altri Servizi e Unità Operative, contribuendo in modo significativo alla risoluzione delle criticità emerse dalle comunicazioni degli utenti.

Dati complessivi relativi alle comunicazioni con l'utenza nel 2024:

- 32.084 mail gestite;
- 43.499 chiamate da Call Center URP;
- 24.777 accessi agli sportelli URP;
- 77.781 accessi ai punti informativi URP;
- 8.724 prese in carico (5.428 Treviso, 1.367 Pieve, 1.929 Asolo);
- 5.109 segnalazioni (3.488 Treviso, 828 Pieve, 793 Asolo);
- 555 elogi (312 Treviso, 115 Pieve, 128 Asolo);
- 48.304 solleciti;
- 22 suggerimenti.

---

## 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. A titolo di esempio attraverso i sistemi di misurazione è stato possibile individuare nel 2023 il grado di presa in carico dei pazienti da parte delle diverse Unità Operative.

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

I nuovi componenti dell'OIV hanno svolto la propria attività di verifica avvalendosi della collaborazione della Struttura Tecnica di Supporto, UOC Controllo di Gestione.

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 2024, in riferimento a quanto di pertinenza dell'anno in esame:

- 20/02/2024: si presenta il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026, deliberato il 31/01/24, e si evidenzia che nello stesso mese di gennaio si sono concluse le negoziazioni di budget per Centri di Responsabilità;
- 19/06/2024: l'OIV ha effettuato la rilevazione relativa all'attestazione sul grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione, al 31 maggio 2024, della sezione del sito internet aziendale denominata Amministrazione trasparente (delibera ANAC n. 213/2024 e Atto del Presidente di ANAC del 1° giugno 2024). Nella stessa seduta ha inoltre validato la conclusione del processo del ciclo della performance organizzativa e individuale dell'anno 2023.

---

## Conclusioni

L'OIV esprime apprezzamento e pertanto nulla ha da segnalare sul funzionamento del processo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, tenuto conto della conformità alla normativa vigente. Per quanto di competenza si ritiene che gli strumenti adottati siano perciò adeguati e monitorati in modo compiuto, e a tale fine si prende atto dello sforzo costante sia nella tempestiva assegnazione degli obiettivi sia nel monitoraggio degli stessi.

Per quanto possibile, si ricorda l'opportunità della rotazione del personale come richiamato dalla normativa vigente in particolare nell'area della PTA; si invita inoltre a proseguire l'attività di formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, prendendo atto dello sforzo proficuo realizzato nell'anno 2024.

Treviso, 27.06.2025

O.I.V.

Dott.ssa Rosanna Zatta - Presidente

Dr. Giuseppe Cenci - Componente

Dr. Federico Del Vecchio - Componente

Firmato (Documento originale depositato in atti d'ufficio)