



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2026-2028

Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

La professionalità al servizio della tua salute

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

SOMMARIO

SOMMARIO	2
INTRODUZIONE	3
SCHEDE ANAGRAFICHE DELL'ORGANIZZAZIONE	4
PREMESSA	4
IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE	5
L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	10
L'ASSISTENZA SPECIALISTICA	14
L'ASSISTENZA DISTRETTUALE	17
L'ASSISTENZA PRIMARIA	21
IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	22
VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	24
VALORE PUBBLICO	24
VISION E MISSION AZIENDALE	25
PROGRAMMAZIONE, OBIETTIVI E VALUTAZIONE	25
AZIONI POSITIVE PER LA GENERAZIONE DI VALORE PUBBLICO	31
PERFORMANCE	34
<i>Obiettivo strategico 1 - Aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse</i>	35
<i>Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino</i>	36
<i>Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi</i>	38
<i>Obiettivo strategico 4 - Umanizzazione delle cure</i>	41
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	44
<i>Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione</i>	44
<i>La gestione dei rischi di corruzione</i>	47
<i>Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione</i>	50
<i>La trasparenza</i>	58
<i>Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza</i>	60
<i>Rendicontazione e diffusione</i>	60
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	62
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	63
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	63
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	67
PIANO FORMATIVO AZIENDALE	79
PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	80
MONITORAGGIO	82
ELENCO DEGLI ALLEGATI	86
ALLEGATO 1 - MAPPATURA DEI PROCESSI E REGISTRI DEI RISCHI	86
ALLEGATO 2 - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA - OBIETTIVI E INDICATORI	86
ALLEGATO 3 - OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	86
ALLEGATO 4 - PIANO DEI FABBISOGNI	86

INTRODUZIONE

Caro Cittadino,

anche quest'anno la nostra Azienda ha predisposto il Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027 (PIAO), quale documento unico di programmazione e *governance*. Si tratta di uno strumento dotato da un lato di rilevante valenza strategica e, dall'altro, di forte valore comunicativo, attraverso il quale condividere con la collettività obiettivi, azioni e risultati che si vogliono ottenere rispetto alle esigenze di valore pubblico da soddisfare.

L'Azienda con questo documento ribadisce l'impegno al servizio della comunità per garantire un'assistenza sanitaria qualificata, accessibile e orientata ai bisogni delle persone, nel rispetto dei principi di equità, universalità e continuità delle cure.

Pur tenendo conto che stiamo vivendo una fase di cambiamento nei livelli di governo regionale, l'Azienda ha definito gli impegni per il prossimo triennio in modo chiaro, misurabile e trasparente, tenendo conto degli ambiti di miglioramento da affrontare e delle progettualità già in essere che si svilupperanno nei prossimi anni.

"La professionalità al servizio della tua salute" non è uno slogan: è un modo per sottolineare l'importanza rivolta alla formazione e alla competenza del personale e al costante aggiornamento per il miglioramento della qualità delle cure e di ogni attività svolta. La professionalità del personale medico e sanitario, inoltre, si esprime non solo attraverso competenze tecniche ma anche tramite un forte impegno nell'umanizzazione delle cure, ponendo attenzione all'ascolto, al rispetto e ai bisogni della persona. Siamo lieti di condividere con voi, tra le altre, le iniziative in quest'ambito.

Francesco Benazzi
Direttore Generale Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana



SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ORGANIZZAZIONE

In questa sezione si riporta una descrizione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, quale Azienda che fa riferimento a un determinato territorio e risponde ai bisogni sanitari della popolazione ivi residente. Inoltre, si illustrano gli ambiti di attività dell'azienda, dall'assistenza ospedaliera a quella specialistica, affiancate dall'assistenza distrettuale e quella primaria, senza dimenticare l'attività di prevenzione quale elemento caratterizzante di un'azienda sanitaria territoriale.

Premessa

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nasce a seguito della ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS della Regione del Veneto per effetto della Legge regionale n. 19 del 25 ottobre 2016. A decorrere dal 1° gennaio 2017 l'ULSS n. 9 Treviso ha infatti modificato la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana", mantenendo la propria sede legale a Treviso e incorporando le sopresse ULSS n. 7 Pieve di Soligo e ULSS n. 8 Asolo. Per effetto dell'incorporazione la relativa estensione territoriale corrisponde a quella della circoscrizione della Provincia di Treviso.

La sede legale dell'Azienda è in Treviso, via Sant'Ambrogio di Fiera n. 37. La ricezione della posta elettronica certificata (PEC) aziendale è assicurata dalla casella: protocollo.aulss2@pecveneto.it.

SCHEDA ANAGRAFICA	
Sede legale:	Via S. Ambrogio di Fiera n.37 - Treviso
Codice Fiscale:	03084880263
Data di costituzione:	25 ottobre 2016
PEC:	protocollo.aulss2@pecveneto.it
Sito Web:	www.aulss2.veneto.it
Direttore Generale:	Benazzi Francesco

Il territorio e la popolazione

L’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana si estende su un territorio di 2.479 km² e comprende 94 comuni con una popolazione al 01.01.2025 pari a 879.255 abitanti, di cui 91.149 residenti stranieri registrati alle anagrafi comunali. A livello territoriale è articolata su 4 Distretti socio-sanitari: Distretto Treviso Nord, Distretto Treviso Sud, Distretto Pieve di Soligo e Distretto Asolo.



Densità abitativa (residenti/kmq)

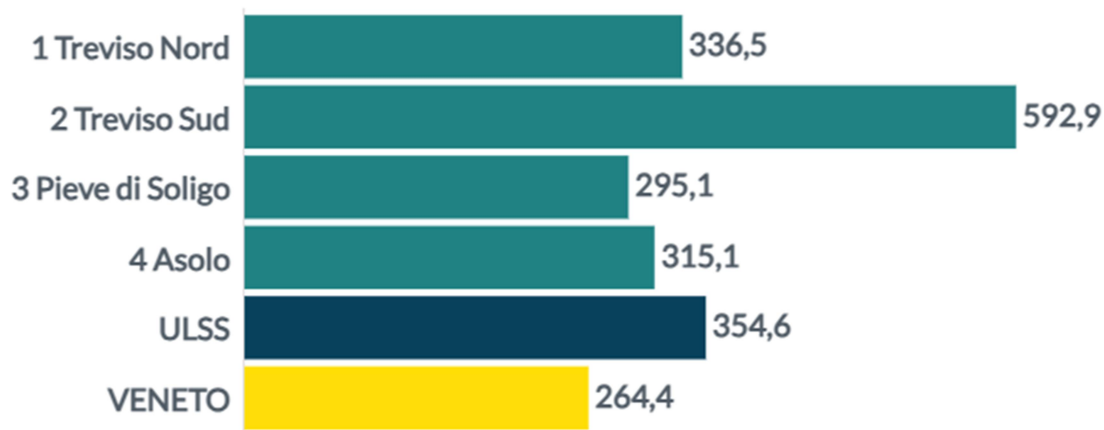


Grafico 1.1.1 Densità abitativa per distretto; densità abitativa aziendale e regionale. Fonte dati: DWH regionale

Come evidenziato nel grafico il Distretto di Treviso Sud risulta essere quello maggiormente popolato (592,9 abitanti per km²) ampiamente sopra la densità media regionale (264,4 abitanti per km²). Ulteriori indicatori utilizzati per mappare e definire statisticamente la popolazione sono gli indici di vecchiaia e gli indici di natalità.

Indice di vecchiaia

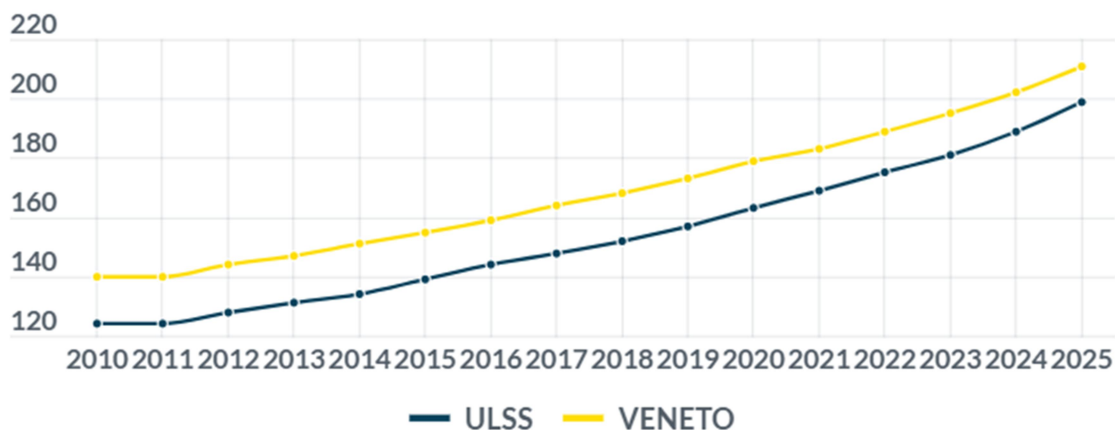


Grafico 1.1.2 Indice di vecchiaia. Fonte dati: DWH regionale

Indice di natalità

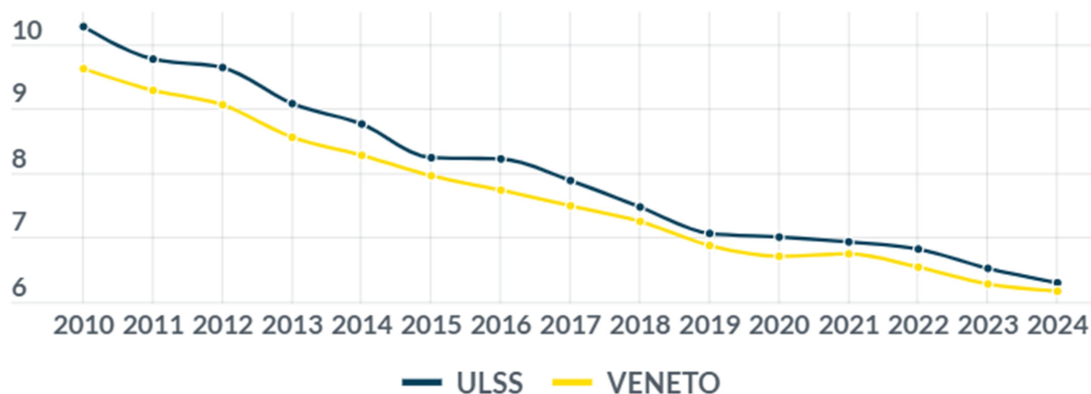


Grafico 1.1.3 indice di natalità. Fonte dati: DWH regionale

Come si evidenzia nel Grafico 1.1.2 la proporzione di popolazione over 65 anni sulla popolazione totale dell’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana presenta un trend in costante crescita, attestandosi però su valori inferiori a quelli regionali. Il dato aziendale è di 198,9 contro una media regionale di 211,9. Parallelamente all’aumento del numero di anziani si evidenzia un andamento decrescente della natalità (il rapporto tra i nuovi nati e la popolazione residente) in linea con un trend già evidente a livello nazionale: l’indice nel 2024 si attesta su un valore di 6,3 (valore regionale 6,2).

In aggiunta, viene riportata la piramide dell’età: da essa emerge come la fascia anagrafica maggiormente rappresentante, per ambo i sessi, sia quella 50-59 anni; unitamente questi individui rappresentano il 16,81% della popolazione residente. Dall’analisi organica di questi dati si deduce come l’indice di vecchiaia tenderà ad aumentare negli anni a venire in contrasto con un trend di denatalità che non sembra invertire.

Popolazione residente, per sesso e classi di età

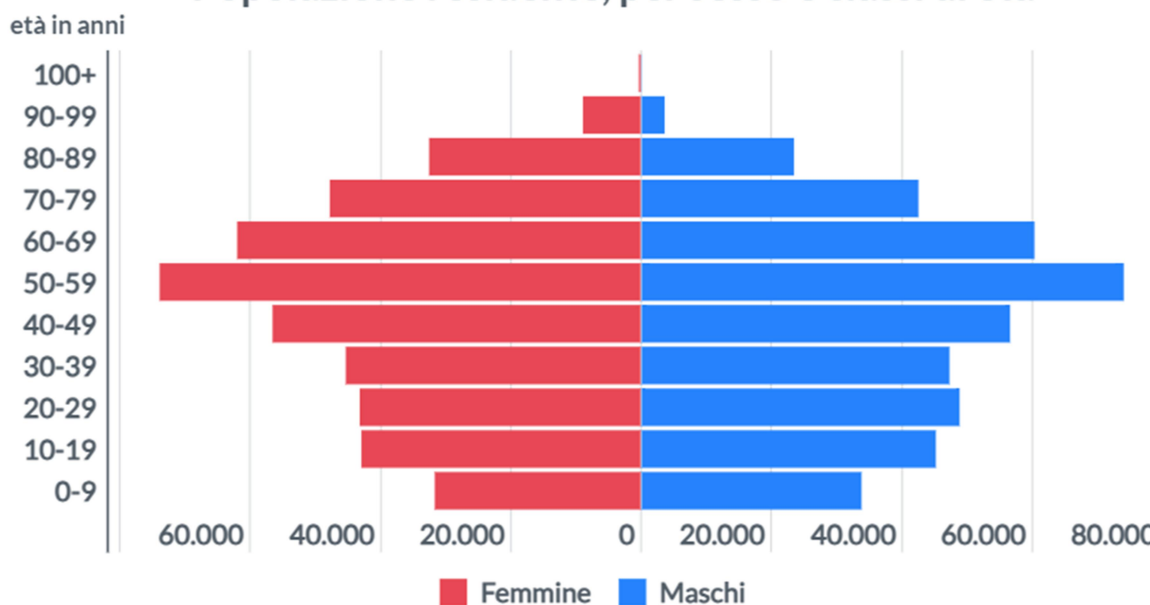


Grafico 1.1.4 Piramide dell’età. Fonte dati: DWH regionale

Ponendo l'attenzione sulla nazionalità e la provenienza della popolazione residente di origine straniera emerge che la macro area maggiormente rappresentata, escludendo il continente europeo, è l'Asia Orientale con circa l'10,6%. A livello complessivo d'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana la percentuale di stranieri sul totale della popolazione residente si attesta all'10,2% a dispetto di una media regionale del 10,4%.

Distribuzione della popolazione straniera, per area d'origine

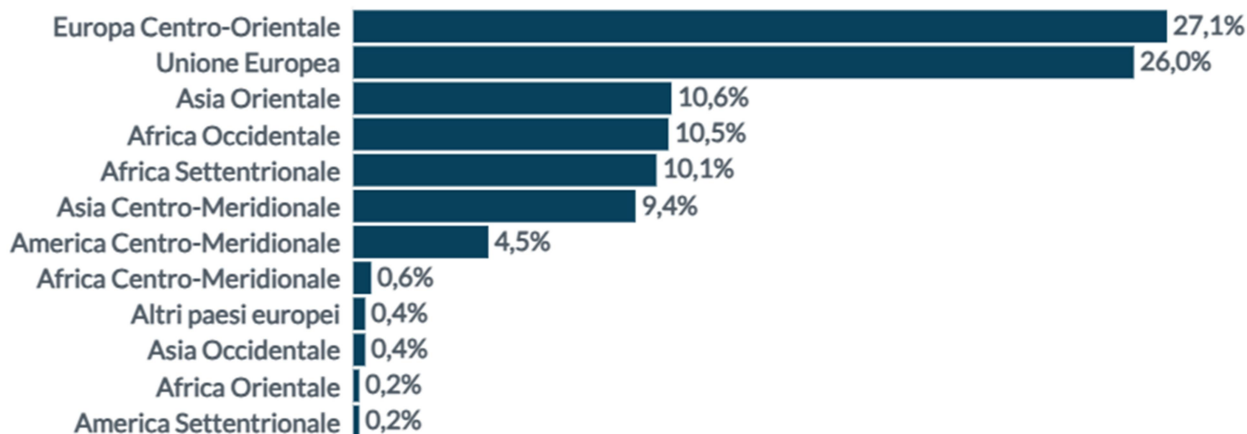


Grafico 1.1.5 Provenienza stranieri per macroregione. Fonte dati: DWH regionale

L'allungamento della vita media evidenziato nelle statistiche precedentemente riportate è accompagnato da un aumento della prevalenza di molte patologie croniche correlate all'età avanzata e quindi da un peso sempre maggiore della multimorbilità. Dai dati relativi alle 10 patologie per cui si rilascia il più alto numero di esenzioni si evidenzia che ipertensione, malattie cardiache e polmonari, e neoplasie sono tra le patologie più frequenti.

Esenzioni attive per patologia (le 10 più frequenti)

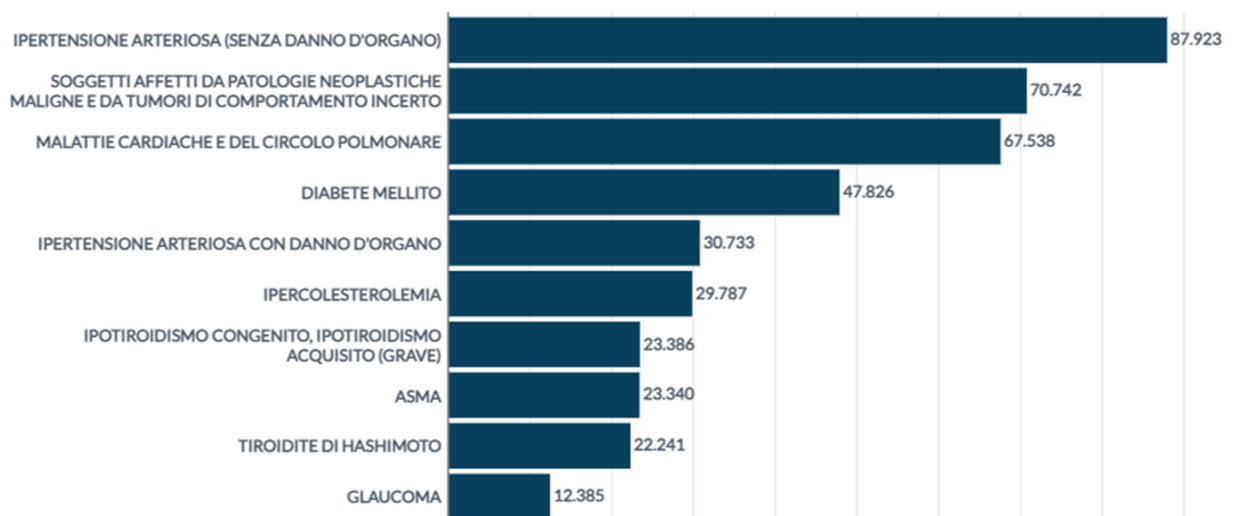


Grafico 1.1.6 Esenzioni per patologia (anno 2024). Fonte dati: DWH regionale

I dati sulla mortalità, riferiti al 2024 (dato definitivo), confermano l'incidenza di determinate patologie sulla mortalità dei residenti: i disturbi del sistema circolatorio e le neoplasie rappresentano la principale causa di morte (su un totale di 8.456 decessi).

Pazienti deceduti, per macrocausa di decesso

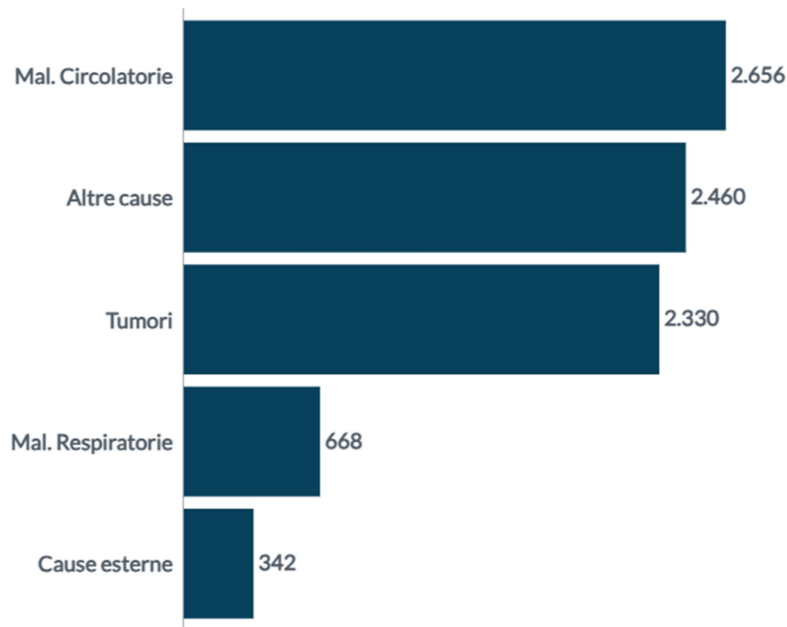


Grafico 1.1.7 Macrocausa di morte. Fonte dati: DWH regionale

Pazienti deceduti, per alcune cause specifiche di decesso

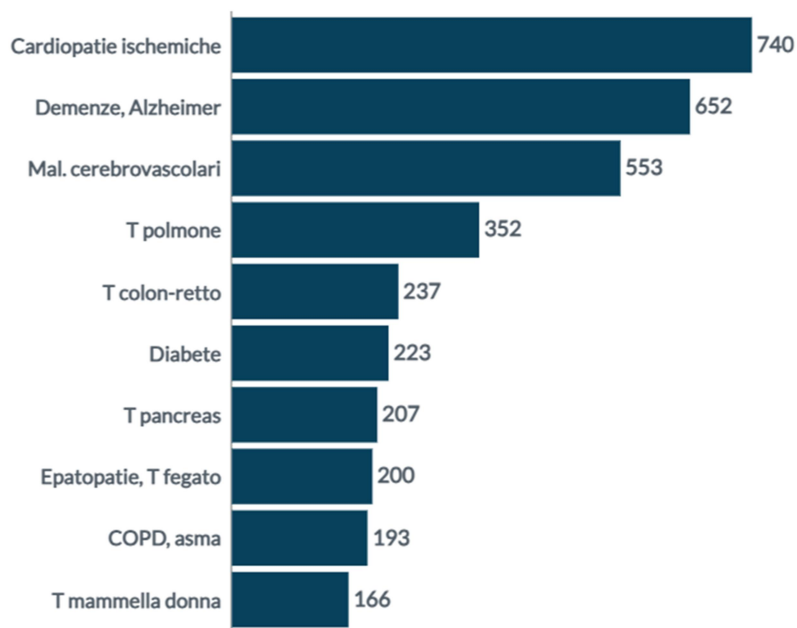


Grafico 1.1.8 Cause specifiche di decesso. Fonte dati: DWH regionale

L'assistenza ospedaliera

L'Azienda eroga l'assistenza ospedaliera attraverso una rete di strutture proprie e private accreditate. L'erogazione di prestazioni da parte di strutture private con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale è disciplinata dall'accreditamento istituzionale e dall'accordo contrattuale, in attuazione della programmazione socio sanitaria regionale e attuativa locale.

Sul versante dell'assistenza ospedaliera, la Giunta Regionale con la deliberazione n. 614 del 14 maggio 2019, nel rispetto dei principi delineati nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, ha approvato le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie di tutti gli Enti, pubblici e privati accreditati, del Servizio Sanitario Regionale. Conseguentemente l'Azienda ha predisposto il proprio piano aziendale di adeguamento della dotazione assistenziale, che è stato approvato con la DGRV n. 69 del 21 Gennaio 2020. La tabella che segue riepiloga le strutture ospedaliere previste dalla programmazione regionale per l'esercizio della funzione ospedaliera nel territorio dell'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana.

Strutture ospedaliere	
Ospedali per acuti	6 ospedali pubblici: <ul style="list-style-type: none"> • 1 ospedale HUB provinciale: Treviso • 1 ospedale nodo di rete: Oderzo • 4 ospedali Spoke: Conegliano, Vittorio Veneto, Castelfranco Veneto e Montebelluna
	2 ospedali privati accreditati: <ul style="list-style-type: none"> • C.C. Giovanni XXIII • O.CL. San Camillo
Poli Riabilitativi	1 struttura riabilitativa monospecialistica: Ospedale Motta di Livenza 1 struttura riabilitativa monospecialistica IRCSS: "Medea" Istituto La Nostra Famiglia: sede di Conegliano e sede di Pieve di Soligo 1 struttura monospecialistica di riabilitazione Psichiatrica: C.C. Park Villa Napoleon

Ricoveri

L'Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana ha erogato circa 96.600 ricoveri nel 2025, un volume leggermente in diminuzione rispetto al biennio trascorso. Lo stesso trend in calo si evidenzia per l'Ospedale Hub di Treviso con oltre 36.000 ricoveri nel 2025, seguito dagli Ospedali di Conegliano e Montebelluna. La presenza del Privato-accreditato nel territorio aziendale si conferma forte (14,9% nel 2025) in crescita rispetto all'anno precedente.

**RICOVERI
 OSPEDALIERI**
 Anno 2025


96.608

Distribuzione dei ricoveri, per tipologia di struttura

Anno 2025

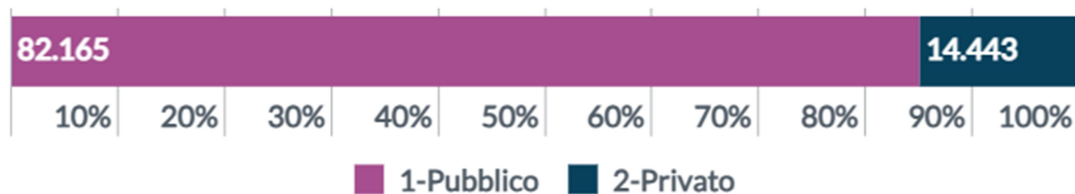


Grafico 1.2.1 Ricoveri totali anno 2025 (1.12.2024-30.11.2025) e distribuzione per tipologia di struttura. Fonte dati: DWH regionale

Numero di ricoveri, per anno e ospedale di ricovero

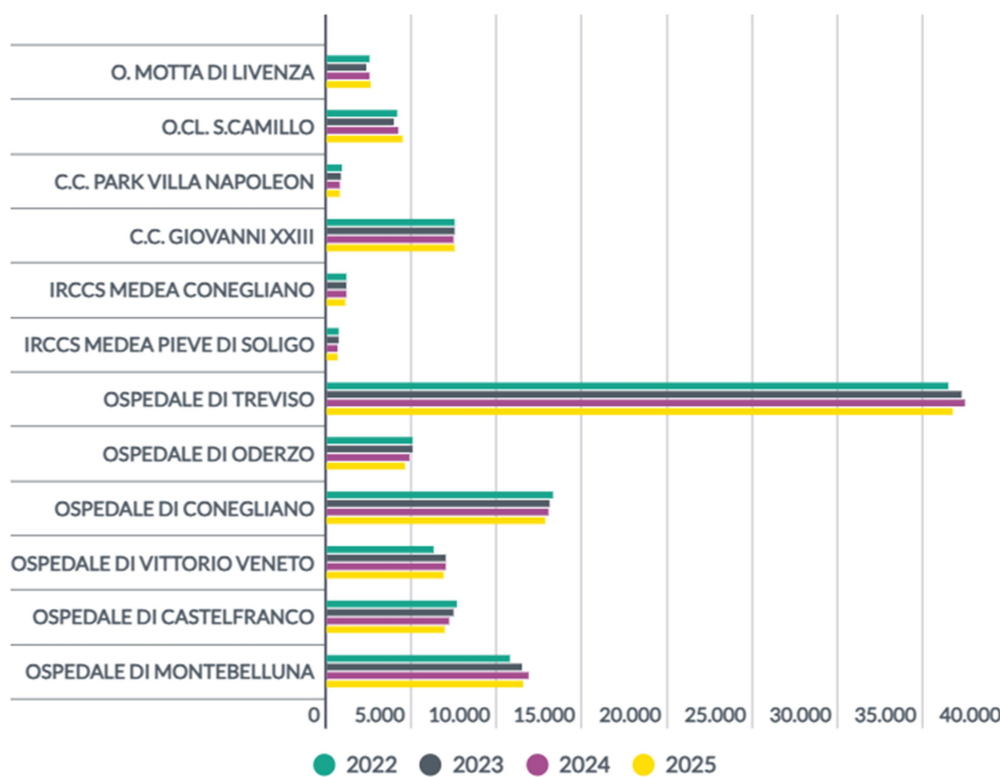


Grafico 1.2.2 Ricoveri per anno dal 2022 al 2025 e per struttura. Fonte dati: DWH regionale

Distribuzione dei ricoveri, per ospedale e area

Anno 2025

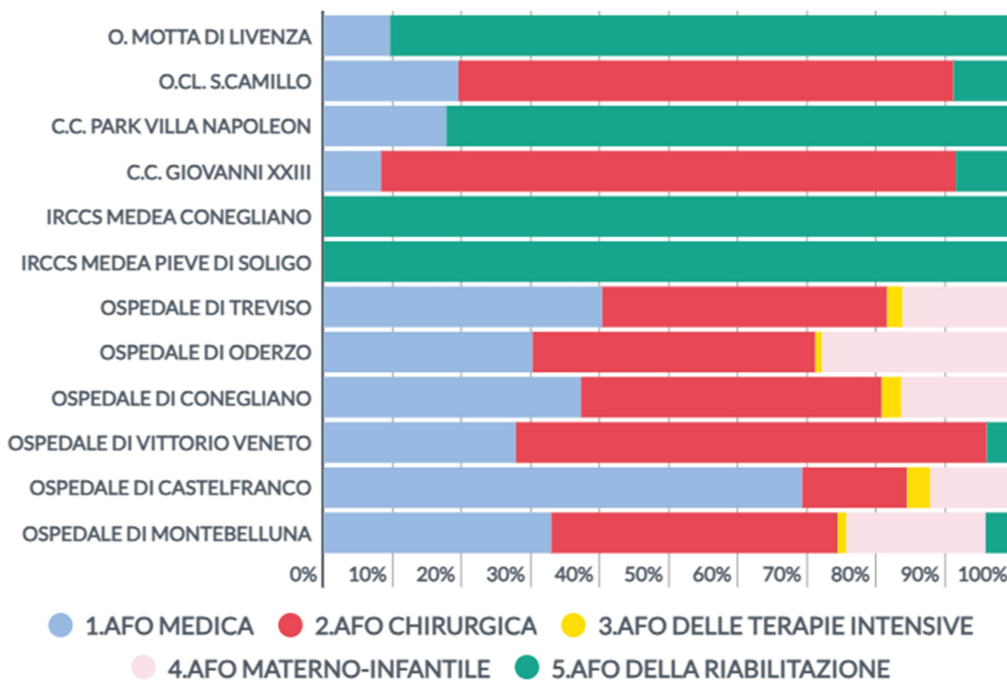


Grafico 1.2.3 Ricoveri per struttura e per area specialistica. Fonte dati: DWH regionale

Pronto Soccorso

L’Ospedale garantisce assistenza, ricovero e prestazioni in regime di urgenza ed emergenza 24 ore su 24 attraverso i Servizi di Pronto Soccorso. Gli accessi complessivi ai servizi di P.S. nel 2025 sono stati 300.025.

Numero di accessi, per anno e struttura

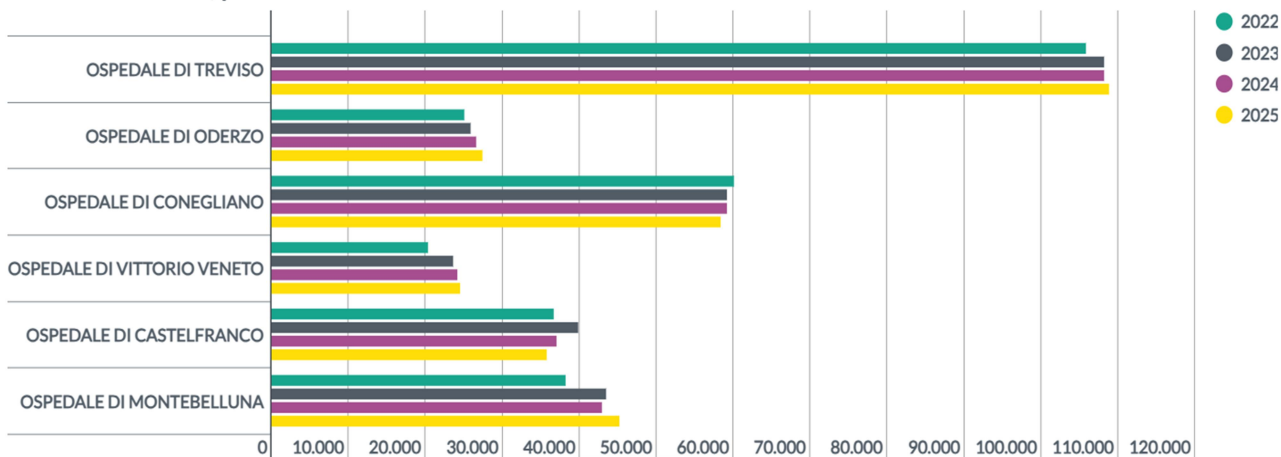


Grafico 1.2.4 Accessi Pronto Soccorso. Fonte: DWH regionali

Distribuzione degli accessi, per triage di accesso Anno 2025

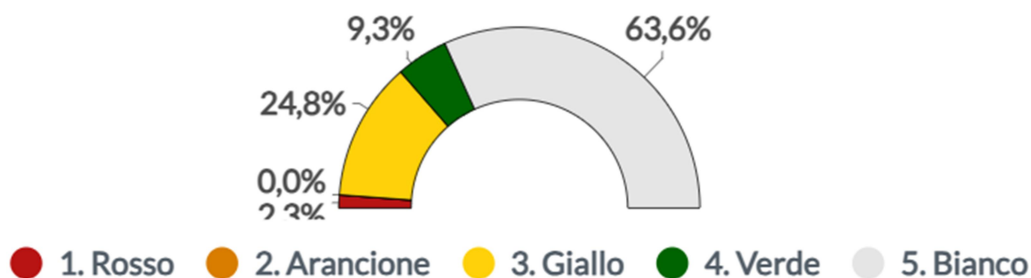


Grafico 1.2.5 Accessi Pronto Soccorso per triage. Fonte: DWH regionali

Il numero d'accessi ai Pronto Soccorsi è stabile rispetto al 2024 tranne per gli Ospedali di Castelfranco Veneto e Conegliano che registrano una lieve diminuzione e per l'ospedale di Montebelluna che rileva invece un aumento più considerevole.

Interventi Chirurgici

Distribuzione degli interventi, per ospedale e anno di ricovero

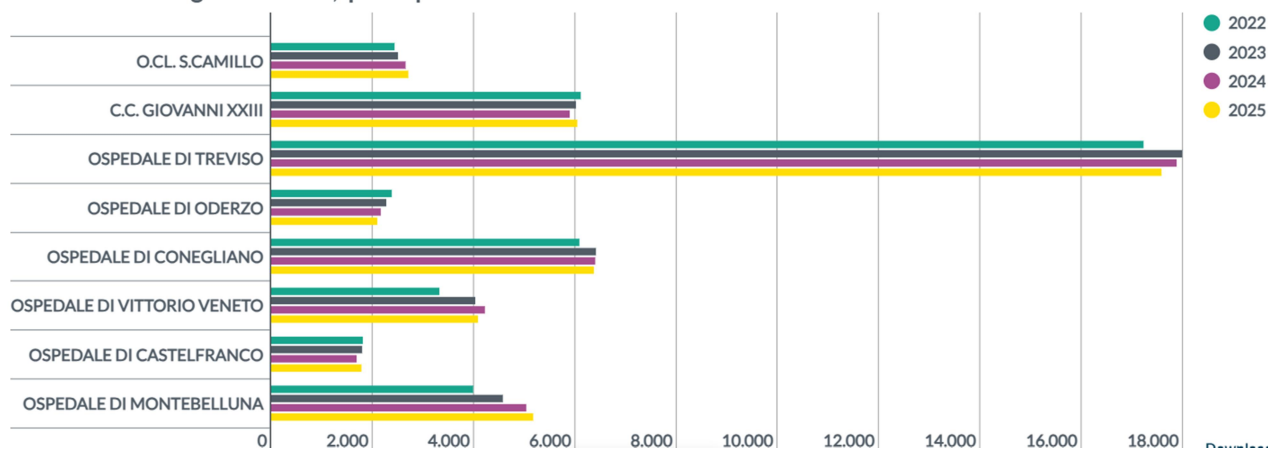


Grafico 1.2.6 Numero d'interventi chirurgici per struttura e per anno. Fonte: DWH regionali

Distribuzione degli interventi, per tipologia di struttura Anno 2025

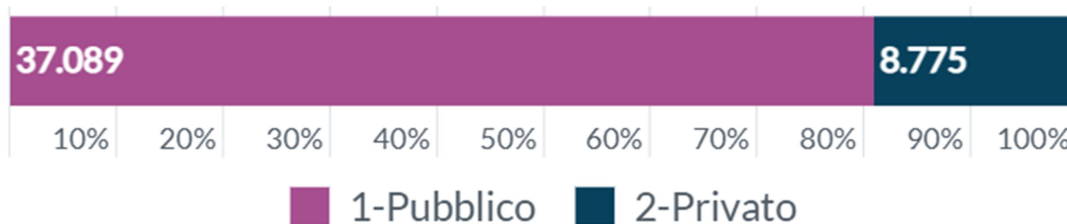


Grafico 1.2.7 Interventi per tipologia struttura. Fonte dati: DWH regionale

L’Ospedale Hub di Treviso si conferma il presidio maggiormente attivo con circa 17.500 interventi, su un totale (ultimo dato disponibile 2025) di 45.864, in linea con l’anno precedente.

L’assistenza specialistica

Nell’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana le prestazioni ambulatoriali dei LEA sono erogate da poliambulatori ospedalieri e territoriali e dalle strutture private accreditate. I poliambulatori comprendono molteplici sedi operative distribuite su tutto il territorio aziendale; in tali sedi vengono erogate prestazioni nell’ambito di 14 branche specialistiche. L’attività dei medici specialisti è garantita anche esternamente presso alcune strutture residenziali pubbliche e private, la Casa Circondariale e, in casi selezionati, a domicilio del paziente.

Distribuzione delle visite specialistiche ambulatoriali, per anno di erogazione e macrobranca

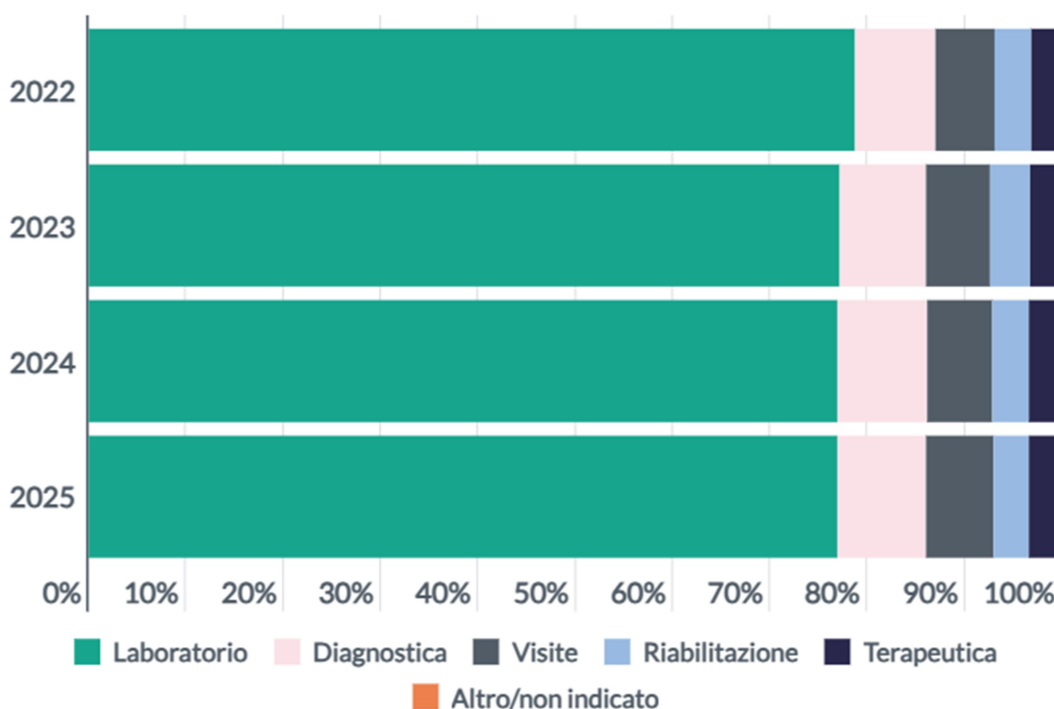


Grafico 1.3.1 Prestazioni per anno e per macro-branca. Fonte dati: DWH regionale

Le prestazioni maggiormente erogate sono quelle di laboratorio con circa 9,5 milioni di prestazioni; il 2025 mantiene un trend in lieve diminuzione rispetto all’anno precedente.

Numero di visite specialistiche ambulatoriali, per anno (escluso laboratorio)

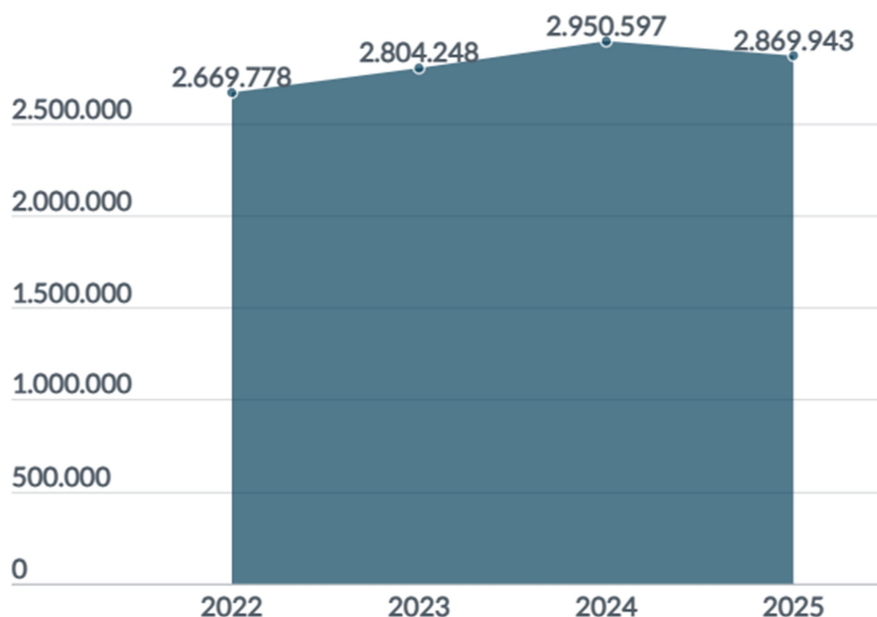


Grafico 1.3.2 Numero di prestazioni specialistiche erogate per anno. Fonte dati: DWH regionale

Distribuzione delle visite specialistiche ambulatoriali, per tipologia di struttura di erogazione

Anno 2025

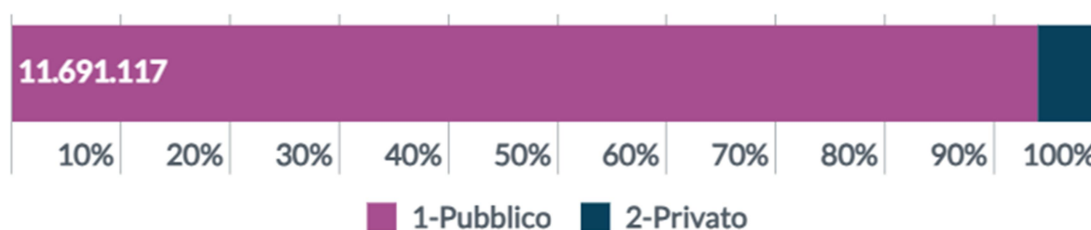
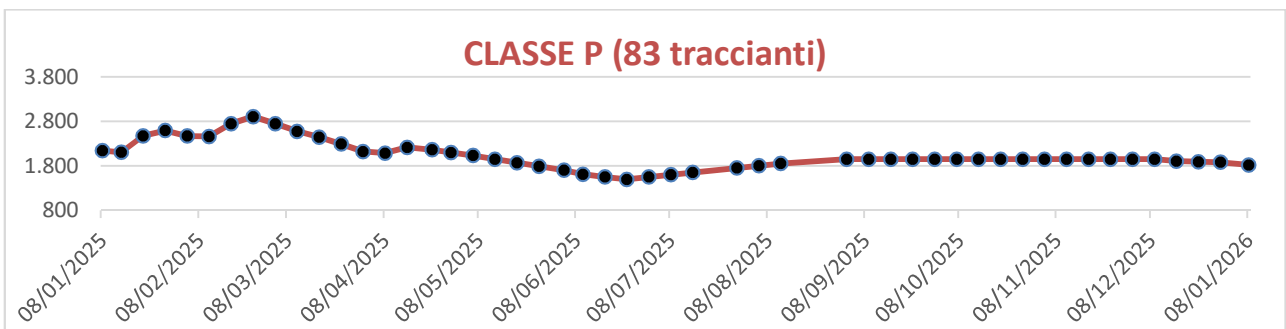
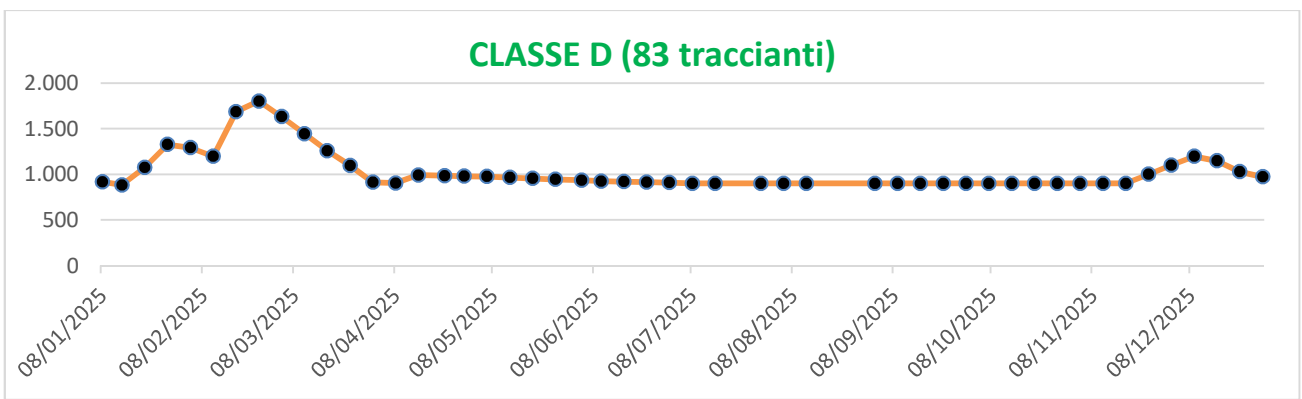
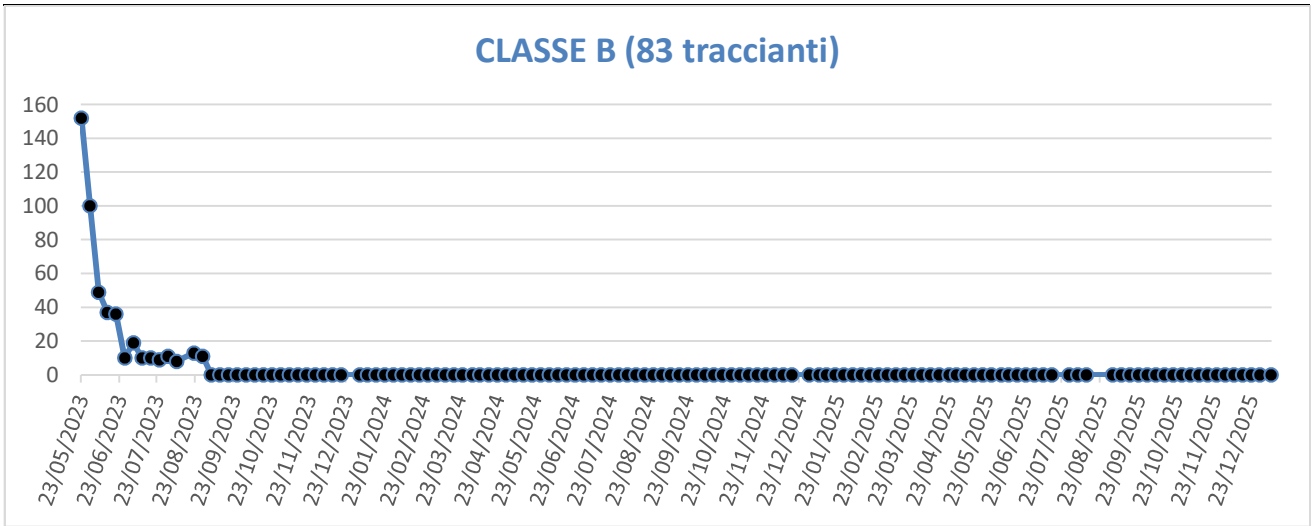


Grafico 1.3.3 Prestazioni per tipologia. Fonte dati: DWH regionale

Complessivamente l’Azienda nel 2025 ha erogato oltre 2.800.00 prestazioni (escluso laboratorio) dato che risulta in lieve diminuzione rispetto all’anno precedente.

Di seguito vengono riportati i risultati, a cadenza settimanale e dal momento della rilevazione, conseguiti nell’attività di diminuzione delle prestazioni in pre appuntamento con priorità B e conseguente efficientamento dell’attività aziendale.



L'assistenza distrettuale

L'assistenza distrettuale socio-sanitaria comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. Viene garantita in Azienda dai Distretti Socio sanitari con le funzioni fondamentali di rilevare i bisogni di salute e fornire servizi a gestione diretta e indiretta per soddisfarli.

Strutture territoriali

L'azienda è impegnata nello sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio ed opera attraverso una rete capillare di strutture. La seguente tabella illustra le strutture territoriali attive al 31/12/2025.

Servizi sanitari e socio sanitari nel territorio	
Distretti	Distretto 1 - Treviso Nord Distretto 2 - Treviso Sud Distretto 3 - Pieve di Soligo Distretto 4 - Asolo
Strutture intermedie	Pubbliche: <ul style="list-style-type: none"> • ODC n. 2 • Cure palliative n. 3 • Hospice n. 1
	Private accreditate: <ul style="list-style-type: none"> • URT n. 1 • ODC n. 1 • Hospice n. 1 • Strutt. Riab. extraosp.(ex art. 26 legge 833/78) n. 5
Poliambulatori Specialistici extra-ospedalieri	Pubblici: <ul style="list-style-type: none"> • Poliambulatori territoriali n. 19 • Punto prelievi n. 17
	Privati accreditati: <ul style="list-style-type: none"> • Poliambulatori territoriali n. 7 • Punto prelievi n. 1
Strutture per minori e famiglie: asili nido, consultori e comunità educative	Consultori n. 17
Strutture per anziani suddivise tra: centri diurni e centri servizi	Centri di Servizi n. 60 Centri Diurni n. 26
Strutture per persone con disabilità: centri diurni e comunità/appartamenti	Comunità/appartamenti n. 29 Centri diurni n. 53
Strutture per la salute mentale: centri diurni, CSM e comunità/appartamenti	<ul style="list-style-type: none"> • CSM e ambulatori di salute mentale n. 12 • Comunità/appartamenti n. 30 • Centri diurni n. 16 • Day Hospital Territoriale n. 3
Strutture per persone con dipendenze	<ul style="list-style-type: none"> • SER.D n. 5 • Comunità Terapeutica n. 7 • Centri Diurni n. 2

Assistenza Domiciliare Integrata

L'Assistenza Domiciliare Integrata è l'insieme di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative rese a domicilio della persona in stato di bisogno, secondo piani di assistenza individuali, programmati e definiti dalle figure professionali coinvolte nella gestione del singolo caso. In presenza di bisogni di tipo socio-assistenziale l'offerta distrettuale potrà essere integrata dai servizi prestati dai singoli Comuni con

interventi di Assistenza Domiciliare. Il grafico evidenzia una diminuzione del numero di assistiti e una prevalenza di soggetti di sesso femminile.

Numero di pazienti in ADI, per anno

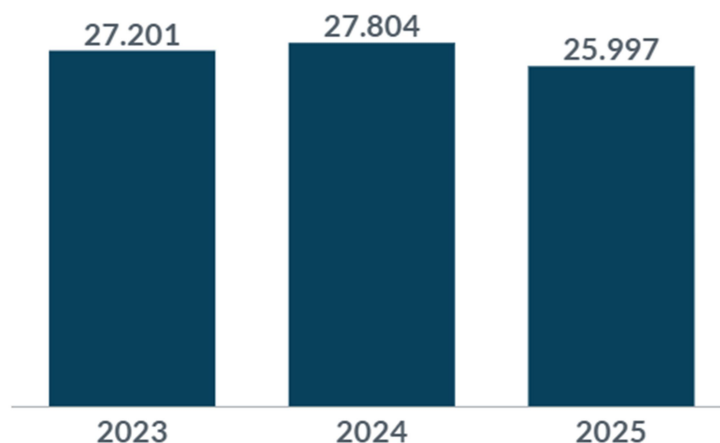


Grafico 1.4.1 Numero di assistiti in ADI, serie 2023-2024-2025. Fonte: DWH regionale

Distribuzione dei pazienti in ADI, per sesso

Anno 2025

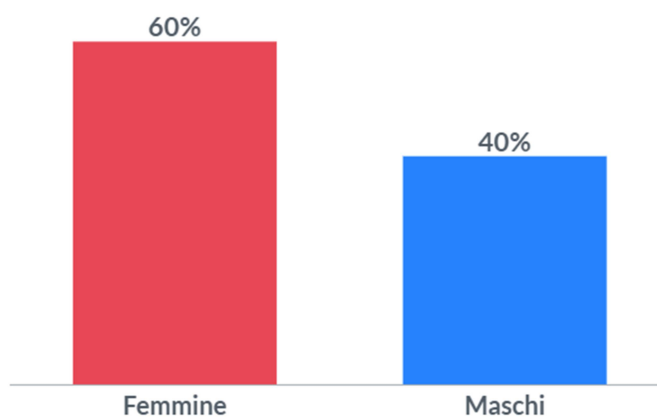


Grafico 1.4.2 Distribuzione per sesso degli assistiti in ADI. Anno 2025. Fonte: DWH regionale

Assistenza nelle strutture intermedie

L'Azienda garantisce ai pazienti non ancora sufficientemente stabilizzati per vivere al proprio domicilio, un percorso di continuità assistenziale tramite i presidi di cura intermedi, ossia strutture extraospedaliere residenziali temporanee destinate ai pazienti comunque in situazione di malattia, ma non così tanto grave da avere necessità di risiedere in un ospedale.

Ogni centro che svolge cure intermedie accoglie dunque pazienti provenienti sia dal domicilio, che dall'ospedale o da altre strutture della rete sociosanitaria per completare il percorso di cura dopo un episodio acuto, facilitandone così il rientro alla quotidianità.

Distribuzione dei pazienti in ODC/URT, per sesso

Anno 2025



Pazienti in ODC/URT, per anno

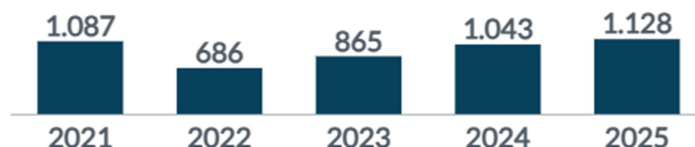


Grafico 1.4.3 Numero utenti ODC/URT per anno e distribuzione per sesso (ultimo dato disponibile 2025). Fonte: DWH regionale

Pazienti in ODC/URT, per struttura di ricovero. Anno 2025

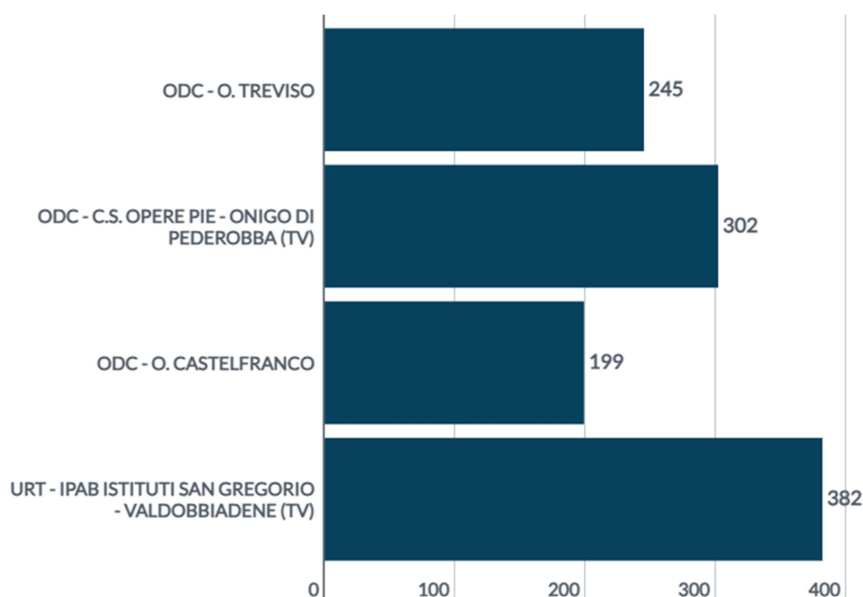


Grafico 1.4.4 Numero utenti ODC/URT per struttura di ricovero. Fonte: DWH regionale

L'attività, complessivamente considerata, degli Ospedali di Comunità dell'Azienda è diminuita per la chiusura di numerose strutture a seguito della fine dell'emergenza Covid; hanno infatti cessato la loro attività il Centro Accoglienza Covid 19 Valdobbiadene, il Centro Di Accoglienza Covid 19 di Conegliano, il Nucleo Territoriale per Emergenza Covid 19 di Motta Di Livenza, l'Ospedale Di Comunità per l'emergenza Covid Casa Fenzi di Conegliano, l'Ospedale Di Comunità di via Scarpa a Treviso. A dicembre 2024 è stato attivato l'Ospedale di comunità di Castelfranco Veneto ed è stata disattivata l'U.O. di Lungodegenza.

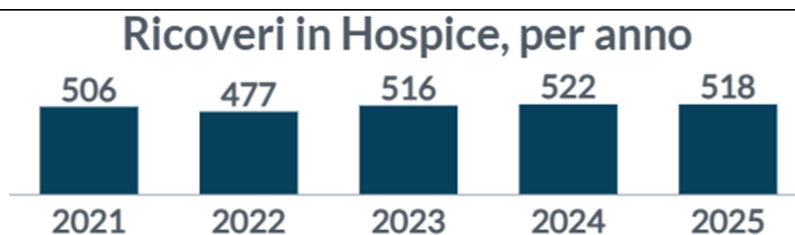


Grafico 1.4.5 Numero di ricoveri in Hospice. Fonte: DWH regionale

Il numero di pazienti assistiti in Hospice è tendenzialmente in linea con l'andamento dell'ultimo biennio.

L'assistenza psichiatrica territoriale

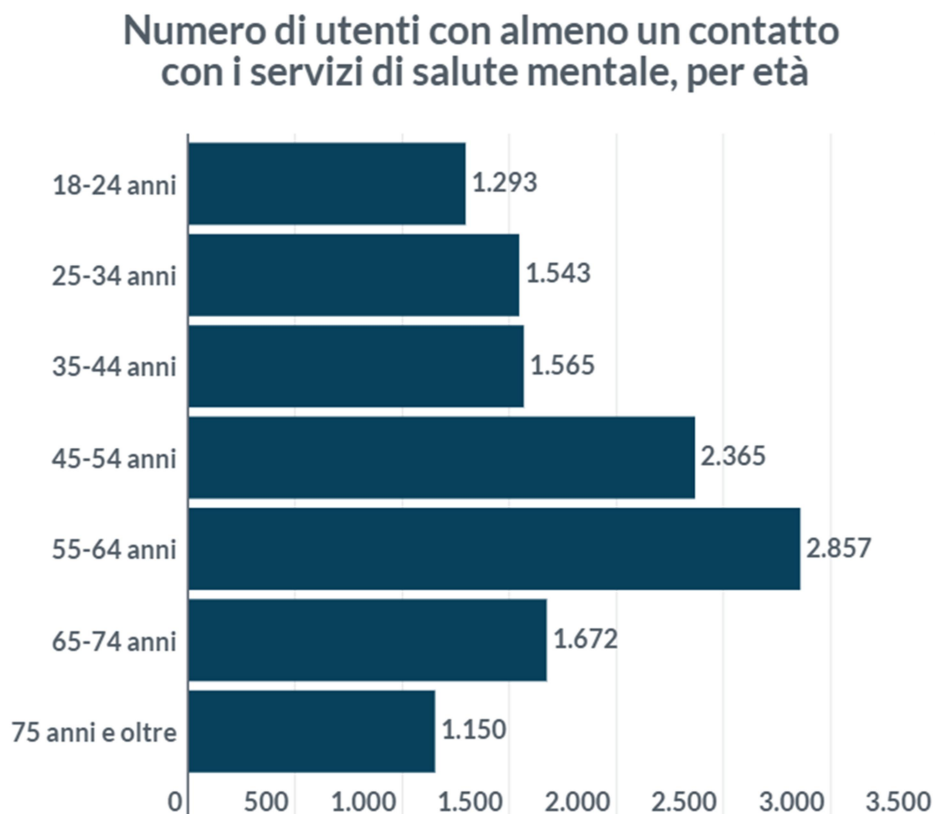


Grafico 1.4.6 Utenza DSM 2025 (ultimo dato disponibile) Fonte: DWH regionale

Distribuzione delle diagnosi principali, per gruppo diagnostico

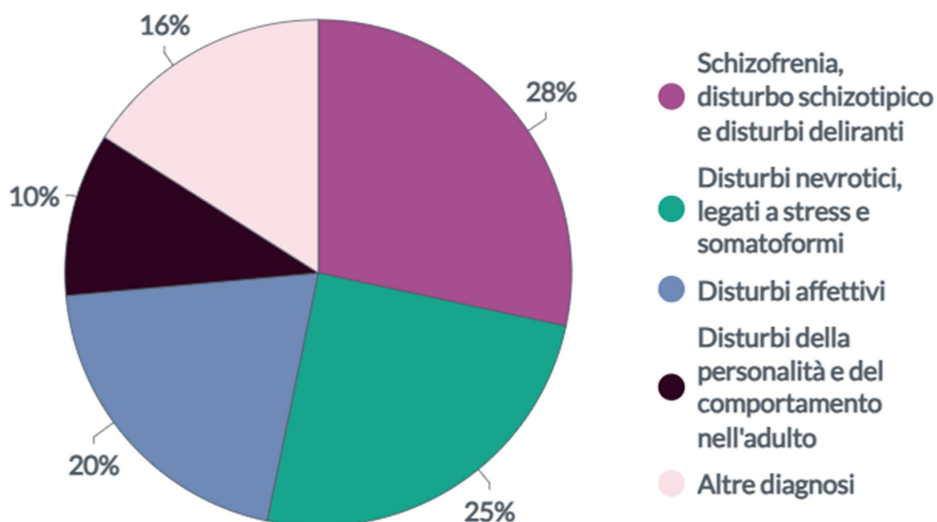


Grafico 1.4.7 Diagnosi per utenza DSM 2025 Fonte: DWH regionale

L'assistenza primaria

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2019- 2023, approvato con Legge Regionale n. 48/2018, in continuità con il precedente precisa che “la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l’assistenza primaria costituisce il “contatto” più immediato e frequente per l’assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all’individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice”.

Medici di Assistenza Primaria (MMG)	486
Pediatrati di Libera Scelta convenzionati	90
Sedi di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)	13

Fonte dati: Ex Guardia Medica, dati gennaio 2025 modello FLS21.

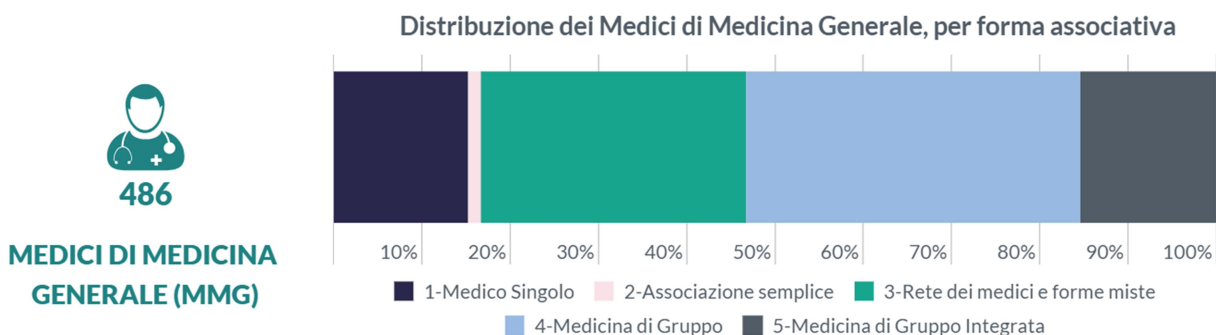


Grafico 1.5.1 Distribuzione dei MMG per forma associativa. Anno 2025

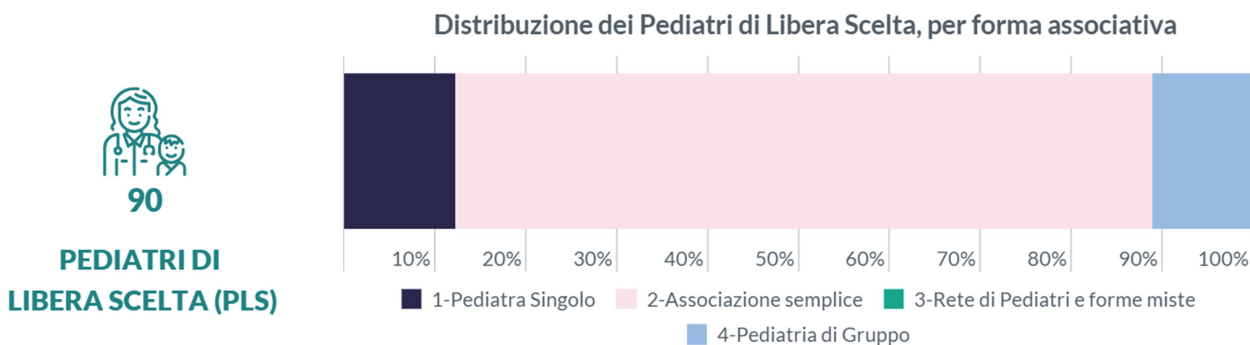


Grafico 1.5.2 Distribuzione dei PLS per forma associativa. Anno 2025

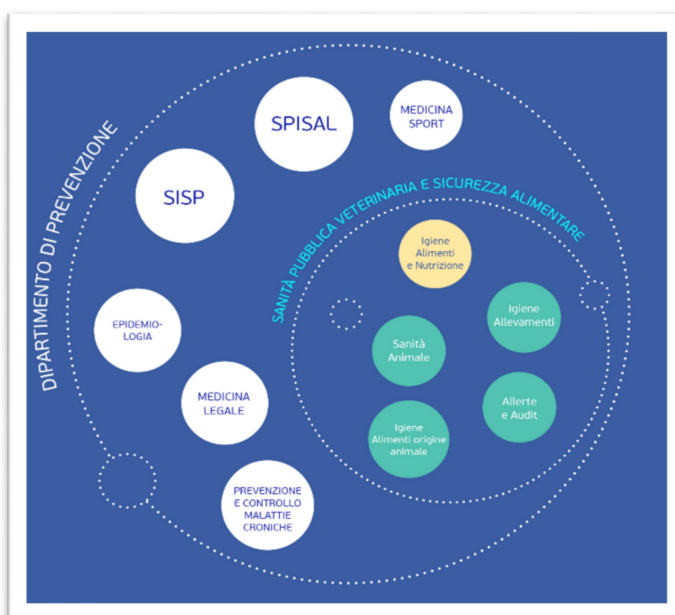
Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione sviluppa i propri interventi con un approccio intersettoriale e secondo i principi della *evidence based prevention*, investendo non solo nelle aree tradizionali della prevenzione ma anche, sempre più attivamente, nella promozione della salute attraverso l’empowerment dei singoli e delle comunità, con l’impegno a ridurre quanto più possibile le disuguaglianze in salute. L’obiettivo è da un lato quello di educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute mediante l’adozione di stili di vita sani, dall’altro quello di prevenire i rischi per la salute in ogni età della vita e di promuovere la qualità degli ambienti e delle condizioni di vita e di lavoro, nell’ottica della Salute in tutte le politiche, con la finalità di conseguire il più elevato livello di benessere psicofisico raggiungibile e di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità e l’efficienza del sistema sanitario, sociale e del welfare.

In questo quadro, il Dipartimento di Prevenzione è il nodo strategico di una rete che interconnette da un lato le Strutture, i Servizi e le Unità Operative aziendali e i medici e i pediatri di famiglia, dall’altro le strutture regionali di governo, tutte le istituzioni pubbliche regionali e locali ed i vari stakeholder, protagonisti della società civile e del mondo produttivo, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico delle comunità.

Le attività erogate dal Dipartimento di Prevenzione sono raggruppate nei seguenti ambiti:

- Igiene e sanità pubblica
- Prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro
- Medicina dello sport
- Medicina legale
- Prevenzione e controllo malattie croniche
- Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare
- Epidemiologia



Coperture vaccinali

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive.

Copertura Vaccinale	2023	2024	2025	Obiettivo Regionale 2025
Ciclo base (3 dosi) vaccino esavalente (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	94,3%	95,2%	95,3%	>=95%
Vaccino anti HPV	61,0%	74,40%	78,10%	>=78%
Vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65)	52,6%	45,8%	44,8%	>=55%

Fonte dati: Qlik regionali copertura vaccinale (estrazione del 08.01.2026)

Screening oncologici

Gli screening sono interventi organizzati di sanità pubblica, completamente gratuiti, in cui viene sistematicamente invitata tutta la popolazione in età giudicata a rischio. L'obiettivo dei test di screening è individuare la presenza di un'eventuale malattia nelle sue fasi iniziali per permettere di intervenire tempestivamente con le cure più appropriate, facilitando la guarigione e riducendo la mortalità. Attraverso chiamate attive vengono offerti, gratuitamente, un test di 1° livello (test di screening) e, se necessario, anche esami di approfondimento (2° livello) ed eventuali trattamenti (3° livello). I soggetti destinatari decidono, volontariamente, se aderire. Attualmente sono tre i tumori per i quali l'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana offre programmi di screening organizzato.

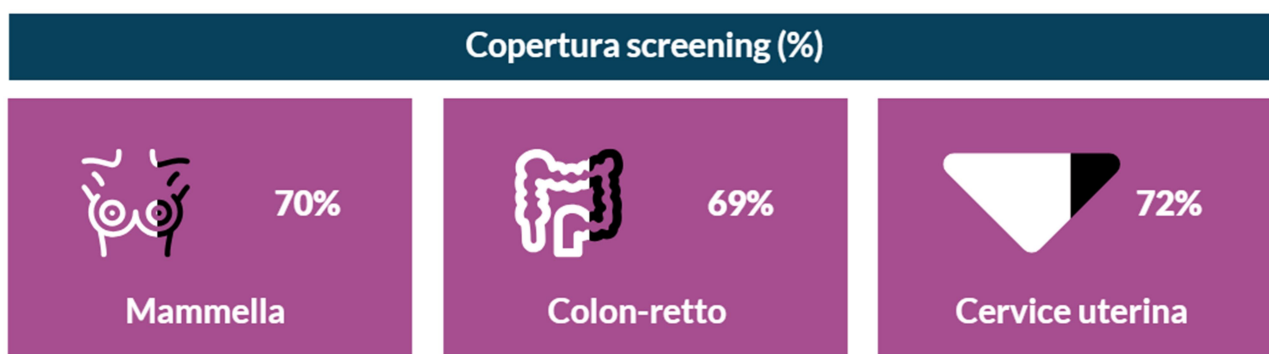


Grafico 1.6.1 Copertura screening. Fonte dati: Sistema informativo Screening (dato parziale 01/01/2025-30/09/2025)

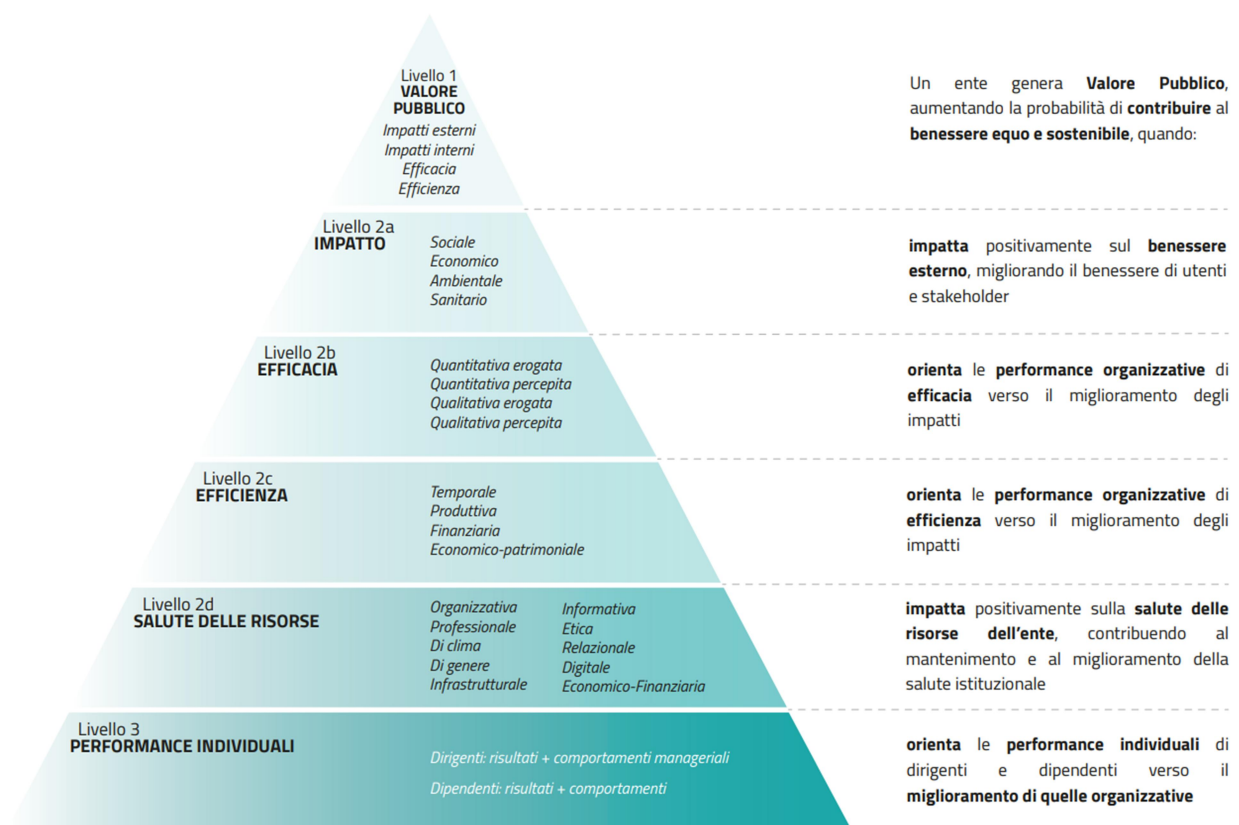
VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

In questa sezione del documento sono illustrate le strategie che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende adottare nel triennio 2026-2028 per realizzare valore pubblico, inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale e ambientale della comunità di riferimento.

Valore Pubblico

Per valore pubblico si intende il livello di benessere economico, sociale e ambientale della collettività di riferimento di un'amministrazione, ovvero i destinatari delle sue politiche e dei suoi progetti. Una PA genera valore pubblico quando, grazie all'ottimizzazione delle performance dell'ente, il livello di benessere dei suoi utenti e *stakeholder* e il proprio livello di salute migliorano rispetto alle condizioni di partenza.

Una PA genera valore pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, attraverso un processo di pianificazione integrato, valorizza le proprie risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia, al fine di migliorare gli impatti sociali, economici e ambientali, misurabili anche attraverso indicatori come il Benessere Equo Sostenibile (BES) e gli *Sustainable Development Goals* (SDGs).



Framework della Piramide del valore pubblico elaborato dal CERVAP

Il modello di misurazione del valore pubblico si basa sui principi del *framework* della Piramide del Valore Pubblico, sviluppato dal CERVAP (Centro di Ricerca sul Valore Pubblico). Il framework ha un'architettura piramidale e, per la generazione e misurazione del Valore Pubblico, articola la performance in diverse dimensioni:

- gli impatti, intesi come misure del benessere o valore pubblico esterno;
- l'efficacia e l'efficienza, intese come leve di creazione del valore pubblico;

- la salute amministrativa, intesa come misura del valore pubblico interno e, al tempo stesso, come insieme di condizioni abilitanti del valore pubblico esterno. Si fa particolare riferimento alla salute delle risorse e alle performance individuali.

Ogni dimensione può essere ulteriormente suddivisa in sottodimensioni specifiche. Ad esempio, l'impatto può includere l'impatto ambientale, sociale ed economico, mentre la salute amministrativa può comprendere la salute economico-finanziaria, la salute professionale e formativa e la salute organizzativa.

Il valore pubblico non può essere dunque ridotto ad una sola dimensione: la sua complessità richiede un approccio multidisciplinare. Il framework consente di misurare il contributo delle diverse dimensioni alla creazione di valore funzionale agli indicatori BES o SDGs.

La prevenzione della corruzione e la trasparenza contribuiscono a generare valore pubblico, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa. La prevenzione della corruzione non va intesa come onere aggiuntivo all'agire quotidiano, ma deve essere considerata nell'impostazione ordinaria della gestione amministrativa per il miglior funzionamento dell'azienda al servizio dei cittadini.

Il valore pubblico si crea perseguendo anche obiettivi operativi trasversali come la semplificazione dei processi, la digitalizzazione, la piena accessibilità ai servizi, le pari opportunità e la sostenibilità economica e ambientale.

Vision e Mission aziendale

La *mission* aziendale consiste nel rispondere alla domanda di salute della comunità attraverso l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale così come definito dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dalla programmazione regionale, secondo principi di buon andamento dell'amministrazione. L'organizzazione deve porre al centro i bisogni della persona e sviluppare percorsi diagnostici terapeutici volti a garantire appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità nel trattamento e nell'accesso ai servizi. L'importanza della corretta risposta al bisogno di salute della popolazione residente si traduce nell'organizzazione di servizi integrati per la corretta presa in carico del paziente, che includono l'accompagnamento lungo il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale, il monitoraggio post-acuzie e post-riabilitazione, fino al suo reinserimento nel proprio contesto sociale di vita e di lavoro, ovvero l'attivazione di percorsi per la presa in carico degli stati di cronicità in base ai diversi livelli di autonomia riconosciuti.

L'Azienda, in termini di visione strategica aziendale, riconosce il proprio ruolo nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e nel rispondere in modo equo e appropriato ai bisogni di salute sempre più complessi dei cittadini. L'Azienda si impegna a promuovere il benessere e la qualità della vita dell'intera comunità attraverso l'innovazione tecnologica e gestionale, lo sviluppo delle competenze del personale e una strategia condivisa di promozione della salute.

Programmazione, obiettivi e valutazione

La creazione di valore per la comunità passa attraverso la definizione di strategie operative e di obiettivi che valutino l'operato dell'Azienda; ciò avviene sia a livello aziendale, sia regionale e ministeriale.

La stesura e l'implementazione delle azioni da intraprendere è il risultato dell'integrazione tra le varie programmazioni, definite nei seguenti documenti:

- **Sustainable Development Goals (SDG's):** una serie di 17 obiettivi interconnessi votati al raggiungimento "di un futuro migliore e più sostenibile per tutti". L'obiettivo 3 mira a "Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età".

- **Piano Sanitario Nazionale:** principale strumento di programmazione sanitaria volta a stabilire gli obiettivi, le azioni e le strategie programmatiche per la realizzazione delle strategie istituzionali del Servizio Sanitario.
- **Piano socio-sanitario regionale:** individua gli indirizzi di programmazione sanitaria a livello regionale.
- **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – Piano operativo Veneto:** traduzione a livello regionale degli obiettivi posti dalla Missione 6 Salute del PNRR.
- **Documento di economia e finanza regionale:** Il DEFR concerne l'applicazione del principio della programmazione esplicitato nella riforma introdotta dal D.Lgs. 118/2011, che ha inteso promuovere l'uniformità delle procedure e degli strumenti riguardanti l'architettura dei conti pubblici.

La misurazione della performance nella creazione di valore pubblico potrebbe risultare non agevole: se da un lato la misurazione di benessere può essere legata ad una sola dimensione d'impatto e quindi misurabile come benessere specifico o impatto settoriale, dall'altro nella maggioranza dei casi l'associazione non è uno a uno ma è riferibile a numerose dimensioni d'impatto.

A partire dal 2010, l'ISTAT ha sviluppato un approccio multidimensionale per misurare il Benessere Equo e Sostenibile, con l'obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. In quest'ottica, ai tradizionali indicatori economici come il PIL, si affiancano misure di valore sociale e ambientale relative alle disuguaglianze e alla sostenibilità.

Dal 2016, vengono diffusi gli indicatori per il monitoraggio degli obiettivi dell'Agenda 2030 sullo sviluppo sostenibile, i *Sustainable Development Goals* (SDGs) delle Nazioni Unite. La Commissione Statistica delle Nazioni Unite (UNSC) ha definito un quadro d'informazione statistica condiviso per monitorare il progresso dei singoli Paesi verso gli SDGs, individuando circa 250 indicatori.

PROGETTO BES – Benessere Equo e Sostenibile
Dominio Salute (4 indicatori)
Dominio Istruzione e formazione (8 indicatori)
Dominio Lavoro e conciliazione tempi di vita (10 indicatori)
Dominio Benessere economico (5 indicatori)
Dominio Relazioni sociali
Dominio Politica e istituzioni (8 indicatori)
Dominio Sicurezza (3 indicatori)
Dominio Benessere soggettivo
Dominio Paesaggio e patrimonio culturale (2 indicatori)
Dominio Ambiente (11 indicatori)
Dominio Innovazione, ricerca e creatività (3 indicatori)
Dominio Qualità dei servizi (8 indicatori)

Di seguito, vengono riportati i dati BES dell'ISTAT più recenti riferiti al dominio "Salute" e al dominio "Qualità dei Servizi" per la provincia di Treviso.

Tavola 1 - Dominio Salute: indicatori per provincia. Veneto - Valori dell'ultimo anno disponibile e differenze rispetto all'Italia (a)

Province REGIONE Ripartizione Italia	Speranza di vita alla nascita (b)	Mortalità evitabile (0-74 anni) (c)	Mortalità infantile (d)	Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (c)	Mortalità per tumore (20-64 anni) (c)	Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (c)
	2024 (*)	2022	2022	2023	2022	2022
Verona	84,6	15,3	2,0	1,1	7,0	31,3
Vicenza	84,6	15,3	0,8	0,4	6,3	39,7
Belluno	83,3	18,2	0,9	0,0	6,6	39,9
Treviso	84,9	14,1	1,7	1,1	6,2	42,5
Venezia	84,0	15,5	2,6	0,9	6,5	41,6
Padova	84,4	14,3	2,7	0,5	6,5	38,7
Rovigo	83,2	18,5	3,4	0,5	6,9	35,3
VENETO	84,2	15,2	2,0	0,8	6,5	38,6
Nord-est	84,1	15,6	2,1	0,7	6,8	36,0
Italia	83,4	17,6	2,5	0,6	7,6	35,3

Fonte: Istat, indicatori Bes dei territori, edizione 2025

(a) La colorazione applicata alle celle rappresenta l'entità e la direzione della differenza tra la misura del territorio in esame e il valore dell'Italia. La rappresentazione è proposta in termini di benessere, ovvero le differenze positive (verde) indicano un livello di benessere più alto del valore Italia, quelle negative (rosse) un livello più basso. Per rendere comparabili indicatori diversi per ordine di grandezza o unità di misura, le differenze dal valore Italia sono state standardizzate, ovvero rapportate alla variabilità della distribuzione provinciale (cfr. nota metodologica); (b) Numero medio di anni; (c) Tassi standardizzati per 10.000 residenti; (d) Per 1.000 nati vivi.

(*) Dati provvisori.

“Dominio Salute”: indicatori per provincia. Rapporto BES dei territori 2025. Fonte: ISTAT benessere e sostenibilità

Tavola 11 – Dominio Qualità dei servizi: indicatori per provincia. Veneto - Valori dell'ultimo anno disponibile e differenze rispetto all'Italia (a)

Province REGIONE Ripartizione Italia	Posti letto per specialità ad elevata assistenza (e)	Emigrazione ospedaliera in altra regione (d)	Medici specialisti (e)	Posti letto negli ospedali (e)
	2022	2023	2023	2022 (*)
Verona	6,5	6,4	37,3	37,6
Vicenza	3,4	5,7	22,4	26,0
Belluno	2,1	6,4	25,3	29,5
Treviso	3,4	6,6	22,1	29,6
Venezia	2,7	7,2	25,3	31,8
Padova	4,7	4,9	40,4	34,8
Rovigo	2,5	10,4	29,4	39,1
VENETO	4,0	6,4	29,6	32,3
Nord-est	3,6	6,6	32,8	34,7
Italia	3,2	8,6	34,1	33,3

Fonte: Istat, indicatori Bes dei territori, edizione 2025

(a) La colorazione applicata alle celle rappresenta l'entità e la direzione della differenza tra la misura del territorio in esame e il valore dell'Italia. La rappresentazione è proposta in termini di benessere, ovvero le differenze positive (verde) indicano un livello di benessere più alto del valore Italia, quelle negative (rosse) un livello più basso. Per rendere comparabili indicatori diversi per ordine di grandezza o unità di misura, le differenze dal valore Italia sono state standardizzate, ovvero rapportate alla variabilità della distribuzione provinciale (cfr. nota metodologica); (d) Valori percentuali (e) Per 10.000 abitanti; (*) Nuova serie, che include i posti letto in day surgery.

“Dominio Qualità dei servizi”: indicatori per provincia. Rapporto BES dei territori 2025. Fonte: ISTAT benessere e sostenibilità

I dati della provincia di Treviso sul Dominio Salute evidenziano che la speranza di vita alla nascita della provincia è la più alta a livello regionale, mentre la mortalità evitabile è la più bassa. La mortalità infantile e per tumore presentano livelli inferiori rispetto alla media regionale. Importante è porre maggiore attenzione sugli indicatori relativi alla mortalità per incidenti stradali e per demenze e malattie del sistema nervoso che presentano valori più alti rispetto ai valori medi regionali. A tal proposito, l’ULSS n.2 – in collaborazione con la Provincia di Treviso – ha promosso il progetto “SOS Guida Sicura” con l’obiettivo di creare maggiore consapevolezza sulla sicurezza stradale e sul rischio di consumo di alcol e droghe alla guida.

Gli indicatori del BES sono spesso sovrapponibili con quelli individuati dall’ONU.



In particolare, l’SDG 3 si focalizza sul garantire salute e benessere per tutti. Ha l’obiettivo di ridurre la mortalità, combattere le malattie, promuovere la salute mentale e l’accesso universale ai servizi sanitari essenziali. L’Azienda persegue tale obiettivo impegnandosi ad offrire cure di alta qualità e accessibili a tutti.

A completamento della valutazione istituzionale, è fondamentale ricevere un feedback dagli utenti dei servizi offerti dall’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana. L’esperienza dei pazienti è riconosciuta come una misura fondamentale della qualità dei servizi sanitari erogati, al pari di altre misure cliniche, di efficacia, efficienza e sicurezza del paziente.

L’Osservatorio PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*) mira a raccogliere e fornire a manager e professionisti sanitari i feedback dei pazienti sulla loro esperienza di ospedalizzazione ordinaria. Questi risultati forniscono indicazioni concrete, puntuali e fruibili in merito alla percezione dei pazienti. Di seguito, si presentano i risultati relativi al primo semestre 2025 della valutazione sull’esperienza di ospedalizzazione presso i presidi ospedalieri dell’Azienda ULSS 2.

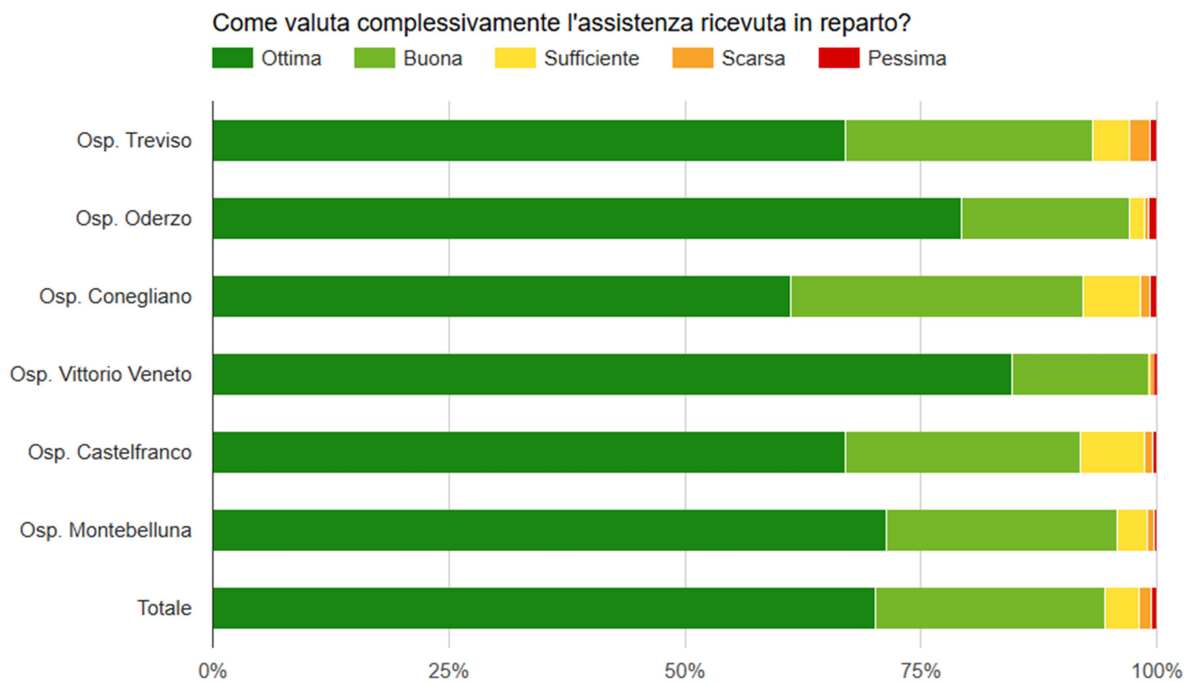


Grafico 2.2.1. Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta. Fonte: indagine PREMs, periodo 01/01/2025-30/06/2025 (ultimo dato disponibile)

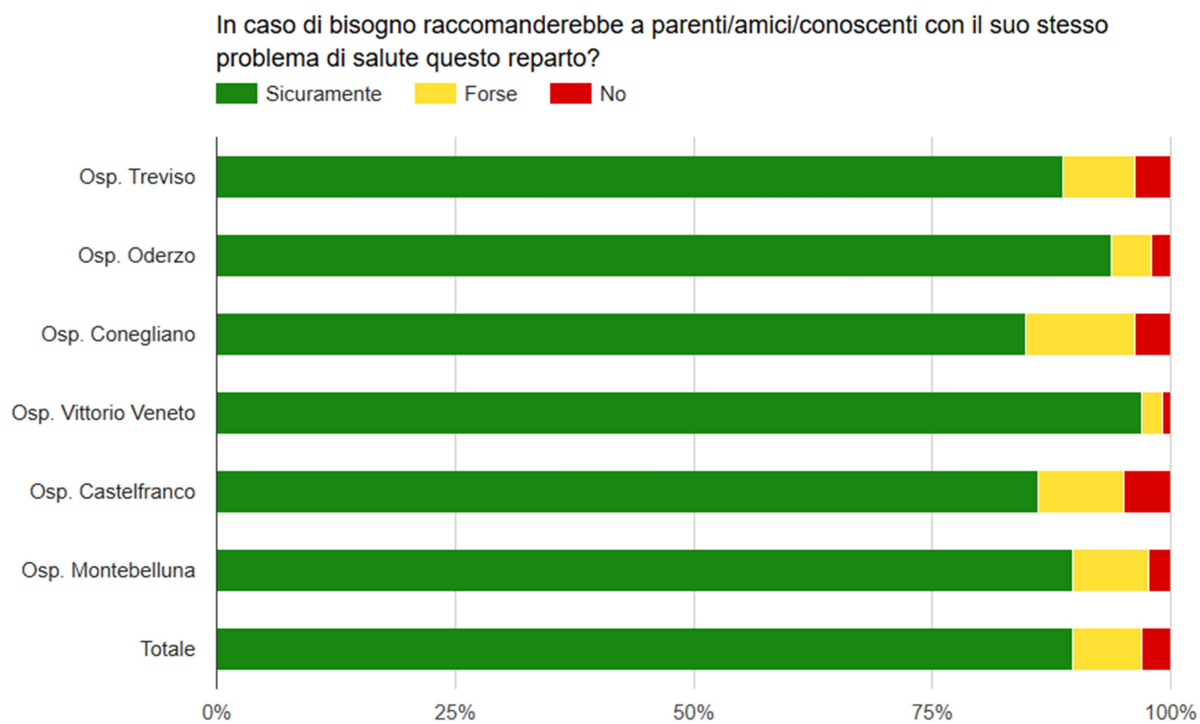


Grafico 2.2.2. Raccomandazione reparto. Fonte: indagine PREMs, periodo 01/01/2025-30/06/2025 (ultimo dato disponibile)

Come evidenziato l'anno scorso, dai dati emerge una considerazione più che positiva tra coloro che hanno sostenuto un'esperienza di ricovero nelle strutture aziendali. Si sottolinea come un'indagine di questo tipo ponga sotto esame diversi aspetti della realtà ospedaliera: l'accoglienza al momento dell'ingresso in struttura, la qualità percepita dell'assistenza, la disponibilità del personale medico e infermieristico, la chiarezza delle indicazioni fornite sullo stato di salute. Un risultato di questo tipo non può che gratificare l'Azienda e motivarla maggiormente nell'offrire la migliore assistenza possibile ai cittadini.

Nell'ottica del confronto con le altre aziende risulta sempre preziosa la valutazione della performance (denominata anche Progetto Bersaglio) effettuata dal Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Il Progetto Bersaglio permette di offrire alle regioni una modalità oggettiva e condivisa di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria. Attraverso un processo di *benchmarking* tra regioni, vengono analizzate numerose dimensioni del sistema sanitario: dallo stato di salute della popolazione, all'efficacia delle strategie regionali, fino all'equilibrio economico-finanziario, all'esperienza degli utenti e del personale, ai servizi di emergenza-urgenza, prevenzione, governo clinico, e assistenza farmaceutica. Si riporta qui l'immagine del "bersaglio" che consente di cogliere in modo immediato la capacità dell'azienda di raggiungere gli obiettivi.

Valutazione della Performance 2024

Bersaglio 2024 - ULSS n. 2 Marca Trevigiana

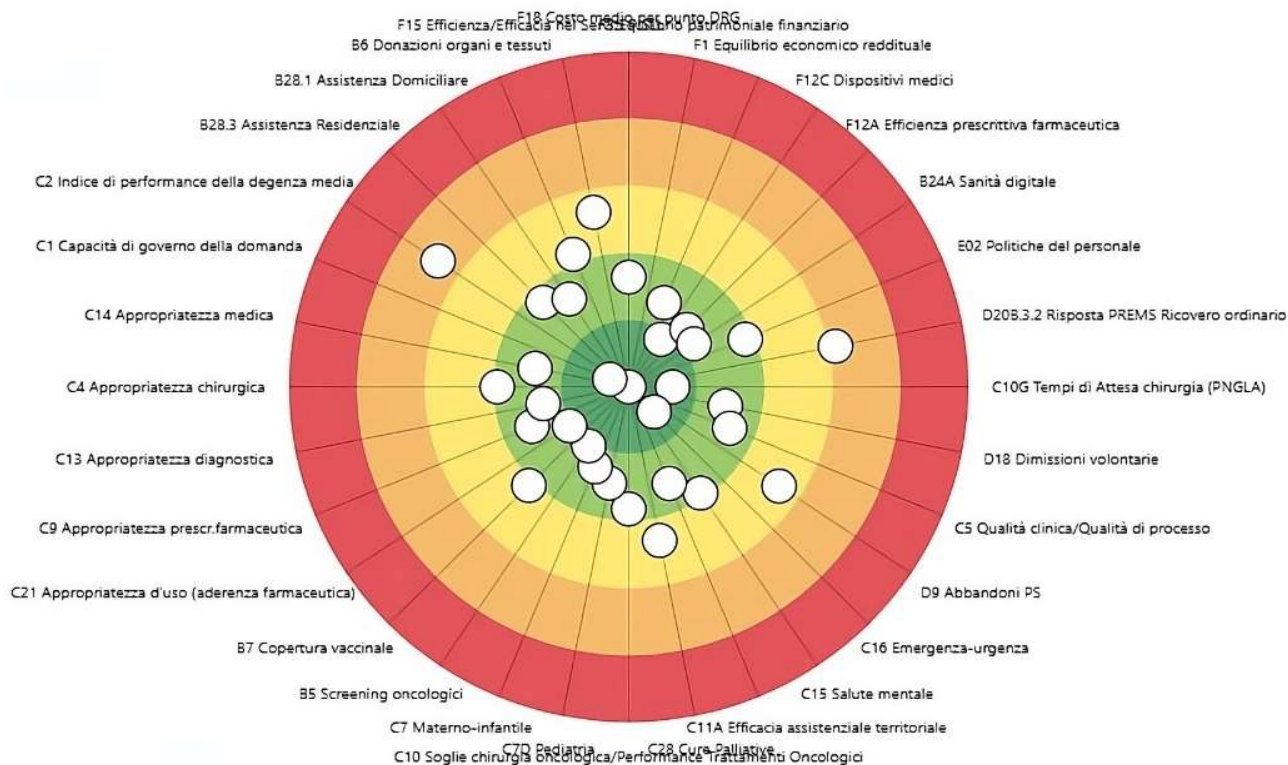


Grafico 2.2.3 Progetto Bersaglio-Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Il Progetto Bersaglio 2024 evidenzia risultati eccellenti nelle aree degli screening oncologici, dell'assistenza domiciliare e residenziale, dell'efficacia assistenziale territoriale e della capacità di governo della domanda. Si rileva come l'Azienda, oltre all'elevata qualità delle cure, operi in un contesto d'equilibrio e solidità patrimoniale non comune tra le aziende che si occupano di assistenza socio-sanitaria.

Un altro parametro di confronto che consente di avere una valutazione delle performance non autoreferenziale è l'immagine del *treemap* fornita dal Programma Nazionale Esiti.

Tale rappresentazione consente di valutare separatamente ciascuna area clinica per ogni struttura ospedaliera. La grandezza dei rettangoli è definita sulla base del volume complessivo di attività delle diverse aree cliniche; il colore è individuato sulla base della valutazione, calcolata come media ponderata dei punteggi degli indicatori che compongono quella determinata area. Il *treemap* dell'Ospedale Hub di Treviso per l'anno 2024 mostra una valutazione complessivamente positiva, con buoni risultati nella quasi totalità delle aree cliniche.

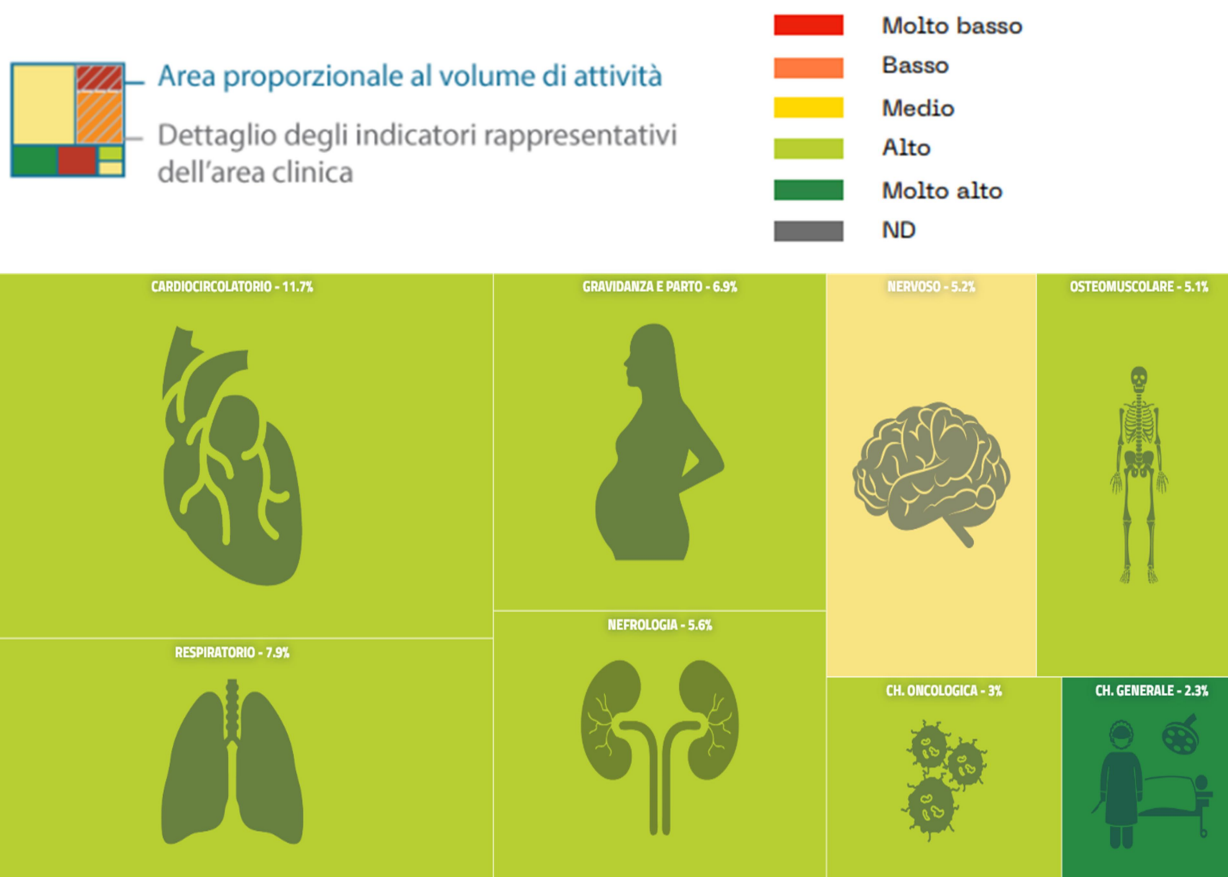


Grafico 2.2.4 Treemap dell'Ospedale Hub di Treviso (2024)

Azioni positive per la generazione di valore pubblico

Sostenibilità ambientale

L'Azienda attribuisce grande importanza alla sostenibilità ambientale. Il Codice di comportamento aziendale stabilisce che tutto il personale è tenuto a rispettare le disposizioni interne in materia di tutela dell'ambiente, con particolare riferimento all'uso responsabile dell'energia e delle risorse idriche, nonché all'adozione di comportamenti orientati alla riduzione dei rifiuti e al consumo di carta.

L'articolo 229, comma 4, del decreto legge n. 34/2020 - "Misure per incentivare la mobilità sostenibile" convertito con legge n. 77/2020, dispone l'obbligo per le imprese e le Pubbliche Amministrazioni con più di 100 dipendenti e con sedi ubicate nei capoluoghi di provincia di adottare, entro il 31 dicembre di ogni

anno, un Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL) finalizzato alla riduzione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto privati e a migliorare la raggiungibilità dei luoghi di lavoro. I dipendenti sono invitati annualmente a compilare un questionario che consente di analizzare le abitudini di spostamento, al fine di individuare incentivi e servizi più funzionali alle esigenze di spostamento dei dipendenti.

Un esempio concreto dell'impegno dell'Azienda sul tema della sostenibilità ambientale è il progetto "My Ideal Break a scuola" promosso dal Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione. Si tratta di un progetto che ha coinvolto 13 scuole, con l'obiettivo di incoraggiare i bambini a portare a scuola merende più ecologiche e prive di imballaggio. Il progetto mira a creare consapevolezza ecologica e a promuovere la prevenzione primaria dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione.

Innovazioni tecnologiche e metodologiche

Nel corso del 2025 l'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana ha introdotto diverse innovazioni tecnologiche finalizzate al miglioramento della qualità e dell'efficacia dell'assistenza sanitaria. Di seguito si riportano alcuni esempi significativi.

L'Azienda ha ideato, in collaborazione con l'Università di Padova, un nuovo strumento di valutazione socioassistenziale per i pazienti anziani fragili: il Ca' Foncello Score o GDCS (Geriatric Discharge Complexity Score). Questo innovativo sistema di valutazione consente di individuare già nelle prime fasi del ricovero le possibili criticità legate al rientro al domicilio, offrendo alle famiglie il tempo e gli strumenti necessari per poter essere adeguatamente assistiti in questa fase delicata. Questo strumento si è dimostrato più efficace nel cogliere i bisogni reali della persona anziana rispetto alla tradizionale Scala di Brass. Il vantaggio principale del Ca' Foncello Score è la sua capacità di intercettare precocemente i casi in cui il rientro a domicilio potrebbe rivelarsi complesso. Questo permette di segnalare tempestivamente i pazienti fragili alla Centrale Operativa Territoriale e di attivare da subito la rete di sostegno domiciliare e territoriale, migliorando la continuità assistenziale.

Un altro progetto innovativo è l'integrazione della teleriabilitazione nei percorsi assistenziali, rendendo il servizio più accessibile, flessibile e integrato con il territorio. Le nuove "Transfer Room" permettono a pazienti di iniziare il percorso riabilitativo già dopo una visita fisiatrica ambulatoriale, con la possibilità di seguire il trattamento interamente a distanza o in modalità ibrida. Questo modello di presa in carico consente ai pazienti di proseguire la riabilitazione anche dopo le dimissioni, riducendo la necessità di spostamenti e garantendo assistenza al proprio domicilio. Viene utilizzato un piccolo dispositivo tecnologico che permette di eseguire gli esercizi usando semplicemente la televisione di casa. Questo dispositivo è pensato per aiutare le persone a recuperare movimenti, forza ed equilibrio dopo un infortunio o un problema di salute, direttamente dal proprio domicilio. I sensori intelligenti del dispositivo controllano in tempo reale e con estrema precisione la correttezza nell'esecuzione degli esercizi.

Una delle innovazioni più importanti è l'utilizzo del robot "da Vinci". L'utilizzo del robot chirurgico offre numerosi vantaggi rispetto alla chirurgia tradizionale e alla laparoscopia convenzionale. Il robot garantisce una maggiore precisione chirurgica, una visione 3D ad alta definizione, una minore perdita di sangue e un recupero post-operatorio più rapido.

Salute della donna e di genere

Tutti e sei presidi ospedalieri dell'Azienda Ulss n. 2 Marca trevigiana hanno ottenuto il punteggio massimo di 3 bollini rosa conferito dalla Fondazione Onda (Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere) per il biennio 2026-2027. Questo riconoscimento attesta l'appartenenza degli ospedali a una rete virtuosa, istituzionalmente riconosciuta, che si distingue per l'impegno e l'attenzione alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle principali patologie femminili.

Gli Ospedali premiati con il Bollino Rosa vengono valutati sulla base dei percorsi assistenziali relativi sia alle specialità con maggior impatto epidemiologico sulla salute femminile, sia a quelle che trattano patologie

che normalmente colpiscono entrambi i generi, ma con un approccio personalizzato. La valutazione tiene inoltre conto dell'accoglienza, dell'accompagnamento delle donne e dei servizi offerti per la gestione dei casi di violenza di genere. L'Ulss n.2 ha aderito a tutte le iniziative promosse dal Progetto Onda, con l'obiettivo di avvicinare le pazienti alle cure più appropriate attraverso attività mirate di sensibilizzazione sull'importanza della diagnosi precoce. Il Bollino Rosa rappresenta dunque una certificazione di qualità delle strutture ospedaliere e testimonia lo sforzo congiunto delle Direzioni e degli operatori sanitari nella rimodulazione e riorganizzazione dell'offerta assistenziale in un'ottica di genere, per rispondere in modo sempre più efficace alle esigenze sempre più complesse e personalizzate degli utenti.

Benessere organizzativo

Per il biennio 2025-2026, l'Azienda Ulss n.2 Marca trevigiana è stata l'unica azienda sanitaria a livello nazionale ad essere premiata con il "Bollino Health Friendly Company" (HFC), riconoscimento attribuito da Fondazione Onda EST alle realtà che dimostrano una particolare attenzione alla tutela della salute e al benessere dei propri lavoratori. Il Bollino HFC viene assegnato a seguito di una valutazione approfondita, basata sulla compilazione di un questionario articolato e sulla verifica di requisiti specifici da parte di un Advisory Board dedicato. L'analisi prende in esame molteplici ambiti, tra cui le politiche di welfare aziendale, le iniziative di prevenzione e diagnosi precoce, il sostegno alla genitorialità e alla famiglia, l'inclusione delle persone con disabilità o affette da patologie croniche, il benessere psicologico dei dipendenti e il possesso di certificazioni aziendali.

L'Ulss n.2 si è contraddistinta per:

- l'introduzione di strumenti a supporto del work life balance come l'orario flessibile e lo smart working;
- la promozione di un contesto lavorativo inclusivo e rispettoso, libero da ogni forma di discriminazione, promosso attraverso le attività del Comitato Unico di Garanzia e l'indagine regionale del clima organizzativo, finalizzato alla rilevazione di aree di miglioramento;
- l'attenzione rivolta alla salute mentale del personale, con servizi di supporto psicologico individuale e di gruppo pensati per contrastare situazioni di stress, ansia e disagio emotivo;
- l'adozione di politiche a sostegno della maternità e della famiglia, tra le quali emergono le misure dedicate alla prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi affettivi in gravidanza e nel periodo post partum, oltre al progetto "Ferie solidali", che permette la possibilità di cedere volontariamente delle giornate di ferie ai colleghi che ne necessitano per l'assistenza ai figli minori;
- l'attivazione di percorsi formativi dedicati alla prevenzione della violenza e delle aggressioni nei confronti degli operatori sanitari. Nel corso del 2025 l'Azienda ha iniziato la sperimentazione dell'utilizzo dei braccialetti anti aggressione per gli operatori sanitari, partendo dai contesti più critici come il pronto soccorso.

Performance

In questa sezione si riportano gli obiettivi che l’Azienda intende perseguire al fine di incrementare il valore pubblico.

Per il triennio 2026-2028 l’Azienda intende perseguire questi obiettivi strategici:

1. aumentare la sostenibilità nell’uso delle risorse;
2. migliorare l’accessibilità e la prossimità al cittadino;
3. sviluppare l’innovazione e la reingegnerizzazione dei processi.
4. umanizzazione delle cure migliorando la comunicazione con il paziente.



Per ciascun obiettivo strategico sono stati definitivi degli obiettivi operativi annuali correlati a indicatori misurabili che concretamente concorrono al raggiungimento degli obiettivi strategici.

Gli obiettivi operativi sono di due tipi:

- da una parte obiettivi definitivi dall’Azienda nell’ambito della propria autonomia (tipo obiettivo “A”);
- dall’altra, in attesa dei nuovi obiettivi regionali, gli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto con la DGR n. 1557 del 30/12/2024 “*Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025*” (tipo obiettivo “R”).

Questi ultimi sono parte integrante e imprescindibile della programmazione aziendale: in questo documento si evidenzia come ogni obiettivo regionale si collega ad un obiettivo strategico indicato dall’Azienda.

Obiettivo strategico 1- Aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse

Con questo obiettivo strategico l'Azienda pone l'attenzione sulla necessità di un uso oculato delle risorse economiche ed umane. Relativamente a questo, particolare importanza assume il processo di logistica dei beni sanitari.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Revisione dei sistemi di logistica dei beni	A	Sviluppo della logistica centralizzata dei farmaci nel presidio ospedaliero di Vittorio Veneto e logistica esternalizzata dei dispositivi medici e altro materiale.	SI	SI

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)	R	Piano Carenza Personale: Rispetto delle azioni previste nel piano: 1) monitoraggio cronoprogramma delle azioni, 2) contenimento delle dimissioni inattese, 3) attivazione del supporto psicologico	SI	SI
Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	R	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum
		Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM
		Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
		Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale
Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale	R	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	SI	SI
Rispetto della programmazione economica finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	R	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	0	0
		Indice di distanza dalla best performance	SI	SI
Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	R	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	SI	SI
		Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100%	100%
		Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	SI	SI

		% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	>90%	>90%
		Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	SI	SI
		Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	SI	SI

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino

Nel contesto attuale, caratterizzato da bisogni sanitari in continua evoluzione e da una crescente domanda di servizi tempestivi, personalizzati e facilmente fruibili, l'impegno dell'Azienda si orienta verso modelli organizzativi capaci di avvicinare concretamente i servizi al cittadino.

L'attivazione delle Case della Comunità, con i servizi essenziali in esse attivati, la sinergia con le Associazioni che rappresentano i bisogni socio-sanitari dei cittadini, l'integrazione con gli ATS, e l'attivazione del **NUE 116117** mirano a rafforzare l'accessibilità ai servizi, riducendo barriere fisiche, digitali e organizzative, e promuovendo una reale prossimità, intesa non solo come vicinanza territoriale, ma come capacità del sistema sanitario di essere presente, comprensibile e reattivo nei momenti di bisogno, rispondendo alle sfide del presente e del futuro. Attraverso l'innovazione tecnologica, il potenziamento dei servizi territoriali, la semplificazione dei percorsi e un ascolto costante delle comunità, si intende costruire un modello di assistenza più equo, inclusivo e orientato alla persona. La creazione di nuovo Valore Pubblico passa infatti necessariamente dalla facilitazione all'accesso dei cittadini ai servizi socio-sanitari. Gli obiettivi sono pensati per creare un sistema integrato dove il cittadino possa trovare un **unico punto di accesso (PUA), percorsi facilitati dall'Infermiere di Comunità (SIFOC)** e risposte integrate tra sanità e sociale anche attraverso canali unici come il 116117. La chiave del successo sarà la formazione congiunta degli operatori e l'uso condiviso di strumenti informatici e della telemedicina.

Altri interventi strutturali per migliorare l'accessibilità riguardano il nuovo ospedale di Conegliano che oggi è in fase di realizzazione. E' stato progettato secondo le più moderne concezioni di architettura sanitaria, con spazi luminosi, percorsi funzionali e ambienti pensati per favorire benessere e tranquillità. Sarà dotato di stanze doppie e singole che garantiranno maggiore privacy e comfort, permettendo alle persone di affrontare la degenza in un ambiente sereno e rispettoso. Gli ambienti e i percorsi interni sono stati progettati per accompagnare le persone in modo semplice e chiaro, riducendo al minimo il disorientamento. Le nuove tecnologie, all'avanguardia nel campo sanitario, completeranno un modello assistenziale orientato alla qualità. La struttura ospiterà l'area materno-infantile, l'area ad alta intensità di cura critica e l'area medica, integrate in percorsi pensati per offrire continuità, sicurezza e vicinanza alle famiglie. L'intero progetto è costruito attorno alla persona, con l'obiettivo di migliorare concretamente l'esperienza di chi si rivolge ai servizi. Nel 2026 è previsto l'avvio del **blocco Urgenze Emergenze**.

Continua, inoltre, nei prossimi anni anche lo sviluppo della Cittadella della Salute di Treviso con il trasferimento del Laboratorio Analisi e della Microbiologia e l'avvio della fase 2 delle attività di progettazione esecutiva.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Attivazione case della comunità (CdC)	A	Approvazione documento di presentazione	1 documento per ogni CdC attiva	-

	A	Attivazione del PUA per ogni casa di comunità distinto tra front e back-office	PUA in ogni CdC attiva	-
	A	Utilizzo degli strumenti operativi indicati nel documento di presentazione delle case di comunità per il Servizio Infermiere di comunità (SIFOC)	100%	-
Attivazione servizio 116117	A	Utilizzo del programma E-personam per rispondere ai bisogni sociali che giungono alla centrale	80 abilitazioni attivate	100 abilitazioni attivate
Nuovo ospedale di Conegliano	A	Avvio Blocco Urgenze Emergenze PO Conegliano	SI	SI
Sviluppo della telemedicina	A	Sviluppo del modello organizzativo della telemedicina sul territorio attraverso l'utilizzo della piattaforma Replay	SI	SI
Accessibilità fisica: Sviluppo della fase 2 Cittadella della Salute	A	Collaborazione ai trasferimenti presso il nuovo Ospedale Cittadella Sanitaria Treviso	SI	SI
	A	Completamento delle attività propedeutiche alla definizione della progettazione esecutiva della seconda fase	SI	SI
	A	Predisposizione di un documento di analisi di fattibilità	SI	SI

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	R	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	>90%
		% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia
		Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) miglioramento tempi attesa, 2) recupero del pregresso, 3) % di interventi di cataratta eseguiti entro 12 mesi da richiesta, 4) degenza media preoperatoria	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di regia
		% di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità "A" ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii. (adempimento Qlea H.3) e classe di priorità "B"	>90%	>90%
Perseguimento PNRR M6	R	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	SI	SI
		PNRR: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	SI	SI
		PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento

Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	R	DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale	SI	SI
		PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	SI	SI
Gestione degli investimenti	R	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988 + bunker di radioterapia PO Castelfranco Veneto) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	SI	SI
		Indice di produttività delle apparecchiature	SI	SI

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi

L'Azienda Ulss n. 2 rivolge particolare attenzione alla reingegnerizzazione dei processi relativi alla **gestione delle liste d'attesa** che riguardano non solo il tempo entro cui viene fornita una prestazione ma anche il tema più ampio della presa in carico del paziente da parte dell'Azienda.

Per quanto riguarda lo sviluppo dell'**innovazione**, essa viene fortemente potenziata grazie alla digitalizzazione e rappresenta un fattore abilitante per rispondere più efficacemente alle sfide crescenti in tema di assistenza e cura verso i cittadini. Risulta assolutamente evidente che i migliori risultati si ottengono quando si attua la completa transizione digitale dei percorsi clinici-sanitari e socio-assistenziali, nonché delle procedure tecnico-amministrative. La **trasformazione digitale** in sanità va ben oltre la dematerializzazione della cartella clinica, in quanto rappresenta la creazione di un ecosistema informativo integrato dove i dati del paziente, i processi clinici e le decisioni amministrative sono connessi in tempo reale, in modo che emerga subito il valore reale dei dati digitali trasformati in conoscenza.

Nel processo di trasformazione del dato in conoscenza, un nuovo e potente catalizzatore è rappresentato dall'utilizzo di strumenti software basati sulla cosiddetta "**Intelligenza Artificiale**". In quest'ottica e relativamente agli strumenti di IA, l'Azienda Ulss n. 2, vuole definirne un uso "intelligente", regolamentato, sperimentato e a supporto delle fasi decisionali, sia in ambito clinico che amministrativo. Pertanto, l'introduzione governata di strumenti digitali, in potenziamento e non in sostituzione degli operatori. Fondamentale è riconoscere che l'IA in sanità non è uno strumento di automazione totale, ma di potenziamento appunto, a seguito della corretta reingegnerizzazione dei processi, della riorganizzazione delle varie attività aziendali, della necessaria formazione agli operatori nel pieno rispetto delle normative quali GDPR e AI Act. Il tutto nel forte perseguimento delle misure di sicurezza e degli obblighi normativi, in tema di cybersecurity, definiti dalla Direttiva NIS2. L'innovazione organizzativa, anche mediante il digitale e gli strumenti di Intelligenza Artificiale non sono iniziative disgiunte, ma componenti del motore del cambiamento, dove spesso si rende necessario il dover dimenticare procedure obsolete, modalità operative che non portano valore agli assistiti o situazioni tipiche da "confort zone", considerando che innovare significa aver coraggio nell'abbandonare ciò che non serve più o che può essere svolto più efficacemente in modo diverso e non significa solamente adottare una nuova tecnologia digitale.

E' necessario, inoltre, porre l'attenzione sui punti di svolta su cui poggia la **Riforma regionale dell'Assetto dei servizi sociali (L.R.9/2024)** per poter accompagnare le fasi di sviluppo che risultano cruciali affinché i processi di cambiamento vadano a compimento e sia possibile raggiungere l'obiettivo finale di garantire un sistema di salvaguardia sanitario e sociale per tutti i cittadini. Il Progetto di vita per le persone con disabilità, l'uso dell'intelligenza artificiale applicata alla cura delle persone attraverso la telemedicina e il teleconsulto, le dimissioni protette e la rete di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti, sono processi che portano a un cambiamento radicale, sia esso sanitario, sociale, economico, tecnologico, che modifica in modo profondo e duraturo le strutture esistenti e la qualità di vita delle persone. Attraverso la co-progettazione, possiamo contare sulla realizzazione e apertura di appartamenti dedicati

all'abitare supportato per le persone con disabilità; sulle risposte dedicate per l'accoglienza e l'accompagnamento per le persone senza fissa dimora, per le persone in condizione di marginalità e di povertà, per le donne vittime di violenza; sull'attivazione di percorsi di sostegno alla domiciliarità per le persone anziane, organizzando dimissioni protette a valenza sociale.

Si rende necessario, quindi, operare in stretta relazione con gli Ambiti Territoriali Sociali Ven_07, Ven_08, Ven_09, gli Enti del Terzo Settore e le Associazioni di Volontariato nella realizzazione dei percorsi di interconnessione, al fine di portare a termine i processi avviati garantendo una filiera composta di risposte al cittadino, innovative e sostenibili per le comunità.

In attuazione al Piano regionale di contrasto alla carenza del personale del Servizio Socio Sanitario del Veneto (DGRV 960/2024), l'azienda nel 2026 prevede, infine, di attivare un progetto di valorizzazione delle professioni sanitarie attraverso la definizione del processo di **Mentorship** teso a creare un ponte generazionale di *skill-transfert* efficace tra personale Senior e Junior. L'obiettivo del progetto è quello di costruire ambienti di lavoro supportivi che favoriscano la soddisfazione lavorativa ed il riconoscimento del ruolo sia per il personale neoassunto/neoinserito che per il personale esperto.

La soddisfazione lavorativa, infatti, ed il riconoscimento del ruolo sono identificati dalla letteratura tra i fattori che più incidono sulla *retention* del personale. Per tale ragione il progetto ha come focus due necessità distinte ma intrecciate all'interno del sistema, ovvero quella di strutturare un percorso a step per coloro che entrano nell'azienda, effettuando una transizione efficace e sicura dal contesto formativo a quello lavorativo, insieme alla valorizzazione della competenza, esperienza ed *know-how* del personale senior. Nel 2026 l'azienda sarà pertanto coinvolta nella definizione di un documento che descriva nei diversi contesti ospedalieri, territoriali e del dipartimento di prevenzione i requisiti professionali (tecnici, relazionali, comunicativi, di problem-solving) richiesti al mentor, gli step e le modalità di inserimento dei neoassunti/neoinseriti attraverso l'adattamento locale delle migliori evidenze disponibili su tale processo.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Sviluppo dell'intelligenza artificiale	A	Implementazione di strumenti basati sull'intelligenza artificiale nella fase clinica di refertazione in Radiologia Treviso	SI	SI
	A	Implementazione di strumenti basati sull'intelligenza artificiale nella fase di stesura di documenti di gara per gli approvvigionamenti	SI	SI
	A	implementazione di strumenti basati sull'intelligenza artificiale in ambito di approvvigionamenti e gare	SI	SI
Ampliamento della Cybersecurity	A	Formazione su Cybersecurity per tutti i dipendenti	60%	100%
Attuazione della Riforma degli Ambiti Territoriali Sociali (L.R.9/2024)	A	Collaborazione con l'Ambito di riferimento per il passaggio al nuovo modello sociale e sanitario: analisi stato dell'arte e programmazione di tempi/modi per il trasferimento delle competenze in base alle tempistiche dei Decreti attuativi	SI	SI
	A	Gestione di tutti gli atti conseguenti all'avvio degli ATS previsto ad aprile 2026	SI	SI
Valorizzazione delle professioni sanitarie	A	Valorizzazione delle professioni sanitarie attraverso il processo di mentorship	SI	SI

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Perseguimento interventi strategici di informatica	R	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	SI	SI
		Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	SI	SI
Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	R	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
		D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
		H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Rispetto soglia nazionale	Rispetto soglia nazionale
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali (NSG)	R	Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Prevenzione	Mantenimento rispetto soglia nazionale	Mantenimento rispetto soglia nazionale
		Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Distretto	Mantenimento rispetto soglia nazionale	Mantenimento rispetto soglia nazionale
		Mantenimento indicatori NSG "CORE" per l'anno in corso - Ospedale	Mantenimento rispetto soglia nazionale	Mantenimento rispetto soglia nazionale
Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	R	Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	SI	SI
Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	R	Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	SI	SI
Estensione e mappatura delle strutture e servizi di prevenzione per il contrasto delle malattie croniche	R	Indicatore composito su implementazione per ogni distretto della rete regionale dei comuni attivi, delle strutture per la pratica dell'Esercizio Fisico Strutturato e l'Attività Fisica Adattata, dell'ambulatorio di disassuefazione dal fumo e di un ambulatorio nutrizionale	SI	SI
Registrazione le prestazioni erogate negli stabilimenti del settore della Sicurezza Alimentare nel nuovo sistema informativo regionale	R	Completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (SISAV)	1	1
Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	R	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	100%	100%1
		Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	SI	SI
		Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	SI	SI
		Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli	SI	SI

		emocomponenti (Globuli rossi), 2) Capacità del sistema di garantire la produzione di farmaci plasmaderivati, 3) Promozione di un utilizzo appropriato dei medicinali emoderivati, 4) Applicazione PDTA PBM		
Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	R	% di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete	SI	SI
		Tasso di personale destinato alle attività territoriali	SI	SI
		Indicatore composito Area Salute Mentale: 1) Riduzione della contenzione in ambito SPDC, 2) Garanzia di continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera (attraverso la visita psichiatrica in CSM entro 14 giorni)	SI	SI
		Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità	SI	SI
Miglioramento dell'offerta dei servizi sociali e socio sanitari territoriali	R	Analisi delle attività aziendali imputate al bilancio sociale in forza di delega con descrizione dei parametri previsti dall'allegato B della DGR 1159/24	SI	SI
		DGR 465/24: n. appendici di accordo contrattuale sottoscritte, n. 2 relazioni semestrali sulle evidenze dei modelli assistenziali introdotti nell'ambito della sperimentazione a fronte delle risorse aggiuntive riconosciute con il budget	SI	SI
Miglioramento efficienza dei processi di supporto	R	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	SI	SI
		Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma	Tempistiche da cronoprogramma
		Adesione, alle gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	SI	SI
		Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	SI	SI
		% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	1	
		Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	SI	SI
Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	R	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	>70%	>70%
Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	R	% di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	SI	SI
		Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	SI	SI
Promozione dei processi per la ricerca	R	Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	SI	SI

Obiettivo strategico 4 – Umanizzazione delle cure

L'umanizzazione delle cure rappresenta per l'Azienda un pilastro fondamentale per orientare tutti i servizi a migliorare continuamente l'approccio verso il paziente. Questo principio, in linea con gli obiettivi punta a promuovere un approccio incentrato sulla persona, migliorando l'esperienza di cura e rafforzando il legame tra pazienti, famiglie e operatori sanitari.

Gli interventi volti all'umanizzazione delle cure si concentrano su:

- rafforzare la centralità del paziente nei percorsi di cura;
- creare ambienti di cura accoglienti e inclusivi;
- promuovere progetti specifici di umanizzazione (sviluppo di eventi culturali, concerti, attività ricreative, promozione delle arti visive)
- promuovere la formazione continua del personale sanitario per accrescere competenze relazionali ed empatiche;
- garantire un supporto psicologico adeguato alle equipe oltre che supporto a pazienti e familiari;
- favorire il coinvolgimento attivo della comunità nella progettazione e implementazione dei servizi sanitari;
- sviluppare la rete dei servizi attraverso il coinvolgimento sempre più attivo delle associazioni di volontariato e di categoria.

Si segnalano in particolare tre iniziative già avviate e/o in fase di avvio nei primi mesi del 2026.

La **“Sala dei Colori - Nuovo Cinema Ulss2”** (inaugurata il 19 settembre 2025) è uno spazio tecnologicamente avanzato, paragonabile a una sala d’essai, progettato con soluzioni acustiche e antivibrazione. Il progetto interpreta in modo concreto il principio di umanizzazione delle cure promosso dall’Ulss n. 2, integrando cultura e benessere nei percorsi sanitari. Il cinema diventa strumento terapeutico, educativo e relazionale, soprattutto per pazienti pediatrici e fragili. Le attività comprendono proiezioni per bambini, pazienti cronici, utenti con disabilità e iniziative aperte al territorio. In quest’ottica è stata approvata una convenzione quinquennale con MediCinema Italia ETS, partner nazionale del cinema in ospedale. La programmazione è settimanale e trimestralmente rinnovata, con monitoraggio degli esiti sul benessere psicologico.

“Coloriamo la Cittadella” nasce dal desiderio di umanizzare i percorsi materno-infantili all’interno del nuovo edificio 29 della Cittadella della Salute, Ospedale di Treviso. Il progetto prende forma, grazie a una generosa donazione, con l’idea di ripensare gli spazi dedicati all’area materno-infantile, trasformandoli in un vero e proprio racconto visivo, capace di accogliere, orientare e accompagnare. L’obiettivo è fare della bellezza uno strumento di cura: un linguaggio capace di rassicurare, di offrire punti di riferimento, di rendere i percorsi più leggibili e gli ambienti più umani per i piccoli pazienti, i loro genitori e le donne che frequentano l’area per i percorsi ginecologici. Per la realizzazione del progetto l’Azienda Ulss n.2 assieme all’Associazione “Per Mio Figlio Onlus” ha coinvolto la Fondazione Zavrel, realtà di rilievo internazionale che da anni organizza la Mostra Internazionale di Illustrazione per l’Infanzia di Sarmede. Saranno coinvolti tre o quattro artisti di fama internazionale, chiamati a trasformare corridoi, sale d’attesa e percorsi in autentiche opere d’arte. I temi scelti – la natura, i colori, le storie di vita – accompagneranno il cammino dei pazienti e delle loro famiglie, creando un ambiente che non sia solo funzionale, ma anche capace di accogliere emozioni, alleviare l’attesa e restituire senso e calore agli spazi di cura.

Il **“Biscottificio in pigiama”** dell’Ospedale Ca’ Foncello di Treviso rinasce come spazio dedicato ai piccoli pazienti e alle loro famiglie, proseguendo l’eredità del progetto ideato e animato per quasi vent’anni dal prof. Adriano Mellone, chef e docente che trasformava la pasticceria in un’esperienza di gioia per i bambini ricoverati. Il progetto rinnovato si inserisce nell’area dell’ospedale di fronte alla Sala dei Colori, collegandosi idealmente alle attività di umanizzazione delle cure. La ristrutturazione prevede impianti moderni per ospitare laboratori di cucina dove i bambini possono sperimentare la preparazione di biscotti, pane e dolci, stimolando creatività e socialità durante la degenza. L’iniziativa vede il coinvolgimento anche delle associazioni dei panificatori locali e altri partner del territorio, che collaborano con l’Ulss n.2 per garantire materie prime, supporto tecnico e momenti formativi. In questo spazio rinnovato, i laboratori saranno pensati anche per attività inclusive e per progetti educativi legati alla cultura del cibo e alla salute.

L’Azienda inoltre dà particolare attenzione alle persone con disabilità. Dal 2026 partirà infatti il progetto **D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance)** che si configura come una soluzione organizzativa innovativa, volta a ottimizzare i percorsi di cura per le persone con disabilità, semplificando i processi e coordinando gli interventi sanitari e socio-assistenziali. La sua applicazione mira a garantire continuità

assistenziale, efficacia clinica e integrazione ospedale-territoriale, in linea con i principi di presa in carico globale e multidisciplinare promossi dal DM 77/2022.

L'adozione del modello DAMA si configura come un intervento ad alto impatto, capace di rafforzare l'equità, la personalizzazione e la sostenibilità dell'assistenza alle persone con disabilità. Attraverso un investimento progressivo di risorse, il DAMA, rappresenta un esempio concreto di innovazione organizzativa e di integrazione tra le U.O. delle strutture aziendali ospedaliere e territoriali, orientato a migliorare la qualità delle cure e la tutela dei diritti delle persone con disabilità. Nel corso del 2026 l'Azienda sarà impegnata nelle attività propedeutiche di formazione del personale e di definizione delle procedure operative atte a rendere attivo e operativo il modello entro fine anno.

Nell'ambito dell'umanizzazione delle cure in psichiatria, l'azienda ha avviato il progetto "La relazione che cura", rivolto a un gruppo selezionato di pazienti ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Il progetto rientra nel filone dell'**Educazione Assistita con Animali (EAA)** prevista dalle Linee Guida nazionali nell'ambito degli interventi con utenti affetti da disturbi psichici in fase di scompenso. All'interno del progetto, a fianco dell'équipe multiprofessionale dell'SPDC, composta da medico, psicologo e infermiere/operatore sociosanitario, collabora lo staff specializzato nelle EAA che opera nel "Centro Fattoria Borgo Casoni" della cooperativa sociale *Insieme Si Può*, specializzato anche in interventi assistiti con animali. La relazione che cura è iniziata a luglio 2025 ed avrà durata di un anno; si compone di incontri settimanali con i cani per pazienti ricoverati, selezionati in base al profilo diagnostico. L'attività è costantemente monitorata al fine di valutare le ricadute sia sulla salute del paziente sia sulle attività e sul clima di reparto.

Il progetto, oltre che rientrare a tutti gli effetti nel percorso di cura dei pazienti coinvolti, aiuta anche lo stato di salute fisica e mentale degli operatori, fondamentale nel quotidiano impegno a fianco di pazienti in fase di acuzie psicopatologica. Gli incontri sono realizzati nel giardino presente in prossimità dell'ingresso del reparto o in stanze dedicate separate dalle stanze di degenza. Durante gli incontri, gli utenti accudiscono i loro "compagni" di attività cercando di riconoscere i loro bisogni, dal cibo e acqua allo spazzolamento, in modo da sviluppare relazione e legame affettivo, attenzione ed empatia verso il cane. L'esperienza proposta facilita il manifestarsi di nuovi stati emotivi. Per condividere con l'operatore queste sensazioni il paziente mostra una migliore capacità comunicativa, manifestando in modo corretto le nuove sensazioni ed emozioni sia tramite lo sguardo che tramite la mimica facciale. I pazienti hanno un innalzamento della soglia di frustrazione e una maggiore capacità di tolleranza all'attesa, una riduzione dell'agitazione e dell'aggressività oltre a un miglioramento generale del benessere organizzativo interno al reparto. E' un modello innovativo di cura personalizzata di cui esistono ad oggi poche esperienze in Italia.

OBIETTIVO OPERATIVO	TIPO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2026	TARGET BIENNIO 2027-2028
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure	A	Programmazione e realizzazione delle proiezioni cinematografiche in Cinema ULSS 2 Sala dei colori	SI	SI
	A	Coloriamo la Cittadella	SI	SI
	A	Biscottificio in pigiama, laboratorio etico e inclusivo dedicato all'integrazione di persone fragili	SI	SI
Sviluppo progetto D.A.M.A. (Disabled Advanced Medical Assistance) Aziendale	A	Formazione del personale e avvio attività	SI	-
	A	Estensione della presa in carico dei pazienti con disabilità complessa	-	SI
Umanizzazione delle cure in psichiatria	A	Migliorare la comunicazione con il paziente attraverso l'estensione degli Interventi Assistiti con Animali (IAA) alle SPDC di Treviso e Montebelluna "La relazione che cura"	SI	SI
Migliorare la comunicazione con la medicina convenzionata	A	Incontri con MMG e con SAI per approfondimenti su appropriatezza prescrittiva e aggiornamenti in ambito Liste di attesa	SI	SI

Rischi corruttivi e trasparenza

Scopo della presente sezione è quello di definire una strategia aziendale di prevenzione della corruzione organica e sistematica e di garantirne una concreta attuazione, indicandone gli strumenti, le fasi e gli obiettivi operativi, al fine di giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia a livello nazionale, in particolare dalla Legge 6.11.2012, n. 190 (L. 190/2012), e regionale, in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione (PNA).

Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) E SUO VICE	I REFERENTI DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)	INTERNAL AUDITING
UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)	ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)

Il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)

Ai sensi dell'art. 1 della L. 190/2012 "l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (ora sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO). L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)".

Il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo (Direttore Generale), di norma, tra i dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 69 del 16.1.2026 l'Azienda ha nominato la dott.ssa Cristina Canella come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Al fine di garantire continuità nello svolgimento delle funzioni proprie del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si individua come sostituto del RPCT, in caso di temporanea e improvvisa assenza dello stesso, l'ing. Maria Crema.

I compiti e le responsabilità del RPCT sono disciplinati dall'art. 1, commi 8-10, della L. 190/2012 e dal D. Lgs. 8.4.2013, n. 39 (D. Lgs. 39/2013) e chiariti in specifici provvedimenti adottati da ANAC.

Come indicato da ANAC, da ultimo nel PNA 2022, allegato 3 "Il RPCT e la struttura di supporto", dal punto di vista organizzativo, al fine di garantire che il RPCT svolga il proprio ruolo con autonomia ed effettività, nel corso del 2023 si è provveduto a rafforzare l'Ufficio trasparenza e anticorruzione procedendo ad individuare specifica struttura organizzativa di supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Con nota prot. n. 27319 dell'11.2.2025 il Direttore Amministrativo ha altresì individuato un gruppo di collaboratori, all'interno dei settori maggiormente coinvolti dall'attuazione della strategia aziendale di contrasto alla corruzione, al fine di creare una struttura organizzativa tecnica di supporto operativo multidisciplinare al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), aggiornando i nominativi precedentemente individuati con nota prot. 164040 del 14.9.2023. Il primo incontro del gruppo di supporto è avvenuto in data 29.4.2025.

I referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza

Data l'elevata complessità organizzativa dell'Azienda, della sua articolazione per centri di responsabilità ed alla luce delle aree a rischio individuate, per un efficace svolgimento dei compiti del RPCT, sono individuati Referenti della prevenzione della corruzione tutti i direttori di unità operativa complessa, semplice a

valenza dipartimentale e semplice, sotto la supervisione dei rispettivi superiori, a seconda della struttura di appartenenza.

È dovere di tutti dipendenti, e in particolar modo dei Referenti della prevenzione della corruzione, collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell'art. 16, co. 1-ter, del D. Lgs. 30.3.2001, n. 165 (D.Lgs. 165/2001), adempiere agli obblighi informativi nei confronti dello stesso, dove la cui violazione è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

Nell'allegato n. 2 del PIAO, nel quale sono dettagliati gli obiettivi collegati alle diverse misure e attività previste nella presente sezione, sono altresì indicati i Referenti principalmente coinvolti nello sviluppo, attuazione e monitoraggio delle misure generali.

I Referenti del RPCT, al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, azioni coordinate, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nell'Azienda, concorrono, a titolo esemplificativo, a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- prevedere, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione, assicurando obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
- garantire l'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione di propria competenza;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- verificare la rotazione degli incarichi negli uffici dagli stessi diretti ed organizzati, preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, individuando, ove necessario, specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli già previsti da disposizioni di legge.

Il RPCT si riserva la facoltà, in ogni momento, di richiedere a tutti i Referenti della prevenzione ulteriori informazioni o contributi, utili alla prevenzione del rischio di corruzione.

I Referenti del RPCT vengono inoltre coinvolti nella fase di aggiornamento del documento relativo alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA)

L'ANAC, con il comunicato del 28.10.2013, ha stabilito che ogni Stazione appaltante deve nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

Il PNA 2016 prevede l'indicazione di tale figura per ogni stazione appaltante, ribadendo nel PNA 2022 l'importanza di tale figura per assicurare l'efficacia, la trasparenza ed il controllo dell'azione amministrativa per l'allocazione della spesa pubblica in lavori, servizi e forniture, anche al fine di prevenire fenomeni di corruzione. Con l'adozione del presente documento viene confermato, come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore incaricato dell'UOC Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni.

Internal auditing

La funzione di Internal audit, in staff al Direttore Amministrativo, svolge un'attività indipendente e obiettiva di *assurance* e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione, supportandola nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale e sistematico.

La funzione si ispira, nello svolgimento delle proprie funzioni, agli standard professionali emanati dall'*Institute of Internal Auditors* (I.I.A) ed opera sulla base delle indicazioni fornite dal Coordinamento

Regionale Rischi Amministrativo – Contabili della Regione del Veneto. La funzione di *Internal auditing* (controllo di terzo livello) collabora con il RPCT, fornendo supporto operativo nella mappatura dei rischi insiti in ogni processo e promuovendo un sistema di controlli interni, di verifica e di supporto agli *owner* aziendali per l'attivazione di misure di contenimento dei rischi, al fine di valutare e migliorare i processi di *governance* e di controllo.

Ufficio procedimenti disciplinari (UPD)

Con deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 31.1.2017, n. 1538 del 10.8.2017, n. 857 del 24.5.2018 e n. 1989 del 14.10.2021 e n. 1721 del 1.9.2022, è stato costituito l'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD), in forma monocratica, quale autorità competente per le infrazioni per le quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale (che rimane a carico del Direttore di Unità Operativa) nei confronti di tutto il personale dipendente. L'UPD è altresì competente per l'espletamento dei procedimenti disciplinari riguardanti i medici specialisti ambulatoriali interni: per tale funzione, l'Ufficio agisce in composizione collegiale, integrato con altri due componenti, in forza della DDG n. 1989 del 14.10.2021 e n. 2052 del 4.10.2024.

Con successiva deliberazione n. 1710 del 07.9.2023 è stato disposto che l'UPD, per l'espletamento dei procedimenti disciplinari riguardanti i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, sia integrato con due componenti, assumendo la denominazione di Ufficio per i procedimenti disciplinari del personale convenzionato (UPDC).

Tale ufficio svolge le seguenti attività:

- gestisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D. Lgs. 165/2001);
- si occupa delle comunicazioni obbligatorie da trasmettere all'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. 3/1957; art.1, co. 3, L. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- cura assieme al RPCT l'eventuale aggiornamento del Codice di Comportamento dell'amministrazione;
- esamina le segnalazioni di violazione dei codici di comportamento e raccoglie le condotte illecite accertate e sanzionate;
- collabora con il RPCT per quanto riguarda le attività previste dall'art. 15 del D.P.R. 62/2013.

Al fine di poter monitorare l'applicazione all'interno dell'Azienda di quanto disposto dal Codice di comportamento, l'UPD trasmette trimestralmente all'Ufficio trasparenza e anticorruzione l'elenco in forma anonima dei procedimenti disciplinari conclusi con l'indicazione della violazione contestata e sanzionata, oltre a quelli archiviati, estinti e sospesi.

Organismo indipendente di valutazione (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità, ai sensi del D. Lgs. 14 .3.2013, n. 33 (D. Lgs. 33/2013) e della L. 190/2012.

Con il D. Lgs. 25.5.2016, n. 97 (D. Lgs. 97/2016) sono state rafforzate le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza con il D. Lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

In particolare, come previsto dal D. Lgs. 25.5.2017, n. 74 (D. Lgs. 74/2017) e come confermato dal PNA 2019 (in linea con i precedenti PNA), gli OIV svolgono le seguenti funzioni:

- verificare la coerenza tra gli obiettivi relativi alla strategia di prevenzione della corruzione aziendale e quelli delle *performance*, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione/modifica del Codice Etico e di Comportamento;
- verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che la sezione rischi corruttivi e trasparenza sia coerente con gli obiettivi della programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verificare i contenuti della relazione del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tal fine, può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo, potendo altresì effettuare audizioni di dipendenti;
- riferire all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;

- ricevere dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza.

Gli esiti delle attività svolte dall'OIV sono rendicontati nei relativi verbali e attestazioni consultabili sul sito web dell'Azienda.

La gestione dei rischi di corruzione



L'Azienda è orientata alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità. La metodologia per il perseguimento della strategia per la prevenzione del rischio corruttivo dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, così come prevista dalla ISO 31000:2018, indicata dall'allegato 1 del PNA 2019, a cui rimandano il PNA 2022 e il PNA 2025, è dettagliata nelle seguenti fasi, come illustrato nella soprariportata figura:

- analisi dettagliata del contesto in cui si inserisce la mappatura dei processi e la relativa analisi degli stessi rispetto all'esposizione al rischio corruzione;
- identificazione dei rischi, consistente nella ricerca, individuazione e descrizione degli stessi per ciascun processo;
- analisi dei rischi in concreto, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto);
- ponderazione dei rischi, determinando in tal modo il livello di rischio e quindi la priorità di trattamento;
- trattamento dei rischi, identificando le misure necessarie per trasferire, eliminare, mitigare, accettare il rischio, le fasi e i tempi per l'applicazione delle stesse e gli uffici e soggetti responsabili.

Analisi del contesto esterno

Il contesto nazionale e regionale

Il contesto italiano presenta diversi rischi, dati i casi di corruzione riportati nel territorio italiano nella pubblica amministrazione e in sanità, ma anche opportunità, considerando gli strumenti e le linee guida messe a disposizione da istituti, associazioni ed autorità, oltre a normative che stanno agendo contro la corruzione. *Transparency International Italia* pubblica annualmente, al seguente [link: https://transparency.it/](https://transparency.it/), l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli non corrotti. Il punteggio dell'Italia nel CPI 2024 è di 54 e colloca il Paese al 52° posto nella classifica globale ed al 19° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea. Nell'ambito di una tendenza alla crescita, con +14 punti dal 2012, il CPI 2024 segna il primo calo dell'Italia (-2). Le più recenti riforme ed alcune questioni irrisolte stanno indebolendo i progressi nel contrasto alla corruzione.

Quanto alla Regione Veneto, si fa rinvio alle relazioni semestrali della Direzione investigativa antimafia (Dia) consultabili al seguente link: <https://direzioneeinvestigativaantimafia.interno.gov.it/relazioni-semestrali/>.

Sanità

In tale ambito, i settori maggiormente esposti sono:

- l'accreditamento istituzionale, con i rimborsi e la conferma dei requisiti;
- il settore farmaceutico e protesico, esposto ai rischi legati alla sperimentazione e all'innovazione, nonché al rischio di eventuali accordi collusivi tra operatore sanitario e case farmaceutiche, che favoriscono la prescrizione di certi farmaci o strumentazioni;
- l'affidamento degli incarichi sia interni che esterni;
- l'ambito della digitalizzazione della sanità dove alto è il rischio di richieste illecite volte ad ottenere la condivisione di dati sanitari o altri flussi informativi da parte di imprese farmaceutiche, assicurative, di servizi per la cura alla persona e di giganti informatici che puntano a profilare i pazienti per poi venderne le caratteristiche a terzi;
- l'area dei contratti pubblici, tra le aree di rischio più sensibili, maggiormente esposta anche al pericolo di conflitto d'interessi, quando chi propone i materiali risulta essere anche colui che poi li utilizza;
- la gestione delle liste d'attesa e i decessi in ambito intraospedaliero, in cui si potrebbero effettuare illecite segnalazioni anticipate a specifiche imprese funebri in cambio di compensi o favori.

La corruzione in sanità, fenomeno che non riguarda solo il nostro Paese, ma anche le altre nazioni europee, provoca perdite importanti nei finanziamenti pubblici.

Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere il sistema delle responsabilità e il livello di complessità dell'amministrazione.

Per quanto riguarda la struttura organizzativa dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana si rimanda alla descrizione contenuta all'interno della sezione Organizzazione e capitale umano.

L'aspetto centrale dell'analisi del contesto interno è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

L'Azienda ha intrapreso un percorso di riorganizzazione basato su un approccio per processi, a cui associare la gestione del rischio, così come suggerito dalla ISO 9001 2015 e dalla ISO 31000 2018. In linea con la strategia aziendale, si definiscono i processi aziendali e il livello di performance ad essi relativi da monitorare e migliorare. Il dettaglio di tale analisi è contenuto nell'allegato 1 della presente sezione del PIAO. La definizione e mappatura dei processi mira ad esaminare gradualmente l'intera attività svolta (come richiamata da ultimo nel PNA 2025). Dall'anno 2019 è stata avviata un'attività integrata di CRSA (*Control Risk Self Assessment*) che ha permesso di mappare e valutare la quasi totalità dei processi aziendali, armonizzando la metodologia proposta da Azienda Zero per il controllo interno con la ISO 31000 e le linee guida fornite da ANAC per la stesura dei piani aziendali. In particolare l'attività si è svolta attraverso le fasi, di seguito descritte, di validazione della mappatura dei processi, di autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi e di valutazione dei rischi specifici identificati.

Mappatura dei processi

L'Azienda ha identificato un unico elenco aziendale, che nel tempo è stato revisionato ed affinato così da ottenere, come previsto da ultimo nel PNA 2025, una mappatura dei processi unitaria, ossia integrata con gli altri sistemi di gestione.

Autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi

Nel 2025 è stata effettuata l'autovalutazione di n. 86 processi aziendali, all'esito della quale è stato rivalutato/confermato l'indice di rischio corruttivo di n. 69 processi.

I risultati delle valutazioni riguardanti la rischiosità dei processi sono riportati nell'allegato 1.

La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione del rischio

Dando priorità ai processi definiti ad alto e medio rischio di corruzione, è necessario identificare, analizzare e ponderare i rischi specifici che si possono verificare nelle diverse fasi del processo (valutazione del rischio).

Nel corso del 2025, seguendo la metodologia del CRSA (*control risk self assessment*), sono stati valutati/aggiornati i registri dei rischi specifici di corruzione di n. 16 processi aziendali.

Attualmente sono presenti n. 53 registri dei rischi, che sono resi disponibili per i dipendenti nella seguente sezione dell'intranet aziendale <https://intranet.aulss2.veneto.it/Prevenzione-della-Corruzione>.

Identificazione dei rischi specifici

Costituiscono oggetto di analisi, per l'identificazione dei rischi specifici, le singole fasi e/o attività in cui si scompone un processo. Per l'identificazione degli eventi rischiosi sono state adottate le seguenti tecniche:

- ricerca e analisi di documentazione relativa al processo (mappature di processo e/o registro dei rischi utilizzate in passato, risultati dell'attività di monitoraggio di RPCT o *internal auditor*, eventi rischiosi enucleati nel PNA) o riguardante l'analisi del contesto interno e/o esterno;
- brainstorming con il gruppo di lavoro e incontri da parte di RPCT, Innovazione e Sviluppo Organizzativo e Internal Auditing con gli *owner* del processo e/o con associazioni e portatori di interesse esterni.

I rischi identificati sono riportati nella prima parte dei registri dei rischi nell'allegato 1 del PIAO.

Ciascun rischio individuato viene classificato in 3 categorie:

- amministrativo contabile, che comporta non attendibilità delle informazioni contabili, finanziarie e operative;
- *compliance*, derivante da mancanza di conformità a leggi, regolamenti, procedure o prassi interne;
- frode, riguardante azioni/comportamenti che in modo illecito e disonesto procurano guadagni/benefici a determinati soggetti e che sono contrari agli obiettivi dell'organizzazione o tali da ledere i diritti di altri soggetti (Allegrini *et al.*, 2003). Il rischio di corruzione si inserisce quindi all'interno di questa categoria.

Analisi e ponderazione dei rischi specifici

Considerando le indicazioni del PNA 2019, si è deciso di adottare la metodologia proposta da Azienda Zero per l'*Internal Auditing* anche per la valutazione dei rischi di corruzione in modo da sfruttare l'opportunità di approfondire ed utilizzare un unico metodo di valutazione. Si tratta di un approccio semi quantitativo basato sul *self assessment* (CRSA).

Il gruppo di lavoro e gli *owner* di processo che hanno individuato i rischi specifici, coordinati da RPCT e *Internal Auditing*, hanno proceduto alla relativa analisi sulla base di n. 4 *item* relativi a probabilità (la frequenza con cui si compie l'attività, la discrezionalità, la storicità di problematiche riscontrate ed il livello dell'informatizzazione) e n. 2 concernenti l'impatto (economico e di immagine). Le scale adottate prevedono un punteggio da 1 a 5, la cui scelta, effettuata dal gruppo di lavoro, deve essere basata, ove possibile, su dati oggettivi (es. frequenza dell'attività, raccolta delle problematiche riscontrate), pur risentendo della soggettività derivante dall'adozione di uno strumento di autovalutazione. L'indice di rischio (IR) viene quindi calcolato come $IR = \text{probabilità} * \text{impatto}$.

Anche i risultati dell'analisi del rischio vanno inseriti nel registro dei rischi. Con tale indicatore si misura il rischio lordo, ossia il rischio inerente (escludendo eventuali controlli esistenti o futuri). Il PNA 2019 invita ad adottare un approccio di tipo qualitativo nella valutazione del rischio. Per tale motivo il rischio viene valutato secondo una scala di valore che comprende le seguenti graduazioni: basso, medio basso, medio, medio alto, alto.

Trattamento del rischio: misure specifiche e azioni di miglioramento

Come indicato nell'allegato 1 del PNA 2013 e nel PNA 2019, la fase di trattamento del rischio consiste nell'identificazione delle misure idonee a gestire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta e nella programmazione delle modalità della loro attuazione.

Le risposte in fase di trattamento possono essere di eliminazione, mitigazione, trasferimento o accettazione del livello di rischio.

Le misure di prevenzione della corruzione sono azioni atte a contenere il livello di rischio, agendo sul fronte della probabilità, oppure su quello dell'impatto o su entrambi. Possono essere generali (quando

intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione) o specifiche (quando agiscono in maniera puntuale su specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano per l'incidenza su problemi specifici). Ogni misura deve essere specifica e puntuale e ne deve essere progettata l'attuazione in termini di tempi e responsabilità. Le misure, esistenti o future, vanno valutate in modo da misurare il rischio residuo, ossia il livello di rischio ottenuto dopo aver applicato le misure. La misurazione avviene, per quanto possibile, anche considerando misure future in modo da poter avere una stima del rischio residuo dopo l'implementazione della misura. Anche il rischio residuo viene valutato in base ad un approccio di tipo qualitativo, secondo una scala di valore che comprende le seguenti graduazioni: basso, medio basso, medio, medio alto, alto. Nei registri dei rischi dell'allegato 1 del PIAO sono riportate le singole misure specifiche individuate.

Gli obiettivi collegati alle diverse misure e attività previste nella presente sezione sono dettagliati nell'allegato 2 del PIAO.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Mappatura dei processi, valutazione e trattamento dei rischi specifici	Autovalutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Questionari di autovalutazione dei processi mappati	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Aggiornamento registri dei rischi seguendo la metodologia del CRSA	Numero di registri dei rischi aggiornati rispetto al numero di processi a rischio corruttivo	10%	10%	Owner dei processi interessati; Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo; Ufficio <i>Internal audit</i> , Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Attuare le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR)	Numero di misure specifiche di trattamento applicate rispetto al numero di misure di trattamento previste	100%	100%	Owner dei processi interessati

Misure generali per la prevenzione del rischio di corruzione

La formazione

La formazione in materia di prevenzione della corruzione, etica, integrità e trasparenza, prevista da specifiche disposizioni contenute nella legge 190/2012 (art. 1, co. 9, lett. b) e c) nonché dai PNA 2013, 2015 e 2019, è una misura di prevenzione della corruzione da disciplinare e programmare adeguatamente, soprattutto per le attività a più alto rischio corruttivo.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana intende favorire pienamente l'attuazione delle raccomandazioni emanate nei PNA, adottando un programma di formazione strutturato su due livelli:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, che riguarda prevalentemente le tematiche dell'etica, della legalità, dell'integrità dell'azione amministrativa e della trasparenza;
- livello specifico, comprensivo di tecniche di Risk Management, rivolto al RPCT, ai referenti, ai dirigenti e ai titolari di posizione organizzativa addetti alle aree a maggior rischio corruttivo, con percorsi differenziati per contenuti e livelli di apprendimento, in relazione al ruolo svolto in Azienda.

La formazione relativa alla prevenzione della corruzione viene programmata nel Piano triennale della formazione adottato dall'Azienda. Il fabbisogno e le iniziative formative sui temi di anticorruzione sono vagliati e approvati da un Comitato Scientifico ECM nel quale sono presenti anche i coordinatori della Formazione e il RPCT. L'Azienda, inoltre, monitora e verifica il grado di efficacia di ciascun corso formativo attraverso la somministrazione ai soggetti destinatari della formazione di questionari di apprendimento e di gradimento.

La selezione dei dipendenti, destinatari della formazione specifica, avviene sulla base delle indicazioni fornite dai referenti del RPCT.

Il PNA 2019 sottolinea in particolare la necessità di formare tutti i dipendenti pubblici sulle regole di condotta del codice di comportamento nazionale (DPR 62/2013) e del codice aziendale.

Il D.P.R. 81/2023, che ha integrato i doveri di comportamento previsti dal D.P.R. 62/2013, ha previsto l'obbligo di programmare le attività formative specifiche anche in materia di etica e comportamento etico. Tali materie saranno pertanto oggetto di formazione ai dipendenti dei prossimi anni.

Nel corso del 2025 è stata realizzata per intero l'attività formativa programmata.

Nel Piano formativo aziendale 2026, approvato dal Comitato scientifico e adottato con DDG n. 2803 del 19.12.2025, sono stati inseriti - per l'anno 2026 - specifici corsi in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, quali la somministrazione della FAD sul codice di comportamento, uno specifico corso residenziale sul codice di comportamento, una formazione dedicata alla revisione dei registri dei rischi e un corso residenziale dedicato ad approfondimenti giuridici su illeciti penali legali all'esercizio della professione medica o sanitaria.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Realizzare corsi e attività formative in tema di anticorruzione	Corsi realizzati su corsi inseriti nel piano formativo	100%	100%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Formazione dei neoassunti	Personale formato rispetto al personale neoassunto	75%	75%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione
	Formazione dei referenti del RPCT o di altro personale individuato	Personale formato rispetto al numero dei referenti o di altro personale individuato	75%	75%	RPCT, UOSD Formazione, Ufficio trasparenza e anticorruzione

La rotazione ordinaria del personale

La rotazione del personale nelle aree a più elevato rischio di corruzione è una misura generale di prevenzione della corruzione e assume particolare rilievo nei confronti del personale addetto alle aree a rischio; risponde all'esigenza di limitare la permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione per prevenire il consolidarsi di posizioni che possono degenerare in dinamiche improprie dell'attività (pressioni esterne sul dipendente o rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate).

Come evidenziato da ANAC, nel PNA 2019, allegato 2 "la rotazione ordinaria del personale", le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono connesse a vincoli oggettivi (che riguardano l'assetto organizzativo dell'ente e soggettivi (connessi ai diritti individuali dei dipendenti in quanto le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti). Al riguardo, il PNA 2016 - § VII Sanità - sottolinea come in questo settore l'applicabilità del principio di rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Ciò vale in particolare per l'area clinica, che è sostanzialmente vincolata dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

C'è uno stretto collegamento tra la rotazione del personale ed altre misure di prevenzione della corruzione, tra cui la formazione: una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi infatti garantisce che siano acquisite dai dipendenti le competenze professionali e trasversali necessarie per dar luogo alla rotazione. Ove non sia possibile utilizzare la rotazione ordinaria, come indicato da ANAC, è necessario operare scelte organizzative e/o adottare altre misure che possano avere effetti analoghi (es. rafforzamento misure di trasparenza, compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, affidamento a più persone delle varie fasi procedurali, rotazione funzionale mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, doppia sottoscrizione degli atti, lavori in *team*). Nel 2025 l'Azienda ha applicato la rotazione ordinaria del personale a n. 12 unità di personale dipendente di livello non dirigenziale dell'area tecnica e amministrativa e a n. 1 dirigente amministrativo.

Nel 2025 inoltre sono stati adottati due regolamenti aziendali che disciplinano la rotazione ordinaria del personale della dirigenza dei servizi veterinari afferenti al dipartimento funzionale di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare e del personale del comparto afferente ai servizi del dipartimento di prevenzione con funzioni di vigilanza e controllo.

Anche nel corso del 2026 l'Azienda continuerà a valutare la possibilità di attuare, nelle aree a più elevato rischio corruttivo, la rotazione del personale, avendo cura di fare ricorso, in alternativa, come indicato da ANAC, all'applicazione di misure che possano avere effetti analoghi.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la rotazione ordinaria del personale	Attuare la rotazione ordinaria o individuare e applicare misure alternative	Lettera/provvedimento di spostamento del personale o evidenze dell'applicazione di misure alternative	Sì	Sì	Direttore /Responsabile di unità operativa

La rotazione straordinaria del personale

La rotazione straordinaria è una misura di prevenzione della corruzione di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, da attuarsi in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

L'ANAC, con delibera n. 215 del 26.3.2019, ha chiarito quali sono le "condotte di natura corruttiva" che impongono la misura della rotazione straordinaria e quali i casi in cui l'adozione del provvedimento sulla rotazione straordinaria è invece facoltativa.

Nel 2023, in attuazione delle indicazioni di ANAC, è stato approvato, con DDG n. 2349 del 15.12.2023, il Regolamento aziendale per l'attuazione della rotazione straordinaria del personale interessato da procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Nell'anno 2025 non si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti dei dipendenti	Trasmettere al RPCT le decisioni assunte in merito alla rotazione straordinaria	Numero di decisioni comunicate rispetto al numero di decisioni assunte dai Direttori	100%	100%	Direttore /Responsabile di unità operativa

Il codice di comportamento dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

Il Codice dell'Azienda, che integra e specifica le regole del codice nazionale (DPR 62/2013), è uno strumento che indica i principali doveri di comportamento. Entrambi i codici di comportamento devono essere rispettati da tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'Azienda, dai consulenti e dai collaboratori di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Con riferimento al rilievo giuridico del codice di comportamento, sia nazionale sia dell'amministrazione, si fa presente che la violazione dei doveri ivi contenuti è fonte di responsabilità disciplinare, ferme restando le ipotesi di responsabilità penale, civile, amministrativa-contabile e dirigenziale del soggetto.

La vigilanza sul rispetto dei codici di comportamento spetta in primo luogo ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura (art. 54, co. 6, del D. Lgs. 165/2001; artt. 13 e 15 del D.P.R. 62/2013) per l'ambito di propria competenza, in relazione alla natura dell'incarico e ai connessi livelli di responsabilità.

Con cadenza annuale il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane e l'UPD relazionano al RPCT in ordine alle segnalazioni ricevute in merito alle violazioni del codice di comportamento, ai procedimenti disciplinari attivati e alle sanzioni eventualmente irrogate. I dettagli sull'attività svolta dall'UPD sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC.

A seguito di specifica richiesta avanzata dal RPCT, con nota in data 31 marzo 2023, al fine di poter monitorare l'applicazione all'interno dell'Azienda di quanto disposto dal Codice di comportamento, l'UPD trasmette trimestralmente all'Ufficio trasparenza e anticorruzione l'elenco in forma anonima dei procedimenti disciplinari conclusi con l'indicazione della violazione contestata e accertata.

In considerazione delle modifiche apportate al DPR n. 62/2013, Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, da parte del DPR n. 81 del 13.06.2023, ha adottato, con DDG n. 2356 del 13.11.2024, il vigente Codice di comportamento, che è stato diffuso tra tutto il personale, con nota prot. n. 209282 del 15.11.2024 e pubblicato nell'*homepage* del sito internet aziendale e mediante *news* nell'area intranet del sito. Ad integrazione del Codice, l'Azienda si è dotata dei seguenti strumenti:

- il regolamento recante la Social media policy aziendale, adottato con DDG n. 1790 del 22.09.2023;
- l'aggiornamento delle "Istruzioni operative sulla gestione della posta elettronica".

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Rispetto e diffusione del codice di comportamento	Verifica delle segnalazioni di violazioni del codice di comportamento pervenute	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni ricevute	100%	100%	Ufficio per i procedimenti disciplinari

Il conflitto di interessi

La prevenzione di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione dei conflitti di interessi. Si configura una situazione di conflitto di interessi laddove la cura dell'interesse pubblico, cui è preposto il funzionario, potrebbe essere deviata, pregiudicando l'imparzialità amministrativa o l'immagine imparziale dell'amministrazione, per favorire il soddisfacimento di interessi personali del medesimo funzionario o di terzi con cui sia in relazione secondo quanto precisato dal legislatore. Si tratta di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria. Il conflitto di interessi è, infatti, definito dalla categoria della potenzialità e la disciplina in materia opera indipendentemente dal concretizzarsi di un vantaggio.

La normativa in materia di conflitto è prevista sia nel Codice di comportamento per i dipendenti pubblici (artt. 7 e 14 del DPR 62/2013), sia nella legge sul procedimento amministrativo (art. 6 *bis* L. 241/1990), in cui sono previsti l'obbligo per il dipendente/responsabile del procedimento di comunicazione della situazione di conflitto e di astensione al responsabile dell'unità di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto, pena la responsabilità disciplinare del dipendente e fatte salve le eventuali ulteriori responsabilità civili, penali e amministrative e contabili. L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nel corso degli anni è intervenuta in materia adottando diversi regolamenti specifici:

- regolamento per la gestione del procedimento amministrativo, adottato con DDG n. 7 del 10.01.2019;
- regolamento per la partecipazione del personale dipendente ad eventi di aggiornamento o formativi con spese a carico di soggetti terzi (sponsorizzazioni), adottato con DDG n. 1230 del 19.07.2018;
- regolamento attività libero professionale intramuraria, modificato con DDG n. 2469 del 22.12.2023;
- regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi e delle attività extra istituzionali del personale dipendente, adottato con DDG n. 1194 del 16.6.2023;
- regolamento per il funzionamento dell'Unità per la ricerca clinica (URC) e per la gestione delle ricerche cliniche in Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, adottato con DDG n. 1829 del 28.9.2023.

Procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi

Come raccomandato nel PNA 2019, parte III, § 1.4 - Conflitto di interessi – è opportuno individuare una procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi. La materia è ora disciplinata agli artt. 5 e 6 del codice di comportamento aziendale, adottato con DDG n. 2356 del 13.11.2024, ai quali si rimanda.

Il conflitto di interessi dei componenti delle commissioni gara per l'affidamento dei contratti pubblici.

Un ambito in cui è particolarmente sentita la necessità di introdurre misure per la gestione dei conflitti di interessi è quello degli acquisti (*Procurement*). Il PNA 2022 ha dedicato una sezione specifica al conflitto di interessi in materia di contratti pubblici, dando indicazioni in merito all'ambito di applicazione della normativa e alle misure di prevenzione del conflitto di interessi da adottare in ogni stazione appaltante.

Il D. Lgs. 36/2023, all'art. 16, ha definitivamente e delineato le situazioni di conflitto nell'ambito dello svolgimento delle procedure di aggiudicazione ed esecuzioni degli appalti e delle concessioni. Le relazioni pervenute al RPCT hanno confermato l'utilizzo, presso varie unità operative, di modulistica *ad hoc* sul conflitto di interessi, motivo per cui anche nel corso del 2026 si continuerà ad agevolare l'utilizzo per le diverse categorie di soggetti interessati dall'applicazione della misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Gestione e prevenzione del conflitto di interessi	Acquisizione delle dichiarazioni rese dai collaboratori/consulenti in merito a situazioni di conflitto d'interesse	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	Owner dei processi interessati

Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Al fine di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, si applica agli incarichi dirigenziali la disciplina delle inconferibilità e delle incompatibilità prevista dal D.Lgs. 39/2013. Per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal succitato decreto e per "incompatibilità" l'obbligo per il soggetto a cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione/svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La UOC Affari generali ha acquisito le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità dai componenti della Direzione strategica e la UOC Gestione delle risorse umane ha acquisito le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità rese per gli incarichi di direzione di struttura complessa dell'area professionale tecnica e amministrativa. Le verifiche effettuate non hanno evidenziato criticità.

Nell'anno 2026 si continuerà a curare la raccolta e la pubblicazione delle dichiarazioni previste, anche alla luce degli orientamenti interpretativi forniti da ANAC nel PNA 2025 – parte speciale decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi	Acquisizione delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità rese dalla Direzione strategica e dal personale interessato	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%	UOC Affari generali, UOC Gestione risorse umane

Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale

Ai sensi dell'art. 35-*bis* del D. Lgs. 165/2001, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la P.A. (previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale), non possono:

- far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

A tal fine, i soggetti interessati sottoscrivono una dichiarazione in cui attestano l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale; gli uffici competenti effettuano le opportune verifiche, anche mediante richiesta dei certificati del casellario giudiziale.

Le unità operative interessate dalla misura in oggetto hanno dichiarato, nelle relazioni rese al RPCT, di aver fatto sottoscrivere nel corso del 2025 le dichiarazioni in cui gli interessati attestano l'assenza di condanne penali. Nel corso del 2026 si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Garantire il rispetto dell'art. 35- <i>bis</i> del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165	Acquisizione delle dichiarazioni relative al rispetto dell'art. 35- <i>bis</i> del D.Lgs. 165/2001	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di commissari di concorso/gara nominati	100%	100%	Owner dei processi interessati

Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali

Per lo svolgimento delle attività extra istituzionali, l'art. 53 del D. Lgs. 165/2001 prevede un regime di autorizzazione, da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati, al fine di evitare che si verifichino situazioni di conflitto di interessi e che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

L'Azienda, con DDG n. 1194 del 16.6.2023, ha adottato un regolamento per la disciplina gli incarichi e le attività extra istituzionali dei dipendenti, comprensivo della procedura di rilascio dell'autorizzazione.

Le autorizzazioni sono rilasciate dall'UOC Risorse umane e successivamente pubblicate ai sensi degli artt. 18 del D.lgs. n. 33/2013 e 53, co. 14, del D.lgs. n. 165/2001 nella sottosezione di secondo livello "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti/Personale della sezione Amministrazione trasparente". La pubblicazione amplifica l'efficacia della misura generale in oggetto aggiungendo il potenziale controllo anche da parte di soggetti esterni. Nel 2025 non sono pervenute segnalazioni di incarichi extra-istituzionali non autorizzati.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle	Rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi d'ufficio e extra-istituzionali secondo i criteri previsti dal nuovo Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri rispetto al numero di autorizzazioni rese	100%	100%	UOC Gestione risorse umane

attività extra istituzionali	Verifica delle eventuali segnalazioni pervenute aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni pervenute	100%	100%	UOC Gestione risorse umane
------------------------------	---	---	------	------	----------------------------

Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. Pantouflage – Revolving doors)

L’art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 165/2001 prevede che i dipendenti i quali negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possano svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La normativa prevede, inoltre, che i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

S’intende evitare che il dipendente, durante il periodo di servizio, possa preconstituirsì situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare la propria posizione all’interno dell’amministrazione per ottenere un lavoro attrattivo presso l’impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

ANAC, con delibera n. 4793 del 25.9.2024, ha adottato le nuove linee guida in materia, fornendo indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il divieto di *pantouflage*, ad integrazione di quanto indicato già nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022. Ciò allo scopo di affinare le indicazioni già elaborate in passato, orientando ancor meglio le amministrazioni/enti nell’individuazione di misure di prevenzione del *pantouflage*.

In Azienda, le unità operative complesse deputate all’approvvigionamento di beni, servizi e lavori, come indicato dal bando tipo n. 1, prevedono nei propri documenti di gara l’esclusione degli operatori economici che trattino con la pubblica amministrazione, in violazione del divieto di cui all’art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 165/2001 e acquisiscono specifica autodichiarazione da parte degli operatori economici partecipanti. Dalle relazioni, dalla documentazione prodotta e dalle verifiche a campione effettuate è emerso che le suddette unità operative applicano la disciplina relativa al *pantouflage*, inserendo specifiche clausole nella documentazione di gara e richiedendo ai partecipanti apposite dichiarazioni a riguardo.

La UOC Gestione risorse umane consegna uno specifico modello di informativa sul *pantouflage* e relativa dichiarazione al personale che cessa del comparto e della dirigenza afferente ad una serie di unità operative considerate maggiormente esposte al rischio di *pantouflage*. Nel corso del 2026 si procederà a monitorare l’applicazione di tale misura.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l’innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i>	Inserimento delle relative clausole nella documentazione di gara	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Acquisizione delle dichiarazioni di <i>pantouflage</i> rese dal personale tenuto a rendere la dichiarazione, cessato dal servizio nel corso dell’anno	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione	100%	100%	UOC gestione risorse umane

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)

Il *whistleblower* è la persona che segnala al RPCT o all’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), divulga o denuncia all’autorità giudiziaria comportamenti, atti od omissioni che ledono l’interesse pubblico o

l'integrità dell'amministrazione pubblica, di cui sia venuta a conoscenza nell'ambito del proprio contesto lavorativo. La recente normativa (D.Lgs. 10.3.2023 n. 24) ha ampliato sia il novero dei soggetti che possono effettuare segnalazioni, sia le condotte che possono essere segnalate perché lesive dell'interesse pubblico o dell'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato. Le segnalazioni, che devono essere effettuate sempre nell'interesse pubblico o nell'interesse alla integrità dell'amministrazione pubblica, possono avvenire tramite uno dei seguenti canali:

- interno (nell'ambito del contesto lavorativo);
- esterno (ANAC);
- divulgazione pubblica (tramite la stampa, mezzi elettronici o mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone);
- denuncia all'Autorità giudiziaria o contabile.

L'Azienda, per quanto riguarda l'istituzione del canale interno di segnalazione, prevede che la segnalazione possa essere effettuata:

- attraverso apposito strumento informatico di crittografica
- in forma scritta con consegna al RPCT.

La gestione della segnalazione è a carico del RPCT, il quale avvisa il segnalante del ricevimento della segnalazione entro 7 giorni ed è tenuto a definire l'istruttoria e a fornire riscontro alla segnalazione entro 3 mesi dalla data dell'avviso di ricevimento.

L'Azienda assicura le tutele previste dalla normativa, quali:

- la tutela della riservatezza dell'identità del segnalante, dei facilitatori, delle persone coinvolte o menzionate;
- la sottrazione della segnalazione all'accesso agli atti amministrativi e all'accesso civico generalizzato;
- la protezione del segnalante, dei facilitatori, delle persone coinvolte o menzionate nella segnalazione dalle ritorsioni poste in essere in ragione della segnalazione;
- la causa di non punibilità per chi riveli o diffonda informazioni sulle violazioni coperte dall'obbligo di segreto, diverso da quello professionale forense e medico o relative alla tutela del diritto d'autore o alla protezione dei dati personali ovvero se, al momento della segnalazione, denuncia o divulgazione, aveva ragionevoli motivi di ritenere che la rivelazione o diffusione delle informazioni fosse necessaria per effettuare la segnalazione e la stessa è stata effettuata nelle modalità richieste dalla legge.

Le suddette tutele non sono garantite quando è accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di diffamazione o di calunnia o comunque per i medesimi reati commessi con la denuncia all'autorità giudiziaria o contabile ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave.

Il Regolamento aziendale in materia, già adottato con DDG n. 2518 del 30.12.2022, è stato sostituito dal testo approvato con DDG n. 1413 del 13.7.2023, avente per oggetto "Regolamento in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali e del diritto dell'Unione europea (c.d. *whistleblowing*)", al fine di consentire l'adeguamento della disciplina aziendale a quanto previsto dalla nuova e dalle specifiche linee guida aggiornate da ANAC. L'Azienda ha inoltre stabilito che:

- il ruolo di custode delle identità coincida con quello di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. A modifica di quanto stabilito con DDG n. 1413 del 13.7.2023, nel caso in cui il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza si trovi in posizione di conflitto di interessi in relazione alla segnalazione da presentare o presentata, con il presente atto viene individuato, quale soggetto idoneo a sostituirlo nella ricezione, gestione e analisi della segnalazione l'ing. Maria Crema;
- i predetti soggetti sono individuati quali autorizzati al trattamento dei dati personali relativi alle segnalazioni, nei limiti e con l'osservanza di quanto previsto nel nuovo Regolamento adottato e nelle specifiche Linee guida emanate in materia da ANAC.

L'adozione del nuovo regolamento è stata comunicata a tutto il personale sia con nota prot. n. 130154 del 14.7.2023, sia mediante pubblicazione di specifica news nell'intranet del sito internet aziendale. Inoltre, si è provveduto a rendere note le informazioni sui canali di segnalazione anche attraverso specifica informativa esposta all'interno dei locali aziendali come previsto dall'art. 5 del D.Lgs. n. 24/2023. Si è provveduto ad implementare la pagina di amministrazione trasparente dedicata alla segnalazione di illeciti,

specificandone meglio il contenuto. Al fine di consentire la fruibilità della stessa, è stato inserito un link nell'area intranet del sito aziendale dedicata alla prevenzione della corruzione. All'interno della FAD sul codice di comportamento è prevista una specifica sezione dedicata all'istituto del whistleblowing, aggiornata a seguito delle novità normative intervenute. Nel corso del 2025 sono pervenute n. 2 segnalazioni, alle quali se ne aggiunge una terza, presa in carico all'inizio del 2026. Nel corso dell'anno si procederà a monitorare l'applicazione di tale misura.

Con delibera n. 478 del 26.11.2025, ANAC ha approvato le linee guida in materia di whistleblowing sui canali interni di segnalazione, dando indicazioni sulle modalità di gestione dei canali interni di segnalazione, il cui eventuale adeguamento sarà valutato nel corso dell'anno.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti	Esaminare le segnalazioni ricevute secondo i tempi procedurali	Numero segnalazioni esaminate rispetto a quelle pervenute	100%	100%	RPCT

Protocollo di legalità e Patti di integrità

Come precisato da ANAC, i patti di integrità e i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara d'appalto. Essi mirano a stabilire un complesso di regole di comportamento finalizzati a prevenire fenomeni di corruzione e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati a tutti i concorrenti e per il personale aziendale impiegato ad ogni livello nell'espletamento delle procedure di affidamento di beni, servizi e lavori e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato.

Oltre alle dichiarazioni di natura comportamentale a sostegno della legalità in tali patti viene previsto che le stazioni appaltanti possono escludere il partecipante dalla gara nel caso di mancata accettazione del patto, revocare l'aggiudicazione e risolvere il contratto nei casi in cui venga accertata la violazione delle clausole pattuite.

La Regione del Veneto, con nota acquisita agli atti con il prot. n. 0195893 del 14.10.2025, ha comunicato il rinnovo del Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata e del contrasto alla corruzione nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture tra Regione del Veneto, le Prefetture Uffici Territoriali del Governo del Veneto, l'ANCI Veneto e l'UPI Veneto, perfezionato in data 9.10.2025, invitando i destinatari all'applicazione dello stesso e delle relative clausole, alle procedure di affidamento avviate successivamente alla data del suo perfezionamento.

Le unità operative Servizi tecnici e patrimoniali, Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni e Servizi sociali e sociosanitari, che eseguono gare, hanno dichiarato, relativamente al 2025, di inserire le clausole relative al protocollo di legalità e al patto di integrità nella documentazione di gara.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità	Inserimento del patto/protocollo nei bandi/avvisi	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%	Owner dei processi interessati

La trasparenza

Gli obblighi di pubblicazione

La trasparenza, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. 33/2013, è intesa come *“accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche”*.

All'interno della presente sezione sono individuate misure e strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione, previsti dalla normativa vigente e volti ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai sensi degli articoli 10 e 43, co. 3 del D.Lgs. n. 33/2013. L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nell'allegato n. 3 del PIAO, ha individuato gli specifici obblighi di pubblicazione, il contenuto degli stessi, l'ufficio responsabile della produzione e della pubblicazione dei dati e le tempistiche di aggiornamento. L'Azienda garantisce la qualità delle informazioni riportate nel proprio sito istituzionale, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali, l'indicazione della loro provenienza. I dati vengono pubblicati in formato di tipo aperto e sono riutilizzabili. La pubblicazione dei dati sul sito *web* aziendale viene effettuata nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali, previsti dalla vigente normativa comunitaria e nazionale, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. Il sistema organizzativo adottato, volto ad assicurare la trasparenza dell'Azienda, si basa sulla responsabilizzazione delle unità operative, a cui competono:

- l'elaborazione/produzione dei dati/informazioni;
- la pubblicazione dei dati/informazioni.

Con delibera n. 495 del 25.9.2024, recentemente modificata con delibera n. 481 del 3.12.2025, ANAC ha approvato n. 3 schemi, ai sensi dell'art. 48 del D. Lgs. 33/2013, ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 4-bis (utilizzo delle risorse pubbliche), 13 (organizzazione) e 31 (controlli su attività e organizzazione) del citato decreto, concedendo alle amministrazioni un periodo transitorio di 12 mesi, per procedere all'aggiornamento delle relative sezioni di Amministrazione trasparente, a cui l'Azienda si è adeguata. ANAC, infine, con la medesima delibera, ha approvato il documento "*Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013*", contenente indicazioni utili per la pubblicazione sui requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse (allegato n. 4). Con successiva delibera n. 497 del 3.12.2025, ANAC ha approvato n. 5 schemi di pubblicazione, oggetto di sperimentazione, da parte delle aziende, su base volontaria.

Il RPCT, ai sensi dell'art. 43, co. 1, D.Lgs. n. 33/2013, è tenuto al controllo sull'effettiva pubblicazione da parte degli uffici competenti, come individuati nell'allegato 3, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate. L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione viene svolta mediante un monitoraggio semestrale a campione sulle pubblicazioni. In caso di pubblicazione inesatta o incompleta viene inviata comunicazione al responsabile della produzione e della pubblicazione del dato per richiedere l'aggiornamento tempestivo della relativa sezione dell'amministrazione trasparente. Nel 2025 l'esito dell'attività di monitoraggio nel complesso è stato positivo. A garanzia dell'osservanza degli obblighi di pubblicazione, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in data 18.6.2025, ha provveduto ad attestare il grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione, di cui alla Delibera ANAC 192/2025 e, in data 15.12.2025, ha eseguito il relativo monitoraggio; le griglie di rilevazione sono consultabili al seguente link: <https://www.aulss2.veneto.it/Attestazioni-OIV-o-Struttura-Analoga>. Nel 2026 si continuerà ad assicurare il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione.

L'accesso civico

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità	Adempimento obblighi di pubblicazione come previsto dall'allegato 3 del PIAO	Rispetto obblighi di pubblicazione	100%	100%	Owner dei processi interessati
	Monitoraggio semestrale a campione sulle pubblicazioni	Report controlli	Sì	Sì	RPCT, Ufficio trasparenza e anticorruzione

L'Azienda garantisce l'accesso civico semplice, disciplinato dall'art. 5 del D. Lgs. 33/2013, che consente a chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che l'Azienda abbia eventualmente omesso di pubblicare, pur avendone l'obbligo a norma di legge o di regolamento.

L'Azienda garantisce, altresì, l'accesso civico generalizzato - allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico - che consente a chiunque di accedere a dati, documenti ed informazioni detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del D. Lgs. 33/2013. Con deliberazione n. 2272 del 20.12.2018, in ottemperanza alle Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 1309 del 28.12.2016, ha adottato il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato ai dati, informazioni e documenti. Dall'anno 2016 l'UOC Affari Generali aggiorna, con cadenza semestrale, i registri delle richieste di accesso presentate all'Azienda con indicazione dell'oggetto, la data dell'istanza, il relativo esito e la data della decisione, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con delibera n. 1309 del 28.12.2016.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico	Aggiornare e pubblicare il registro degli accessi	Registro aggiornato e pubblicato	Si	Si	UOC Affari generali
	Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Protocollo di evasione nei termini di legge	100%	100%	Owner dei processi interessati

Monitoraggio e riesame della sezione rischi corruttivi e trasparenza

La sezione rischi corruttivi e trasparenza deve disporre di un sistema di controllo e di monitoraggio dell'effettiva attuazione delle misure, attraverso indicatori e verifiche periodiche per garantire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità e scostamenti tra valori attesi e risultati a consuntivo. Secondo il PNA 2022 e il PNA 2025, le fasi di programmazione e monitoraggio vanno strettamente correlate per aumentare il processo ciclico di miglioramento della programmazione, in particolare usando i risultati del monitoraggio per la programmazione successiva. Per le modalità di attuazione del controllo e del monitoraggio si rinvia alla sezione "Monitoraggio" del presente PIAO.

Rendicontazione e diffusione

Secondo la ISO 31000 2018, si devono stabilire i meccanismi di comunicazione e *reporting* interni ed esterni per garantire che le informazioni relative alla gestione del rischio siano visibili nei tempi e nei modi appropriati agli *owner* dei processi e a tutti coloro che usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall'Amministrazione o ne siano in qualche modo coinvolti (c.d. portatori di interesse/*stakeholders*), in modo che possano essere consultati ed eventualmente intervenire.

In coerenza con quanto riportato nei PNA 2019, 2022 e 2025, l'Azienda promuove a tutti i propri livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate: tutti i componenti dell'organizzazione collaborano per la sua realizzazione e aggiornamento.

A tal fine l'Azienda si è innanzitutto impegnata a coinvolgere le associazioni degli utenti nella fase iniziale di aggiornamento della strategia di prevenzione della corruzione, favorendo l'invio di eventuali proposte e contributi con cui, eventualmente, integrare/aggiornare la sezione rischi corruttivi e trasparenza, mettendo in consultazione la Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027 e pubblicando nel sito internet aziendale un avviso con l'invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 20 dicembre 2025, per l'individuazione dei settori e delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione, l'identificazione e valutazione del rischio e le misure da apprestare per neutralizzare o ridurre il livello di rischio. Alla data di scadenza fissata per la suddetta consultazione online non sono pervenuti contributi, suggerimenti o proposte.

Inoltre, è attiva la possibilità da parte degli *stakeholders* di fornire in ogni momento contributi e osservazioni in merito alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, così come indicato al link <https://www.aulss2.veneto.it/coinvolgimento-stakeholders>.

Il PIAO 2026-2028 sarà quindi pubblicato nel sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, anche nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione.

Inoltre l'adozione del PIAO sarà comunicata a tutto il personale tramite l'Angolo del dipendente.

Anche i dipendenti dell'amministrazione devono infatti partecipare al processo di gestione del rischio, osservare le misure di prevenzione della corruzione (art. 1, co. 14, della L. 6 novembre 2012, n. 190) e devono segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD (art. 54 bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), nonché i casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento). In particolare, l'art. 8 del D.P.R. 62/2013 prevede il dovere per i dipendenti di prestare la propria collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nella sezione rischi corruttivi e trasparenza. L'eventuale violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione ivi presenti costituisce illecito disciplinare (art. 1 L. n. 190 del 2012, co. 14), passibile di provvedimento disciplinare (art. 55-sexies, D. Lgs. 165/2001, co. 3).

L'efficacia degli interventi adottati per prevenire il rischio di corruzione e di illegalità è garantita dal costante raccordo tra la Direzione Aziendale, il RPCT e tra quest'ultimo ed i propri referenti, in modo da conseguire l'attuazione di forme interne di controllo diffuso.

Al fine di rendicontare l'attuazione del piano, il RPCT provvede a redigere la Relazione ANAC entro il 15 dicembre di ogni anno, o entro il diverso termine indicato da ANAC, provvedendo a pubblicarla nel sito aziendale, a trasmetterla alla Direzione strategica e all'OIV, e a darne comunicazione ai Direttori delle unità operative coinvolte nel processo di prevenzione della corruzione. Il RPCT provvede inoltre a predisporre una specifica relazione sullo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO per i Referenti del RPCT. Con riferimento all'anno 2025, il RPCT pubblicherà la Relazione ANAC nel sito internet aziendale entro il 31.1.2026 (come stabilito da ANAC), dandone comunicazione alla Direzione strategica e all'OIV con specifica nota. Entro lo stesso termine inoltre il RPCT trasmetterà ai Referenti del RPCT la specifica relazione sullo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, dando altresì conto dell'avvenuta pubblicazione della Relazione ANAC.

L'Azienda ha intrapreso un'attività di interlocuzione con i propri *stakeholders*, in particolare con le associazioni dei pazienti e con le associazioni di volontariato. Per tale motivo, anche quest'anno è stata realizzata, in data 17.12.2025, una specifica iniziativa di confronto sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, alla presenza delle principali associazioni rappresentative degli interessi dei pazienti. Anche nel 2026 si provvederà ad organizzare delle specifiche iniziative con l'intento di coinvolgere gli *stakeholders* sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Obiettivo strategico 2 - Migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Rendicontazione e diffusione	Rendicontazione sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza e presentazione della rendicontazione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Nota di trasmissione ai referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Sì	Sì	RPCT
	Presentazione della rendicontazione ad ANAC, alla Direzione e all'OIV	Pubblicazione in AT della Relazione ad ANAC e comunicazione della pubblicazione alla Direzione e all'OIV	Sì	Sì	RPCT
	Realizzare iniziative di coinvolgimento degli <i>stakeholders</i>	Invito ad iniziative	Sì	Sì	Ufficio relazioni con il pubblico, RPCT

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

In questa sezione si presenta il modello organizzativo adottato dell'Azienda ULSS 2, la strategia e gli obiettivi legati allo sviluppo del lavoro agile e l'andamento dei processi di inserimento delle persone con disabilità.

Valorizzare il capitale umano, inteso come l'insieme delle competenze, delle conoscenze e delle capacità dei dipendenti, significa riconoscere il valore dei dipendenti e investire nel loro sviluppo e nel loro benessere. La crescita professionale aumenta la motivazione dei dipendenti, il livello di soddisfazione, la produttività sul piano della qualità e sul piano dell'efficienza, con effetti importanti nella riduzione del turn over e del fenomeno delle dimissioni inattese.

La Regione Veneto, con DGR 960/2024, ha adottato il Piano regionale di contrasto alla carenza di personale nel SSR e ha individuato una serie di strategie da mettere in atto presso le Aziende/Enti del SSR, finalizzate a costruire un ambiente organizzativo incentrato sul benessere, al fine di rendere attrattiva l'attività prestata nel sistema sanitario pubblico col duplice obiettivo di trattenere il personale in servizio e di attrarre professionisti dall'esterno. Il documento prevede un insieme organico di azioni volte a prevenire/superare le criticità del SSR, al fine di rafforzarne la tenuta a fronte della crisi del personale sanitario e assistenziale.

Le problematiche affrontate attengono in particolare alla diminuita attrattività delle professioni sanitarie, all'invecchiamento del personale in servizio, alla carenza di personale per effetto del raggiungimento dell'età pensionabile e delle dimissioni inattese. Tra le iniziative più importanti volte ad investire sulla forza lavoro esistente, il Piano prevede l'attuazione di strategie di promozione di stili di leadership supportivi, ritenute essenziali nel favorire il benessere del personale, con ricadute positive sui livelli di assenteismo, e sulla capacità di perseguire gli obiettivi aziendali.

L'avvio del "Sistema coordinato per la valutazione e la valorizzazione di qualità del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR)" da parte della Regione del Veneto (DGR n. 49/2022) si inserisce nel progetto di creazione di un contesto lavorativo incentrato sul benessere. L'indagine ha la finalità di conoscere le opinioni dei professionisti su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i propri superiori. I risultati dell'indagine saranno oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi mirati a migliorare il clima aziendale e il benessere organizzativo.

Il ruolo che la Direzione Risorse Umane è chiamata a svolgere all'interno dell'organizzazione aziendale, è fondamentale nel governare e mettere in atto le progettualità di valorizzazione del personale dipendente, per la peculiarità delle attività che ad essa fanno capo. L'Unità Operativa Complessa Gestione Risorse Umane si orienta verso una logica di servizio, essendo in generale preposta all'impostazione, alla promozione e alla verifica della complessiva politica del personale, con la funzione di preparare e sostenere le scelte di indirizzo proprie della Direzione Strategica nonché il coordinamento della loro attuazione.

A titolo esemplificativo e non esaustivo la stessa garantisce:

- il supporto alla Direzione Strategica nella pianificazione e definizione del fabbisogno del personale;
- il reclutamento e la selezione;
- la gestione dello sviluppo del personale, dei percorsi di carriera, dei sistemi di valutazione in collaborazione con le strutture interessate;
- la rilevazione e gestione delle presenze, la gestione giuridica ed economica del personale;
- la gestione delle relazioni sindacali;
- la gestione degli adempimenti connessi alla cessazione del rapporto di lavoro;

- la cura dei flussi informativi dell'area di competenza.

Con la pianificazione del fabbisogno di personale viene analizzato l'organico aziendale e la sua composizione, i flussi di personale in entrata e in uscita, le modalità di copertura di eventuali carenze nonché le risorse da destinare, nel rispetto del tetto di spesa fissato dalla Regione.

La valutazione del personale è la base su cui si modella il sistema retributivo dell'azienda e la gestione dei percorsi di carriera. Oggetto di valutazione sono la performance individuale, le competenze acquisite, l'adeguatezza al ruolo ricoperto, l'aggiornamento e/o formazione.

Il processo di valorizzazione del personale costituisce un impegno prioritario della Direzione Generale e coerentemente con questo impegno, l'Azienda destina risorse finanziarie ed organizzative per elaborare e realizzare specifici programmi formativi volti a qualificare tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda.

L'Azienda definisce la mappatura degli incarichi e la graduazione delle funzioni in termini economici e di responsabilità, coerentemente con gli obiettivi strategici e i valori posti a fondamento della propria missione, nel rispetto delle previsioni normative e contrattuali. Gli incarichi dirigenziali sono definiti e conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale al personale dirigenziale in conformità delle disposizioni di legge vigenti e delle norme contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro e nei regolamenti aziendali.

L'Azienda si è dotata di un regolamento per la disciplina delle procedure di conferimento degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento. La selezione dei candidati prevede la valutazione comparata dei curricula formativi e professionali, tenuto conto della funzione da ricoprire, dell'esperienza maturata e dei risultati di un colloquio anche motivazionale. L'incarico conferito con deliberazione del Direttore Generale è soggetto a valutazione ed è rinnovato a seguito di valutazione positiva.

Struttura Organizzativa

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana ha adottato il vigente atto aziendale con deliberazione n. 230 del 6.02.2025, aggiornato con deliberazione n. 705 del 28.03.2025, consultabile alla seguente sezione del sito internet aziendale <https://www.aulss2.veneto.it/Azienda-ULSS2-Marca-trevigiana>.

Organizzazione del lavoro agile



Premessa

In questa sezione sono indicate le strategie e gli obiettivi di sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro adottati dall'Azienda secondo quanto stabilito dalla normativa vigente in materia di lavoro agile, nonché con quanto stabilito dai contratti collettivi nazionali vigenti.

Si fa riferimento al Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) che viene assorbito nel presente Piano di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026-2028, come previsto dal D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 art. 6.

Definizione di lavoro agile

La Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 definisce il lavoro agile come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione.

La disciplina relativa alla prestazione di lavoro in modalità agile è stata introdotta nel nostro ordinamento con l'art. 18 della Legge n. 81 del 2017 e ss.mm.ii., secondo la quale il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato, stabilita allo scopo di incrementare la produttività agevolando la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, mediante accordo tra le parti anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi. Tale modalità operativa viene realizzata dal lavoratore in forma indipendente ma vincolata sia ai tempi di lavoro che alla reperibilità, pertanto, è una delle modalità di lavoro flessibile capace di conciliare entrambe le esigenze.

Il regolamento "*lavoro agile*" si applica a tutto il personale dipendente Area Comparto e Area Dirigenza, con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato, a tempo parziale o orario ridotto e al personale in comando.

Con la **Legge 22 maggio 2017, n. 81**, "Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato" è stato introdotto nell'ordinamento italiano il lavoro agile (o Smart Working).

Il "lavoro agile" prevedendo l'applicazione anche al pubblico impiego e sottolineando la flessibilità organizzativa, la volontarietà delle parti che sottoscrivono l'accordo individuale e l'utilizzo di strumentazioni che consentano di lavorare da remoto, rende possibile svolgere la prestazione lavorativa "*in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla Legge e dalla contrattazione collettiva*".

Attraverso la **direttiva n. 3/2017**, recante le linee guida sul lavoro agile nella PA, il Dipartimento della Funzione pubblica fornisce indirizzi per l'attuazione delle disposizioni richiamate attraverso una fase di sperimentazione. Le linee guida contengono indicazioni inerenti all'organizzazione del lavoro e alla gestione del personale per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, favorire il benessere organizzativo e assicurare l'esercizio dei diritti delle lavoratrici e dei lavoratori.

Il **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al Personale del Comparto Sanità per il triennio 2022-2024** sottoscritto il 27 ottobre 2022 disciplina il lavoro agile all'art. 28 e seguenti.

È utile infine sottolineare come il corpo di norme in dotazione alle pubbliche amministrazioni siano volte a tutelare gli "smart workers" alla stregua dei lavoratori che svolgono l'attività lavorativa in presenza fisica all'interno dell'Azienda. In particolare, si fa riferimento alla **Circolare INAIL n. 48/2017** per la tutela dei casi di infortunio e di malattie professionali nel lavoro agile.

Livello di attuazione

Con Delibera del Direttore Generale n. 2457 del 19/12/2019 l'Azienda Ulss n. 2 Marca trevigiana aveva avviato un progetto sperimentale sul lavoro agile in applicazione della Legge n. 81/2017.

Nelle tabelle che seguono è stato rappresentato il livello di attuazione del lavoro agile all'interno dell'Azienda Ulss n.2 Marca trevigiana, con riferimento all'anno 2025, mediante l'analisi relativa a:

- l'incidenza dello smart working rispetto al totale dei dipendenti in servizio al 31-12-2025;
- la ripartizione dei lavoratori in smart working per sesso;
- la ripartizione dei lavoratori in smart working per profilo professionale.

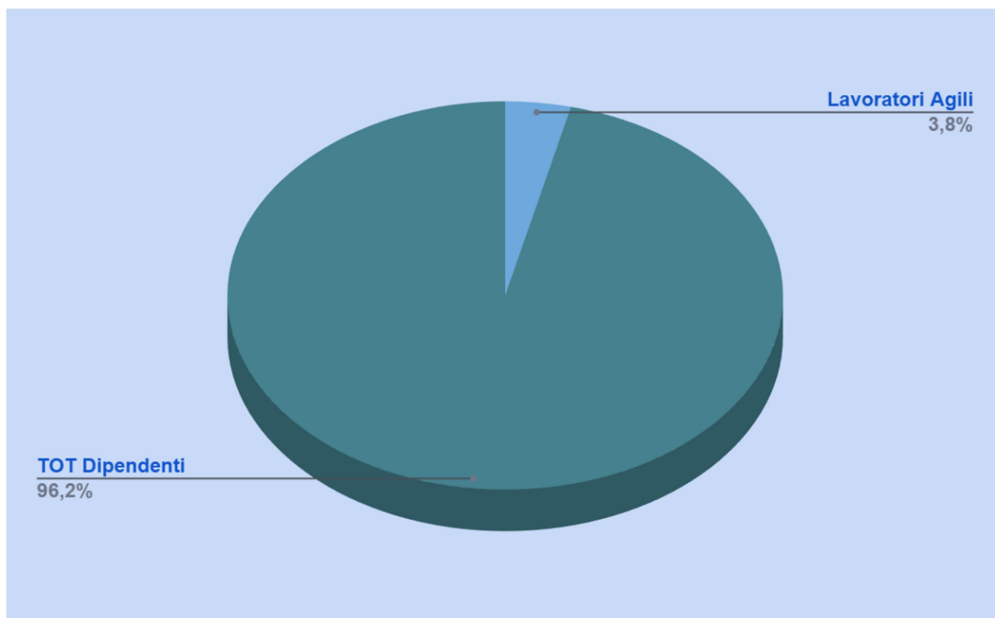


Grafico 3.2.1 Distribuzione incidenza lavoro agile

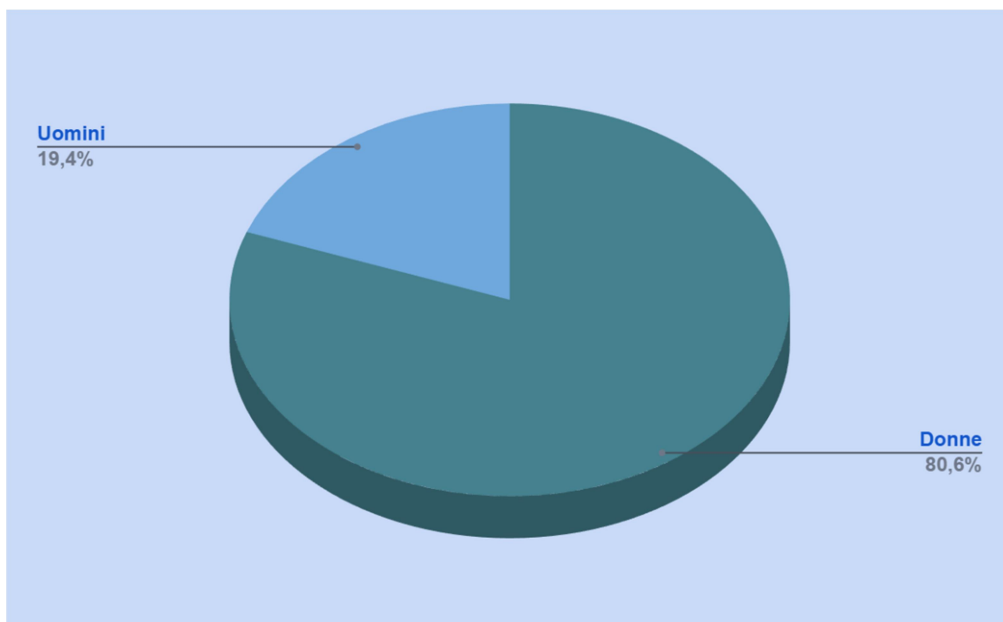


Grafico 3.2.2 Distribuzione dipendenti per sesso

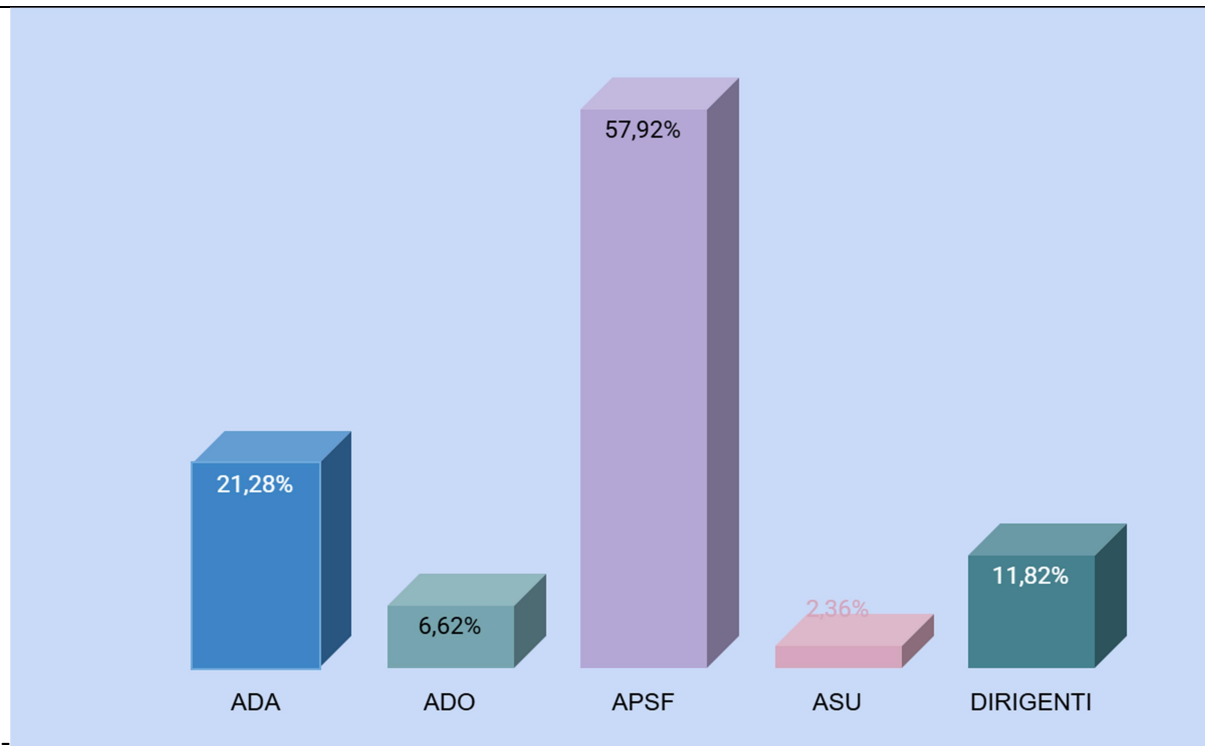


Grafico 3.2.3 Distribuzione dipendenti per profilo

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

Gli attori coinvolti nel processo di organizzazione e monitoraggio del lavoro agile in ambito aziendale sono:

- i **Responsabili di struttura** sono tenuti a coordinare la predisposizione della mappatura delle attività che possono essere svolte in modalità agile; a definire, per ciascuna lavoratrice o ciascun lavoratore, le priorità; a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali.
Sono infine chiamati ad operare un monitoraggio dei risultati, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.
- **L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** coinvolto nel processo di definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance. E' un'attività di importanza cruciale e ciò può essere ancora più determinante quando si parla di lavoro agile. L'OIV accompagnerà l'intero programma di attuazione e sviluppo del lavoro agile, che si svolgerà attraverso le graduali fasi di implementazione nell'arco temporale di tre anni.
- Il **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** che ha un ruolo importante nell'attuazione del lavoro agile nell'ottica delle politiche di conciliazione dei tempi di lavoro e vita privata, funzionali al miglioramento del benessere organizzativo e alla promozione della parità di genere.
- Il **Responsabile della Transizione al Digitale (RTD)** che ha un ruolo cruciale nella rilevazione del grado di maturità tecnologica dell'amministrazione e nell'individuazione di percorsi di evoluzione tecnologica volta alla semplificazione e abilitazione del lavoro agile in modalità ordinaria. Inoltre definisce gli standard di sicurezza informatica, agisce per il progressivo passaggio ad una gestione documentale integralmente digitalizzata, nel rispetto degli standard di tenuta.
- Le **OO.SS.** che vengono informate e formulano contributi in merito alle politiche attuate e/o da attuare per l'implementazione del lavoro agile.

- l' U.O.C. **Gestione Risorse Umane** che supporta il processo di implementazione del lavoro agile sia con riferimento alla raccolta della mappatura e degli accordi individuali, assolvendo agli obblighi informativi a questi connessi, sia curando la programmazione e realizzazione dei progetti formativi necessari per l'implementazione del lavoro agile.

Programma di sviluppo del lavoro agile e conclusioni.

L'Azienda, per quanto non già disposto, provvederà agli adeguamenti derivanti dalle recenti disposizioni in materia di Lavoro Agile, proseguendo a sostenere il welfare aziendale, nel rispetto della normativa vigente. Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile ha durata triennale 2025-2027, con revisione annuale sulla base delle attuali indicazioni normative.

Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) è lo strumento attraverso il quale l'Amministrazione assicura le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse umane necessarie per il miglior funzionamento dei servizi, compatibilmente con le disponibilità finanziarie e con i vincoli normativi alle assunzioni di personale e di finanza pubblica.

L'articolo 6 del D.Lgs. 165/2001 stabilisce l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di adottare il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP), in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter del D.Lgs. 165/2001.

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026-2028 è stato redatto secondo le indicazioni contenute nella nota datata 13 novembre 2025, prot. n. 620623 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale, con cui le Aziende e gli Enti del SSR sono stati invitati a provvedere all'aggiornamento del Piano già presentato e approvato per l'anno 2025 e alla stesura del Piano 2026-2027-2028 nel rispetto dei limiti di spesa riportati nelle tabelle ricevute dai competenti organi regionali.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 2591 del 28.11.2025 è stato adottato il PTFP 2026-2028, approvato dalla Direzione Generale Area Sanità e Sociale con nota del 5.12.2025 prot. n. 660371.

Personale dipendente

A seguito di una attenta analisi dell'attuale dotazione di personale, con riferimento agli standard definiti a livello regionale ai sensi dell'art. 8 della L.R. 23/2012 e dell'art. 23 della L.R. 19/2016 (D.G.R.V. 1833/2017 - D.G.R.V. 245/2017 - D.G.R.V. 2238/2016 - D.G.R.V. 614/2019 - D.G.R.V. 610/2014 - D.G.R.V. 245/2017 - D.G.R.V. 1035/2019 - D.G.R.V. 1718/2022 - D.G.R.V. 1501/2022 - D.G.R.V. 371/2022 - D.G.R.V. 1123/2023 - D.G.R.V. 22/2024 - DGR n. 65 del 27 gennaio 2025) e delle autorizzazioni ad assunzioni di personale già rilasciate dal Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, è stato predisposto il fabbisogno di personale dipendente in un'ottica di ottimizzazione dei servizi offerti.

Si è tenuto conto del fabbisogno di risorse aggiuntive necessarie ai servizi informativi al fine di poter assicurare l'implementazione dei progetti SIO e digitalizzazione dei DEA (PNRR).

Compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili nel corso del triennio 2026-2028, l'Azienda si è riservata di prevedere, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la determinazione della percentuale delle posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse.

Personale non dipendente incarichi di lavoro autonomo: anni 2026-2027-2028

Per gli incarichi a bilancio: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2025.

Per gli incarichi finanziati e per gli incarichi a bilancio sociale: gli importi sono stati stimati sulla base degli incarichi attivati per il 2025.

Altro Personale non dipendente e ricorso a prestazioni aggiuntive: anni 2025 e triennio 2026-2028

Per l'anno 2025 e per il triennio 2026-2028 si espone quanto segue:

Tabella A, Colonna "A": è stato inserito il fabbisogno di personale in carico alla SAO considerando i pensionamenti certi e probabili in base all'età e i licenziamenti o trasferimenti presso altri servizi. Sono stati presi in considerazione anche i pensionamenti di OSS e infermieri presenti nelle segreterie di reparto e richiesti come sostituzione di amministrativi e Operatori Tecnici. Ovviamente per ogni anno di riferimento sono stati indicati i pensionamenti e trasferimenti riferiti al solo anno di cessazione.

Tabella A, Colonna "E": l'importo riportato nella scheda anno 2025 corrisponde a quanto autorizzato per l'acquisto di prestazioni aggiuntive della dirigenza e del comparto giusta DGRV n. 280 del 21.03.2024, DGRV n. 24 del 14.01.2025, DDR n. 150 del 10.10.2025 e DDR n. 151 del 10.10.2025. Gli importi di cui alle DGRV n. 280 e n. 24 sono stati riportati anche negli anni successivi, e risultano insufficienti per far fronte alle effettive carenze degli organici causate dalla difficoltà di reperire il personale nonché dalle cessazioni dello stesso, e per far fronte ai piani di recupero delle liste di attesa.

Tabella A, Colonna "F": l'importo indicato nella scheda anno 2025 riporta il "Fondo Balduzzi" che corrisponde alla previsione di quanto verrà accantonato nell'anno 2025. Per gli anni 2026-2028 viene confermato lo stesso accantonamento, in quanto, essendo un dato calcolato sul compenso percepito dal libero professionista, non può essere quantificato in modo certo.

Tabella A, Colonna "O": l'importo indicato nella scheda 2025 è riferito alle seguenti convenzioni con: Azienda Ospedale-Università di Padova, Azienda Ulss n. 1 Dolomiti, Azienda Ulss n. 3 Serenissima e Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Personale Universitario in Convenzione

Per l'anno 2025 e per il triennio 2026-2028 si espone quanto segue:

Tabella A, Colonna "B": sono stati inseriti i dati relativi al personale universitario convenzionato (docente, tecnico, amministrativo) operante nelle strutture aziendali.

Per il calcolo dei Full Time Equivalent (FTE) riferiti al personale docente equiparato alla dirigenza medica (professori di prima e seconda fascia e ricercatori), si è tenuto conto che l'impegno assistenziale risulta essere pari al 50 per cento dell'impegno assistenziale stabilito per la dirigenza del SSR, come confermato da ultimo nel Protocollo d'intesa tra la Regione Veneto e l'Università degli Studi di Padova disciplinante l'apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del SSR, ex deliberazione del Consiglio Regionale del Veneto n. 151/2017.

Si precisa che il conteggio tiene conto del personale medico docente che potrebbe aggiungersi all'attuale, in relazioni alle posizioni per le quali l'Università degli Studi di Padova ha già chiesto il preventivo assenso all'inserimento in convenzione per l'avvio delle previste procedure selettive di competenza dell'Ateneo.

Si evidenzia peraltro che, nell'ambito del Corso di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia con sede a Treviso, giusta DGRV n. 1095/2022, potranno aprirsi ulteriori posizioni con valenza assistenziale presso strutture aziendali.

Per la dirigenza sanitaria è stato indicato 1 FTE riferito a un "tecnico di laboratorio di biologia clinica" equiparato a dirigente biologo, sulla base dei requisiti di ammissione previsti nel bando della procedura selettiva espletata dall'Ateneo.

Quanto al personale del comparto (tecnico-amministrativo), gli FTE sono stati quantificati considerando l'impegno settimanale a tempo pieno.

Tabella B, Colonna "D": il conteggio relativo al personale universitario convenzionato è stato quantificato per "teste", tenuto conto del personale inserito in convenzione o che convenzionato con altro Ente SSR svolge parte del proprio orario in ULSS 2 (1 docente), secondo gli specifici profili.

Altro Personale non dipendente - Specialistica Ambulatoriale Interna - SAI: anni 2026-2028

Per eseguire i conteggi si è partiti dal tetto di spesa evidenziato nella colonna "SAI" della tabella A per gli anni 2025 – 2028, pari ad € 19.902.520,95.

Tale importo è stato ripartito in percentuale tra dirigenza medica e dirigenza sanitaria (non dipendenti) in relazione alla situazione esistente al momento della rilevazione, come da tabella che segue:

	Tetto di spesa annuo	% Suddivisione costi	Numero ore
SAI	17.414.705,83	87,50%	318.542,27
SANITARI	2.487.815,12	12,50%	60.237,65
TOTALE	19.902.520,95	100%	378.779,92

Valutato un costo medio orario indicativo per i SAI pari ad € 54,67 e per i Professionisti Psicologi e Biologi pari ad € 41,30 - comprensivi delle voci variabili - si è calcolato il numero delle ore assegnabili per i rispettivi macroprofili:

- SAI € 17.414.705,83 / € 54,67 = 318.542,27 ore
- SANITARI € 2.487.815,12 / € 41,30 = 60.237,65 ore

Dalle ore così assegnabili è stato ricavato il numero degli FTE come di seguito esposto: considerato che un FTE è valorizzato in numero 1.976 ore annue (38 ore settimanali * 52 settimane), il totale delle ore assegnabili è stato suddiviso per tale valore. Si riportano in tabella i valori risultanti da tale calcolo:

	Numero ore	FTE
SAI	318.542,27	161,21
SANITARI	60.237,65	30,48
TOTALE	378.779,92	

Personale dipendente:

Struttura Ospedale

Incremento degli organici per adeguamento alla normativa (dgr 610/2014; dgr 614/2019) determinato dalla riorganizzazione aziendale che negli anni ha visto la graduale redistribuzione delle attività tra ospedale Hub e Spoke, nonché a seguito della normativa che nel tempo ha rivisto la dotazione dei posti letto (DGRV 614/2019), in seguito all'aumento della presenza media e dell'attività di Day Hospital, al fine di garantire una appropriata presa in carico degli assistiti.

Richiesta:

MEDICINA 1 e 2 TREVISO: n. 6 infermieri, n. 4 OSS

NEFROLOGIA CENTRO TRAPIANTI TREVISO: n. 3 infermieri, n. 3 OSS

NIDO TREVISO: n. 3 OSS

DEGENZE CITTADELLA TREVISO: n. 9 infermieri, n. 10 OSS

TERAPIE INTENSIVE CITTADELLA TREVISO: n. 12 infermieri, n. 12 OSS

NEUROPSICHIATRIA TREVISO: n. 6 infermieri, n. 6 OSS, n. 4 educatori. Attivazione di n. 8 posti letto dedicati alla Neuropsichiatria infantile.

TERAPIA INTENSIVA NEONATALE TREVISO n. 4 infermieri, n. 3 OSS

MEDICINA ODERZO: n. 2 infermieri, n. 2 OSS

CHIRURGIA ODERZO: n. 1 infermieri

DAY SURGERY ODERZO: n. 1 infermieri

PEDIATRIA ODERZO: n. 1 OSS

ANESTESIA E RIANIMAZIONE MONTEBELLUNA: n. 3 infermieri

GERIATRIA MONTEBELLUNA: n. 2 infermieri n. 2 OSS

PEDIATRIA MONTEBELLUNA: n. 2 OSS

TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE CASTELFRANCO: n. 1 infermiere
RADIOLOGIA CONEGLIANO: n. 5 tecnici di radiologia
CARDIOLOGIA CONEGLIANO: n. 2 infermieri

Incremento degli organici per adeguamento dotazioni in relazione all'aumento dell'attività:

Motivazione:

L'adeguamento degli organici è richiesto per ridurre le liste di attesa, l'attivazione di nuove sedute di Day Surgery in particolar modo gli interventi oculistici, l'attività diagnostica di gastroenterologia e gli ambulatori di pneumologia di Montebelluna. Per quanto riguarda il personale tecnico della riabilitazione, l'incremento richiesto è per velocizzare la presa in carico dei pazienti post intervento al fine di diminuirne la degenza ospedaliera. Il personale Tecnico Perfusionista richiesto permetterà di implementare il progetto della telemedicina con gestione da remoto dei pazienti portatori di pacemaker/defibrillatori. Il potenziamento dell'organico nell'ambito radiologico favorirà l'erogazione di prestazioni di alta qualità attraverso anche l'attivazione del quarto acceleratore.

Richiesta:

OCULISTICA TREVISO: n. 2 infermieri, n. 2 OSS
MEDICINA NUCLEARE TREVISO: n. 1 infermiere
RADIOLOGIA TREVISO: n. 1 infermiere
OSTETRICIA E GINECOLOGIA - TREVISO: n. 6 ostetriche, n. 6 OSS
RADIOTERAPIA ONCOLOGIA TREVISO: n. 4 tecnici sanitari radiologia, n. 2 infermieri, n. 3 OSS
EMODINAMICA TREVISO: n. 2 infermiere
NEURORADIOLOGIA TREVISO: n. 1 tecnici sanitari radiologia, n. 1 infermieri
AREA OMOGENEA CARDIOLOGICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA TREVISO: n. 2 OSS
GRUPPO OPERATORIO TREVISO: n. 8 infermieri, n. 8 OSS
SQUADRA TRASPORTI TREVISO: n. 12 OSS
EMATOLOGIA TREVISO DEGENZA: n. 3 infermieri, n. 6 OSS Organizzazione e attivazione della nuova degenza per il trapianto allogenico
DIALISI ODERZO: n. 2 infermieri
OSTETRICIA E GINECOLOGIA – PMA - ODERZO: n. 1 OSS n. 1 ostetrica
OSTETRICIA E GINECOLOGIA – SALA PARTO – ODERZO: n. 2 ostetriche
OBITORIO ODERZO: n. 1 OSS
BLOCCO OPERATORIO DI ODERZO: n. 2 infermieri, n. 2 OSS
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ODERZO: n. 2 infermieri
OCULISTICA ODERZO: n.2 infermieri
PRESA IN CARICO PAZIENTE ONCOLOGICO ODERZO: n. 1 infermiere
LABORATORIO ANALISI ODERZO: n. 1 tecnico di laboratorio
LABORATORIO ANALISI ODERZO: n. 1 OSS
FARMACIA CASTELFRANCO: n. 1 infermiere
OCULISTICA MONTEBELLUNA: n. 1 infermieri, n. 1 OSS
MEDICINA FISICA RIABILITATIVA MONTEBELLUNA: n. 2 fisioterapisti
PNEUMOLOGIA MONTEBELLUNA: n. 2 infermieri, n. 1 OSS
GASTROENTEROLOGIA CASTELFRANCO E MONTEBELLUNA: n. 2 OSS
CARDIOLOGIA TREVISO – CASTELFRANCO MONTEBELLUNA: n. 3 tecnici perfusionisti
MEDICINA NUCLEARE CONEGLIANO: n. 1 tecnico di radiologia. Avvio a regime dell'attività radiologica con leucociti marcati.
MEDICINA GENERALE CONEGLIANO: n. 2 OSS

Progetto infermieri-tecnici specialisti con competenze avanzate

Motivazione:

L'art 16 comma 6 del nuovo CCNL del Comparto individua gli incarichi professionali per il personale del Comparto. L'analisi condotta nella nostra Azienda ha individuato alcuni setting di cura e di assistenza dove

sono indispensabili alcune elevate professionalità, di seguito elencati: infermieri impiantatori di PICC, infermieri wound care, infermieri enterostomisti.

Richiesta:

OSPEDALI AZIENDALI (Conegliano-Montebelluna-Treviso) – Amministratore di sistema RIS PACS: n. 3 tecnici di radiologia medica

GASTROENTEROLOGIA TREVISO: n. 1 infermiere

DERMATOLOGIA – PERCORSO MELANOMA - TREVISO: n. 1 infermiere

RADIOLOGIA TREVISO: n. 1 infermiere

NEUROLOGIA TREVISO: n. 1 infermiere

INFERMIERE PERCORSO DI TREVISO – CASE MANAGER: n. 6 infermiere

INFERMIERE PERCORSO DI ODERZO : n. 1 infermiere

INFERMIERE PERCORSO DI CASTEFranCO MONTEBELLUNA : n. 2 infermiere

INFERMIERE PERCORSO DI CONEGLIANO VITTORIO : n. 4 infermiere

Progetto adeguamento organici dei pronto soccorso aziendali e SUEM treviso

Motivazione:

La Dgrv 245/2017 e la Dgrv 1035/2019 definiscono i valori minimi di assistenza per il personale del pronto soccorso, al fine di un efficientamento del modello della presa in carico del paziente nei diversi setting di cura. In particolare la tabella del turno minimo di riferimento per il personale infermieristico è rappresentata nell'allegato B della delibera sopracitata e prevede il personale dedicato in relazione alla classe di accessi annui nei vari pronto soccorso che caratterizzano le Aziende Sanitarie. È perciò stata condotta una analisi organizzativa in tutte le UOC di Pronto Soccorso della nostra Azienda paragonando gli attuali organici del Comparto a quelli previsti dalla tabella regionale contenuta nell'allegato B della DGRV 1035 dello scorso mese di luglio.

Inoltre, secondo le linee guida ministeriali 2019 su OBI e triage, ovvero “Linee di indirizzo nazionali sull’osservazione breve intensiva – OBI “, per il Triage è previsto anche 1 unità Personale di supporto nelle 24 ore. Tale riorganizzazione è già iniziata nel 2020, si segnalano le unità necessarie a completamento della riorganizzazione.

La Centrale Operativa SUEM di Treviso ha visto la centralizzazione della gestione dei trasporti secondari e l’attivazione del volo notturno, motivo per il quale è necessaria una rimodulazione della dotazione organica.

Richiesta:

PRONTO SOCCORSO TREVISO: n. 5 infermieri, n. 6 OSS

CENTRALE OPERATIVA SUEM TREVISO: n. 5 infermieri, n. 2 OSS

PRONTO SOCCORSO ODERZO: 2 infermieri, 1 operatore tecnico – autista ambulanze

PRONTO SOCCORSO DI MONTEBELLUNA: n. 8 infermieri, n. 2 OSS

PRONTO SOCCORSO CASTELFRANCO: n. 8 infermieri, n. 2 OSS

PRONTO SOCCORSO DI CONEGLIANO: n. 4 infermieri

PRONTO SOCCORSO DI VITTORIO VENETO: n. 6 infermieri, n. 3 OSS

Adeguamento organico per servizio sociale ospedaliero

Motivazione:

Segnalazioni di casi complessi costantemente in aumento ad esempio dal Pronto Soccorso e dalla Medicina d’urgenza e dei casi di pazienti privi di documenti e di assicurazione sanitaria e/o senza fissa dimora.

Richiesta:

OSPEDALE DI TREVISO e ODERZO: n. 1 assistente sociale

OSPEDALE DI TREVISO: n. 4 OSS e n. 5 Infermieri implementazione progetto DAMA

STRUTTURA TERRITORIO

In riferimento al fabbisogno triennale dell'area territoriale, la richiesta di personale indicata potrà essere rivalutata alla luce dei cambiamenti organizzativi legati alla normativa – Legge Regionale n. 9, 4 aprile 2024 “Assetto organizzativo e pianificativi dei servizi sociali” e Decreto n. 77, 23 maggio 2022, “Progetto adeguamento organici dipartimento salute mentale”.

Motivazione:

La Dgr n. 1616 del 17/06/2008 stabilisce i criteri per l'accreditamento delle unità di offerta della salute mentale e i requisiti minimi (per il CSM: 1 operatore/3000 abitanti, apertura dalle ore 8.00 alle ore 20.00); la Dgr n. 651 del 9 marzo 2010 “Progetto obiettivo regionale per la tutela della salute mentale” (2010-2012); la Dgr 371 del 08/04/2022 nello specifico per il personale da attribuire alle attività dei DCA e dei CSM.

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO NORD: n. 2 infermieri, n. 1 assistente sociale, n. 4 educatori

DISTRETTO TREVISO SUD: n. 2 infermieri, n. 3 educatori

DISTRETTO ASOLO: n. 4 infermieri, n. 1 educatore

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 3 infermieri, 1 educatore

Progetto adeguamento organici distretto socio sanitario – uoc area disabilità e non autosufficienza

Motivazione:

Aumentare la presa in carico dell'utenza, visto il continuo aumentare della complessità assistenziale e spesso all'assenza del caregiver familiare.

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO NORD - AREA DISABILITÀ: n. 1 OSS

DISTRETTO TREVISO SUD - AREA DISABILITÀ: n. 2 OSS, n. 1 educatore

DISTRETTO TREVISO SUD – NON AUTOSUFFICIENZA: n. 2 assistente sociale, n. 1 OSS, n. 2 infermieri

DISTRETTO ASOLO – NON AUTOSUFFICIENZA: n. 1 assistente sociale

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO – NON AUTOSUFFICIENZA: n. 1 assistente sociale, n. 3 infermieri

Progetto adeguamento organici distretto socio sanitario – uoc infanzia adolescenza

Motivazione:

Aumentare la presa in carico dell'utenza, mantenere i contatti con Ufficio Scolastico Provinciale, Comuni del Territorio, Scuole e Famiglie

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO - ETA' EVOLUTIVA: n. 3 educatore

DISTRETTO ASOLO – ETA' EVOLUTIVA: n. 1 assistente sociale

DISTRETTO PIEVE - ETA' EVOLUTIVA: n. 1 educatore

Richiesta:

ATTIVITÀ SPECIALISTICHE DISTRETTO TREVISO: n. 17,5 infermieri, n. 3 ostetriche, n. 9 OSS

Case della comunità e infermiere di famiglia

Motivazione:

Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, prevede l'attivazione delle Case della Comunità, strutture aperte 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, che offrono servizi sanitari e socio-sanitari di prossimità alla popolazione e prevedono l'inserimento della figura dell'infermiere di famiglia e personale dedicato.

DGR 782 16 giugno 2020 - Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria, ha come cardine il potenziamento dell'assistenza domiciliare (art. 1, comma 3 e 4) e l'inserimento della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità. Tale nuova figura svolge l'attività sia presso gli ambulatori distrettuali sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI. L'infermiere di famiglia è il professionista che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, lavora a domicilio, con un ruolo attivo di educazione terapeutica sia verso la persona assistita che verso il caregiver (allegato A DGR 782/2020).

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO NORD: n. 9 infermieri, n. 6 OSS

DISTRETTO TREVISO SUD: n. 9 infermieri, n. 6 OSS

DISTRETTO ASOLO: n. 12 infermieri, n. 8 OSS

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 11 infermieri, n. 9 OSS

Attivazione specialistica territoriale: qualifica, riorganizzazione ed ampliamento dell'offerta dei servizi/prestazioni

Motivazione:

Potenziare e, al contempo qualificare, l'attività di prestazioni ambulatoriali del Distretto Socio Sanitario di Pieve di Soligo per assicurare le liste d'attesa in tale area.

Richiesta:

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 1 infermieri n. 1 OSS

Cure primarie e domiciliari: distretto di pieve di soligo

Motivazione:

Supportare l'infermiere in caso di pazienti selezionati con particolari criticità e complessità. A questo si aggiunge l'attività di gestione parco auto, alla gestione del magazzino economale e farmaceutico.

Richiesta:

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 3 OSS

Progetto riorganizzazione COT

Motivazione:

Decreto 23 maggio 2022, n. 77 " Regolamento recante definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN. Piano Operativo Regionale (POR) Decreto Regionale n. 49 del 18/5/22 pubbl. BUR n. 75 del 28/06/22. Realizzazione del Piano Regionale in attuazione del PNRR missione 6 salute, componenti investimento 1 e 2, approvati con DGRV 368 del 2022 Approvazione POR aggiornato. Previste in Azienda 8 sedi COT (TV n. 3, Pieve n. 3, Asolo n. 2); Standard di personale: 4 infermieri, 1 unità di personale di supporto per ciascuna sede; 1 Coordinatore Infermieristico per Distretto (tot. n. 3).

Richiesta:

DISTRETTO TREVISO: n. 3 infermieri, n. 2 OSS

DISTRETTO ASOLO: n. 4 infermieri, n. 2 OSS

DISTRETTO PIEVE DI SOLIGO: n. 7 infermieri, n. 3 OSS

STRUTTURA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Motivazione:

Adeguamento degli organici a seguito di normative Europee, Nazionali e Regionali.

Per quanto riguarda:

-UOC Medicina dello Sport viene prevista l'apertura di un ambulatorio dedicato alla valutazione clinica e strumentale dei genitori degli atleti con patologie cardiache rare che necessitano approfondimenti clinici e di supporto psicologico. Viene inoltre effettuata attività diagnostica di 2° livello contribuendo così, insieme ai Servizi di Cardiologia, allo smaltimento delle liste d'attesa ed un supporto diagnostico al centro di Fibrosi Cistica per la valutazione dei pazienti candidati a nuove terapie di supporto. Di conseguenza, l'aumento di attività comporta una rivalutazione della dotazione organica, oltre che medica, anche del personale del comparto che risulta indispensabile per la realizzazione delle prestazioni sempre più richieste.

-Servizi veterinari per la gestione delle Allerte alimentari previste dalla normativa comunitaria Regolamento CE 625/2017 e normativa Regionale.

-SIAN: garantire le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale.

-SIAPZ: trasferire le competenze che attualmente sono in carico ai Medici Veterinari, in riferimento ai piani di campionamento della PNA (mangimi) e PNR (residui in allevamento), alle attività di ispezione delle strutture Registrate.

-SISP: garantire le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale e le attività di vigilanza e sorveglianza in ambito di Prodotti Cosmetici prevista dal Decreto 27 settembre 2018 del Ministero della Salute.

-SPISAL: garantire il raggiungimento del 5% delle ispezioni nelle aziende come previsto dai LEA Nazionali e Regionali e le attività di vigilanza ed ispezione in ambito REACH e CLP come previsto dai regolamenti CE n° 1907/2006 e 1272/2008 e dalla programmazione Regionale annuale.

Richiesta:

SERVIZIO VETERINARIO PIANI CAMPIONAMENTO, ALLERTE E AUDIT: n. 1 tecnici della prevenzione

SERVIZIO VETERINARIO IGIENE ALLEVAMENTI E PRODUZIONI ZOOTECNICHE: n. 1 tecnici della prevenzione

SERVIZIO IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE: n. 3 tecnici della prevenzione

SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA: n. 1 tecnici della prevenzione

SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO: n. 1 tecnici della prevenzione

MEDICINA DELLO SPORT: n. 1 infermieri

UUAI UFFICIO UNICO ASSISTENZA IMPRESE: n. 1 tecnici della prevenzione

UOC PROFESSIONI SANITARIE

Motivazione

Adeguamento tutor didattici per innalzamento del numero di studenti dei vari corsi di laurea delle professioni sanitarie attivi in Treviso.

Richiesta:

CORSO DI LAUREA: n. 1 infermieri

Le successive richieste di autorizzazione all'assunzione verranno inserite nei piani trimestrali di assunzione, quale strumento attraverso il quale l'Azienda darà progressivamente attuazione al piano dei fabbisogni di personale.

Con nota 28.11.2025 prot. n. 227779, è stata trasmessa alla Direzione Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, la deliberazione del Direttore Generale n. 2591 del 28.11.2025 relativa all'adozione del Piano dei Fabbisogni di Personale triennio 2026-2028 e aggiornamento anno 2025, composto dai sottoelencati documenti che costituiscono parte integrante dello stesso:

- 1) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2025;
- 2) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2026;
- 3) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2027;

- 4) Tabella A - Piano Fabbisogno del Personale Anno 2028;
- 5) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025;
- 6) Tabella B - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2026;
- 7) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2026;
- 8) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2027;
- 9) Tabella C - Previsione progetti di internalizzazione Anno 2028.

In data 29 dicembre 2025 con nota prot. 245395, la Direzione Area Sanità e Sociale della Regione Veneto ha approvato l'aggiornamento del Piano Triennale dei fabbisogni del personale 2025 e il piano triennale dei fabbisogni di personale 2026-2028 di cui alla suindicata nota del 28.11.2025 prot. n. 227779.

Processi di inserimento delle persone con disabilità

Con deliberazione n. 1720/2024, la dott.ssa Alberta Giomo, Direttore UOC Disabilità e Non Autosufficienza di Treviso, è stata nominata Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità. La nomina è avvenuta avendo riguardo alla normativa che disciplina le assunzioni ed il tirocinio delle categorie protette, anche mediante adozione di programmi di assunzione ai sensi dell'art. 11 della L. n. 68/1999.

Si riporta quanto previsto dall'art. 39-ter del D.Lgs. n. 165/2001, in merito alle funzioni attribuite al Responsabile dei processi di inserimento delle persone con disabilità:

1. *curare i rapporti con il centro per l'impiego territorialmente competente per l'inserimento lavorativo dei disabili, nonché con i servizi territoriali per l'inserimento mirato;*
2. *predisporre, sentito il medico competente della propria amministrazione ed eventualmente il comitato tecnico di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68, gli accorgimenti organizzativi e proporre, ove necessario, le soluzioni tecnologiche per facilitare l'integrazione al lavoro anche ai fini dei necessari accomodamenti ragionevoli di cui all'articolo 3, comma 3-bis, del decreto legislativo 9 luglio 2003, n. 216;*
3. *verificare l'attuazione del processo di inserimento, recependo e segnalando ai servizi competenti eventuali situazioni di disagio e di difficoltà di integrazione.*

Con la presente relazione si vuole aggiornare sull'attività svolta al fine di facilitare l'integrazione al lavoro delle persone con disabilità nell'Azienda Ulss n.2 Marca Trevigiana. Nella relazione sono riportate sia le necessità che le opportunità di interventi correttivi a fronte delle criticità emerse.

Attività svolte

Il tema degli inserimenti lavorativi per persone con disabilità è diventato obiettivo di budget dal 2023 anche per dare attuazione alla Convenzione di Programma stipulata con Veneto Lavoro il 21/11/2022, delibera del DG n. 2065 del 28/10/2022, quinquennio 2023-2027, aggiornata con deliberazione 1332 del 13 giugno 2025, quinquennio 2025-2030.

L'azienda ha approvato il seguente obiettivo di budget 2025:

IS2312-Costituzione di un tavolo di lavoro per i lavoratori con disabilità per definire la procedura di collaborazione in attuazione della Convenzione di Programma 2023 -2027 (delibera 2065/2022).

Obiettivo trasversale dei seguenti servizi coinvolti:

- Servizio Prevenzione e Protezione
- Direzione Professioni Sanitarie
- Gestione risorse umane
- Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Asolo
- Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Treviso
- Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Pieve di Soligo
- Servizio integrazione lavorativa (SIL)
- Professioni Sanitarie Territoriali

Il tavolo di lavoro si è riunito 4 volte nel corso dell'anno.

Con riferimento alla funzione indicata al punto 1. dell'art. 39 ter, D.Lgs. 165/2001, al fine di facilitare le relazioni tra Azienda ULSS 2 e gli uffici preposti di Veneto Lavoro, ente gestore dei Centri per l'Impiego e delle liste di collocamento dei disabili, nel 2025 per tramite del SIL è stato organizzato un incontro di

verifica tra il tavolo di lavoro e la dirigente responsabile di Veneto Lavoro ambito di Treviso per la verifica dell'attuazione della Convenzione di programma, e per la valutazione dell'esperienza dei percorsi di tirocinio con l'esito di riprogrammazione degli inserimenti per il quinquennio 2025-2030.

Inoltre il costante raccordo con i Centri per l'Impiego territoriali (Montebelluna, Castelfranco Veneto, Treviso, Oderzo, Conegliano e Vittorio Veneto) viene mantenuto dal SIL. Vengono infatti gestiti i tirocini ai sensi della Legge 68/99, con l'organizzazione degli appuntamenti per l'avvio dei tirocini stessi, gestione delle pratiche amministrative del tirocinio (Convenzione e progetto formativo, modulistica varia per il pagamento delle indennità di partecipazione, ecc) e con la valutazione di eventuali candidati presi in carico durante i colloqui congiunti tra operatori del SIL e operatori del CPI, come previsto dalla dgr 2015/2019.

Data la rilevanza di questo processo e gli esiti positivi instaurati della collaborazione e integrazione innescata, l'obiettivo di budget è stato confermato anche per il 2026:

Formalizzazione del tavolo di lavoro, con i referenti dei servizi coinvolti, per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità in Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana. Definizione della procedura di collaborazione in attuazione della delibera di approvazione della nuova Convenzione di Programma - la n. 1332 del 13 giugno 2025 - con Veneto Lavoro per il periodo 2025 - 2030. Stesura delle procedure operative.

Azioni di sensibilizzazione del contesto lavorativo: relazione della responsabile del SIL e del coordinatore SIL distretto Asolo nell'incontro organizzato dalla dirigente delle professioni sanitarie con tutti i coordinatori dei servizi territoriali e ospedalieri a Treviso in data 24/10/2025.

Contatti e mappature delle posizioni lavorative: contatti con direttori, responsabili, coordinatori di unità operative della ns. azienda per mappare e individuare posizioni lavorative compatibili con percorsi di tirocinio formativi di persone in carico ai SIL dei 3 distretti; coordinamento e raccordo tra i colleghi del SIL dei 3 distretti e le unità operative (colloqui di conoscenza di utenti, incontri di presentazione con i referenti delle unità operative,) per dare una cornice nella quale inserire il singolo progetto rispetto all'obiettivo generale dell'Azienda con effetto di responsabilizzare e sensibilizzare le diverse unità operative coinvolte; sensibilizzazione e promozione dell'opportunità offerta dalla convenzione e in generale del valore e significato dell'inclusione presso le varie Unità operative.

Raccordo con l'U.O. Risorse Umane: collaborazione nella gestione degli avvisi per la selezione dei candidati tra i tirocinanti SIL, sia con l'ufficio personale che con i colleghi del SIL (informazioni su scadenze, raccolta delle relazioni di fine tirocinio, trasmissione della documentazione); raccordo con il referente delle Risorse Umane in merito alla raccolta dei fabbisogni di personale, segnalati dalle diverse unità operative e da dedicare/orientare a postazioni per persone segnalate dal SIL.

Si sottolinea la collaborazione con gli uffici delle Risorse Umane che gestiscono annualmente circa 12/13 concorsi riservati alle categorie protette della Legge 68/99 per tutti i profili professionali e con la Medicina Preventiva al fine di sottoporre al giudizio di idoneità l'aspirante lavoratore tirocinante prima di completare il processo formativo finalizzato all'assunzione.

Esiti della Convenzione di Programma:

Numero tirocini formativi avviati

Avvii annuali	n.
Anni prec. 2022	2
Anno 2022	2
Anno 2023	2
Anno 2024	13
Anno 2025	20
Totali	39

Numero tirocini formativi avviati negli anni nelle diverse sedi distrettuali. Si segnala un coinvolgimento graduale in tutti tre i territori distrettuali aziendali:

Tirocini attivati	
Sedi distrettuali	n.
Asolo	12
Pieve	6
Treviso	21
Totali	39

Numero tirocini per profili professionali individuati e compatibili con la modalità prevista dalla convenzione di programma:

Profili professionali	n.
Centralinista	1
Coadiutore Amm.vo	23
Op. tecnico	13
Portineria	2
Totali	39

CONCORSI ATTIVATI 2025

Qualifica	n. procedure	stato	dettaglio
Sanitari categorie protette L.68/99 – art.1 - Infermiere - Tecnico della prevenzione - Tecnico di radiologia - Tecnico di laboratorio - Ostetrica - Educatore - Assistente sanitario - Fisioterapista - Tecnico di neurofisiopatologia - Audiometrista - Logopedista	11	concluso	concluso
Sanitari categorie protette L.68/99 - art.18 - Infermiere - Tecnico della prevenzione - Tecnico di radiologia - Tecnico di laboratorio - Ostetrica - Educatore - Assistente sanitario - Fisioterapista - Tecnico di neurofisiopatologia - Audiometrista - Logopedista	11	concluso	concluso
Assistente amministrativo L. 68/99 – art. 1	1	in corso	fissare prove
Magazziniere L.68/99 – art.1	1	in corso	fissare prove

TIROCINI ATTIVATI

Qualifica	n. idonei (n. posti previsti da bando)
Coadiutore amministrativo	12 (3 posti)
Operatore tecnico	5 (2 posti)
Operatore tecnico	In attesa di pubblicazione bando (nuova convenzione)

ASSUNZIONI DA CONCORSO

Qualifica	n. idonei	stato	qualifica
Sanitari categorie protette L.68/99 – art.1	2 (1 assunzione)	concluso	Tecnico della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro

Numero delle assunzioni effettuate: a seguito dei tirocini, avvisi e poi tirocinio L. 68/99 risultano 8 assunzioni. Altre 2 persone in carico al SIL che hanno svolto tirocinio poi sono state assunte con concorso. Le 8 assunzioni effettuate a seguito dell’iter descritto sono state n. 4 nel 2024 e n. 4 nel 2025. Nell’ultimo avviso sono state selezionate 9 persone idonee a svolgere un tirocinio L. 68/99 finalizzato all’assunzione, tirocini in parte già avviati a dicembre 2025 e i rimanenti da gennaio/febbraio 2026.

Nel tavolo di lavoro inoltre sono state raccolte alcune criticità che sono state gestite con interventi di mediazione con le unità operative ospitanti e i lavoratori.

Conclusioni

Il lavoro svolto durante la presente annualità ha portato dei frutti rispetto al sistema di accoglienza del lavoratore fragile evidenziando il superamento delle barriere culturali in alcuni settori aziendali per l’inserimento delle persone con disabilità.

Questo è stato possibile grazie al significativo accompagnamento da parte del SIL nell’iter di inserimento che ha avuto come esito un miglioramento nella disponibilità di accoglienza.

Restano alcune criticità legate alla tipologia degli inserimenti che sono prevalentemente di area amministrativa con il rischio di saturare la disponibilità di posti e al notevole numero di lavoratori già assunti che nel corso degli anni hanno acquisito fragilità e disabilità quali prescrizioni lavorative e/o patologie invalidanti che non accedono alla richiesta di invalidità civile, Legge 104 e Legge 68.

A tale proposito si ritiene opportuno promuovere un’azione di welfare lavorativo che faciliti l’accesso ai percorsi del riconoscimento delle tutele previste dalla norma con il coinvolgimento del medico competente e della medicina legale.

Piano formativo aziendale

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana riconosce nella formazione non un semplice obbligo, ma una condizione abilitante fondamentale per la protezione e la creazione di Valore Pubblico. In linea con le Linee Guida PIAO 2025, la programmazione formativa è integrata nel ciclo della performance, garantendo che lo sviluppo delle competenze sia funzionale agli obiettivi strategici di salute della comunità.

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2026

Il riferimento per l'attività formativa è la Deliberazione n. 2803 del 19/12/2025. Il Piano recepisce le tematiche prioritarie regionali comunicate da Azienda Zero e si articola in circa 450 progetti, orientati alle sfide della transizione digitale, amministrativa ed ecologica. La partecipazione è, di norma, obbligatoria e da svolgersi in orario di servizio, con verifica dell'apprendimento e rilascio di attestato.

Direttiva Ministeriale e l'Obiettivo delle 40 Ore

L'Azienda recepisce la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del gennaio 2025 ("Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione"), che introduce standard quantitativi e qualitativi stringenti:

- **Obbligo delle 40 ore:** Ogni dipendente pubblico ha il diritto-dovere di partecipare ad attività formative per un numero di ore pro-capite annue non inferiore a 40.
- **Performance dei Dirigenti:** Il raggiungimento di questo target è configurato come uno specifico obiettivo di performance individuale per i dirigenti, responsabili di promuovere la partecipazione attiva dei propri collaboratori.

Transizione Digitale e Cybersecurity

Nel quadro della Sanità Digitale e in coerenza con gli obiettivi della Regione Veneto, l'Azienda ha inserito percorsi mirati alla sicurezza dei dati e all'innovazione tecnologica:

- **Progetto Regionale Cybersecurity (Cod. 2026.412):** Corso in modalità e-learning individuale volto alla sensibilizzazione e protezione delle infrastrutture digitali aziendali, con un impegno previsto di 8 ore.
- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0 (Cod. 2026.415/416):** Formazione specifica per personale di front-office e clinici per l'implementazione del nuovo sistema regionale, con un modulo complessivo di circa 20 ore.

Piattaforma Syllabus, Etica e Prevenzione

Per colmare i gap di competenze e rafforzare l'integrità amministrativa, sono programmate le seguenti azioni:

- **Piattaforma Syllabus:** l'Azienda promuove l'utilizzo della piattaforma del DFP per il raggiungimento di un livello di padronanza superiore nelle competenze digitali ed etiche, prevedendo per questo ambito circa 8 ore di formazione.
- **Etica e Prevenzione della Corruzione (Cod. 2026.230):** Attività dedicata alla revisione dei registri dei rischi e alla cultura della legalità, con un impegno di 8 ore.

Integrazione Funzionale al Valore Pubblico (Parte Funzionale)

Seguendo la logica della Piramide del Valore Pubblico, le azioni formative sono codificate per abilitare direttamente gli obiettivi operativi.

Piano delle azioni positive

Le amministrazioni pubbliche, in conformità all'articolo 48 del Decreto Legislativo n. 198/2006 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna), sono tenute a predisporre il Piano triennale di Azioni Positive (PAP). Questo strumento strategico è finalizzato all'individuazione e all'attuazione di misure specifiche volte a prevenire e contrastare qualsiasi forma di discriminazione eventualmente rilevata all'interno del contesto lavorativo.

L'Azienda, attraverso il presente Piano triennale, rinnova il proprio impegno a promuovere un ambiente lavorativo equo, inclusivo e rispettoso delle diversità, riconoscendo il valore della parità di genere e del rispetto del principio di non discriminazione come elementi essenziali per la crescita professionale e organizzativa.

Gli obiettivi generali del PAP sono:

- **garantire pari opportunità:** nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa quotidiana, nella formazione professionale e nei casi di mobilità interna;
- **promuovere il benessere organizzativo:** favorendo un'organizzazione del lavoro che supporti l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata;
- **diffondere la cultura di genere:** sensibilizzando sul rispetto del principio di non discriminazione e valorizzando la diversità come risorsa per l'organizzazione.

Il PAP si articola, nel suo insieme, in due parti:

- **attività conoscitive, di monitoraggio e analisi:** volte a individuare eventuali criticità e a raccogliere dati utili per definire le azioni positive;
- **azioni operative:** con l'indicazione degli obiettivi specifici, delle attività da intraprendere e delle tempistiche per la loro attuazione.

Attraverso il presente Piano, l'Azienda si propone di consolidare una cultura organizzativa improntata alla trasparenza, all'inclusione e al rispetto reciproco, migliorando la qualità dell'ambiente lavorativo e supportando lo sviluppo delle persone che vi operano. Per il triennio 2026-2028, le azioni positive già avviate e sotto descritte, vengono confermate senza soluzione di continuità.

Conciliazione Vita-Lavoro: Progetto HFC - Health Friendly Company

L'Azienda partecipa da alcuni anni al Progetto HFC - Health Friendly Company della Fondazione Onda (Osservatorio Nazionale della salute della donna e di genere) ottenendo, annualmente, il Bollino HFC. Per il biennio 2025-2026 è stata l'unica azienda sanitaria, a livello nazionale, premiata per l'attenzione alla salute ed al benessere dei propri dipendenti, promuovendo policy di welfare aziendale tra cui:

- misure legate al work life balance (orario flessibile, smart working) ed alla tutela dei lavoratori con malattie croniche;
- favorire un clima aziendale che abolisca lo stigma e la discriminazione attraverso le attività del Comitato Unico di garanzia per le pari opportunità: valorizzazione del benessere di chi lavora, rilevazione di criticità emerse con l'indagine regionale di clima organizzativo, che prevede la valutazione dei risultati al fine di individuare le azioni di miglioramento da adottare;
- attuazione di politiche a sostegno della maternità e della famiglia, con misure dedicate alle fasi pre-partum e post-partum;
- progetto "ferie solidali" che prevede la possibilità di cedere giorni di ferie ai colleghi che necessitano di assistere i figli minori.

Prevenzione e gestione delle aggressioni a danno degli operatori: adozione di un protocollo aziendale

Nel Novembre 2024 l'Azienda ha adottato un protocollo aziendale per la segnalazione, il monitoraggio, l'analisi e l'intervento per ogni atto o minaccia di violenza fisica, molestia, intimidazione, o qualsiasi altro comportamento minaccioso che si verifica sul posto di lavoro, a partire da minacce, abuso verbale, aggressione fisica.

La procedura di segnalazione viene avviata e gestita attraverso un software dedicato denominato “Segnal-Net” e si completa attraverso interventi di vario tipo, indicati in una apposita Flow Chart.

Formazione competenze relazionali: piano formativo di soft skills

Per il 2026 il piano formativo aziendale prevede oltre cinquecento attività di training con progetti individualizzati, corsi di formazione di gruppo e online, attività di team building e giochi di ruolo interattivi che simulano situazioni di criticità e chiameranno i corsisti a sviluppare competenze di fronteggiamento dello stress (strategie di coping), capacità di problem solving, di comunicazione, di gestione dei conflitti, di empowerment delle capacità relazionali.

Sportello di Ascolto: supporto psicologico al personale dipendente ed ai Team

L'Azienda da alcuni anni ha attivato uno specifico servizio di supporto psicologico al personale dipendente ed ai Team, presso il Servizio di Psicologia Ospedaliera, per tutte le problematiche afferenti o connesse al contesto lavorativo. L'accesso al Servizio può avvenire in due modalità: con accesso diretto o tramite richiesta e-mail a indirizzo dedicato. Con DDG n. 1333 del 13/06/2025 l'Azienda ha adottato il Regolamento Aziendale per il Funzionamento dello Sportello, inserendo nelle finalità anche la prevenzione del disagio e del burnout, la promozione del benessere organizzativo, il supporto nei casi di eventi critici o traumatici.

Indagine di Clima Organizzativo: partecipazione al Network regionale di Indagine di Clima

Da molti anni l'Azienda partecipa, insieme alle altre Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere del Sistema Sanitario Regionale, all'indagine di clima organizzativo condotta dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'indagine ha la finalità di conoscere l'opinione dei dipendenti su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i propri superiori. I risultati dell'indagine diventano oggetto di analisi per la pianificazione di azioni e interventi mirati a migliorare il clima aziendale e a creare condizioni di benessere organizzativo.

Prevenzione del fenomeno “Grandi Dimissioni”: Audit e Questionario Dimissioni Volontarie

Con DGRV n. 960 del 13/08/2024 la Regione Veneto ha approvato il piano regionale di contrasto alla carenza di personale del S.S.R. Veneto. Tra i macro-fattori viene annoverato il fenomeno delle “Grandi Dimissioni” che implicano motivazioni connesse alla percezione individuale e soggettiva delle condizioni di lavoro. L'Azienda si è dotata, negli anni, di uno strumento operativo che consente al personale del comparto, che presenta domanda di dimissioni volontarie, non vincolate al pensionamento, di effettuare un colloquio strutturato a cura del Servizio delle Professioni Sanitarie. Con DDG n. 1213 del 29/05/2025 è stato istituito un Gruppo di Lavoro responsabile delle attività finalizzate alla realizzazione degli obiettivi della DGR 960/24 che, nel corso del 2025, ha realizzato un piano integrato di azioni mirate: studiare le cause delle dimissioni inattese, promuovere stili di leadership supportiva, valorizzare le competenze avanzate del personale del comparto sanitario, gestire le mobilità interaziendali del SSR, aumentare attraction e retention nelle aree e nei settori disagiati, prevenire il burnout e il disagio psicologico del personale, mitigare gli effetti dell'invecchiamento del personale, utilizzare modelli organizzativi basati sullo skill mix change e lo staff mix change.

Tavolo Medicina di Genere

La medicina di genere risponde in definitiva al bisogno di una rivalutazione dell'approccio medico-scientifico in un'ottica di genere per migliorare non solo le conoscenze sui diversi aspetti alla base delle differenze, ma anche l'adeguatezza dell'intervento sulla salute. L'approccio clinico che caratterizza la medicina di genere è, non solo interdisciplinare e trasversale, poiché riguarda ogni branca e specialità, ma soprattutto pluridimensionale.

L'Azienda con Deliberazione n.1545 del 04/08/2023 ha istituito il Tavolo Aziendale di Medicina di Genere *“per la diffusione della medicina di genere mediante divulgazione, formazione e indicazione di pratiche sanitarie che nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, al fine di garantire la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale in modo omogeneo sul territorio nazionale (Ministero della salute).*

MONITORAGGIO

In questa sezione del documento sono illustrate le modalità con cui l'Azienda intende effettuare il monitoraggio degli obiettivi e delle misure elencate del presente Piano.

Il monitoraggio è trasversale per alcuni obiettivi di cui si darà conto nel prosieguo del documento. In linea con le indicazioni in tema di predisposizione del PIAO, è obiettivo dell'Azienda addivenire progressivamente ad un sistema il più possibile integrato di monitoraggio di tutto il sistema del Piano.

MONITORAGGIO PERFORMANCE

Per quanto riguarda gli obiettivi di performance l'Azienda ha sviluppato un sistema di misurazione che consente il monitoraggio periodico e la rendicontazione della performance su tre livelli:

- livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi degli obiettivi operativi indicati in questo documento (performance aziendale), con particolare attenzione agli obiettivi assegnati dalla Regione Veneto alle Aziende Sanitarie;
- livello di singola Unità Operativa, Complesse e Semplici Dipartimentali, individuate come autonomo centro di responsabilità (performance organizzativa);
- livello di singolo dipendente afferente all'area contrattuale sia della dirigenza che del comparto (performance individuale).

Il monitoraggio della performance organizzativa utilizza una serie di strumenti elaborati dal controllo di Gestione e messi a disposizione dei responsabili dei Unità Operativa e relativi delegati in una piattaforma aziendale accessibile dall'intranet aziendale.

Gli strumenti di monitoraggio sono:

- report Qlik budget: 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: riportano i dati relativi a un ambito specifico (ricoveri da flusso SDO, prestazioni ambulatoriali da flusso SPS, prestazioni di pronto soccorso, consumi di beni sanitari, ricoveri in hospice, registro operatorio ecc).

E' inoltre a disposizione dei Direttori di Distretto e dei Coordinatori delle Cure Primarie anche il Qlik per l'analisi delle prescrizioni specialistiche (Qlik prescritto SOGEI) al fine di analizzare l'andamento della domanda e i tassi di prescrizione degli MMG-PLS. Dal 2025 è stato sviluppato un qlk per il monitoraggio degli obiettivi previsti dal Patto della Medicina Convenzionata.

Il sistema di monitoraggio degli obiettivi contenuti nelle schede di budget utilizza prevalentemente i dati presenti nel sistema informativo aziendale ma anche dati raccolti direttamente dalle Unità Operative se non presenti nel sistema informativo.

MONITORAGGIO E RIESAME DELLA SEZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

MONITORAGGIO

Processi e attività oggetto del monitoraggio

L'attività di monitoraggio e riesame prevede un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento per ogni processo mappato. A seguito dell'implementazione dei piani di contenimento e delle azioni di miglioramento, infatti, non solo si devono misurare e valutare di nuovo i rischi gestiti, ma si deve soprattutto monitorare l'efficacia delle misure.

In accordo con il PNA 2019 e in continuità con i precedenti, il RPTC deve tenere conto dei risultati della rendicontazione e della relazione, analizzando le cause che hanno portato ad avere scostamenti rispetto ai

risultati attesi, individuando e programmando misure correttive, obbligatorie o ulteriori, in coordinamento con i dirigenti ed i referenti del RPCT, tra cui gli *owner* dei processi a medio ed alto rischio di corruzione individuati. Il livello di attuazione delle misure previste nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027 è risultato molto positivo.

Per lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione si rimanda quindi alla rendicontazione sulla Sezione rischi corruttivi e trasparenza effettuata attraverso la relazione per il riesame, la relazione ANAC, che il RPCT pubblica sul sito internet aziendale e trasmette annualmente alla Direzione aziendale e all'OIV, nonché alla relazione sul monitoraggio finale relativo all'attuazione delle misure di trattamento che il RPCT presenta ai vari referenti e *owner* dei processi. La rendicontazione è comunque sintetizzata anche all'interno del presente documento, atteso che nell'attività di programmazione bisogna tener conto dei risultati della rendicontazione.

Periodicità e modalità di svolgimento delle verifiche

Un primo monitoraggio (monitoraggio di primo livello) viene costantemente condotto dai direttori/responsabili di unità operativa, *owner* dei processi, fornendo evidenze concrete dell'adozione delle varie misure, come richiesto nella relazione annuale al RPCT.

I referenti individuati per le misure generali, gli *owner* dei singoli processi e i referenti responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione trasparente", presentano al RPCT entro il 30 novembre di ogni anno una relazione:

- sulle attività poste in essere in merito all'attuazione effettiva delle misure di trattamento;
- su qualsiasi anomalia accertata, costituente la mancata attuazione del presente Piano, specificando le azioni eventualmente adottate per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della prevenzione della corruzione azioni di correzione e monitoraggio continuo.

Tale monitoraggio è stato previsto come obiettivo di budget 2026 per tutte le unità operative interessate.

Gli stessi sono altresì tenuti a dar conto, all'interno della relazione, dell'indice di rischio corruttivo emerso dall'autovalutazione dei propri processi, da effettuare mediante specifico *format* trasmesso dall'Ufficio *Internal audit*.

È comunque altresì prevista una consultazione intermedia, al termine del primo semestre, volta a raccogliere eventuali segnalazioni particolari in merito all'andamento del percorso.

A tal fine, ogni referente del RPCT e *owner* del processo dovrà fornire una relazione eventuale, al termine del primo semestre, in caso di modifiche o scostamenti rispetto a quanto programmato, in modo che il RPCT possa eventualmente intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

Tuttavia, nel PNA 2019 si sottolinea come - per i processi a più alto rischio corruttivo - il monitoraggio di primo livello non è da ritenersi sufficiente e dovrà pertanto essere attuato, a campione, un monitoraggio di secondo livello da parte del RPCT. Tale monitoraggio consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio corruttivo previste nel Piano da parte delle singole unità operative, nonché la loro idoneità a ridurre il rischio corruttivo, secondo il principio della effettività.

Quanto programmato potrà subire delle variazioni in considerazione dell'eventuale necessità di aggiungere attività non pianificate che si dovessero rendere necessarie a seguito di segnalazioni da parte degli *owner* dei processi o da parte di altri soggetti, eventualmente anche attraverso il canale dei *whistleblowing*.

Una delle attività avviate già nel 2019 è il sistema di audit integrato, svolto dalla UOSD Sistemi di gestione della qualità aziendale, in cui si è applicata una *check list* per valutare la rispondenza a quesiti relativi a qualità, sicurezza paziente, sicurezza operatore, infezioni correlate all'assistenza, anticorruzione e *Internal Auditing*. Attraverso tale monitoraggio, viene in particolare valutato lo stato di conoscenza della strategia aziendale in tema di anticorruzione da parte del personale dipendente.

A causa dell'impegno profuso dalla UOSD Gestione dei sistemi di qualità, nel corso del 2025, l'attività realizzata nel corso dell'anno ha portato all'effettuazione di n. 23 audit integrati. Gli audit sono stati realizzati secondo le modalità definite dalla procedura aziendale "CdR AF4211 - Preparazione e conduzione degli audit organizzativo-gestionali", utilizzando la *check list* "allegato 4b *check list* audit qualità - sicurezza sul lavoro - sicurezza paziente - infezioni correlate all'assistenza - prevenzione della corruzione - *Internal audit*". I valutatori sono stati selezionati dall'elenco aziendale della citata procedura. La UOSD Sistemi di

gestione della qualità ha trasmesso al RPCT l'esito, perlopiù positivo, degli audit relativi all'anticorruzione, per cui si è reso comunque necessario un intervento informativo. L'attività di *audit* integrato proseguirà anche nel corso del 2026, la cui pianificazione - in corso di perfezionamento - verrà condivisa con il RPCT.

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure generali, previste nell'allegato 2, avviene mediante il raggiungimento di precisi indicatori (*output* di risultato), che consentono di valutare agevolmente il relativo raggiungimento, oppure attraverso specifici monitoraggi. In particolare, il monitoraggio degli obiettivi relativi alla formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione viene effettuata dalla UOSD Formazione mediante l'applicativo aziendale TOM, mentre quello relativo all'adempimento degli obblighi di pubblicazione avviene in sinergia con i referenti dell'RPCT.

Nel corso del 2025 inoltre è proseguita l'attività di verifica a campione da parte dell'Ufficio trasparenza e anticorruzione, al fine di effettuare un monitoraggio diretto su alcuni ambiti specifici, come per esempio sulla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai consulenti ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 effettuate dai diversi servizi sul portale PERLAPA, nonché sulla raccolta delle dichiarazioni ex art. 35-bis del D.Lgs. n. 165/2001.

L'Ufficio, sulla base dell'esperienza maturata in questi ultimi anni, ha provveduto ad approvare una specifica procedura denominata "Verifiche a campione delle misure di prevenzione della corruzione", al fine di definire compiutamente ed in maniera trasparente parte delle attività di monitoraggio effettuate direttamente dall'Ufficio sull'applicazione di alcune misure di prevenzione della corruzione da parte degli uffici interessati.

Nel corso del 2025 si è continuato ad integrare le verifiche di competenza del RPCT con altre attività di monitoraggio già presenti in Azienda in base alla normativa vigente: in particolare, atteso che l'Ufficio *Internal audit* ha anche il compito di vagliare i verbali delle verifiche compiute mensilmente dal Collegio sindacale, è stato concordato che tale Ufficio comunichi al RPCT eventuali difformità di interesse che siano state riscontrate dal Collegio. Nel corso dell'anno non è stata comunicata alcuna difformità.

Infine, in ottemperanza a quanto previsto dall'allegato O della DGRV n. 2174/2016, dal Decreto della Regione del Veneto n. 93 del 10.09.2021 e dalla Delibera del Direttore Generale n. 1837 del 28.09.2022, l'RPCT ha provveduto, con nota prot. n. 0059654 del 27.3.2025, acquisite le relazioni di competenza della UOS Attività Specialistiche, dell'Ufficio relazioni con il pubblico e della CUP Manager, a trasmettere al Coordinatore del Nucleo aziendale di controllo, per il seguito di competenza, la dichiarazione sul buon funzionamento di tutti i processi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'allegato A della DGR 863/2011, attestando il rispetto di tutte le fasi del processo di prenotazione richieste dalla normativa in essere.

Riesame

L'attività di riesame consiste nel valutare il funzionamento del sistema di prevenzione della corruzione nel suo complesso, anche allo scopo di considerare eventuali ulteriori elementi che possano incidere sulla strategia di prevenzione della corruzione e ad indurre a modificare il sistema di gestione del rischio per migliorare i presidi adottati.

Il riesame è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione, affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi, secondo il principio del "miglioramento progressivo e continuo".

Il riesame riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio, al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Nel 2025 il riesame è stato effettuato dal RPCT trasmettendo alla Direzione strategica, la nota prot. n. 0243737 del 23.12.2025, una specifica relazione sull'attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025 – 2027, al fine di consentire ai Direttori di segnalare eventuali criticità riscontrate nella strategia di prevenzione della corruzione posta in essere nel corso dell'anno, e di suggerire eventuali misure di prevenzione più adeguate e sostenibili in vista dell'aggiornamento del PIAO.

Obiettivo strategico 3 - Sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi					
Misura di prevenzione della corruzione	Obiettivo operativo	Indicatore di monitoraggio	Valore soglia 2026	Target biennio 2027-2028	Unità operative / Uffici interessati
Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza	Rendicontazione dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello)	Relazione al RPCT	Sì	Sì	Owner dei processi interessati
	Verifica dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio secondo livello)	Report verifiche (a campione, audit integrati, etc ...)	Sì	Sì	RPCT; Ufficio trasparenza e anticorruzione

MONITORAGGIO DEL PIAO

Come previsto dalla normativa che disciplina il PIAO e come indicato anche dal PNA 2022 e dal PNA 2025, l'Amministrazione dovrà procedere altresì ad un monitoraggio integrato per verificare l'idoneità del PIAO ad attuare veramente una costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, arrivando progressivamente a eliminare tutto ciò che non è strettamente indispensabile e utile verso l'esterno, cioè per rendere migliore il servizio per i cittadini.

Tale attività è realizzata attraverso un confronto tra i Servizi coinvolti nella redazione del documento e la Direzione aziendale, all'esito della quale si è provveduto ad una ulteriore semplificazione del documento e si è proseguito nell'integrazione, anche funzionale, tra le diverse attività e iniziative finalizzate al raggiungimento del valore pubblico.

ELENCO DEGLI ALLEGATI

Allegato 1 - Mappatura dei processi e registri dei rischi¹

Allegato 2 - Rischi corruttivi e trasparenza - Obiettivi e indicatori

Allegato 3 - Obblighi di pubblicazione

Allegato 4 - Piano dei fabbisogni

¹ Ancorchè ANAC, nel PNA 2025, abbia suggerito l'adozione di un allegato unico alla sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza", considerata la portata dei processi aziendali, si preferisce mantenere, in un'ottica di continuità con gli anni precedenti e di maggior chiarezza, n. 3 allegati della sottosezione in oggetto.