

Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

Sede Legale via Sant'Ambrogio di Fiera n. 37 - 31100 Treviso



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. 1339 del 30/06/2026

Il Direttore generale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ing. Giancarlo Bizzarri, nominato con D.P.G.R. n. 16 del 28 febbraio 2026, coadiuvato da:

Direttore amministrativo	- Mangione Patrizia
Direttore sanitario	- De Marco Maria Caterina
Direttore dei servizi socio-sanitari	- Sforzin Simona

ha adottato la presente deliberazione:

OGGETTO

ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2025 DELLA AZIENDA
ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

OGGETTO

ADOZIONE DELLA RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2025 DELLA AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

Il dirigente proponente dott. Domenico Sartor, Direttore della UOC Controllo di gestione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, verificata la compatibilità con le norme nazionali, regionali e regolamenti vigenti in materia, relaziona al Direttore Generale quanto di seguito riportato:

L'art. 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", prevede che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente "un documento (...) denominato "Relazione sulla performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti (...)";

Con D.G.R.V. n. 140 del 16 febbraio 2016 "*Organismi Indipendenti di valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15/10/2015 (L. R. 22/2011, art. 1, comma 2)*" la Giunta Regionale del Veneto ha approvato le "Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi Indipendenti di valutazione delle aziende del Servizio Sanitario regionale", specificando, nell'allegato A, che la Relazione sulla performance deve essere predisposta dall'Azienda, ed adottata con deliberazione del Direttore Generale, entro il 30 giugno di ogni anno e deve riportare i contenuti essenziali richiesti, tra i quali, la valutazione degli obiettivi individuali e delle strutture;

Come previsto dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia*" l'Azienda, con deliberazione n. 198 del 31 gennaio 2025, ha adottato il Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027 e ha approvato le schede di budget per Centro di Responsabilità. Tali schede sono state redatte inserendo gli obiettivi regionali di cui alla DGRV n. 1557 del 30 dicembre 2024 "*Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025*".

Con deliberazione n. 2305 del 16 ottobre 2025 "*Rinegoziazione del budget per centri di responsabilità anno 2025 dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana*" l'Azienda ha approvato la revisione delle schede di budget per Centro di Responsabilità anche alla luce dell'invio da parte della Regione Veneto, con nota prot. 71297 del 11 febbraio 2025, del documento illustrativo: "*Vademecum Obiettivi DG 2025 DGR 1557/2024 - Metodologia di Misurazione degli Indicatori e*

Criteri di Verifica degli obiettivi. Versione 1.0" e successiva Versione 2.0, trasmessa con nota protocollo n. 329360 del 3 luglio 2025.

L'Unità Operativa Controllo di Gestione ha provveduto alla misurazione degli indicatori relativi agli obiettivi definiti nelle schede di budget dei Centri di Responsabilità.

I Responsabili delle strutture tecnico funzionali (Direttori di Ospedale, Direttori dei distretti socio sanitari, Direttore del Dipartimento di Prevenzione) hanno provveduto alla valutazione dei risultati delle articolazioni organizzative loro afferenti secondo l'Atto aziendale e, qualora ritenuto necessario, hanno presentato delle proposte di modifica alla Direzione strategica. Il Direttore competente per Area si è espresso in seconda istanza confermando o modificando le proposte formulate dai Responsabili delle strutture tecnico funzionali. L'Organismo Indipendente di Valutazione nella seduta del 18 giugno 2026, dopo aver analizzato i risultati di budget dei Centri di Responsabilità e in particolare le valutazioni dei Direttori di Area, ha validato il processo di valutazione della performance organizzativa, nonché il processo di valutazione della performance individuale.

L'Unità Operativa Controllo di Gestione ha provveduto ad elaborare il documento "Relazione sulla Performance dell'anno 2025" che, qui allegato, costituisce parte integrante della presente deliberazione, allo scopo di evidenziare i risultati raggiunti dall'azienda nell'anno 2025. Tale documento contiene:

- i risultati di performance organizzativa ottenuti dalle schede di budget dell'anno 2025, presenti agli atti dell'unità operativa;
- i risultati di performance individuale ottenuti dalle schede di valutazione individuali dell'anno 2025.

Tutto ciò premesso si propone di approvare la "Relazione sulla Performance dell'anno 2025" dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, qui allegata, quale parte integrante della presente deliberazione

VISTE le Leggi Regionali n. 55 e n. 56 del 14 settembre 1994;

VISTO l'art. 3, comma 6, del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la suesposta relazione;

CONDIVISE le motivazioni in essa indicate e fatta propria la proposta del succitato Dirigente proponente;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore amministrativo, sanitario e dei servizi socio-sanitari, per le parti di rispettiva competenza;

DELIBERA

1. di adottare la Relazione sulla Performance dell'anno 2025 della Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana qui allegata quale parte integrante del presente documento (all. 1).

2. di inviare la Relazione sulla Performance dell'anno 2025 all'Organismo Indipendente di Valutazione della Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana per la validazione.
3. di incaricare l'UOC Controllo di gestione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana di provvedere alla pubblicazione della Relazione sulla Performance dell'anno 2025 e del Documento di validazione della Relazione sulla Performance dell'Organismo Indipendente di Valutazione sul sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nell'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente".
4. di dare mandato all'UOC Gestione risorse umane dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana di provvedere, in seguito a validazione della Relazione sulla Performance dell'anno 2025 da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, all'erogazione differenziata del saldo della retribuzione di risultato anno 2025, secondo i risultati della Relazione sulla Performance anno 2025.
5. di dare atto che il presente provvedimento diventa esecutivo dalla data della sua adozione.

Documento firmato digitalmente e conservato secondo la normativa vigente.

Per il parere favorevole di competenza:

Il Direttore amministrativo	Mangione Patrizia
-----------------------------	-------------------

Il Direttore sanitario	De Marco Maria Caterina
------------------------	-------------------------

Il Direttore dei servizi socio-sanitari	Sforzin Simona
---	----------------

**Il Direttore generale
Bizzarri Giancarlo**

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2025

AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

<i>Approvato da:</i>	<i>Validato da:</i>
<i>Direttore Sanitario</i> <i>Direttore Amministrativo</i> <i>Direttore dei Servizi socio sanitari</i>	<i>Direttore Generale</i> <i>DATA: .06.2026</i>

SOMMARIO

1	SINTESI DELLE INFORMAZIONI DI INTERESSE PER I CITTADINI E GLI ALTRI STAKEHOLDER ESTERNI.....	4
1.1	LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO	4
1.2	L'AZIENDA IN CIFRE	5
1.2.1	TERRITORIO E POPOLAZIONE.....	5
1.2.2	L'ASSISTENZA OSPEDALIERA	7
1.2.3	L'ASSISTENZA TERRITORIALE E SPECIALISTICA.....	9
1.2.4	LE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....	13
1.2.5	IL PERSONALE DIPENDENTE.....	19
1.2.6	ORGANIGRAMMA	20
2	I RISULTATI DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	21
2.1	I RISULTATI DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE.....	21
2.1.1	<i>Risultati obiettivi di Performance Aziendale</i>	<i>21</i>
2.1.2	<i>Risultati obiettivi per contenimento del rischio corruttivo e per lo sviluppo della trasparenza</i>	<i>23</i>
2.2	I RISULTATI DEGLI OBIETTIVI REGIONALI	31
2.3	I RISULTATI DI BUDGET DEI CENTRI DI RESPONSABILITÀ	37
3	RISULTATI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	45
4	RISORSE, EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	48
5	IL PROCESSO DI REDAZIONE DELLA RELAZIONE SULLE PERFORMANCE.....	53

Premessa

Il presente documento rappresenta la relazione conclusiva del ciclo di gestione della performance dell'anno 2025 e ha lo scopo di presentare i risultati raggiunti sulla base degli obiettivi fissati in sede di programmazione aziendale.

Il ciclo della Performance per l'anno 2025 ha avuto inizio negli ultimi mesi del 2024 con la predisposizione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025-2027, nel quale la Direzione aziendale, in conformità alle risorse assegnate, e nel rispetto della programmazione regionale e dei vincoli normativi di bilancio, ha indicato le linee strategiche generali per il triennio 2025-2027 e specificato gli obiettivi operativi per l'anno 2025.

Come previsto dal decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito dalla legge n. 113 del 6 agosto 2021, l'Azienda ha adottato il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) entro la scadenza del 31 gennaio 2025. Il PIAO, che accorpa e sostituisce il Piano delle Performance, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), il Piano triennale del fabbisogno del personale, il Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza e il Piano delle azioni positive, è stato adottato con deliberazione n. 198 del 31 gennaio 2025 *"Adozione del Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027 e del Budget per Centro di Responsabilità"*.

L'azienda ha sottolineato nella programmazione la centralità dell'individuo nella sua interezza e ha identificato una serie di obiettivi volti ad aumentare la sostenibilità nell'uso delle risorse, migliorare l'accessibilità e la prossimità al cittadino, sviluppare l'innovazione e la reingegnerizzazione dei processi e favorire l'umanizzazione delle cure.

Particolare rilievo è riservato agli obiettivi regionali approvati con DGRV n. 1557 del 30 dicembre 2024 *"Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi delle Aziende e Istituti del SSR per l'anno 2025"*, che rimangono il focus della programmazione aziendale; tali obiettivi sono stati dettagliati dalla Regione del Veneto nel Vademecum Illustrativo per l'anno 2025 (versione 1.0), trasmesso con nota protocollo n. 71297 del 11 febbraio 2025 e successiva versione 2.0, trasmessa con nota protocollo n. 329360 del 3 luglio 2025.

Il percorso di rinegoziazione delle schede di budget ha consentito di rivedere le schede precedentemente negoziate nel mese di gennaio: tali schede sono state approvate con deliberazione n. 2305 del 16 ottobre 2025 *"Rinegoziazione del budget per centri di responsabilità anno 2025 dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana"* e sono presenti agli atti dell'UOC Controllo di Gestione.

Nei mesi di maggio e giugno 2026 l'Azienda ha verificato il raggiungimento degli obiettivi di budget per i Centri di Responsabilità. A maggio 2026 è stata avviata la valutazione della performance individuale in relazione agli obiettivi raggiunti e ad altri fattori comportamentali di valutazione.

L'Azienda, pertanto, come chiusura del Ciclo della performance per l'anno 2025, ha elaborato la presente relazione che rendiconta ed evidenzia la performance organizzativa, la misurazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati e i risultati della valutazione individuale del personale dipendente.

La relazione è stata redatta tenendo conto delle indicazioni riportate nell'allegato A della DGRV n. 140 del 16 febbraio 2016 *"Organismi Indipendenti di Valutazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Approvazione delle Linee guida relative alla costituzione, al funzionamento e alle competenze attribuite agli Organismi predetti, in conformità alle disposizioni nazionali e regionali in materia. DGR n. 84/CR del 15 ottobre 2015 (L.R. 22/2011, art. 1, comma 2)"* e successive modifiche e integrazioni (DGRV n. 405 del 6 aprile 2017).

La Relazione viene sottoposta alla validazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione, i cui componenti sono stati nominati con deliberazione del Direttore Generale n. 1245 del 3 giugno 2025, e pubblicata nel sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente.

1 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholder esterni

1.1 La normativa di riferimento

Il quadro di riferimento normativo è rappresentato dal nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, contenuto nella Legge regionale n. 48 del 28 dicembre 2018, che ha introdotto importanti novità relative all'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale del Veneto (di seguito SSR), tra cui la principale, è la nuova impostazione dei servizi di assistenza e di cura. Ciò ha determinato la necessità di una serie di interventi specifici e coordinati, finalizzati a mantenere e garantire un'erogazione uniforme dei LEA su tutto il territorio regionale, sviluppare la rete assistenziale territoriale, rideterminare le reti cliniche ospedaliere, potenziare le iniziative di promozione della salute ed i piani di prevenzione, perseguire il massimo livello di appropriatezza in ambito farmaceutico, specialistico e protesico, identificare il fabbisogno strutturale e tecnologico della rete assistenziale, promuovere la formazione continua, la ricerca e l'innovazione.

A decorrere dal 1° gennaio 2017 la principale normativa di riferimento è la L.R. 19/2016 che ha ridefinito numero, assetto organizzativo e denominazione delle Aziende ULSS del territorio regionale e ha istituito l'Azienda per il governo della Sanità della Regione del Veneto (Azienda Zero), pertanto la programmazione aziendale del triennio 2025-2027 continua ad essere strettamente e prioritariamente correlata all'attuazione delle disposizioni conseguenti alla riforma del Sistema Sanitario Regionale.

Con DGRV n. 614 del 14 maggio 2019, in attuazione a quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la citata Legge regionale n. 48/2018, la Regione ha approvato le nuove schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle Aziende ULSS, dell'Azienda Ospedale-Università di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto – IRCCS, della Società partecipata a capitale interamente pubblico "Ospedale Riabilitativo di Alta specializzazione" e degli erogatori ospedalieri privati accreditati.

Successivamente la Regione Veneto, con DGR n. 136 del 15 febbraio 2022, ha aggiornato le schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie, già approvate con Delibera della Giunta regionale n. 614 del 14 maggio 2019 e successivamente modificate dalle DGR n. 1107 del 6 agosto 2020 e DGR n. 136 del 15 febbraio 2022, inserendo la progettualità delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità in coerenza con le indicazioni del PNRR previsti nella Missione 6 - Componente 1 e Investimento, rispettivamente, 1.1 e 1.3.

1.2 L'azienda in cifre

1.2.1 TERRITORIO E POPOLAZIONE

L'Azienda ULSS n. 2. Marca Trevigiana opera su un territorio coincidente con la provincia di Treviso ed ha una popolazione complessiva di 879.255 abitanti di cui il 10,37% di cittadinanza straniera (fonte: <http://www.demo.istat.it>, popolazione al 1° Gennaio 2025), distribuita su 94 Comuni per un'estensione totale di 2.497 Km². Cinque comuni (Conegliano, Castelfranco Veneto, Montebelluna, Mogliano Veneto e Vittorio Veneto) superano i 27 mila abitanti e il Comune di Treviso supera gli 85 mila abitanti.

A livello territoriale è articolata su 4 Distretti: Distretto Treviso Nord, Distretto Treviso Sud, Distretto Asolo, Distretto Pieve di Soligo. L'ambito territoriale risulta pertanto così suddiviso:

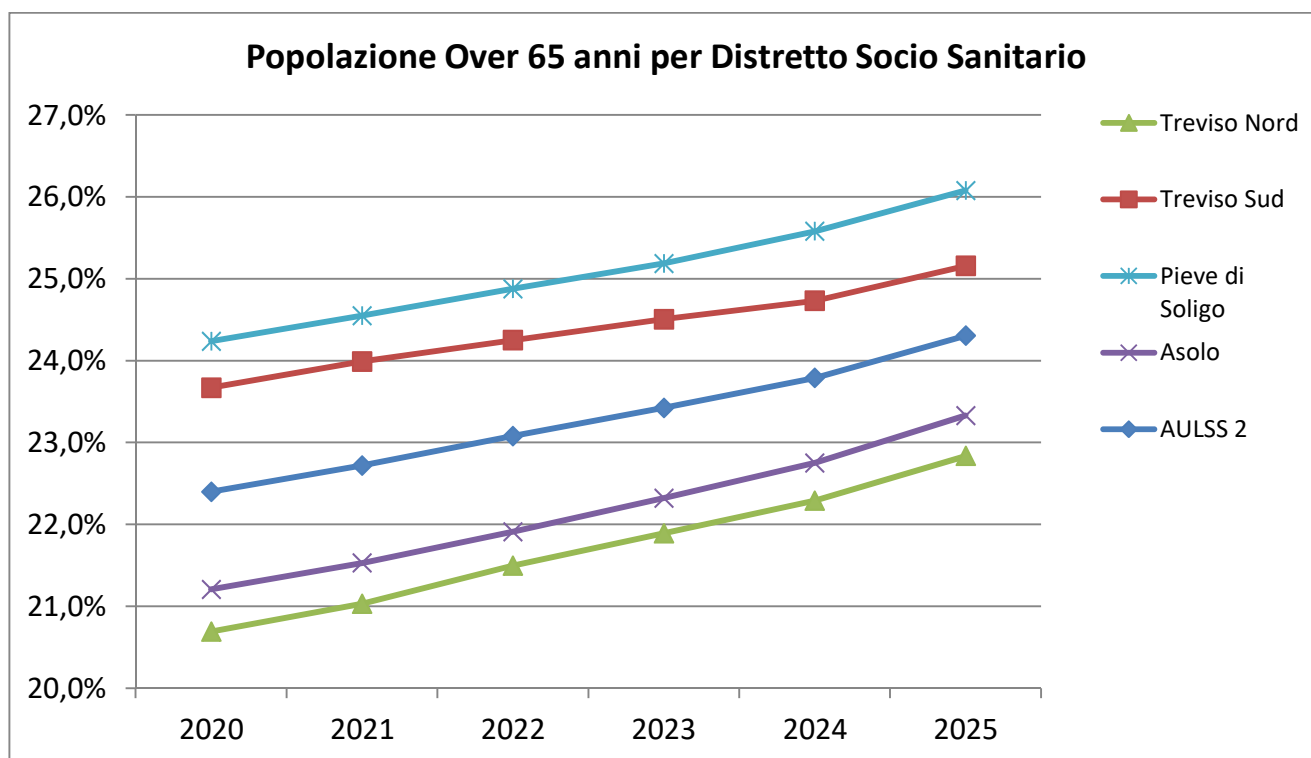


La distribuzione della popolazione residente nell'ULSS n. 2 Marca Trevigiana al 1° gennaio 2025, suddivisa per grandi classi di età e per Distretto, è la seguente:

	Distretto				totale
Classi d'età	Treviso Nord	Treviso Sud	Pieve di Soligo	Asolo	
0-14 anni	26.511	24.658	24.256	31.848	107.273
15-64 anni	135.911	132.949	130.781	158.652	558.293
65 e oltre	48.060	52.977	54.692	57.960	213.689
Totale	210.482	210.584	209.729	248.460	879.255

L'allungamento della vita media è l'aspetto demografico che contraddistingue non solo il nostro territorio, ma anche il nostro Paese nel contesto internazionale. Nell'ultimo quinquennio, infatti, l'incidenza in percentuale della popolazione over 65 anni della Regione sulla popolazione totale (della Regione stessa), è aumentata passando da 23,3% nel 2020, a 24,9% nel 2025. La stessa analisi sulla popolazione over 65 anni dell'Azienda ULSS n. 2 evidenzia un'analoga crescita pur mantenendosi su valori inferiori a quelli regionali (da 22,4% nel 2020 a 24,3% nel 2025). (Fonte: <http://www.demo.istat.it>).

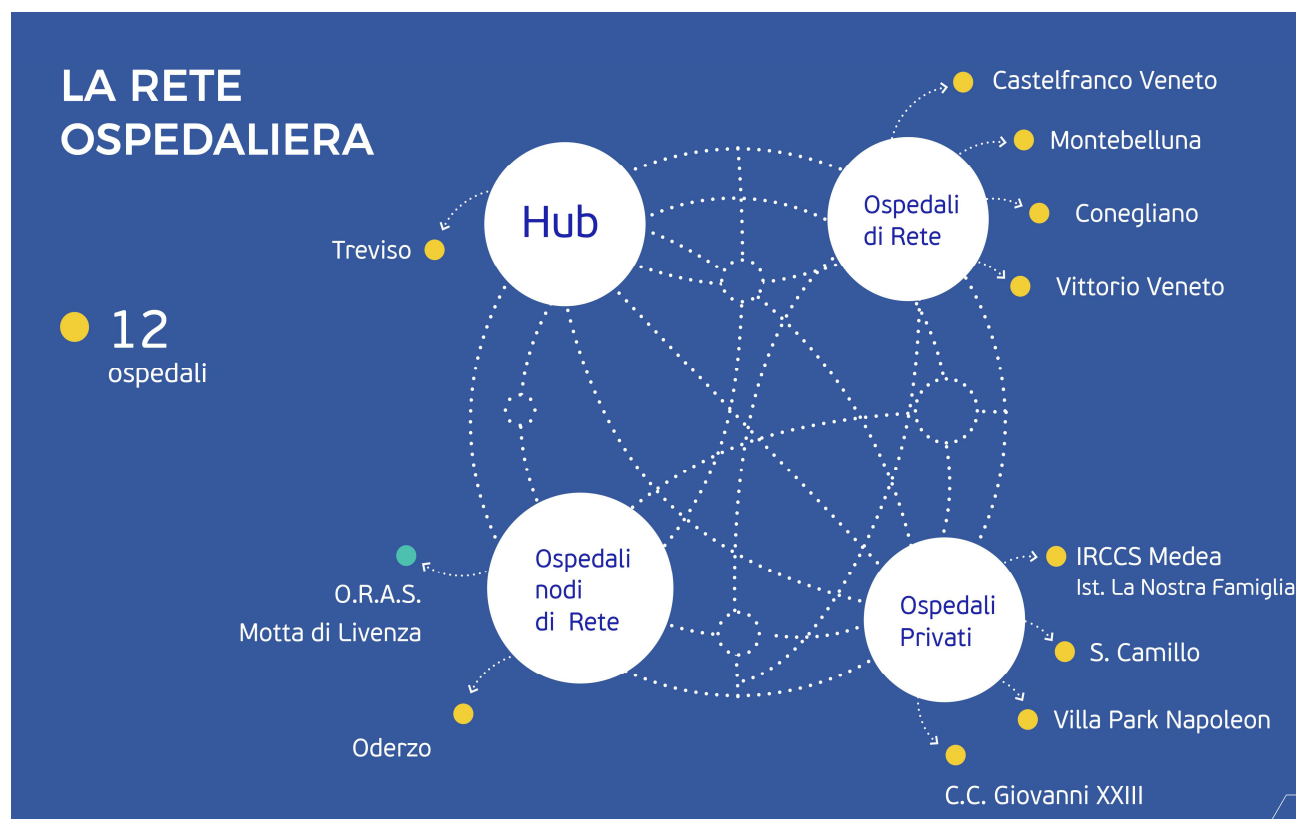
Focalizzando l'analisi sulla popolazione residente nei 4 Distretti Socio Sanitari dell'Azienda ULSS 2, si nota come l'incidenza della popolazione over 65 anni sul totale sia maggiore, ed in costante aumento, nel distretto di Pieve di Soligo (26,1% nel 2025), e più bassa rispetto all'Azienda sia nel distretto di Treviso Nord (22,8% nel 2025) che nel distretto di Asolo (23,3% nel 2025).



Indicatori relativi alla Popolazione					
Indicatore	2022	2023	2024	2025	Regione 2025
Indice di Dipendenza	0,568	0,570	0,570	0,575	0,579
Indice di Vecchiaia	1,75	1,82	1,89	1,99	2,12

L'indice di dipendenza si ottiene rapportando la popolazione residente in età non attiva (da 0 a 14 anni e da 65 anni e oltre) sulla popolazione in età lavorativa (da 15 a 64 anni). Il carico strutturale sulla popolazione in età attiva, è al di sopra del livello del 50 % ed indica una situazione di squilibrio generazionale.

L'indice di vecchiaia al 1° gennaio 2025 è pari a 199 persone di 65 anni e oltre, ogni 100 giovani con meno di 15 anni. (Fonte: <http://www.demo.istat.it>).



1.2.2 L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Di seguito, vengono espone una serie di tabelle rappresentative dell'attività ospedaliera svolta nell'anno 2025 con un confronto rispetto ai dati dell'anno 2024.

Confronto attività di ricovero per ospedale:

Anno Dimissione	2024			2025			Variaz.%		
Regime di ricovero	RO + WS	DH	Totale	RO + WS	DH	Totale	RO + WS	DH	Totale
TREVISIO	33.678	6.179	39.857	32.979	6.124	39.103	-2%	-1%	-2%
ODERZO	4.439	866	5.305	4.275	808	5083	-4%	-7%	-4%
CONEGLIANO	11.749	1.859	13.608	11.436	2.090	13.526	-3%	12%	-1%
VITTORIO VENETO	5.235	1.780	7.015	5.298	1.583	6.881	1%	-11%	-2%
CASTELFRANCO VEN.	5.931	1.228	7.159	5.794	1.490	7.284	-2%	21%	2%
MONTEBELLUNA	10.974	1.748	12.722	10.803	1.621	12.424	-2%	-7%	-2%
Totale	72.006	13.660	85.666	70.585	13.716	84.301	-2%	0%	-2%

Numero parti per ospedale:

Presidio ospedaliero	Anno 2024				Anno 2025			
	Parto Vaginale	Parto Cesareo	Totale	% parti cesarei	Parto Vaginale	Parto Cesareo	Totale	% parti cesarei
TREVISO	1.685	592	2.277	26%	1.743	649	2.392	27%
ODERZO	424	106	530	20%	404	122	526	23%
CONEGLIANO	653	115	768	15%	645	108	753	14%
CASTELFRANCO VENETO	312	63	375	17%	246	49	295	17%
MONTEBELLUNA	764	135	899	15%	785	134	919	15%
Totale	3.838	1.011	4.849	21%	3.823	1.062	4.885	22%

Accessi in pronto soccorso esitati in ricovero ospedaliero:

Pronto Soccorso	Anno 2024			Anno 2025		
	Numero di accessi	di cui ricoverati	% accessi esitati in ricovero	Numero di accessi	di cui ricoverati	% accessi esitati in ricovero
TREVISO	107.405	14.223	13,2%	109.828	15.109	13,8%
ODERZO	26.469	2.487	9,4%	27.897	2.338	8,4%
CONEGLIANO	58.788	4.749	8,1%	58.722	4.908	8,4%
VITTORIO VENETO	24.083	1.891	7,9%	24.825	1.906	7,7%
CASTELFRANCO VENETO	36.606	3.467	9,5%	36.155	3.643	10,1%
MONTEBELLUNA	42.778	4.753	11,1%	45.834	4.411	9,6%
Totale	296.129	31.570	10,7%	303.261	32.315	10,7%

Come per l'anno precedente, l'Azienda ha provveduto al recupero delle prestazioni previste dal Piano Operativo Aziendale 2025 e si è concentrata sullo sviluppo degli interventi previsti dalla C1 della Missione 6 Salute "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

Nell'anno 2025 i posti letto direttamente gestiti sono stati 2.050 (di cui 15 p.l. a pagamento e 143 culle), quelli convenzionati sono pari a 627 (di cui 22 p.l. a pagamento) unità. La distribuzione per istituto e tipologia è rappresentata dalle seguenti tabelle:

Posti Letto anno 2025				
Presidi Ospedalieri gestione diretta	D.H.	D.S.	R.O.	Totale
Ospedale di Treviso	21	35	834	890
Ospedale di Oderzo	11	23	135	169
Ospedale di Conegliano	6	14	301	321
Ospedale di Vittorio Veneto	1	7	140	148
Ospedale di Castelfranco Veneto	4	1	183	188

Ospedale di Montebelluna	4	15	315	334
Totale Presidi Ospedalieri gestione diretta	47	95	1.908	2.050
Posti Letto anno 2025				
Istituti IRCSS (Privati)	D.H.	D.S.	R.O.	Totale
IRCSS Medea Conegliano	20	-	25	45
IRCSS Medea Pieve di Soligo	15	-	11	26
TOTALE IRCSS	35	-	36	71
Posti Letto anno 2025				
Istituti Privati Accreditati	D.H.	D.S.	R.O.	Totale
O.R.A.S.	36	0	131	167
O.CL. S. Camillo	1	14	119	134
C.C. Giovanni XXIII [^]	-	15	155	170
C.C. Park Villa Napoleon	-	-	85	85
Totale Istituti Privati Accreditati	37	29	490	556

Le strutture ospedaliere pubbliche e private hanno avuto dalla Regione Veneto il riconoscimento di “autorizzazione all’esercizio” e di “accreditamento istituzionale”, secondo la normativa vigente.

1.2.3 L’ASSISTENZA TERRITORIALE E SPECIALISTICA

ASSISTENZA TERRITORIALE

Nel corso del 2025 l’attività sanitaria e socio sanitaria sul Territorio è stata caratterizzata dallo sviluppo delle progettualità legate all’attuazione del PNRR Missione 6.

Nello sviluppo del PNRR gli interventi della Missione Salute 6 - Componente 1 prevedono una riforma e specifici investimenti per lo sviluppo delle reti di prossimità, delle strutture territoriali e della telemedicina. Il Piano rappresenta, quindi, una grande opportunità per poter fare un sensibile passo in avanti nel diritto di accesso equo ad una rete assistenziale territoriale moderna, efficiente, integrata, accessibile e fruibile per tutti gli assistiti.

L’obiettivo è il rafforzamento delle prestazioni erogabili sul territorio, grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), all’implementazione dell’assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e ad una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, terzo settore compreso. Per la nostra Azienda in particolare sono previsti:

- 17 Case della Comunità;
- 9 (6 Pubblici + 3 Privati) Ospedali di Comunità.

Di seguito, vengono espone una serie di tabelle rappresentative dell’assistenza in strutture di cura intermedie nell’anno 2025 con un confronto rispetto ai dati dell’anno 2024.

	2024		2025		Var. %	
Struttura	Utenti	Giornate	Utenti	Giornate	Utenti	Giornate
URT Valdobbiadene	390	8.697	379	8.606	-3%	-1%
ODC Pederobba	391	10.909	287	10.903	-27%	0%

ODC Treviso	276	9.012	246	9.060	-11%	1%
ODC Castelfranco V.to	-	-	230	8.113	-	-

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, si riporta il confronto tra n. utenti, n. accessi e n. eventi (prese in carico) degli anni 2024-2025:

Utenti				Accessi		
	2024	2025	Var%	2024	2025	Var%
Treviso	14.181	14.321	1%	138.675	157.980	12%
Pieve di Soligo	6.999	7.148	2%	73.106	78.038	7%
Asolo	7.203	7.786	8%	98.458	98.155	0%
Totale	28.331	29.214	3%	310.239	334.173	8%

Nel 2025 l'azienda ha continuato a garantire le cure palliative domiciliari, come dimostrato dal confronto tra assistiti negli anni 2024-2025:

Numero utenti in terminalità	Anno 2024	Anno 2025	variazione
patologia prevalente oncologica si	1.969	2.041	72
patologia prevalente oncologica no	677	673	-4
Totale	2.610	2.664	54

Nel corso del 2025 l'Azienda ha proseguito nell'implementazione di vari progetti aziendali nell'ambito edilizio per lo sviluppo delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità secondo la progettazione programmata e condivisa a livello regionale.

Il D.M. 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN", in coerenza agli interventi previsti dalla C1 della Missione 6 Salute "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", ha inoltre delineato un nuovo assetto organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale definendone modelli e standard. Nel 2025 l'Azienda Ulss 2 ha proseguito la verifica dell'attuale organizzazione territoriale, iniziata nel 2023, al fine di evidenziare per i vari ambiti le modifiche necessarie per adattarsi al nuovo modello e programmare lo sviluppo della riorganizzazione prevista entro il 2026.

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Durante il 2020, dopo la prima fase emergenziale primaverile, la Regione ha indirizzato le aziende sanitarie verso il recupero dell'attività ordinaria emanando la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1329 dell'8 settembre 2020 "Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Art. 29, comma 9, decreto legge 14 agosto 2020, n. 104". A questo piano è seguito quello del 2021, approvato con Deliberazione n. 1061 del 03 agosto 2021, e il successivo approvato con deliberazione n. 162 del 22 febbraio 2022.

Con Deliberazione n. 822 del 04 luglio 2023, la Giunta Regionale ha definito le modalità di finanziamento per l'esercizio 2023 dei Piani Operativi delle Aziende Ulss finalizzati alla riduzione delle criticità delle liste di attesa relative alle prestazioni c.d. traccianti di attività specialistica ambulatoriale, così come definite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) vigente, con prioritario riferimento alle liste di preappuntamento con classe di priorità D (Differibile - 30 giorni). I Piani Operativi Regionali per il

recupero delle liste d'attesa non sono stati aggiornati negli anni successivi al 2023 ma sono stati sostituiti da assegnazioni di budget specifiche e motivate, con criteri definiti dalla Regione.

Le risorse assegnate all'Azienda ULSS 2 sono state suddivise in:

- acquisto di prestazioni da privato accreditato;
- acquisto di ore aggiuntive dai dirigenti medici e dal personale del comparto per il recupero delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- stipula di un accordo interaziendale con l'Azienda ULSS 1.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 2770 del 19 dicembre 2025, l'Azienda ha adottato il Piano Operativo aziendale del 2025. Relativamente alle prestazioni ambulatoriali, si evidenzia che l'azienda ha provveduto ad una riduzione delle prestazioni in preappuntamento previste dal Piano aziendale sopracitato.

Di seguito un confronto tra le prestazioni in preappuntamento (priorità D e P) ad inizio e fine del 2024.

	Totale pazienti in lista di preappuntamento al 01.01.2025	Numero prestazioni erogate I SEMESTRE 2025	Numero prestazioni erogate II SEMESTRE 2025	Totale pazienti in lista di preappuntamento al 31.12.2025
Numero altre prestazioni monitorate dal PNGLA erogate Classe D	918	44.194	27.499	897
Numero altre prestazioni monitorate dal PNGLA erogate Classe P	2.143	18.646	10.266	1.820

Come di seguito rappresentato dal tasso standardizzato complessivo (esclusa diagnostica di laboratorio), nel 2025 le prestazioni sono diminuite rispetto al 2024.

	anno 2024	anno 2025
Numero di prestazioni specialistiche erogate per abitante (tasso standardizzato, esclusa la diagnostica di laboratorio)	11,51	11,02

Dal tasso grezzo di prestazioni per 1.000 abitanti per branca, si nota una diminuzione per alcune branche, in particolare per le branche di Laboratorio, Medicina nucleare, Radioterapia, Oncologia ed Urologia. Un evidente incremento si evidenzia invece per la branca di Chirurgia plastica, Chirurgia generale e Chirurgia vascolare.

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale nel 2025 sono diminuite del 2% ed il loro valore (a tariffa regionale) è aumentato del 3%. Da tener presente che nel 2025 è cambiato il nomenclatore tariffario delle prestazioni ambulatoriali.

Di seguito si rappresenta il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale e l'importo da tariffa regionale, per tipologia di erogatore:

	2024		2025		Var. %	
	N. Prestazioni	Importo Tariffa Regionale	N. Prestazioni	Importo Tariffa Regionale	N. Prestazioni	Importo Tariffa Regionale
AMBULATORIALE PUBBLICO	11.938.566	176.849.783 €	11.752.575	186.022.012 €	-2%	5%
AMBULATORIALE PRIVATO	802.937	37.106.129 €	739.799	33.963.183 €	-8%	-8%
Totale	12.741.503	213.955.912 €	12.492.374	219.985.195 €	-2%	3%

Di seguito si rappresenta il numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale e l'importo da tariffa regionale, per tipologia di erogatore e per tipo prestazione:

EROGATORE PUBBLICO	2024		2025		Var. %	
	N. Prestazioni	Importo Tariffa Regionale	N. Prestazioni	Importo Tariffa Regionale	N. Prestazioni	Importo Tariffa Regionale
prestazioni di laboratorio escluso screening	9.115.460	41.398.088 €	9.038.552	38.750.615 €	-1%	-6%
prestazioni di screening	255.506	3.994.579 €	244.849	3.936.438 €	-13%	-10%
Screening HCV	34.919	239.451 €	2.272	10.750 €	-93%	-96%
altro (*)	2.276.318	125.582.175 €	2.322.335	137.958.669 €	2%	10%

(*) prestazioni esclusa branca laboratorio ed escluso screening (tutte le branche)

EROGATORE PRIVATO	2024		2025		Var. %	
	N. Prestazioni	Importo Tariffa Regionale	N. Prestazioni	Importo Tariffa Regionale	N. Prestazioni	Importo Tariffa Regionale
prestazioni di laboratorio escluso screening	234.824	1.167.402 €	204.878	1.278.603 €	-13%	10%
altro	568.239	35.939.809 €	534.563	32.659.936 €	-6%	-9%

Le prestazioni di screening erogate nel 2025 sono diminuite rispetto all'anno precedente.

L'offerta di posti letto delle strutture residenziali e dei posti semiresidenziali a gestione diretta è la seguente:

tipo struttura/tipo assistenza:	Posti letto			
	assistenza psichiatrica	assistenza alle persone con disabilità	assistenza ai malati terminali	attività ospedale di comunità
Struttura residenziale	12	98	10	56
Struttura semi-residenziale	106	342		

L'offerta dei posti letto delle strutture non a gestione diretta è la seguente:

tipo struttura/tipo assistenza:	Posti letto				
	assistenza psichiatrica	assistenza agli anziani	assistenza alle persone con disabilità	assistenza ai malati terminali	attività di ospedale di comunità compreso URT
Struttura residenziale	326	5.766	506	18	55
Struttura semi-residenziale	220	434	882		

1.2.4 LE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

VACCINAZIONI

Nel 2025 sono stati somministrati in totale 473.258 vaccini (98.982 utenti). Il dato del 2025, ha raggiunto la soglia del 95%, per tutti i vaccini offerti entro i 24 mesi di età e si discosta lievemente, in senso positivo, rispetto al dato del 2024. Il Servizio sta comunque mettendo in atto le azioni per aumentare le coperture vaccinali.

	Consuntivo 31/12/2024	Consuntivo 31/12/2025	Scostamento 2025 vs 2024
Polio	95,6%	95.7%	+ 0.1%
Difterite-Pertosse	95,6%	95.7%	+ 0.1%
Tetano	95,6%	95.8%	+ 0.2%
Epatite B	95,5%	95.7%	+ 0.2%
Morbillo-Parotite-Rosolia	95,7%	95.8%	+ 0.1%
Varicella	95,6%	95.7%	+ 0.1%
Pneumococco	88,7%	89.9%	+ 1.2%

Meningococco B	86,2%	86.9%	+ 0.7%
Meningococco ACWY	89,8%	89.2%	- 0,6%

**fonte dati QlikView. Il dato del 2025 è stato rilevato al 31 dicembre 2025.*

L'offerta è stata estesa anche alle altre classi di età cercando di garantire la somministrazione di tutti i vaccini previsti dal Calendario vaccinale della Regione Veneto.

	Consuntivo 31/12/2024	Consuntivo 31/12/2025	2025 vs 2024
Tetano dose 4 a 6 anni	88,9%	89.3%	+ 0.4%
Morbillo-Parotite-Rosolia dose 2 a 6 anni	89,1%	89.4%	+ 0.3%
Pneumococco a 65 anni	55,4%	55.8%	+ 0.4%
Herpes Zoster a 65 anni	54,7%	55.8%	+ 1.1%
Tetano dose 5 a 14 anni	75,3%	83.8%	+ 8.5%
Papilloma virus a 12 anni	74,0%	72.7%	- 1.3%
Meningococco ACWY a 14 anni	61,8%	57.5%	- 4.3%

**fonte dati QlikView. Il dato del 2025 è stato rilevato al 31 dicembre 2025.*

SCREENING

Il Servizio Programmi di Screening è organizzato in tre Centrali Operative (COS), dedicate rispettivamente allo screening mammografico (Montebelluna), cervicale (Conegliano) e colon-retto (Treviso), affiancate da un coordinamento centrale.

Il Servizio pianifica e organizza le attività, gestisce gli inviti, gli esiti e l'invio agli approfondimenti diagnostici e assicura il coordinamento con i centri clinici del territorio. Garantisce inoltre il monitoraggio continuo dell'intero percorso di screening, l'analisi dei dati e la produzione di report periodici. L'azione è orientata a garantire efficacia, qualità ed equità di accesso ai programmi a tutta la popolazione target anche attraverso iniziative di informazione e promozione, realizzate in collaborazione con Regione e terzo settore, e percorsi facilitati rivolti agli utenti con fragilità.

Nel 2025 sono stati raggiunti gli obiettivi regionali e nazionali di salute; è stata inoltre avviata l'estensione progressiva dello screening mammografico alla fascia 45-49 anni, come previsto dalla programmazione regionale. I 3 programmi hanno mostrato buone performance, evidenziate da adeguati livelli di copertura e adesione della popolazione target.

Principali indicatori 2025 (estrazione del 14/04/26)

Screening mammella

50*-74 anni	Copertura	Adesione
donne	69.7% (soglia NSG 60)	81.5%

Screening cervice

25-69 anni	Copertura	Adesione
donne	72.1% (soglia NSG 50)	64.2%

Screening colon-retto

50-71* anni	Copertura	Adesione
Donne e uomini	68.5% (soglia NSG 50)	68.4%

** in corso estensione progressiva*

SCREENING HCV:

Per l'anno 2025 sono continuate le attività mirate all'esecuzione dello screening nazionale per l'eliminazione del virus dell'epatite C (HCV). Lo screening coinvolge la popolazione generale nata tra il 1969 ed il 1989 ed in questo caso ha avuto inizio il 16 maggio 2022 sono inoltre interessate alcune popolazioni speciali (SerD e Carceri). In questo ultimo caso lo screening ha avuto inizio il 01/01/2021.

Il Dipartimento di Prevenzione coordina le attività di screening per la popolazione generale ed alla data del 31 dicembre 2025, su una popolazione nata tra il 1969 ed il 1989 di 252.562 persone, erano stati effettuati 85.501 prelievi di sangue per il test di screening. Questo ha permesso di individuare 67 casi di positività confermate e l'invio di 55 soggetti positivi, per le cure del caso, all'U.O.C di Malattie Infettive della nostra Azienda Sanitaria.

ATTIVITÀ SPISAL

Nel 2025 lo Spisal ha mantenuto il livello di attività del passato così come sono state mantenute altre azioni come la partecipazione a vari tavoli territoriali e la firma di protocolli di intesa con gli altri enti di vigilanza e le parti sociali.

In particolare ha attivamente partecipato ai lavori del tavolo prefettizio per il contrasto al fenomeno degli infortuni sul lavoro e sono stati effettuati numerosi sopralluoghi di vigilanza in modalità congiunta con gli altri enti di controllo e le forze dell'ordine. Altresì è proseguita la presenza dello Spisal nel tavolo prefettizio per di contrasto al lavoro nero con la partecipazione a due gruppi di lavoro che si occupano rispettivamente di vigilanza e di presa in carico.

Sono stati conclusi i piani mirati di prevenzione nei settori agricoli e dell'edilizia e avviato alla conclusione il piano mirato per la prevenzione dei danni di silice. Anche nel 2025 è stata data notevole importanza alla formazione del personale (REACH, vigilanza cantieri, malattie professionali gli argomenti specifici) e alla formazione nei confronti di lavoratori, datori di lavoro e delle loro organizzazioni. E' importante perseguire la formazione anche dei più giovani se si vuole diffondere la cultura della sicurezza e tal fine all' interno del protocollo di intesa tra SPISAL, SIRVESS, INAIL, Confindustria Veneto Est, Ufficio scolastico provinciale e Provincia della durata di tre anni si è dato corso alla realizzazione della seconda edizione del progetto "Sicurinsieme" per responsabilizzare gli studenti delle scuole secondarie di tutta la provincia alla sicurezza della sicurezza nei luoghi di lavoro anche attraverso il conseguimento del patentino di addetto antincendio e di primo soccorso.

Tutte queste attività sono state portate avanti senza trascurare le normali attività di vigilanza e di prevenzione, come si può evincere dalla tabella sottostante che estrapola una sintesi delle attività svolte dallo SPISAL nel 2025 confrontandole con quanto svolto nell'anno precedente:

	2024	2025
A.2.2 - N. complessivo di cantieri ispezionati	754	638
A.2.3 - N. complessivo di aziende + lavoratori autonomi ispezionati	1.734	1.563
A.2.4.1 - Numero aziende con controlli documentali in vigilanza senza sopralluogo (es: valutazione rischi, nomine, formazione, sorveglianza sanitaria e protocollo sanitario etc-)	561	561
A.7.2 - N. aziende in cui è stato controllato il protocollo di sorveglianza sanitaria e/o le cartelle sanitarie	185	339
A.7.3 - N. ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente (art. 41 comma 9 D.Lgs. 81/2008)	42	78

SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA

Il Servizio di Epidemiologia ha proseguito anche nel 2025 la diffusione del report settimanale sui ricoveri per sindromi respiratorie, strumento che ha sostituito stabilmente la precedente reportistica legata all'emergenza pandemica.

È proseguita anche la collaborazione con l'Istituto superiore di sanità per la gestione delle sorveglianze di popolazione PASSI (18-69 anni) e Passi d'Argento (65 anni e più) in ambito nazionale.

In Azienda, nel 2025, sono state effettuate 921 interviste PASSI e 509 interviste Passi d'Argento. Sempre per le sorveglianze di popolazione è stata completata l'indagine relativa ai bambini 0-2 anni (700 mamme intervistate). Per queste sorveglianze il Servizio di epidemiologia si è avvalso della collaborazione del Servizio Igiene e Sanità Pubblica. È stata inoltre avviata la nuova fase di analisi dei dati relativi agli stili di vita degli adolescenti (14-19 anni), a seguito della vasta rilevazione che ha coinvolto oltre 3600 studenti del territorio. Sul fronte della salute ambientale, la sinergia con ARPAV e ISPRA ha permesso di aggiornare l'analisi sulla correlazione tra tumori cerebrali e uso di dispositivi mobili, con la pubblicazione del nuovo report regionale. Parallelamente, è continuato il monitoraggio epidemiologico in collaborazione con SAVE-AERTRE relativo allo stato di salute della popolazione residente in prossimità dell'aeroporto di Treviso.

Per quanto riguarda la produzione scientifica, 2 lavori del Servizio Epidemiologia sono stati accettati (1 poster e 1 presentazione orale) al Congresso nazionale di Epidemiologia e 2 articoli sono stati pubblicati su European Journal of Public Health (impact factor 2024: 3.9) e su Hemasphere (impact factor 2024: 14.6). Inoltre, il personale del Servizio Epidemiologia ha condotto 4 cicli di insegnamento per il corso di laurea in Assistenza Sanitaria dell'Università di Padova e 1 ciclo di insegnamento dedicato ai ricercatori presenti in ULSS 2, ha provveduto al tutoraggio di 2 studenti del corso di laurea in Assistenza Sanitaria e ha collaborato con l'Ufficio Ricerca Clinica dell'ULSS 2 revisionando 28 studi clinici.

MEDICINA DELLO SPORT

Nell'anno 2025 è stato possibile implementare le attività di tutela sanitaria dell'attività sportiva e delle prestazioni cardiologiche di secondo livello. Si è leggermente ridotto il numero di valutazioni di nuovi pazienti affetti da patologie croniche non trasmissibili inviati da MMG, specialisti ospedalieri o territoriali per la prescrizione di esercizio fisico strutturato, per garantire la maggior richiesta di valutazioni e presa in carico al Centro di Riferimento Regionale per lo sport nei giovani con cardiopatia.

Nel 2025 sono state erogate 40.994 prestazioni così suddivise:

- 17.437 valutazioni medico sportive;
- 19.867 prestazioni cardiologiche di secondo livello (comprendenti: test da sforzo, ecocardiogramma, Holter, ECG, monitoraggio pressorio, registrazioni Nuubo);
- 117 arruolamenti pazienti affetti da patologie croniche;
- 422 pazienti afferenti al centro regionale per lo sport nei giovani con cardiopatia;
- 2.078 accessi in palestra nel programma prescrizione esercizio fisico;
- 449 colloqui psicologici;
- 624 valutazioni questionari psicologici.

ATTIVITÀ SISP

Il SISP nel 2025 ha continuato le sue attività istituzionali che riguardano ambiti molto diversi tra loro e che si è cercato di riassumere nelle tabelle che seguono. (L'attività vaccinale è stata già descritta sopra in un capitolo a parte).

	2024	2025
Verifica e registrazione notifiche: barbieri, acconciatori, estetiste, tatuaggio e piercing, attività ricettive, cosmetici	589	639
Parere/Certificato con sopralluogo per idoneità alloggio - IDA, sovraffollamento/ricongiungimento/permesso/soggiorno, inabitabilità/inagibilità	623	588
Parere deroga edilizia residenziale	230	171
Consulenza d'ufficio per l'applicazione di norme	42	45
Interventi di vigilanza Prodotti Fitosanitari (PreFit)	86	87
Parere su Piani Regolatori Generali (PRG), Piani Assetto del Territorio (PAT), Piani Assetto del Territorio Intercomunale (PATI), Piani di Intervento (PI), Regolamenti Edilizi, Varianti (L.R. 11/2004 e s.m.i.)	62	32
Vigilanza/Sopralluoghi per le verifiche di efficacia degli appalti per la disinfestazione (zanzara tigre)	62	35
Parere espresso in Conferenza di Servizi – CdS - Comunale/Provinciale/Regionale - (Urbanistica/Edilizia/Ambientale)	154	158
Perizie micologiche	63	78

ATTIVITÀ MEDICO LEGALE

Il Servizio di Medicina Legale svolge, su richiesta degli interessati, gli accertamenti sanitari volti alla valutazione del possesso di specifici requisiti previsti da specifiche disposizioni legislative.

Il Servizio eroga le seguenti prestazioni principali:

	2024	2025
Commissioni medico-legali preposte alla valutazione dello stato di invalidità, handicap, disabilità, cecità civile, sordità civile (n. domande valutate)	33.020	33.549
Commissione medico legale preposta all'idoneità alla guida (n. soggetti valutati)	11.789	11.787
Attività prelievi tossicologici CMLP	2.733	2.708
Attività di supporto medico legale all'Ufficio Sinistri e all'Ufficio Aziendale valutazione delle richieste di risarcimento danni promosse contro l'Azienda	9	97
Gestione delle richieste di indennizzo per danni conseguenti a somministrazione di emoderivati, trasfusioni e vaccinazioni, ai sensi della legge 210/92	20	11
Commissione porto d'armi	63	60
Certificazioni medico legali di 2° livello (accertamenti in tema di grave patologia, anticipo TFR/Fondo Pensione, Esenzione esame di lingua, pareri medici)	177	129
Commissione per il riconoscimento del lavoro part time per patologia	9	8
Collaborazione con l'Autorità Giudiziaria a finalità medico legali	10	7
Collaborazione con SISP per medicina necroscopica	158	224

ATTIVITÀ SIAN (SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE)

Il Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione espleta numerose attività che spaziano in ambiti diversi riassunte nelle tabelle successive. Si sottolinea la particolarità dell'impegno svolto nel supporto

formativo, autorizzativo e di controllo nei riguardi delle microimprese alimentari (imprese con organico sia inferiore a 10 unità lavorative annue e il cui fatturato annuale non superi 2 milioni di euro) e delle Piccole Produzioni Locali (piccole aziende che producono alimenti e li vendono al consumatore finale e al dettagliante locale nella provincia dell'azienda e nelle province confinanti), garantendo così la qualità e la sicurezza igienico-sanitaria di prodotti tipici e tradizionali del territorio.

Di seguito sono rappresentate alcune delle attività svolte:

	2024	2025
Numero nuove imprese registrate	1.166	1.088
Numero controlli ufficiali effettuati nelle imprese alimentari registrate e riconosciute (ispezioni + campioni alimenti e MOCA)	1.107	951
Numero imprese alimentari con controllo ufficiale	917	827
Numero campionamenti di acqua potabile effettuati	1.243	1.197
Numero di certificati di potabilità dell'acqua	50	56
Numero perizie micologiche effettuate verso privati	380	490
Numero di verifiche sulla vendita dei prodotti fitosanitari	10	46
Numero certificati per l'esportazione	1.260	1.320
Numero indagini su episodi di tossinfezione/intossicazione alimentare	576	955
Numero di partecipanti ai corsi di formazione inerenti all'educazione alimentare	838	1.480
Numero di valutazioni menu e diete speciali	82	49
Numero prime visite ambulatorio nutrizionale	37	168

ATTIVITÀ DEI SERVIZI VETERINARI

Anche in questo caso si è provveduto a riassumere le attività dei diversi Servizi in una serie di tabelle. Le azioni di controllo delle malattie trasmesse da alimenti (MTA) in ragione della particolarità organizzativa presente in ULSS 2, sono già state descritte sopra tra le attività innovative del Dipartimento Prevenzione.

	2024	2025
Profilassi delle malattie infettive (tubercolosi, brucellosi)	23.100	11.160
Cattura/recupero cani e gatti vaganti e incidentati	1.182	1.054
Cani e gatti sterilizzati	1.400	1.439
Controlli sierologici/virologici/batterologici per influenza aviaria - salmonellosi – malattie suini – malattie equine	1.203	1.352
Certificati ed attestazioni	2.249	2.398
Controllo ufficiale benessere animale in allevamento e nel trasporto	266	240

	2024	2025
Controlli ufficiali sull'identificazione degli animali ai fini della rintracciabilità delle carni	270	273
Controllo ufficiale sulla biosicurezza degli allevamenti	200	299
Controllo sicurezza igienico-sanitaria dei suini macellati a domicilio	508	383
Numero di allevamenti accreditati per Aujeszky, MVS, Salmonellosi, Trichinella sp, Tubercolosi e altre	949	980
Stabilimenti sottoposti a controllo	166	158
Altre attività di vigilanza al dettaglio	430	400
Ricerche residui di contaminanti e farmaci negli alimenti di origine animale (n.campioni)	2.730	2.334
Ricerche di agenti infettivi e loro tossine negli alimenti di origine animale (n.campioni)	23.244	11.100
Ricerche di agenti biologici infestivi negli alimenti di origine animale	6.336	4.024

1.2.5 IL PERSONALE DIPENDENTE

L'Azienda ULSS 2 si avvale prevalentemente di personale dipendente, assunto con contratto a tempo indeterminato o determinato. Al 31 Dicembre 2025 il personale era costituito da 9.477 unità, dato pressochè in linea con l'anno precedente. Dal punto di vista della composizione per ruolo, il 69% del personale dipendente appartiene al ruolo sanitario, il 19% al ruolo socio-sanitario, il 8% appartiene al ruolo amministrativo e il restante 4% a quello tecnico.

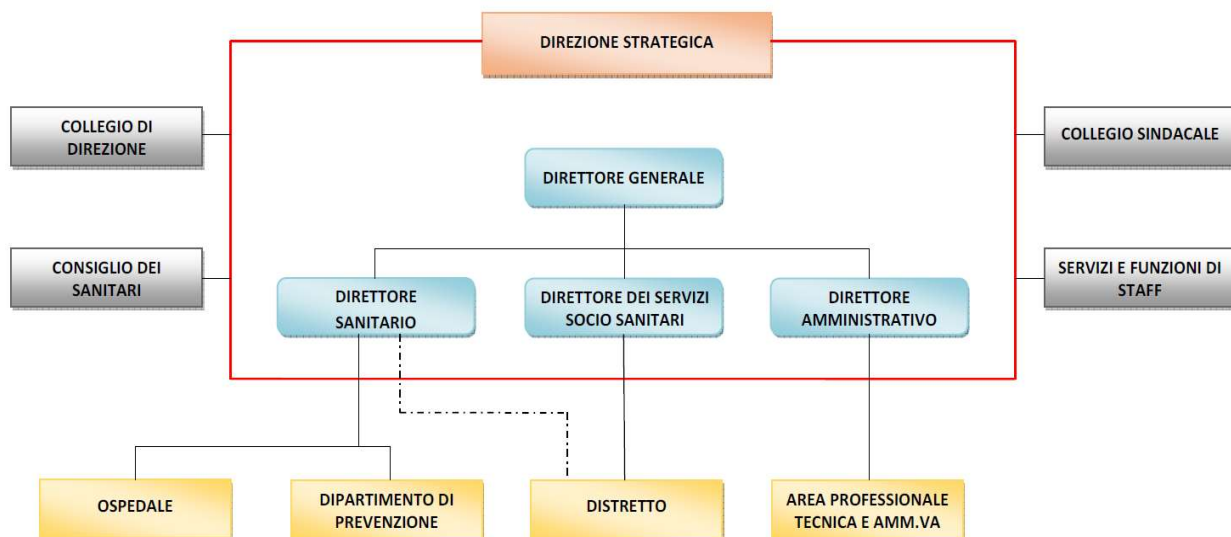
	al 31/12/2024	al 31/12/2025
Ruolo sanitario - Dirigenza	1.492	1.560
Ruolo sanitario - Comparto - Personale Infermieristico/Ostetrico	3.890	3.878
Ruolo sanitario - Comparto - Altre professioni sanitarie	1.075	1.067
Ruolo tecnico - Comparto - Tecnici e informatici	304	299
Ruolo tecnico - Comparto - Altri operatori	44	33
Ruolo Amministrativo	814	803
Ruolo Sociosanitario	1.818	1.837
Totale	9.437	9.477

Nella seguente tabella si evidenzia la suddivisione per genere del personale dipendente, rilevata al 31 dicembre degli ultimi due anni, la cui percentuale risulta sostanzialmente invariata.

	al 31/12/2024		al 31/12/2025	
	numero	%	numero	%
maschi	2.215	23,5%	2.239	23,6%
femmine	7.222	76,5%	7.238	76,4%
Totale	9.437	100%	9.477	100%

1.2.6 ORGANIGRAMMA

L'Azienda ULSS 2 ha adottato un nuovo atto aziendale con deliberazione del Direttore Generale n. 1867 del 29.10.2020 e nel corso del 2021, 2022, 2023 e 2024 ha proposto alcune modifiche con le DDG n.623/2021, 1814/2021, 447/2022, 1276/2022, 1902/2022, 2280/2022, 634/2023, 1101/2023, 1229/2023, 1504/2023, 1644/2024, 2286/2024, 230/2025 e 705/2025. Di seguito si riporta l'organigramma delle principali strutture organizzative.



2 I risultati della performance organizzativa

Nel corso del 2025 l'Azienda ha provveduto a monitorare i risultati degli obiettivi annuali assegnati in sede di programmazione ai Centri di Responsabilità. Nei paragrafi che seguono si riportano i risultati raggiunti nel 2025 relativamente a:

- obiettivi aziendali del Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2025-2027:
 - obiettivi di performance aziendale;
 - obiettivi per contenimento del rischio corruttivo e per lo sviluppo della trasparenza;
- obiettivi regionali assegnati alle Aziende Sanitarie;
- obiettivi di budget dei Centri di Responsabilità.

2.1 I risultati degli obiettivi del Piano Integrato di Attività e Organizzazione

2.1.1 Risultati obiettivi di Performance Aziendale

STRATEGIA 1: AUMENTARE LA SOSTENIBILITÀ NELL'USO DELLE RISORSE			
OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	VALORE 2025
Revisione dei sistemi di logistica dei beni	Logistica centralizzata dei farmaci nel presidio ospedaliero di Vittorio Veneto e logistica esternalizzata dei dispositivi medici e altro materiale	SI	SI

STRATEGIA 2: MIGLIORARE L'ACCESSIBILITÀ E LA PROSSIMITÀ AL CITTADINO			
OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	VALORE 2025
Sviluppo della telemedicina	Sperimentazione della teleconsulenza per il trattamento delle lesioni da pressione o croniche in ambito territoriale: Numero di RSA coinvolte	4	8
Accessibilità fisica: Completamento fase 1 Cittadella della Salute	Completamento dei trasferimenti secondo le priorità della direzione medica, garantendo la continuità delle attività.	SI	SI
Accessibilità fisica: Sviluppo della fase 2 Cittadella della Salute	Avvio delle attività propedeutiche necessarie alla definizione della progettazione esecutiva della seconda fase	SI	SI
	Analisi tecnico giuridico economica inerente l'avanzamento del Contratto del Project Financing e l'eventuale riequilibrio del Piano Economico Finanziario	SI	SI
	Funzionamento del Collegio Consuntivo Tecnico	SI	SI
	Predisposizione delle evidenze necessarie per il superamento della visita dell'autorizzazione all'esercizio della Cittadella Sanitaria Edificio 29	SI	SI

STRATEGIA 3: SVILUPPARE L'INNOVAZIONE E LA REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI

OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	VALORE 2025
Attuazione della Riforma degli Ambiti Territoriali Sociali (L.R.9/2024)	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
	Gestione del budget di ciascun ente gestore dei centri di servizi per persone di norma anziane non autosufficienti secondo la Dgr 465/2024	SI	SI
	Rispondere alle specifiche richieste di dati pervenute dai futuri Ambiti nell'ottica del passaggio delle competenze agli Ambiti	SI	SI
Sviluppo dell'intelligenza artificiale	Definizione di un regolamento sull'uso dell'intelligenza artificiale all'interno delle attività cliniche e/o amministrative	SI	SI
Ampliamento della Cybersecurity	Cybersecurity: % di fasi realizzate rispetto a quelle previste	90%	90%

STRATEGIA 4: UMANIZZAZIONE DELLE CURE

OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	VALORE 2025
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure in ambito pediatrico	Realizzazione di eventi di diffusione della musica all'interno delle strutture dell'azienda con l'associazione musicale di Treviso Manzano e avvio di programmazione cinematografica in Pediatria	3 concerti	3 concerti
	Educazione e accoglienza dei futuri genitori attraverso incontri pre-parto e durante il DH ostetrico	SI	SI
	Partecipazione al tavolo intersettoriale aziendale per la presa in carico dei primi 1000 giorni del bambino e della sua famiglia previsto nel Piano Regionale Prevenzione come da DGR 1858 del 29.12.2021	SI	SI
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure in ambito riabilitativo	Estensione dei progetti di miglioramento <i>AcCurataMente</i> con l'obiettivo di dare continuità alla cura, dalla fase acuta in ospedale alla riabilitazione territoriale e ambulatoriale per il miglioramento dei processi di presa in carico del paziente	SI	SI
Sviluppo progetti di umanizzazione delle cure nella	Esperienze inclusive realizzate con utenti del Dipartimento di Salute Mentale e del Serd	4	4

STRATEGIA 4: UMANIZZAZIONE DELLE CURE			
OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	VALORE 2025
salute mentale	nell'ambito del Progetto Attività Fisica		
Miglioramento del rapporto con l'utenza	Incontri con MMG e gli operatori degli sportelli territoriali al fine di ridurre le segnalazioni URP	2 incontri per Treviso, 2 incontri per Asolo	3 incontri per Treviso, 2 incontri per Asolo

2.1.2 Risultati obiettivi per contenimento del rischio corruttivo e per lo sviluppo della trasparenza

STRATEGIA 2: MIGLIORARE L'ACCESSIBILITA' E LA PROSSIMITA' AL CITTADINO			
OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	VALORE 2025
Adempimento obblighi di pubblicazione come previsto dall'Allegato 3 del PIAO	Rispetto obblighi di pubblicazione	100%	100%
Monitoraggio pubblicazioni	Report controlli	Sì	Sì
Aggiornare e pubblicare il registro degli accessi	Registro aggiornato e pubblicato	Sì	Sì
Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Protocollo di evasione nei termini di legge	100%	100%
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
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
Realizzare iniziative di coinvolgimento degli <i>stakeholders</i>	Invito ad iniziative	Sì	Sì

STRATEGIA 3: SVILUPPARE L'INNOVAZIONE E LA REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI			
OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE SOGLIA 2025	VALORE 2025
Autovalutazione dell'indice di rischio corruttivo dei processi aziendali a rischio corruzione	Questionari di autovalutazione dei processi mappati	100%	100%
Aggiornamento/creazione registri dei rischi seguendo la metodologia del CRSA	Numero di registri dei rischi aggiornati/creati rispetto al numero di processi a rischio corruttivo	10%	17%
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%	97%

Realizzare corsi e attività formative in tema anticorruzione	Corsi realizzati su corsi inseriti nel piano formativo	100%	100%
Formazione dei neoassunti	Personale formato rispetto al personale neoassunto	75%	75%
Formazione referenti RPCT	Personale formato rispetto al numero dei referenti	75%	75%
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
Attuare la rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Numero di ispezioni effettuate seguendo i criteri di rotazione funzionale e organizzativa/ territoriale sul numero delle ispezioni totali	100%	100%
Monitorare l'attuazione della rotazione funzionale e organizzativa/territoriale tra il personale tecnico della prevenzione	Effettuare verifiche a campione sull'applicazione dei criteri di rotazione funzionale e organizzativa/ territoriale nelle ispezioni	6	6
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%
Verifica delle segnalazioni di violazioni del codice di comportamento pervenute	Numero di segnalazioni esaminate rispetto al numero di segnalazioni ricevute	100%	100%
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%
Acquisizione delle dichiarazioni inconferibilità/incompatibilità rese dalla Direzione strategica e dal personale interessato	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di incarichi conferiti	100%	100%
Acquisizione delle dichiarazioni relative al rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001	Numero di dichiarazioni acquisite rispetto al numero di commissari di gara nominati	100%	100%
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%
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%
Inserimento delle relative clausole <i>pantouflage</i> nella documentazione di gara	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%
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%
Esaminare le segnalazioni <i>whistleblowing</i> ricevute secondo i tempi procedurali	Numero segnalazioni esaminate rispetto a quelle pervenute	100%	100%

Inserimento del patto/protocollo nei bandi/avvisi	Numero di gare con documentazione completa rispetto al numero di gare pubblicate	100%	100%
Rendicontazione dell'attuazione delle misure di trattamento (monitoraggio primo livello)	Relazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Sì	Sì
Verifica dell'attuazione delle misure di trattamento)	Report verifiche (a campione, audit, audit integrati, ...)	Sì	Sì

Si riporta un approfondimento sui risultati ottenuti relativamente alle misure generali di gestione del rischio corruttivo.

Attività di gestione dei rischi connessi all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR

Nell'ambito della gestione della strategia di prevenzione della corruzione, così come delineata nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027, approvato con DDG n. 198 del 31 gennaio 2025, anche nel corso del 2025 è stata dedicata attenzione alle attività connesse ai fondi PNRR.

È stato fornito supporto alle unità operative Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni, Approvvigionamento e gestione dei servizi in outsourcing e logistica, Servizi tecnici e patrimoniali, UOSD Coordinamento attività per la nuova cittadella sanitaria di Treviso, Servizi amministrativi territoriali e Sistemi informativi, al fine di avviare la ridefinizione dei processi relativi agli affidamenti e all'esecuzione dei contratti pubblici. Tale attività è stata condotta – nel periodo giugno/ottobre 2025 – attraverso uno specifico corso di formazione breve, volto a supportare le predette unità operative nella revisione dei registri dei rischi interessati dalle novità e attraverso l'analisi dei possibili eventi rischiosi che possono impattare in tali ambiti, compreso il rischio riciclaggio. Fermi restando gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni previsti dal decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, è stata alimentata un'apposita sezione del sito internet istituzionale, in cui si dà comunicazione dello stato di attuazione dei progetti PNRR, dei quali l'Azienda è soggetto attuatore delegato, recependo le indicazioni regionali.

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

Organizzazione Ufficio trasparenza e anticorruzione

A partire dal 1° gennaio 2024 è stato attivato uno specifico incarico di funzione professionale incardinato nell'Ufficio trasparenza e anticorruzione, denominato "Supporto alla gestione degli adempimenti aziendali relativi alla prevenzione della corruzione e della trasparenza", con le seguenti funzioni:

- supporto al RPCT, alla Direzione e ai diversi Servizi aziendali nella programmazione, gestione e monitoraggio delle misure generali e specifiche per la prevenzione della corruzione;
- supporto e monitoraggio in tema di obblighi relativi alla trasparenza;
- supporto nella predisposizione dei principali atti relativi alla materia della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PIAO, Regolamenti, etc...).

Con nota prot. n. 27319 dell'11 febbraio 2025 il Direttore Amministrativo ha 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 settembre 2023. Il primo incontro del gruppo di supporto è avvenuto in data 29 aprile 2025.

ATTUAZIONE DELLE MISURE SPECIFICHE DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO: MAPPATURA DEI PROCESSI, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEI RISCHI SPECIFICI

Nel corso del 2025 è stata dedicata la consueta attenzione alla valutazione dei processi e alla corretta gestione dei rischi dei processi aziendali con un maggiore indice di rischio corruttivo, riportati nei relativi registri. L'attività è stata realizzata in sinergia con l'Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo e con l'Ufficio Internal auditing, che hanno il compito di fornire supporto metodologico ai diversi Servizi per tutta l'attività di valutazione e gestione del rischio.

Tutti i Direttori delle unità operative con processi a rischio corruttivo hanno provveduto ad effettuare/confermare la valutazione dei processi attraverso il questionario di autovalutazione predisposto dall'Ufficio Internal auditing e dall'Ufficio Innovazione e sviluppo organizzativo. Il modulo google utilizzato per l'autovalutazione è stato ulteriormente aggiornato e semplificato. È stata pertanto 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.

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. 12 processi aziendali. Attualmente sono presenti n. 50 registri dei rischi. Quest'anno è stato modificato e semplificato lo schema per la redazione della relazione al RPCT, di cui è stata chiesta la compilazione a tutti i referenti del al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Dalle suddette relazioni è emerso che le misure di prevenzione vengono attuate con una percentuale alta: le misure vengono applicate in misura inferiore al 100% per lo più nelle unità operative in cui sono in corso, o si sono da poco conclusi, processi riorganizzativi e azioni di miglioramento che verranno implementate nel corso del 2026.

ATTUAZIONE DELLE MISURE GENERALI DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Garantire la formazione del personale sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza

Il Piano formativo aziendale 2025 è stato approvato con DDG n. 2814 del 24.12.2024 e in corso d'anno si è richiesta la variazione di alcuni corsi già programmati: in particolare è stato espunto il seminario programmato dal titolo "Prevenzione rischi corruttivi, amministrativo-contabili e di compliance: dalla programmazione delle misure al monitoraggio" e sostituito con n. 4 edizioni del corso formazione residenziale "Il codice di comportamento", che si è ritenuto opportuno strutturare e rivolgere – per la prima volta in Azienda – alle figure sanitarie.

Nel corso del 2025 è stata quindi portata a compimento la seguente attività formativa:

- n. 1 edizione del corso di formazione residenziale "Il codice di comportamento" rivolto ai titolari degli incarichi di funzione afferenti alle unità operative, uffici, servizi in staff e ai componenti del gruppo di supporto del RPCT, fatta esclusione per coloro che avevano già avuto modo di frequentare il medesimo corso nel 2024, tenuto dall'avv. Paolo Vicenzotto, (2025_291), a cui hanno infine partecipato complessivamente n. 164 persone;

- n. 4 edizioni del corso formazione residenziale "Il codice di comportamento", rivolto ai sanitari degli ospedali di Treviso e Oderzo, tenuto dall'avv. Paolo Vicenzotto, (2025_291_1), a cui hanno partecipato complessivamente n. 488 persone;

- n. 1 formazione breve, "La prevenzione della corruzione: revisione dei registri dei rischi dei processi di approvvigionamento di beni, servizi e lavori", finalizzata a revisionare i registri dei rischi dei processi di approvvigionamento di beni, servizi e lavori e rivolta alle unità operative UOC Servizi amministrativi territoriali, UOC Approvvigionamento e gestione della fornitura di beni, UOC Approvvigionamento e gestione dei servizi in outsourcing e logistica, UOC Servizi tecnici e patrimoniali, UOC Sistemi informativi e UOSD Coordinamento attività per la nuova cittadella sanitaria di Treviso, a cui hanno partecipato n. 48

persone.

Nel corso dell'anno 2025 è inoltre proseguita la somministrazione della FAD sul codice di comportamento ed è stata dedicata particolare attenzione alla formazione dei neoassunti, mediante invio ad ognuno di loro di una specifica nota da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza contenente alcune informazioni e riferimenti in merito alla disciplina della prevenzione della corruzione e della trasparenza in Azienda, con rinvio alle principali pagine del sito internet aziendale in materia e con l'invito a svolgere la specifica FAD sul codice di comportamento. Alla data del 4 dicembre 2025 risultavano iscritte n. 1388 persone, di cui n. 987 hanno già svolto la specifica FAD sul Codice di comportamento. I corsi erogati hanno ricevuto consensi molto buoni. Risultano inoltre essere stati fruiti ulteriori corsi da parte del personale dipendente in tale ambito, soprattutto con riferimento alla gestione degli appalti e dei fondi del PNRR.

Nel corso del 2025 si è continuato ad implementare e aggiornare l'area intranet dedicata alla gestione del rischio corruttivo, ritenendo la stessa un fondamentale veicolo delle informazioni relative alla materia, soprattutto in considerazione della maggiore accessibilità della stessa da parte del personale dipendente. Lo stato di conoscenza da parte del personale dipendente della strategia aziendale in tema di prevenzione della corruzione è stato monitorato attraverso l'effettuazione degli audit integrati da parte della UOSD Gestione dei sistemi della qualità, con cui l'Ufficio ha definito la griglia degli specifici quesiti da porre, che hanno dato esito positivo, pur richiedendo delle attività di rinforzo su determinate tematiche.

A seguito della comunicazione dei report, l'Ufficio trasparenza e anticorruzione, anche al fine di intensificare la diffusione delle informazioni relative alla materia della prevenzione della corruzione e della trasparenza tra il personale dipendente, ha proceduto a trasmettere ai Direttori delle unità operative interessate una specifica comunicazione contenente alcune informazioni e indicazioni in merito alla prevenzione della corruzione da diffondere tra il personale per approfondire ulteriormente la strategia aziendale sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza, promuovendo altresì la fruizione della FAD sul codice di comportamento.

Garantire la rotazione ordinaria del personale

Nelle relazioni al RPCT, alcuni owner dei diversi processi hanno applicato la misura della rotazione ordinaria, mentre altri hanno evidenziato il ricorso a misure alternative quali la segregazione delle funzioni, l'applicazione di strumenti per garantire una maggiore trasparenza, il ricorso al lavoro in gruppi e alla condivisione delle diverse attività. Nel corso dell'anno l'Azienda ha proceduto a rinnovare le figure apicali di varie unità operative e ad attuare la rotazione ordinaria delle figure apicali nei seguenti ambiti amministrativi:

- Direzione della funzione territoriale;
- Direzione del Dipartimento di Prevenzione;
- UOC Affari generali;
- Ufficio legale anche in qualità di Ufficio sinistri aziendale;
- Ufficio privacy.

Sono stati inoltre adottati, con deliberazione n. 1395 del 30 giugno 2025, i seguenti regolamenti:

- regolamento per la rotazione ordinaria del personale del comparto afferente ai servizi del dipartimento di prevenzione con funzioni di vigilanza e controllo;
- regolamento per la rotazione ordinaria del personale della dirigenza dei servizi veterinari afferenti al dipartimento funzionale di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare.

Garantire la rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente

Nel corso del 2025 non sono pervenute al RPCT comunicazioni relative all'attuazione della rotazione straordinaria di personale interessato da procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura

corruttiva.

Rispetto e diffusione del codice di comportamento

Nel corso del 2025, come sopra indicato, per la prima volta sono state organizzate n. 4 edizioni del corso di formazione, avente ad oggetto il codice di comportamento nazionale e aziendale, rivolte al personale sanitario. È continuata inoltre la somministrazione della specifica FAD sul codice di comportamento al personale dipendente. L'Ufficio trasparenza e anticorruzione monitora il rispetto del codice di comportamento, da ultimo aggiornato con DDG n. 2356 del 13.11.2024, da parte dei dipendenti: l'attività viene svolta anche grazie all'elenco in forma anonima che l'UPD trasmette trimestralmente all'Ufficio trasparenza e anticorruzione, contenente i procedimenti disciplinari conclusi con l'indicazione della violazione contestata e accertata.

Gestione e prevenzione del conflitto di interessi

Dalle relazioni pervenute al RPCT è stato 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 nell'attività di definizione di moduli tipo da utilizzare per le diverse categorie di soggetti interessati dall'applicazione della misura. Nel corso del 2025 è proseguita l'attività di campionamento e monitoraggio sulla raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai consulenti aziendali ai sensi dell'art. 53, comma 14, del D.Lgs. n. 165/2001 effettuate dai diversi Servizi sul portale PERLAPA.

Garantire il rispetto delle norme relative all'inconferibilità e all'incompatibilità degli incarichi

Nel corso dell'anno gli Uffici competenti hanno proceduto a richiedere le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità come previsto dalla normativa e dalle deliberazioni di ANAC in materia. La UOC Affari generali ha effettuato le verifiche di competenza sulle dichiarazioni di incompatibilità rilasciate dai componenti della Direzione strategica attraverso la consultazione dell'Anagrafe degli amministratori locali e regionali, istituita presso il Ministero dell'interno e liberamente accessibile.

Garantire il rispetto dei divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165

Dalle relazioni prodotte dalle unità operative che eseguono gare e concorsi, e quindi interessate dalla formazione di commissioni, è emerso che le stesse provvedono a raccogliere le relative autodichiarazioni. Inoltre, l'Ufficio trasparenza e anticorruzione ha effettuato delle verifiche a campione sul rispetto di tale adempimento, che hanno dato esito positivo.

Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali

La UOC Gestione delle risorse umane ha comunicato i dati relativi alle autorizzazioni e alle comunicazioni ricevute e alle autorizzazioni rilasciate. Entrambi gli obiettivi anticorruzione assegnati nel PIAO all'UOC Gestione delle risorse umane (*1. 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; 2. Verifica delle eventuali segnalazioni pervenute aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati*) risultano, su questi aspetti, regolarmente perseguiti e raggiunti.

Garantire la diffusione del divieto di Pantouflage - revolving doors

Dalle relazioni, dalla documentazione prodotta e dalle verifiche a campione effettuate è emerso che le unità operative che gestiscono procedure di approvvigionamento di beni, servizi e lavori 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 fa sottoscrivere una dichiarazione contestualmente alle dimissioni da tutti i profili professionali di qualsiasi ruolo.

Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti

Durante l'anno sono state regolarmente gestite le n. 3 segnalazioni pervenute. A fine anno ANAC ha approvato le nuove Linee guida in materia di *whistleblowing* sui canali interni ed esterni di segnalazione (delibere nn. 478 e 479 depositate l'11 dicembre u.s.): nel corso del 2026 si dovrà pertanto valutare se si renda eventualmente necessario un aggiornamento del Regolamento aziendale in vigore.

Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità

Le unità operative Servizi tecnici e patrimoniali, UOSD Coordinamento attività per la cittadella sanitaria di Treviso, Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni, Approvvigionamento e gestione dei servizi in outsourcing e logistica e Servizi sociali e sociosanitari, che eseguono procedure di approvvigionamento, hanno dichiarato di inserire il patto di integrità nella documentazione di gara. La Regione del Veneto, con nota acquisita agli atti con il prot. n. 0195893 del 14 ottobre 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 ottobre 2025, invitando i destinatari all'applicazione dello stesso e delle relative clausole, alle procedure di affidamento avviate successivamente alla data del suo perfezionamento.

Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità

Gli *owner* dei processi hanno dichiarato nelle relazioni di aver adempiuto gli obblighi di pubblicazione. L'Ufficio trasparenza e anticorruzione ha svolto l'attività di monitoraggio delle diverse sezioni di amministrazione trasparente. Tale attività è esitata in alcuni interventi di impulso al fine di promuovere l'aggiornamento dei dati pubblicati, come l'adeguamento delle modalità di pubblicazione dei dati in amministrazione trasparente (vedasi per esempio modalità di pubblicazione dai dati relativi alla sezione "Personale"). Il livello di adempimento di tali obblighi appare buono.

Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico

La UOC Affari generali tiene costantemente aggiornato il registro degli accessi, provvedendo alle relative previste pubblicazioni. Le unità operative interessate dalle richieste di accesso civico e documentale provvedono ad evadere direttamente le stesse secondo quanto previsto dalla normativa in materia. Con nota del 18 febbraio 2025, per la prima volta in Azienda, un utente ha presentato, ai sensi dell'art. 5, comma 7, del D.Lgs. n. 33/2013, una richiesta di riesame della propria istanza di accesso civico generalizzato, a cui è stato dato riscontro con un provvedimento del RPCT di conferma del diniego.

Monitoraggio sull'attuazione della sezione rischi corruttivi e trasparenza

Tutte le unità operative con processi a rischio corruttivo e i referenti del RPCT hanno presentato la specifica relazione al RPCT relativa all'attuazione della strategia di prevenzione della corruzione all'interno delle proprie unità operative. È tuttavia in corso l'acquisizione di alcune informazioni integrative. Inoltre l'Ufficio trasparenza e anticorruzione, come già riferito, ha effettuato delle verifiche a campione sull'applicazione di alcune misure. 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", applicata a partire dal 2024, 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.

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, il RPCT ha provveduto, con nota prot. n. 0059654 del 27 marzo 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. Infine, come già riferito, lo stato di conoscenza da parte del personale dipendente della strategia aziendale in tema di anticorruzione è stato monitorato attraverso l'effettuazione degli audit integrati da parte della UOSD Gestione dei sistemi della qualità, che hanno dato esito positivo, pur richiedendo delle attività di rinforzo su determinate tematiche, che, come sopra riferito, hanno comportato la realizzazione di alcune misure di miglioramento.

Il livello di attuazione di quanto previsto nella Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO che è emerso dal monitoraggio appare buono. Le pubblicazioni appaiono rispettose anche della delibera ANAC n. 495/2024, la quale ha imposto tre nuovi schemi di pubblicazione il cui adeguamento è avvenuto entro il termine del 13 novembre (u.s.).

Rendicontazione e diffusione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza

Ad inizio 2025 il RPCT ha provveduto a rendicontare lo stato di attuazione della Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2024–2026 mediante la specifica relazione ad ANAC, trasmessa altresì alla Direzione strategica e all'OIV, nonché ad informare tutti i referenti del RPCT dello stato di attuazione della Sezione stessa attraverso una dettagliata relazione. L'Azienda ha inoltre 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 dicembre 2025, una specifica iniziativa di confronto sui temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dando conto delle più recenti novità in materia, alla presenza delle principali associazioni rappresentative degli interessi dei pazienti.

In data 5 dicembre 2025 la Sezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO è stata messa in consultazione nel sito internet aziendale, dando la possibilità a tutti gli interessati di presentare osservazioni e proposte entro la data del 20 dicembre 2025. Si fa presente che è comunque sempre 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>, utilizzando lo specifico modulo predisposto ad hoc.

2.2 I risultati degli obiettivi regionali

Con la DGRV n. 1557 del 30 dicembre 2024, la Regione ha adottato gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e gli Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025, sulla base dei quali la Giunta Regionale valuterà le performance delle Aziende Sanitarie del Veneto.

In attesa che venga comunicata, da parte della Regione Veneto, la valutazione definitiva e il punteggio assegnato per l'anno 2025, è stato predisposto il report di misurazione degli indicatori a consuntivo, confrontato ed integrato con i dati provenienti da Azienda Zero.

Si riportano di seguito i risultati che emergono da tale monitoraggio:

Cod-Ob	OBIETTIVO	Cod-Ind	INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza					
S.01	Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	25.S.D.01.1	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	92,00%
		25.S.D.01.2	% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	>90%	94,67%
		25.S.D.01.3	% prestazioni con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	>90%	98,57%
		25.S.O.01.4	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	83%
		25.S.O.01.5	% 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%	Classe A: 93,64% Classe B: 92,76%
S.03	Perseguimento PNRR Missione 6	25.S.D.03.1	PNRR: "Case della comunità e Ospedali di comunità". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si	Parzialmente raggiunto
		25.S.O.03.3	PNRR: "Verso un Ospedale sicuro e sostenibile". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Si	Parzialmente raggiunto
		25.S.S.03.4	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	1) Alimentazione FSE (% Documenti Indicizzati >= 70%) (peso 50%) 2) Partecipazione attività formative (peso 25%) 3) Diffusione materiale comunicativo (peso 25%)	Parzialmente raggiunto
S.04	Perseguimento interventi strategici di informatica	25.S.S.04.1	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si	Raggiunto
		25.S.S.04.2	Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si	Raggiunto
S.05	Interventi sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022	25.S.D.05.1	DM 77/2022: Rispetto indicazioni per attuazione riforma territoriale	Si	Raggiunto
		25.S.D.05.2	PNRR: "ADI e Telemedicina". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	ADI Numero anziani >=65 anni trattati in ADI >= 25.011 Numero di Nuovi assistiti in	Anziani in ADI Anno 2025: 25.825 N. pazienti 4045
S.06	Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto	25.S.S.06.1	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	Parzialmente raggiunto
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza					
A.01	Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	25.A.P.01.1	P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>=95%	95,10%
		25.A.D.01.1	D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%	53%
		25.A.O.01.1	H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	<= 2,66%	3,55%

A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza					
A.02	Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	25.A.P.02.1	P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>=95%	95,30%
		25.A.P.02.3	P08Z - Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	>=95%	100%
		25.A.P.02.4	P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il Cittadino.	>=90%	100%
		25.A.P.02.5	P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di	100%	100%
		25.A.P.02.6	P14C - Indicatore composito sugli stili di vita	<25%	37,1% (Anno
		25.A.P.02.7	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per colon retto	>=50%	67,20%
		25.A.P.02.8	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per mammella	>=60%	68,80%
		25.A.P.02.9	P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato per cervice uterina	>=50%	72,10%
		25.A.P.02.10	P16C - Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	<=25%	24%
		25.A.P.02.11	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello del colon	>= 70%	87,20%
		25.A.P.02.12	P15C2 - Riduzione dell'intervallo di tempo tra lo screening di primo e di secondo livello della mammella	>= 80%	97,80%
		25.A.D.02.1	A0.2_RV - Consumo di oppioidi sul territorio per 1000 abitanti	Aumento del 5% rispetto al 2024 (3,34) o consumo >=3,57	-1,9% rispetto a 2024 e consumo 3,28/1000 ab
		25.A.D.02.2	D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di IMA	< 14,55%	13,40%
		25.A.D.02.3	D02C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	< 14,05%	12,00%
		25.A.D.02.4	D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	<= 261 per 100.000 (soglia nazionale)	246,88
		25.A.D.02.5	D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	<=18'	17'
		25.A.D.02.6	D10Z - percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>=90%	96,13%
		25.A.D.02.7	D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA2, CIA 3)	>=4 x 1000 >=2,5 x 1000 >=2 x 1000	5,97 3,03 2,35
		25.A.D.02.8	D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	>=4%	5,71%
		25.A.D.02.9	D33Za - Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	>=41	69,13
		25.A.O.02.1	H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	>=90%	99%
		25.A.O.02.1	H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<=0,15	0,14
		25.A.O.02.1	H05Z - Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	>=90%	96,12%
		25.A.O.02.1	H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	>=60%	77,74%

		25.A.O.02.1	H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche	<326,5	300
		25.A.O.02.1	H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<=15%	11,35%
		25.A.O.02.1	H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<=20%	21,19%
		25.A.O.02.1	H22C - Mortalità a 30 giorni dall'intervento di bypass aorto-coronarico (BPAC)	<=1,5%	0,21%
		25.A.O.02.1	H23C - Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	<=7,25%	7,36%
		25.A.O.02.1	PDTA03(B) - Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti	>=73,01%	68,59%
			PDTA06.2_BIS - Percentuale di nuovi casi operati per tumore della mammella che ha effettuato una terapia medica nei 45 giorni successivi l'intervento (escluso le pazienti per le quali non vi è indicazione alla terapia)	>= 50% o miglioramento 2024 (>=20%)	43%
		25.A.O.02.1	PDTA07 - Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute	>= 85% o miglioramento 2024 (>=71,59%)	92%
		25.A.O.02.1	PDTA09 - Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	>= 80% o miglioramento 2024 (>=66,67%)	76%
		25.A.O.02.1	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)	<=3,5%	1,08%
		25.A.O.02.1	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	<=3,46%	2,68%
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari					
E.01	Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	25.E.S.01.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale	Non raggiunto
		25.E.S.01.2	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	Non raggiunto
		25.E.S.01.3	Rispetto del limite di costo Farmaceutica Convenzionata 2025	≤ 94.382.069	98.460.548
		25.E.S.01.4	Rispetto del costo pro-capite per Assistenza Protesica e Assistenza Integrativa 2025	≤ 20,50 ≤ 11,40	20,1 11,28
E.02	Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale	25.E.S.02.1	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	Si	Raggiunto
E.03	Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a	25.E.S.03.1	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	<0	Raggiunto
		25.E.S.03.3	Indice di distanza dalla best performance	Si	Parzialmente raggiunto
E.04	Gestione degli investimenti	25.E.S.04.1	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	Parzialmente raggiunto
		25.E.S.04.2	Indice di produttività delle apparecchiature	Si	Parzialmente raggiunto

E.05	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	25.E.S.05.1	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	Si	Parzialmente raggiunto
		25.E.S.05.2	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 %	Raggiunto
		25.E.S.05.3	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si	Raggiunto
		25.E.S.05.4	% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	90%	100%
		25.E.O.05.5	Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	100%	100%
		25.E.O.05.6	Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	Si	Parzialmente raggiunto
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza					
Q.01	Rafforzare la preparedness e mantenere la readiness aziendale nei confronti di eventi di natura infettiva e non di rilevanza per la sanità pubblica	25.Q.P.01.1	Prosecuzione e rafforzamento del percorso di esercitazioni operative annuali SIMEX per la preparazione ad eventuali emergenze di sanità pubblica	Si	Raggiunto
Q.02	Aumento delle coperture vaccinali in specifici gruppi target	25.Q.P.02.1	Raggiungimento delle coperture vaccinali previste nell'adolescente e nelle giovani (HPV) e negli over 65 (Influenza, Pneumococco, Herpes Zoster)	Antipneumo 55% Herpes-Zoster 55% HPV 1^chiamata 78% HPV 25enni 78%	Antipneumo 55,80% Herpes-Zoster 55,8% HPV 1^chiamata 78,10% HPV 25enni 83,90% Influenza 45,20%
Q.03	Estensione e mappatura delle strutture e servizi di prevenzione per il contrasto delle malattie croniche	25.Q.P.03.1	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	Raggiunto
Q.04	Registrare le prestazioni erogate negli stabilimenti del settore della Sicurezza Alimentare nel nuovo sistema	25.Q.P.04.1	Completezza della registrazione delle prestazioni erogate nel Sistema Informativo Sicurezza Alimentare e Veterinaria (SISAV)	100%	Raggiunto
Q.05	Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	25.Q.O.05.1	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	100%	91,68%
		25.Q.O.05.2	Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	Si	Raggiunto
		25.Q.O.05.3	Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	Numero accertamenti per donazione su posti letto UTI > 0,7 >= 7 coppie valutate <=37,5%	DONAT1 (valore azienda): 1,03 DONAT2 (valore azienda): 8 DONAT3: TV-30,46%; CN-25,5%; MB-29%
		25.Q.O.05.4	Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli 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	Si	Raggiunto
Q.06	Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	25.Q.O.06.1	% 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	Parzialmente raggiunto
		25.Q.D.06.2	Tasso di personale destinato alle attività territoriali	Si	Non raggiunto
		25.Q.O.06.3	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)	1) <9% 2) >=50%	1) 9,21% 2) 66,12%

		25.Q.S.06.4	Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità	Si	Parzialmente raggiunto
Q.07	Miglioramento dell'offerta dei servizi sociali e socio sanitari territoriali	25.Q.D.07.1	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	Raggiunto
		25.Q.D.07.2	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	Raggiunto
Q.08	Miglioramento efficienza dei processi di supporto	25.Q.O.08.1	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	Si	Parzialmente raggiunto
		25.Q.S.08.2	Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma di attivazione	Tempistiche da cronoprogramma	Parzialmente raggiunto
		25.Q.S.08.3	Adesione, alla gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	Si	Raggiunto
		25.Q.S.08.4	Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	Si	Raggiunto
		25.Q.S.08.5	% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati	100%	94%
		25.Q.S.08.6	Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	Si	Raggiunto
Q.09	Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del	25.Q.S.09.1	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	>70% dei sinistri aperti	Raggiunto
Q.10	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	25.Q.S.10.1	% di ultra 65enni in politerapia farmacologica con 5+ farmaci/principi attivi e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	Si	Parzialmente raggiunto
		25.Q.O.10.2	Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	Si	Parzialmente raggiunto
Q.11	Promozione dei processi per la ricerca	25.Q.S.11.1	Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	Si	Raggiunto

In particolare per gli obiettivi dell'Area *E.1-Rispetto della programmazione regionale sui costi area Farmaci e Dispositivi Medici* relativamente al rispetto dei limiti di costo definiti dalla Regione si evidenzia quanto segue.

Obiettivo: Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti				
Conto di CE	Valore Effettivo	Valore Soglia	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
BA0030 - B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	190.868.826,68	185.587.402,00	5.281.424,68	2,85%

L'incremento complessivo della spesa per le principali categorie di farmaci ad alto costo risulta principalmente correlato all'aumento del numero di pazienti trattati in quasi tutte le aree considerate. Le variazioni economiche più rilevanti si concentrano nelle aree oncologica, onco-ematologica, malattie rare, biologici e HIV.

In particolare:

- Oncologici: la spesa registra un incremento del +5,78%, pari a euro 2.119.192,65 rispetto l'anno 2024, in coerenza con l'aumento dei pazienti trattati (+4,18%), a conferma di una crescita proporzionale legata all'ampliamento della popolazione assistita.
- Onco-ematologici: si evidenzia un incremento significativo sia dei pazienti (+11,21%) sia della spesa (+13,19%), con un aumento pari a euro 2.701.329,45 rispetto l'anno precedente, riconducibile prevalentemente alla maggiore numerosità dei trattati.
- Malattie rare: la spesa aumenta del +7,42%, corrispondente a euro 2.583.220,37 rispetto l'anno precedente, in linea con l'incremento dei pazienti trattati (+8,02%).

- Biologici: a fronte di un rilevante aumento dei pazienti (+18,29%), la spesa cresce in misura più contenuta (+5,42%), per un incremento pari a euro 872.712,19 rispetto l'anno precedente, indicando una dinamica di crescita attenuata rispetto all'espansione della casistica.
- HIV: si registra un incremento della spesa del +8,06%, pari a euro 462.990,29 rispetto l'anno precedente, a fronte di un aumento più contenuto dei pazienti (+1,74%).

Si precisa che talune aree di risparmio hanno rilevato un decremento della spesa che complessivamente vede l'aggregato in aumento rispetto al tetto di oltre 5 milioni di euro.

Obiettivo: Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici				
Conto di CE	Valore Effettivo	Valore Soglia	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
BA0220 - B.1.A.3.1) Dispositivi medici + BA0230 - B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	87.070.499,28	83.249.024,00	3.821.475,28	4,59%

L'incremento dell'aggregato è in parte imputabile ad alcuni cambiamenti organizzativi, come per esempio l'introduzione della chirurgia robotica "Da Vinci" nel blocco Operatorio di Conegliano che ha rilevato un aumento di materiale di consumo per oltre 0,6 milioni di euro. Altre voci dell'aggregato sono correlate all'utilizzo di dispositivi più costosi.

Si aggiungono inoltre oltre 0,5 milioni di euro in più rispetto l'anno precedente per i dispositivi per incontinenza destinati al territorio.

Obiettivo: Rispetto del limite di Costo IVD				
Conto di CE	Valore Effettivo	Valore Soglia	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
BA0240 - B.1.A.3.3) Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	24.386.335,00	23.688.858,00	697.477,00	2,94%

L'incremento di spesa è giustificato dall'aumento per effetto del nuovo service di laboratorio, immunoistochimica e preparati extravaginali a partire dal quarto trimestre 2025, cui vanno aggiunti alcuni materiali di consumo per le apparecchiature sanitarie, come per esempio presso l'U.O. Anatomia Patologica, con l'installazione del nuovo apparecchio con metodica OGM – VODEN.

Si precisa, come sopra indicato, che il processo di valutazione a livello regionale deve ancora concludersi.

2.3 I risultati di budget dei Centri di Responsabilità

Gli obiettivi contenuti nelle schede di budget 2025 sono stati monitorati periodicamente da parte della Direzione aziendale, sulla base delle rendicontazioni prodotte dalla UOC Controllo di Gestione attraverso il datawarehouse aziendale. Nel corso dei mesi di settembre-ottobre è stata fatta una rinegoziazione del budget sulla base delle indicazioni fornite dai Direttori di area.

Codice	Schede dei Dipartimenti Strutturali	PESO TOTALE
A0203D	Dipartimento di riabilitazione ospedale-territorio	100
HT104D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Pronto Soccorso, Anestesia e Terapie Intensive	99
HT105D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Specialistica	100
HT106D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Diagnostica per Immagini	100
HT107D	Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Specialistica	100
HT108D	Ospedali di Treviso - Dipartimento Neuro-Cardio-Vascolare	100
HP101D	Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale	100
HP102D	Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Chirurgia Generale	100
HP103D	Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Medicina Interna	100
HP104D	Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Area Critica	100
HA102D	Ospedali di Asolo - Dipartimento di Chirurgia Generale	100
HA103D	Ospedali di Asolo - Dipartimento di Medicina Interna	100
HA104D	Ospedali di Asolo - Dipartimento di Area Critica	100
PT1PRE	Direttore del Dipartimento di Prevenzione	99
TT6011	Dipartimento di Salute Mentale	100
TNDDS1	Direttore Distretto Socio sanitario Treviso Nord	89
TSDDS2	Direttore Distretto Socio sanitario Treviso Sud	90
TPDDS3	Direttore Distretto Socio sanitario Pieve di Soligo	94
TADDS4	Direttore Distretto Socio sanitario Asolo	95

Dipartimento	Codice	Descrizione Centro di Responsabilità	PESO TOTALE
Direttore Generale	AF4011	Innovazione e sviluppo organizzativo	100
	AF4021	Controllo di Gestione	100
	AF4031	URP	100
	AF4091	Coordinamento attività per la nuova Cittadella Sanitaria di Treviso	100
	AF4061	Formazione	100
	AF4251	Unità per la Ricerca Clinica	100
	AF4041	Servizio Prevenzione e Protezione	99
	AF4281	Ufficio Legale in qualità anche di Ufficio Sinistri aziendale	100
	AF4211	Sistemi di gestione della qualità	100

Dipartimento	Codice	Descrizione Centro di Responsabilità	PESO TOTALE
Direttore Amministrativo	AG4091	Gestione risorse umane	95
	AG4101	Affari Generali	93
	AG4111	Contabilità e bilancio	99
	AG4261	Approvvigionamento e gestione delle forniture di beni	97
	AG4271	Approvvigionamento e gestione dei servizi in outsourcing e logistica	100
	AG4141	Servizi tecnici e patrimoniali	92
	AG4151	Sistemi informativi	100
	TT4201	Servizi Amministrativi Territoriali	100
	HT4191	Servizi Amministrativi Ospedale	100
Direttore Sanitario	AF4171	Risk Management	100
	AF5011	Direzione Professioni Sanitarie	99
	AF4221	Innovazione tecnologica con rischi fisici in ambito sanitario	100
	AT2051	Attività Specialistica	100
	AT4231	Centrale Operativa Territoriale	98
Direttore Servizi Socio Sanitario	AT4181	Servizi Sociali e socio sanitari	100
Dipartimento di Prevenzione	PT5011	Professioni sanitarie Dipartimento di Prevenzione	100
	PT6011	Direzione Dipartimento di Prevenzione	100
	PU3011	SISP Servizio Igiene e Sanità Pubblica	99
	PU3031	SPISAL Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli ambienti di lavoro	100
	PU3041	SPCMC Servizio prevenzione e controllo malattie croniche	99
	PU3091	MS Medicina dello Sport	100
	PU3101	SE Servizio di epidemiologia	94
	PU3111	SML Servizio di medicina legale	100
	PV3021	SIAN Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione	99
	PV3051	SSA Servizio veterinario sanità animale	100
	PV3061	SIAOA Servizio veterinario igiene alimenti di origine animale	100
	PV3071	SIAPZ Servizio veterinario igiene allevamenti e produzioni zootecniche	100
	PV3081	SCAA Servizio veterinario piani campionamento, allerte e audit	100
	PV3121	IUV Igiene urbana veterinaria	100
Dipartimento Salute Mentale	TTDSM1	Psichiatria Distretto Treviso	99
	TTDSM2	Psichiatria Distretto Pieve	92
	TTDSM3	Psichiatria Distretto Asolo	92
	TTDSM4	Percorsi riabilitativi e integrazione distrettuale	100
Direttore Funzione Territoriale	TT2091	SerD	100
	TT2101	Controlli delle attività dei soggetti privati socio-sanitari e convenzionati	100
	TT2071	Centro Disturbi Cognitivi e Demenze	100

Dipartimento	Codice	Descrizione Centro di Responsabilità	PESO TOTALE
	TT2051	Strutture Poliambulatoriali del Distretto di Treviso	97
	TT2081	Servizio integrazione lavorativa (SIL)	100
	TT5011	Professioni Sanitarie Territoriali	99
Distretto Socio Sanitario Treviso Sud	TS2011	Cure Primarie Distretto Treviso	92
	TS2021	Cure Palliative	96
	TS2061	Unità operativa per la tutela della salute delle persone con limitazione della libertà	100
	TS6011	Direzione Distretto Treviso Sud	100
Distretto Socio Sanitario Treviso Nord	TN2031	Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Distretto Treviso	100
	TN2041	Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Treviso	100
	TNFAR1	Assistenza Farmaceutica Territoriale	98
	TNFAR2	Distribuzione diretta dei farmaci e assistenza farmaceutica ospedale territorio	99
	TN6011	Direzione Distretto Treviso Nord	100
Distretto Socio Sanitario Pieve di Soligo	TP2011	Cure Primarie Distretto Pieve di Soligo	91
	TP2031	Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Distretto Pieve di Soligo	100
	TP2041	Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Pieve di Soligo	100
	TP6011	Direzione Distretto Pieve di Soligo	99
Distretto Socio Sanitario Asolo	TA2011	Cure Primarie Distretto Asolo	97
	TA2031	Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Distretto Asolo	100
	TA2041	Disabilità e Non Autosufficienza Distretto Asolo	99
	TA6011	Direzione Distretto Asolo	97
Dipartimento di riabilitazione ospedale-territorio	H10281	Unità Spinale Treviso	100
	H50561	Recupero e riabilitazione funzionale Vittorio Veneto	100
	H70561	Recupero e riabilitazione funzionale Montebelluna	100
Ospedali di Treviso - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedali	H10371	Ostetricia e ginecologia Treviso	97
	H10372	Patologia Cervico-Vaginale Treviso	100
	H10391	Pediatria Treviso	95
	H11551	Fibrosi cistica Treviso	99
	H10331	Neuropsichiatria Infantile Treviso	100

Dipartimento	Codice	Descrizione Centro di Responsabilità	PESO TOTALE
	H1DMP1	Direzione medica ospedaliera 1 per la funzione organizzativo gestionale - Treviso	95
	H1FAR1	Farmacia Treviso	98
	H20371	Ostetricia e ginecologia Oderzo	99
	H20372	Procreazione medicalmente assistita Oderzo e Conegliano	100
	H20391	Pediatria Oderzo	100
	H2DMP1	Direzione medica ospedaliera - Oderzo	98
	HT1511	Direzione medica ospedaliera 2 per l'igiene ospedaliera - Treviso	100
Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Generale			
	H10091	Chirurgia Generale 1 Treviso	92
	H10092	Chirurgia Generale 2 Treviso	95
	H10094	Chirurgia Senologica Treviso e Vittorio Veneto	99
	H10361	Ortopedia e traumatologia Treviso	95
	H10581	Gastroenterologia Treviso	96
	H10681	Pneumologia Treviso	95
	H19993	Modelli organizzativi e management in chirurgia Treviso	100
	H20091	Chirurgia Oderzo	100
	H20361	Ortopedia e traumatologia Oderzo	99
Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Interna			
	H10181	Ematologia Treviso	88
	H10191	Malattie endocrine del ricambio e della nutrizione	93
	H10211	Geriatria Treviso	99
	H10261	1° Medicina generale Treviso	97
	H10262	2° Medicina generale Treviso	97
	H10291	Nefrologia Treviso	95
	H10641	Oncologia Treviso	97
	H19992	Reumatologia e Attività diurna polispecialistica di area medica Treviso	99
	H20261	Medicina generale Oderzo	100
	H20641	Oncologia Oderzo	95
Ospedali di Treviso - Dipartimento di Pronto Soccorso, Anestesia e Terapie Intensive			
	H10491	Anestesia e rianimazione Treviso	93
	H10731	Terapia intensiva neonatale Treviso	98
	H10961	Terapia del dolore Treviso	100
	H11061	Accettazione e pronto soccorso Treviso	93
	H11062	Centrale operativa SUEM Treviso	96

Dipartimento	Codice	Descrizione Centro di Responsabilità	PESO TOTALE
	H20491	Anestesia e rianimazione e terapia intensiva Oderzo	99
	H21061	Accettazione e pronto soccorso Oderzo	97
Ospedali di Treviso - Dipartimento di Chirurgia Specialistica			
	H10101	Chirurgia maxillo-facciale Treviso	98
	H10111	Chirurgia Pediatrica Treviso	93
	H10121	Chirurgia Plastica Treviso	99
	H10341	Oculistica Treviso	95
	H10351	Odontostomatologia Pediatrica	100
	H10381	ORL Treviso	98
	H10382	Chirurgia funzionale dell'orecchio Treviso	94
	H10383	Foniatría e audiologia Treviso	99
	H10431	Urologia Treviso	98
	H20341	Oculistica Oderzo	95
Ospedali di Treviso - Dipartimento di Diagnostica per Immagini			
	H10701	Radioterapia Treviso	98
	H11501	Fisica Sanitaria Treviso	100
	H11041	Neuroradiologia Treviso	96
	H10691	Radiologia Treviso	95
	H20691	Radiologia Oderzo	97
	H10611	Medicina nucleare Treviso	100
Ospedali di Treviso - Dipartimento di Medicina Specialistica e di Laboratorio			
	H10241	Malattie Infettive Treviso	98
	H11011	Microbiologia Treviso	97
	H10521	Dermatologia Treviso	97
	H10031	Anatomia e istologia patologica	99
	H11021	Medicina Trasmfusionale Treviso	94
	H11001	Laboratorio analisi Treviso	97
Ospedali di Treviso - Dipartimento Neuro-Cardio-Vascolare			
	H10321	Neurologia Treviso	95
	H10081	Cardiologia Treviso	95
	H10141	Chirurgia vascolare Treviso	92
	H10301	Neurochirurgia Treviso	91

Dipartimento	Codice	Descrizione Centro di Responsabilità	PESO TOTALE
	H10071	Cardiochirurgia Treviso	90
Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale			
	H40611	Medicina nucleare Conegliano	98
	H40691	Radiologia Conegliano	97
	H4DMP1	Direzione medica Conegliano	96
	H5DMP1	Direzione medica Vittorio Veneto	97
	H5FAR1	Farmacia Vittorio Veneto	97
	HT0681	Pneumologia Territoriale	99
Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Chirurgia Generale			
	H40091	Chirurgia generale Conegliano	100
	H40141	Chirurgia Vascolare Conegliano	97
	H40341	Oculistica Conegliano	93
	H40361	Ortopedia e traumatologia Conegliano	94
	H40431	Urologia Conegliano	98
	H49993	Governance delle attività di ricovero in area omogenea chirurgia per intensità di cura Conegliano	99
	H50101	Chirurgia maxillo-facciale Vittorio Veneto	100
	H50091	Chirurgia generale Vittorio Veneto	99
	H50361	Ortopedia e traumatologia Vittorio Veneto	92
	H50381	ORL Vittorio Veneto	95
	H51991	Governance delle attività di day e week surgery Vittorio Veneto	100
Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Medicina Interna			
	H40081	Cardiologia Conegliano	96
	H40211	Geriatria Conegliano	94
	H40261	Medicina generale Conegliano	93
	H40291	Nefrologia e dialisi Conegliano	97
	H40321	Neurologia Conegliano	97
	H40581	Gastroenterologia Conegliano	95
	H41561	Vulnologia Conegliano	100
	H50261	Medicina generale Vittorio Veneto	91
	H50641	Oncologia Vittorio Veneto	99
	H50681	Pneumologia Vittorio Veneto	93
Ospedali di Pieve di Soligo - Dipartimento di Area Critica			
	H40371	Ostetricia e ginecologia Conegliano e Vittorio Veneto	98

Dipartimento	Codice	Descrizione Centro di Responsabilità	PESO TOTALE
	H40391	Pediatria Conegliano	98
	H40491	Anestesia e rianimazione di Conegliano	98
	H41061	Accettazione e pronto soccorso Conegliano	99
	H50491	Anestesia e rianimazione Vittorio Veneto	99
Ospedali di Asolo - Dipartimento di Direzione Medica di Ospedale			
	H60691	Radiologia Castelfranco	96
	H6FAR1	Farmacia Castelfranco	94
	H70601	Lungodegenza Montebelluna	100
	H70691	Radiologia Montebelluna	96
	H7DMP1	Direzione Medica ospedaliera Montebelluna e Castelfranco	97
Ospedali di Asolo - Dipartimento di Chirurgia Generale			
	H70091	Chirurgia generale Montebelluna	96
	H70341	Oculistica Montebelluna	95
	H70361	Ortopedia e traumatologia Montebelluna	93
	H70381	ORL Montebelluna	96
Ospedali di Asolo - Dipartimento di Medicina Interna			
	H60051	Angiologia Castelfranco	95
	H60081	Cardiologia Castelfranco	93
	H60261	Medicina generale Castelfranco	98
	H60291	Nefrologia Castelfranco	97
	H60321	Neurologia Castelfranco	91
	H70081	Cardiologia Montebelluna	99
	H70211	Geriatrics Montebelluna	97
	H70261	Medicina generale Montebelluna	95
Ospedali di Asolo - Dipartimento di Area Critica			
	H60371	Ostetricia e ginecologia Castelfranco	100
	H61061	Accettazione e pronto soccorso Castelfranco	99
	H70371	Ostetricia e ginecologia Montebelluna	97
	H70391	Pediatria Montebelluna	100
	H70491	Anestesia e rianimazione Montebelluna	100
	H70681	Pneumologia Montebelluna	94
	H70961	Terapia del dolore Montebelluna	100
	H71061	Accettazione e pronto soccorso Montebelluna	96

Relativamente ai Direttori di Area, nel 2025 sono stati assegnati degli obiettivi di cui si riporta il contenuto e il risultato.

Direttore Amministrativo	Risultato
Definizione piano di risanamento ORAS di cui all'art.14 del D.Lgs 175/2016 al fine di conseguire la redditività necessaria per garantire l'attività e ripianare le perdite pregresse	100%
Accordo con Asolo Hospital Service su modalità di applicazione dell'art. 29 della convenzione	100%
Gestione delle richieste di Ospedalgrando sui lavori prima fase per il Comitato Consuntivo Tecnico	100%
Direttore Sanitario	Risultato
Gestione del tavolo aziendale sulle liste di attesa per interventi chirurgici e riduzione dei pazienti in lista di attesa con data antecedente il 2023	100%
Governo dell'attività chirurgica nei presidi: definizione delle sedi autorizzate a effettuare interventi oncologici attenzionati dalla Regione (colon, retto, ovaio, stomaco, polmone)	100%
Gestione del tavolo aziendale sulle liste di attesa ambulatoriali	100%
Direttore Servizi Socio Sanitari	Risultato
Applicazione degli adempimenti previsti dalla DGR 465/2024 volti a finanziare a budget gli enti gestori dei servizi Residenziali per anziani	100%
Completamento della mappatura delle attività finanziate con il bilancio sociale e garantire una risposta alle richieste informative provenienti dagli ambiti territoriali sociali	100%
Predisposizione del regolamento del servizio di accoglienza programmata e di emergenza presso le comunità alloggio e RSA per persone con disabilità da sottoporre all'approvazione dei comitati dei sindaci	100%

Relativamente ai risultati conseguiti dai dirigenti PTA rispetto agli obiettivi prestazionali contenuti nell'accordo di distribuzione dei residui 2024 firmato in data 30.06.25 si riportano i risultati nella tabella seguente.

Obiettivo	Risultato
Attivazione dell'Edificio 29 della Cittadella sanitaria	100%
Recupero delle prestazioni in preappuntamento	100%
Continuazione delle fasi del cronoprogramma riferito alle milestone delle opere PNRR	50%

3 Risultati di performance individuale

Il sistema aziendale di valutazione e misurazione della performance individuale, applicato sia al personale con contratto a tempo determinato sia a quello con contratto a tempo indeterminato, si fonda su una piattaforma informatizzata per la gestione delle schede di valutazione, che consente sia l'attribuzione degli obiettivi sia la rilevazione dei risultati conseguiti.

Il modello prevede quattro differenti tipologie di scheda:

- una scheda dedicata ai dirigenti responsabili di struttura complessa, struttura semplice a valenza dipartimentale e struttura semplice;
- una scheda destinata ai dirigenti titolari di incarichi professionali;
- una scheda riservata al personale del comparto con incarichi di coordinamento o di posizione organizzativa;
- una scheda rivolta al restante personale del comparto.

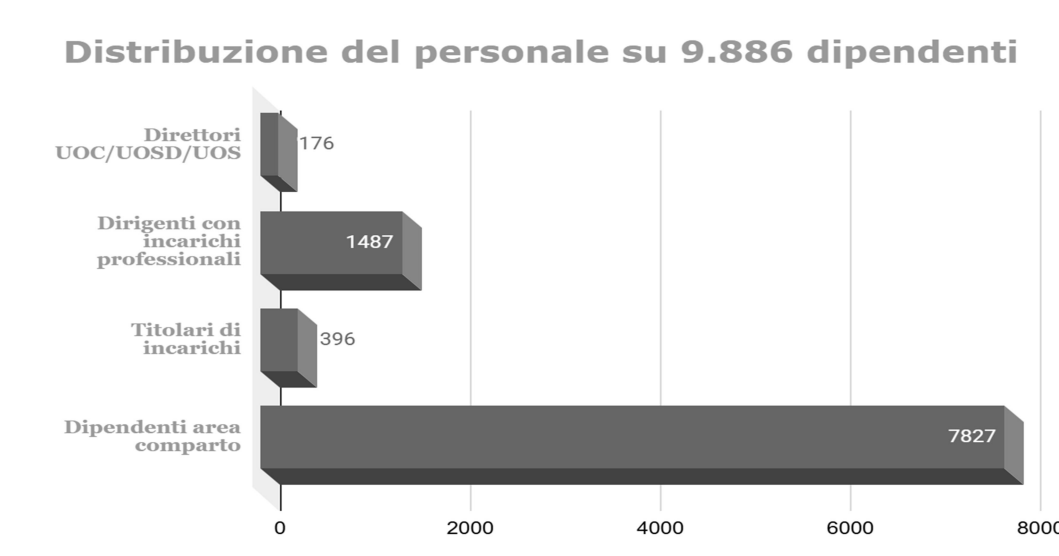
Per l'intera area della dirigenza è prevista una fase di autovalutazione, successivamente validata o eventualmente rettificata dal responsabile della struttura di appartenenza. Le schede di valutazione sono state adottate mediante specifici accordi sindacali.

La valutazione della performance individuale costituisce una delle fasi fondamentali del ciclo della performance. Per ciascun dipendente vengono analizzate la dimensione professionale, la sfera relazionale e il contributo fornito al conseguimento degli obiettivi dell'unità operativa e/o degli obiettivi individuali assegnati.

Gli esiti della valutazione della performance individuale incidono sulla quota di retribuzione incentivante, secondo quanto previsto dalla contrattazione integrativa sia per il personale del comparto sia per la dirigenza. Inoltre, la valutazione concorre alla verifica periodica degli incarichi effettuata dal Collegio Tecnico per la dirigenza sanitaria, in conformità alle disposizioni contrattuali vigenti.

In confronto all'esercizio 2024, i risultati della valutazione della performance individuale relativi all'anno 2025 mostrano un quadro complessivamente omogeneo, con contenute variazioni rispetto ai valori registrati nell'anno precedente.

Esito delle valutazioni individuali



Struttura operativa	Area contrattuale	n. schede	Media punti	Punteggio Min assegnato	Punteggio Max assegnato
Comparto (da 27 a 100 punti)					
Distretto Socio-sanitario	Comparto	1.492	96,45	27	100
Ospedale	Comparto	5.310	96,89	28	100
Dipartimento di Prevenzione	Comparto	275	95,21	85	99
Area PTA e unità di staff	Comparto	760	96,49	39	100
Coordinamento/Posizione Organizzativa (da 35 a 100 punti)					
Distretto Socio-sanitario	Comparto	67	99,38	95	100
Ospedale	Comparto	199	97,98	36	100
Dipartimento di Prevenzione	Comparto	28	98	94	100
Area PTA e unità di staff	Comparto	111	97,74	86	100
Dirigenza (da 35 a 100 punti)					
Distretto Socio-sanitario	Dirigenza	209	98	77	100
Ospedale	Dirigenza	1.123	97,52	79	100
Dipartimento di Prevenzione	Dirigenza	102	95,68	88	99
Area PTA e unità di staff	Dirigenza	53	98,45	91	100
Dirigenza con incarico struttura complessa/semplice a valenza dipartimentale/semplice (da 35 a 100 punti)					
Distretto Socio-sanitario	Dirigenza	24	100	100	100
Ospedale	Dirigenza	116	99	96	100
Dipartimento di Prevenzione	Dirigenza	11	97	97	97
Area PTA e unità di staff	Dirigenza	25	99	98	100

Risorse disponibili per area contrattuale

Vengono di seguito evidenziate le risorse economiche disponibili nel **2025**:

Area	CCNL	Fondo	Importo
Dirigenza Sanità	CCNL Sanità 2022-2024 (27 febbraio 2026) e art. 74 c. 4 del CCNL Sanità 2019-2021	Fondo per la retribuzione di risultato	€ 4.070.642,05
Dal 2021 il Fondo per la retribuzione di risultato comprende tutte le 4 ex aree (Medica, Veterinaria, Sanitaria e delle Professioni Sanitarie), ai sensi dell'ex art. 95 CCNL Sanità 2016-2018. La distribuzione dell'importo avverrà nel rispetto dell'ex art. 95 c. 11 CCNL Sanità 2016-2018, fatto salvo			

quanto previsto dall'art. 74 c. 4 CCNL Sanità 2019-2021 (la destinazione delle risorse anche ai dirigenti veterinari continua ad essere effettuata in modo tale da garantire complessivamente a tali dirigenti una quota percentuale di riparto non inferiore a quella garantita ai sensi dell'ex art. 95 c. 11 CCNL 19/12/2019). Il calcolo dell'importo tiene conto dell'applicazione del Verbale di Accordo del 18/5/2022 avente per oggetto "Riduzione stabile delle risorse del Fondo per la retribuzione di risultato per l'incremento stabile del Fondo per la retribuzione degli incarichi", in applicazione dell'ex art. 95 c. 9 CCNL Sanità 2016-2018.			
Dirigenza PTA	CCNL Funzioni Locali 2022-2024 (23 febbraio 2026) e art. 52, comma 2 del CCNL Funzioni Locali del 16 luglio 2024	Fondo per la retribuzione di risultato	€ 146.246,99
Dal 2021 il fondo include anche i compensi per i trattamenti accessori, ai sensi dell'art. 91 CCNL Funzioni Locali 2016/2018. Il valore qui espresso è relativo alla sola retribuzione di risultato, al netto quindi dei trattamenti accessori già pagati nel corso dell'anno 2025.			
Comparto	CCNL Comparto 2022-2024 (27 ottobre 2025) e art. 103, c. 9 del CCNL Comparto 2019-2021	Fondo premialità e condizioni di lavoro	€ 12.560.758,15

Gli importi sopra indicati possono essere oggetto di variazioni in aumento, a seguito di accordi con le organizzazioni sindacali per la distribuzione di ulteriori residui provenienti da altri fondi.

4 Risorse, efficienza ed economicità

A partire dalla rendicontazione del BEP 2025 e successive, Azienda Zero, sulla base dei nuovi modelli di Conto Economico regionali, articolati per trimestri, ha incaricato le Aziende Sanitarie alla predisposizione di Conto Economico Consuntivo coerentemente con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria 2025 della Regione.

Premesso ciò, nel redigere il conto economico previsionale l'azienda sanitaria ha tenuto conto delle indicazioni contabili fornite da Azienda Zero, agendo su voci di ricavo e di costo modificabili, inderogabilmente entro il limite di risultato fissato, che per Azienda Ulss 2 valeva – 82,170 milioni.

Il vincolo di risultato programmato proposto, era finalizzato alla sostenibilità economico-finanziaria del SSR in coerenza con la programmazione Regionale.

La Regione ha dato forti indicazioni *“Richiamata la situazione di disequilibrio economico emergente dal BEP prospettico consolidato 2025, a legislazione vigente, alle Aziende sanitarie è quindi richiesta, a parità di produzione sanitaria e socio-sanitaria, un'azione di contenimento della crescita dei costi entro un tasso percentuale di incremento medio pari a 1,5% in linea alle previsioni di medio periodo dei documenti nazionali di programmazione finanziaria (piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029)”*.

I risultati economici programmati sono stati determinati a partire dalle risultanze previsionali comunicate dalle aziende medesime in sede di aggiornamento ufficiale del bilancio di previsione 2024 avvenuto nel corso del mese di agosto u.s.

I risultati di esercizio sono stati ricalcolati per tenere in considerazione i seguenti aspetti:

- allineamento dei ricavi per quota indistinta e per i finanziamenti a funzione al Fondo Sanitario Regionale 2023 ma recependo la proposta di aggiornamento della metodologia come da richiesta regionale;
- iscrizione della stima delle risorse vincolate regionali e statali per l'anno 2025;
- azzeramento delle rettifiche dei contributi in c/esercizio iscritte nel nuovo bilancio di previsione 2024;
- iscrizione dei proventi figurativi nei conti intercompany con riferimento alle cessioni gratuite tra Azienda Zero e Aziende Sanitarie nonché la nuova proposta di contabilizzazione dell'interaziendalità;
- iscrizione della stima dei costi incrementali sull'anno 2024 per effetto del rinnovo del CCNL delle Cooperative Sociali;
- stima di alcune variazioni programmate nei costi della produzione per l'anno 2025.

Alla luce delle istruzioni contabili comunicate, l'Azienda ha formulato entro i termini richiesti un conto economico preventivo aggiornato che rispettava l'obiettivo di risultato richiesto dalla Regione.

Nel corso del 2025 sono intercorsi aggiornamenti trimestrali del bilancio economico previsionale, che ha visto diminuire il valore fissato per l'obiettivo di risultato, con un incremento di talune voci di finanziamento, cui vanno aggiunti incrementi di ricavi della gestione aziendale.

Tutto ciò premesso, l'Azienda ULSS2 Marca Trevigiana chiude il bilancio 2025 con un risultato positivo di € 44.260,17, raggiungendo l'obiettivo regionale fissato per questa Azienda e mantenendo il trend rispetto all'esercizio precedente.

A consuntivo 2025 l'obiettivo di risultato è stato raggiunto.

Si riporta di seguito lo schema di bilancio consuntivo 2025, a confronto con l'anno 2024.

	CONSUNTIVO 2025	CONSUNTIVO 2024	VARIAZIONE	VARIAZIONE %
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	2.020.897.054,08	1.983.149.901,03	37.747.153,05	1,90
1) Contributi in c/esercizio	1.768.378.630,89	1.742.488.981,95	25.889.648,94	1,49
a) Contributi in c/esercizio - da Regione o Provincia Autonoma per quota F.S. regionale	1.761.717.042,20	1.736.538.714,03	25.178.328,17	1,45
b) Contributi in c/esercizio - extra fondo	6.049.806,09	3.354.257,96	2.695.548,13	80,36
1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - vincolati	573.317,68	590.655,69	-17.338,01	-2,94
2) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura LEA	0,00	0,00	0,00	0,00
3) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - Risorse aggiuntive da bilancio a titolo di copertura extra LEA	1.191.621,00	10.031,83	1.181.589,17	84%
4) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) - altro	0,00	0,00	0,00	0,00
5) Contributi da aziende sanitarie pubbliche (extra fondo)	74.969,74	179.073,39	-104.103,65	-58,13
6) Contributi da altri soggetti pubblici	4.209.897,67	2.574.497,05	1.635.400,62	63,52
c) Contributi in c/esercizio - per ricerca	0,00	0,00	0,00	0,00
1) da Ministero della Salute per ricerca corrente	0,00	0,00	0,00	0,00
2) da Ministero della Salute per ricerca finalizzata	0,00	0,00	0,00	0,00
3) da Regione e altri soggetti pubblici	0,00	0,00	0,00	0,00
4) da privati	0,00	0,00	0,00	0,00
d) Contributi in c/esercizio - da privati	611.782,60	2.596.009,96	-1.984.227,36	-76,43
2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-25.717,60	-3.561.878,58	3.536.160,98	-99,28
3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	12.562.573,24	6.933.715,56	5.628.857,68	81,18
4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	133.431.291,35	131.475.701,70	1.955.589,65	1,49
a) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - ad aziende sanitarie pubbliche	84.333.891,28	83.093.132,65	1.240.758,63	1,49
b) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - intramoenia	23.338.644,51	23.066.909,20	271.735,31	1,18
c) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie - altro	25.758.755,56	25.315.659,85	443.095,71	1,75
5) Concorsi, recuperi e rimborsi	21.044.244,88	29.491.071,58	-8.446.826,70	-28,64
6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	31.095.329,28	30.718.661,23	376.668,05	1,23
7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	34.964.863,28	32.050.621,84	2.914.241,44	9,09
8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0,00	0,00	0,00	0,00
9) Altri ricavi e proventi	19.445.838,76	13.553.025,75	5.892.813,01	43,48
Totale A)	2.020.897.054,08	1.983.149.901,03	37.747.153,05	1,90
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	1.998.956.248,43	1.942.279.524,15	56.676.724,28	2,92
1) Acquisti di beni	365.639.366,38	362.837.473,22	2.801.893,16	0,77

a) Acquisti di beni sanitari	361.082.610,62	358.088.739,04	2.993.871,58	0,84
b) Acquisti di beni non sanitari	4.556.755,76	4.748.734,18	-191.978,42	-4,04
2) Acquisti di servizi sanitari	798.083.985,81	784.822.194,44	13.261.791,37	1,69
a) Acquisti di servizi sanitari - medicina di base	102.177.525,00	103.317.011,38	-1.139.486,38	-1,10
b) Acquisti di servizi sanitari - farmaceutica	101.674.894,80	95.971.088,23	5.703.806,57	5,94
c) Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	95.611.191,88	94.471.146,68	1.140.045,20	1,21
d) Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	11.634.558,12	11.623.837,37	10.720,75	0,09
e) Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	3.614.753,85	3.493.612,04	121.141,81	3,47
f) Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	5.172.573,20	4.248.013,62	924.559,58	21,76
g) Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	163.906.832,88	163.703.641,13	203.191,75	0,12
h) Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	14.032.629,32	13.608.749,98	423.879,34	3,11
i) Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	44.260.264,16	40.035.301,66	4.224.962,50	10,55
j) Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.385.568,00	1.355.817,00	29.751,00	2,19
k) Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	15.924.691,52	15.880.124,57	44.566,95	0,28
l) Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	145.642.374,19	142.884.985,81	2.757.388,38	1,93
m) Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	18.077.973,68	18.239.870,78	-161.897,10	-0,89
n) Rimborsi Assegni e contributi sanitari	15.195.606,91	17.748.595,54	-2.552.988,63	-14,38
o) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	13.872.338,43	15.321.557,59	-1.449.219,16	-9,46
p) Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	45.900.209,87	42.918.841,06	2.981.368,81	6,95
q) Costi GSA per differenziale saldo mobilità interregionale	0,00	0,00	0,00	0,00
3) Acquisti di servizi non sanitari	149.082.272,31	142.584.888,93	6.497.383,38	4,56
a) Servizi non sanitari	146.733.045,80	140.230.054,78	6.502.991,02	4,64
b) Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro non sanitarie	1.359.046,79	1.309.885,02	49.161,77	3,75
c) Formazione	990.179,72	1.044.949,13	-54.769,41	-5,24
4) Manutenzione e riparazione	36.352.416,36	35.064.188,71	1.288.227,65	3,67
5) Godimento di beni terzi	49.798.943,96	42.491.776,97	7.307.166,99	17,20
6) Costi del personale	503.653.134,16	478.102.627,32	25.550.506,84	5,34
a) Personale dirigente medico	153.748.756,28	144.874.369,03	8.874.387,25	6,13
b) Personale dirigente ruolo sanitario non medico	18.270.392,16	17.293.546,23	976.845,93	5,65
c) Personale comparto ruolo sanitario	223.884.594,00	213.358.230,04	10.526.363,96	4,93
d) Personale dirigente altri ruoli	3.107.144,36	3.048.026,18	59.118,18	1,94
e) Personale comparto altri ruoli	104.642.247,36	99.528.455,84	5.113.791,52	5,14
7) Oneri diversi di gestione	10.766.768,12	11.472.364,72	-705.596,60	-6,15
8) Ammortamenti	40.635.972,28	39.127.786,61	1.508.185,67	3,85

a) Ammortamenti immobilizzazioni immateriali	2.765.828,60	2.044.097,51	721.731,09	35,31
b) Ammortamenti dei Fabbricati	12.577.584,88	12.544.353,94	33.230,94	0,26
c) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	25.292.558,80	24.539.335,16	753.223,64	3,07
9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.616.498,04	2.262.537,35	-646.039,31	-28,55
10) Variazione delle rimanenze	117.685,96	-2.533.119,93	2.650.805,89	-104,65
a) Variazione delle rimanenze sanitarie	170.159,60	-2.512.492,35	2.682.651,95	-106,77
b) Variazione delle rimanenze non sanitarie	-52.473,64	-20.627,58	-31.846,06	154,39
11) Accantonamenti	43.209.205,05	46.046.805,81	-2.837.600,76	-6,16
a) Accantonamenti per rischi	10.355.644,44	15.723.285,88	-5.367.641,44	-34,14
b) Accantonamenti per premio operosità	1.008.322,68	1.234.187,42	-225.864,74	-18,30
c) Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	4.145.040,52	3.455.288,51	689.752,01	19,96
d) Altri accantonamenti	27.700.197,41	25.634.044,00	2.066.153,41	8,06
Totale B)	1.998.956.248,43	1.942.279.524,15	56.676.724,28	2,92
DIFF. TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	21.940.805,65	40.870.376,88	-18.929.571,23	-46,32
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-1.008.873,04	-468.491,10	-540.381,94	115,35
1) Interessi attivi ed altri proventi finanziari	6.074,28	25.227,88	-19.153,60	-75,92
2) Interessi passivi ed altri oneri finanziari	1.014.947,32	493.718,98	521.228,34	105,57
Totale C)	-1.008.873,04	-468.491,10	-540.381,94	115,35
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	-62.260,48	-42.232,09	-20.028,39	47,42
1) Rivalutazioni	0,00	0,00	0,00	0,00
2) Svalutazioni	62.260,48	42.232,09	20.028,39	47,42
Totale D)	-62.260,48	-42.232,09	-20.028,39	47,42
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	15.451.195,56	-5.223.937,87	20.675.133,43	-395,78
1) Proventi Straordinari	22.529.623,84	3.809.046,16	18.720.577,68	491,48
a) Plusvalenze	57.972,00	57.775,56	196,44	0,34
b) Altri proventi straordinari	22.471.651,84	3.751.270,60	18.720.381,24	499,04
2) Oneri Straordinari	7.078.428,28	9.032.984,03	-1.954.555,75	-21,64
a) Minusvalenze	114.374,12	15.245,39	99.128,73	650,22
b) Altri oneri straordinari	6.964.054,16	9.017.738,64	-2.053.684,48	-22,77
Totale E)	15.451.195,56	-5.223.937,87	20.675.133,43	-395,78
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	36.320.867,69	35.135.715,82	1.185.151,87	3,37
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	36.276.607,52	35.048.569,42	1.228.038,10	3,50
1) IRAP	34.906.607,52	33.698.569,42	1.208.038,10	3,58
a) IRAP relativa a personale dipendente	32.220.162,64	30.980.538,20	1.239.624,44	4,00
b) IRAP relativa a collaboratori e personale assimilato a lavoro dipendente	1.238.076,80	1.256.326,81	-18.250,01	-1,45
c) IRAP relativa ad attività di libera professione (intramoenia)	1.448.368,08	1.461.704,41	-13.336,33	-0,91
d) IRAP relativa ad attività commerciali	0,00	0,00	0,00	0,00
2) IRES	1.370.000,00	1.350.000,00	20.000,00	1,48

3) Accantonamento a fondo imposte (accertamenti, condoni, ecc.)	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale Y)	36.276.607,52	35.048.569,42	1.228.038,10	3,50
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	44.260,17	87.146,40	-42.886,23	-49,21

Complessivamente si rilevano capitalizzazioni per 6,5 mln di immobilizzazioni immateriali, cui si aggiungono 30,7 mln di immobilizzazioni materiali.

Il valore complessivo del piano investimenti 2025 è stato finanziato secondo le diverse fonti disponibili come da tabella sotto riportata:

TIPO FINANZIAMENTO	IMPORTO	%
Contributi vincolati destinati in parte al finanziamento di beni immobili, esclusi i finanziamenti a funzione	175.212,12	0%
Contributi statali in conto capitale	3.111.672,02	8%
Contributi in conto capitale acquisti da soggetti privati	736.699,45	2%
Utili di esercizio	866.710,83	2%
Introiti derivanti da alienazioni	475.804,45	1%
Impiego Obiettivi di piano - Utili GSA - Cespiti COVID/PANFLU da elenchi Azienda Zero	2.635.053,30	7%
Fondo per il Finanziamento degli Investimenti -MANTENIMENTO (Budget Aziendale)	7.486.865,00	20%
Fondo Investimenti - POTENZIAMENTO	1.164.035,42	3%
Rettifiche già apportate in anni precedenti	20.500.681,83	54%
Mutuo	627.359,04	2%
TOTALE FINANZIATO	37.780.093,46	100%

Gli investimenti intercorsi nell'anno 2025 sono così classificati:

INVESTIMENTO	IMPORTO	%
EDILIZIA	10.566.649,32	28%
INFORMATICA	9.457.173,13	25%
ATTREZZATURE	15.570.619,03	41%
ALTRO	2.185.651,98	6%
Totale complessivo	37.780.093,46	100%

Tra le immobilizzazioni materiali in corso al 31.12.25, che portano un valore complessivo di € 124.634.195,23, vanno in particolare associati ai lavori della nuova Cittadella Sanitaria di Treviso, gli interventi PNRR legati alle case di comunità e agli ospedali di comunità.

Per un focus sugli obiettivi dei tetti di costo attribuiti dalla Regione, si rimanda a quanto già evidenziato nella sezione "I risultati degli obiettivi regionali". Sotto il profilo finanziario, gli indicatori di bilancio, che analizzano la composizione del patrimonio sia in termini di scadenza (correlazione tra fonti ed impieghi) sia rispetto alla fonte (patrimonio proprio o di terzi), risultano positivi.

Se analizziamo in particolare il capitale circolante netto, che monitora il grado di copertura dei fabbisogni finanziari attraverso l'attivazione delle opportune fonti di finanziamento, si evidenzia una completa copertura del passivo corrente con fonti della medesima scadenza temporale, pur essendo presente una

importante riduzione del saldo di tesoreria a causa delle minori rimesse e per effetto della restituzione del mutuo, a cadenza semestrale. L'azienda, come negli esercizi precedenti, mantiene una buona correlazione tra scadenze dei debiti e capacità di far fronte agli stessi con le disponibilità liquide. Lo stesso si può affermare per il capitale investito largamente finanziato con il capitale proprio o di terzi a lungo termine.

Per chiudere la rappresentazione delle performance finanziarie registrate nel 2025, si riporta l'indicatore di tempestività dei pagamenti, che è stato pari a -37,22 ed indica il numero di giorni medi di anticipo con cui sono stati effettuati i pagamenti rispetto alla scadenza. Il valore dell'indicatore di tempestività dei pagamenti ha un trend altamente positivo ed in miglioramento rispetto al momento di costituzione dell'attuale Azienda Ulss n. 2.

Tale indicatore è stato calcolato come rapporto tra la somma degli importi netti pagati nel corso del 2025 a fronte dei documenti ricevuti a titolo di corrispettivo da una transazione commerciale (moltiplicati per i giorni effettivi trascorsi tra la data di scadenza e la data di emissione del mandato di pagamento) e la somma complessiva degli importi pagati nel corso del 2025. Il valore dell'indicatore evidenzia l'impegno dell'azienda nella gestione del processo di ciclo passivo, che mantiene un valore positivo.

Per completare l'analisi finanziaria nel corso dell'esercizio 2025 sono stati effettuati pagamenti per complessivi € 1.960.633.805,82, relativi a transazioni commerciali per € 989.647.346,44. L'ammontare pagato oltre i termini previsti dal D.Lgs 231/2002 risulta pari ad € 22.746.081,10, con un'incidenza del 2,30%.

5 Il processo di redazione della relazione sulle performance

La presente relazione è stata predisposta dalla Direzione Strategica con il supporto del Servizio Controllo di Gestione e del Servizio gestione risorse umane ed elaborata nei termini previsti dalla DGRV 140/2016.

La relazione sulla performance contiene la valutazione degli obiettivi delle strutture sulla base dei dati ricavabili dai flussi informativi aziendali e delle eventuali valutazioni integrative dei Direttori di Area, come previsto dal documento "Sistema di misurazione e valutazione della performance del personale dipendente" pubblicato nel sito internet dell'Azienda ULSS 2 nella sezione amministrazione trasparente – performance.

Per quanto riguarda il processo seguito dall'Azienda per la gestione del Ciclo della Performance si rimanda alla "Relazione sul Funzionamento del Sistema Complessivo di Valutazione, Trasparenza e Integrità dei Controlli Interni", che verrà pubblicata sul sito aziendale entro i termini previsti dalla DGRV 140/2016.

Di seguito viene rappresentato il ciclo della performance con l'evidenza di tutte le azioni e i documenti che ne caratterizzano il funzionamento e la rispettiva tempistica che l'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana intende adottare.

<i>Livello istituzionale</i>
Pianificazione pluriennale Piano Socio sanitario Regionale
Pianificazione annuale DGRV Obiettivi assegnati ai Direttori Generali

<i>Livello strategico</i>		
Entro il 31 Gennaio 2025	Entro il 30 giugno 2026	Entro il 30 giugno 2026
Pianificazione triennale e pianificazione annuale	Valutazione annuale anno precedente	Valutazione annuale anno precedente
Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027	Relazione sulla performance 2025	Validazione da parte dell'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) della Relazione sulla performance anno 2025

<i>Livello operativo</i>		
Entro il 31 Gennaio 2025	Nel corso dell'anno	Entro il 30 giugno 2026
Pianificazione annuale	Misurazioni infra-annuali	Misurazione annuale
Obiettivi operativi organizzativi: Schede di budget	Monitoraggio delle schede di budget	Consuntivo delle schede di budget Valutazione annuale