

Delibera del Direttore Generale n. 1308 del 29/06/2026

OGGETTO: Adempimenti ai sensi della L.R. 55/94 e dell'art. 10 del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm

NOTE TRASPARENZA: Adempimenti ai sensi della L.R. 55/94, del D.Lgs. 150/2009 e ss.mm. e della DGRV 140/2016

Il Direttore della **UOC Controllo di Gestione** riferisce:

In conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n. 150 del 2009 art. 10, comma 1, lettera b), modificato dal D.Lgs n. 74/2017, l'Azienda Ospedale-Università Padova ha predisposto la Relazione sulla performance anno 2025, documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti. Le Linee di indirizzo impartite dalla Regione Veneto in applicazione delle disposizioni del D.Lgs. n.150/2009 in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del servizio sanitario regionale ed in materia di trasparenza (DGRV n. 140/2016) ribadiscono l'obbligo, per le Aziende Sanitarie della Regione, di adottare tale documento entro il 30 giugno di ciascun anno.

La Relazione sulla performance riporta in sintesi:

- una fotografia dell'Azienda con i dati di attività del 2025;
- l'auto-valutazione degli obiettivi aziendali per l'anno 2025, con particolare evidenza agli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati alle aziende sanitarie del Veneto con DGRV n. 1557/2024. Constatato che alla data odierna la Regione non ha ancora emanato il provvedimento di valutazione degli obiettivi, la stima del raggiungimento aziendale è stata fatta sulla base dei dati di misurazione inviati dalla Regione e dei dati a disposizione dell'A-

- zienda. Si tratta pertanto di un dato pre-consuntivo, che verrà aggiornato alla luce della valutazione dei competenti organi regionali;
- la metodologia adottata per la determinazione della valutazione individuale e la sintesi dei risultati delle valutazioni individuali per l'area del comparto e della dirigenza.

In ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. 150/2009 all'art. 14, comma 4, lettera c) e ss.mm., la Relazione sulla Performance 2025 sarà sottoposta all'Organismo Indipendente di Valutazione per la validazione e, successivamente, sarà pubblicata sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO della suesposta proposta e accertato che il Direttore della **UOC Controllo di Gestione** ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla conformità con la vigente legislazione statale e regionale, nonché la copertura della spesa prevista nel budget assegnato per l'anno in corso;

RITENUTO di dover adottare in merito i provvedimenti necessari;

VISTO il Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e le leggi regionali n. 55 e n. 56 del 1994 e successive modifiche ed integrazioni;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario per quanto di rispettiva competenza;

IN BASE ai poteri conferitigli dal D.P.G.R. n. 26 del 28.02.2026.

DELIBERA

- 1) di approvare la Relazione sulla performance anno 2025, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. n. 150 del 2009 art. 10, comma 1, lettera b) e ss.mm., dalla DGRV n. 140 del 2016, allegata come parte integrante al presente provvedimento, nei termini esposti in premessa;

2) di sottoporre la Relazione sulla performance anno 2025 per la validazione all'Organismo Indipendente di Valutazione e, una volta validata, pubblicarla sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente.

Il Direttore Generale
F.to Dr. Paolo Fortuna



REGIONE DEL VENETO

**Azienda
Ospedale
Università
Padova**

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2025

(art. 10, comma 1, lettera b) del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm.)

Indice

1	Presentazione della relazione	3
2	Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholders esterni	4
2.1	La normativa di riferimento	4
2.2	L' Azienda Ospedale-Università in cifre	7
	Attività di ricovero	10
	Attrattività	11
	Attività di trapianto	12
	Attività chirurgica	13
	Attività del Pronto Soccorso	15
	Principali indicatori di complessità e appropriatezza dei ricoveri ordinari	18
3	Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti	21
3.1	Gli obiettivi strategici	21
3.2	Gli obiettivi operativi	81
3.3	Performance individuale - obiettivi individuali	84
3.3.2	Sintesi delle valutazioni	90
4	Risorse, efficienza ed economicità	101
4.1.1	Evoluzione della performance economica dell'azienda	101
4.1.2	Evoluzione dei tempi medi di pagamento	102
5	Il processo di redazione della Relazione sulla <i>performance</i>	104

1 Presentazione della relazione

La Relazione sulla Performance costituisce, ai sensi del D.Lgs. 150/2009, modificato dal D.Lgs. 74/2017, lo strumento mediante il quale le amministrazioni pubbliche illustrano ai cittadini e a tutti gli altri stakeholders, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

Come indicato dal citato decreto e dalle *Linee di indirizzo in materia di misurazione e valutazione dei dipendenti del Servizio Sanitario Regionale* veneto (DGRV n. 140/2016), la Relazione evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e alle risorse utilizzate, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

In riferimento alle finalità sopradescritte, è previsto che la Relazione sia un documento snello e comprensibile e che sia accompagnato, ove necessario, da una serie di allegati che raccolgano le informazioni di maggior dettaglio. In generale, il documento deve essere ispirato ai principi di trasparenza, immediata intelligibilità, veridicità e verificabilità dei contenuti, partecipazione e coerenza interna ed esterna.

Ai sensi dell'art. 14, commi 4, lettera c), e 6, del decreto 150/2009, la Relazione deve essere approvata entro il 30 giugno e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione. Tale disposizione è stata fatta propria dalla Regione Veneto che, con DGR 140/2016, ha disposto che il Documento di Validazione della Relazione sulla performance sia redatto dall'OIV all'interno della Relazione annuale sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni.

Per l'Azienda Ospedale-Università Padova gli obiettivi da conseguire nell'anno 2025, oggetto della presente relazione, erano stati esplicitati nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2025-2027 (DDG n. 198 del 31/01/2025), che comprendeva il Documento delle Direttive.

In tale contesto e sulla base dei contenuti dei decreti attuativi approvati a livello nazionale, la Relazione sulla performance 2025 mantiene struttura e contenuti analoghi a quelli degli anni precedenti.

2 Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli altri stakeholders esterni

2.1 La normativa di riferimento

Gli atti aziendali relativi al ciclo di programmazione e valutazione della performance tengono conto e soddisfano i seguenti riferimenti normativi:

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è lo strumento che dà attuazione, in Italia, al programma “Next Generation EU”. Attraverso il PNRR l’Italia sta attuando un vasto programma di riforme, tra cui Pubblica Amministrazione, giustizia, semplificazione della legislazione, concorrenza, fisco, accompagnato da importanti investimenti. L’azione di rilancio del Piano è guidata dagli obiettivi di policy e interventi connessi ai tre assi strategici condivisi a livello europeo:

- digitalizzazione e innovazione,
- transizione ecologica,
- inclusione sociale.

Il Piano si articola in sedici Componenti, le quali sono raggruppate in sei Missioni:

1. Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo;
2. Rivoluzione verde e transizione ecologica;
3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile;
4. Istruzione e ricerca;
5. Inclusione e coesione;
6. Salute.

In particolare nella sezione della sanità, il Piano affronta i problemi resi ancora più evidenti dalla pandemia Covid-19 ed evidenzia l’importanza delle tecnologie e delle competenze (digitali, professionali e manageriali), per rivedere i processi di cura e per ottenere un più efficace collegamento tra ricerca, analisi dei dati e programmazione.

La missione 6 si articola in due componenti:

- reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Il 12/01/2022 si è svolta la Conferenza Stato-Regioni in cui si è dato il via libera alla ripartizione dei fondi del PNRR e del Piano per gli Investimenti per la sanità: sono circa 8 miliardi, di cui circa 583 milioni per la Regione Veneto.

Con DGR n. 296 del 22/03/2022 la Regione Veneto ha individuato 16 progetti innovativi e strategici formulati nell'ambito del Tavolo di partenariato per il PNRR. Tra questi il progetto 12 riguarda l'Ospedale e il territorio con investimenti su Case di Comunità, telemedicina, Ospedali di Comunità, ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, sicurezza e sostenibilità, potenziamento della ricerca biomedica.

DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". Il decreto è stato adottato nell'ambito della riforma di settore del PNRR, che persegue la creazione di un nuovo modello organizzativo del SSN, tale da consentire il raggiungimento di migliori standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza sanitaria territoriale.

Le principali tematiche interessate dalla riforma sono: Casa della Comunità, Infermiere di famiglia o comunità, Unità di continuità assistenziale, Centrale operativa territoriale, Centrale operativa 116117, Assistenza domiciliare, Ospedale di Comunità, Rete delle cure palliative, Consultorio familiare e servizi rivolti ai minori, Dipartimento di Prevenzione e telemedicina.

Normativa relativa alla programmazione del Servizio Sanitario della Regione Veneto:

- **DGR n. 614 del 14/05/2019** "Approvazione delle schede di dotazione delle strutture ospedaliere".
- **Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023** approvato con L.R. n. 48/2018.
- **DGR n. 1557 del 30/12/2024** "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025".
- **Decreto Regionale n. 9 del 18/03/2025** "Limiti di costo degli Enti del SSR in materia di beni sanitari per il 2025", poi modificato con Decreto n. 11083 del 16/09/2025.
- **Decreto Regionale n. 21 del 21/02/2025** "disposizioni per l'anno 2025 in materia di personale del SSR - obiettivi di costo anno 2025", poi modificato con Decreti Regionali n. 122 del 01/09/2025 e n. 12243 del 30/03/2026.
- **DGR n. 626 del 04/06/2024** aggiornamento del Piano Regionale Governo Liste Attesa (Deliberazione/CR n. 35 del 09/04/2024) finalizzato a garantire a tutti i cittadini tempi di accesso alle prestazioni sanitarie che siano certi e adeguati alla situazione clinica.
- **DDG n. 368 del 21/02/2025** "Approvazione del Piano Aziendale in attuazione delle disposizioni di cui alla DGR n. 626 del 04/06/2024 sul governo delle liste d'attesa;
- **Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025**, piano strategico per affrontare l'emergenza dell'antibiotico-resistenza, stabilito dal Ministero della Salute.

- **DGR n. 775 del 27/06/2023**, “Approvazione del Modello organizzativo regionale dei servizi di telemedicina. Decreto Ministeriale del 30 settembre 2022”.
- **DGRV n. 960 del 13/08/2024** “Approvazione del Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto”.
- **DGR n. 241 del 12/03/2025**, relativa alle azioni regionali per la prevenzione degli atti di violenza e costituzione del Tavolo regionale permanente per la prevenzione e la protezione dagli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Legge 14 agosto 2020, n. 113.
- **DGR n. 62 del 27/01/2025** “Approvazione del Piano di potenziamento della rete regionale di cure palliative in età adulta ed in età pediatrica per l'anno 2025, ai sensi dell'art. 1, comma 83 della Legge 29 dicembre 2022, n. 197”.
- **Decreto n. 11038 del 08/09/2025** “Alimentatori Aziende Sanitarie” che fornisce le indicazioni per le Aziende Sanitarie al fine di poter procedere in maniera omogenea a livello regionale ad acquisire dati e informazioni ed omogeneizzare l'offerta digitale regionale.

Normativa relativa alla valutazione:

- **D.Lgs n. 150/2009, modificato dal D.Lgs. n. 74/2017**, “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”.
- **DGR n. 2172 del 23/12/2016** “Modificazioni alla pesatura delle determinazioni dei soggetti coinvolti nel procedimento di valutazione annuale dei Direttori Generali delle Aziende ed Istituti del SSR”.
- **DGR n. 140/2016 “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”. Tale norma va a sostituire la DGRV 2205/2012.
- **CCNL 2022-2024** relativo al personale del Comparto Sanità sottoscritto in data 27 ottobre 2025.
- **CCNL 2022-2024** relativo alla Dirigenza dell’ Area Sanità sottoscritto il 27 febbraio 2026.
- **CCNL 2022-2024** relativo al personale dell’ Area delle Funzioni Locali, Sezione Dirigenti P.T.A. del SSN, sottoscritto in data 23 febbraio 2026.

2.2 L'Azienda Ospedale-Università in cifre

L'Azienda Ospedale-Università Padova (di seguito AOUP) è riconosciuta come Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08.01.1999 ed è individuata dal Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023 quale Ospedale Hub di eccellenza di rilievo regionale.

Gli Hub di eccellenza sono qualificati dalla presenza di alte specializzazioni e garantiscono la competenza necessaria per la gestione delle casistiche più complesse, anche grazie alla presenza delle tecnologie più innovative. Sono caratterizzati dalla sinergica cooperazione istituzionale con le Università di riferimento, dall'integrazione dell'attività assistenziale, didattico/formativa e di ricerca, e dalla partecipazione alle reti nazionali, oltre che dalla cooperazione con i centri ospedalieri di maggior prestigio internazionale. Gli Hub garantiscono lo sviluppo delle pratiche cliniche e l'introduzione nella pratica ospedaliera delle innovazioni derivate dalla ricerca, contribuendo al miglioramento continuo dei livelli di assistenza della rete ospedaliera regionale. Supportano le strutture della rete ospedaliera regionale nella gestione delle casistiche complesse sia attraverso modelli di centralizzazione dei pazienti, anche per la sola fase acuta del percorso assistenziale (facilitando poi una presa in carico da parte delle strutture ospedaliere di prossimità per la gestione della fase post-acuta), sia attraverso lo sviluppo di modelli di consulenza da garantire anche con strumenti informatici.

La valenza dell'AOUP, quale Hub a proiezione nazionale, è evidenziata dalla molteplicità di centri e strutture di riferimento, interaziendali, provinciali e regionali. Gli atti di programmazione ospedaliera riconoscono per l'AOUP una serie di funzioni di alta specialità, come identificate dal DM 29 gennaio 1992. Alcune funzioni sono identificate come "strutture di riferimento regionale" e viene riconosciuto, ove previsto, lo svolgimento di attività di trapianto di organo solido (cuore, polmoni, fegato, rene e pancreas), di cellule staminali emopoietiche per pazienti adulti e pediatrici, nonché recentemente di insule pancreatiche per pazienti adulti.

Con specifici provvedimenti, la Regione Veneto ha individuato una serie di strutture e centri di riferimento regionale all'interno dell'AOUP cui si aggiungono n. 50 centri regionali specializzati, riconosciuti con la DGR n. 2707/2014 e s.m.i. i quali si caratterizzano per essere punto di riferimento unico regionale per l'area clinica di rispettiva competenza con relativa produzione di linee guida, protocolli e procedure, attraverso l'erogazione di qualificata attività, clinica e/o di ricerca, adeguata al ruolo del Centro Regionale, la produzione di attività di ricerca riconosciuta a livello nazionale e internazionale e lo svolgimento di attività di formazione su scala regionale.

In ambito internazionale, inoltre, l'AOUP si è dimostrata uno dei più importanti prestatori di assistenza sanitaria italiani per numero di pazienti con malattie rare presi in carico. A livello europeo sono state approvate 24 reti per le malattie rare e complesse costituite da centri di riferimento /eccellenza appartenenti agli Stati membri secondo quanto previsto dalla Direttiva Europea 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti all'assistenza sanitaria transfrontaliera. A seguito della

partecipazione ai bandi europei per aderire a tali reti (European Reference Network - ERN), per l'AOUP è stata riconosciuta la partecipazione a 22 dei 24 ERN.

Da ultimo il Protocollo di Intesa tra Regione del Veneto e Università degli Studi di Padova, che disciplina l'apporto della Scuola di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Regionale, riconosce l'AOUP quale Azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra Servizio Sanitario Regionale (SSR) e Università di Padova (UNIPD).

L'AOUP ha definito nell'Atto Aziendale la missione, la visione, i principi ed il sistema dei valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni ed i comportamenti dei singoli e dell'organizzazione e le relazioni con i gruppi portatori di interessi, nonché i principi generali di organizzazione, ed ha inoltre delineato la configurazione degli assetti organizzativi e delle articolazioni di governo, disciplinando i livelli di competenza e responsabilità, con distinzione delle funzioni di indirizzo strategico da quelle di produzione e di supporto dell'Azienda. Nell'organigramma dell'Atto Aziendale è riportato l'assetto organizzativo sia dell'area ospedaliera sia dell'area non ospedaliera.

Nel corso del 2025, la Direzione Aziendale ha formulato una nuova proposta di Atto Aziendale che è stata approvata dal Direttore dell'Area Sanità e Sociale con il Decreto n. 140 del 30 settembre. Di conseguenza, il nuovo Atto Aziendale è stato adottato in via definitiva con la Deliberazione del Direttore Generale n. 2620 del 24 dicembre 2025.

Per quanto riguarda l'organizzazione aziendale, sono individuate le seguenti strutture:

- n. 04 Dipartimenti didattico-scientifico-assistenziali integrati (Didas),
- n. 17 Dipartimenti Funzionali Aziendali (di cui 1 di area non ospedaliera),
- n. 09 Dipartimenti Funzionali Interaziendali,
- n. 102 Unità Operative Complesse (di cui n. 11 di area non ospedaliera),
- n. 40 Unità Operative Semplici Dipartimentali (di cui n. 2 di area non ospedaliera),
- n. 78 Unità Operative Semplici (di cui 10 di area non ospedaliera).

Nel sito aziendale, nella sezione Amministrazione Trasparente, al seguente link <http://www.aopd.veneto.it/sez,4090>, è pubblicato l'organigramma aziendale secondo il nuovo atto aziendale.

Attività

I principali dati di attività di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica dell'anno 2025 sono riportati nella tabella seguente.

	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Numero Ricoveri ordinari	54.996	56.159	55.729
Numero Ricoveri diurni	11.783	11.869	12.830
Totale ricoveri*	66.779	68.028	68.559
Valore DRG attività di ricovero in Euro	324.808.437	335.303.960	344.182.257
Peso medio DRG ricoveri ordinari**	1,48	1,49	1,53
Valore medio per caso trattato ricoveri ordinari	5.491,12	5.543,13	5.736,72
Degenza media ricoveri ordinari**	7,65	7,45	7,21
% Ricoveri Urgenti**	60,09%	59,49%	58,95%
% pazienti residenti Extra Regione (RO+DH)	10,15%	10,97%	11,02%
Numero ricoveri per trapianto solido	436	435	464
Numero ricoveri oncologici (RO+DH)	11.296	11.631	12.029
Numero Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP)	7.177.053	7.577.299	7.213.881
Valore Prestaz. Specialistica per esterni (escluso LP) al netto sconto	130.792.557	139.078.260	150.113.556
N. atti operatori (escluso Sala Parto e PMA)	67.759	68.840	70.770
Accessi Pronto Soccorso	159.497	160.046	161.884
<i>di cui Pediatrici</i>	28.416	27.037	25.761
Hospice Pediatrico/Centro Bambino Maltrattato-Numero dimessi	413	432	400
Ospedale di Comunità-Numero Dimessi	223	403	472

* escluso Hospice Pediatrico, Centro Bambino Maltrattato e ODC

** al netto della Lungodegenza e Riabilitazione

Nel 2025, il numero dei ricoveri è aumentato di circa l'1% rispetto all'anno precedente e del 2,7% rispetto all'anno 2023; aumenta complessivamente il numero di trapianti solidi eseguiti nel 2025 rispetto all'anno precedente.

Per l'attività di specialistica ambulatoriale, si registra una riduzione in termini di volume pari a -4,8% rispetto all'anno 2024, dovuta principalmente dalla revisione del nuovo nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (Catalogo Veneto Prescrivibile (CVP)) in applicazione della DGRV n. 1251/2024, che modifica, soprattutto per l'area laboratoristica, la descrizione e il contenuto delle prestazioni a partire dal 30 dicembre 2024.

Per il Pronto Soccorso, si registra un leggero incremento nel numero di accessi dell'area adulti (+1.1%) e un decremento di circa 4.7% per l'area pediatrica.

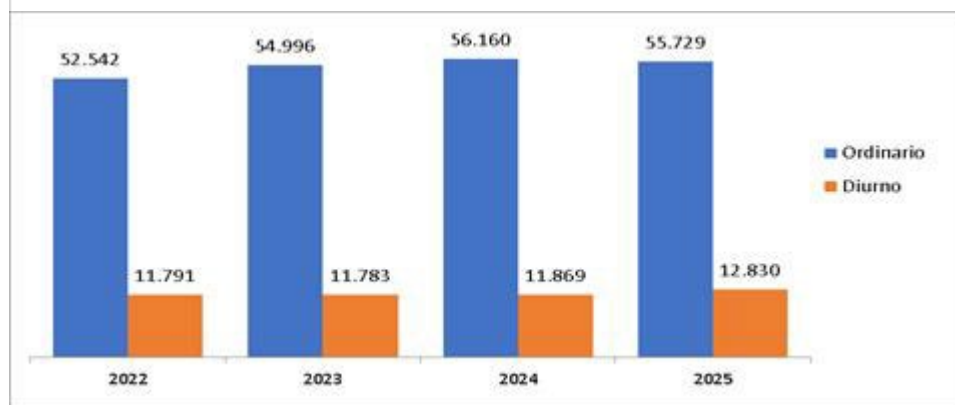
Per le strutture residenziali, si segnala una riduzione nel numero di casi trattati in Hospice Pediatrico e nel Centro del Bambino Maltrattato; mentre, per quanto riguarda l'Ospedale di Comunità, attivato ad ottobre 2022, sono stati dimessi nel corso del 2025 complessivamente 472 ospiti con un utilizzo a pieno regime dei 50 posti letto attivati nei due moduli.

Attività di ricovero

Nel corso del 2025, l'AOU ha registrato un volume di episodi di ricovero pari a 68.559 unità, che rispetto ai volumi di attività dell'anno 2024 equivale ad un incremento di circa l'1%.

Tabella e grafico - Numero Dimessi per regime

Volume ricoveri	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	Delta % 2025/2024	Delta % 2025/2023
Ricoveri ordinari	54.996	56.160	55.729	-431	-0,8%	1,3%
Ricoveri diurni	11.783	11.869	12.830	961	8,1%	8,9%
Totale ricoveri	66.779	68.029	68.559	530	0,8%	2,7%



L'incremento dell'attività si è concentrato prevalentemente in due macro-aree: il DIDAS Medicina dei Sistemi (+435 ricoveri) e il DIDAS Chirurgia (+240 ricoveri).

Tabella - Numero Dimessi e Importo per area funzionale

Anno	2023	2023	2024	2024	2025	2025	Delta 2025/2024	
AreaFunzDesDim	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
DIDCHI-DIDAS CHIRURGIA	29.467	171.695.171,43	29.555	177.841.772,13	29.795	180.339.959,32	240	2.498.187
DIDMED-DIDAS MEDICINA DEI SISTEMI	21.860	105.817.892,70	22.300	108.653.863,74	22.735	114.261.474,33	435	5.607.611
DIDSDB-DIDAS SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	15.449	47.211.455,74	16.174	48.808.324,02	16.029	49.580.823,01	-145	772.499
LUNGODEGENZA	3	83.916,93					0	0
Total	66.779	324.808.436,80	68.029	335.303.959,89	68.559	344.182.256,66	530	8.878.296,78

Valorizzazione secondo il tariffario regionale

Sia per il DIDAS Medicina dei Sistemi che per il DIDAS Chirurgia, oltre ad incrementare il volume di attività, aumenta la complessità dei casi trattati che porta ad un incremento del valore rispettivamente di circa 5,6 milioni e di circa 2,5 milioni rispetto all'anno precedente; in entrambi i casi, l'incremento è legato all'attività di ricovero ordinario.

Tabella - Numero e Importo per area funzionale-Ricoveri Ordinari

Anno	2023	2023	2024	2024	2025	2025	Delta 2025/2024	
AreaFunzDesDim	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
DIDCHI-DIDAS CHIRURGIA	23.751	160.747.376,96	24.038	166.632.310,18	23.664	168.353.640,75	-374	1.721.331
DIDMED-DIDAS MEDICINA DEI SISTEMI	18.986	99.575.085,43	19.241	101.577.652,43	19.617	107.108.542,17	376	5.530.890
DIDSDB-DIDAS SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	12.256	41.650.589,19	12.881	43.092.383,06	12.448	44.004.206,49	-433	911.823
LUNGODEGENZA	3	83.916,93					0	0
Total	54.996	302.056.968,51	56.160	311.302.345,68	55.729	319.466.389,41	-431	8.164.043,73

Tabella - Numero e Importo per area funzionale-Ricoveri Diurni

Anno	2023	2023	2024	2024	2025	2025	Delta 2025/2024	
AreaFunzDesDim	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo	Dimessi	Importo
DIDCHI-DIDAS CHIRURGIA	5.716	10.947.794,47	5.517	11.209.461,94	6.131	11.986.318,57	614	776.857
DIDMED-DIDAS MEDICINA DEI SISTEMI	2.874	6.242.807,27	3.059	7.076.211,31	3.118	7.152.932,16	59	76.721
DIDSDB-DIDAS SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO	3.193	5.560.866,55	3.293	5.715.940,96	3.581	5.576.616,52	288	-139.324
LUNGODEGENZA							0	0
Total	11.783	22.751.468,29	11.869	24.001.614,21	12.830	24.715.867,25	961	714.253,04

L'Ospedale di Comunità (ODC) accoglie pazienti affetti da patologie acute o da riacutizzazioni di patologie croniche provenienti dalle aree mediche e chirurgiche dell'AOUP, per i quali non è temporaneamente percorribile un percorso di riabilitazione domiciliare o ambulatoriale. Dotata di 50 posti letto, la struttura ha operato a pieno regime nel corso del 2025, registrando 472 pazienti dimessi.

L'altra struttura residenziale attiva in AOUP è l'Hospice Pediatrico, la cui attività, insieme al Centro del Bambino Maltrattato, si riduce di 32 episodi di ricovero nel 2025, che d'altra parte hanno richiesto un carico assistenziale pari a 1.758 giornate, che equivale a circa +14% rispetto all'anno 2024.

Tabella - Numero Dimessi

Hospice pediatrico e CNTR Bambino Maltrattato					
Volume ricoveri	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	Delta % 2025/2024
Ordinario	327	311	288	-23	-7,4%
Diurno	86	121	112	-9	-7,4%
Totale ricoveri	413	432	400	-32	-7,4%
Ospedale di Comunità					
Volume ricoveri	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	Delta % 2025/2024
Ordinario	223	403	472	69	17,1%
Totale ricoveri	223	403	472	69	17,1%

Attrattività

Il numero di pazienti trattati residenti fuori regione Veneto aumenta rispetto all'anno 2024 dell'1,2% circa, mentre i casi intra regione aumentano di 0,7% rispetto ai volumi dell'anno precedente.

Tabella: Attività di ricovero: Volumi Intra ed Extra Regione

Anno	ANNO 2023	ANNO 2024	ANNO 2025	Delta 2025/2024	
Mobilità	Dimessi	Dimessi	Dimessi	Dimessi	% Dimessi
INTRA	60.003	60.565	61.002	437	0,7%
EXTRA	6.776	7.464	7.557	93	1,2%
TOTALE	66.779	68.029	68.559	530	0,8%

al netto di Hospice e ODC

Analizzando la casistica interregionale secondo le classi di ricovero, si registra complessivamente un incremento nel volume di casi trattati. In particolare, per la classe A (Alta complessità), aumenta il numero di casi di 111 pazienti rispetto all'anno precedente, con una valorizzazione TUC del ricovero pari a 32 milioni (circa +7,8% rispetto all'anno precedente).

In tale ambito risulta pienamente raggiunto l'obiettivo regionale che per il 2025 si articola in due indicatori: l'incremento del valore dell'extra Regione per la classe A e l'incremento del 5% di attività extraregionale su almeno 3 specialità.

Attività di trapianto

Nel corso del 2025, il numero complessivo di dimessi per trapianto solido incrementa di 29 casi rispetto all'anno precedente: in particolare, aumentano i casi di trapianto di rene e fegato mentre sono in contrazione i casi di polmone e cuore. Dei 464 casi del 2025, 29 riguardano pazienti pediatrici ricoverati prevalentemente per trapianto di rene.

Tabella: Dimessi Ricoveri per TRAPIANTO

Anno	2023		2024		2025		Delta 2025/2024	
Trapianto	Dimessi	Importo DRG	Dimessi	Importo DRG	Dimessi	Importo DRG	Dimessi	Importo
Trapianto di Cuore	43	2.834.030,35	49	3.239.156,41	29	2.052.589,93	-20	-1.186.566,48
Trapianto di Polmone	52	3.916.055,48	44	3.313.007,38	34	2.571.992,90	-10	-741.014,48
Trapianto di Cuore e Fegato					1	64.248,09		
Trapianto di Fegato	122	10.441.003,78	118	10.142.320,10	138	11.859.273,96	20	1.716.953,86
Trapianto di Insule pancreatiche	3	68.857,59	5	114.762,65	1	8.588,48	-4	-106.174,17
Trapianto Rene	200	9.075.852,00	211	9.579.277,26	249	11.303.830,92	38	1.724.553,66
Trapianto di Pancreas	1	63.066,90			1	63.066,90	1	63.066,90
Trapianto simultaneo Rene-Pancreas	15	1.052.564,70	8	556.074,72	11	764.602,74	3	208.528,02
Totale trapianti solidi	436	27.451.430,80	435	26.944.598,52	464	28.688.193,92	29	1.743.595,40
Trapianto Midollo Allogeneico	26	1.094.799,04	31	1.291.873,67	50	2.073.040,57	19	781.166,90
Trapianto Midollo Autologo	56	2.312.691,82	50	2.041.352,74	58	2.366.937,02	8	325.584,28
Totale trapianti di Midollo	82	3.407.490,86	81	3.333.226,41	108	4.439.977,59	27	1.106.751,18
Totale trapianti	518	30.858.921,66	516	30.277.824,93	572	33.128.171,51	56	2.850.346,58

In aumento rispetto all'anno precedente anche i pazienti ricoverati per trapianti di midollo (+27 casi rispetto all'anno precedente): dei 108 casi trattati nel 2025, 29 sono pazienti pediatrici.

Attività chirurgica

Il numero di atti operatori anno 2025 è aumentato complessivamente del 2,8% rispetto all'anno precedente, prevalentemente spiegato dall'attività erogata in regime ambulatoriale chirurgico (+10,6% rispetto all'anno 2024).

Tabella: N. atti op. per regime di erogazione, escluso Sala Parto e PMA

Anno	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	
DescRegime	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	%
Ordinario	35.200	36.048	34.903	-1.145	-3,18%
Day hospital	7.993	7.990	8.428	438	5,48%
Ambulatoriale	24.566	24.802	27.439	2.637	10,63%
Totale	67.759	68.840	70.770	1.930	2,80%

al netto di Sala Parto e PMA

L'importante incremento degli atti operatori in regime ambulatoriale è dovuto principalmente alla richiesta della Regione, che ha inserito tra gli obiettivi del Direttore Generale la riduzione delle liste d'attesa per gli interventi di cataratta. A tal fine, ha previsto l'obiettivo di incrementare i volumi operatori mensili del periodo marzo-dicembre 2025 di almeno il 30% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. L'obiettivo è stato pienamente raggiunto, con un incremento degli interventi di cataratta pari al 58%.

	2024	2025	% incremento dell'attività
Marzo	439	604	37,6%
Aprile	383	651	70,0%
Maggio	452	743	64,4%
Giugno	361	610	69,0%
Luglio	474	720	51,9%
Agosto	339	562	65,8%
Settembre	387	629	62,5%
Ottobre	447	649	45,2%
Novembre	394	640	62,4%
Dicembre	320	492	53,8%
Totale mar-dic	3996	6300	57,7%

Analizzando l'attività eseguita nelle piastre operatorie, quindi al netto degli atti operatori per procedure interventistiche eseguite fuori Sala (ambulatori chirurgici) o a letto del paziente, il numero di atti complessivi è sostanzialmente in linea con l'anno precedente (89 casi in più rispetto all'anno 2024).

Tabella numero atti per piastra operatoria

Anno	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	
Piastra	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	%
Total	44.679	46.078	46.167	89	0,19%
050100 - P.O. 2A - IV PIANO MONOBLOCCO	4.113	4.263	4.472	209	4,90%
050200 - P.O. 3A - V PIANO MONOBLOCCO	5.258	5.031	4.832	-199	-3,96%
050300 - P.O. 1B - II PIANO POLICLINICO	2.241	2.382	2.755	373	15,66%
050500 - P.O. 3B - VI PIANO POLICLINICO	115	1	1	0	0,00%
050700 - P.O. 1C - CENTRO GALLUCCI	2.516	2.038	1.734	-304	-14,92%
050800 - P.O. 2C - EMODINAMICA	3.390	4.120	4.372	252	6,12%
051100 - P.O. 1E - ORTOPEDIA	3.141	3.306	3.157	-149	-4,51%
051200 - P.O. 1F - CLINICA OSTETRICA	1.727	1.694	2.044	350	20,66%
051300 - P.O. 1G - CHIRURGIA PEDIATRICA-OSTETRICA	2.359	2.378	2.438	60	2,52%
051400 - P.O. 1H - NEUROCHIRURGIA	1.129	1.048	1.148	100	9,54%
051500 - DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	4.040	4.257	4.855	598	14,05%
051600 - P.O. 1A - II PIANO MONOBLOCCO	815				
051800 - P.O. 1 PIANO POLICLINICO	2.595	2.924	2.601	-323	-11,05%
051900 - P.O. IV PIANO POLICLINICO	2.230	2.197	2.473	276	12,56%
053200 - P.O. I PIANO OSA	7.416	7.359	6.145	-1.214	-16,50%
053300 - P.O. P. RIALZATO POLICLINICO - SALE IBRIDE	659	935	1.045	110	11,76%
053400 - P.O. III PIANO POLICLINICO	935	2.145	2.095	-50	-2,33%

In particolare, per la piastra operatoria con sale ibride o sale ad alta tecnologia integrata (attivata nel corso del 2023), in cui si possono effettuare diagnosi e trattamenti chirurgici in un'unica postazione, si registra un incremento di attività pari a +11,7% rispetto all'anno precedente.

Relativamente all'attività di robotica, aumenta il numero di atti operatori eseguiti nell'anno 2025 di 203 unità rispetto all'anno precedente.

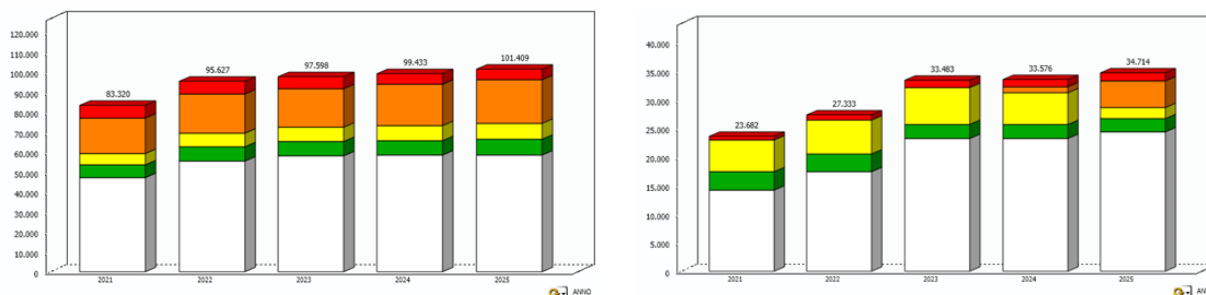
Tabella attività robotica

Anno	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	
Udb	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	Nr.atti	%
Total	740	1.117	1.320	203	18,17%
010900-UROLOGIA	558	723	827	104	14,38%
012800-CARDIOCHIRURGIA	-	-	2	2	
015200-TRAPIANTI DI RENE E PANCREAS	-	-	3	3	
016200-CHIRURGIA TORACICA	34	73	110	37	50,68%
017200-CHIRURGIA PEDIATRICA	19	26	27	1	3,85%
017900-OTORINOLARINGOIATRIA	34	30	28	-2	-6,67%
018400-CLINICA GINECOL. OSTETRICA	-	30	64	34	113,33%
018500-CHIRURGIA VASCOLARE	-	2	-	-2	-100,00%
802000-UROLOGIA PEDIATRICA	6	14	15	1	7,14%
802200-ENDOCRINOCHIRURGIA	-	2	-	-2	-100,00%
815100-CHIRURGIA GENERALE 2	24	42	55	13	30,95%
817600-CHIRURGIA GENERALE 3	65	108	126	18	16,67%
817800-CHIRURGIA GENERALE 1	-	9	3	-6	-66,67%
826000-CHIRURGIA GENERALE OSA	-	58	60	2	3,45%

Attività del Pronto Soccorso

Nell'anno 2025, il numero di accessi presso il Pronto Soccorso Centrale ed il Pronto Soccorso dell'OSA equivale a più di 136 mila unità complessive, con un incremento del 2,3% rispetto al 2024.

Tabella e grafico: accessi Pronto Soccorso Centrale e OSA
PS Centrale PS OSA

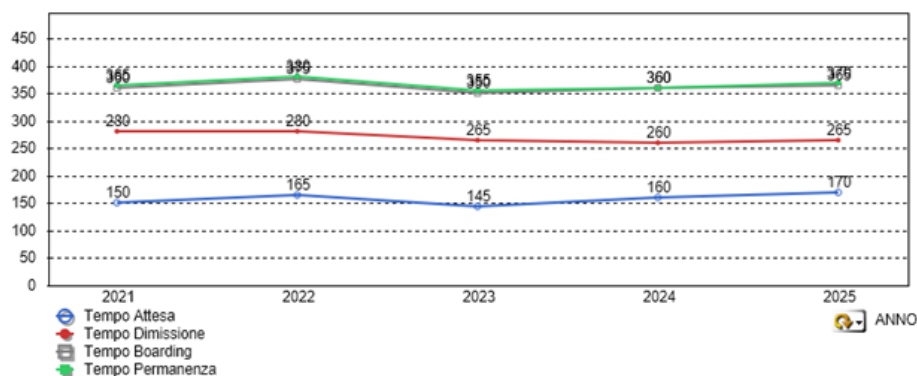


Si registra un incremento praticamente su tutti i livelli di gravità di ingresso in PS, compresi gli accessi in codice bianco, quindi per pazienti non a rischio (con basso grado di sofferenza, che potrebbero in alcuni casi essere orientati verso altri setting di cura, qualora disponibili), che aumentano di 1,8% rispetto al 2024.

COLORE_TRIAGE	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	
	Num	Num	Num	Num	%
BIANCO	81.502	81.519	82.978	1.459	1,8%
VERDE	9.556	9.835	10.311	476	4,8%
GIALLO	13.407	12.984	9.593	-3.391	-26,1%
ARANCIONE	19.515	21.764	26.735	4.971	22,8%
ROSSO	7.101	6.907	6.506	-401	-5,8%
Totale	131.081	133.009	136.123	3.114	2,3%

Relativamente ai codici bianchi e verdi, i tempi di attesa e di permanenza in Pronto Soccorso Centrale e OSA al 90° percentile rimangono sostanzialmente stabili.

Grafico: PS Centrale e OSA Anni 2020-2024 – Tempi permanenza in PS al 90° perc. (codici bianchi e verdi, escluso OBI)



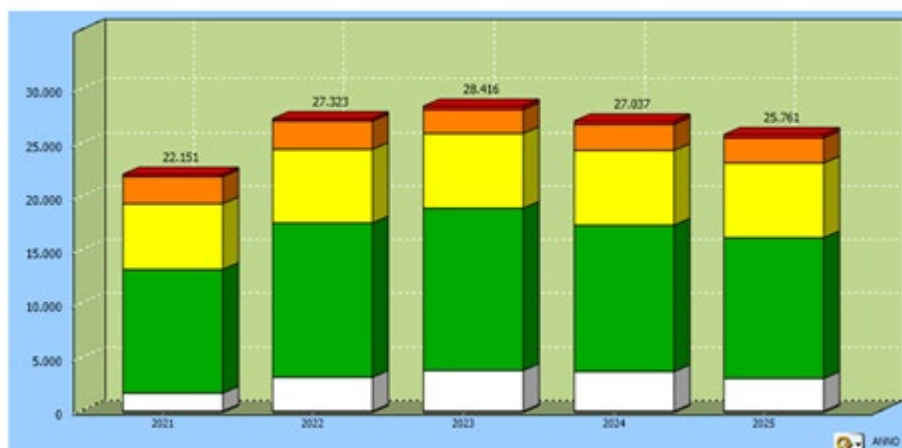
In riduzione risultano i casi esitati in ricovero di 382 unità rispetto all'anno precedente ed equivalgono a circa il 14% degli accessi totali.

Tabella: accessi esitati in Ricovero

COLORE_TRIAGE	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	
	Num	Num	Num	Num	%
BIANCO	5.579	5.488	5.109	-379	-6,9%
VERDE	2.265	2.247	2.325	78	3,5%
GIALLO	3.568	3.156	2.192	-964	-30,5%
ARANCIONE	4.259	4.845	5.937	1.092	22,5%
ROSSO	4.442	4.339	4.130	-209	-4,8%
Totale	20.113	20.075	19.693	-382	-1,9%
% Ricovero	15%	15%	14%		

Relativamente al Pronto Soccorso Pediatrico, si riduce il numero di accessi dei bambini del 4,7% rispetto all'anno precedente, prevalentemente di codice bianco e verde.

Tabella e Grafico - Trend accessi Pronto Soccorso Pediatrico per codice triage



COLORE_TRIAGE	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	
	Num	Num	Num	Num	%
BLU	10	10	7	-3	-30,0%
BIANCO	3.771	3.704	3.011	-693	-18,7%
VERDE	15.104	13.610	13.146	-464	-3,4%
GIALLO	6.980	7.005	6.972	-33	-0,5%
ARANCIONE	2.277	2.420	2.325	-95	-3,9%
ROSSO	274	288	300	12	4,2%
Totale	28.416	27.037	25.761	-1.276	-4,7%

I tempi di attesa e di permanenza in Pronto Soccorso Pediatrico in codice bianco e verde sono in linea con gli anni precedenti.

Grafico: PS Pediatrico – Tempi permanenza in PS al 90° perc. (Solo codici bianchi e verdi, escluso OBI)



Relativamente agli accessi esitati in ricovero, si registra una riduzione di 120 casi rispetto all'anno precedente.

Tabella: accessi esitati in Ricovero

COLORE_TRIAGE	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	
	Num	Num	Num	Num	%
BIANCO	42	49	42	-7	-14,3%
VERDE	377	340	291	-49	-14,4%
GIALLO	717	677	670	-7	-1,0%
ARANCIONE	639	687	648	-39	-5,7%
ROSSO	115	146	128	-18	-12,3%
Totale	1.890	1.899	1.779	-120	-6,3%
% Ricovero	7%	7%	7%		

Complessivamente, quindi, il numero di accessi al Pronto Soccorso in AOUP è pari a 161.884 di cui 21.472 esitati in ricovero.

PS ADULTI E PEDIATRICI					
PS	2023	2024	2025	Delta 2025/2024	
	Num	Num	Num	Num	%
Centrale + OSA	131.081	133.009	136.123	3.114	2,3%
Pediatrico	28.416	27.037	25.761	-1.276	-4,7%
Totale	159.497	160.046	161.884	1.838	1,1%
di cui esitati in Ricovero	22.003	21.974	21.472	-502	-2,3%

I tempi di permanenza al Pronto Soccorso sono oggetto di monitoraggio da parte della Regione. In particolare, sono stati monitorati due indicatori del progetto Bersaglio che misurano la tempestività con cui si è proceduto a dimettere il paziente a domicilio o ad ammetterlo in reparto.

tempi di permanenza	% 2025
% dimessi a domicilio con permanenza in pronto soccorso <= 8 ore	97,2
% accessi in pronto soccorso con codice verde visitati entro 90 minuti	93,6

Da tali indicatori risulta sicuramente positiva la performance dei Pronto Soccorso aziendali.

Principali indicatori di complessità e appropriatezza dei ricoveri ordinari

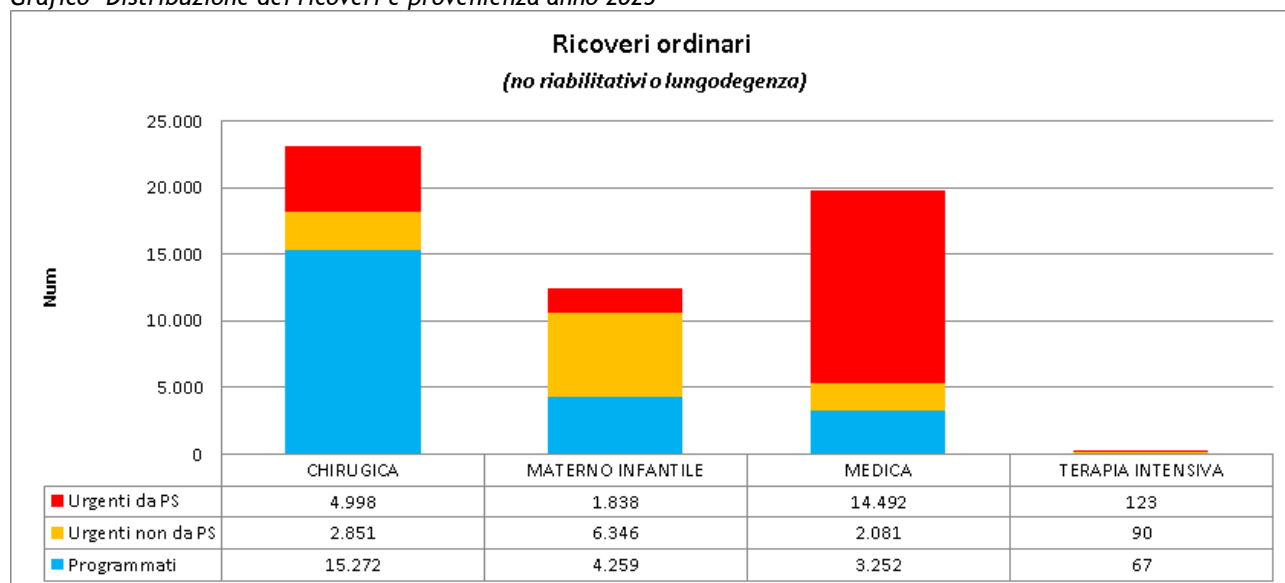
Analizzando i principali indicatori di complessità e appropriatezza dei ricoveri ordinari al netto dei ricoveri di riabilitazione e lungodegenza degli ultimi tre anni, si segnala una percentuale di casistica complessa 2025 in incremento rispetto agli ultimi due anni ed una leggera contrazione dei ricoveri urgenti.

Tabella - Indicatori ricoveri ordinari al netto dei ricoveri riabilitativi

INDICATORI RICOVERI ORDINARI (v.a., %)	2023	2024	2025
% ricoveri con DRG complicato	13,21%	12,95%	14,02%
% ricoveri urgenti	60,09%	59,49%	58,95%
% ricoveri urgenti transitati da P.S.	39,99%	39,32%	38,53%
% ricoveri urgenti non transitati da P.S. sul num. Di ricoveri urgenti	33,45%	33,90%	34,64%
% ricoveri brevi con DRG medico e degenza 0-2 notti su DRG medici	24,27%	24,52%	25,26%

Come per gli anni precedenti, la percentuale prevalente di casi urgenti coinvolge l'area medica.

Grafico- Distribuzione dei ricoveri e provenienza anno 2025



La tabella seguente fornisce una sintesi della dotazione di posti letto e delle loro modalità di utilizzo, a confronto con l'anno precedente.

Tabella - indicatori di efficienza, ricoveri ordinari (basati su PL*medi)-al netto della Lungodegenza/ODC

Indicatori di efficienza	2023	2024	2025
posti letto medi	1.424	1.402	1.371
degenza media	7,65	7,45	7,21
degenza media >1gg	9,10	8,94	8,71
rotazione	38,63	40,06	40,65
tasso occupazione	80,95%	81,76%	80,31%
% dimissioni 0-1 g	17,94%	18,74%	19,47%
<i>Peso medio DRG ricoveri ordinari</i>	<i>1,48</i>	<i>1,49</i>	<i>1,53</i>
<i>Peso medio DRG ricoveri ordinari al netto 0-1g</i>	<i>1,60</i>	<i>1,61</i>	<i>1,66</i>
posti letto medi LUNGODEGENZA	2	-	-
ODC (Ospedale di Comunità)	26	44	50
Hospice pediatrico e Centro Bambino Maltrattato	3+1	3+1	3+1

**incluso PL di Terapia intensiva e culle e al netto di PL lungodegenza/ODC*

A fronte della riduzione della degenza media sopra segnalata, anche per gli indici di performance, si segnala un progressivo miglioramento negli ultimi anni sia per i ricoveri a DRG medico sia per i ricoveri a DRG chirurgico (vedasi sotto cap. "Progetto Bersaglio").

Specialistica

Come per l'attività di ricovero, anche per l'attività di specialistica ambulatoriale si registra complessivamente un incremento nel valore di circa l'8% rispetto all'anno precedente.

Tabella: specialistica ambulatoriale per esterni per tipo erogazione (escluso LP)

Anno	2023	2023	2024	2024	2025	2025	Delta 2025/2024		
Classe Onere/Macro Area	Volume	Importo	Volume	Importo	Volume	Importo	Volume	Importo	% importo
Totale	7.177.053	130.792.556,63	7.577.299	139.078.260,31	7.213.881	150.113.555,68	-363.418	11.035.295,37	8%
Regime SSN	5.791.903	106.147.299,10	6.168.452	113.494.275,74	5.935.129	122.859.545,29	-233.323	9.365.269,55	8%
Branche a visita	1.279.205	50.132.519,70	1.350.697	51.717.648,74	1.397.197	59.094.058,70	46.500	7.376.409,96	14%
Laboratorio	4.259.638	38.450.341,05	4.546.841	42.050.173,80	4.277.920	44.042.138,78	-268.921	1.991.964,98	5%
Medicina Fisica riabilitativa	67.449	890.796,40	71.731	974.438,90	66.698	1.309.114,72	-5.033	334.675,82	34%
Radiologia-Radiodiagnostica	185.611	16.673.641,95	199.183	18.752.014,30	193.314	18.414.233,09	-5.869	-337.781,21	-2%
Regime NO SSN	1.385.150	24.645.257,53	1.408.847	25.583.984,57	1.278.752	27.254.010,39	-130.095	1.670.025,82	7%
Branche a visita	102.649	9.963.653,08	102.216	10.057.598,12	97.330	10.409.835,56	-4.886	352.237,44	4%
Laboratorio	1.273.873	14.201.296,85	1.298.281	15.018.930,60	1.173.499	16.296.158,22	-124.782	1.277.227,62	9%
Medicina Fisica riabilitativa	1.290	21.288,35	1.103	18.870,25	1.069	21.377,95	-34	2.507,70	13%
Radiologia-Radiodiagnostica	7.338	459.019,25	7.247	488.585,60	6.854	526.638,66	-393	38.053,06	8%

* gli importi di fatturazione del laboratorio sono già decurtati del 45% secondo il Decreto n.26 del 12.08.2015

In particolare, per le prestazioni di “branca a visita” si segnala un progressivo aumento sia nelle visite mediche specialistiche, comprese le prestazioni di telemedicina, sia nelle prestazioni chirurgiche erogate in regime ambulatoriale (dato evidenziato nella precedente tabella relativa al numero di atti operatori per procedure chirurgiche).

Si fa presente che dal 30 dicembre 2024, la Regione Veneto ha introdotto la versione 2.4 del Catalogo Veneto del Prescrivibile (CVP) aggiornando progressivamente codici e tariffe dal 15 giugno 2025 (prot. regionale 273846 del 4 giugno 2025) per le prestazioni specialistiche e di laboratorio. La revisione ha comportato quindi modifiche non solo nelle tariffe (si segnala a titolo di esempio, l'incremento medio annuo 2025 per l'area delle branche a visita di 4,3 euro a prestazione) ma anche nel contenuto delle prestazioni (ad esempio sono stati accorpati più esami in un'unica prestazione soprattutto nell'area di laboratorio generando una contrazione nei volumi totali).

3 Obiettivi: risultati raggiunti e scostamenti

Il ciclo della performance per l'anno 2025 ha avuto inizio con la predisposizione del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) 2025-2027 (DDG n. 198 del 31/01/2025) integrato con il Documento di Direttive; successivamente è stato approvato il budget delle unità operative con DDG n. 1427 del 04/07/2025). In questo modo, gli obiettivi strategici sono stati articolati in obiettivi operativi aziendali e successivamente assegnati ai Centri di Responsabilità tramite il sistema di budget, così come disposto dalla L.R. 55/1994.

3.1 Gli obiettivi strategici

La Regione Veneto ha definito, con la DGR n. 1557 del 30/12/2024, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari per l'anno 2025.

Gli obiettivi che l'AOUP si è posta, in linea con le direttive regionali, si sono focalizzati sui tempi di attesa, ambulatoriali e degli interventi chirurgici, sul PNRR, sul proseguimento dei lavori relativi ai grandi investimenti, sul miglioramento della qualità dell'assistenza e sul miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi.

Riprendendo alcuni obiettivi regionali, la Direzione Strategica aziendale ha definito i seguenti macro-obiettivi che ha assegnato alle UU.OO., definendoli nel PIAO:

- migliorare i tempi di attesa, sia relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sia per gli interventi chirurgici;
- mantenere una buona performance negli indicatori legati all'assistenza, quali gli standard di qualità del Nuovo Sistema di Garanzia, del progetto Bersaglio del S. Anna di Pisa, la degenza media, l'attrattività extra-regionale, gli indicatori relativi agli esiti delle patologie tempo dipendenti;
- il rispetto dei limiti di costo definiti dalla Regione per gli acquisti dei beni sanitari, il miglioramento dell'appropriatezza nel consumo di farmaci e dispositivi e il contrasto all'antimicrobico-resistenza;
- progetti di edilizia quali progettazione del Nuovo Polo della Salute, progettazione del nuovo Hospice Pediatrico e prosecuzione dei lavori della nuova Pediatria;
- attuazione del PNRR per gli interventi su Grandi apparecchiature, Fascicolo Sanitario Elettronico e digitalizzazione;
- attuazione del Piano regionale di contrasto alla Carenza di Personale (DGR n. 960/2024);
- obiettivi relativi a processi di supporto, quali: il rispetto dei tempi di pagamento, il rispetto degli obblighi di pubblicazione nell'Amministrazione Trasparente, il rispetto dei tempi e delle scadenze

regionali, l'anticorruzione, l'internal audit, le pari opportunità, il benessere organizzativo, le misure contro la violenza sugli operatori e le indagini di customer satisfaction.

Obiettivi di competenza della V° Commissione Consiliare

Con riferimento alla L.R. 56/1994, la Regione ha individuato gli obiettivi di competenza della V° Commissione Consiliare per la valutazione dei Direttori Generali per il 2025, definendone i punteggi nella seduta del 13/03/2025 (nota regionale prot. 182353 del 09/04/2025).

CR di riferimento	ID	Obiettivo	Punti AO
	A	Gestione pandemie e post Covid	1
<i>DGR n. 347/2024 Proroga della vigenza del "Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni ad interim di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale" e ridenominazione in "Piano Pandemico Regionale" contenente le indicazioni ad interim di preparazione e risposta a tutti i patogeni a trasmissione respiratoria a maggior potenziale pandemico.</i>	AI	Monitoraggio del Piano Pandemico	1
	B	Attuazione della programmazione sanitaria e socio- sanitaria	4
<i>DGR n. 103/2024 Aggiornamento del modello organizzativo della rete di Medicina dello sport e dell'esercizio fisico approvato con D.G.R. n. 362 del 24 marzo 2020. Integrazione della compagine del Coordinamento della rete clinica. Deliberazione/CR n. 138 del 29 dicembre 2023;</i> <i>DGR n. 1162/2024 Modalità di costituzione e funzionamento della Rete territoriale per la gestione associata e l'inclusione sociale. Art. 15, comma 2 della Legge regionale n. 9/2024. Deliberazione/CR n. 112 del 17 settembre 2024 e successive DGR istitutive di reti.</i>	B2	Attivazione delle nuove reti	4
	C	Trasparenza e comunicazione	2
<i>DGR n. 874/2024 Rilascio dell'accreditamento istituzionale a soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Legge regionale n. 22 del 16 agosto 2002. DGR/CR n. 56 del 10 giugno 2024.</i>	C1	Rendere disponibile on line l'elenco delle strutture accreditate che lavorano per conto del SSSR o degli accordi contrattuali con le aziende Ulss	1
<i>LR n. 48/2018 PSSSR paragr. Valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino.</i>	C2	Relazione sugli esiti dell'indagine sulla qualità percepita in occasione di un ricovero ospedaliero e delle segnalazioni raccolte dagli uffici Urp aziendali	1
	D	Liste d'attesa	4
<i>DGR n. 626/2024 Aggiornamento del Piano Regionale di Governo delle Liste di Atteso (PRGLA). Deliberazione/CR n. 35 del 9 aprile 2024.</i>	D1	Monitoraggio e supporto al Piano regionale del Governo delle Liste d'attesa	4
	E	Bilancio e efficienza	5

CR di riferimento	ID	Obiettivo	Punti AO
<i>DGR n. 287/2023 Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome, sottoscritto in data 30/05/2022 tra Ministero della Salute e Regione del Veneto. Aggiornamento del "Piano regionale in attuazione del PNRR-Missione 6 Componenti 1 e 2".</i>	E2	Monitoraggio investimenti PNRR con focus sul rispetto del cronoprogramma	2
<i>DGR n. 65/2025 Disposizioni per l'anno 2025 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna. Articolo 29, comma 6, della L.R. 30 dicembre 2016, n. 30. Deliberazione/CR n. 146 del 3 dicembre 2024.</i>	E3	Rispetto delle disposizioni per l'anno 2025 in materia di personale del SSR e specialistica ambulatoriale interna.	2
<i>DGR n. 1471/2024 Gestione diretta dei sinistri da responsabilità civile verso terzi da parte delle Aziende Ulss delle Aziende ospedaliere e dello IOV. Nuovo modello organizzativo. Deliberazione/CR n.144 del 28 novembre 2024.</i>	E4	Gestione e alimentazione di un sistema di controllo dei sinistri	1
	F	Sistema informativo e sicurezza	4
<i>Perseguimento PNRR M6 C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale</i>	F1	Utilizzo e ulteriori implementazioni del fascicolo sanitario elettronico	1
<i>Implementazione dettata da normative regionali e statali, nell'autonomia di ogni azienda sanitaria (dota breach Ulss 6 Euganea gennaio 2022)</i>	F2	Implementazione gestione Cyber security	3
Totale punti			20

Metodo di valutazione

La valutazione finale degli obiettivi assegnati dalla Regione si inserisce nell'ambito della valutazione dell'attività dei Direttori Generali, prevista dall'articolo 3-bis, comma 5, del D.Lgs. 502/1992 e disciplinata per la Regione Veneto dall'art. 13 della L.R. 56/1994 (come risultante dopo la novellazione introdotta dalla L.R. 13/2012). In particolare, la L.R. 56/1994 prevede che "I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita". Per le Aziende Ospedaliere la loro valutazione (DGR n. 2172 del 23/12/2016) ricomprende i seguenti ambiti:

- garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA) nel rispetto dei vincoli di bilancio, (valutazione di competenza della Giunta Regionale per un totale di 80 punti su 100);
- rispetto della programmazione regionale (valutazione di competenza della competente Commissione Consiliare per i restanti 20 punti);

Gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR vengono considerati raggiunti in modo soddisfacente nel caso in cui venga conseguito un risultato totale di almeno il 70%, in riferimento alla globalità delle valutazioni espresse dai vari soggetti

coinvolti nel procedimento (Giunta Regionale, competente Commissione del Consiglio Regionale, competente Conferenza dei Sindaci) e al peso assegnato a ciascun soggetto dalle sopracitate DD.GG.RR. n. 693/2013 e n. 2172/2016.

Ad oggi non è stato ancora emanato da parte della Regione il provvedimento di determinazione dei risultati del 2025, pertanto quella riportata nel seguito è una pre-valutazione operata dall'AOUP sulla base:

- dei dati di pre-consuntivo ricevuti dalla Regione il 17 marzo e il 5 maggio 2026;
- dei report inviati dalla Regione e dei dati condivisi in Google Drive su singoli obiettivi;
- dei dati dei sistemi informativi regionali (DWH) e aziendali;
- dei monitoraggi effettuati dai referenti aziendali degli obiettivi di budget.

Quanto riportato di seguito rappresenta pertanto un'autovalutazione, che dovrà essere aggiornata alla luce del provvedimento regionale finale di valutazione dei risultati aziendali per il 2025.

Sintesi della performance aziendale

La tabella seguente riporta in modo estremamente sintetico i risultati aziendali, in riferimento agli obiettivi regionali. Si sottolinea quindi che il punteggio finale potrebbe variare sulla base delle diverse valutazioni regionali.

	Punti disponibili	Stima punti ottenuti
Performance complessiva obiettivi regionali	80	74
Performance complessiva obiettivi V° Commissione Consiliare	20	20
Performance raggiunta	100	94

Nel 2025 gli obiettivi regionali sono stati suddivisi nelle seguenti aree:

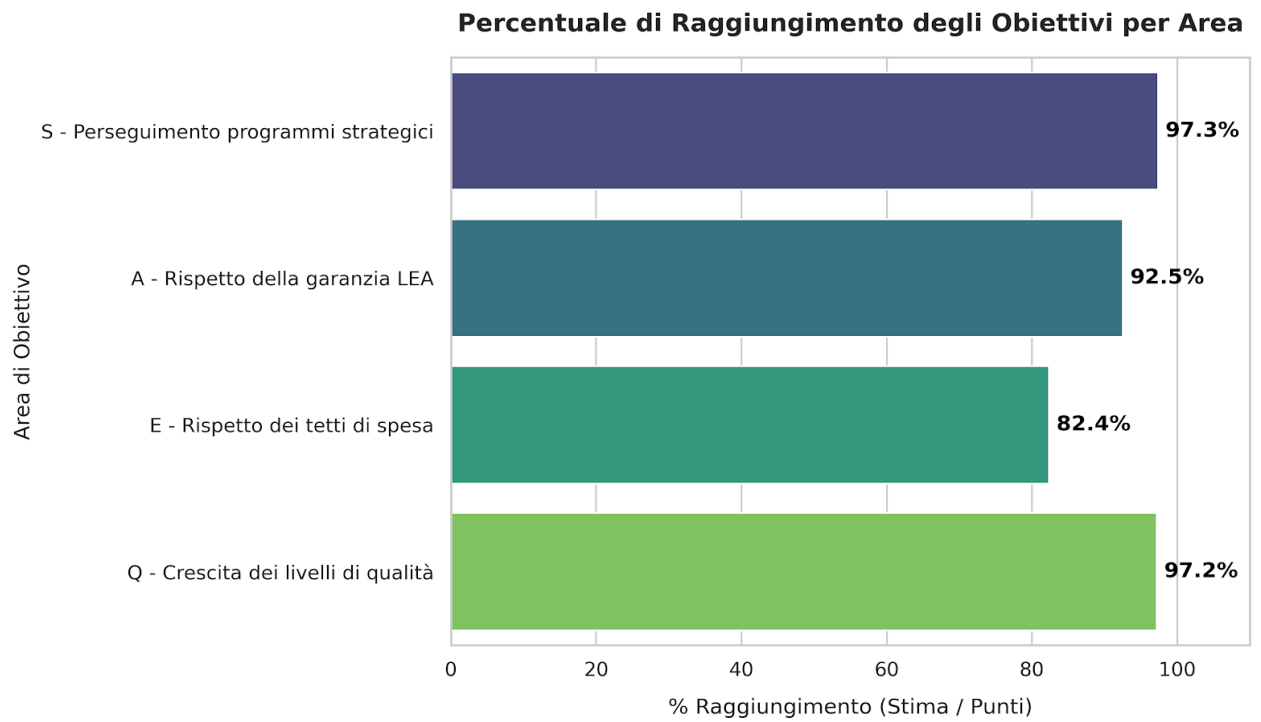
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza;

A - Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza;

E - Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari;

Q - Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza.

Le percentuali di raggiungimento degli obiettivi per ciascuna area sono rappresentate come segue:



Di seguito si riporta il dettaglio degli obiettivi regionali, con l'autovalutazione aziendale, ed alcuni obiettivi aziendali.

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza						
Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	25.S.D.01.1	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	POA1 e 2: >90%	RAGGIUNTO AOUP 100%	2,8	2,8
	25.S.D.01.2	% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Compartecipazione con ULSS 6: POA1 e 2: >79%	RAGGIUNTO AOUP 100%	2,8	2,8
	25.S.D.01.3	% prestazioni con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Compartecipazione con ULSS 6: POA1 e 2: >79%	RAGGIUNTO AOUP 90,14%	2,6	2,6
	25.S.O.01.4	Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) Partecipazione attiva componente cabina ai lavori per la stesura del PRGLA paziente chirurgico;	Sì	Sì	2	1,67
		2) "Recupero del pregresso": indicatore ad hoc sarà definito e depositato nella cartella specifica di indicatore	- azzeramento pazienti in attesa ante 31.12.2022 (pz in PIC+LDA) - azzeramento pazienti in lista ante 31.12.2024 in classe A (pz in LDA)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO riduzione per liste ante 2023; raggiunto per liste classe A ante 2025		
		3) abbattimento della lista di attesa per gli interventi di cataratta	volume aggiuntivo > +30% rispetto ai mesi mar-dic 2024	RAGGIUNTO Mar-dic +57,7%		
	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% e come da Vademecum	RAGGIUNTO classe A: 92% classe B: 90%	2	2

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	25.S.S.02.1	Rispetto della programmazione interventi edilizi e tecnologici di valorizzazione hub regionale	Avanzamento lavori al 100% cantiere di pediatria	RAGGIUNTO lavori conclusi il 31/03/2026 causa perizia	2,2	2,2
Perseguimento PNRR Missione 6	25.S.O.03.2	PNRR: " Grandi apparecchiature ". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	1) Entrata in funzione entro il 30/06/2025 delle grandi apparecchiature oggetto di proroga del target finale M6C2-6; (Pediatria)	RAGGIUNTO Radiografo collaudato il 12/06/2025. RM collaudata il 24/06/2025	2	2
			2) Entrata in funzione entro il 31/12/2025 delle grandi apparecchiature in overbooking (RMN Radiologia OSA)	RM collaudata il 04/08/2025; ok dalla Fisica Sanitaria il 02/09		
	25.S.S.03.4	PNRR: " FSE , alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Soglie definite nel vademecum e nelle schede di misurazione relativamente ad alimentazione, comunicazione e formazione	PARZIALMENTE RAGGIUNTO PER ALIMENTAZIONE: pianificazione parzialmente rispettata. 4 adeguamenti inizialmente pianificati entro dicembre 2025 di cui 2 posticipati nei primi mesi del 2026.	2,6	2,2
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	Rispetto della pianificazione condivisa con Azienda Zero e depositata nella cartella specifica di indicatore per: 1) Implementazione Progetto CUP/SIO (peso 50%); 2) Digitalizzazione DEA I e II livello PNRR (peso 50%).	RAGGIUNTO le attività su DEA e SIO stanno proseguendo secondo pianificazione	2,6	2,6

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	25.S.S.04.2	Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	RAGGIUNTO Eseguite attività come da cronoprogramma	0,2	0,2
Attuazione Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del SSSR del Veneto (DGR 960/2024)	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	1) Rispetto delle scadenze di trasmissione del Gantt e successivi aggiornamenti trimestrali e rispetto delle tempistiche definite;	RAGGIUNTO Mail del 30/06 trasmissione Gantt e monitoraggio. DDG n.1287 (GDL e regolamento) inserite nel Drive	2,6	2,6
			2) Verifica numero delle dimissioni inattese registrate in Azienda nel corso del 2025 rispetto a quelle registrate nel 2024. Per dimissioni inattese si considerano le dimissioni avvenute prima della data di quiescenza e non programmabili dall' Azienda.	RAGGIUNTO -17 considerando i cambi profilo e i cambi contratti da tempo determinato a indeterminato		
			3) Trasmissione relazione entro la scadenza e conformità ai contenuti richiesti.	RAGGIUNTO Prot. 1401 del 09/01/2026		
Valorizzazione del ruolo di HUB regionali	25.S.O.07.1	Indicatore composito di esiti delle patologie tempodipendenti: 1) Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia;	>=20%	RAGGIUNTO Soglie raggiunte per tutti gli indicatori	2	2
		2) Proporzione di ictus ischemici o emorragici giunti in ospedale tramite il SUEM 118;	>=65%			
		3) Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico come da PNE;	<7,25%			

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
		4) STEMI : proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero, come da PNE;	>=70%			
		5) Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA), come da PNE	<8%			
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza						
Miglioramento Indicatore Sistemi di valutazione nazionali	25.A.O.01.1	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 in miglioramento rispetto al 2024 (50%)	RAGGIUNTO 45%, per la parte del PDTA di competenza dell' AOUP l'obiettivo si può considerare raggiunto	3	3
Mantenimento obiettivi Sistemi di valutazione nazionali	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%	RAGGIUNTO 98%	9	7,9
		H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	<= 2,66	RAGGIUNTO 0%		
		H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario	<=15%	RAGGIUNTO 14%		
		H05Z - Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	>=90%	RAGGIUNTO 93,4%		

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
		H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	>=60%	RAGGIUNTO 78%		
		H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<=20%	NON RAGGIUNTO 23,3%		
		H23C - Mortalita' a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	<=7,25%	RAGGIUNTO 6,2%		
		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 in miglioramento rispetto al 2024 (89%)	RAGGIUNTO 87,4%		
		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 in miglioramento rispetto al 2024 (76%)	PARZIALMENTE RAGGIUNTO 57%, lo specifico PDTA è interaziendale e si sta lavorando con gli altri attori coinvolti		
		H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche	<valore 2024 (535,7) 720,4 versione del 29/12/2025	RAGGIUNTO 674		
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell’ efficienza dei servizi sanitari						
Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e	25.E.S.01.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	1) Rispetto dei limiti di costo Farmaceutica fissati con Decreto del Direttore della Direzione Farmaceutico	RAGGIUNTO Tetto rispettato	2,5	2,25

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
Dispositivi Medici			2) Rispetto del valore soglia della spesa (consumato, non acquisto) per Farmaci di Fascia C e CNN pari a valore $\leq 5,5\%$ sul totale degli acquisti per farmaci	NON RAGGIUNTO +8%		
	25.E.S.01.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025	1) Rispetto dei limiti di costo DM/IVD fissati con Decreto del Direttore della Direzione Farmaceutico	NON RAGGIUNTO +13%	2,5	0,25
			2) 100% delle richieste per nuovi DM valutate da UVA-DM nella piattaforma RATEC (Richieste di Acquisto Tecnologie Sanitarie) su richieste totali di nuova introduzione discusse in UVA-DM. Relazione finale.	RAGGIUNTO 100% richieste RATEC valutate da UVA-DM 29/01/2026 inviata relazione		
	25.E.S.01.5	Contributo al mantenimento dei livelli di spesa dei farmaci per Malattie Rare in collaborazione con il Coordinamento delle Malattie Rare	Definire, in collaborazione con il Coordinamento delle Malattie Rare, almeno 3 protocolli terapeutici di trattamenti essenziali e indispensabili, secondo quanto previsto da DGR 1460/2023, individuati tra quelli per aree a maggior impatto di spesa. Trasmissione dei 3 protocolli accompagnati dalla previsione dell' impatto di spesa: entro il 31/07/2025, entro il 31/10/2025, entro il 31/01/2026 + richiesta integrazione precedenti	RAGGIUNTO Documentazione inviata (cistite interstiziale, Malattie rare osteomuscolari e tessuto connettivo, vasculiti) nei termini	1	1
Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del	25.E.S.02.1	Analisi del costo del personale , rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	1) Rispetto del limite fissato con DGR	RAGGIUNTO limite di costo rispettato	2,5	2,5

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
personale			2) Invio entro le scadenze delle schede di monitoraggio fondi disponibili nell'applicativo GPI Informatica			
Rispetto della programmazione economico finanziaria a garanzia della sostenibilità a medio/lungo termine del SSR	25.E.S.03.1	Scostamento Risultato d'esercizio 2025 da BEP 2025	Differenza tra: 1) risultato sia del IV CECT che del consuntivo e 2) risultato di BEP >=0	RAGGIUNTO sia nel IV CECT, sia nel consuntivo	2,4	2,4
	25.E.S.03.2	Indice di miglioramento marginale produttività . L' indicatore si calcola, per ognuna delle 2 macro area LEA (Distrettuale, Ospedaliera), come rapporto tra i costi complessivamente sostenuti per l' erogazione del macro LEA e il punteggio NSG complessivamente ottenuto per il macro LEA.	Indice sintetico di performance Costi/NSG anno 2025 <= indice sintetico di performance Costi/NSG anno 2024	PARZIALMENTE RAGGIUNTO Indicatore Distrettuale 2025 <= 2024 Indicatore Ospedaliera 2025 >= 2024	1,6	0,8
	25.E.S.03.4	Aumento mobilità attiva	1) Aumento della mobilità attiva per la media e alta complessità nel 2025 rispetto al medesimo periodo del 2024;	RAGGIUNTO sub 1. Alta complessità raggiunto sub 2. tre Specialità con incremento del 5% raggiunto	1,1	1,1
			2) Aumento del 5% dell' attività su almeno 3 specialità.			

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
Gestione degli investimenti	25.E.S.04.1	Investimenti edilizi in sanità (art. 20 L. n. 67/1988) e potenziamento dei PL di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (DL n. 34/2020)	Conclusione lavori entro l'11/04, collaudo entro l'11/10, attrezzare la Terapia Intensiva con posti letto e attivazione entro il 31/12/2025	RAGGIUNTO Emesso il certificato di collaudo dei lavori OBI. 26/06/2025 terminati lavori 6°P.Policlinico. Collaudo 29/09/2025	1	1
	25.E.S.04.2	Indice di produttività delle apparecchiature	Produzione media TAC e RMN per macchina nei differenti P.O. della Regione quale rapporto tra il numero di prestazioni erogate e le macchine censite. La soglia è soddisfatta se si verifica almeno una delle due condizioni: 1) La produttività effettiva rilevata è $\geq$ all' 80% produttività teorica; 2) La produttività effettiva rilevata è $\geq$ alla produttività media regionale o, se produttività effettiva $\leq$ produttività media regionale, il P.O. registra un incremento di almeno il 15% della produttività 2023 con impatto sulle liste/tempi d'attesa.	RAGGIUNTO non considerata nel 2025 l'apparecchiatura RMN collocata nella nuova Pediatria, entrata a regime il 09/02/2026	0,6	0,6

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
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	Rispetto dei prerequisiti su pubblicazione trimestrale sul sito della trasparenza dell'ITP Ponderato e Semplice; rispetto del valore dell'ITP ponderato e semplice ≤ 60 gg; rispetto trimestrale del differenziale tra ITP ponderato e semplice < 20 . Se questi prerequisiti risultano soddisfatti, si passa alla valutazione annuale del differenziale tra debito scaduto rilevabile dalla form aziendale a quello calcolato dalla piattaforma PCC.	RAGGIUNTO ITP PONDERATO -18,62, ITP SEMPLICE -19,42. DEBITO COMUNICATO PCC 0,00 DEBITO CALCOLATO PCC 0,00	0,4	0,4
	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	Le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario regionale risultano adempienti se soddisfano nei tempi previsti e in modo adeguato le richieste provenienti dal SVSS.	RAGGIUNTO Richiesta prot. 40088 del 06/06/2025; risposta prot. 57282 del 22/08/2025 (entro scad.del 15/09/2025)	0,3	0,3
	25.E.S.05.3	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Rispetto delle tempistiche e dei contenuti di pubblicazione come da vademecum	RAGGIUNTO Effettuate pubblicazioni secondo tempistiche e contenuti richiesti	0,3	0,3
	25.E.S.05.4	% di partecipazione al Comitato dei Direttori Generali	N. partecipazione a incontri/N.incontri totali Comitato dei Direttori Generali $\geq 90\%$	RAGGIUNTO Partecipazione a tutti gli incontri	2,2	2,2

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	25.E.O.05.5	Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	Entro il 30/11/2025: 1) Implementazione del software TESI Pathox Web; 2) Sviluppo di una progettualità per l'ottimizzazione della tracciabilità dell'intero processo con la quantificazione delle stampanti per vetrini che verranno acquisite in gara regionale	RAGGIUNTO 1) effettuata implementazione software TESI Pathox Web entro il termine richiesto; 2) inviato progetto con prot.81112 del 28/11/2025	0,2	0,2
	25.E.O.05.6	Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	La soglia è soddisfatta se l'Azienda dimostra di adeguarsi agli obiettivi e misure di sicurezza indicate dal tavolo permanente istituito con dgr 241 del 12 marzo 2025	RAGGIUNTO Inviata le relazioni nei tempi e nei contenuti richiesti dalla Regione	0,2	0,2
Miglioramento dei processi sanitari	25.E.O.06.1	Indice di performance degenza media - drg medici (Bersaglio C2A.M)	<= - 0,39	RAGGIUNTO -0,85	0,8	0,8
	25.E.O.06.2	Indice di performance degenza media - drg chirurgici (Bersaglio C2A.C)	<= - 0,40	PARZIALMENTE RAGGIUNTO -0,07	0,8	0,5
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza						

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
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	Effettuazione delle esercitazioni propedeutiche al mantenimento attivo del ciclo della preparedness per fronteggiare eventuali emergenze che impattano sulla salute pubblica. Criteri: - Simulazione di almeno 3 scenari su 5; - Durata minima di ogni simulazione (una per scenario) di 4 ore. Relazione finale.	RAGGIUNTO 26/06/2025 esercitazione febbre emorragica. 28/10/2025 esercitazione disastro ferroviario. 17/11/2025 simulazione alluvione. Prot. 85969 del 19/12/2025 inviata relazione finale	0,8	0,8
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	Numeratore: Numero di pazienti anno 2025 operati in ospedali che raggiungono la soglia preventivata (Polmone 50, Ovaio 20, Stomaco 12, Colon 30, Retto 15). L' obiettivo si ritiene raggiunto se il 100% degli interventi del 2025 sono eseguiti presso un ospedale o reparto di dimissione da SDO nel caso ce ne siano più di uno con stesso codice che superano la soglia individuata.	PARZIALMENTE RAGGIUNTO 94%	1,8	1,6
	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)	Soglie non definite	Dato non disponibile in quanto la Regione non ha definito le soglie	1	1
	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	1) > 0,7 PL UTI 81 2) >= 7 coppie valutate e segnalate	RAGGIUNTO Soglie raggiunte nei 3 indicatori	0,7	0,7

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
			3) Valore < 37,5% o trend in diminuzione rispetto all'anno precedente			
	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	Ogni Dipartimento di Medicina Trasfusionale dovrà raggiungere un valore di globuli rossi raccolti maggiore o uguale a 40 unità per 1000 abitanti. 37.264 litri	RAGGIUNTO raggiunte le soglie per i 4 indicatori	0,6	0,6
			Ogni Dipartimento di Medicina Trasfusionale dovrà raggiungere un valore di kg di plasma conferiti all'industria maggiore o uguale a 18 Kg per 1000 abitanti 16.769 litri			
			3) Report con i consumi di IG e Albumina: invio al CRAT del report trimestrale (n. 4 report/anno) e semestrale da parte delle Aziende nei tempi definiti; l'elaborazione da parte delle Aziende è finalizzata anche all'autoanalisi del consumo			
			4) l'obiettivo si ritiene raggiunto se il PDTA PBM è applicato nel >90% dei pazienti. Invio al CRAT del report nei tempi definiti con la % di applicazione del PBM (n° visite PBM/n° interventi in elezione). L'obiettivo si ritiene raggiunto se il numero dei pazienti valutati per PBM (Cod. CVP 89.07_10) è >90% degli interventi in elezione a rischio di trasfusione.			

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	25.Q.O.05.5	Interventi chirurgici per tumore alla prostata : riammissioni a 30 giorni (PNE)	<= 3,69	RAGGIUNTO 1,45%	0,9	0,9
	25.Q.O.05.6	% di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	<= 3,46	RAGGIUNTO 2,3%	0,9	0,9
	25.Q.O.05.7	% di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.2)	<= 3,13	RAGGIUNTO 2,3%	0,9	0,9
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	-Cure palliative pediatriche: 3) comunicazione di presenza di un infermiere Case Manager dedicato alla raccolta dei casi rilevati e alla segnalazione al Centro Riferimento Regionale; 4) Relazione con rendicontazione numero e informazioni di casi rilevati e procedura di segnalazione. La soglia è soddisfatta se nella documentazione inviata, vengono chiaramente esplicitate le azioni organizzative messe in atto per migliorare la precocità della presa in carico, raccogliendo un risultato di miglioramento dei tempi medi di presa in carico sia nei casi di malattia cronica a lungo decorso che di malattia a prognosi infausta rapida.	RAGGIUNTO comunicazioni e relazioni inviate entro le scadenze e con i contenuti richiesti (azioni organizzative messe in atto per migliorare la precocità della presa in carico dei pazienti)	0,4	0,4

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	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) Numeri contenzioni/numero ricoveri: <9% e comunque in miglioramento rispetto all'anno precedente. Invio report semestrale (vedasi nota reg prot.13460 del 21/02/2025). 2) Numero dimissioni ai quali fa seguito una visita psichiatrica entro 14 giorni dalla dimissione/numero di dimissioni: ≥50%. Per le Aziende ULSS nel cui territorio insiste un'Azienda Ospedaliera il calcolo degli indicatori sarà unico provinciale	RAGGIUNTO Contenzioni: 6%; controlli effettuati entro 14 giorni: 62% per i dimessi AOUP	0,5	0,5
	25.Q.S.06.4	Sviluppo Televisita per il rinnovo Piano Terapeutici Farmaci nelle farmacie di comunità: attivazione del percorso per l' implementazione della televisita per il rinnovo dei Piani Terapeutici farmaci in farmacia di comunità	L'indicatore è raggiunto se vengono soddisfatti 3 dei seguenti requisiti: 1) Entro il 30/06/2025: trasmissione di una relazione che descriva il percorso di attivazione della televisita per il rinnovo dei piani terapeutici farmaci in farmacia di comunità con l' individuazione delle Unità Operative coinvolte, le modalità di prenotazione, refertazione e la piattaforma utilizzata.	RAGGIUNTO Relazione con ULSS 6 inviata il 23/06/2025	0,5	0,5

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
			2) Entro il 31/01/2026: attivazione del rinnovo di almeno 3 farmaci con piano terapeutico in farmacia di comunità; la % di rinnovo di ognuno di essi deve corrispondere ad almeno il 2% del totale dei piani terapeutici rinnovati a livello aziendale nell'anno 2025	RAGGIUNTO 30/10/2025 Inviata mail su richiesta dati Regione: UO coinvolte Clinica Medica 1, Cardiologia e Malattie del Metabolismo. Previsti 20 rinnovi PT. 29/01/2026 inviata relazione su attivazione televisita (17 farmacie aderenti; 20 PT target; PT effettuati 27, anche per altre ULSS)		
			3) Le Aziende ospedaliere di Padova e Verona devono collaborare nella messa a disposizione degli specialisti per il rinnovo dei piani terapeutici relativamente alle Aziende Sanitarie di competenza territoriale garantendo che almeno il 50% dei PT rinnovati (per i 3 farmaci sopradetti) nelle farmacie di comunità rispettivamente delle aziende ULSS n. 6 e n. 9 sia stato effettuato dai loro specialisti	RAGGIUNTO 22 Piani su 31=71%		
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)	L'indicatore è soddisfatto nelle sue diverse parti se gli indicatori riportati (n°invitati e n°partecipanti) nella scheda di misurazione "Scheda_25.Q.O.08.1" rispettano le soglie	RAGGIUNTO partecipato ai corsi richiesti	0,8	0,8

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	25.Q.S.08.2	Servizi legati al portale regionale : rispetto del cronoprogramma di attivazione	Individuazione fabbisogno per riparto risorse entro data prevista (20%) e avvio dei servizi del portale come da scheda (servizi da presentazione ai sistemi informativi del 12/12/24): -URP (16%), -farmacie di turno (12%), -questionari paziente ricoverato (16%), -mappa servizi e carta servizi (30%), -servizi per il portale professionista (rubrica) (8%), -alimentatori del portale (catalogo dei servizi) (8%), -invio dati servizi del "gruppo 2" (5%), -disponibilità servizi del "gruppo 3" (5%).	RAGGIUNTO realizzati i servizi legati al portale per il 2025	1	1
	25.Q.S.08.3	Adesione, alle gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite. Coerentemente con le nuove indicazioni regionali (Circolare gare prot. n.58859/2025) le Aziende sono chiamate a migliorare l'efficienza relativa alla tempistica di esecutività delle gare regionali.	La soglia è soddisfatta se per l'80% dei provvedimenti inviati rispetto a tutte le aggiudicazioni avvenute entro ottobre 2025, ferme le prescrizioni normative sulle categorie DPCM e salvo ricorsi o cause di urgenza debitamente motivate, entro 60 giorni dalla data in cui CRAV mette a disposizione la documentazione necessaria, l'Azienda stipula il contratto afferente al singolo lotto aggiudicato in via definitiva con concomitante acquisizione del "CIG figlio".	RAGGIUNTO rispettata la tempistica nella quasi totalità dei casi	1	1

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	25.Q.S.08.4	Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	L'obiettivo è raggiunto se le attività contrassegnate come "Milestone" nel cronoprogramma condiviso sono correttamente ed esaustivamente completate entro le date indicate	RAGGIUNTO Milestones al 31.12.2025 raggiunte nei tempi	0,3	0,3
	25.Q.S.08.5	% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	L' indicatore è soddisfatto al 100% se per tutti i flussi e le misurazioni indicate vengono rispettate le soglie	RAGGIUNTO 100% rispettate soglie completezza e qualità dei dati dei flussi	0,6	0,6
	25.Q.S.08.6	Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	1) Supporto alle istruttorie tecniche di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali 1- Disponibilità dei valutatori 90% 2- Rapporti di verifica inviati 95%	RAGGIUNTO Valutazione regionale riferita al punto 1) dell'obiettivo: 100%.	0,3	0,3
			2) 100% mappatura rete assistenziale rispetto a dati flussi regionali; riscontro a richiesta di rilevazione attività sanitarie esternalizzate mediante compilazione strumento raccolta dati fornito	RAGGIUNTO Valutazione riferita al punto 2) dell'obiettivo di competenza Coordinamento regionale accreditamento: 100%		

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	25.Q.O.08.7	Adozione e rispetto degli accordi contrattuali con le aziende territoriali	Adozione degli accordi contrattuali e degli accordi POA (Piani Operativi Aziendali) con le Aziende territoriali sulle prestazioni da garantire e condivisione delle azioni da attuare congiuntamente ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa: stipula e trasmissione accordi entro 31/03/2025;	RAGGIUNTO DDG 684 del 28/03/2025 (inviato a ULSS con prot.23940 del 31/03/2025 e a Reg con mail del 01/04/2025): accordo con ULSS, che prevede 19.000 prestazioni	2	2
			Condivisione del monitoraggio mensile concordato e degli indicatori di misurazione con la trasmissione del 1° report entro il 30/09/2025;	RAGGIUNTO Monitoraggi mensili inviati 23/09, 21/10, 24/11,19/12		
			Relazione finale entro il 28/02/2026	RAGGIUNTO Inviata con mail del 30/01/2026 effettuate 29.316 prestazioni		
Rispetto dei tempi delle indicazioni regionali per la gestione aziendale del sinistro	25.Q.S.09.1	Gestione sinistri: conclusione dell'istruttoria (inclusa valutazione medico legale e valutazione CAVS) entro 180 giorni dall'apertura del sinistro	Calcolo del 70% dei sinistri totali di ciascuna Azienda aperti dal 01/01/2025 e istruiti nel rispetto dei 180 giorni dalla data di protocollo della richiesta di risarcimento. La soglia è soddisfatta se per almeno il 70% dei sinistri sarà stata conclusa la fase istruttoria interna all'Azienda	RAGGIUNTO rispettate le tempistiche richieste	0,6	0,6

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	25.Q.S.10.1	Potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici	2a) n. RLV (Resp.Locale Vigilanza) che hanno effettuato il primo accesso/n. RLV registrati in NSIS: 100%	RAGGIUNTO 100%	0,6	0,6
			2b) segnalazioni di incidenti DM e IVD validate/segnalazioni ricevute: 100%	100%		
			2c) n. di segnalazioni di incidente grave validate entro 3 giorni/n. di segnalazioni di incidente grave ricevute: 100%	100%		
			3.1) Segnalazioni ADR per farmaci e vaccini: ≥0,005 dei ricoveri (339)	444		
	25.Q.O.10.2	Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	2) Riduzione del consumo di antibiotici nei reparti >= 5% rispetto al 2022 o consumo ≤ 69 DDD/100 gg degenza;	RAGGIUNTO 78,9 ddd/gg degenza riduzione rispetto al 2022: -16,1%	1,2	1,2
			4) Adozione di sorveglianze microbiologiche : a) nelle terapie intensive neonatali, come da linee guida regionali; b) svolgimento dello studio di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico; c) partecipazione alla sorveglianza AR-ISS;	RAGGIUNTO Prot. 87586 del 29/12/2025 trasmesse evidenze raggiungimento obiettivo		
			5) Recepimento e adozione da parte di tutte le strutture ospedaliere a gestione pubblica e privata accreditata delle linee di indirizzo regionali per il trattamento delle polmoniti e infezioni vie urinarie e monitoraggio dei relativi indicatori	RAGGIUNTO Prot. 87586 del 29/12/2025 trasmesse evidenze raggiungimento obiettivo		

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
	25.Q.O.10.3	Rispetto degli indicatori di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	1) entro il 30/06/2025: trasmissione Documento con linee di indirizzo prescrittivo per branca (almeno 3 specialità) e relativi indicatori per gli specialisti e relazione sull' applicazione; 2) entro il 31/12/2025: trasmissione Relazione sull'applicazione e monitoraggio indicatori; 3) Svolgimento di almeno due incontri semestrali (entro il 30/06/2025 ed entro il 31/12/2025) e produzione, ad esito di ognuno di essi, di una relazione sottoscritta dall' Azienda ospedaliera di Padova e IOV e dalle ULSS di rispettiva competenza territoriale indicante le azioni concordate per migliorare l' appropriatezza prescrittiva e la riduzione della spesa. 4) corretta compilazione delle Ricette Limitative dematerializzate: ≥90% sul totale 5) redazione dei Piani Terapeutici farmaci in modalità informatizzata in PSF: valore soglia ≥80% dei piani terapeutici già informatizzati in PSF al 31/12/2024	RAGGIUNTO Inviati 3 documenti (Cardiologia, Dermatologia e Gastroenterologia) con mail del 30/06/2025 RAGGIUNTO Inviata relazione con mail del 22/12/2025 RAGGIUNTO Inviata relazione primo incontro con mail del 27/06/2025; verbale secondo incontro inviato con mail del 24/12/2025 NON RAGGIUNTO 77,2% NON RAGGIUNTO 67%	2	1,6

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
Promozione dei processi per la ricerca	25.Q.S.11.1	Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	1); La verifica riguarda l'area oncologica e onco-ematologica (UOC oncologia e ematologia). Le aziende dovranno fornire un report a fine anno riguardo il n.di nuovi pazienti inseriti in studi clinici (sperimentazioni di medicinali, studi osservazionali con farmaco, indagini cliniche con DM/VD) rispetto ai pazienti in carico (ric e amb) alle UOC nel 2024 e nel 2025	RAGGIUNTO Report inviato con mail del 26/02/2026. Incremento dei pazienti arruolati	1	1
			Indicatore 2): Valore complessivo fatture registrate in CRMS nell'anno di riferimento > 80% rispetto a quanto riportato nel questionario annuale di rendicontazione economica richiesto dalla Direzione Farmaceutica alle Aziende Sanitarie	RAGGIUNTO 90,8%		
	25.Q.O.11.2	Avviamento progetti di ricerca attivati in collaborazione con almeno 3 Ulss della Regione Veneto	Avvio di almeno 3 progetti, coinvolgendo tutte le ULSS in almeno 1 progetto	RAGGIUNTO prot.86756 del 23/12/2025 inviata relazione 8 progetti avviati con altre ULSS di cui 1 con tutte le ULSS	0,8	0,8
Altri obiettivi aziendali						
Ripristino attività di ricovero	I.1	Valore pazienti dimessi	>=importo 2024 (335.303.960)	RAGGIUNTO 344.182.257		
Ripristino attività di specialistica	I.2	Valore prestazioni per esterni (esclusa libera professione)	>= importo 2024 (139.078.260)	RAGGIUNTO 150.113.556		
Ripristino attività interventi chirurgici	I.3	N° atti operatori (escluse Sala Parto e PMA)	>=volume 2024 (68.840)	RAGGIUNTO 70.770		

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
Implementazione telemedicina	I.2.3	N° prestazioni di telemedicina	>=volume 2024 (12.819)	RAGGIUNTO 15.273		
Rispetto delle tempistiche nell'esecuzione degli investimenti strategici in edilizia	S.C.1	Rispetto delle tempistiche definite per le grandi opere: nuovo ospedale, Pediatria, Hospice Pediatrico, Ospedale Mamma e Bambino, edificio Polifunzionale	100%	RAGGIUNTO 100%		
Informatizzazione richieste Dispositivi Medici	M.2	% del valore dei conti deposito informatizzati	93%	RAGGIUNTO 94,2%		
Perseguimento efficienza finanziaria	E.S.5.1a	Indicatore tempestività pagamenti	<=0 gg	RAGGIUNTO -18,62		
	E.S.5.1d	% pagato oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 su totale pagato	<=0%	0%		
Benessere organizzativo	M.10	Eventi formativi sulla comunicazione e la gestione del gruppo di lavoro destinati a Dirigenti di UOC/UOS e Coordinatori	Almeno 2	RAGGIUNTO Realizzati più di 2 eventi (Coordinatori in cordata; Leadership di valore per un team efficace; Tecniche di defusing per supportare i professionisti a contenere gli effetti usuranti dell'attività lavorativa: azioni di miglioramento		
	M.11	Attivazione azioni di miglioramento sulla promozione della salute tra meditazione, alimentazione e movimento fisico	Almeno 2	RAGGIUNTO TAI CHI, Ginnastica posturale, incontri sull'educazione		

Relazione della Performance 2025

OBIETTIVO		INDICATORE	SOGLIA	Valore 2025	Punti disponibili	Stima performance aziendale
				alimentare; diffusione di video educativi sulla prevenzione alla sedentarietà; evento ALCOLICA-MENTE: PERCORSI TRA OSP E SERVIZI TERRITORIALI		
	Q.11.S.1d	Effettuazione di incontri all'interno dell'UO con tutto il personale per condivisione degli obiettivi dell'UO con compilazione del form Google	Almeno 2 per UUOO	RAGGIUNTO Eseguiti entrambi gli incontri nel 95% delle UUOO		
Pari opportunità	M.12	Attivazione di approfondimenti specifici su: differenze di genere e violenza sulle donne	Entro il 31/12/2025	RAGGIUNTO "ATTIVITÀ DEL CUG E STRATEGIE DI INTERVENTO - ANNO 2025"; incontro dedicato alla giornata contro la violenza sulle donne; giornata sulla transizione sessuale		
Anticorruzione	N.6.5	Aggiornamento mappatura dei processi esposti a rischio corruttivo e programmazione con le UU.OO. misure contenimento rischi corruttivi per PIAO 2026/2028	Entro il 31/12/2025	RAGGIUNTO Mappatura effettuata entro il termine previsto		
PREMS	Q.11.S.1a	PREMS: indagine qualità percepita pazienti ricoverati: tasso di adesione	>40%	RAGGIUNTO 48,3%		
	Q.11.S.1c	PREMS - miglioramento silenziosità reparto: % pazienti che rispondono al questionario con "per niente-poco" silenzioso	Miglioramento rispetto al 2024	PARZIALMENTE RAGGIUNTO Stessa percentuale per la silenziosità; -1% per la pulizia		

Si forniscono di seguito ulteriori informazioni su alcuni obiettivi specifici sopra riportati:

A.1-A.2 - Miglioramento/mantenimento Indicatori Sistemi di valutazione nazionali

Esistono diversi sistemi di valutazione a livello nazionale che misurano le performance delle Aziende sanitarie: il Piano Nazionale Esiti, il Nuovo Sistema di Garanzia, Agenas, il progetto Bersaglio. Di seguito vengono illustrati in dettaglio.

Nuovo Sistema di Garanzia

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e dell'appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nel 2000.

Gli indicatori individuati sono 88:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

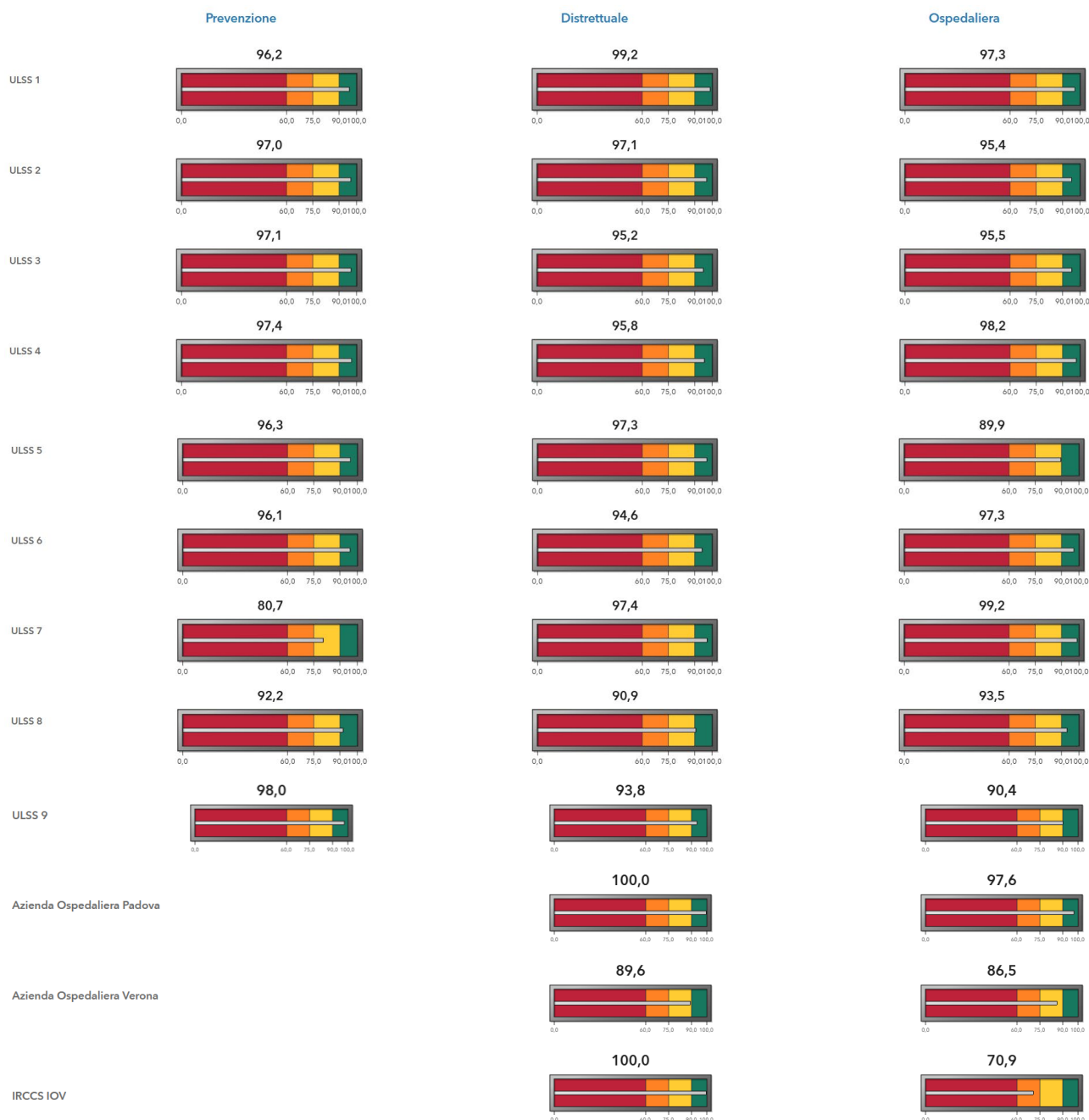
All'interno del NSG è stato individuato un sottoinsieme di 22 indicatori, cosiddetto "CORE", in sostituzione della "Griglia LEA" (in vigore fino al 2019), da utilizzare per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni. Tali indicatori sono suddivisi in tre macro-aree:

- prevenzione collettiva a sanità pubblica;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Per ciascun indicatore appartenente al sottoinsieme CORE viene calcolato, grazie ad una specifica funzione di valorizzazione, un punteggio su una scala da 0 a 100, con il punteggio 60 corrispondente alla soglia di garanzia minima (ovvero di "sufficienza"). Ulteriori punteggi o penalità sono attribuiti sulla base della variabilità temporale e geografica del valore dell'indicatore. Viene poi calcolato il punteggio finale per ciascuna macro-area di assistenza.

Relazione della Performance 2025

Nel cruscotto NSG del Datawarehouse regionale sono pubblicati i dati del 2025 relativi alle performance delle Aziende Sanitarie Venete e l'AOUUP risulta essere tra le migliori, come evidenziato dai seguenti grafici che riportano i punteggi complessivi per Azienda suddivisi nelle tre aree:



Gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia rientranti tra gli obiettivi regionali assegnati all'AOUUP per il 2025 sono:

- % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno; la performance risulta lievemente in peggioramento rispetto al 2024 passando da 22,2% a 23,3%.

Da considerare che questa Azienda rappresenta il centro con maggior numero di parti del Veneto, seppur in calo rispetto agli anni precedenti: nel 2025 sono stati effettuati 2.766 parti (*Datawarehouse regionale: volumi DM 70/2015*):

Struttura	Volume-Dati osservati
05090100. AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITA' PADOVA	2.766
05050201. OSPEDALE DI TREVISO	2.406
05091201. AOUI VERONA BORGO TRENTO	2.207
05050801. OSPEDALE DI VICENZA	2.158
05050301. OSPEDALE DI MESTRE	1.651
05050703. OSPEDALE DI SANTORSO	1.438
05050602. OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	1.260
05002200. OSPEDALE PEDERZOLI CASA DI CURA SPA	1.160
05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	1.121
05050701. OSPEDALE DI BASSANO	1.067
05050207. OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	933
05050605. OSPEDALE DI SCHIAVONIA	860
05050601. OSPEDALE DI CITTADELLA	815
05050304. OSPEDALE DI MIRANO	814
05050204. OSPEDALE DI CONEGLIANO	777
05050104. OSPEDALE DI FELTRE	716
05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	716
05001700. OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	697
05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	566
05012300. CASA DI CURA ABANO TERME POLISPEC. E TER	556
05050202. OSPEDALE DI ODERZO	532
05050101. OSPEDALE DI BELLUNO	463
05050501. OSPEDALE DI ROVIGO	451
05050803. OSPEDALE DI ARZIGNANO	431
05050402. OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	420
05050306. OSPEDALE DI CHIOGGIA	400
05050401. OSPEDALE DI PORTOGRUARO	336
05050206. OSPEDALE DI CASTELFRANCO	301
05050302. OSPEDALE DI VENEZIA	285
05050806. OSPEDALE DI VALDAGNO	231
05050503. OSPEDALE DI ADRIA	214
05050702. OSPEDALE DI ASIAGO	50

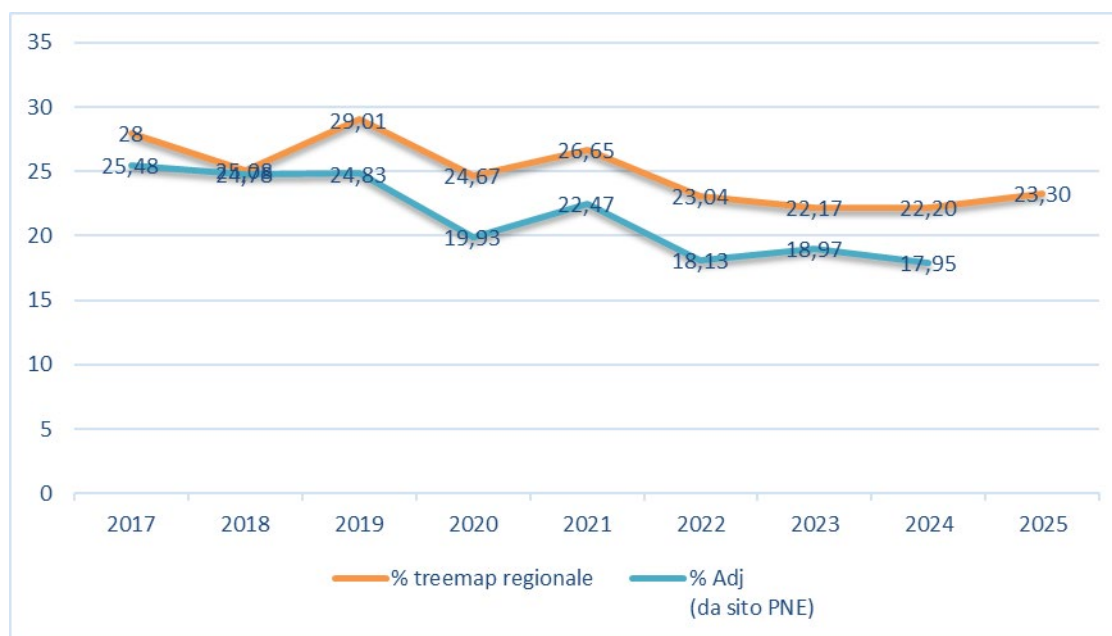
È importante precisare che in base ai dati del PNE 2025, riferiti al 2024, risulta come l'Azienda Ospedale-Università di Padova, considerato l'aggiustamento, presenti un tasso di TC primario inferiore alla soglia del 20%.

Si riporta di seguito il tasso grezzo rilevabile dal treemap regionale e il tasso aggiustato riportato dal Programma Nazionale Esiti:

Tab 1 % di Parti cesarei primari tasso grezzo e tasso aggiustato (fonte treemap regionale e PNE ministeriale)

Anno	% treemap regionale	% Adj (da sito PNE)
2017	28	25,48
2018	25,08	24,78
2019	29,01	24,83
2020	24,67	19,93
2021	26,65	22,47
2022	23,04	18,13
2023	22,17	18,97
2024	22,20	17,95
2025	23,30	

Grafico 1 % di Parti cesarei primari tasso grezzo e tasso aggiustato (fonte treemap regionale e PNE ministeriale)

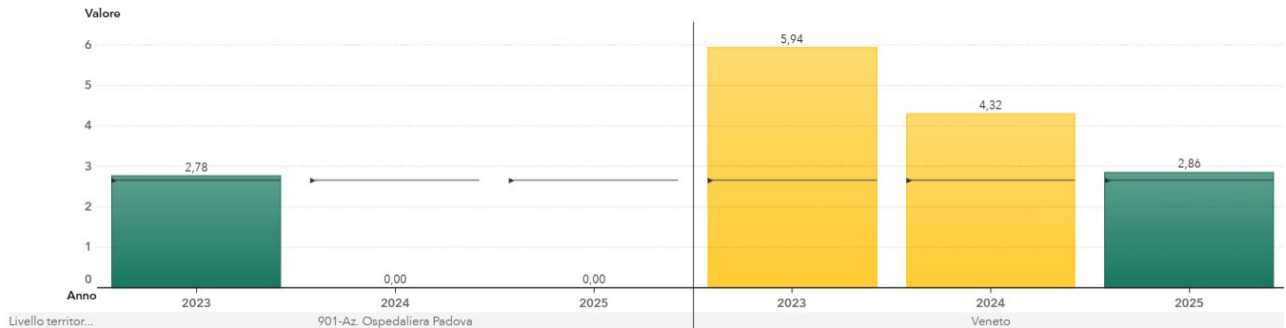


Dall'analisi 2022-2025 emerge che il dato (sia tasso grezzo che tasso aggiustato) risulta ormai stabilizzato. L'azienda negli ultimi 3 monitoraggi PNE Nazionali 2022-2024 ha dimostrato di essere perfettamente aderente ai migliori standard nazionali, che tengono conto per l'aggiustamento della complessità della casistica trattata; si ricorda a tal proposito che il punto nascite di Padova è centro di riferimento regionale per le gravidanze a rischio notoriamente ad alta o altissima complessità. Abbattere ulteriormente il tasso grezzo (che non tiene conto in alcun modo della complessità della casistica che afferra al centro) al solo scopo di risultare conforme nel monitoraggio regionale, sarebbe clinicamente in disaccordo con le migliori pratiche assistenziali che tengono conto di sicurezza ed esiti.

- la “proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella” ha una performance molto positiva con una percentuale

dello 0% (soglia $\leq 2,66\%$). Come risulta dal grafico seguente, i valori riportati per l'AOUP sono ampiamente al di sotto del valore complessivo ottenuto dalla Regione Veneto.

H03C-Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
Livello territoriale: 901-Az. Ospedaliera Padova; Veneto



Fonte. Datawarehouse regionale

- anche la proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui supera la soglia del 90% con una percentuale del 98%, a dimostrazione della concentrazione della relativa casistica;

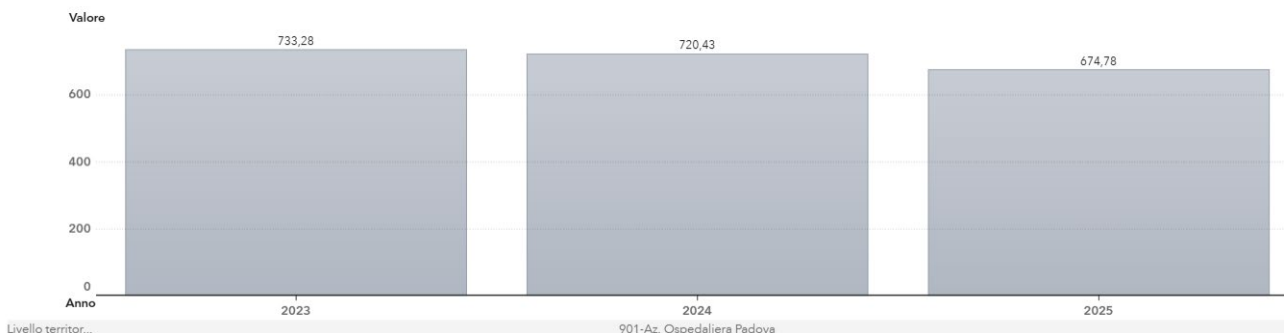
- per le colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni nel 2025 l'AOUP ha fatto 630 colecistectomie laparoscopiche, collocandosi al primo posto per volumi in Veneto e con il volume doppio rispetto all'Azienda veneta in seconda posizione;

- sulla “percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario” nel 2023 è stato avviato un attento lavoro anche organizzativo, che sta portando ad un continuo miglioramento: l'indicatore è passato da 65,1% nel 2022 a 77,8% nel 2025;

- “rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario” ha una percentuale del 14%, inferiore alla soglia: $\leq 15\%$;

- Anche la frequenza di infezioni post-chirurgiche risulta in calo negli ultimi anni:

H16S-Frequenza di infezioni post-chirurgiche (per 100.000)
Livello territoriale: 901-Az. Ospedaliera Padova



Fonte. Datawarehouse regionale

- Anche per la “Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico” si evidenzia una performance, 6,24%, entro la soglia ($\leq 7,25\%$).
- per i 3 indicatori sulle donazioni l’AOUP ha una performance positiva: i potenziali donatori di organo in Terapia Intensiva sui posti letto in T.I. superano la soglia del 70%; le coppie segnalate per la donazione di rene sono 7 (soglia: ≥ 7); per la % di opposizioni alla donazione di cornee la performance risulta positiva con un valore del 34,5%, rispettando la soglia massima del 37,5%.

Piano Nazionale Esiti (PNE)

Il PNE nasce come strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo. Ha l’obiettivo di valutare e misurare le performance delle strutture ospedaliere, attraverso il confronto con standard, parametri di riferimento e i risultati delle altre aziende sanitarie. Il PNE è un progetto sviluppato dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.) per conto del Ministero della Salute, e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell’ambito del servizio sanitario.

Con il Treemap, strumento di valutazione sintetica, ogni struttura può essere valutata sia sulla base dei risultati ottenuti per ciascuno degli indicatori del PNE sia sulla base di un’analisi sintetica per area clinica, operata tenendo conto della validità e del peso differente di ciascun indicatore. Di seguito si riporta il Treemap attualmente disponibile nel sito del PNE per l’AOUP riferito ai dati del 2024:



Azienda Ospedale - Università Padova



Risulta evidente la buona performance dell'AOUP con livelli alti per quasi tutte le aree cliniche, da quella cardiocircolatoria, a quella osteomuscolare, quella della gravidanza e parto, quella dell'ambito nervoso, quella respiratoria (migliorata rispetto al 2023), quella di chirurgia e di chirurgia oncologica. Rimane in area intermedia di valutazione l'indicatore dell'ambito nefrologico che però è costituito da un unico indicatore (mortalità per insufficienza renale cronica al 9,7%, in riduzione rispetto all'anno precedente: 10,1%).

Gli indicatori del PNE (Treemap) monitorati dalla Regione (vedasi tabella sotto riportata) dimostrano la performance sicuramente positiva di AOUP in tutte le aree. Il 75% degli indicatori è migliorato rispetto al 2021. Permangono in fascia di valutazione media solo due indicatori: la mortalità per scompenso cardiaco congestizio e per riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale.

Nell'area dell'assistenza ospedaliera sono numerosi gli indicatori che presentano performance molto positive e in netto miglioramento rispetto al 2021; di seguito alcuni esempi relativi ad indicatori su patologie 'rete tempo dipendenti', che peraltro nel 2025 rientravano tra gli obiettivi assegnati al Direttore Generale:

- Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico passata da 11,7% nel 2021 a 6,2% nel 2025;
- Mortalità a 30 giorni per Infarto Miocardico Acuto, che nel 2025 registra un valore di 6,5, a fronte di 11,3 nel 2021;
- IMA STEMI: proporzione di pazienti trattati con PTCA entro 90 minuti, passata da 35,4% nel 2022 a 72,2% nel 2025.

Indicatore PNE	valore 2021	valore 2022	valore 2023	valore 2024	valore 2025	Rispetto al 2021
						↑ Indicatore migliorato; ↓ indicatore peggiorato
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	11,3	9,8	8,7	9,3	6,5	↑
IMA STEMI: % trattati con PTCA entro 90 minuti		35,4	70,6	63,4	72,2	↑
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	9,2	10,4	10,2	9,3	11	↓
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	2,6	2,4	1,2	1	1,4	↑
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	1	2,5	2,9	0,7	1,1	=
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1,2	0,7	1,4	1,8	1,2	=
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	11,7	11,5	7,1	5,4	6,2	↑
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,7	1,8	1,5	2,1	1,2	↑
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	11,3	10,1	8,4	6,4	6,7	↑

Indicatore PNE	valore 2021	valore 2022	valore 2023	valore 2024	valore 2025	Rispetto al 2021
						↑ Indicatore migliorato; ↓ indicatore peggiorato
Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	90,2	93,5	94	92,4	93,5	↑
Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	56,6	60	98,4	84,6	76,9	↑
Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	76,4*	97,9	97,4	97,6	98	↑
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno	6,8	3,3	2,8	0	0	↑
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	0,4	0,6	0,4	0,5	0,4	=
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	1,5	0,9	1,9	1,1	1,1	↑
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	2,5	3	3,4	2,4	2,3	↑
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	26,6	23	22,2	22,2	23,3	↑
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo		27,8	21,8	23,4	28,4	↑
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore		65,1	71	80,6	77,8	↑
Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	2	2	3	2	2	=

Progetto Bersaglio - S. Anna di Pisa

Il Progetto Bersaglio del S. Anna di Pisa risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione del livello della propria offerta sanitaria. Gli indicatori sono elaborati a livello di Regione e a quello di Azienda sanitaria. Viene annualmente redatto un report con i risultati delle Regioni e delle Aziende che viene reso pubblico e accessibile da parte di tutti gli stakeholder. Le Regioni che aderiscono volontariamente al network considerano un valore la trasparenza e l'accountability del proprio operato e rendono pubblici i propri risultati.

Di seguito si riportano i risultati pubblicati nell'ultimo report (2024) disponibile del progetto in questione.

AO PADOVA 2024



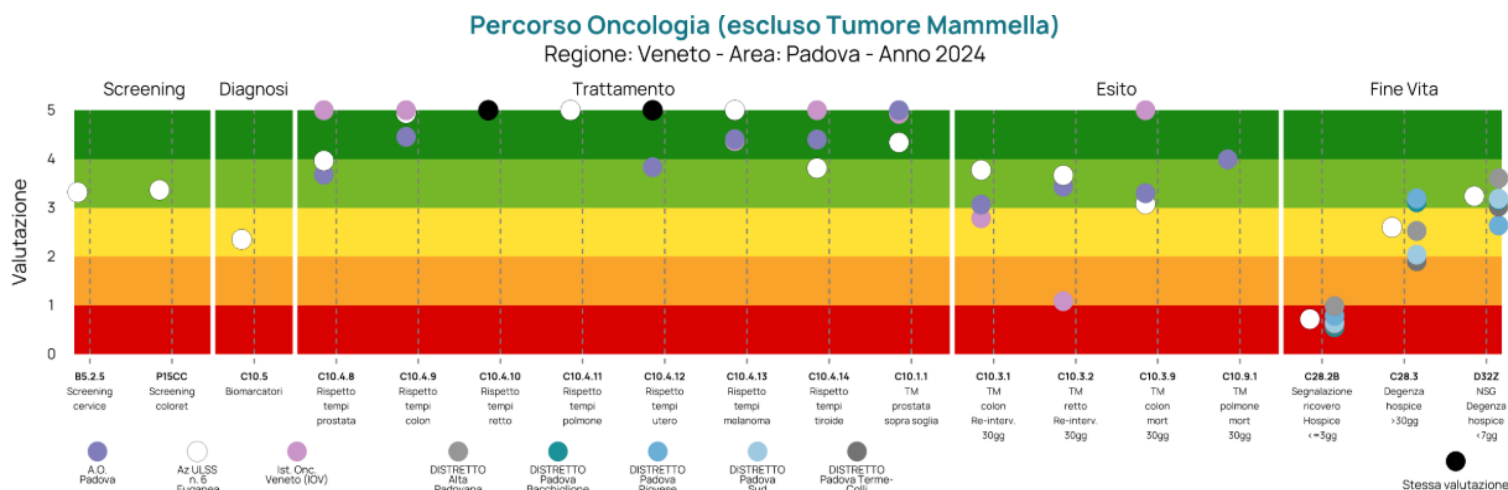
Risulta evidente la buona performance aziendale, con una maggiore concentrazione degli indicatori nella parte centrale, verde, del Bersaglio, che corrisponde ad una performance molto positiva.

Prendendo in considerazione gli indicatori che costituiscono anche obiettivi regionali per il 2025, si segnala quanto segue:

- per l'indice di performance della degenza media dei DRG medici, nel 2022 in fascia gialla, intermedia, si registra un progressivo miglioramento negli ultimi anni che ha portato l'AOUP a raggiungere pienamente la soglia (per il 2025: $\leq -0,39$), con un valore di $-0,85$.
- l'indice di performance della degenza media dei DRG chirurgici, pur in fascia arancione, evidenzia un miglioramento, passando da valori >0 nel 2022 ad un valore di $-0,07$ (soglia: $\leq -0,40$) nel 2025.
- Le riammissioni a 30 giorni dopo intervento chirurgico per tumore della prostata nel 2025 rispettano pienamente la soglia ($\leq 3,69$) con un valore di $1,45\%$;
- l'indicatore, calcolato su base triennale della "percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero" (C.10.3.2) si colloca nella fascia verde, positiva, del Bersaglio con un valore di $2,3$, inferiore alla soglia ($3,13$);
- l'indicatore, calcolato su base triennale della "percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a reintervento entro 30 giorni dal ricovero" (C.10.3.1) si colloca nella fascia verde, positiva, del Bersaglio con un valore di $2,3$, inferiore alla soglia ($3,46$);
- visto l'eccessivo consumo di antibiotici a livello nazionale che sta generando un incremento delle resistenze, da alcuni anni risulta fondamentale monitorarne i consumi in ambiente ospedaliero. Il valore delle ddd (defined daily dose) consumate per 100 giornate di degenza in AOUP si è notevolmente ridotto

passando da un valore di 94,1 nel 2022 a 78,9 nel 2025. Questo è stato reso possibile grazie ad una serie di azioni condotte da un gruppo di lavoro costituito da referenti di Farmacia, Direzione Medica Ospedaliera e Malattie Infettive.

Risulta interessante la seguente rappresentazione grafica relativa agli indicatori del progetto Bersaglio per la provincia di Padova. I dati analizzano l'intero percorso oncologico del paziente, partendo dallo screening e dalla diagnosi, per poi passare al trattamento, all'esito delle cure e alla fase del fine vita. Sono evidenti le performance positive dell'AOU nei indicatori che la riguardano relativamente alle fasi del trattamento e degli esiti.

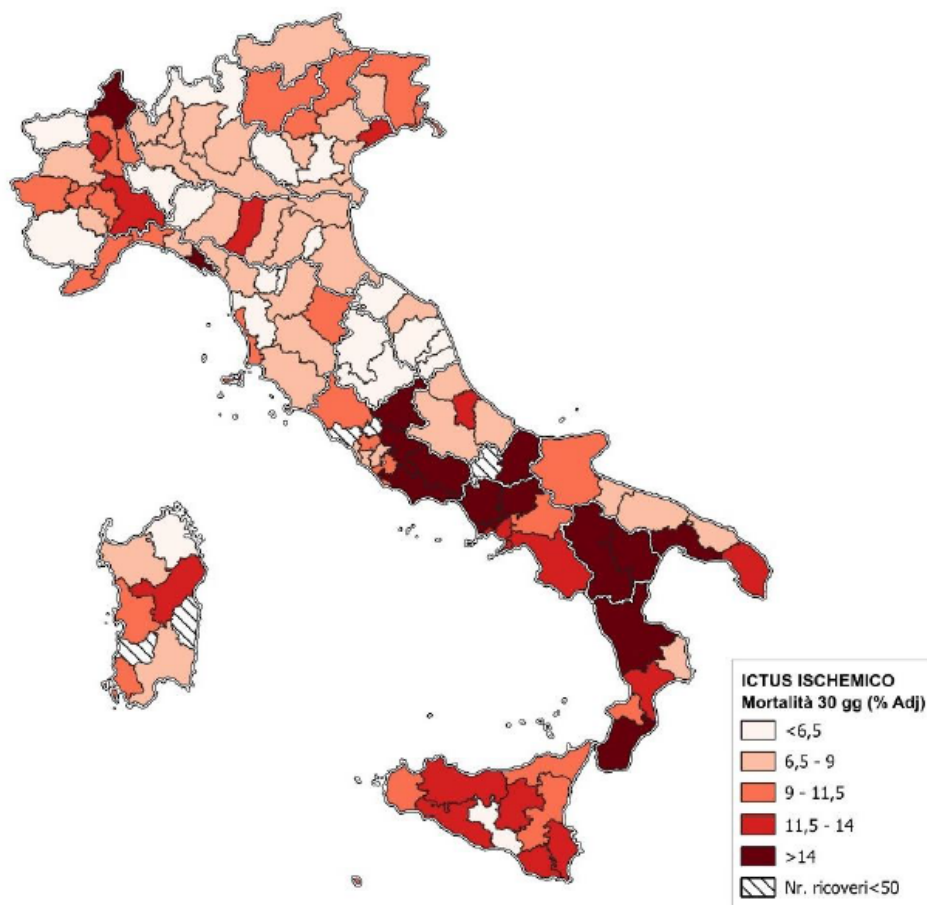
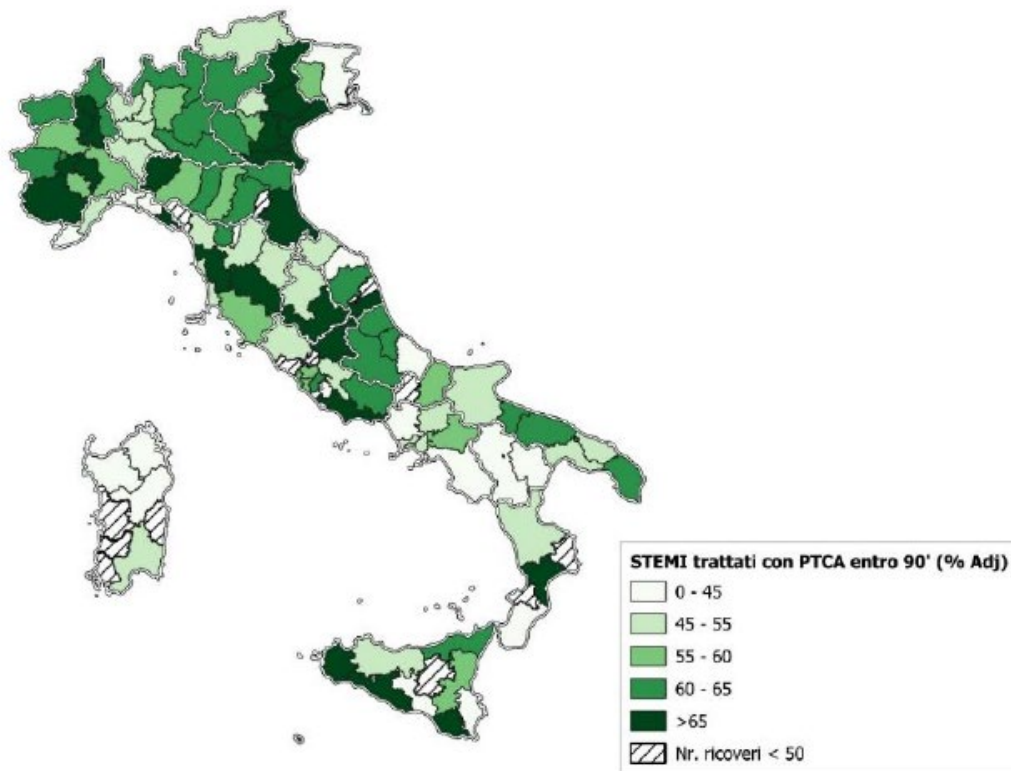


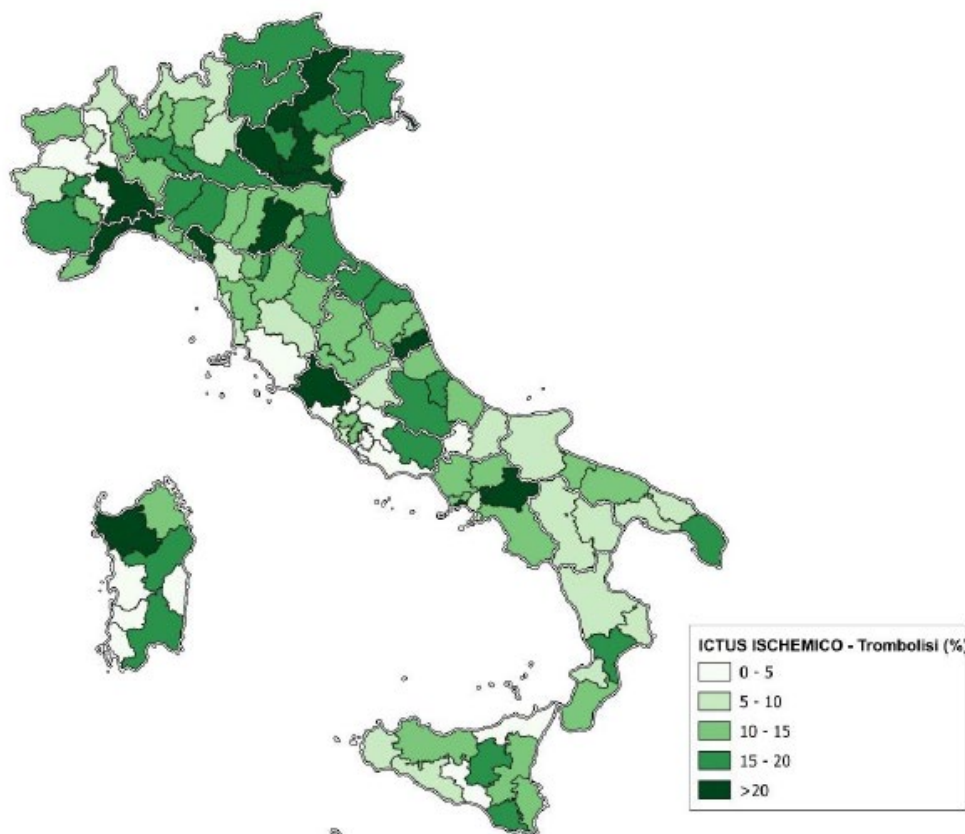
Indicatori di esiti delle patologie tempo dipendenti

Negli ultimi anni il modello di rete è diventato una realtà più o meno consolidata in molte Regioni, come testimoniato anche dai monitoraggi pubblicati da Agenas sullo stato di attuazione delle reti tempo-dipendenti regionali. Il 22/10/2025 Agenas ha presentato la quarta indagine nazionale sullo stato di attuazione delle reti tempo-dipendenti analizzando i risultati del monitoraggio rispetto all'anno 2023. Si tratta di un'analisi delle performance delle cure per il paziente erogate dalle reti ictus regionali e dalle reti cardiologiche per le emergenze regionali.

Si riportano di seguito, a titolo di esempio, dei grafici da cui emerge la performance particolarmente positiva dell'AOU su alcuni indicatori:

- IMA STEMI trattati con PTCA entro 90 min;
- Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico;
- Ictus ischemici: pazienti trattati con trombolisi.





L'ottima performance è ancor più confermata dai dati dell'AOU del 2025, relativamente ad alcuni dei suddetti indicatori, rientranti tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali nel 2025:

Indicatore	Soglia	Valore 2025
1) Proporzione di ictus ischemici trattati con trombolisi o trombectomia;	$\geq 20\%$	32,7%
2) Proporzione di ictus ischemici o emorragici giunti in ospedale tramite il SUEM 118;	$\geq 65\%$	69,9%
3) Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico come da PNE;	$< 7,25\%$	6,2%
4) STEMI : proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti da accesso in struttura di ricovero, come da PNE;	$\geq 70\%$	72,2%
5) Mortalità a 30 giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (IMA), come da PNE	$< 8\%$	6,5%

E.S.1 Rispetto della programmazione regionale sui costi dei beni sanitari

- acquisti diretti farmaci:

Con il Decreto n. 9 del Direttore della Direzione Farmaceutica, Protesica e dei Dispositivi Medici del 18/03/2025, e con la successiva modifica n. 11083 del 15/09/2025, sono stati definiti i limiti di costo per l'anno 2025 relativi all'acquisto di beni sanitari nelle aree dei farmaci, dei dispositivi medici e dei dispositivi diagnostici in vitro (IVD), come di seguito riportato.

E.01 - Sub Obiettivo: Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti				
Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
<i>Prodotti farmaceutici ed emoderivati al netto di farmaci innovativi</i>	146.710.901	142.359.992	- 4.350.909	-3,0%
<i>Farmaci innovativi</i>	10.409.977	7.431.006	- 2.978.971	-28,6%
B.1.A.1) Prodotti farmaceutici ed emoderivati	157.120.878	149.790.998	- 7.329.880	-4,7%

Il limite di costo relativo ai Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati è stato rispettato con un risparmio di Euro 7.329.880.

Per quanto riguarda invece il limite di costo dei Dispositivi Medici lo scostamento è stato di Euro 11.476.046 (+13,2%).

E.01 – Sub Obiettivo: Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici (NO IVD)				
Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
B.1.A.3.1) Dispositivi medici B.1.A.3.2) Dispositivi medici impiantabili attivi	86.659.391	98.135.437	11.476.046	13,2%

Complessivamente, nel 2025, AOUP ha incrementato il valore della produzione per l'attività di ricovero rispetto al 2024 di Euro +9.399.856 (+3%).

L'aumento dell'attività si è concentrato in alcune aree specialistiche chirurgiche ad alto assorbimento di risorse (chirurgia robotica, chirurgia vascolare, cardiologia interventistica e Cardiochirurgia per impianti di assistenza ventricolare, per euro 6.256.152. L'incidenza di spesa per dispositivi medici sul valore della produzione per queste aree è, in media, del 60%, con % diversificate. Qualora si considerino queste % come giustificabili relativamente agli incrementi del valore di produzione, per questi ambiti chirurgici l'importo di costo che trova spiegazione è di circa 3,7 milioni di Euro.

Per la rimanente quota di incremento di fatturato (+3.143.704 Euro) per attività di ricovero, si ritiene di dover sterilizzare dallo scostamento del tetto un importo pari al 25%, corrispondente all'incidenza del costo di tali DM sul valore della produzione, per complessivi Euro 770.654.

Si evidenzia, in analogia all'anno 2024, la spesa sostenuta dall'AOUP per DM utilizzati in ambito trapiantologico. Si tratta di articoli impiegati per la perfusione degli organi, la cui applicazione è necessaria nel caso di trapianti da donatore D.C.D. (a cuore fermo) ed altresì utile in altri casi in quanto permette di candidare all'impiego anche organi cd. marginali. La spesa sostenuta nel 2025 per i kit di perfusione è stata di Euro 2.852.210, costo che si ritiene giustificato dato che le tariffe DRG applicate in Regione Veneto sono antecedenti l'introduzione di queste nuove tecnologie.

Nel corso del 2025, in AOUP sono state attivate ulteriori azioni per il governo della spesa dei dispositivi medici. In particolare, per alcune aree che presentavano un incremento rispetto all'anno precedente, è stato attivato uno stretto monitoraggio con una validazione puntuale da parte dell'UOC Farmacia prima di procedere all'emissione di nuovi ordini. Tale attività ha determinato, al 31.12.2025, un risparmio di circa 600.000 Euro. Le aree individuate sono state: medicazioni, suturatrici e dispositivi per elettrochirurgia, tutti articoli impiegati nell'ambito delle Sale Operatorie.

Da ultimo, si evidenzia che, con Decreto Regionale n.12370 del 02/04/2026, sono stati definiti i limiti di costo per i beni sanitari per l'anno 2026: la Regione ha stabilito per AOUP un tetto di spesa pari a € 95.879.273, valore sostanzialmente in linea con il trend dei consumi dell'Azienda Ospedale Università di Padova.

E.01 SubObiettivo: Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici IVD				
Conto di CE	Valore Soglia	Valore Effettivo	Scostamento Assoluto	Scostamento Percentuale
B.1.A.3.3) Dispositivi medici diagnostici in vitro (IVD)	29.389.279	29.642.596	253.317	0,9%

Lo scostamento rispetto al limite di costo dei Dispositivi Diagnostici in Vitro (IVD) è stato di Euro 253.317 (+0,9%).

Si segnala l'acquisto di IVD per progetti di ricerca finanziati ad hoc per Euro € 422.411 in incremento rispetto al 2024 (+398 mila Euro).

E.3.S.1 Rispetto della programmazione regionale sul contenimento dei costi

Vedasi paragrafo 4.1.1

E.4.S.1-2 Perseguimento dell'efficienza finanziaria

Vedasi paragrafo 4.1.2

S.D.01.1-2 % prestazioni con classe di priorità "B" e "D" erogate entro i tempi richiesti .

Q.O.08.7 Adozione e rispetto degli accordi contrattuali con le aziende territoriali.

Nell'ottica di rispondere ai bisogni di salute della popolazione residente presso il territorio dell'Azienda ULSS 6 Euganea, permane la necessità di attuare una sinergia interaziendale volta ad implementare ed ottimizzare il sistema di erogazione delle prestazioni, cercando di impattare positivamente sul raggiungimento dei livelli di performance oggetto degli obiettivi sui tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

In questo senso, nel corso del 2025, AOUP ha operato in modo significativo per il supporto al territorio, attuando un modello organizzativo integrato con l'Azienda ULSS 6 Euganea, finalizzato alla riduzione delle liste di attesa e al miglioramento dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In tale contesto, è stato sottoscritto uno specifico Accordo interaziendale, in coerenza con gli indirizzi regionali, che prevedeva l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto all'attività ordinaria. A fronte di un volume programmato pari a 19.000 prestazioni, AOUP ha garantito l'erogazione complessiva di n. 29.316 prestazioni traccianti e non traccianti a favore degli assistiti dell'ULSS 6 Euganea, in misura ampiamente superiore a quanto previsto.

Quadrimestre Erogazione	1° Quadrimestre	1° Quadrimestre	1° Quadrimestre	1° Quadrimestre	2° Quadrimestre	2° Quadrimestre	2° Quadrimestre	2° Quadrimestre	3° Quadrimestre	3° Quadrimestre	3° Quadrimestre	3° Quadrimestre
Mese Erogazione	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
Regime Erogazione	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni	Tot. Prestazioni
09. Recupero liste di attesa PI	19.750	1.039	1.017	1.690	1.903	2.150	1.970	1.811	759	2.282	2.166	2.046
74. Recupero liste di attesa PI	409	18	10	17	23	9	10			21	49	225
84. Recupero liste di attesa PI	9.133	547	642	841	909	1.039	949	715	201	869	1.040	1.015
94. Recupero liste di attesa PI	24		12					12				
	29.316	1.604	1.681	2.548	2.835	3.198	2.929	2.538	960	3.172	3.255	3.286
												1.310

Tabella 2 - Rendicontazione POA 2025 - accordo AOUP e ULSS 6 Euganea

Tale incremento dell'offerta, realizzato anche mediante attività erogata oltre l'orario istituzionale e con tracciatura dedicata, ha contribuito in maniera sostanziale alla riduzione delle liste di attesa e delle liste di pre-appointamento sul territorio.

Parallelamente, sono state implementate azioni strutturate volte al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, attraverso l'adozione sistematica del modello RAO per l'attribuzione delle priorità, l'utilizzo di strumenti informatici di supporto alla prescrizione, il monitoraggio continuo dei dati tramite cruscotti regionali, nonché l'attivazione di gruppi di lavoro interaziendali con specialisti, MMG e medici SAI.

Ulteriore elemento qualificante è rappresentato dal rafforzamento del coordinamento organizzativo tra le due Aziende, con un costante raccordo tra i servizi CUP e il Call Center interaziendale, nonché incontri periodici finalizzati alla gestione dinamica delle agende e all'ottimizzazione dell'offerta.

Negli ultimi anni inoltre, grazie anche al PNRR, si è particolarmente diffuso l'utilizzo della Telemedicina come strumento che permette una maggiore vicinanza ai pazienti. Data la peculiarità assistenziale propria di AOUP, è stato possibile eseguire, oltre a visite ambulatoriali, televisite di controllo di branca 3 - Laboratorio, e prestazioni in telemedicina in branca 56 - Riabilitazione.

La serie storica dell'ultimo quinquennio evidenzia un trend in progressivo incremento, soprattutto a partire dall'anno 2024.

	2021	2022	2023	2024	2025
Prestazioni in Telemedicina	12.174	8.306	10.560	12.819	15.267
Visite	11.427	7.488	9.545	11.922	14.549
Laboratorio	645	650	744	736	446
Medicina Fisica Riabilitativa	102	168	271	161	272
Visite in Telemedicina	11.427	7.488	9.545	11.922	14.549
Prima visita	1.063	348	272	439	317
Trattamenti e visite di controllo	10.364	7.140	9.273	11.483	14.232

S.O.01.4 Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico

Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, attualmente vigente, propone un percorso finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri. In tale contesto l'AOU si è impegnata nel monitoraggio continuo dell'obiettivo del rispetto dei tempi di attesa definiti dalle classi di priorità, secondo criteri di appropriatezza e priorità clinica, principalmente per gli interventi chirurgici più complessi. La Regione Veneto peraltro ha assegnato alle Aziende Sanitarie l'obiettivo del rispetto dei tempi di attesa per gli interventi individuati dal PNGLA 2019-2021 e monitorati dal Ministero; si tratta dei seguenti interventi programmati di classe A (30 giorni) e B (60 giorni):

1 - Interventi chirurgici Tumore maligno MAMMELLA
2 - Interventi chirurgici Tumore maligno PROSTATA
3 - Interventi chirurgici per Tumore maligno COLON
4 - Interventi chirurgici per Tumore maligno RETTO
5 - Interventi chirurgici Tumore maligno UTERO
6 - Interventi chirurgici per MELANOMA
7 - Interventi chirurgici per Tumore maligno della TIROIDE
8 - BYPASS AORTOCORONARICO
9 - Angioplastica Coronarica (PTCA)
10 - ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA
11 - Intervento PROTESI d'ANCA
12 - Interventi chirurgici Tumore del POLMONE
13 - Colecistectomia laparoscopica
14 - Coronarografia
15 - Biopsia cutanea del fegato
16 - Emorroidectomia
17 - Riparazione ernia inguinale

Il notevole incremento di attività soprattutto nell'area chirurgica, ha consentito di migliorare in modo significativo il rispetto dei tempi di attesa. L'Azienda ha investito principalmente sull'attività di miglioramento delle classi di priorità a maggior gravità e probabilità di evoluzione nel breve termine quali le classi di priorità A e B, raggiungendo un livello di performance del 92% per la classe A e 90% per la classe B, superiori alla soglia del 90%.

Per favorire la trasparenza verso gli utenti, i tempi di attesa sono resi pubblici e consultabili nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale.

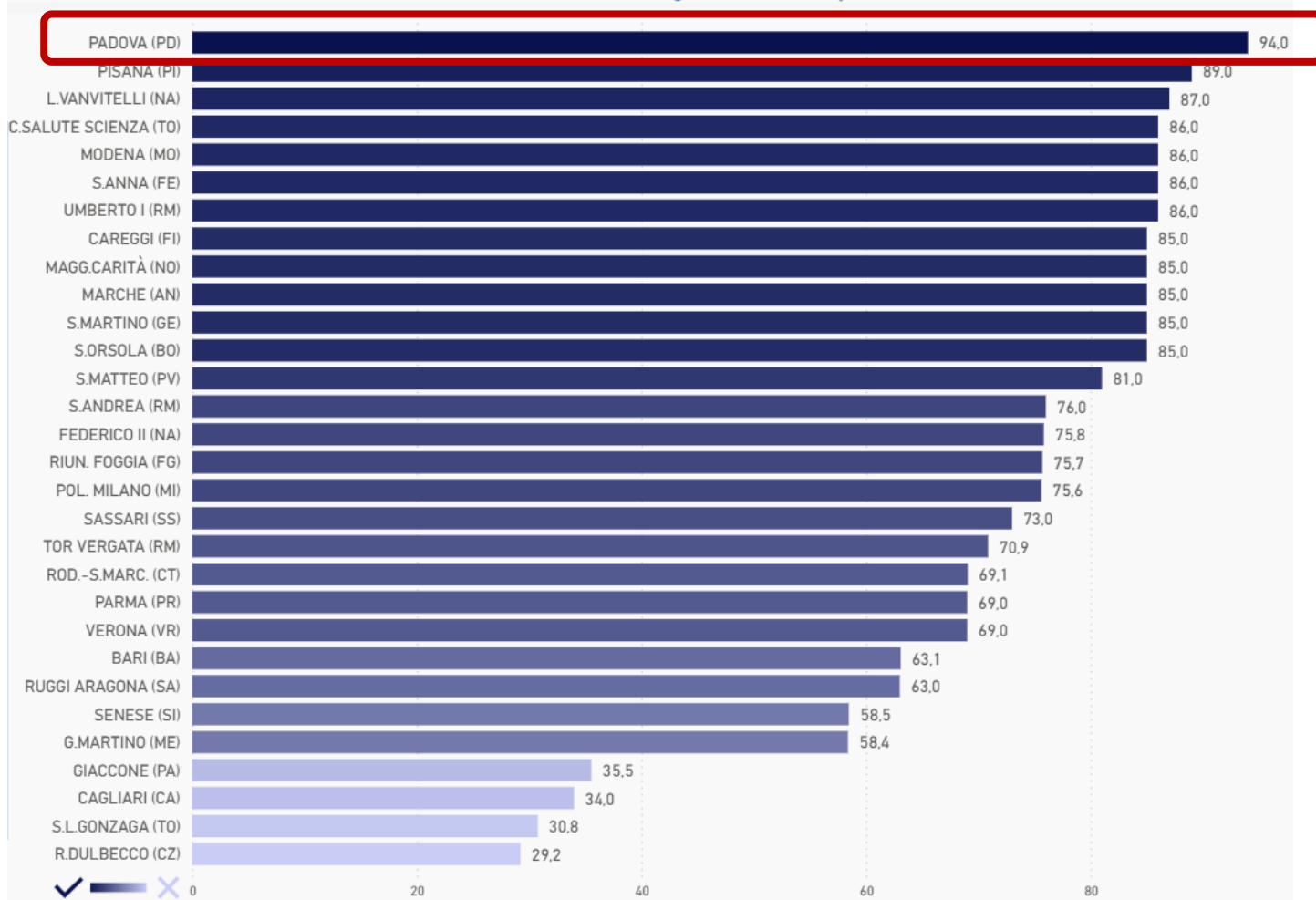
Il miglioramento delle performance aziendali sui tempi di attesa è confermato dai dati 2024 pubblicati nel portale statistico di Agenas. Il report offre una valutazione multidimensionale della gestione di 110 aziende territoriali e 51 ospedaliere. Nello specifico, le aziende ospedaliere sono state valutate attraverso 25 indicatori classificati in 4 aree: accessibilità, gestione dei processi organizzativi, sostenibilità economico-patrimoniale e investimenti. Al fine di garantire il confronto omogeneo dei dati, le strutture sono state raggruppate in quattro cluster in base alla presenza o meno dell'Università e al numero di posti letto, inferiore o superiore a 700.

Analizzando gli indicatori per l'area dell'accessibilità l'AOU si colloca al primo posto per i seguenti indicatori:

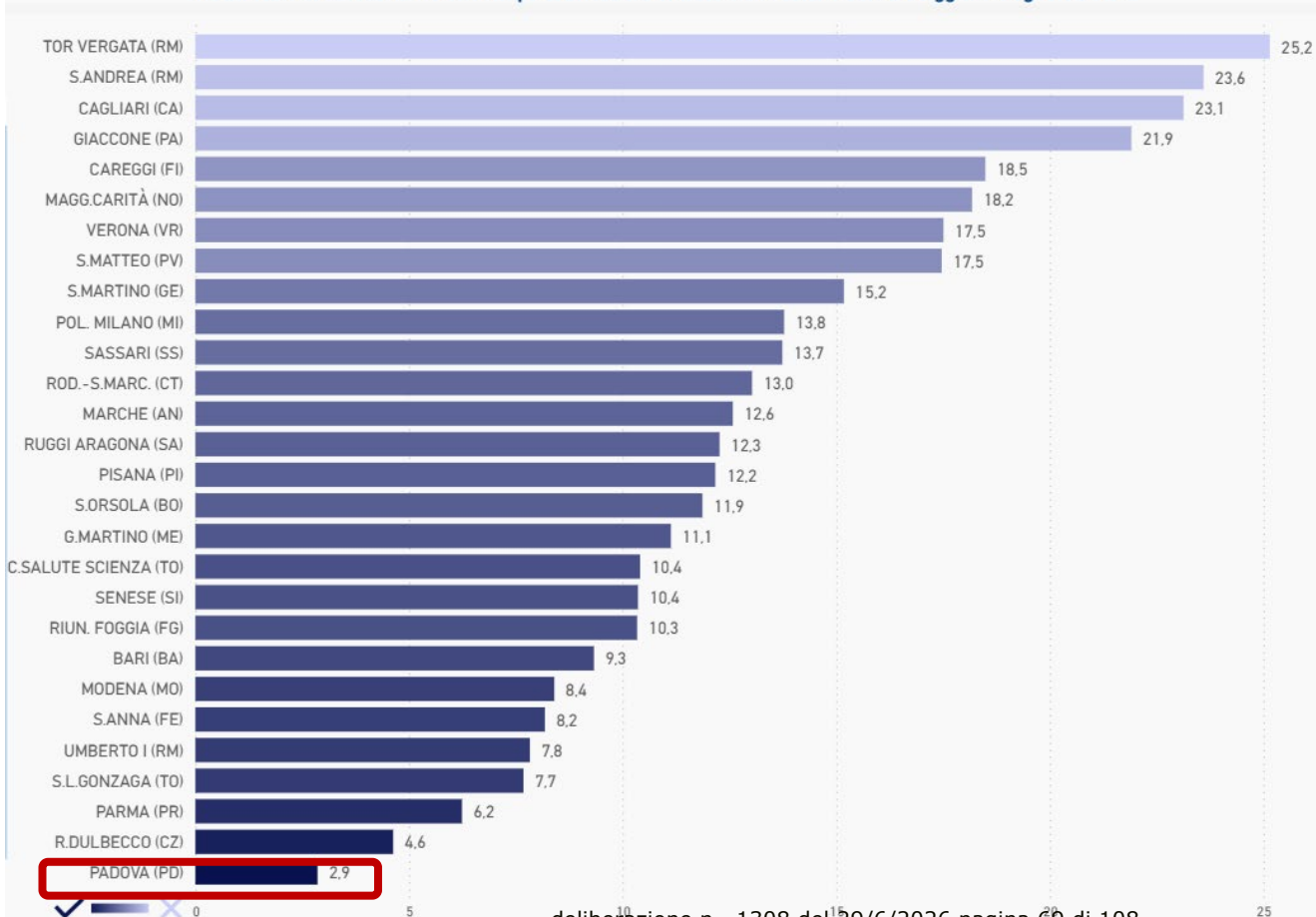
- Percentuale di interventi di protesi anca entro 180 giorni dalla data di prenotazione intervento;
- Percentuale di interventi tumore colon entro 30 giorni dalla data di prenotazione intervento;
- Percentuale di interventi tumore polmone entro 30 giorni dalla data di prenotazione intervento;
- Percentuale di accessi in PS con tempo di attesa tra entrata e dimissione dal PS maggiore o uguale a 8 ore;
- Percentuale abbandoni da PS.

Di seguito si riportano a titolo di esempio due rappresentazioni pubblicate nel portale statistico di Agenas:

Percentuale di interventi tumore colon entro 30 giorni dalla data di prenotazione intervento



Percentuale di accessi in PS con tempo di attesa tra entrata e dimissione dal PS maggiore o uguale a 8 ore



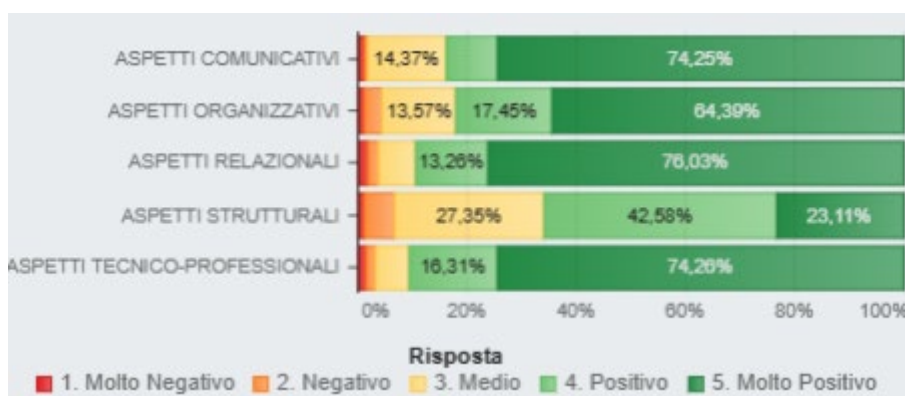
Q.11.S.1 Sviluppo dei progetti di qualità percepita

PREMS - INDAGINE QUALITA' PERCEPITA PAZIENTI RICOVERATI

L'indagine PREMs (Patient Reported Experience Measures - Indagine sull'esperienza del ricovero ospedaliero) fa parte della campagna "La tua voce per una sanità migliore", un insieme di progetti promossi dalla Regione Veneto, che hanno la finalità di valorizzare il contributo dei cittadini e di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità, facilitando la loro partecipazione e il loro coinvolgimento.

L'indagine è stata avviata in Azienda Ospedale-Università Padova il 6/3/2023, coinvolgendo i pazienti che hanno avuto un ricovero ordinario, e consiste nella compilazione di un questionario online inviato al paziente dimesso che abbia aderito all'iniziativa.

Nel 2025 il tasso di adesione è stato del 48,3% (in incremento rispetto al 2024: 46,10%), mentre il tasso di risposta è stato del 38,3%; sono stati compilati oltre 9.400 questionari con un alto tasso di giudizio buono/ottimo, come risulta dal grafico seguente (estrazione dal DWS regionale relativa al II semestre 2025):



Ne emerge la performance positiva dell'AOU, soprattutto per gli aspetti relazionali, tecnico-professionali e comunicativi. Gli aspetti meno positivi, pulizia e silenziosità, hanno ispirato le seguenti azioni di miglioramento:

- realizzazione della campagna di sensibilizzazione "Silenzio, Cura, Comfort: riduciamo il rumore insieme" rivolta ad utenti ed operatori per diminuire la rumorosità negli ambienti di degenza.
- realizzazione di una campagna di sensibilizzazione, rivolta ad utenti ed operatori, volta a migliorare il livello di pulizia negli ambienti di degenza.

Il richiamo alle suddette azioni di miglioramento è stato inserito nelle Carte di Accoglienza e nelle pagine delle UU.OO. coinvolte all'interno del sito web aziendale, e sono state promosse attraverso i ledwall e gli schermi presenti in Azienda.

Un'ulteriore azione di miglioramento è stata realizzata per incrementare il tasso di risposta degli utenti, consegnando loro un apposito promemoria assieme alla lettera di dimissione.

ALTRI OBIETTIVI AZIENDALI

IRCCS

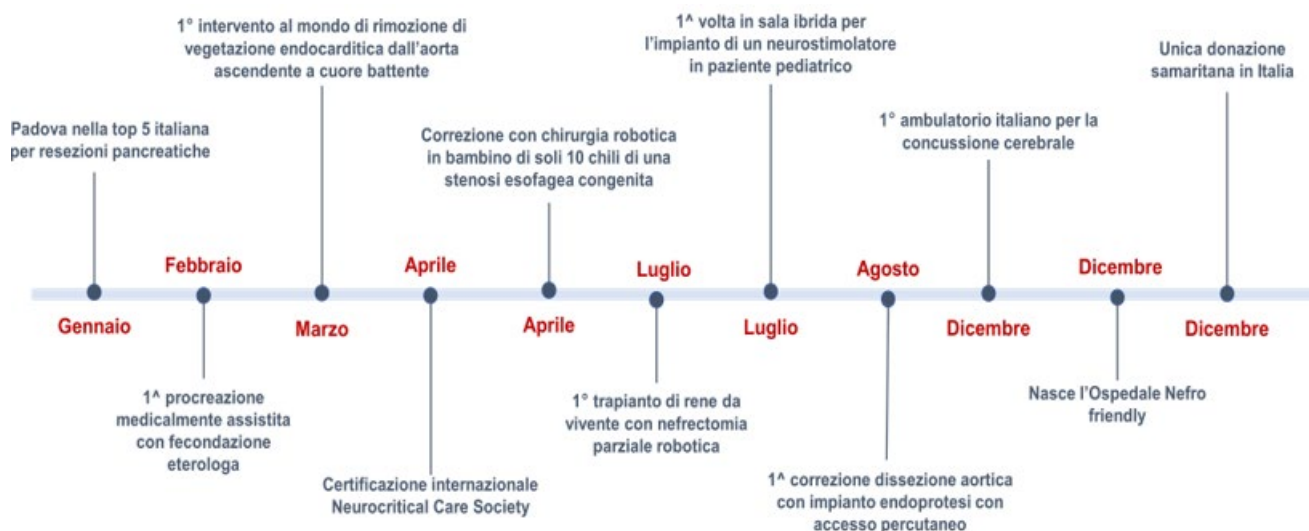
Nei primi giorni del mese di gennaio 2023, la Direzione Aziendale ha trasmesso alla Regione la versione definitiva della domanda relativa al riconoscimento della qualifica a Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico (IRCCS) secondo il D.Lgs. 16 ottobre 2003 n. 288 e s.m.i. relativamente all'area tematica "Pediatria".

Nel 2025 l'AOUUP ha provveduto a trasmettere alla Regione del Veneto la versione aggiornata della domanda di riconoscimento per la sola area tematica "Pediatria" con i dati di attività e di ricerca per il periodo 2022-2024, comprensiva degli indicatori individuati dal Decreto Legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022. La nuova documentazione è stata a sua volta trasmessa dalla Regione al Ministero della Salute come previsto dalla normativa in materia.

Innovazioni su prestazioni e organizzazione dei servizi assistenziali

In ambito assistenziale, è proseguito il percorso aziendale di transizione del paziente pediatrico/adolescente verso l'età adulta che ha visto la definizione di un documento di indirizzo, approvato con DDG n. 1479 del 17 agosto 2023. Obiettivo del processo di transizione è quello di rendere disponibile al paziente adolescente che diventa adulto il setting assistenziale in grado di garantire la stessa qualità di soddisfazione dei bisogni assistenziali multidisciplinari e multidimensionali, pur modificati nel tempo, di cui disponeva durante l'età pediatrica. Nel 2025, è stata avviata una specifica attività di monitoraggio degli indicatori individuati per verificare l'andamento del percorso realizzato nelle sei aree pilota (area pneumologica, gastroenterologica, nefrologica per il trapianto di rene, ematologica, diabetologica, chirurgia generale) e sono state attuate alcune azioni volte a migliorare l'implementazione dello stesso. Inoltre, nel secondo semestre dell'anno, il percorso è stato esteso ad un'ulteriore area assistenziale, ovvero quella neurologica. È proseguita anche l'attività di formazione sul campo che ha visto coinvolti medici, infermieri e altri professionisti sanitari che partecipano alla realizzazione del percorso di transizione.

Nel contesto delle innovazioni in ambito sanitario è importante mettere in evidenza alcuni primati raggiunti dall'AOUUP nel 2025:



Lavori edili ed impiantistici

Con riferimento al Nuovo Polo Ospedaliero di Padova Est San Lazzaro, completata la progettazione di fattibilità tecnica ed economica (PFTE) ai sensi del D.Lgs. 36/2023, l'acquisizione della documentazione progettuale redatta dal RTOE affidatario è stata oggetto di presa d'atto avvenuta con DDG n. 1390 del 01/07/2025.

Lo sviluppo progettuale del PFTE ai sensi del D.Lgs. 36/23, in relazione alle mutate condizioni di rischio idrico emerse, ha richiesto la definizione dell'Accordo Attuativo - di cui all'Accordo di Programma ex art. 15 della legge 241/1990 e s.m.i. del 22/04/2020 - tra Comune di Padova, AOUP e Regione Veneto, dapprima approvato con DGR n. 392 del 15/04/2025 e sottoscritto in data 21/05/2025, finalizzato a definire, per ciascuna delle parti interessate, le azioni tecniche-amministrative per la messa in sicurezza dal rischio idraulico del quadrante di Padova-Est.

Con DDG n. 2545 del 12/12/2025, è stata approvata la determinazione motivata di conclusione positiva della Conferenza di servizi decisoria indetta ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs. 36/2023, in forma simultanea ed in modalità sincrona (ex art. 14-ter Legge 241/1990 e s.m.i.), ai fini dell'approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica relativo all'intervento di realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero di Padova Est-San Lazzaro; il percorso autorizzativo attuato per il suddetto progetto di fattibilità tecnica ed economica ex D.Lgs. 36/2023 acquisito dall'AOUP è avvenuto in conformità alle previsioni dell'art. 6 "Impegni di Regione e Azienda Ospedale-Università Padova" dell'Accordo di Programma - ai sensi dell'art. 32 della L.R. n.35 del 29/11/2011 - sottoscritto in data 22/04/2020 da Azienda Ospedale-Università Padova, Regione Veneto, Comune di Padova, Provincia di Padova e Università degli Studi di Padova.

In relazione alla modalità di finanziamento dell'opera, con Deliberazione di Giunta Regione Veneto n. 1423 del 11/11/2025, è stata disposta l'approvazione dello schema tipo di accordo ex articolo 15 della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. tra Regione del Veneto, Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) e AOUP per la realizzazione del Nuovo Polo della Salute -Ospedale Policlinico di Padova nell'area Padova Est - San Lazzaro. L'approvazione dello schema tipo di accordo ai sensi dell'art.15 Legge

241/1990 e dello schema di contratto preliminare di locazione per l' AOUN è stata disposta con DDG n.2601 del 17/12/2025, e quindi la sottoscrizione dell' accordo è avvenuta in data 31/12/2025.

In relazione alla realizzazione del Nuovo Hospice Pediatrico, nel corso del 2025, con DDG n. 507 del 06/03/2025 sono state dapprima approvate le conclusioni della Conferenza dei Servizi decisoria indetta ai sensi dell' art. 38 del D.Lgs. 36/2023, effettuata in forma semplificata ed in modalità asincrona ex art. 14-bis, legge n° 241/1990, per l' acquisizione dei pareri sul progetto di fattibilità tecnica economica redatto ai sensi del D.Lgs. 36/2023 per la realizzazione del Nuovo Hospice Pediatrico, la cui indizione era stata precedentemente disposta con DDG n. 2476 del 18/12/2024.

Conseguentemente, il Progetto di fattibilità tecnico economica, redatto in applicazione del nuovo D.Lgs. 36/2023 e s.m.i. per la realizzazione del Nuovo Hospice Pediatrico - Centro Regionale di riferimento per le Cure Palliative Pediatriche - Lotto n. 1 - edificio di via Falloppio n. 17, è stato approvato in linea tecnica ed economica con DDG n. 870 del 23/04/2025, progetto che è stato donato dalla Fondazione "La Miglior Vita Possibile" ETS di Padova con atto notarile sottoscritto il 29/05/2024.

Successivamente, il Progetto Esecutivo, redatto in applicazione del nuovo D.Lgs. 36/2023 e donato dalla Fondazione La Miglior Vita Possibile ETS di Padova con atto notarile sottoscritto il 17/12/2025 per la realizzazione del Nuovo Hospice Pediatrico - Centro Regionale di riferimento per le Cure Palliative Pediatriche - Lotto n. 1 - edificio di via Falloppio n. 17 con un quadro economico di spesa complessiva pari ad € 10.970.000,00, è stato approvato con DDG n. n. 2602 del 18/12/2025 e conseguentemente si è disposto l' indizione della procedura di affidamento dei lavori con DDG n. n. 2618 del 24/12/2025.

Con riferimento alla progettualità 7Tesla, nel corso del 2025, sono state concluse le attività relative alle indagini ambientali integrative, alla redazione del Piano di caratterizzazione e del documento di Analisi di rischio del sito di via Orus.

La progettazione di fattibilità tecnica ed economica ai sensi del D.Lgs. 36/23 per la realizzazione di un nuovo edificio destinato ad ospitare l' apparecchiatura di Risonanza Magnetica 7 Tesla nel sito di proprietà aziendale di via Orus - Padova è stata acquisita agli atti in data 31/10/2025.

Sulla base di tale progetto di fattibilità tecnica economica redatto ai sensi del D.Lgs. 36/2023, con DDG n. 2353 del 18/11/2025 è stata disposta l' indizione della Conferenza dei Servizi decisoria ai sensi dell' art.38 del D.Lgs. 36/2023, da effettuarsi in forma semplificata ed in modalità asincrona ex art. 14-bis, legge n° 241/1990, per l' acquisizione dei pareri per la realizzazione del nuovo edificio destinato ad ospitare l' apparecchiatura di Risonanza Magnetica 7 Tesla.

Il piano degli investimenti di adeguamento funzionale, riqualificazione e ammodernamento delle strutture ospedaliere è orientato a mantenere inalterato l' alto standard di efficienza sanitaria già presente a livello aziendale.

Nel corso del 2025, sono proseguiti i lavori di realizzazione del nuovo edificio di Pediatria, ultimati nel 2026.

Per quanto riguarda i lavori finanziati nell' ambito del D.L. 34/2020 (*Misure urgenti in materia di salute,*

sostegno al lavoro e all'economia nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), è stata ultimata a giugno 2025 la terapia intensiva presso il 6° piano dell'edificio Policlinico.

Sono, inoltre, in corso i lavori di realizzazione della Nuova Anatomia Patologica che si concluderanno nel 2027, i lavori di Riqualficazione del laboratorio di galenica clinica sterile presso l'UOC Farmacia piano rialzato del Monoblocco Ospedaliero e i lavori di riqualficazione del Reparto Dialisi presso l'Ospedale S. Antonio che si concluderanno nel 2026.

Attrezzature sanitarie

Nel 2025 sono stati collaudati beni per circa 9 milioni di euro, oltre agli acquisti di grandi apparecchiature per il progetto PNRR M6.C2.I1.1.2 .

I principali progetti che si sono realizzati sono stati:

- sostituzione di un densitometro osseo,
- acquisizione di nuovi ecografi,
- realizzazione di una camera calda per la Medicina Nucleare con due isolatori,
- rinnovo della dotazione di microscopi di laboratorio per circa 300.000 Euro, sostituzione di tavoli operatori,
- nuova strumentazione avanzata per l'attivazione del servizio di teleriabilitazione del CERTT,
- potenziamento con un nuovo irradiatore per l'Immunotrasfusionale,
- rinnovo della dotazione di attrezzature in uso alla Medicina dello Sport con la realizzazione di una palestra, di cui alcune tecnologie sono state collaudate nel 2025.

Nel 2025, si sono conclusi gli investimenti di due progetti:

- Nuova sede OBI Pronto Soccorso Centrale: collocata presso il Pronto Soccorso Centrale al primo piano, è dotata di 10 posti letto, di cui 4 attrezzati con monitoraggio multiparametrico. In previsione di eventuali future emergenze sanitarie, l'area è stata progettata per essere rapidamente riconvertita in area di degenza intensiva, garantendo così flessibilità organizzativa e capacità di risposta a scenari pandemici.
- Nuova Terapia Intensiva 6° Piano Policlinico: sono disponibili 11 posti letto, di cui 8 isolati e 3 in open space, tutti dotati di strumentazione all'avanguardia per il monitoraggio emodinamico completo, l'assistenza respiratoria meccanica, i trattamenti farmacologici e dialitici.

Per la Nuova Pediatria, struttura che prevede n. 155 posti letto di degenza, cui si aggiungono 8 posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e 5 postazioni di dialisi, 6 sale operatorie, nel 2025 si sono realizzati i maggiori investimenti per permetterne l'attivazione avvenuta a febbraio 2026.

Importante inoltre il progetto M6.C2.I1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature) che, grazie al finanziamento PNRR, ha portato al rinnovo di tutto il parco tecnologico radiologico della AOUPD: nel 2025, sono state collaudate ed entrate in uso anche le attrezzature della Nuova Pediatria e una nuova Risonanza Magnetica per l'Ospedale S. Antonio.

Nel 2025, attraverso la fornitura in noleggio è iniziato il processo di ammodernamento delle endoscopie per la parte respiratoria e digestiva, sia nella dotazione di colonne endoscopiche che nella realizzazione di aree dedicate al reprocessing ottimizzando i percorsi sporco-pulito e la conservazione degli endoscopi.

Tecnologie informatiche e sistema informativo

Per quanto riguarda la **parte tecnologica informatica**, nel corso del 2025, l'AOUP ha proseguito i suoi investimenti nel settore informatico, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza, la qualità e in particolare la sicurezza dei servizi offerti; gli investimenti netti in questo ambito ammontano complessivamente a € 1.096.864,09 ed i costi di esercizio a € 10.591.855,62.

Le voci di spesa che presentano il maggiore impatto economico sono principalmente riconducibili alla fornitura di apparati di rete. Tali dispositivi risultano indispensabili sia per il rinnovamento e l'adeguamento dell'infrastruttura tecnologica aziendale esistente, sia per l'allestimento e la piena operatività degli impianti di rete previsti presso il nuovo edificio della Nuova Pediatria.

L'investimento in questi apparati si è reso pertanto necessario al fine di garantire l'aggiornamento delle dotazioni tecnologiche, assicurare adeguati livelli di affidabilità e prestazioni della rete, nonché supportare in maniera efficiente le attività sanitarie e amministrative che sono svolte all'interno della nuova struttura.

Nell'ambito della cybersicurezza, nel corso del 2025 sono state intraprese delle azioni al fine di garantire e migliorare il livello di sicurezza delle risorse informatiche aziendali, sia a livello organizzativo con la realizzazione delle attività propedeutiche all'adozione delle nuove procedure/policies riconducibili all'applicazione della normativa NIS2, sia a livello formativo con l'adesione ai progetti regionali sulla sicurezza informatica rivolti a tutto il personale.

Iniziative inerenti alle pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

1. Attuazione delle richieste formative fatte inserire nel PFA aziendale in tema di differenze di genere

In riferimento al bilancio delle attività realizzate, nello specifico a quelle formative, si è deciso di proseguire anche per il nuovo anno sull'aumentare occasioni di incontro e confronto sul tema della differenza di genere concludendo l'anno con un momento forte di attenzione al tema violenza sulle donne.

Fa eccezione un primo incontro organizzato a inizio anno, promosso per festeggiare la festa delle donne.

Figura 3. Locandina della giornata dedicata alla festa delle donne.



Il Comitato Unico di Garanzia dedica la giornata dell'8 marzo a storie di donne che hanno portato un cambiamento in AOUP

Obiettivi e contenuti

La Giornata internazionale della donna celebra i progressi in ambito economico, politico e culturale raggiunti dalle donne in tutto il mondo. Quest'anno l'8 marzo ha come tema *"Le donne in un mondo del lavoro in evoluzione"*. Tale argomento è compreso anche negli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile; nello specifico gli obiettivi numero 5 e 4. L'obiettivo numero 5 si focalizza sull'uguaglianza di genere e sull'empowerment delle donne e delle ragazze; il numero 4 invece si incentra sull'accesso globale alla formazione di qualità e all'apprendimento continuo. Con l'interesse di coniugare i due obiettivi il giorno

7 marzo 2025, dalle 11.30 alle 14.00
 presso la Sala Conferenze della Palazzina dei Servizi
 si terrà il primo incontro volto a dare voce a:

"Storie di donne che hanno favorito un cambiamento culturale nel loro specifico ruolo in sedi di lavoro prima ricoperte da uomini"

Il CUG desidera con questo breve incontro dare avvio a un appuntamento annuale dedicato al vissuto di donne la cui storia lavorativa e personale sia esempio a cui ispirarsi per le conoscenze apprese, le difficoltà incontrate, i confini superati e i successi raggiunti.

Programma primo incontro:

11.30-12.00	Accoglienza partecipanti, Saluti e benvenuto CUG
12.00-12.20	Cristina Basso Direttore UOC Patologia Cardiovascolare, Azienda Ospedale-Università Padova Responsabile Scientifico del Registro Regionale di Patologia Cardio-Cerebro-Vascolare
12.20-12.40	Anna Aprile UOC Medicina legale e Tossicologia, Azienda Ospedale-Università Padova si occupa di Medicina legale clinica, Medicina giuridica, Medicina forense, Medicina legale assicurativa sociale
12.40-13.00	Angela Favaro Direttore della Clinica Psichiatria e del Centro Regionale per i Disturbi dell'Alimentazione Azienda Ospedale-Università Padova
13.00-13.20	Giovannella Baggio Professore ordinario, Cattedra di Medicina di Genere, Azienda Ospedale-Università Padova
13.20-14.00	L'evoluzione della Donne in medicina in AOUP Domande e considerazioni conclusive

Si è trattato di un invito ai dipendenti per portare la loro attenzione sulle storie di donne che hanno portato un cambiamento in Azienda Ospedale Università Padova. Questo momento è nato per dare voce a "storie di donne" che hanno favorito un cambiamento culturale nel loro specifico ruolo in sedi di lavoro prima ricoperte da uomini.

Con il momento di incontro, il CUG ha voluto dare avvio a un appuntamento annuale dedicato al vissuto di donne la cui storia lavorativa e personale sia esempio a cui ispirarsi per le conoscenze apprese, le difficoltà incontrate, i confini superati e i successi raggiunti.

Nel piano formativo aziendale invece si è data molta importanza a diffondere cultura in tema di differenza di genere perché consapevoli che oltre a rispondere a indirizzi normativi nazionali ed europei sensibili a mettere in atto

misure organizzative utili ad abbattere le discriminazioni di genere, un grosso impegno deve essere dedicato ad aumentare la consapevolezza delle persone sull'argomento.

La differenza implica rispetto e attenzione, dice: "la varietà è una ricchezza, è la bellezza del mondo. Ragiona per molteplicità e relatività. Se ciascuna persona è unica e insostituibile, ciascuna deve avere le stesse opportunità. Essere pari non significa essere uguali ma poter godere del diritto e della libertà di essere diversi. La pari dignità non viene stabilita sulla base di un'omogeneizzazione delle persone, ma sull'identificazione della differenza come valore."

Su questa convinzione si sono realizzati gli eventi si seguito riportati.

Le iniziative realizzate sono molto diverse tra loro ma entrambe eventi seminariali per raggiungere rapidamente più persone.

Figura 4. Locandina delle iniziative in tema di genere.



La prima è stata un'occasione per approfondire il concetto di identità di genere, ruolo di genere, orientamento sessuale e sesso biologico. La seconda invece è stata a lungo programmata, studiata con i componenti per celebrare il 25 novembre "GIORNATA INTERNAZIONALE PER L'ELIMINAZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE" in modo non rituale ma per cogliere un'occasione per capire, studiare e introdurre elementi di possibile cambiamento nei nostri modi di vivere e pensare.

Si è voluto dare un messaggio preciso, di fiducia, di possibilità di cambiamento che passa anche attraverso i nostri atteggiamenti e comportamenti quotidiani.

Entrambe le iniziative realizzate hanno ottenuto un altro gradimento da parte dei partecipanti sia per i contenuti ricevuti che per la disponibilità dei docenti, competenti e brillanti nel loro modo di trasmettere i contenuti degli argomenti a loro assegnati.

2. Attuazione delle richieste formative fatte inserire nel PFA aziendale in tema di benessere organizzativo

La Presidente del CUG, è anche referente, per l'AOU, nel tavolo regionale, per l'indagine del clima organizzativo e coordinatore locale del Team aziendale. Questa funzione che si è sviluppata nel corso di tutto l'anno 2025, per favorire l'avvio della nuova indagine di clima, promossa dalla Regione con il supporto del MeS, è stata di grande utilità, per favorire la conoscenza e il monitoraggio delle attività Aziendali così

da adoperarsi a condividere le informazioni tra i diversi tavoli aziendali, compreso il CUG, e per impegnarsi a valorizzare alcune delle azioni in programma, includendole in progetti anche di formazione continua, così da per aumentare la consapevolezza dei partecipanti aziendali e la loro adesione alle varie iniziative proposte.

Preme far presente che, le attività importanti avviate nel 2025 sono ricomprese nel “Piano strategico di contrasto alla carenza di personale” strategia prevista e voluto a livello locale dal D.G.R. n.960 del 13 agosto 2024 della Regione del Veneto.

Tale documento che descrive i possibili scenari futuri della situazione del personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto, caratterizzati purtroppo da dimissioni inattese, invecchiamento dei lavoratori, con tutti i disagi conseguenti, diminuzione dell’attrattività di accesso alle professioni sanitarie, propone un piano strategico costituito da un insieme organico di azioni per prevenire e contrastare gli effetti della carenza di tale personale.

Il documento mira a formalizzare un gruppo locale che funga da “cabina di regia” al fine di individuare e avviare tutta una serie di azioni volte a migliorare le capacità delle aziende sanitarie di trattenere il personale e a favorire un ambiente organizzativo incentrato sul benessere del personale, prevenire il burnout e il disagio psicologico del personale dipendente. Per realizzare ciò le priorità di intervento sono state rivolte nell’anno 2025 a:

1. studiare le cause delle dimissioni inattese del personale;
2. valorizzare le competenze del personale del comparto;
3. implementare strategie di attraction e retention nelle aree e nei settori disagiati;
4. prevenire il burn out e il disagio psicologico del personale;
5. mitigare gli effetti dell’ invecchiamento del personale;
6. introdurre modelli organizzativi basati sullo skill mix change e lo staff mix change.

Il gruppo locale è stato nominato a ottobre 2024 ed è composto da figure esperte appartenenti alle seguenti UOC: Direzione Medica Ospedaliera, Direzione delle Professioni Sanitarie, Direzione della Gestione del Personale e del controllo di gestione; è presieduto e coordinato dal Direttore Amministrativo dell’ AOUP e a integrazione del gruppo sono, a supporto, anche altre figure, individuate per il loro coinvolgimento specifico in altre funzioni aziendali attinenti al tema e nello specifico si tratta della componente dell’ OPI, della presidente del CUG che è anche referente team indagine del clima organizzativo e del tavolo sullo stress lavoro correlato e infine referente aziendale per le attività del Direttore Amministrativo.

Dalla sua nomina ad oggi, il gruppo di lavoro ha stabilito un programma dei lavori per ciascuno punto di intervento; messo in atto le azioni concordate; monitora l’ avanzamento dei lavori periodicamente e sulla base dei dati raccolti, propone idee e suggerimenti di interventi per il miglioramento.

Alcuni esempi: rispetto a:

- punto 1. Oltre al monitoraggio mensile del dato riferito a tutti i profili del personale aziendale, è stata avviata la modalità del colloquio, guidato da un questionario-intervista, rivolto a ogni singolo dipendente che presenta domanda di dimissione (escluse le mobilità, decessi, pensionati, licenziati, dispensati,

assegnazioni tribunale, tempi determinati); questa modalità di raccolta dati e analisi delle motivazioni espresse dagli intervistati, consente di conoscere il fenomeno; esso è riconducibile ad alcuni fattori principali (avvicinamento alla famiglia, sede di lavoro più vicina, con disponibilità di parcheggio, mancato riconoscimento professionale, sovraccarico di lavoro per mancate sostituzioni in servizio, formazione insufficiente, mancanza di progressione di carriera, desiderio di turni più regolari, desiderio di tempo lavoro part-time, riduzione responsabilità e ricerca equilibrio vita-lavoro, stress elevato lavoro correlato, carico assistenziale elevato, percezione di essere a rischio burnout e percezione di responsabilità sproporzionate, scarsa comunicazione interna, instabilità organizzativa, scarso affiancamento a neoassunti/neo inseriti).

Dai dati raccolti in un anno di attività si è deciso ora di estendere l'intervista anche all'area della dirigenza; fa piacere di segnalare che a seguito del colloquio, si sono recuperate 5 risorse che hanno ritirato la richiesta di dimissione e ora si comincia ad assistere ad alcuni rientri in servizio dopo la dimissione.

Punto 2. Si è deciso di identificare nuove competenze professionali in ambito clinico, da valorizzare anche economicamente, scegliendo professionisti da incaricare in possesso di specifici requisiti specifici. Tale valorizzazione professionale è stata ampiamente discussa, presentata, dettagliata e valorizzata in un incontro seminariale in aula Morgagni il 31/03/2025 nell'ambito di un evento accreditato ECM 37-283444 dal titolo "SISTEMA AZIENDALE DEGLI INCARICHI PROFESSIONALI: COLLABORAZIONE TRA AOP E UNIVERSITÀ"

L'incontro strutturato con la partecipazione congiunta di rappresentanti AOUP e Università degli studi di Padova, aveva lo scopo a quasi 20 anni dalla legge 43/2006 di riordino delle professioni sanitarie, di affermare che è arrivata a compimento la cornice normativa e contrattuale per permettere la valorizzazione delle competenze avanzate; i relatori AOUP hanno presentato quali siano le nuove competenze professionali utili per dare risposta ai bisogni di salute dei cittadini, Università si è impegnata a definire i percorsi formativi idonei per acquisirle.

Nell'ambito della valorizzazione del personale si ricorda il programma di scambio HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) promosso da Agenas. Il progetto propone un periodo di formazione di 4 settimane, destinato a professionisti sanitari che devono prestare servizio presso ospedali e strutture sanitarie estere, avere un minimo di tre anni di esperienza nel loro ruolo e conoscere la lingua richiesta dal Paese ospitante. Il programma HOPE è un'opportunità che l'AOUP offre ormai da 3 anni ai propri dipendenti come un'esperienza multi-professionale e multi-disciplinare, non esclusiva dell'ambito medico o tecnico. L'AOUP oltre a questa opportunità per i suoi dipendenti, diventa sede ospitante di un professionista europeo che puntualmente viene accolto e seguito nelle 4 settimane di permanenza.

- Punto 3. Rispetto a questo punto, la cabina di regia è riuscita a coinvolgere i componenti dei vari tavoli aziendali per armonizzare le iniziative in corso e quelle nuove da avviare in un'ottica di sistema. Le proposte avviate e già realizzate quelle riassunte nella figura seguente:

Figura 7. Azioni volte ad aumentare attraction e retention nelle aree e nei settori disagiati 2025

MOBILITÀ SOSTENIBILE ATTRAVERSO IL PROGETTO DI CARPOOLING pagamento effettuato ogni tre mesi	GINNASTICA POSTURALE Corso di promozione al benessere fisico 38 edizioni realizzate per un totale di 293 persone coinvolte
POSTI DI POSTEGGIO DESTINATO AI DIPENDENTI IN REPERIBILITA' disponibilità del parcheggio riservato dalla primavera 2025	TAI CHI Corso di promozione al benessere fisico 6 edizioni tra settembre e dicembre 2025 che si vanno ad aggiungere alle prime 8 edizioni del primo semestre 2025
AMBULATORIO NUTRIZIONALE Apertura prenotazioni: 2 Dicembre 2025	PILLOLE DI SALUTE Video tutorial per promuovere stili di vita sani in linea con il gruppo di lavoro aziendale "Luoghi di lavoro che promuovono salute" in accordo al programma PP3 della rete WHP (Work Health Promotion) della Regione Veneto nell'ambito del PRP 2020-2025 a cui l'Azienda partecipa.
WELFARE INTEGRATIVO E LR n.26/2025 voucher di € 350 <u>procapite</u> e accordi aziendali con integrazione indennità (PD, festivo, notturno) e premialità complessità aziendali	MINI LESSONS: ESERCIZI PER IL RILASSAMENTO E LA MOBILITA' Video tutorial realizzate dalla UOC <u>Med</u> dello sport in sinergia con le attività del gruppo di lavoro aziendale "Luoghi di lavoro che promuovono salute" in conformità al programma PP3 della rete WHP (Work Health Promotion) della Regione Veneto nell'ambito del PRP 2020-2025 a cui l'Azienda aderisce.

A queste attività si è affiancata anche tutta una serie di iniziative formative molto specifiche, comunicate e condivise con i componenti del CUG, finalizzate a volte ad investire sulla forza lavoro esistente, in particolare la classe dirigente e i loro più stretti collaboratori; le iniziative infatti hanno avuto modo di approfondire e di soffermarsi su tecniche di promozione di stili di leadership supportivi, al fine di costruire un ambiente organizzativo incentrato sul benessere del personale e su minori livelli di assenteismo e turn over, e ottenere così nel medio e lungo periodo ricadute positive nella cura del paziente.

Altro elemento da ricordare, e che ha coinvolto gli operatori dell'AQUP è l'indagine del clima percepito dai lavoratori, promosso dalla Regione nelle Aziende del Veneto a cui anche l'Azienda ha aderito nel 2025.

L'indagine di clima organizzativo è stata un'indagine a censimento rivolta a tutti i dipendenti a tempo determinato a personale universitario e sumaisti delle Aziende sanitarie e ospedaliere del Sistema Socio Sanitario Regionale del Veneto. Da un punto di vista metodologico, la rilevazione è avvenuta on-line per mezzo di un software specifico gestito mediante i server della Scuola Superiore Sant'Anna.

L'Indagine di Clima organizzativo, si è svolta in tutte le Aziende ed Enti del Servizio socio-sanitario regionale nei mesi di dicembre 2025 e gennaio 2026.

L'Indagine faceva parte della campagna "La tua voce per una sanità migliore", un insieme di progetti, promossi dalla Regione del Veneto, che hanno la finalità di valorizzare il contributo, facilitandone la partecipazione, di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità.

La partecipazione all'indagine è stata volontaria ed ha visto l'adesione del 53,2% degli operatori coinvolti.

Si fa presente infine che tra le azioni previste, organizzate, pensate per migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari, si è inclusa anche tutta quella progettualità prevista dal programma specifico riguardante la promozione della salute nei luoghi di lavoro (Work Health Promotion - WHP).

Si tratta di una strategia di intervento ben definita che prevede la partecipazione e condivisione tra addetti ai lavori, per attuare interventi di miglioramento dell'organizzazione del lavoro, inteso sia come ambiente fisico che sociale, sollecitando l'adozione di attività salutari per migliorare il proprio stile di vita.

Per questo motivo, l'Azienda Ospedaliera di Padova (AOUP) con nota prot. 71834 del 7.5.2024 ha presentato all'ULSS 6 Euganea richiesta di adesione al progetto "PP3 - Luoghi di lavoro che promuovono salute", adesione accolta favorevolmente con nota prot. 75833 del 14 maggio 2024 dell'UOC Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dell'ULSS 6. Con l'adesione a tale progetto si è iniziato a preferire alla logica del singolo intervento, una strategia di interventi più ampia, svolti in un contesto favorevole al messaggio di salute, in accordo al programma WHP (Work Health Promotion) della Regione Veneto nell'ambito del PRP 2020-2025, in attuazione del PNP 2020-2025 riconoscendo all'Azienda Ospedale un setting privilegiato nel quale mettere in pratica programmi di promozione della salute.

Per la messa a "sistema" del processo partecipato interno l'Azienda Ospedale Università di Padova ha deciso di intraprendere il programma PP3-Luoghi di Lavoro che promuovono salute" a partire dal coinvolgimento dei rappresentanti aziendali e dalla nomina di un gruppo di lavoro dedicato che si è fatto carico di stabilire in primis il livello di salute dell'AOUP per poi fissare il cronogramma delle attività future da avviare che sono rientrate anche nelle attività previste dal DGR 960/24.

Tra tutte le azioni già citate piace ricordare anche "NOTE DI SALUTE" iniziative diventata formativa promossa dal gruppo di lavoro per creare momenti di rilassamento. L'obiettivo che ci si prefigge questo momento formativo infatti, la cui partecipazione viene lasciata su base volontaria, è quello di trasformare i momenti d'incontro in momenti generativi di salute con l'uso della musica per contrastare lo stato di frustrazione lavorativa dovuta alla complessità del periodo. Come testimoniano diversi studi, i laboratori con la musica permettono un abbassamento degli stati ansiogeni e una maggiore partecipazione attiva nello svolgere attività a sostegno della salute.

- Punto 4. Con delibera del Direttore Generale n° 1287 del 20/06/2025 è stato adottato un regolamento che disciplina modalità, tempi e modi per ricorrere al bisogno al servizio di supporto psicologico per i dipendenti ospedalieri.

La UOC Psicologia Ospedaliera: oltre al compito di svolgere l'assistenza rivolta all'utenza in carico alle strutture sanitarie ospedaliere, ha anche la funzione di accogliere le richieste di consulenza psicologica da parte dei dipendenti di qualunque professione e Unità Operativa, relativamente alla presenza di disagio psicologico connesso all'attività lavorativa sia a livello individuale, sia a livello di equipe/gruppo, sulla base delle necessità. La richiesta di consulenza può essere fatta su richiesta del Medico Competenze o attraverso accesso diretto del professionista dipendente tramite email dedicata psicologia.personale@aopd.veneto.it con indicazione dell'UO di appartenenza, tipologia della richiesta e un contatto telefonico diretto. Le consulenze psicologiche vengono realizzate da personale dell'equipe della UOC che prende in carico la richiesta con garanzie di massima riservatezza.

Rimangono stabili ormai dal tempo COVID a supporto dei professionisti anche:

- UOC Clinica Psichiatrica: per situazioni di stress acuto, insonnia persistente, stati d'ansia o altri sintomi emergenti legati al lavoro si è reso disponibile richiedere un appuntamento presso la Clinica Psichiatrica. Psichiatri e psicologi strutturati, della Clinica Psichiatrica, danno la disponibilità di alcune ore

settimanali a questo tipo di attività. Per appuntamento o informazioni è sufficiente scrivere un messaggio email all'indirizzo dedicato.

- **UOS Formazione:** oltre alla formazione mirata per acquisire competenze che aumentino la padronanza di specifiche tecniche che, di riflesso, riducono l'incertezza e l'insicurezza lavorativa (es. corretto impiego DPI, utilizzo di sistemi di supporto respiratorio, ecc.), la Struttura ha predisposto in collaborazione con la UOC Psicologia Ospedaliera un corso dal titolo “RISVOLTI PSICOLOGICI DEI PROCESSI ASSISTENZIALI E TECNICHE DI DEFUSING PER IL PERSONALE DEI REPARTI IN SITUAZIONI CRITICHE” per chi ne fa richiesta. Per defusing si intende una strategia di gestione dello stress che ha l'obiettivo di rielaborare brevemente e collettivamente il significato dell'evento professionale e a ridurre l'impatto emotivo di un avvenimento potenzialmente stressante e talvolta traumatico al personale di una stessa UOC. Il corso di breve durata offre l'opportunità ai partecipanti di 'decomprimere' la tensione emotiva.

Gli esperti, selezionati e responsabili della gestione di questi incontri sono tutti psicologi, sia interni dell' AOUPD che esterni in numero tale da potersi sostituire per rispondere alle richieste.

- **UOC Medicina Legale:** Le difficoltà di reperire sufficienti spazi, di tempo e di luogo, da dedicare all'ascolto e alla comunicazione con le persone assistite, possono portare a insoddisfazione degli utenti e correlati atteggiamenti rivendicativi nei confronti del personale sanitario, particolarmente quando vi siano pazienti che rifiutano i presidi terapeutici disponibili. Decidere di rispettare il rifiuto, e gli effetti patologici e letali che ne possono derivare, o, al contrario, scegliere di contrastare l'autonomia decisionale del paziente somministrando terapie senza / contro il consenso per tutelarne vita e salute, richiede l'assunzione di responsabilità rilevanti che gravano sui professionisti già molto impegnati nella definizione delle opzioni terapeutiche. L' UOC Medicina Legale si è resa disponibile a offrire sostegno nella difficoltà di assumere decisioni rispettose della persona in conformità alle norme etiche, giuridiche e deontologiche di riferimento contattando il proprio medico reperibile.

- **UOC Medicina Del Lavoro:** Servizio Di Medicina Preventiva Dei Lavoratori Ospedalieri E Servizio Di Medicina Preventiva Dei Lavoratori Universitari

Il medico competente svolge un'attività di valutazione dei soggetti vulnerabili, anche ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica. Nell'ambito dell'attività di sorveglianza sanitaria intercetta particolari situazioni di bisogno espresse dai lavoratori (anche sulla base di eventuali visite su richiesta previste dalla normativa) che prende in carico in collaborazione con i Servizi di Psicologia Ospedaliera e Psichiatria per attività di valutazione e sostegno multidisciplinare.

- **Comitato Etico Per La Pratica Clinica:** Sostiene i professionisti con indicazioni generali, spesso frutto della sintesi ragionata di documenti prodotti da autorità scientifiche e fornisce, su richiesta, il proprio parere in specifiche situazioni clinico-assistenziali che sollevano questioni morali.

- **CUG (Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni):** Il Comitato ha la finalità di sostenere i processi di empowerment del Personale nell'ottica di favorire la valorizzazione globale della persona negli ambienti di lavoro per una sua migliore qualità della vita. Con un procedimento avviato dal CUG è stata incaricata anche la nuova Consiglieria di Fiducia dell'Azienda Ospedaliera di Padova in grado di fornire consulenza ed assistenza in caso, ad esempio, di discriminazioni percepite e tutto ciò che può ledere la dignità della persona nonché a

collaborare con tutte le figure e servizi che si occupano del benessere dei lavoratori, al fine di indirizzare la persona che ne fa richiesta, alla struttura/servizio competente per la sua risoluzione.

Lo scorso anno, per far conoscere tutti questi servizi a disposizione del lavoratore, si sono organizzati in via sperimentale un paio di incontri in aula allo scopo di sviluppare le conoscenze relative al modo in cui le persone possono stare nell'organizzazione in cui lavorano, favorendo le relazioni fra operatori.

Nell'anno appena concluso si è lavorato molto sul benessere dei lavoratori in tema di sicurezza, prevenzione e lotta contro la violenza su operatore sanitario; la strategia si è particolarmente fortificata e differenziata a più livelli, contribuendo a fortificare il senso di fiducia dei lavoratori nei confronti della propria amministrazione.

Si è mantenuta l'attività di formazione continua degli operatori, particolarmente dedicata a offrire in aula uno spazio di accoglienza e ascolto delle strategie suggerite dai partecipanti per la soluzione dei problemi.

È stato costituito un tavolo di lavoro regionale per monitorare le best practice delle aziende del Veneto adottate per contrastare il fenomeno; tale indagine ha permesso di far tesoro delle iniziative in essere e assumerle a regime per implementare quelle ritenute più efficaci.

Sono stati acquisiti dei dispositivi di sicurezza personale dei lavoratori, diffusi nei centri più a rischio (pronti soccorsi, servizi di psichiatria) per sperimentarne la validità di tenuta e di utilità per le persone che vi lavorano.

Sono stati siglati accordi con la Questura di Padova, per favorire un pronto intervento al bisogno aumentando quel senso di protezione e di sicurezza che richiedono gli operatori.

Si continua l'opera di sensibilizzazione su questo tema specifico attraverso incontri in aula con gli studenti degli istituti scolastici di secondo grado prima di iniziare il periodo di stage presso la nostra azienda.

- Punto 5. L'Azienda Ospedale-Università di Padova da sempre si è spesa e resa parte attiva per promuovere attività volte a favorire la conciliazione vita/lavoro per i propri dipendenti. Sicuramente l'esperienza vissuta in tempo COVID ha modificato e introdotto nuovi ordini di priorità degli interventi attuati. Si è riusciti infatti a rivedere l'accordo del part-time per assicurarne la sua applicazione in linea con i tempi di presentazione della scadenza delle graduatorie, secondo gli accordi stabiliti con le OO.SS., finalizzati alla selezione degli aventi diritto. Sul piano personale ha inoltre contribuito a facilitare la conciliazione vita-lavoro e la gestione della famiglia il lavoro agile avviato e disciplinato con apposito regolamento. Questa modalità lavorativa ha permesso di supportare nell'attività lavorativa persone fragili dal punto di vista della salute, e che con l'invecchiamento peggiorano il loro quadro di cronicità, migliorare la conduzione familiare dei richiedenti e anche il benessere dei lavoratori che ne hanno usufruito. Allo scadere del periodo di durata dei contratti individuali autorizzati ci saranno tavoli di riflessione per valutarne la gestione futura.

Altro aspetto legato sul quale incide l'invecchiamento della forza lavoro e l'aumento dell'età media degli operatori, è rappresentato dalla sfida significativa della transizione digitale. Sebbene la digitalizzazione offra strumenti per migliorare l'efficienza, l'invecchiamento degli operatori evidenzia spesso un gap di competenze digitali (digital divide) che necessita di interventi mirati.

Per questo motivo si sono messi in campo una serie di iniziative di formazione specificatamente mirate a fornire strumenti utili a famigliarizzare con questi strumenti

Le iniziative di seguito elencate fanno riferimento all'attività avviata a livello Aziendale dalla UOS formazione in risposta al fabbisogno formativo rilevato:

TITOLO EVENTO FORMATIVO	codice evento	FSC RES FAD	TOTALE EDIZIONI	CREDITI	TOTALE PARTECIPANTI	M	F	ECM	NON ECM
LA POSTA ELETTRONICA IN AOUT SICUREZZA E ISTRUZIONI ALL'USO	37-280682	FAD	1	3	4498			3586	912
GESTIONE DEL CAMBIAMENTO NEL BLOCCO OPERATORIO	37-282373	FSC	1	12	24			18	6

A queste si aggiunge un'attività molto specifica sulla cybersicurezza informatica e sul Fascicolo Sanitario. Il corso sulla Cybersicurezza in collaborazione con il CERT Regionale (Computer Emergency Response Team) è iniziato il 18/11/2025 rivolto a tutti i dipendenti ospedalieri.

- Punto 6. Ultimo punto sul quale la cabina di regia promossa dal decreto regionale sta lavorando con idee e proposte di cambiamento è quello di sperimentare e introdurre nuovi modelli di lavoro basati sullo skill mix change. A fronte delle proposte in fase di analisi e proposte di intervento alcune progettualità sono già stata avviate e stanno producendo risultati di maggior efficientismo lavorativo, con soddisfazione degli operatori che si integrano tra loro nella prassi lavorativa.

Si fa riferimento ai progetti di implementazione infermieri OSS in alcuni reparti specifici quali Rianimazione, Neurochirurgia, Fisiopatologia Respiratoria e Ortopedia.

Tutti i progetti di riorganizzazione del lavoro passano attraverso un'analisi della situazione esistente, identificazione dei problemi, proposte di intervento, condivisione del piano di intervento, implementazione del lavoro e valutazione dei risultati. I risultati sono tanto più soddisfacenti quanto più il gruppo è accompagnato nella presa di consapevolezza dei ruoli, delle attività da svolgere, delle procedure organizzative a supporto delle decisioni.

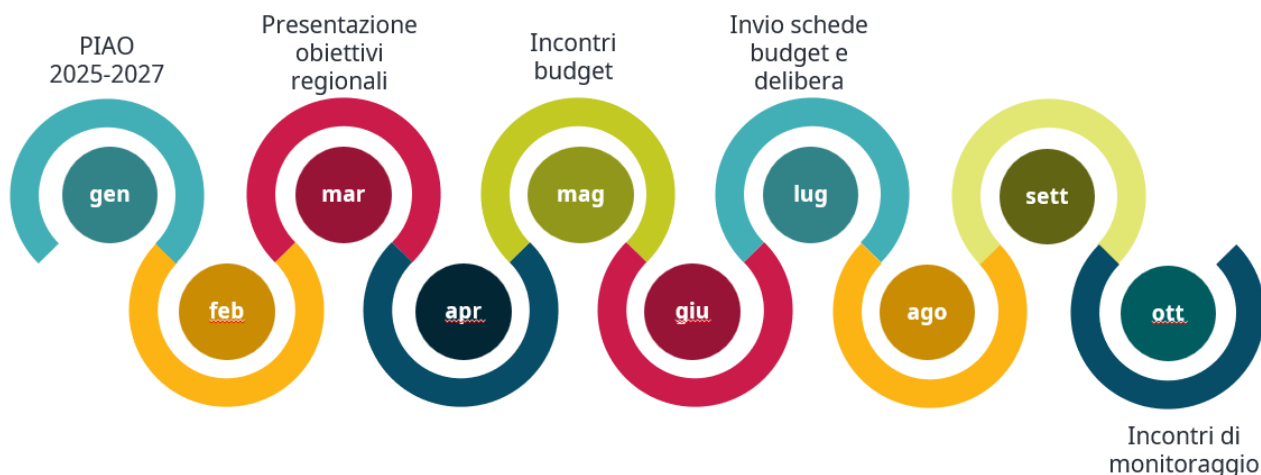
3.2 Gli obiettivi operativi

Gli obiettivi aziendali definiti nel Piano Integrato di attività e Organizzazione 2025-2027 sono stati assegnati alle Unità Operative Complesse (UOC) e alle Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) tramite il processo di budget che ha previsto degli incontri svolti in presenza con i Direttori delle UU.OO. e con i coordinatori infermieristici, suddivisi per Dipartimento.

Il percorso di assegnazione ha seguito i seguenti passaggi:

- la Regione ha definito con DGR n. 1557 del 30/12/2024 gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi delle Aziende Sanitarie venete, che sono stati recepiti nel PIAO 2025-2027 (DDG n. 198 del 31/01/2025) integrato con il Documento delle Direttive;

- nei primi giorni di marzo 2025 e successivamente a maggio sono stati effettuati gli incontri con i Direttori e i coordinatori delle UU.OO., per illustrare gli obiettivi operativi che sono stati poi declinati per Centro di Responsabilità nelle schede di budget. Queste sono state predisposte dall'UOC Controllo di Gestione, secondo le indicazioni della Direzione, con il supporto delle strutture competenti, e sono state condivise con il Comitato di budget.
- Obiettivi e risorse assegnati, così come formalizzati nelle schede di budget 2025, sono stati approvati con deliberazione del direttore generale DDG n. 1427 del 04/07/2025, firmati per approvazione dai Direttori di UU.OO., dai Direttori di Dipartimento e dalla Direzione Strategica e pubblicati in Intranet.



Nel corso dell'anno, il Controllo di Gestione ha trasmesso periodicamente alle Unità Operative i report di monitoraggio relativi agli obiettivi di budget. Oltre a questi invii periodici, sono stati forniti monitoraggi specifici su richiesta diretta delle UU.OO. Infine, nel mese di ottobre sono stati organizzati incontri con le UU.OO., suddivise per dipartimento, per monitorare e analizzare gli obiettivi di budget.

Con nota prot. 11981 del 16/02/2026 si è inviato alle UU.OO. il pre-consuntivo del monitoraggio finale delle schede di budget. Si è data l'opportunità alle UU.OO. di analizzare gli scostamenti e produrre eventuali relazioni giustificative. La valutazione finale tiene conto, in alcuni casi, di eventuali motivazioni note all'Azienda o segnalate dai Centri di Responsabilità che sono causa di un mancato raggiungimento dell'obiettivo dovuto a cause esterne. Tali obiettivi sono valutati dai diversi referenti aziendali di obiettivo, che verificano l'esattezza delle giustificazioni, e decidono se:

- stralciare l'obiettivo, senza quindi attribuire punteggio (nel caso in cui l'obiettivo è risultato non coerente con l'attività effettivamente realizzata dalla struttura; o l'obiettivo era impossibile da raggiungere per cause esterne all'unità operativa, ad esempio perché legato ad un progetto regionale/aziendale che è stato rinviato; o infine quando la misurazione non è risultata disponibile/attendibile);
- giustificare l'obiettivo, attribuendo quindi il punteggio in tutto o in parte (qualora l'UO avesse comunque svolto il lavoro richiesto dall'obiettivo, pur non raggiungendo pienamente la soglia).

Tali valutazioni sono oggetto di verifica da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione aziendale, secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento e dai regolamenti aziendali, al fine di garantire la correttezza metodologica del processo attuato.

La valutazione dei singoli Centri di Responsabilità è distinta per Dirigenza e Comparto, come previsto dalle linee guida regionali di cui alla DGR n. 140/2016. A conferma della buona performance dell'AOUN nel 2025, come già illustrato sopra, la valutazione (attualmente in fase di chiusura) della maggioranza delle UU.OO. si è collocata nella fascia ottimale sia per la Dirigenza che per il comparto.

È importante considerare che nel corso del 2025 è continuato il costante monitoraggio e confronto sugli obiettivi di budget, sui dati di produzione e su quelli di costo; è stato svolto dalla Direzione, con riunioni mensili, coinvolgendo professionalità di diverso livello e di diversa formazione (Farmacia, Direzione Medica e UU.OO. amministrative). Ciò ha generato maggiore consapevolezza e sensibilizzazione in tutti gli operatori coinvolti nei diversi processi. Il percorso svolto è stato puntualmente relazionato e documentato in maniera oggettiva. Con nota prot. 34427 del 14/05/2026 l'Azienda ha inviato una relazione al Direttore dell'Area Sanità e Sociale e al Direttore di Azienda Zero a supporto delle azioni intraprese per il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore Generale evidenziando anche alcune situazioni che richiedono una condivisione regionale.

Nell'ambito del processo descritto, nel corso del 2025, oltre al monitoraggio periodico degli obiettivi di budget assegnati alle Unità Operative, sono stati individuati degli indicatori trasversali (illustrati nel PIAO 2025-2027), di importanza fondamentale, che vengono monitorati mensilmente, sempre in un'ottica di valutazione complessiva aziendale, anche ai fini di un'erogazione infrannuale della premialità per il personale del comparto.

Si riporta di seguito una tabella che illustra i risultati a consuntivo di ciascun indicatore, dando evidenza della performance aziendale sempre positiva, raggiungendo mensilmente il target atteso almeno per 11 indicatori su 13, come previsto nel PIAO 2025-2027:

INDICATORI PERFORMANCE GESTIONALE	Target atteso	gen-25	feb-25	mar-25	apr-25	mag-25	giu-25	lug-25	ago-25	set-25	ott-25	nov-25	dic-25
Indice tempestività pagamenti mensile	<0 giorni	-16,59	-18,89	-15,59	-15,7	-21,01	-22,34	-25,06	-27,18	-20,89	-22,2	-19,7	-21,3
% pagato oltre i termini/totale pagato	Mantenimento valore 2024 (0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N° mensile di ricoveri, DO e DH	>4.400	5863	5724	6143	5734	6364	5489	5640	4695	5439	6376	5860	6105
N° mensile atti operatori in Piastra Operatoria	>2.800	4310	4214	4453	4242	4510	4001	4076	2891	4121	4702	4230	4086
N° mensile prestazioni per esterni-branche a visita	>83.000	125.469	120.560	131.449	124.389	134.744	120.732	121.739	85.508	135.671	144.727	130.784	118.892
N° mensile prestazioni per esterni-laboratorio	>400.000	480.766	447.212	490.087	459.942	495.155	431.358	467.263	359.857	449.152	495.466	439.470	435.772
N° mensile prestazioni per esterni-radiologia	>12.500	17.322	16.274	17.787	16.868	18.456	16.036	16.291	12.520	17.048	19.032	16.524	16.012
N° mensile DRG alta complessità (classe A) regime ordinario	>500	773	737	854	826	835	739	743	685	710	897	779	744
Valore mensile ricoveri extra-Regione	>2.500.000	4.520.325	3.816.673	4.937.170	5.136.242	5.464.854	3.969.659	4.833.755	4.497.238	4.217.301	6.174.637	5.176.970	3.961.571
N° mensile ricoveri per trapianto	>50	100	108	129	124	126	71	113	88	108	143	104	83
N° mensile accessi al PS adulti	>9.000	11.319	10.138	11.538	11.279	11.848	11.518	11.549	10.914	11.184	11.931	11.083	11.823
N° mensile accessi al PS pediatrico	>1.500	2.316	2.242	2.205	2.232	2.386	2.160	1.758	1.637	1.862	2.063	2.174	2.726
N° mensile parti	>180	235	201	212	155	233	215	241	242	236	240	229	248

3.3 Performance individuale - obiettivi individuali

In Azienda Ospedale-Università Padova il sistema di valutazione vede coinvolto sia il personale dipendente, dirigente e non dirigente, che il personale universitario in convenzione per l'attività connessa all'assistenza, in applicazione degli accordi integrativi con i rappresentanti sindacali di categoria e come definito anche con i competenti uffici dell'Università.

Il Documento Individuale di Valorizzazione adottato in Azienda, articolato per specifica area contrattuale, è strutturato in modo da misurare la performance individuale non solo in termini prestazionali ma anche di contributo e impegno reso per il raggiungimento degli obiettivi, nonché per gli aspetti relazionali e di collaborazione con i colleghi, disponibilità al cambiamento e all'innovazione.

Per il personale del Comparto e la dirigenza rea PTA il sistema di misurazione è lo stesso adottato da anni, mentre per la Dirigenza area Sanità l'anno 2025 è la prima annualità per la quale è stato implementato il nuovo sistema, il cui collegamento con il sistema premiale è oggetto di condivisione anche con la parte sindacale.

Il processo di valutazione si divide in più fasi, sintetizzate nel modo seguente:

A. Compilazione del DIV su supporto informatico da parte dei valutatori.

Per ciascun dipendente si individua annualmente il documento di valorizzazione, associato al/ai valutatore/i, che esprimerà un giudizio on-line, secondo le indicazioni e le linee guida fornite, e lo condividerà con il personale valutato mediante colloqui volti all'esplicitazione dei comportamenti/competenze attesi. Successivamente viene formalizzata la consegna delle schede e la sottoscrizione della stessa da parte del valutatore. La presa visione da parte del valutato dall'anno 2019 avviene direttamente on-line, sostituendo pertanto la sottoscrizione cartacea, tramite l'accesso da parte dello stesso nella procedura informatica.

Per l'area del Comparto e della Dirigenza PTA, qualora i valutatori ritenessero di esprimere una valutazione non positiva non devono compilare la scheda di valutazione ma devono redigere una specifica relazione sull'attività del valutato, mentre per l'area della Dirigenza Sanità la valutazione negativa si può riscontrare con la valutazione "insufficiente" del raggiungimento di almeno due obiettivi. La valutazione negativa impedisce in primis il pagamento della premialità/retribuzione di risultato legata alla valutazione individuale e comporta i conseguenti provvedimenti, previsti dal CCNL di riferimento, relativi all'incarico ricoperto e relativi ad un'eventuale progressione economica.

B. Condivisione con il dipendente valutato e sottoscrizione della copia cartacea da entrambi (valutatori e valutato).

La versione definitiva del documento individuale di valorizzazione viene sottoscritta dai soggetti preposti. Contestualmente il valutato può richiedere un colloquio con i valutatori per un confronto in merito alla

valutazione ricevuta, la stessa poi viene archiviata in forma cartacea all'interno del fascicolo personale presso l'U.O.C. Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convezione e Rapporti con l'Università.

C. Procedura dei Ricorsi

I dipendenti che rilevassero divergenze sulla valutazione di prima istanza, espressa da parte dei valutatori, potranno presentare ricorso, esplicitandone le motivazioni, entro un termine unico aziendale. Tale data è stabilita a distanza di almeno 30 giorni dalle scadenze di compilazione e sottoscrizione indicate annualmente ai valutatori.

L'Azienda ha individuato un organismo interno con il compito di analizzare i ricorsi presentati. Come già esplicitato nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione, il collegio è composto da tre membri, individuati nella DDG n.1022 del 24/08/2017 per il personale dell'area Comparto e nella DDG n.241 del 01/03/2019 per le aree della Dirigenza. Allo scopo di esprimere un giudizio, il collegio raccoglie tutti gli elementi utili mediante specifiche relazioni da parte dei soggetti valutatori, nonché colloqui individuali con i ricorrenti. L'esito del ricorso e le relative motivazioni vengono comunicate ai soggetti interessati; le eventuali modifiche alla valutazione derivanti dall'accoglimento dei ricorsi comporterà il corrispondente adeguamento economico.

Si precisa che, secondo il sistema di valutazione adottato, la valutazione negativa comporta la non compilazione della scheda (DIV) e l'obbligatorietà di allegare una relazione redatta dai valutatori. In tal caso è previsto l'intervento dell'Organismo Indipendente di Valutazione. Quest'ultimo può essere coinvolto anche nel caso il Collegio aziendale lo ritenesse opportuno per alcuni peculiari ricorsi ricevuti.

Si specifica infine che, mentre la valutazione di prima istanza attiene alla verifica ed alla valutazione di merito dei risultati conseguiti e delle attività professionali svolte da parte dei valutatori, quella di seconda istanza attiene alla verifica ed alla validazione della correttezza metodologica della valutazione attuata in prima istanza, con la possibilità di modificarla ed integrarla qualora si rilevassero anomalie significative.

D. Erogazione delle quote di premialità/risultato

Le quote di premialità/risultato vengono erogate definendo un budget per unità operativa sulla base del raggiungimento degli obiettivi (performance organizzativa) e il punteggio della valutazione individuale desumibile dal documento di valorizzazione della professionalità (performance individuale), tenendo conto dei criteri di proporzionamento, quali la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento (assunzione/cessazione e varie tipologie di assenza previste dalla normativa vigente) e l'inquadramento professionale (tipologia del rapporto di lavoro part-time/full-time e categoria di appartenenza per il personale dell'area comparto o la tipologia di incarico per l'area della dirigenza).

COMPARTO

Le fasi attraverso le quali si sviluppa il processo di valutazione mettono in evidenza il legame tra gli obiettivi definiti a livello aziendale e quelli che ogni singolo valutatore assegna ai propri collaboratori, in una logica di condivisione, partecipazione e miglioramento.

Il documento è caratterizzato dall'individuazione delle seguenti due aree, specifiche per settore di attività:

AREA DELLA CAPACITÀ	nella quale vengono individuati dei criteri che permettono di determinare l'apporto individuale nell'attività dell'unità operativa di appartenenza, legati principalmente al raggiungimento degli obiettivi assegnati e all'incremento della produzione.
AREA DELLA CONOSCENZA	nella quale vengono individuati dei criteri atti a garantire la determinazione della correttezza delle prestazioni erogate, della professionalità e della competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale.

Sono state individuate più figure professionali con il compito di esprimere un giudizio sull'attività di ogni operatore, secondo i criteri di seguito descritti per le aree della capacità e della conoscenza, con l'ausilio di una guida, illustrata nel proseguo della relazione, allo scopo di rendere omogenea a livello aziendale la graduazione della valutazione, considerando la specificità della singola realtà di struttura e a seconda del ruolo rivestito dal singolo.

La valutazione del personale viene effettuata dal Direttore di Struttura supportato da un collaboratore che opera a diretto contatto con il valutato con il quale condivide il giudizio, adottando qualsiasi metodo ritenuto idoneo al fine di esprimere la valutazione più oggettiva.

Area della capacità

Nell'area della capacità sono stati individuati tre criteri di verifica atti a certificare la capacità del singolo nel contribuire al raggiungimento degli obiettivi aziendali, assegnati in sede di contrattazione di budget, alla struttura in cui presta servizio.

Tale valutazione permette di determinare la quota incentivante individuale, desumibile dalla somma dei valori assegnati per ogni criterio di seguito descritto.

<i>Criteri area della capacità</i>	
Orientamento al risultato	Abilità nell'operare per la realizzazione degli obiettivi assegnati dal Direttore di Struttura direttamente riferibili alla posizione rivestita nell'ambito strutturale.
Impegno, partecipazione e qualità della prestazione	Competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione nell'U.O., portandoli a termine nei tempi stabiliti, utilizzando in modo appropriato le risorse materiali e temporali a disposizione.
Adattabilità	Disponibilità al cambiamento, determinato dall'evoluzione nell'organizzazione del lavoro, atto a migliorare le prestazioni e il servizio all'utenza, eliminando le rigidità del sistema.

Per ogni criterio sono previsti 4 parametri di verifica, contraddistinti da un simbolo, che identifica il giudizio espresso per ognuno, il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 1 - 4 - 7 - 10 fino ad un valore massimo di 30 punti complessivi.

Area della conoscenza

Nell'area della conoscenza sono stati individuati dei criteri atti a valorizzare le prestazioni erogate, la professionalità e la competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale.

Tale valutazione determina un valore, desumibile dalla somma dei parametri assegnati per ogni criterio di seguito descritto, che contribuisce a redigere la graduatoria per la progressione orizzontale.

Criteri area della conoscenza	
Responsabilità	Affrontare con attenzione e cura le attività ascrivibili al profilo professionale di afferenza compreso il rispetto di tutte le normative e regolamenti dell'Azienda, adottando le linee guida e i protocolli di Unità Operativa definiti dall'Azienda.
Relazioni	Lavorare con l'equipe della propria Unità Operativa con atteggiamento rivolto alla collaborazione e alla creazione di un clima di lavoro non conflittuale, dove le competenze e le professionalità si integrano per migliorare il servizio, rispondendo alle aspettative e ai bisogni dell'utente esterno.
Autonomia	Gestire in modo autonomo le linee guida e protocolli attuativi interni ed esterni alla struttura, assumendo decisioni nel rispetto delle competenze lavorative richieste.

Per ogni criterio sono previsti 4 parametri di verifica, contraddistinti da un simbolo, che identifica il giudizio espresso per ognuno, il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 2.5 - 5 - 7.5 - 10 fino a raggiungere un valore massimo di 30 punti complessivi.

Collegamento con il sistema premiante

Il collegamento delle schede di budget con il sistema premiante avviene con la determinazione dei budget di ogni singola Struttura, calcolati tenendo conto:

- delle risorse disponibili derivanti dai fondi contrattuali nell'anno di riferimento, a seguito di quanto concordato in sede di contrattazione decentrata;
- della percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget (performance organizzativa);

- del numero di personale afferente all'interno del Servizio, tenendo conto della categoria di appartenenza, secondo un coefficiente definito nel Contratto Integrativo Aziendale.

L'Intesa sottoscritta in data 15/04/2026 con le organizzazioni sindacali conferma i criteri storici presenti nelle precedenti intese sottoscritte, che prevedono l'adozione delle seguenti fasce per la percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget:

Se risultato è < 30%	valore attribuito:	0%
Se risultato è ≥ 30%	valore attribuito:	50%
Se risultato è ≥ 50%	valore attribuito:	70%
Se risultato è ≥ 70%	valore attribuito:	100%

Il budget di ogni Struttura viene poi distribuito tra i singoli individui sulla base del punteggio derivante dal Documento Individuale di Valorizzazione "area capacità", nonché considerando ulteriori indicatori quali la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento (assunzione/cessazione e varie tipologie di assenza previste dalla normativa vigente) e l'inquadramento professionale (tipologia del rapporto di lavoro part-time/full-time e categoria di appartenenza).

DIRIGENZA

Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa (PTA)

Il Documento Individuale di Valorizzazione (DIV) è caratterizzato dall'individuazione di tre criteri di verifica e per ciascun criterio sono previsti quattro parametri di merito, contraddistinti da un simbolo, che identifica il giudizio espresso per ognuno, il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 8 - 15 - 22 - 30 fino ad un valore massimo di 90 punti complessivi.

<i>Criteri</i>	
Relazione	Rileva la capacità di lavorare con l'equipe della propria U.O. con atteggiamento collaborativo, mettendo le proprie abilità e conoscenze al servizio degli obiettivi del gruppo.
Autonomia e Responsabilità	Rileva la capacità di porre in essere comportamenti idonei ad affrontare situazioni contingenti assumendosi la responsabilità dei risultati.
Impegno, partecipazione e livello di complessità	Rileva il grado di specializzazione e complessità richiesto per l'espletamento delle funzioni affidate nonché l'efficienza, il tempismo e la motivazione con cui esse vengono svolte.

Per la Dirigenza Area Sanità è stata implementata una nuova scheda di valutazione individuale, tramite un sistema informatico che gestisce il processo e permette una valutazione specifica del professionista, supportando in modo maggiormente costruttivo il percorso di valutazione della performance individuale. La

scheda presenta 5 obiettivi misurabili ed oggettivi, proposti per uniformità di area di attività in linea con gli obiettivi assegnati alle Unità Operative in sede di negoziazione di budget (performance organizzativa). Gli obiettivi proposti sono stati individuati con il supporto decisionale della UOC Direzione Medica, che ne garantisce un livello di omogeneità e di definizione in linea con le priorità aziendali. In questo primo anno di applicazione non è stata data la possibilità al Valutatore di modificare tali obiettivi in relazione al professionista, così che possano esservi obiettivi personalizzati secondo la propria professionalità e la propria posizione nel contesto aziendale. Tuttavia, se ritenuto opportuno, i Valutatori potevano precisare in un campo note che la valutazione era riferita ad altro obiettivo, descrivendolo. Questa facoltà è stata usata in rari casi di dirigenti di profilo sanitario.

Per ogni obiettivo è individuato un indicatore di misurazione e cinque livelli di valutazione (Insufficiente, Sufficiente, Atteso, Avanzato, Eccellente), il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 0 - 5 - 10 - 15 - 20 fino ad un valore massimo di 100 punti complessivi, sia per i dirigenti ospedalieri che universitari a differenza del precedente sistema di misurazione.

.

Collegamento con il sistema premiante

Anche per l'area della Dirigenza, sia Sanità che PTA, il collegamento delle schede di budget con il sistema premiante avviene con la determinazione dei budget di ogni singola Struttura, calcolati tenendo conto:

- delle risorse disponibili derivanti dai fondi contrattuali nell'anno di riferimento, a seguito di quanto concordato in sede di contrattazione decentrata;
- della percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget (performance organizzativa);
- del numero di dirigenti afferenti all'interno del Servizio.

In continuità con il metodo applicato negli anni precedenti, con l'accordo del 23/02/2023 per l'Area Sanità e del 5/9/2025 per l'area PTA, sono state adottate delle fasce per il collegamento dei risultati del budget individuale, come illustrato nello schema seguente:

Se risultato è < 40%	valore attribuito:	0%
Se risultato è ≥ 40%	valore attribuito:	60%
Se risultato è ≥ 60%	valore attribuito:	80%
Se risultato è ≥ 80%	valore attribuito:	100%

Il budget di ogni singola Struttura viene poi distribuito tra i singoli dirigenti sulla base del punteggio derivante dal Documento Individuale di Valorizzazione, nonché considerando ulteriori indicatori, quali la presenza in servizio nel corso dell'anno di riferimento (assunzione/cessazione e varie tipologie di assenza che comportano la riduzione della retribuzione, con franchigia di 10 giorni per la sola Dirigenza Sanità) e l'inquadramento professionale (tipologia del rapporto di lavoro part-time/full-time e incarico professionale).

3.3.2 Sintesi delle valutazioni

Il processo di valutazione coinvolge tutto il personale dipendente dell'Azienda Ospedale-Università Padova e il personale convenzionato con l'Università di Padova per un totale di 6912 persone valutate e 7628 Documenti di Valutazione generati. Il maggior numero di DIV rispetto al numero di valutati deriva dal fatto che il personale, soprattutto i dipendenti dell'area comparto, afferenti all'area assistenziale, può cambiare Unità Operativa di assegnazione nel corso dell'anno, avendo quindi periodi di valutazione e valutatori differenti.

VALUTAZIONI TOTALI

AREA CONTRATTUALE	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV
COMPARTO	Dip.ti AOP	5317	5926
	Dip.tiConv. UNI	199	209
	Totale	5516	6135

DIRIGENZA	Dip.ti AOP	1027	1089
	Dip.tiConv. UNI	369	404
	Totale	1396	1493
	Totale complessivo	6912	7628

VALUTAZIONI PERSONALE AREA DIRIGENZA

AREA CONTRATTUALE	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV
DIRIGENTI AREA SANITA'	Dip.ti AOP	1003	1063
	Dip.tiConv. UNI	367	402
	Totale	1370	1465

DIRIGENTI AREA PTA	Dip.ti AOP	24	26
	Dip.tiConv. UNI	2	2
	Totale	26	28
	Totale complessivo	1396	1493

VALUTAZIONI PERSONALE AREA COMPARTO

Profilo professionale	Ente	Totale Dip. Valutati	Totale DIV
Pers. Infermieristico	Dip.ti AOP	2929	3285
	Dip.tiConv. UNI	10	10
	Totale	2939	3295
Pers. Tecnico Sanitario/Riabilitazione	Dip.ti AOP	502	521
	Dip.tiConv. UNI	48	49
	Totale	550	570
Personale OSS	Dip.ti AOP	1208	1390
	Dip.tiConv. UNI	0	0
	Totale	1208	1390
Personale Amm.vo/Tecnico	Dip.ti AOP	678	730
	Dip.tiConv. UNI	141	150
	Totale	819	880
	Totale complessivo	5516	6135

Il processo di valutazione dell'Area del Comparto è stato avviato con nota formale prot. n. 31860 del 30/4/2026, indirizzata a tutti i valutatori, e i termini fissati sono:

- il giorno 29/05/2026 per la compilazione e la chiusura informatica dei DIV;
- il giorno 12/06/2026 per la consegna dei documenti cartacei;
- il termine per la presentazione di eventuali ricorsi è fissato per il giorno 3 Luglio 2026.

Con nota prot. n. 31871 del 30/04/2026 indirizzata a tutti i valutatori, è stato avviato il processo di valutazione della Dirigenza PTA, con gli stessi termini fissati per l'area del Comparto.

Il processo di valutazione della Dirigenza Sanità, con la nuova scheda di valutazione illustrata nei paragrafi precedenti, ha preso avvio con nota formale prot. n. 17327 del 05/03/2026, indirizzata a tutti i valutatori. I termini fissati sono:

- il giorno 30/03/2026 per la compilazione e la chiusura informatica dei DIV;
- il giorno 15/04/2026 per la consegna dei documenti cartacei;
- il termine per la presentazione di eventuali ricorsi è fissato per il giorno 30 aprile 2026.

Tutti i DIV sono stati chiusi informaticamente seppur con qualche giorno di ritardo. Con riferimento alla presa visione informatica della valutazione da parte dei valutati, al 22 giugno 2026, risulta visionato il 93% dei DIV del Comparto e l'89% della Dirigenza. Si precisa che parte del personale valutato non è più in servizio

in azienda per cessazione (per questi vi è la disponibilità di credenziali provvisorie per la visione della valutazione) e una parte ha sottoscritto e firmato in modo cartaceo il documento di valutazione. Pertanto si ritiene che quasi la totalità dei valutati sia a conoscenza della valutazione ricevuta.

I documenti cartacei sono in fase di raccolta e controllo da parte della UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e rapporti con l'Università, per la successiva archiviazione a fascicolo personale.

Al termine per la presentazione dei ricorsi alla UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e rapporti con l'Università ne sono pervenuti n. 15 da parte di Dirigenti Area Sanità. Per i dipendenti del Comparto e della Dirigenza PTA il termine è previsto per il 3/7/26 e ad oggi 22/06/2026 ne sono pervenuti n.16 di dipendenti dell'Area Comparto.

La procedura informatica è stata completata con la chiusura definitiva delle 7628 DIV predisposte. Non sono emerse criticità nella fase di compilazione, e dall'analisi sui DIV non valutati, secondo le indicazioni riportate dai valutatori, risulta una sola scheda con valutazione negativa dell'Area Dirigenza Sanità in quanto per tutti gli items è stata data una valutazione insufficiente. Si procede di seguito all'analisi dei punteggi generati dall'area Capacità dei DIV, che determinano la quota individuale del sistema premiante.

Analisi delle valutazioni correlate al sistema premiante - Area Comparto

Le attese professionali definite dall'Azienda trovano riscontro nella performance standard identificata nella soglia corrispondente al terzo livello per ogni criterio valutato, ovvero pari a 21/30 punti.

Area capacità

CAPACITA' - Criteri per l'erogazione della Produttività Individuale					INCENTIVI
1. Orientamento al risultato	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺	
2. Impegno, partecipazione e qualità delle prestazioni	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺	
3. Adattabilità	☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺	
PUNTEGGIO MASSIMO				30	

Relazione della Performance 2025

AREA CAPACITA' I criteri permettono di determinare l'apporto individuale nell'attività della Struttura di afferenza, legati principalmente al raggiungimento degli obiettivi assegnati e all'incremento della produzione.

				PERFORMANCE ATTESA	
Criteri individuati	Descrizione	Valutazione ☺	Valutazione ☺☺	Valutazione ☺☺☺	Valutazione ☺☺☺☺
<u>1. Orientamento al risultato</u>	Abilità nell'operare per la realizzazione degli obiettivi assegnati dal Direttore di Struttura direttamente riferibili alla posizione rivestita nell'ambito strutturale.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano, ma non dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget attraverso la partecipazione alle riunioni e ai gruppi di lavoro.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano, dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget attraverso la partecipazione alle riunioni e ai gruppi di lavoro e con l'implementazione delle azioni previste.	Concentrato sullo svolgimento del lavoro quotidiano dimostra di operare per la realizzazione degli obiettivi relativi ai progetti di budget attraverso la partecipazione alle riunioni e ai gruppi di lavoro, implementando le azioni previste e motivando e coinvolgendo i colleghi.
<u>2. Impegno, partecipazione e qualità della prestazione</u>	Competenza e professionalità nel compiere le funzioni e i compiti propri della professione nella Struttura di afferenza, portandoli a termine nei tempi stabiliti, utilizzando in modo appropriato le risorse materiali e temporali a disposizione.	Non sempre ha rispettato i piani di lavoro in modo tempestivo con ripetuti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse.	Ha rispettato i piani di lavoro in modo non sempre tempestivo ma con rari o irrilevanti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse.	Ha costantemente rispettato i piani di lavoro in modo tempestivo con rari o irrilevanti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse, dimostrando capacità di prioritizzare le attività nelle situazioni di routine.	Ha costantemente rispettato i piani di lavoro in modo tempestivo con rari o irrilevanti errori nell'utilizzo appropriato delle risorse dimostrando capacità di prioritizzare le attività anche nelle situazioni che si discostano dalla routine.
<u>3. Adattabilità</u>	Disponibilità al cambiamento, determinata dall'evoluzione nell'organizzazione del lavoro, per migliorare le prestazioni e il servizio all'utenza favorendo l'eliminazione delle rigidità del sistema.	Raramente riesce ad affrontare in modo efficace variazioni di contenuto professionale/organizzativo concernenti il proprio lavoro.	Quasi sempre riesce ad affrontare le variazioni di contenuto professionale/organizzativo concernenti il proprio lavoro in modo parzialmente efficace.	Dimostra di saper affrontare in modo efficace le variazioni di contenuto professionale/organizzativo concernenti il proprio lavoro.	Dimostra di saper affrontare le variazioni di contenuto professionale/organizzativo in maniera propositiva ed efficace.
	PUNTEGGIO	1	4	7	10

ANALISI COMPLESSIVA DEI TRE CRITERI DELL' AREA CAPACITA'

Profilo	Min di TOTALE CAPACITA'	Max di TOTALE CAPACITA'	Media di TOTALE CAPACITA'	Dev. standard di TOTALE CAPACITA'
Pers.Infermieristico	12,00	30,00	29,15	2,46
Pers.Tecnico Sanitario/Riab.	18,00	30,00	29,69	1,44
Personale Amm.vo/Tecnico	3,00	30,00	29,14	2,80
Personale OSS	3,00	30,00	28,78	3,12
Totale complessivo	3,00	30,00	29,12	2,61

Come si evince dalla tabella, complessivamente la media dei punteggi espressi risulta essere pari a 29,12 su un punteggio massimo di 30, con una deviazione standard pari a 2,61. Ciò significa che non c'è molta variabilità nei punteggi espressi dai valutatori e si registra una tendenza del valore medio prossimo al valore massimo. Tale tendenza conferma l'andamento degli anni precedenti registrando, nel 2025 rispetto al 2024, un lieve aumento del valor medio e una diminuzione della variabilità delle valutazioni espresse.

Analizzando poi i dati per profilo professionale, si conferma quanto già dedotto per l'anno scorso. Nonostante i valori medi siano prossimi alla media complessiva, si rileva una media più alta per il personale tecnico-sanitario con un indice di dispersione minore, mentre la media è più bassa per gli operatori socio sanitari, per i quali si registra una variabilità dei punteggi espressi alta.

Di seguito osserveremo invece come sono state espresse le valutazioni per singolo criterio appartenente all'area della capacità del DIV, rispetto ad un valore massimo per criterio pari a 10.

ANALISI PER SINGOLO CRITERIO DELL' AREA CAPACITA'

Profilo	Media di Punteggio "Orientamento"	Media di Punteggio "Impegno"	Media di Punteggio "Adattabilità"	Dev. standard di Punteggio "Orientamento"	Dev. standard di Punteggio "Impegno"	Dev. standard di Punteggio "Adattabilità"
Pers.Infermieristico	9,65	9,76	9,74	1,04	0,85	0,89
Pers.Tecnico Sanitario/Riab.	9,89	9,90	9,90	0,57	0,57	0,59
Personale Amm.vo/Tecnico	9,70	9,72	9,73	1,04	1,04	0,98
Personale OSS	9,52	9,63	9,63	1,26	1,09	1,08
Totale complessivo	9,65	9,74	9,73	1,06	0,92	0,93

Come già espresso, le attese professionali definite dall'Azienda trovano riscontro nella performance standard identificata nella soglia corrispondente al terzo livello per ogni criterio valutato, ovvero pari a 21 punti.

Il punteggio desumibile dal documento di valorizzazione determina un riproporzionamento della quota individuale di incentivo/risultato come di seguito evidenziato.

<i>Punteggio complessivo area capacità</i>	<i>Quota incentivi corrispondente</i>
Non valutati	Quota non erogata
3<21	Riduzione oltre del 30%
21	Riduzione del 30%
24	Riduzione del 20%
27	Riduzione del 10%
30	Quota massima

Quindi ipotizzando una quota conguaglio di € 1.000, a parità di altri parametri che incidono sulla determinazione degli importi individuali (categoria, presenza nel corso dell'anno, tipologia di rapporto di lavoro,...), un dipendente che riporta una valutazione pari a 21 punti percepirà una quota inferiore di € 300.

Punteggio DIV	Quota Conguaglio Incentivi	Scostamento dal Valore massimo
12	€ 400,00	- € 600,00
15	€ 500,00	- € 600,00
18	€ 600,00	- € 400,00

Relazione della Performance 2025

Punteggio DIV	Quota Conguaglio Incentivi	Scostamento dal Valore massimo
21	€ 700,00	- € 300,00
24	€ 800,00	- € 200,00
27	€ 900,00	- € 100,00
30	€ 1.000,00	

Analisi delle valutazioni correlate alla professionalità- Area Comparto

Le attese professionali definite dall'Azienda trovano riscontro nella performance standard identificata nella soglia corrispondente al terzo livello per ogni criterio valutato, ovvero pari a 21/30 punti.

Area Conoscenza

CONOSCENZA - Criteri per la valutazione della Professionalità				
1. Responsabilità	▶	▶▶	▶▶▶	▶▶▶▶
2. Relazioni	▶	▶▶	▶▶▶	▶▶▶▶
3. Autonomia	▶	▶▶	▶▶▶	▶▶▶▶
PUNTEGGIO MASSIMO				30

AREA CONOSCENZA I criteri permettono di determinare la correttezza delle prestazioni erogate, della professionalità e della competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale.

				PERFORMANCE ATTESA	
Criteri individuati	Descrizione	Valutazione ▶	Valutazione ▶▶	Valutazione ▶▶▶	Valutazione ▶▶▶▶
4. Responsabilità	Affrontare con attenzione e cura le attività ascrivibili al profilo professionale di afferenza, compreso il rispetto di tutte le normative e regolamenti, adottando le linee guida e i protocolli della Struttura di afferenza definiti dall'Azienda.	Utilizza parzialmente e in maniera incompleta la documentazione presente fornendo scarsi dati relativi all'utente, cogliendo raramente le cause dei problemi e proponendo sporadicamente interventi appropriati e/o l'applicazione di procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali.	Utilizza la documentazione presente tende però a fornire pochi dati relativi all'utente, cogliendo le cause dei problemi ma registrandoli raramente, proponendo interventi appropriati e applicando procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali.	Utilizza la documentazione presente fornendo dati relativi all'utente, cogliendo e registrando costantemente le cause dei problemi, proponendo interventi appropriati e applicando le procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali.	Utilizza la documentazione presente fornendo numerosi dati relativi all'utente, cogliendo e registrando costantemente la cause dei problemi, proponendo costantemente interventi appropriati e applicando procedure della Struttura di afferenza e/o aziendali, attivandosi anche per trovare/individuare soluzioni innovative.
5. Relazioni	Lavorare con l'equipe/gruppo della propria Struttura di afferenza con atteggiamento rivolto alla collaborazione e alla creazione di un clima di lavoro non conflittuale dove le competenze e le professionalità si integrano per migliorare il servizio, rispondendo alle aspettative e ai bisogni dell'utente esterno.	Il dipendente tende a non comunicare o a comunicare molto poco, raramente informa ed argomenta l'utente circa le attività che deve svolgere.	Il dipendente comunica con discontinuità utilizzando sporadicamente modalità adeguate all'interlocutore, qualche volta informa ed argomenta circa le attività che deve svolgere.	Il dipendente comunica costantemente utilizzando modalità adeguate all'interlocutore, informa ed argomenta sempre circa le attività che deve svolgere.	Il dipendente comunica costantemente utilizzando sempre modalità adeguate all'interlocutore, informa, argomenta e coinvolge sempre l'utente circa le attività che deve svolgere con atteggiamento rivolto alla collaborazione, rispondendo alle aspettative e ai bisogni e richiedendo il consenso ove necessario.
6. Autonomia	Gestire in modo autonomo le linee guida e i protocolli attuativi interni ed esterni alla Struttura, assumendo decisioni nel rispetto delle competenze lavorative richieste.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo non efficace, intempestive anche se coerenti.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo efficace perché coerenti e tempestive.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo efficace coerenti e tempestive anche in situazioni di routine e d'emergenza.	Il dipendente ha assunto decisioni/iniziative in modo efficace, coerenti e tempestive anche in situazioni complesse.
PUNTEGGIO		2,5	5	7,5	10

ANALISI COMPLESSIVA DEI TRE CRITERI DELL' AREA CONOSCENZA

Profilo	Min di TOTALE CONOSCENZA	Max di TOTALE CONOSCENZA	Media di TOTALE CONOSCENZA	Dev. standard di TOTALE CONOSCENZA
Pers.Infermieristico	15,00	30,00	29,34	1,89
Pers.Tecnico Sanitario/Riab.	20,00	30,00	29,77	1,09
Personale Amm.vo/Tecnico	7,50	30,00	28,96	2,68
Personale OSS	10,00	30,00	28,87	2,65
Totale complessivo	7,50	30,00	29,22	2,17

Come si evince dalla tabella, complessivamente la media dei punteggi espressi risulta essere pari a 29,22 su un punteggio massimo di 30, con una deviazione standard pari a 2,17. Ciò significa che non c'è molta variabilità nei punteggi espressi dai valutatori e si registra una tendenza del valore medio prossimo al valore massimo.

Analizzando poi i dati per profilo professionale, si rileva, come per l'area capacità, una media più alta per il personale tecnico-sanitario con un indice di dispersione minore, mentre la media è più bassa per gli operatori socio sanitari e il personale amministrativo, per i quali si registra la variabilità dei punteggi espressi tra le due più alte.

Di seguito osserveremo invece come sono state espresse le valutazioni per singolo criterio appartenente all'area della conoscenza del DIV, rispetto ad un valore massimo per criterio pari a 10.

ANALISI PER SINGOLO CRITERIO DELL' AREA CONOSCENZA

Profilo	Media di Punteggio "Responsabilità"	Media di Punteggio "Relazioni"	Media di Punteggio "Autonomia"	Dev. standard di Punteggio "Responsabilità"	Dev. standard di Punteggio "Relazioni"	Dev. standard di Punteggio "Autonomia"
Pers.Infermieristico	9,80	9,82	9,71	0,72	0,67	0,86
Pers.Tecnico Sanitario/Riab.	9,92	9,94	9,92	0,48	0,38	0,48
Personale Amm.vo/Tecnico	9,66	9,76	9,55	1,02	0,89	1,13
Personale OSS	9,65	9,67	9,54	0,98	0,93	1,12
Totale complessivo	9,76	9,79	9,67	0,81	0,75	0,94

Il criterio "Autonomia" riporta la media di punteggio più bassa e un indice di variabilità più alto, evidenziando le difficoltà di raggiungimento del personale.

Analisi delle valutazioni correlate al sistema premiante - Area Dirigenza

Per la dirigenza Area Sanità, analizzata a seguire data la maggiore rappresentatività aziendale rispetto alla dirigenza PTA, le attese professionali definite dall'Azienda trovano riscontro nella performance standard identificata nella soglia corrispondente al terzo livello c.d. "atteso" per ogni criterio valutato ovvero pari a 50/100 sia per i dirigenti ospedalieri che universitari.

obiettivo	peso	valutazione				
		1	2	3	4	5
		insufficiente	sufficiente	atteso	avanzato	eccellente
1	20	0	5	10	15	20
2	20	0	5	10	15	20
3	20	0	5	10	15	20
4	20	0	5	10	15	20
5	20	0	5	10	15	20
	100	0	25	50	75	100

Anche per l'area della Dirigenza, la procedura informatica è stata completamente ultimata con la chiusura definitiva delle 1493 DIV predisposte.

Per l'analisi delle valutazioni espresse si prende come riferimento la Dirigenza operante nell'area assistenziale, ovvero Dirigenti Medici e Dirigenti Sanitari, rappresentante più del 98% (n. 1465 DIV) dell'area dirigenziale.

ANALISI COMPLESSIVA DEI CRITERI

ENTE	Min di PUNTEGGIO TOTALE	Max di PUNTEGGIO TOTALE	Media di PUNTEGGIO TOTALE	Dev. standard di PUNTEGGIO TOTALE
OSPEDALIERI	35,00	100,00	97,08	8,97
UNIVERSITARI	50,00	100,00	97,62	8,05
Totale complessivo	35,00	100,00	97,23	8,73

Sintetizzando i punteggi espressi dai valutatori si rileva una media pari a 97,08 su un punteggio massimo di 100 per i dirigenti ospedalieri e pari a 97,62 su 100 per i dirigenti universitari convenzionati.

Con la tabella seguente invece sono state analizzati i singoli criteri che compongono la valutazione complessiva.

ANALISI PER SINGOLO CRITERIO DI VALUTAZIONE

Dirigenti Area Sanità	Criteri DIV	VALORE MEDIO 2025	DEV. STAND. 2025
Ospedalieri	Punteggio Obiettivo n.1	19,69	1,52
	Punteggio Obiettivo n.2	19,42	1,98
	Punteggio Obiettivo n.3	19,26	2,45
	Punteggio Obiettivo n.4	19,38	2,15
	Punteggio Obiettivo n.5	19,33	2,43
	Punteggio Totale	97,08	10,53
Universitari	Punteggio Obiettivo n.1	19,67	1,65
	Punteggio Obiettivo n.2	19,58	1,76
	Punteggio Obiettivo n.3	19,38	1,90
	Punteggio Obiettivo n.4	19,49	1,86
	Punteggio Obiettivo n.5	19,50	1,85
	Punteggio Totale	97,62	9,02

Osservando le medie complessive si nota che tutti gli obiettivi sono stati valutati con valore tendente all'eccellente (valore massimo 100). I primi due obiettivi, uguali per tutte le UU.OO. in quanto ritenuti generici, evidenziano un valore medio più alto e variabilità inferiore sia per gli ospedalieri che per gli universitari. Per gli ultimi tre obiettivi, non confrontabili in quanto obiettivi specifici diversi per UU.OO., evidenziano comunque valori medi pressoché simili assestandosi tendenzialmente verso il valore massimo.

Il punteggio desumibile dal documento di valorizzazione determina un riproporzionamento della quota individuale di risultato come di seguito evidenziato, a titolo esemplificativo per la Dirigenza Area Sanità.

<i>Punteggio complessivo</i>	<i>Quota risultato corrispondente</i>
non valutati	quota non erogata
< 50	riduzione oltre il 50%
80	riduzione del 20%
85	riduzione del 15%
90	riduzione del 10%
95	riduzione del 5%
100	quota massima

Quindi, considerata ad esempio, una quota di retribuzione di risultato per un Dirigente Medico di € 2.500, a parità di altri parametri che incidono sulla determinazione degli importi individuali (presenza nel corso dell'anno, tipologia di rapporto di lavoro,...), un dirigente che riporta una valutazione pari a 85 punti percepirà una quota inferiore di € 350.

Punteggio DIV	Quota Risultato	Scostamento dal Valore massimo
50	€ 1.250,00	-€ 1.250,00
85	€ 2.150,00	-€ 350,00
90	€ 2.250,00	-€ 250,00
95	€ 2.375,00	-€ 125,00
100	€ 2.500,00	

Confronto con le valutazioni espresse l'anno precedente

Dal raffronto delle valutazioni medie con le due annualità 2025 e 2024, si conferma un trend in lieve aumento dei valori medi rispetto all'anno scorso per il personale del comparto e sempre più tendente al valore massimo.

Anche per la dirigenza Area Sanità, seppur sia cambiato il sistema di valutazione, si conferma un trend di valori medi tendenti al valore massimo. I punteggi totali ottenuti non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti, dato che il nuovo sistema di misurazione è su base 100, mentre il precedente era su base 100 per gli ospedalieri e su base 75 per gli universitari in relazione al numero di criteri da valutare. Si conferma tuttavia la rarità delle valutazioni sotto il valore standard, per il 2025 pari ad un punteggio inferiore a 50/100.

Personale del Comparto - DIV area Capacità

	Valore medio anno 2025	Valore medio anno 2024
<i>Punteggio "Orientamento"</i>	9,65	9,62
<i>Punteggio "Impegno"</i>	9,74	9,71
<i>Punteggio "Adattabilità"</i>	9,73	9,70
Punteggio "Totale area capacità"	29,12 /30	29,03 /30

Punteggio complessivo area CAPACITA'	TOTALE DIV 2025	
3<21	68	1,15%
21	253	4,27%
24	158	2,67%
27	334	5,64%
30	4977	83,99%
non valutati	136	2,29%
Totale	5926	

Punteggio complessivo area CAPACITA'	TOTALE DIV 2024	
3<21	102	1,66%
21	257	4,17%
24	172	2,79%
27	326	5,29%
30	5142	83,43%
non valutati	164	2,66%
Totale	6163	

Dirigenza Area Sanità Ospedaliera e Universitaria convenzionata

Dirigenti Area Sanità	Criteri DIV	VALORE MEDIO 2025
Ospedalieri	Punteggio Obiettivo n.1	19,69
	Punteggio Obiettivo n.2	19,42
	Punteggio Obiettivo n.3	19,26
	Punteggio Obiettivo n.4	19,38
	Punteggio Obiettivo n.5	19,33
	Punteggio Totale	97,08 / 100
Universitari	Punteggio Obiettivo n.1	19,67
	Punteggio Obiettivo n.2	19,58
	Punteggio Obiettivo n.3	19,38
	Punteggio Obiettivo n.4	19,49
	Punteggio Obiettivo n.5	19,50
	Punteggio Totale	97,62 / 100

Dirigenti Area Sanità	Criteri DIV	VALORE MEDIO 2024	VALORE MEDIO 2023
Ospedalieri	Punteggio Relazioni	24,72	24,51
	Punteggio Autonomia	24,50	24,48
	Punteggio Impegno	24,71	24,65
	Punteggio Attività	24,57	24,25
	Punteggio Totale	98,50 / 100	97,89 / 100
Universitari	Punteggio Relazioni	24,89	24,81
	Punteggio Autonomia	24,80	24,91
	Punteggio Impegno	24,89	24,89
	Punteggio Totale	74,58/75	74,61/75

Punteggio complessivo	Totale DIV Ospedalieri 2025	
< 50	5	0,47%
50 < 70	26	2,45%
70 < 80	20	1,88%
85	15	1,41%
90	50	4,70%
95	69	6,49%
100	849	79,87%
non valutati	29	2,73%
totale	1063	

Punteggio complessivo	Totale DIV Ospedalieri 2024	
< 50	2	0,18%
50 < 72	10	0,91%
72	5	0,46%
79	15	1,37%
86	13	1,19%
93	66	6,02%
100	970	88,50%
non valutati	15	1,37%
Totale	1096	

Totale DIV Ospedalieri 2023	
6	0,51%
12	1,03%
10	0,86%
15	1,29%
22	1,89%
107	9,17%
976	83,63%
19	1,63%
1167	

Punteggio complessivo	Totale DIV Conv. Uni. 2025	
< 50	0	0,00%
50 < 70	9	2,24%
70 < 80	6	1,49%
85	6	1,49%
90	22	5,47%
95	11	2,74%
100	336	83,58%
non valutati	12	2,99%
totale	402	

Punteggio complessivo	Totale DIV Conv. Uni. 2024	
< 37,5	1	0,25%
37,5 < 54	0	0,00%
54	1	0,25%
61	2	0,50%
68	10	2,51%
75	374	93,97%
non valutati	10	2,51%
Totale	398	

Totale DIV Conv. Uni. 2023	
0	0,00%
0	0,00%
2	0,49%
2	0,49%
18	4,39%
378	92,20%
10	2,44%
410	

4 Risorse, efficienza ed economicità

4.1.1 Evoluzione della performance economica dell'azienda

	BEP 2025 DGR 205	Consuntivo 2024	Consuntivo 2025	Delta Consuntivo 2025 su BEP 2025	Delta Consuntivo 2025 - 2024
RISULTATO DI ESERCIZIO	-105.194.692	-75.649.021	-59.844.421	45.350.271	15.804.600
Totale valore della produzione (A)	777.190.214	801.668.998	835.338.550	58.148.336	33.669.552
Totale costi della produzione (B)	858.360.094	852.540.274	872.809.097	14.449.002	20.268.823
Totale proventi e oneri finanziari (C)	0	13.307	11.183	11.183	-2.124
Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	0	0	0	0	0
Totale proventi e oneri straordinari (E)	1.228.776	-519.968	2.142.008	913.232	2.661.976
Totale imposte e tasse	25.253.587	24.271.083	24.527.065	-726.522	255.982

Con nota Regionale prot. n. 563919 del 5 novembre 2024 della Direzione Programmazione e Controllo SSR dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto e le linee guida impartite da Azienda Zero con nota prot. n. 26792 del 6 novembre 2024, sono state formulate le direttive per il Bilancio Preventivo Economico 2025. L'Azienda Ospedale Università di Padova, nel rispetto delle direttive e dell'obiettivo di risultato programmato pari a -105.200.000 euro, ha adottato, con Delibera del Direttore Generale n. 2592 del 30.12.2024, la proposta di Bilancio Preventivo 2025 che presentava un risultato d'esercizio di -105.194.692 euro. Con DGR. n. 205 del 05.03.2025 la Giunta Regionale ha preso atto dei bilanci economici preventivi annuali 2025 degli enti del SSR le cui risultanze sono esposte nel prospetto allegato B alla DGR.

Con nota n. 7645 del 16.03.2026 Azienda Zero ha formulato le direttive per la redazione del bilancio d'esercizio 2025.

Il Bilancio d'esercizio 2025 presenta una perdita d'esercizio di 59,8 milioni di euro, generata da valore della produzione e correlativi costi pari rispettivamente a 835,3 e 872,8 milioni di euro, da proventi e oneri straordinari per 2,1 milioni di euro, e da imposte e tasse per 24,5 milioni di euro.

Il **risultato d'esercizio 2025** migliora rispetto all'esercizio 2024 di 15,8 milioni di euro. Tale miglioramento è riconducibile principalmente all'incremento del valore della produzione di 33,7 milioni di euro, che copre ampiamente l'incremento dei costi di produzione comprensivi di imposte e tasse (20,5 milioni di euro).

La variazione positiva di 33,7 milioni di euro del valore della produzione 2025 è riconducibile principalmente all'incremento di ricavi per prestazioni sanitarie (20,6 mil), ticket collegati all'incremento dell'attività sanitaria (1,5 mil), ricavi per quote di contributi in conto capitale imputate all'esercizio (1,7 mil), utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti (8,6 mil), sopravvenienze attive per variazione positiva del fondo rischi (4,7 mil). Incide nella variazione positiva anche la riduzione di concorsi recuperi rimborsi, collegati alle transazioni intercompany di beni e servizi con Aziende Sanitarie del Veneto (3,4 mil).

Sul lato dei costi di produzione, la variazione di 20,2 milioni rispetto all'esercizio 2024 è riconducibile principalmente all'incremento di costi del personale (13,8 mil), manutenzioni e riparazioni di attrezzature sanitarie e infrastruttura informatica (3,2 mil), servizi sanitari, riconducibili principalmente all'acquisto di prestazioni per ridurre le lista d'attesa e libera professione intramoenia (3 mil), ammortamenti coerenti con il piano investimenti (1,8 mil), svalutazioni delle immobilizzazioni e dei crediti (2,1 mil).

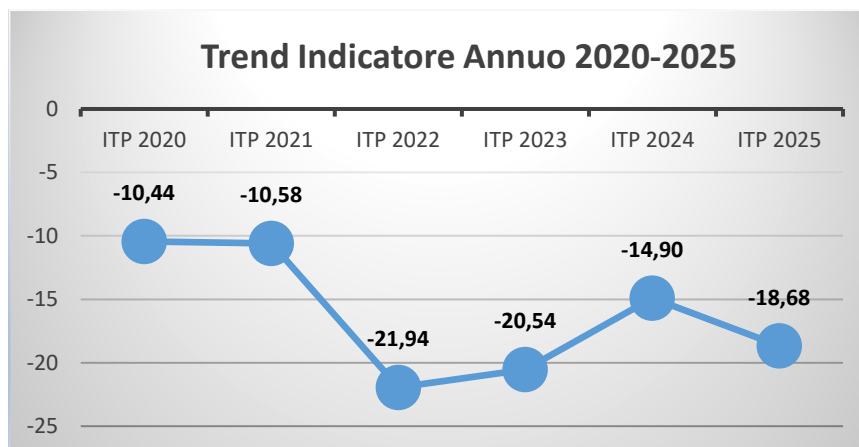
Si rileva inoltre dal lato dei costi una riduzione di 2,6 milioni di euro di beni, dove principalmente l'incremento dei costi per dispositivi e prodotti chimici è compensato dalla riduzione del costo per prodotti farmaceutici e 1,4 milioni di delta rimanenze di magazzino.

Per maggiori dettagli si rinvia alla delibera di adozione del bilancio d'esercizio 2025, DDG n. 918 del 30/04/2026.

4.1.2 Evoluzione dei tempi medi di pagamento

L'indicatore di tempestività dei pagamenti è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture; tale valore viene perciò calcolato a partire dall'importo di ciascun documento corrisposto ai fornitori moltiplicato per i giorni di ritardo o di anticipo rispetto alla scadenza legale, che per gli Enti del SSN è fissata in 60 gg data ricevimento fattura (D.lgs. 231/2002, art. 4, c. 5, lettera b); la somma di tali prodotti viene poi divisa per il totale dei pagamenti.

L'impegno protratto dall'Azienda anche nell'esercizio 2025 nell'azzerare il valore del debito scaduto e nel mantenimento dei tempi medi di pagamento nel rispetto della normativa, attraverso il costante monitoraggio dell'andamento del debito complessivo, sia in termini di riduzione del debito pregresso che di contenimento nella generazione di nuovo scaduto, ha consentito il mantenimento dell'indice ampiamente al di sotto del limite previsto per legge (60gg) e l'azzeramento dell'ammontare del debito scaduto.



Il raggiungimento di queste performance è avvenuto grazie all'attenzione dedicata dalla Direzione al tema dell'efficienza finanziaria con l'introduzione di nuovi strumenti di analisi che hanno permesso e continuano a permettere:

- un monitoraggio tempestivo tramite estrazioni puntuali inviate ai "centri liquidatori" per identificare i documenti prioritari in base alla scadenza.
- un'analisi dettagliata del ciclo di vita delle singole partite, integrando i dati sulla regolarità contributiva (DURC) per pianificare al meglio le liquidazioni.

5 Il processo di redazione della Relazione sulla *performance*

La presente relazione è stata predisposta dalla Direzione con il supporto dell'UOC Controllo di Gestione (relativamente alla performance di livello aziendale ed operativo) e dell'UOC Gestione delle Risorse Umane (relativamente alla performance individuale).

I tempi del processo di redazione della Relazione sulla performance seguiti sono stati definiti per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale dalla DGR n. 140 del 16.2.2016, in base al dettato del d.lgs. 150/2009.

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha analizzato il processo di budget, che è parte essenziale del Ciclo della Performance, verificandone l'effettiva funzionalità in relazione agli obiettivi posti, e ciò per tutte le sue fasi: dalla definizione fino alla valutazione finale, a garanzia dell'impiego di una metodologia corretta e dell'attendibilità dei risultati prodotti.

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

La presente deliberazione e' stata pubblicata in copia all'Albo di questa Azienda Ospedaliera di Padova per 15 giorni consecutivi dal

Il Direttore
UOC AFFARI GENERALI
(Dott.ssa Laura Moretti)

CERTIFICAZIONE DI ESECUTIVITA'

La presente deliberazione e' divenuta esecutiva il 29/6/2026

Il Direttore
UOC AFFARI GENERALI
(Dott.ssa Laura Moretti)

Copia composta di n°108 fogli (incluso il presente) della delibera n. 1308 del 29/6/2026 firmata digitalmente dal Direttore Generale e conservata secondo la normativa vigente presso Infocert S.p.a.

Padova, li

Il Direttore
UOC AFFARI GENERALI
(Dott.ssa Laura Moretti)
