REGIONE DEL VENETO
Azienda Ospedale Università Padova

Delibera del Direttore Generale n. 152 del 30/01/2026

OGGETTO: Adozione del Piano integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 (PIAO) dell'Azienda Ospedale-Università Padova.

NOTE TRASPARENZA: Con il presente Provvedimento si adotta il Piano integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 (PIAO) dell'Azienda Ospedale-Università Padova.

Il Direttore della **UOC Anticorruzione Trasparenza e Internal Auditing** riferisce:

L'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 adottino il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (c.d. PIAO).
La Regione del Veneto, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1717 del 30.12.2022, a seguito dell'introduzione del PIAO e della previsione di adeguamento a livello regionale del piano stesso, ha fornito specifiche indicazioni alle aziende e agli enti del SSR al fine di semplificare e omogeneizzare l'elaborazione di un documento che assorbe una serie di piani già previsti come obbligatori per le pubbliche amministrazioni e che confluiscono, anche in termini di scadenze, nel PIAO.
Il principio che guida la stesura del PIAO risponde alla volontà di superare la molteplicità e la conseguente frammentazione degli strumenti di programmazione introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa e di creare un piano unico di governance.
Infatti il PIAO ha l'obiettivo di favorire l'integrazione tra il ciclo di programmazione e valutazione delle performance aziendali, le strategie anticorruzione, la trasparenza, le scelte di sviluppo organizzativo e lo sviluppo dell'Agenda Digitale, con particolare riferimento al capitale umano, al fine di rafforzare/efficientare gli strumenti di programmazione e di controllo di cui l'amministrazione potrà disporre.
Considerato che, per quanto sopra riportato, il PIAO dell'Azienda è stato predisposto con la collaborazione delle unità operative competenti in materia di risorse umane, trasparenza e anticorruzione, formazione, relazione con il pubblico e controllo di gestione, tenuto conto dell'assetto organizzativo aziendale e avuta ragione degli elementi specifici che lo caratterizzano, nonché, della cura degli interessi e della promozione dello

sviluppo;
Rilevato che il Decreto Legge 9 giugno 2021, n. 80, prevede che entro il 31 gennaio di ciascun anno le pubbliche amministrazioni, di cui all'articolo 1, comma 2, del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, adottino il "Piano Integrato di Attività e Organizzazione" (PIAO), di durata triennale, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della Legge 6 novembre 2012, n. 190, termine confermato da Anac con Comunicato del Presidente del 14 gennaio 2026;
Per le suesposte motivazioni, si propone di adottare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028, allegato al presente Provvedimento quale parte integrante e sostanziale, precisando che lo stesso Piano potrà essere oggetto di eventuali modifiche ed integrazioni sulla base dell'intervento di norme a livello nazionale e in relazione all'organizzazione aziendale.

Tutto ciò premesso

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO della suestesa proposta e accertato che il Direttore della **UOC Anticorruzione Trasparenza e Internal Auditing** ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla conformità con la vigente legislazione statale e regionale;
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. 16 del 26.02.2024.

DELIBERA

1) di adottare Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028 (PIAO) dell'Azienda Ospedale-Università Padova, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
2) di dare atto che il Piano di cui al precedente punto 1) potrà essere oggetto di eventuali modifiche ed integrazioni sulla base dell'intervento di norme a livello nazionale e in relazione all'organizzazione aziendale;
3) di incaricare la UOC Anticorruzione, Trasparenza e Internal Auditing alla pubblicazione del PIAO nel sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente" e alla sua trasmissione al Dipartimento della funzione pubblica, ai sensi dell'art. 6, comma 4 del Decreto Legge

n. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113 .

Il Direttore Generale
F.to Dr. Giuseppe Dal Ben

REGIONE DEL VENETO
Azienda Ospedale Università Padova

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

PIAO 2026-2028

Premessa

Il presente **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026–2028** dell'**Azienda Ospedale – Università di Padova** costituisce lo strumento unico di programmazione e governance attraverso il quale l'Ente, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, e dalle Linee Guida ANAC, definisce in modo coordinato gli obiettivi strategici, le attività operative, l'organizzazione interna, le politiche del personale e le misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il PIAO integra in un quadro unitario i principali strumenti di programmazione aziendale, di seguito elencati, con l'obiettivo di semplificare i processi amministrativi, favorire la coerenza tra missione istituzionale, gestione delle risorse e performance organizzativa, e orientare in modo sinergico le attività sanitarie, didattiche e di ricerca:

- il Piano della Performance che definisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano di Uguaglianza di Genere (Gender Equality Plan - GEP) che definiscono la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale che definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) che definisce gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per realizzare gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione;
- il Documento di Direttive che realizza il raccordo tra gli strumenti di pianificazione e il budget, ai sensi della L.R. 55/1994.

Nel triennio 2026–2028, l'Azienda Ospedale–Università di Padova si propone di consolidare il proprio ruolo di polo di eccellenza clinica, scientifica e formativa a livello nazionale e internazionale, in un contesto caratterizzato da rapidi mutamenti demografici, tecnologici e organizzativi, confermando la volontà di operare secondo i principi di efficienza, trasparenza, innovazione e qualità e ponendo al centro della propria azione il cittadino-paziente e il valore della conoscenza come leva di sviluppo e miglioramento continuo del Servizio Sanitario Regionale.

Il presente PIAO è stato redatto da un gruppo di lavoro aziendale che riunisce i Soggetti responsabili dei singoli documenti di pianificazione riassorbiti nel PIAO.

Il gruppo di lavoro ha proceduto ad aggiornare il presente documento ed i relativi allegati, tenendo conto delle priorità politiche e strategiche dell'Amministrazione e delle indicazioni normative in materia di trasparenza, anticorruzione, performance e gestione delle risorse umane, allo scopo non di produrre una mera collezione di atti bensì un documento unico di programmazione integrata che, partendo dalla definizione di valore pubblico declina obiettivi, misure, responsabilità e tempi di attuazione.

Il PIAO ha validità triennale e viene aggiornato e adottato entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il PIAO dell'Azienda 2026-2028, come previsto dal "piano tipo" ministeriale e dalla DGRV 1717/2022, è composto dalle seguenti quattro sezioni:
– Sezione 1 Scheda anagrafica dell'amministrazione;
– Sezione 2 Valore pubblico, performance e anticorruzione;
– Sezione 3 Organizzazione e capitale umano;
- Sezione 4 Monitoraggio.

Pur nella sua suddivisione strutturata, il PIAO è un documento complesso unitario le cui parti sono tra loro interconnesse. Ciò che lo rende interconnesso è l'orientamento al valore pubblico. La programmazione degli obiettivi e la performance organizzativa dell'Azienda sono orientati alla realizzazione di risultati che possano essere misurati attraverso il miglioramento del livello di benessere dei destinatari delle politiche e dei servizi in cui si esprime il valore pubblico.

Anche le misure generali e specifiche per la prevenzione della corruzione sono funzionali alla creazione di valore pubblico, mirando a proteggerlo.

Il capitale umano e la macchina amministrativa con la sua articolata organizzazione strutturale sono gli artefici principali dei risultati da conseguire nell'ambito di una complessa rete di partnership e di relazioni indispensabili.

Il PIAO 2026-2028 viene redatto esclusivamente in formato digitale e pubblicato sul portale appositamente realizzato dal Dipartimento della Funzione Pubblica (https://piao.dfp.gov.it/) e sul sito istituzionale dell'Azienda in area Amministrazione Trasparente sotto la voce "atti generali", oltre alle ulteriori sotto-sezioni specifiche mediante link di rinvio.

INDICE

PREMESSA

SEZIONE 1. Schema anagrafica dell'amministrazione **5**

SEZIONE 2: Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione **12**

2.1 – Valore Pubblico **12**

2.2 - Performance **17**

2.3 – Rischi corruttivi e trasparenza **43**

SEZIONE 3: Organizzazione e Capitale Umano **74**

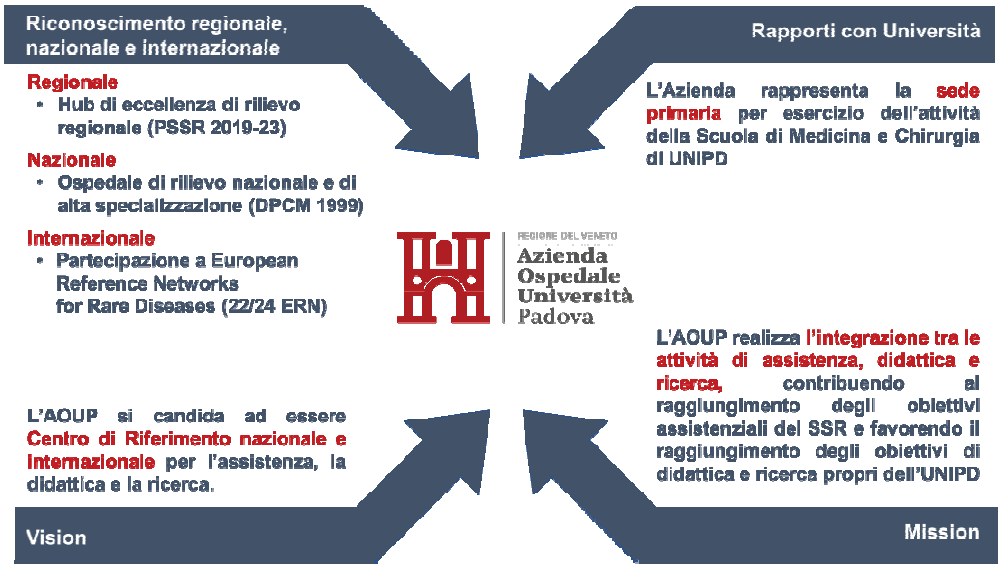
SEZIONE 4: Monitoraggio **95**

ALLEGATI **98**

SEZIONE 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

1.1 - Premessa

L'AOUP, complesso ospedaliero sito a Padova in via Giustiniani 2, è stata istituita quale Azienda Ospedaliera in applicazione della Legge Regionale n. 56 del 14 settembre 1994 a decorrere dal 1° gennaio 1995 a seguito dello scorporo dall'ex ULSS 21 di Padova ed è stata riconosciuta come Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08.01.1999.
L'Azienda è individuata dal Piano Socio Sanitario 2019-2023 quale Hub di eccellenza di rilievo regionale. Gli hub regionali sono qualificati dalla presenza di alte specializzazioni e garantiscono, grazie alla presenza delle tecnologie più innovative, le competenze necessarie per la gestione delle casistiche più complesse. Essi sono caratterizzati dalla sinergica cooperazione 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.
Essa è, inoltre, identificata come l'Azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra Servizio Sanitario Regionale (SSR) e Università di Padova (UNIPD) dal 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 approvato con la Deliberazione del Consiglio Regionale n. 151 del 14 novembre 2017.
Tale atto identifica l'AOUP quale sede primaria per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra i due Enti.
Per quanto riguarda l'attività di ricerca, presso l'Università di Padova, e in particolare la Scuola di Medicina e Chirurgia, viene svolta un'attività di ricerca di base, ricerca clinica e traslazionale, la cui entità e qualità collocano l'Università di Padova ai primi posti nelle classifiche nazionali e tra i primi d'Italia in quelle Internazionali.
Va, inoltre, evidenziato che l'AOUP si colloca al primo posto in ambito regionale per numero di studi clinici: il 25% delle ricerche venete con farmaco o dispositivo medico sono padovane.
In relazione all'integrazione delle attività assistenziali con quelle di didattica e ricerca, l'AOUP ha definito la propria missione come segue: "L'AOUP, quale Ospedale Hub di eccellenza di rilievo regionale nonché azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra SSR e UNIPD, realizza *l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca propri dell'UNIPD e della Scuola di Medicina e Chirurgia.*
Il ruolo di centro Hub all'interno delle reti cliniche conferisce all'AOUP anche una connotazione territoriale.
L'AOUP garantisce tutte le attività assistenziali in un processo che include in modo inscindibile le attività di didattica e di ricerca.
L'inserimento nelle reti europee e la partecipazione alle collaborazioni internazionali conferiscono all'AOUP una dimensione e un riconoscimento di tipo sovranazionale".
La **visione** dell'AOUP è la seguente: *"L'AOUP si candida ad essere Centro di Riferimento nazionale e internazionale per l'assistenza, la didattica e la ricerca".*



Il ruolo di Hub di eccellenza di rilievo regionale per l'AOUP trova conferma anche nel numero significativo di Centri e Strutture riconosciuti dalla Regione.
Più in particolare, sono riconosciuti:

- n. 50 Centri Regionali Specializzati (DGR n. 2707/2014; 215/2015; 1532/2022);
- n. 14 Centri Regionali (individuati mediante specifici provvedimenti regionali);
- n. 10 Strutture di riferimento regionale (di cui 8 definiti dalla DGR n. 614/2019).

AOUP si qualifica inoltre come uno dei più importanti prestatori di assistenza nella gestione dei pazienti affetti da **patologie rare**: questo ha permesso di aderire a ben 22 dei 24 network europei sulle malattie rare (ERN) risultando tra i primi Ospedali in Europa per numero di partecipazioni a tali Network. Inoltre, vengono trattati tutte le tipologie di tumori nonché patologie complesse anche attraverso l'utilizzo di tecniche innovative (sia chirurgiche che farmacologiche).
Inoltre va evidenziato che **l'area pediatrica** offre tutte le specialità mediche e chirurgiche e per alcune di esse rappresenta un punto di riferimento non solo regionale ma anche dell'intero Triveneto (es. Nefrologia Pediatrica, Neurochirurgia Pediatrica, etc.).
Inoltre, con riferimento a tale area va evidenziato che la DGR n. 3318 del 03 novembre 2009 ha riconosciuto l'AOUP quale Polo di terzo livello nell'ambito della rete ospedaliera integrata per la gestione del neonato critico e del bambino in emergenza e urgenza. Inoltre, l'AOUP è individuata polo di classe ***** (struttura con numero parti > 2000 e punto di accoglimento per il servizio di trasporto d'emergenza del neonato) riferimento per le province di Belluno, Treviso, Venezia e Padova. La successiva DGR n. 95 del 2 febbraio 2025 ha riconosciuto l'AOUP quale Centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura della patologia pediatrica complessa generale e specialistica ai sensi della Legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48,"Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023".

- **Trapianti**
  - Cuore (adulto/pediatrico)
  - Fegato (adulto/pediatrico)
  - Polmone (adulto/pediatrico)
  - Rene (adulto/pediatrico)
  - Rene/pancreas (adulto)
  - Midollo autologo (adulto/pediatrico)
  - Midollo allogenico (adulto/pediatrico)
  - Insule pancreatiche (adulto)
- **Malattie Rare** (riconoscimento di 22 su 24 ERN)
- **Trasporto neonatale**
- **Centro Regionale Bambino Maltrattato**

Tra le attività ad alta complessità assistenziale erogate rientra quella trapiantologica per la quale l'AOUP propone un programma completo di trapianto di organo solido sia per pazienti adulti che pediatrici riguardante cuore, fegato, polmoni, rene e pancreas. Inoltre, è presente anche un' importante attività di trapianto di cellule staminali ematopoietiche con trapianto autologo per entrambe le tipologie di pazienti e allogenico in questa fase solo per i pazienti pediatrici; per il trapianto allogenico per paziente adulto è stato sviluppato il Programma Trapianto Metropolitano con l'Azienda ULSS n. 3 Serenissima. È stata avviata, in fase sperimentale, l'attività di trapianto di microbiota intestinale ed è stato attivato il trapianto delle insule pancreatiche, in questa prima fase per i pazienti adulti.

PAZIENTI DIMESSI	2021	2022	2023	2024	2025*
TOTALE TRAPIANTI	**399**	**445**	**518**	**516**	**529**
TOTALE TRAPIANTI ORGANI SOLIDI	**307**	**365**	**436**	**435**	**424**
Cuore	25	24	43	49	26
Fegato	88	106	122	118	129
Pancreas	4	-	1	-	1
Polmone	23	43	52	44	34
Rene	153	185	200	211	224
Rene-pancreas	14	7	15	8	10
Insule pancreatiche	-	-	3	5	-
TOTALE TRAPIANTI DI MIDOLLO	**92**	**80**	**82**	**81**	**105**
Trapianto Midollo Allogenico	20	23	26	31	48
Trapianto Midollo Autologo	72	57	56	50	57

* preconsuntivo

L'organizzazione e il funzionamento dell'AOUP sono disciplinati dall'Atto Aziendale, adottato in via definitiva con DDG n. 2620 del 24 dicembre 2025, a seguito della sua approvazione da parte della Direzione Regionale Area Sanità e Sociale avvenuta con il Decreto n. 140 del 30 settembre 2025.

L'Atto Aziendale definisce la missione, la visione, i principi e il sistema di valori che devono essere diffusi e condivisi per orientare e sostenere le azioni e i comportamenti dei singoli e dell'organizzazione e le relazioni con i gruppi portatori di interessi. Definisce i principi generali di organizzazione e delle articolazioni di governo dell'Azienda. Disciplina, inoltre, i livelli di competenza e responsabilità, distinguendo le funzioni di indirizzo strategico da quelle di produzione e supporto dell'Azienda.

Per quanto riguarda l'organizzazione aziendale si rinvia alla Sezione 3 "Organizzazione e Capitale Umano".

L'Azienda, con i suoi 1.740 posti letto definiti dalla programmazione regionale (DGR n. 614/2019), risulta essere una tra le più grandi strutture ospedaliere d'Italia. Vi si effettuano oltre 68 mila ricoveri all'anno, tra ricoveri in regime di degenza ordinaria e in day hospital, circa 160 mila accessi al Pronto Soccorso e più di un milione e 643 mila prestazioni ambulatoriali (escluse le prestazioni di laboratorio).
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.

1.2 L'Assistenza Ospedaliera

Il ruolo di Hub di eccellenza di rilievo regionale e la presenza di tutte le specialità medico chirurgiche, sia nell'area dell'adulto sia in quella pediatrica, fa sì che all'AOUP si rivolga un significativo numero di pazienti con patologie che richiedono un'alta complessità assistenziale.
Di seguito si riportano alcuni dati (per il 2025 il dato è di pre-consuntivo, fornito da Azienda Zero) utili a rappresentare i consistenti volumi e valori di attività che caratterizzano la realtà assistenziale dell'AOUP, con specifica attenzione riguardo a:

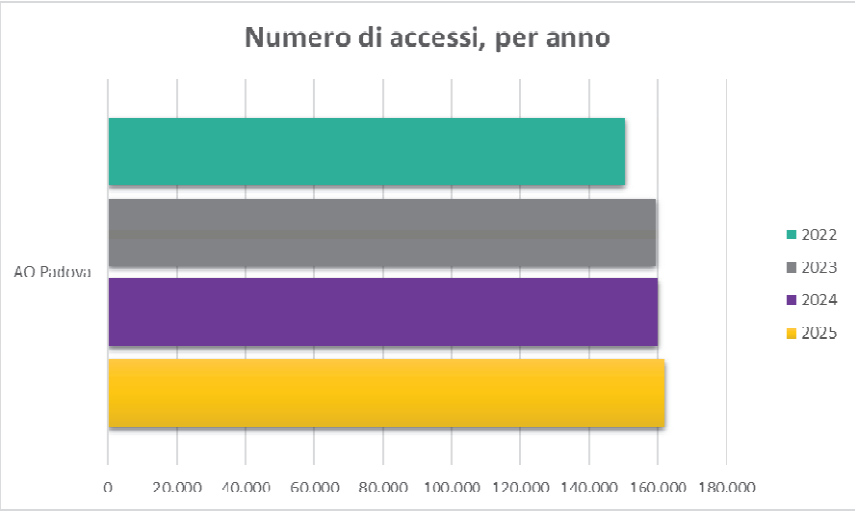
- accessi in Pronto Soccorso;
- interventi chirurgici;
- dimissioni (ordinarie e diurne);
- specialistica ambulatoriale;
- altri indicatori.

1.2.1 Pronto Soccorso

Gli accessi al Pronto Soccorso sono incrementati dell'1% rispetto al 2024. Gli accessi sotto riportati riguardano i tre punti di accesso: Pronto Soccorso Centrale, Pronto Soccorso presso l'Ospedale Sant'Antonio e Pronto Soccorso Pediatrico.
Da rilevare che il 67% degli accessi all'ingresso in PS (triage) sono identificati come "bianco" o "verde", quindi con una minore gravità e minore priorità di intervento.

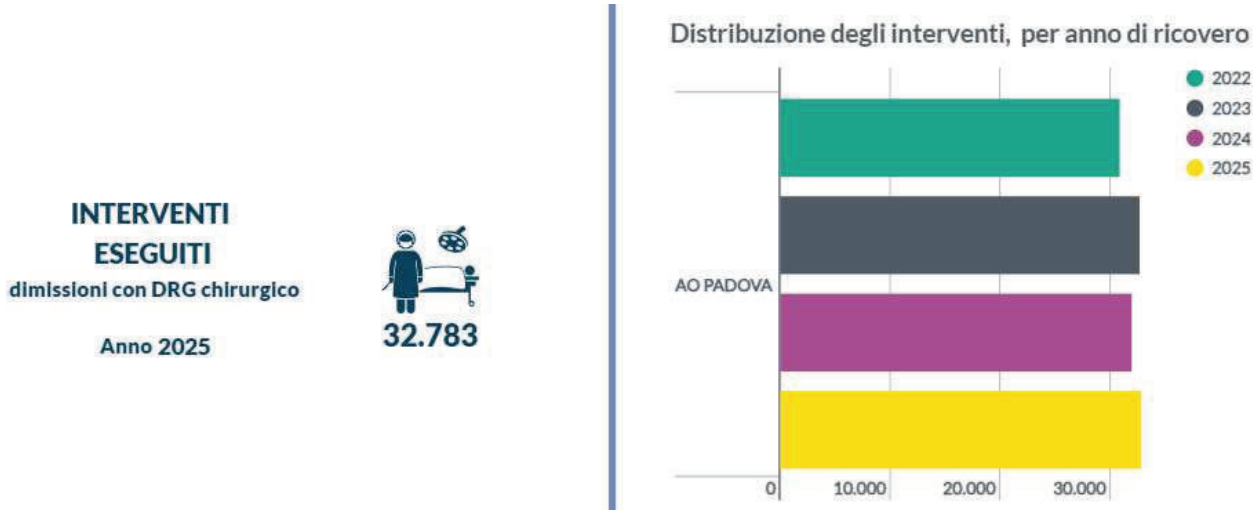


Fonte: infografica Azienda Zero da flussi APS



1.2.2 Interventi Chirurgici

Si riporta di seguito un grafico che illustra l'andamento degli ultimi quattro anni degli interventi chirurgici effettuati in AOUP.



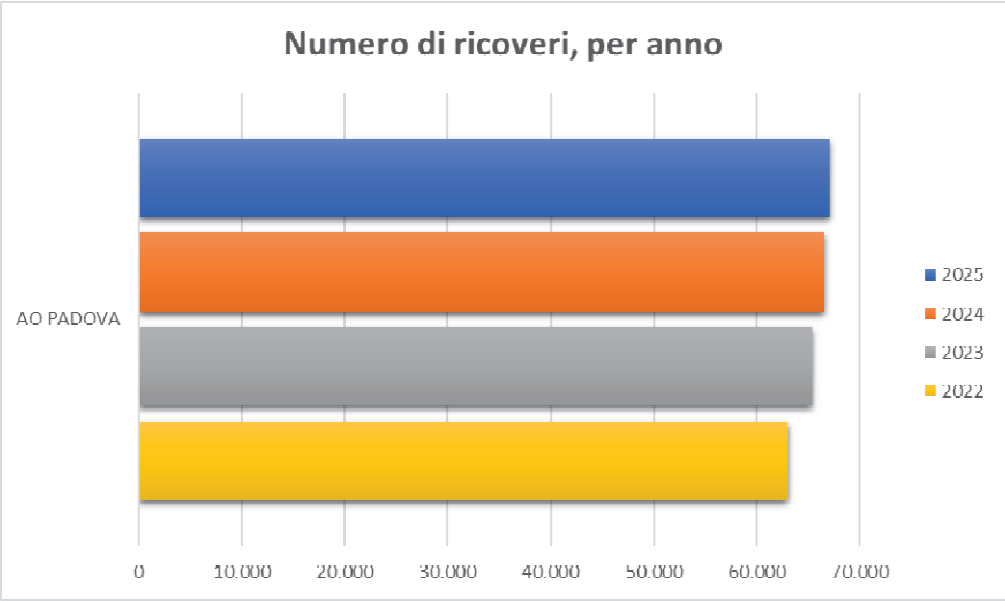
Fonte: infografica Azienda Zero, flussi SPS (periodo: dicembre 2024-novembre 2025)

Il trend dei ricoveri con DRG chirurgico è in lieve incremento rispetto agli anni precedenti.

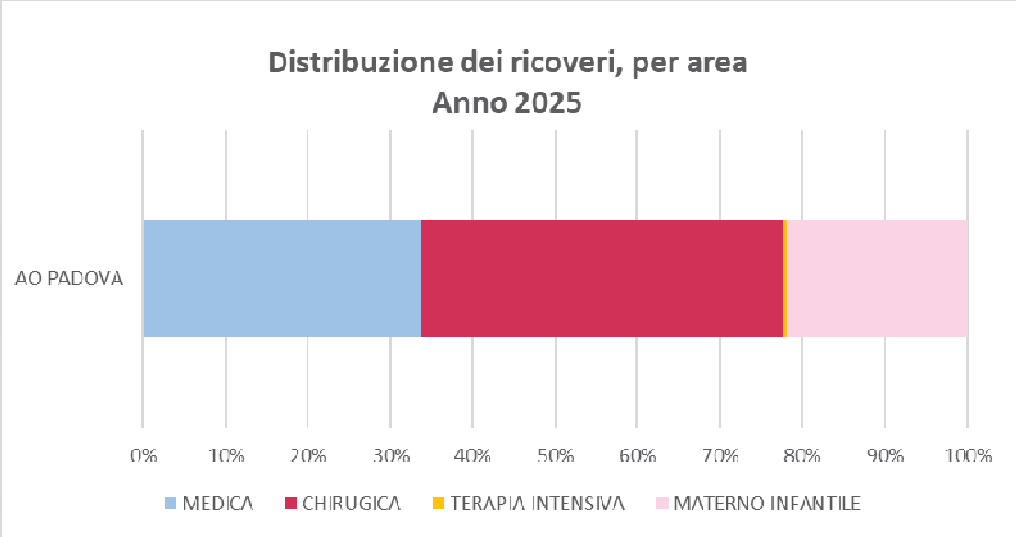
1.2.3 Ricoveri

Il dato di pre-consuntivo relativo al volume di ricoveri (esclusi i neonati sani) nel 2025 è pari a 67.109, con un incremento dell'1% rispetto al 2024 e del 6,6% rispetto al 2022.





Distribuzione dei ricoveri per area:

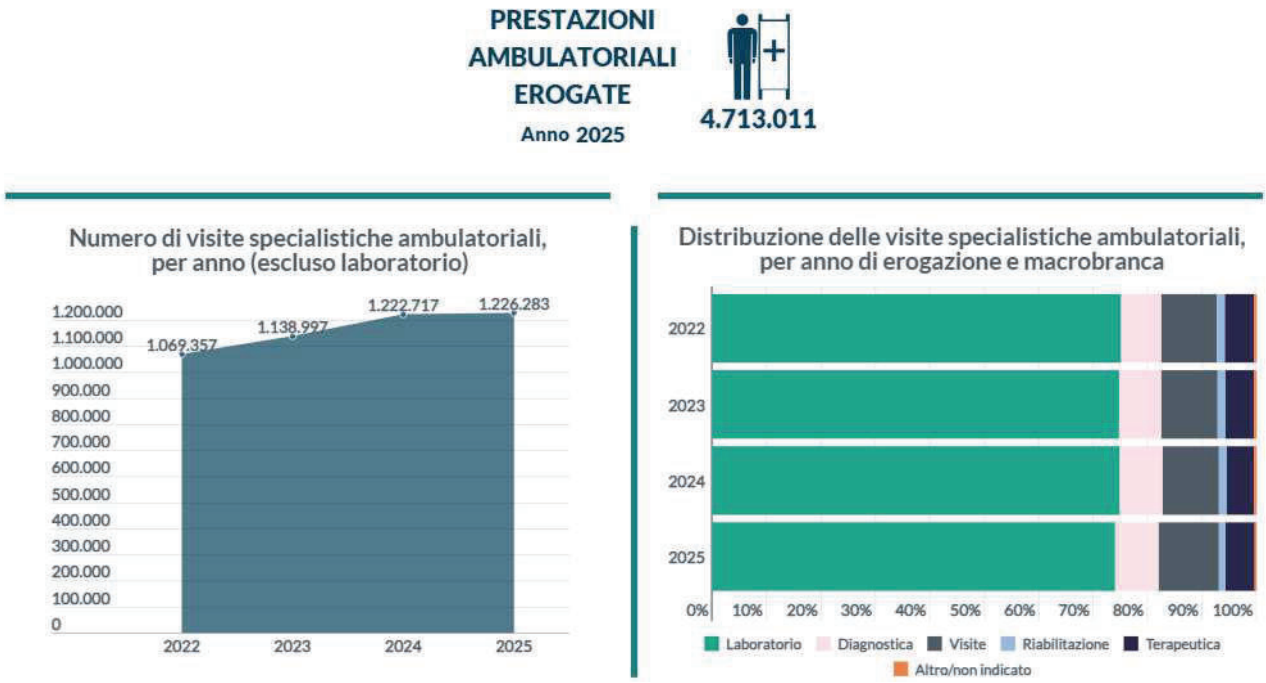


Fonte: Qlik ricoveri – esclusi DRG 391

Dalla distribuzione dei ricoveri per area, risulta il 44% di ricoveri chirurgici, il 34% medici e il 22% di area materno-infantile.

1.2.4 L'Assistenza Specialistica

Relativamente all'attività di specialistica ambulatoriale, le prestazioni per esterni erogate nel 2025 sono circa 4,7 milioni, di cui 1,2 milioni di visite specialistiche ambulatoriali (escluso laboratorio), che incrementano di 0,3% rispetto al 2024. L'andamento 2025 delle prestazioni di specialistica risente dell'applicazione del nuovo tariffario (Catalogo Veneto Prescrivibile), che ha comportato non solo una revisione delle tariffe, ma anche della codifica delle prestazioni sanitarie, rendendo, in questo modo, poco confrontabili i volumi rispetto agli altri anni, soprattutto per l'area del laboratorio.



Fonte: infografica Azienda Zero, flussi SPS

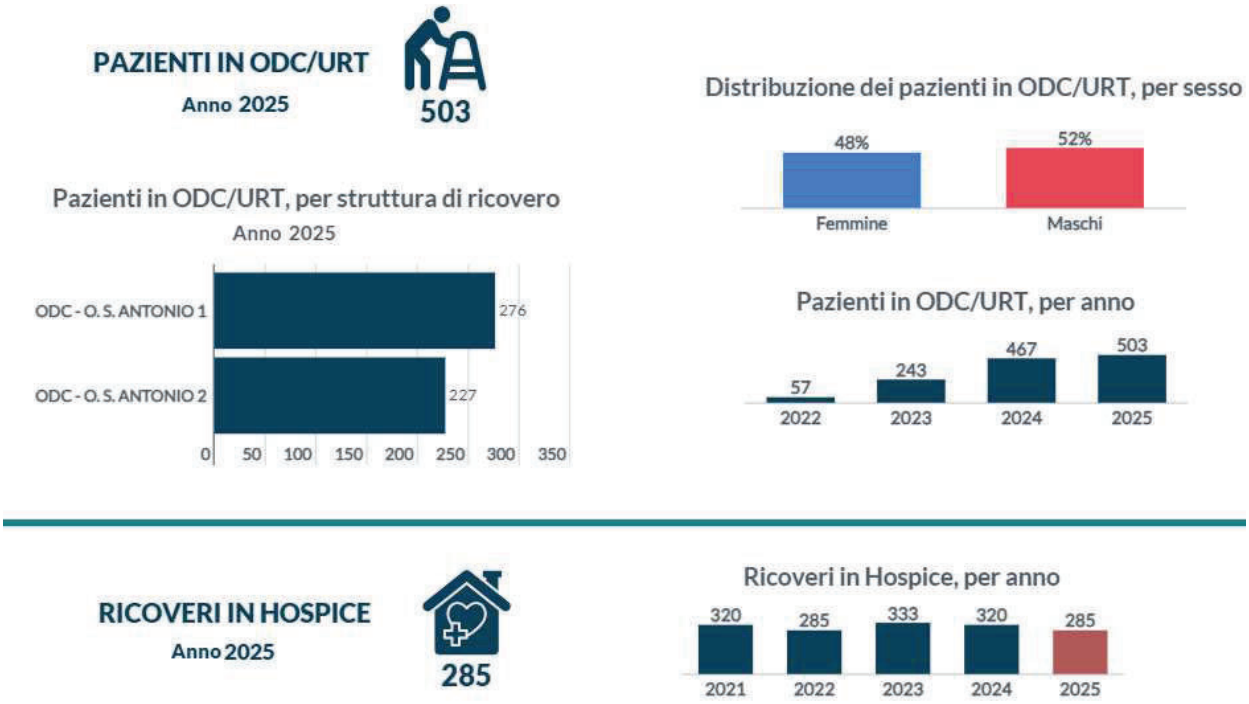
1.2.5 L'Assistenza Distrettuale

Assistenza nelle strutture intermedie

Le strutture intermedie sono tipiche delle Aziende territoriali ma anche l'AOUP dispone di alcune strutture con queste caratteristiche: l'Hospice Pediatrico-Centro Regionale per il Bambino Maltrattato e l'Ospedale di Comunità (ODC); quest'ultimo, attivato il 18/10/2022 (DDG n. 2131 del 14/10/2022) con 28 PL ubicati al 9° Piano del Sant'Antonio, è stato successivamente implementato nel 2024 con ulteriori 22 PL ubicati all'8° Piano del Sant'Antonio, incrementando l'attività come dai grafici sotto riportati. Ad oggi l'ODC opera a pieno regime.

L'Hospice Pediatrico, Centro di Riferimento Regionale per le Cure Palliative e Terapia del Dolore Pediatriche della Regione Veneto, garantisce la continuità assistenziale, offre risposta di alta complessità e specializzazione durante tutto il percorso di malattia indipendentemente da dove la malattia viene vissuta (casa, ospedale, hospice) tramite una equipe disponibile 24 ore al giorno, multidisciplinare ed interistituzionale in grado di rispondere con competenza e flessibilità ai molteplici bisogni che la malattia determina.

Nel 2025 per l'Hospice Pediatrico si registra una leggera flessione nei volumi dei bambini seguiti in regime di ricovero, ma si evidenziano una maggiore complessità della casistica ed una maggiore presa in carico dei pazienti, seguiti anche a domicilio. Risulta infatti un incremento del 9% delle giornate di presa in carico e dell'11% dei nuovi pazienti presi in carico.



SEZIONE 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 – Valore pubblico

Prima di esplicitare le strategie aziendali, risulta necessario definire il contesto sociale, macroeconomico e di programmazione nazionale e regionale in cui opera l'Azienda.
Con la riforma della legge di contabilità n. 196 del 2009 operata dalla legge n. 163/2016, sono stati introdotti nell'ordinamento italiano 12 indicatori relativi al Benessere Equo e Sostenibile (BES), al fine di valutare il progresso di una società non solo dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale. Questi infatti sono corredati da misure di disuguaglianza e sostenibilità, che quantificano la distribuzione del reddito disponibile e la sostenibilità ambientale del benessere. Al fine di allineare la normativa nazionale in materia di contabilità e finanza pubblica alle nuove regole della governante economica europea, le analisi e le proiezioni svolte nell'ambito degli indicatori BES sono state incluse tra gli strumenti di programmazione e valutazione della politica economica nazionale. Gli indicatori del Benessere Equo e Sostenibile (BES) sono dunque un sistema di misure sviluppato da ISTAT e CNEL per affiancare il PIL, valutando progresso economico, sociale e ambientale tramite 12 dimensioni (Salute, Istruzione, Lavoro, ecc.), con un set specifico di indicatori chiave introdotti in via sperimentale dalla Legge 169/2009 e resi obbligatori nel Documento di Economia e Finanza (DEF) dalla Legge 163/2016 (riforma della L. 169/2009), che misura anche disuguaglianze e sostenibilità a lungo termine, integrando dati oggettivi e soggettivi per una visione completa del Paese.



Oltre agli indicatori monetari, ci sono quelli relativi alla salute, istruzione, lavoro, sicurezza personale, rapporto tra cittadino e amministrazione pubblica, sostenibilità ambientale.
Soffermandosi all'ambito della salute, i due indicatori sono: speranza di vita e buona salute alla nascita, eccesso di peso. La Regione Veneto, nel Documento di Economia e Finanza Regionale 2025-2027 (DACR n. 98 del 27/11/2024), con la nota di aggiornamento del DEFR 2025-2027 (PDA 87 dell'11.12.2024; ad oggi non risulta ancora approvato il nuovo DEFR 2026-2028), ha evidenziato la crescita del primo indicatore, che si attesta a 62,3 anni (superiore al dato nazionale, 59,2). Relativamente al secondo indicatore, migliora scendendo a 43,8% l'incidenza delle persone adulte in sovrappeso (in Italia 44,6%).
Inoltre nell'ambito delle politiche programmatiche, è fondamentale tener presente l'attuale contesto internazionale contraddistinto da dinamiche non sempre prevedibili, che impattano sugli scenari macroeconomici e sociali; si pensi ai conflitti bellici prima in Ucraina, poi in Libano ed in Siria ed infine nella Striscia di Gaza.
Il contesto economico, sia a livello globale che nazionale, è tornato ad essere caratterizzato da segnali di debolezza e soggetto a rischi di natura geopolitica. Il PIL regionale è cresciuto dello 0,5% nel 2024, 0,8% nel 2025 e crescerà dello 0,9% nel 2026, dati superiori alla media nazionale e nonostante le difficoltà del mercato tedesco, partner chiave dell'export Veneto.
In tale contesto la Regione Veneto, confermando la resilienza del sistema economico agli shock esogeni, continuerà a rafforzare alcuni ambiti: dal trasporto all'energia, dalla sanità di eccellenza al suo radicamento nel territorio, dal turismo alla tutela dell'ambiente.
Nell'ambito sanitario è da tener conto della recente approvazione da parte del Consiglio dei ministri, il 16/01/2026, di un Disegno di legge di delega che punta a riscrivere l'architettura dell'assistenza territoriale e ospedaliera e, più in generale, il modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale. Si punta a rielaborare il disegno del SSN entro il 2026. L'obiettivo è integrare ospedale e territorio, creando nuove categorie di strutture e reti tempo-dipendenti. Il Servizio Sanitario deve tener conto

del progressivo invecchiamento della popolazione adottando soprattutto politiche di prevenzione. La riforma interviene anche su digitale, cronicità e salute mentale (si pensi al crescente disagio giovanile).
Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza rappresenta uno strumento fondamentale per il rilancio strutturale dell'economia italiana. È costituito da riforme ed investimenti finalizzati a raggiungere gli obiettivi strategici del Regolamento (UE) 2021/241. I progetti di investimento sono raggruppati in 7 missioni: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, mobilità sostenibile, istruzione e ricerca, inclusione e coesione, salute e RePower Eu.
Con riferimento all'attività svolta in tale ambito dalla Regione Veneto, al fine di assicurare il corretto presidio dell'attuazione del PNRR, con DGR n. 950/2021, sono stati definiti l'organizzazione del coordinamento tecnico ed il monitoraggio costante dei progetti regionali finanziati dal PNRR, a cui aderisce anche questa Azienda.
Tutte queste linee di azione sono collegate in un quadro di sviluppo sostenibile, che ricorda come solo una prospettiva sistemica e coerente permetta l'integrazione degli strumenti di programmazione per raggiungere il miglioramento del benessere collettivo.
Nel Documento Economia e Finanza Regionale 2025-2027 (DACR n. 98 del 27/11/2024), con la nota di aggiornamento del DEFR 2025-2027 (PDA 87 dell'11.12.2024), la Regione definisce le politiche che intende perseguire nel triennio suddividendole in missioni.
Nello specifico in materia di tutela della salute, assumono una rilevanza fondamentale, anche per l'Azienda Ospedale-Università Padova, le risorse del PNRR, che si completerà nel 2026. In quest'ambito sono compresi gli investimenti di tipo infrastrutturale, che prevedono varie tipologie di intervento, come l'adeguamento antisismico delle strutture ospedaliere, il potenziamento e l'ammodernamento tecnologico delle strutture ospedaliere esistenti, la realizzazione di ospedali di comunità.
Altri interventi del PNRR, legati allo sviluppo dell'assistenza domiciliare, prevedono, nell'ambito di una rete di cure coordinate, una maggior diffusione della telemedicina, che può consentire l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso delle reti di telecomunicazione e di dispositivi digitali, all'interno di un quadro di sostenibilità non solo economica e sociale, ma anche ambientale.
Questa Azienda, quindi, oltre ad aver implementato le prestazioni in telemedicina, ha aderito ai progetti regionali di digitalizzazione dei DEA, del Fascicolo Sanitario Elettronico e della formazione.
Richiamando il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2019-2023, viene ribadita l'importanza del miglioramento dell'integrazione di luoghi di cura, professioni e risorse: in quest'ambito rientrano gli interventi di potenziamento dell'assistenza territoriale, dell'integrazione ospedale-territorio, del miglioramento dell'appropriatezza in ambito farmaceutico e specialistico.
Al fine di garantire la sostenibilità economico-finanziaria del sistema e offrire un'assistenza più conforme ai nuovi bisogni della popolazione, rimane fondamentale il miglioramento dell'efficienza gestionale e amministrativa del SSR e la garanzia della risposta ai fabbisogni assistenziali, mantenendo l'alto livello qualitativo dei servizi erogati, in riferimento alla qualità delle attività di cura e assistenza e al livello di organizzazione della rete dei servizi alla persona.
È necessaria una riorganizzazione dei servizi e una revisione delle figure sanitarie coinvolte nei processi organizzativi e lo sviluppo di strumenti per far fronte alla nota carenza di personale sanitario.

Sulla base delle stime e dei documenti dei principali organismi sovranazionali (OMS e Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) si prevede che nei prossimi anni si assisterà ad una notevole carenza di personale sanitario e assistenziale, prevalentemente per il profilo professionale dell'infermiere. I macro-fattori che concorrono a questo fenomeno sono: da una parte la diminuzione del numero di lavoratori dovuta alla previsione di un numero molto elevato di uscite di tale personale operante nel Servizio Sanitario per quiescenza e dimissioni inattese; dall'altra l'aumento di richiesta di prestazioni sanitarie (popolazione sempre più anziana, aumento patologie croniche, aumento delle aspettative dei pazienti nei confronti del SSN).
A tal fine, con la DGR n. 960 del 13/08/2024, la Regione Veneto ha approvato il Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto. Il Piano prevede una serie di azioni, che sono state avviate nel 2025, tese a prevenire e superare queste criticità: attuare strategie di promozione di stili di leadership; valorizzare le competenze avanzate del personale; realizzare una piattaforma per la gestione delle mobilità inter-aziendali del SSR; implementare strategie di attraction e retention nelle aree e nei settori disagiati; prevenire il burn out e il disagio psicologico del personale dipendente.
Altra importante tematica è quella relativa agli interventi finalizzati alla riduzione delle liste di attesa per le prestazioni richieste, anche alla luce delle nuove caratteristiche della domanda di prestazioni, con una popolazione sempre più anziana e con l'aumento delle patologie croniche.
Il DEFR 2025-2027 riassume nella seguente tabella gli obiettivi strategici regionali relativi alla missione 13 e, per ognuno di essi, i rispettivi obiettivi operativi:

GLI OBIETTIVI REGIONALI

OBIETTIVI STRATEGICI	OBIETTIVI OPERATIVI PRIORITARI
Rafforzare gli interventi di mitigazione del rischio con più prevenzione sanitaria.	Rafforzare i servizi territoriali e lo sviluppo integrato delle case di comunità, delle Centrali Operative Territoriali e il potenziamento delle cure domiciliari, in un'ottica di accessibilità, anche attraverso la digitalizzazione e la telemedicina.
	Attuare la Missione 6 componenti investimento 1 e 2 del PNRR.
	Avviare la definizione di percorsi di prevenzione integrabili nei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per la riduzione delle malattie croniche.
Valorizzare, modernizzare ed efficientare la PA e gli strumenti di programmazione.	Garantire la governance regionale per l'erogazione dell'assistenza farmaceutica, protesica e dei Dispositivi Medici promuovendo la sicurezza e la prossimità delle cure, nel rispetto dei vincoli finanziari.
	Programmare interventi per fronteggiare la carenza di professionisti sanitari nel SSR.
	Garantire la sostenibilità e l'equilibrio economico finanziario del Sistema Sanitario Regionale.

Contestualizzando alla realtà ospedaliera il concetto di valore pubblico, non si può non vedere come la complessa attività dell'Azienda concorra in modo assai incisivo a definire i livelli di salute e benessere della popolazione degli utenti, con ricadute significative anche sull'ambiente e sul livello complessivo di benessere economico e sociale di tutti gli stakeholders interessati. Per l'Azienda Ospedale-Università Padova (in seguito AOUP), tale concetto si traduce nella promozione dei migliori livelli di salute e di benessere complessivo attraverso l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari.
Risulta fondamentale ricordare che l'Azienda Ospedale-Università Padova, quale parte del SSR e SSN ed in relazione alla sua matrice istituzionale di integrazione con l'Università, assume, come definito e dettagliato nell'atto aziendale (DDG n. 2620/2025), i seguenti valori di riferimento, che orientano la programmazione strategica e la gestione delle proprie attività:

- centralità della persona;
- equità;
- qualità dell'attività assistenziale;
- qualità dell'attività amministrativa;
- didattica e formazione;
- ricerca e innovazione;
- eticità;
- trasparenza;
- sostenibilità.

Seguendo la mission aziendale che definisce questa Azienda quale centro Hub di eccellenza di rilievo regionale, l'AOUP realizza l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca propri dell'UNIPD. Il ruolo di centro Hub all'interno delle reti cliniche conferisce all'AOUP anche una connotazione territoriale e l'inserimento nelle reti europee e la partecipazione alle collaborazioni internazionali ne conferiscono una dimensione e un riconoscimento di tipo sovranazionale.
Seguendo quindi le direttive nazionali e regionali e in linea con la mission e la vision aziendali, si riportano di seguito le strategie che l'AOUP intende perseguire per incrementare il valore pubblico:

1. perseguimento dei programmi strategici prioritari;
2. crescita del livello di qualità dell'assistenza;
3. miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi;
4. sostenibilità.

1) All'interno dei **programmi strategici prioritari** nazionali/regionali si collocano le riforme inserite nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che, per la missione salute si articolano in due componenti:

- le reti di prossimità, strutture intermedie (Ospedali di Comunità) e telemedicina per l'assistenza sanitaria;
- innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Come sopra esposto, questa Azienda quindi risulta coinvolta nel PNRR con il continuo sviluppo della telemedicina, l'implementazione e lo sviluppo dei sistemi informatici (Fascicolo Sanitario Elettronico, Sistema Informativo Ospedaliero) e la formazione.
In linea con le direttive nazionali e regionali grande attenzione viene rivolta ai tempi di attesa, sia per l'area ambulatoriale sia chirurgica. L'AOUP intende proseguire con le azioni volte a "ridurre i tempi di attesa, semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte degli specialisti in caso di patologie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici."
All'interno dei programmi strategici aziendali si colloca l'iter di riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per l'area tematica "Pediatria".
Rientrano in quest'area anche i grandi investimenti in fase di realizzazione, quali il nuovo Ospedale di Padova Est, la chiusura dei lavori della nuova Pediatria con il trasferimento delle attività, l'attivazione di un RMN 7Tesla, il nuovo Hospice Pediatrico.

2) Fondamentale per l'Azienda è **garantire un alto livello di qualità dell'assistenza**, sia in termini di eccellenza dei contenuti professionali, sia sotto il profilo dell'umanizzazione delle cure. In quest'ambito l'AOUP aderisce alla campagna "La tua voce per una sanità migliore", promossa dalla Regione Veneto, in collaborazione con la Scuola S. Anna di Pisa, sviluppando una serie di progetti che

hanno la finalità di valorizzare il contributo, facilitandone la partecipazione, dei cittadini e di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità. Questo si concretizza con indagini sulla qualità percepita per i pazienti ricoverati e sul clima organizzativo, al fine di pianificare eventuali azioni e interventi mirati a migliorare da una parte l'esperienza di ricovero nella struttura ospedaliera per i pazienti e dall'altra il clima aziendale creando condizioni di benessere organizzativo.
Il mantenimento degli alti livelli di qualità dell'assistenza è intrinseco peraltro all'esercizio del ruolo Hub regionale e di polo di attrazione per i pazienti, anche a livello nazionale e sovranazionale. In tal senso risultano di supporto lo sviluppo delle competenze tecniche-professionali, la ricerca e l'innovazione sui servizi.
L'alto livello di performance dell'assistenza, che l'Azienda intende garantire, viene misurato dai sistemi di valutazione nazionali, tra cui il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), il Progetto Bersaglio del S. Anna di Pisa ed il Piano Nazionale Esiti (PNE); questi valutano l'efficacia nella pratica, l'appropriatezza clinico-organizzativa, la sicurezza e l'equità di accesso alle cure, mediante lo studio della variabilità (analisi comparativa) dei processi e degli esiti dell'assistenza sanitaria garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nell'ambito dei LEA.

3) Al fine di garantire la sostenibilità economico-finanziaria del sistema offrendo un'assistenza adeguata ai nuovi bisogni della popolazione, si intende perseguire la linea strategica regionale di **miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza gestionale e amministrativa,** perseguendo obiettivi di ottimizzazione dei processi che permettano il controllo e contenimento del costo di acquisto dei beni sanitari (farmaci, dispositivi, diagnostici in vitro), una maggiore produttività delle apparecchiature ed in generale il più efficiente uso delle risorse, comprese ovviamente quelle di tipo energetico. Grande attenzione è altresì dedicata alla gestione del personale e alle politiche di formazione, con l'attuazione del Piano regionale di contrasto alla carenza di personale (DGR n. 960/2024).

4) L'AOUP mira a sviluppare politiche gestionali attente ai problemi di **sostenibilità** ambientale, economica e sociale, con particolare attenzione al benessere organizzativo, al rispetto dei principi di pari opportunità e al contrasto di qualsiasi forma di discriminazione. Dal punto di vista ambientale, risulta di fondamentale importanza il reporting di sostenibilità, un'attività complessa e continua, che non si ferma alla semplice analisi degli impatti, ma che, con il costante coinvolgimento degli stakeholders, suggerisce le azioni che l'azienda deve mettere in campo per migliorare la performance ambientale (prioritizzazione), anche attraverso il confronto tra le varie annualità del bilancio di sostenibilità ambientale (2022, 2023, 2024) e il confronto con gli impatti materiali dei più importanti ospedali al mondo autori anch'essi di reporting di sostenibilità.

2.2 – Performance

Nella programmazione triennale assumono importanza fondamentale gli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi definiti annualmente dalla Giunta regionale. Con DGR n. 1524 del 20/11/2025, la Regione dispone che nelle more della determinazione di tali obiettivi per il 2026, "si ritiene di proporre tra i temi di valutazione per l'anno 2026 anche gli obiettivi già individuati per il 2025 correlati al Nuovo Sistema di Garanzia, al perseguimento PNRR Missione 6 ed alla sostenibilità economica del miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie, in quanto oggetto di misurazioni continuative anche ministeriali". In attesa quindi della definizione degli obiettivi regionali per il 2026, l'AOUP opererà in continuità rispetto a quelli già

individuati con DGR n. 1557 del 30/12/2024, con le disposizioni e le progettualità che via via saranno adottate dalla Regione e considerando le linee strategiche che questa Azienda ritiene prioritarie.
Per contestualizzare le attività e gli obiettivi che questa Azienda si è data, va dunque considerato il contesto della programmazione economico-finanziaria, oltre che il Piano Investimenti e il Piano dei Fabbisogni del Personale, già definiti per il 2026.

2.2.1 Raccordo con la programmazione economico-finanziaria per l'anno 2026

L'Azienda ha approvato la proposta di Bilancio Economico Preventivo 2026 con DDG n. 2711 del 30/12/2025.
La redazione del bilancio di previsione è stata effettuata osservando le direttive regionali di cui alla nota prot. reg. n. 0639896 del 25.11.2025 e le direttive contabili impartite da Azienda Zero con nota prot. 32742 del 25.11.2025, ponendo particolare attenzione alla sostenibilità economico-finanziaria del SSR. La Regione Veneto nella suddetta nota, richiamando la situazione emergente dai Bilanci Preventivi delle Aziende Sanitarie del Veneto ha richiesto alle stesse di formulare delle azioni di contenimento della crescita/di razionalizzazione dei costi.
L'Azienda nel definire il proprio Bilancio Preventivo 2026 ha tenuto conto dell'impatto su ricavi e costi dell'attuazione degli obiettivi strategici indicati nel presente PIAO, che saranno peraltro ulteriormente declinati e dettagliati nel corso del processo di budget.

In tale contesto si collocano i grandi investimenti dell'area dell'edilizia, delle attrezzature sanitarie e dell'informatica, che includono:
- **Nuovo Ospedale** di "Padova Est-San Lazzaro";
- Progettualità per il Nuovo "Centro Regionale per la Cure Palliative Pediatriche - **Hospice Pediatrico**";
- Progetto "Ultra-High Field **MagneticResonanceImaging 7 Tesla**";
- intervento nell'ambito delle **tecnologie informatiche**;
- in continuità con le iniziative avviate nel 2025, sarà riservata particolare attenzione al rafforzamento delle misure di **cybersecurity.**

2.2.2 Obiettivi strategici

Si riportano di seguito gli obiettivi che questa Azienda intende perseguire secondo le linee strategiche definite nella sezione del valore pubblico:

1) **Perseguimento dei programmi strategici prioritari:**
   - Riduzione tempi di attesa sia in ambito ambulatoriale (anche sviluppando la telemedicina), sia di ricovero: miglioramento dei tempi, recupero del pregresso, degenza media pre-operatoria);
   - Azioni di contrasto alla carenza di personale sanitario;
   - PNRR (Fascicolo Sanitario Elettronico e formazione);
   - Interventi in ambito informatico: digitalizzazione DEA;
   - Trasferimento attività nuova Pediatria;
   - Grandi investimenti: nuovo Ospedale, edificio Polifunzionale, nuovo Hospice, 7Tesla, investimenti in tecnologie informatiche;
   - Riconoscimento IRCCS;

2) **Crescita del livello di qualità dell'assistenza:**
   - Attrazione extra-Regionale;
   - Miglioramento indicatori sistemi nazionali di valutazione;

- Miglioramento indicatori reti tempo dipendenti;
- sviluppo competenze tecniche-professionali;
- innovazione su servizi e prestazioni;
- percorso ERAS (Enhanced Recovery After Surgery);
- Rischio clinico e sicurezza delle cure;
- Miglioramento delle attività di sperimentazione clinica (incremento arruolamento pazienti inseriti in studi clinici);
- Sorveglianza e contrasto all'antibiotico resistenza, tramite applicazione di un programma multisciplinare;
- Appropriatezza dell'uso di emoderivati (albumina, immunoglobuline umane normali);

3) **Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi:**
- Rispetto del limite di costo per il personale;
- Rispetto limiti di costo per beni sanitari (farmaci, dispositivi medici IVD); promozione dell'utilizzo di molecole a minor costo;
- Incremento informatizzazione prescrizioni farmaci erogati in Distribuzione Diretta;
- Miglioramento dell'appropriatezza del consumo dei farmaci e potenziamento della vigilanza su farmaci e dispositivi medici;
- Rispetto della programmazione economica;
- produttività delle apparecchiature;
- mappatura e monitoraggio del processo recupero crediti;
- Anticorruzione e trasparenza (si veda il dettaglio nella sezione 2.Anticorruzione);
- Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori;

4) **Sostenibilità:**
- Efficientamento energetico;
- Implementazione/efficientamento del processo di gestione dei rifiuti;
- Definizione delle priorità degli impatti ambientali;
- Attuazione delle misure di intervento per violenza contro gli operatori, violenza contro le donne, pari opportunità e benessere organizzativo.

Di seguito si argomentano alcuni degli obiettivi sopra riportati.

Perseguimento dei programmi strategici.
In questo periodo il tema dei **tempi di attesa** riveste un'importanza cruciale anche a livello mediatico. Dal nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2024-2026 emerge l'impegno comune ad avviare azioni fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva. Obiettivo prioritario del nuovo Piano è costituito dal potenziamento dei CUP, Centri Unici di Prenotazione, che gestiscono le liste di attesa; per ottenere dati tempestivi ed oggettivi:il monitoraggio dei CUP dovrà essere realizzato con un collegamento diretto dei CUP regionali. Infatti, con la Legge n. 107 del 29/07/2024 è stata anche istituita la nuova piattaforma nazionale delle liste di attesa, di cui si avvale il Ministero della salute per rafforzare la trasparenza e migliorare la governance delle liste di attesa. La Piattaforma, realizzata da AGENAS, ha l'obiettivo di monitorare, su scala nazionale, i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, con particolare attenzione al rispetto delle tempistiche previste dalle diverse classi di priorità, realizzando l'interoperabilità

con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione. La Piattaforma persegue "l'obiettivo di garantire l'efficacia del monitoraggio di livello nazionale anche in riferimento all'appropriatezza nell'accesso delle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con i Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO) e con le raccomandazioni previste nelle linee guida e suggerite nelle buone pratiche clinico-assistenziali".
La gestione dei tempi di attesa, quindi, passa anche attraverso l'individuazione di modalità erogative alternative: il potenziamento e l'adeguamento dei percorsi e degli strumenti di **telemedicina** annovera tra i suoi obiettivi l'efficentamento della presa in carico dell'utente, al fine di migliorare la qualità delle rpestazioni e dei percorsi erogati dal Servizio Sanitario Regionale.
La telemedicina rende, infatti, fruibile e continua la comunicazione tra i diversi attori e consente un utilizzo più appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati ad eventuali complicanze ed i tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni stesse.
Il tema dei tempi di attesa, come descritto in precedenza, è stato esteso negli anni scorsi anche agli interventi chirurgici, oltre che alle prestazioni ambulatoriali. Questo in AOUP si è concretizzato nella definizione e 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 più complessi. Oltre alle iniziative previste dal nuovo PNGLA 2024-2026, è in corso la predisposizione del nuovo Piano Regionale Governo Liste Attesa.
Nel 2026, pertanto, continuerà l'impegno dell'Azienda sulle le liste d'attesa per gli interventi chirurgici, le degenze medie preoperatorie ed il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici definiti nel PNGLA.
Un tema molto discusso in questo periodo e di fondamentale importanza è la **carenza di personale sanitario**. A tal fine, con la DGR n. 960 del 13/08/2024, la Regione Veneto ha approvato il Piano regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio socio sanitario regionale del Veneto. Il Piano prevede una serie di azioni tese a prevenire e superare queste criticità: attuare strategie di promozione di stili di leadership; valorizzare le competenze avanzate del personale; realizzare una piattaforma per la gestione delle mobilità inter-aziendali del SSR; implementare strategie di attraction e retention nelle aree e nei settori disagiati; prevenire il burn out e il disagio psicologico del personale dipendente. Tutte queste azioni avviate nel 2025, saranno implementate nel 2026.
Per maggiori dettagli in merito, si rinvia alla sezione 3 "Organizzazione e capitale umano".

Per quanto riguarda il **PNRR**, l'AOUP, come le altre Aziende Sanitarie, è soggetto attuatore delegato che provvede all'esercizio delle competenze relative all'avvio, alla realizzazione operativa e al funzionamento degli interventi attuativi, pur mantenendo la Regione la titolarità di Soggetto attuatore responsabile nei confronti del Ministero della Salute, nonché la regia e il coordinamento degli interventi.
Rispetto agli investimenti che competono a questa Azienda, si proseguirà nel 2026 nelle attività previste dal Piano Operativo Regionale in merito a:

- telemedicina e Fascicolo Sanitario Elettronico, con l'implementazione dell'indicizzazione dei documenti, l'aggiornamento del nuovo portale regionale e l'adeguamento del sito aziendale alle specifiche regionali, la formazione degli operatori sull'utilizzo del FSE e la realizzazione di servizi di comunicazione rivolti ai cittadini, finalizzati ad una maggiore comprensione e ad un utilizzo più efficace del FSE;
- attività propedeutiche all'avvio del SIO;
- formazione per lo sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e

manageriali del personale sanitario.

Fondamentale per il prossimo futuro dell'Azienda Ospedale-Università Padova è la **progettazione e realizzazione del nuovo Polo per la Salute** (DGRV n. 257 del09/03/2021). Il 22/4/2020 è stato sottoscritto tra i rappresentanti della Regione Veneto, del Comune e della Provincia di Padova, dell'Università degli Studi di Padova e dell'Azienda Ospedale – Università Padova l'Accordo di Programma per la realizzazione del nuovo Polo della Salute – Ospedale Policlinico di Padova, ai sensi dell'art. 32 della L.R. 29/11/2001, n.35, reso esecutivo dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 54 del 28 maggio 2020. Si è quindi da subito operato per l'attuazione agli impegni fissati per la Regione Veneto e l'Azienda Ospedale-Università dall'art. 6 dell'Accordo di Programma. Il 13/05/2022 è stato aggiudicato il servizio di ingegneria ed architettura funzionale all'acquisizione del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE), con opzioni di affidamento dei successivi livelli di progettazione (progetto definitivo, progetto esecutivo, coordinamento della sicurezza in fase di progettazione) e di direzione lavori e coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione. Il relativo contratto di appalto è stato sottoscritto in data 30/11/2022 e quindi si è proceduto con l'avvio del servizio di progettazione. il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE) è stato completato nel corso dell'anno 2023.
Nel corso dell'anno 2024, si è proceduto con il percorso informativo per Enti e Cittadinanza previsto in attuazione alle condizioni di deroga al "Dibattito Pubblico", con la Conferenza dei Servizi Preliminare sul PFTE dell'opera. Conseguentemente è stato approvato in linea tecnica il progetto di fattibilità tecnico economica redatto ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 50/2016 e ssmmii, giusta deliberazione n. 876 del 08/05/2024, ed è stato dato avvio al servizio opzionale afferente alla progettazione fattibilità tecnica ed economica (PFTE) da redigersi in applicazione del nuovo codice contratti pubblici D.Lgs. 36/2023, livello corrispondente al servizio di progettazione definitiva (PD) ai sensi del previgente codice dei contratti pubblici D.Lgs. n. 50/2016, per la realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero di Padova Est – San Lazzaro, come da atto deliberativo n. 1435 del 19/07/2024 e relativo contratto d'appalto sottoscritto con il RTOE aggiudicatario in data 30/08/2024.
Nel corso del 2025 è stata acquisita agli atti la suddetta progettazione fattibilità tecnica economica (PFTE) redatta in applicazione del nuovo codice contratti pubblici D.Lgs. 36/2023, giusta DDG n. 1390 del 01/07/2025. Il relativo percorso autorizzativo è stato attivato con DDG n. 2000 del 01/10/2025 con l'indizione della Conferenza di Servizi Decisoria ai sensi dell'art.38 del D.Lgs 36/2023. Tale percorso si è concluso con DDG n. 2545 del 12/12/2025 relativa all'adozione della determinazione motivata di conclusione positiva della Conferenza di servizi decisoria indetta ai sensi del l'art. 38 del D.Lgs 36/2023, in forma simultanea ed in modalità sincrona (ex art . 14-ter Legge 241/1990 e ss.mm.ii), ai fini dell'approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica.
Il costo dell'intervento di realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero – Padova Est San Lazzaro è stato stimato in complessivi € 870.819.000.000, giusto parere CRITE prot. n. 0675262 del 20/12/2023, confermato anche con successivo parere CRITE prot. n. 608582 del 05/11/2025 reso sul PFTE redatto ai sensi del D.Lgs n.36/23.
Nel corso del 2026 si prevede di sottoporre all'attività di verifica ai sensi dell'art. 42 del DLgs 36/23 il PFTE acquisito e già oggetto di determinazione motivata di conclusione positiva della Conferenza di servizi decisoria, nonché di attivare successivamente il servizio opzionale di progettazione esecutiva (PE). Ad avvenuta approvazione della progettazione esecutiva, da redigersi in applicazione del nuovo codice contratti pubblici (D.Lgs. 36/2023), si potrà procedere con la procedura di gara per l'affidamento dei lavori di realizzazione dell'opera.

Il 13/05/2022 è stato aggiudicato il servizio di ingegneria ed architettura funzionale all'acquisizione del Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE) per i lavori di realizzazione del "Nuovo Polo Ospedaliero nell'area di Padova Est-San Lazzaro", con opzioni di affidamento dei successivi livelli di progettazione (progetto definitivo, progetto esecutivo, coordinamento della sicurezza in fase di progettazione) e di direzione lavori e coordinamento della sicurezza in fase di esecuzione. Il relativo contratto di appalto è stato sottoscritto in data 30/11/2022. Nel corso dell'anno 2023 è stata completata l'attività inerente al Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (PFTE) per il Nuovo Polo Ospedaliero nell'area di Padova Est-San Lazzaro.
Nel 2024 è stato approvato in linea tecnica il progetto di fattibilità tecnico economica redatto ai sensi dell'art. 23 D.Lgs. 50/2016 e ssmmii, giusta deliberazione n. 876 del 08/05/2024, e successivamente è stato dato avvio al servizio opzionale afferente alla progettazione di fattibilità tecnica economica (PFTE) da redigersi in applicazione del nuovo codice contratti pubblici D.Lgs. 36/2023, livello corrispondente al servizio di progettazione definitiva (PD) ai sensi del previgente codice dei contratti pubblici D.Lgs. n. 50/2016, per la realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero di Padova Est – San Lazzaro, come da atto deliberativo n. 1435 del 19/07/2024 e relativo contratto d'appalto sottoscritto con il RTOE aggiudicatario in data 30/08/2024.
Nel 2025 sono state svolte le attività di seguito elencate:
- sottoscritto in data 21/05/2025 l'Accordo Attuativo il cui schema è stato approvato con DGR n. 392 del 15/04/2025 sottoscritto tra Comune di Padova, Azienda Ospedale Università Padova e Regione Veneto, che definisce, per ciascuna delle parti interessate, le azioni tecniche – amministrative per la messa in sicurezza dal rischio idraulico del quadrante di Padova-Est;
- preso d'atto della consegna in data 30/06/2025 del progetto di fattibilità tecnica ed economica per la realizzazione del Nuovo Polo ospedaliero Padova Est San Lazzaro;
- indizione Conferenza di Servizi Decisoria ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs 36/2023, da svolgersi in forma semplificata ed in modalità sincrona ex art. 14-bis, legge n° 241/1990, per acquisire i necessari pareri, intese, nulla osta, autorizzazioni o altri atti di assenso, comunque denominati, al progetto di fattibilità tecnico-economica redatto ai sensi del D.Lgs 36/2023 (ex D.Lgs 50/2016) relativo all'intervento di realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero – Padova Est San Lazzaro, la cui conclusione si stima avvenga entro il 31/12/2025.
Nel corso del 2026 si prevede la definizione dello schema di Accordo con INAIL ex art. 15 legge 241/1990 per la realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero e conseguente avvio delle attività di verifica ex art. 42 del D.Lgs 36/2023 e ssmmii del progetto di fattibilità tecnica ed economica previa acquisizione parere regionale di competenza.

Nel contempo, in attuazione alle previsioni del "Masterplan" per l'area del "Comparto Giustinianeo" nella versione aggiornata nel corso dell'anno 2023, si è proceduto con lo sviluppo delle successive fasi attuative, proseguendo il percorso finalizzato all'attuazione della programmazione definita; in particolare:

- si prevede per il 2026 l'attivazione della **Nuova Pediatria** con il trasferimento delle funzioni nel nuovo edificio;
- acquisita nel 2022 l'approvazione della CRITE per lo studio di Prefattibilità per la fase 2 (edificio Polifunzionale - DGRV n. 584 del 20/05/2022), nel corso dell'anno 2024 è stato acquisito agli atti il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica (aggiudicato con DDG n. 1228 del 23/06/2023), la cui presa d'atto è stata effettuata con DDG n. 908 del 15/05/2024, con successiva trasmissione a CRITE per approvazione dell'intervento;
- sono stati completati tutti i lavori di installazione delle apparecchiature acquistate con i fondi del PNRR, nel corso dell'anno 2025.

- In relazione al "Nuovo Centro Regionale per le Cure Palliative Pediatriche – **Nuovo Hospice Pediatrico**", nel corso dell'anno 2024 è stato acquisito a seguito di donazione il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica redatto ai sensi del D.Lgs. 36/2023. Nel corso dell'anno 2025 si è concluso il relativo iter autorizzativo con la Conferenza dei servizi decisoria. La redazione del Progetto Esecutivo è stata quindi sviluppata a cura della Fondazione "La Miglior Vita Possibile" in attuazione del Protocollo d'Intesa vigente, progetto esecutivo che è stato approvato con DDG n.2602 del 18/12/2025. Si è quindi proceduto con l'indizione della procedura di gara finalizzata all'affidamento dell'Appalto di Lavori per la realizzazione dell'opera e, nel corso dell'anno 2026, si prevede di dare avvio ai lavori.
- In relazione alla progettualità per la nuova **Risonanza Magnetica 7Tesla**, acquisito nel corso del 2024 il parere favorevole all'intervento per il sito di Via Orus dalla CRITE, è stato quindi approvato l'accordo di programma tra i diversi Enti coinvolti. Nel corso dell'anno 2025 è stato acquisito il Progetto di Fattibilità Tecnica ed Economica per il Nuovo Edificio destinato alla nuova tecnologia e quindi con DDG. n.2353 del 18/11/2025 è stata indetta la Conferenza di Servizi Decisoria ai sensi dell'art. 38 del D.Lgs n. 36/2023, da svolgersi in forma semplificata ed in modalità asincrona (ex art. 14 bis Legge 241/1990 e ss.mm.ii) finalizzata all'acquisizione dei titoli autorizzativi propedeutici all'affidamento dell'appalto integrato relativo alla progettazione esecutiva e ai lavori di realizzazione dell'opera. Nel corso dell'anno 2026, a seguito dell'acquisizione dei titoli autorizzativi, si prevede di indire la procedura di affidamento per la realizzazione dell'opera, con completamento dell'edificio nel corso del successivo anno 2027, nonchè quella per la fornitura delle attrezzature.
- Si prevede, inoltre, la realizzazione dell'edificio da destinare a **Centrale di Sterilizzazione** a servizio dell'Azienda Ospedale-Università Padova, dell'Azienda Ulss n. 6 Euganea, dell'Istituto Oncologico Veneto e opzionalmente dell'ULSS n. 5 Polesana.
  L'intervento ha l'obiettivo di Realizzare una struttura centralizzata per il ricondizionamento, la sterilizzazione e la logistica dei dispositivi medici riutilizzabili a servizio delle Aziende sanitarie sopra indicate.
  La Commissione Regionale Investimenti in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) ha incaricato questa Azienda dello sviluppo del Progetto di Fattibilità Tecnico-Economica, come da nota acquisita a prot. n. 75274 del 6/11/2025.

Il Piano Investimenti relativo alle tecnologie informatiche si suddivide nelle due macroaree, una relativa alla componente applicativa, che comprende lo sviluppo, l'evoluzione e la manutenzione straordinaria dei sistemi software, e un'altra relativa alla parte hardware, che include sia le infrastrutture tecnologiche sia le dotazioni delle postazioni di lavoro. Nel corso del 2026, in prosecuzione delle attività svolte nel corso del 2025, particolare attenzione sarà posta sul tema della cybersecurity, con l'obiettivo di garantire livelli sempre più elevati di sicurezza informatica e protezione dei dati. Parallelamente, proseguiranno le attività finalizzate al completamento degli interventi previsti dal PNRR, assicurando il rispetto delle scadenze e degli standard richiesti.

Proseguiranno gli investimenti necessari all'avvio dei progetti regionali finanziati PNRR oltre alle attività propedeutiche al progetto SIO (Sistema Informativo Ospedaliero) regionale che, considerando la pianificazione ufficiale, verrà avviato, all'interno di AOUP, in due fasi successive: la prima riguarderà la componente ambulatoriale e la seconda la componente di ricovero e pronto soccorso.

In ambito **Cybersecurity** continueranno le attività utili ad assicurare sempre maggiore sicurezza all'infrastruttura tecnologica, grazie ad investimenti su prodotti specifici e servizi di supporto per il monitoraggio delle risorse, l'individuazione delle vulnerabilità e l'attivazione delle azioni di rimedio, supportati anche dai servizi che il CERT regionale sta progressivamente attivando.
Completano lo scenario una serie di interventi che riguardano gli strumenti tecnologici a disposizione degli operatori sanitari/tecnici/amministrativi aziendali, come il rinnovo delle postazioni di lavoro e relativi accessori, licenze client per soddisfare richieste specifiche da parte delle Unità Operative, sostituzione/aggiornamento periferiche a supporto dell'attività assistenziale/amministrativa, schermi per l'allestimento di sale per meeting di medie dimensioni, Hardware specifico per soddisfare le esigenze delle Unità Operative.

Un altro progetto importante che coinvolge l'AOUP è il riconoscimento di **Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per l'area tematica "Pediatria"**. Nel corso del mese di novembre 2024 l'AOUP ha aggiornato la domanda di riconoscimento (precedentemente inviata alla Regione a gennaio 2023) con i dati di attività assistenziale e di ricerca riferiti al biennio 2022 e 2024 per tale area tematica. In essa sono stati inclusi anche i nuovi indicatori della ricerca previsti dal Decreto legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022 ("Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico"), che ha definito una nuova governance di tali Istituti con l'obiettivo di rafforzare la qualità della ricerca sanitaria del Servizio sanitario nazionale in un'ottica traslazionale - interdisciplinare - anche mediante il potenziamento delle politiche di ricerca del Ministero della salute. Nell'ambito del percorso per il riconoscimento ad IRCCS di questa Azienda si rappresenta che con la DGR n. 95 del 4 febbraio 2025, la Regione del Veneto ha riconosciuto l'AOUP quale Centro di riferimento regionale per la diagnosi e la cura della patologia pediatrica complessa generale e specialistica ed ha espresso parere favorevole in merito alla sopraccitata istanza di riconoscimento. La domanda di AOUP è stata inviata agli Uffici regionali che, a loro volta, hanno trasmesso tutta la documentazione al Ministero della Salute.

Crescita del livello di qualità dell'assistenza
La qualità dell'assistenza è oggetto di misurazione in ambito nazionale da parte di programmi (**PNE, Sant'Anna, NSG – Nuovo Sistema di Garanzia, Agenas**) che impiegano a tale scopo un set significativo di indicatori. Questi programmi sono strumenti che hanno l'obiettivo di misurare e valutare le performance delle strutture ospedaliere, attraverso il confronto con standard, parametri di riferimento e i risultati delle altre aziende sanitarie. Le valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte permettono così a questa Azienda di confrontarsi con le altre aziende sanitarie perseguendo le migliori performance.
Di seguito si riportano gli indicatori relativi agli esiti clinici, agli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, del PNE e del progetto Bersaglio che la Regione ha monitorato nel 2025 (vedasi allegato **2.2.1**):

INDICATORE	SOGLIA
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)	Rispetto soglia nazionale
H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	>=90%
H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un	<= 2,66

intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<=15%
H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni	>=90%
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario	>=60%
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<=20%
H23C - Mortalita' a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)	<=7,25%
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 (70,37%)
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 (61,5%)
H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche	<2025
Indice di performance degenza media - drg medici (Bersaglio C2A.M)	<= - 0,39
Indice di performance degenza media - drg chirurgici (Bersaglio C2A.C)	<= - 0,40
% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	100%
Indicatore composito Area Trapianti: 1) Segnalazione potenziali donatori di organo, 2) Candidati trapianto rene da donatore vivente, 3) % di opposizione alla donazione di cornee	Soglia regionale
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	Soglia regionale
Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)	<= 3,69
% di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	<= 3,46
% di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.2)	<= 3,13
Indicatore composito di esiti delle patologie tempodipendenti	Soglia regionale

Innovazione su servizi e prestazioni

Il progetto **Digital Pathology (DP)** rappresenta un'opportunità di grande rilevanza e potenziale innovazione, rappresentando la base di partenza per l'utilizzo della patologia computazionale e dell'intelligenza artificiale applicata (AI) in Anatomia Patologica (A.P.). DP garantirà inoltre flussi di lavoro più efficienti.

Azienda Zero ha avviato una procedura per la fornitura in noleggio della tecnologia necessaria per l'implementazione del progetto pilota di Patologia Digitale (scanner per la digitalizzazione del vetrino, display/stazioni di refertazione) e, per tutte le Aziende Sanitarie, stampanti per vetrini mono postazione da integrare con il sistema informativo gestionale di laboratorio. Le finalità della procedura di gara sono:

- l'attivazione di un Progetto sperimentale in favore delle n. 3 Aziende "pilota" (AOUP Padova, AOUI Verona, ULSS 5 Polesana) finalizzato a valutare, tramite analisi di HTA, l'opportunità o meno di dotare tutta la Rete Anatomia Patologica regionale nel suo complesso, di un apparato di tecnologia sanitaria di Patologia Digitale;

- la dotazione di stampanti per vetrini per tutte le Aziende Sanitarie aderenti, al fine di garantire la completa tracciabilità del processo per tutte le UU.OO. Anatomia Patologica. Il progetto, avviato a fine 2025, prevede un'analisi delle dotazioni di stampanti di vetrini e delle postazioni di taglio. Ciò ha lo scopo di migliorare la qualità e la tracciabilità del processo e rendere più efficienti i flussi di lavoro, costituendo fase propedeutica all'implementazione dei progetti regionali di archiviazione fisica dei vetrini e di Patologia Digitale.

Il Percorso **Eras** (Enhanced Recovery After Surgery) è un progetto già iniziato negli anni scorsi, che mira all'ottimizzazione della presa in carico del paziente candidato a chirurgia maggiore, nella fase pre-clinica, intra e post operatoria, incluso il periodo successivo alla dimissione(follow-up).A tal fine viene impiegato un approccio multimodale.
Nucleo essenziale del progetto è la definizione dell'intero percorso del paziente, elaborato applicando le best practice derivanti dalle migliori evidenze scientifiche, con l'obiettivo di giungere all'ottimizzazione di ogni fase del macro processo, dalla preparazione preoperatoria alle tecniche intraoperatorie, dalla gestione dello stress chirurgico alla gestione del dolore, dagli aspetti nutrizionali al counselling psicologico, dal supporto fisioterapico agli aspetti educativi rispetto a fumo, alcool e corretta alimentazione.
Il Progetto si prefigge di identificare all'interno di ogni unità operativa di area chirurgica una tipologia di intervento o un gruppo di interventi affini per caratteristiche, candidati ad essere inseriti nel percorso con metodologia Eras.
Al fine di verificare le performance del percorso per le UUOO chiurgiche in cui è già stato avviato il progetto ERAS, si prevede l'identificazione di indicatori di efficienza e efficacia. Nel 2026 quindi ci si prefigge il monitoraggio di alcuni di questi indicatori per le UUOO che hanno già sviluppato il processo.
Tra i molteplici benefici attesi dal progetto si ricordano: una maggiore compliance del paziente, una più rapida ripresa delle funzioni vitali post operatorie, una riduzione del tasso di complicazioni, una più rapida dimissione. La ripresa funzionale precoce permette la riduzione della degenza permettendo al paziente di rientrare più velocemente nell'ambiente familiare e favorendo complessivamente una migliore qualità di vita. In termini di economicità va ricordato come una riduzione della degenza sia associata ad un contenimento dei costi sanitari diretti e indiretti.

Nell'ambito del **Rischio Clinico e della Sicurezza delle Cure**, le attività programmate per i prossimi anni sono orientate al consolidamento dei processi assistenziali e alla diffusione di una cultura della sicurezza, comprendono:

- il monitoraggio dell'adesione alla procedura aziendale "Sicurezza in Sala Operatoria" mediante il controllo, a campione, della corretta compilazione delle schede specifiche in alcune Sale Operatorie;
- il monitoraggio di specifiche attività di rischio clinico, svolte dai referenti di rischio di ciascuna Unità Operativa in collaborazione con l'UOS Rischio Clinico (audit interni, analisi FMEA, ecc.);
- l'incremento della percentuale di aderenza all'utilizzo dell'applicativo "Prelievo Sicuro";
- la riduzione dell'incidenza degli eventi sentinella correlati all'errata identificazione del paziente nelle procedure assistenziali di prelievo ematico e microbiologico nei reparti di degenza;

- l'aumento della percentuale di aderenza alla compilazione delle schede di valutazione e prevenzione del rischio di caduta in ambito ospedaliero;
- la riduzione dell'incidenza degli eventi sentinella correlati alla gestione del processo farmacologico;
- la riduzione dell'incidenza degli eventi sentinella legati alle cadute nei pazienti adulti;
- la formazione continua sul tema della violenza nei confronti degli operatori sanitari e la conseguente riduzione degli eventi sentinella correlati;
- la formazione continua sulla tematica della violenza sessuale della donna;
- la formazione continua finalizzata alla diffusione di una cultura della sicurezza, rivolta a tutti i professionisti sanitari;
- l'organizzazione e l'implementazione dei Safety Walkround** in Unità Operative selezionate;
- l'organizzazione e l'implementazione dei controlli sul processo farmacologico in Unità Operative definite;
- l'aggiornamento di Procedure e Istruzioni Operative aziendali;
- analisi e discussione degli eventi o near miss segnalati attraverso la metodica dell'Incident Reporting;
- il coinvolgimento attivo del paziente-utente nelle tematiche del rischio clinico e della sicurezza delle cure.

Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza dei servizi sanitari e amministrativi

In continuità al 2025 l'intervento di **efficientamento spesa farmaci e dispositivi medic**i si pone l'obiettivo di efficientare il processo di fornitura di farmaci e dispositivi. Per poter realizzare questo intervento è stato identificato un gruppo di lavoro trasversale che si occupa di monitorare il processo logistico, identificando le aree di miglioramento ed attivando repentine ipotesi di soluzione (PDCA).
Si conferma, anche per il prossimo triennio, il governo dell'appropriatezza prescrittiva, indispensabile per la sicurezza, l'efficacia dei trattamenti farmacologici e per garantire l'allocazione efficiente delle risorse SSN, attraverso il monitoraggio del consumo degli antimicrobici, l'attuazione di politiche attive di Antimicrobial Stewardship e la sensibilizzazione dell'impiego di farmaci a minor costo (biosimilari).

La resistenza antimicrobica (AMR) è un tema cruciale e in crescita negli ultimi anni, definita dall'OMS una minaccia globale per la salute pubblica. La diffusione delle resistenze agli antimicrobici è favorita da un loro uso eccessivo e inappropriato, sia in medicina umana sia in ambito veterinario. Negli ultimi anni questo problema è divenuto un'emergenza di sanità pubblica, che determina un aumento della spesa sanitaria, l'allungamento dei tempi di degenza, fallimenti terapeutici e soprattutto un aumento della mortalità.
Al fine di contrastare l'antimicrobico resistenza e in linea con il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico resistenza (PNCAR), la Regione del Veneto ha implementato numerose iniziative tra cui, per rafforzare le governance, l'istituzione del Gruppo Multidisciplinare Regionale per l'uso corretto degli antibiotici in ambito umano (GMR), attraverso la DGR 1402/2019.
Il GMR definisce le priorità degli interventi regionali per l'implementazione di modelli di prescrizione appropriata di antibiotici che includono lo sviluppo di linee di indirizzo e protocolli diagnostici e terapeutici delle infezioni da batteri multi resistenti, lavorando in sinergia con la Rete Infettivologica Veneta (RIV) e i gruppi multidisciplinari ospedalieri (GMO) e territoriali (GMT) delle aziende sanitarie

Le linee di indirizzo mirano a fornire indicazioni chiare sulla terapia antibiotica empirica per le più comuni sindromi infettive con l'obiettivo di limitare le prescrizioni inappropriate, privilegiando molecole a spettro più ristretto e limitando l'uso di carbapenemici e fluorochinolonici.
Al fine di supportare e facilitare l'utilizzo immediato delle Linee di Indirizzo Regionali e renderne quanto più fruibile la consultazione, la Regione del Veneto ha provveduto alla trasposizione dei contenuti in un'applicazione mobile, Firstline, che ne facilita l'immediata consultazione da parte degli operatori sanitari.
L'applicazione è rivolta esclusivamente agli operatori sanitari e ausiliari operanti sul territorio della Regione del Veneto nell'assistenza ospedaliera, territoriale e residenziale.
Sono raccolte le linee di indirizzo per la terapia empirica delle principali sindromi infettive, l'uso dei test diagnostici, nonché monografie dei patogeni e dei farmaci. L'adozione di Firstline è un'azione chiave per il monitoraggio e il miglioramento del profilo prescrittivo regionale, contribuendo concretamente alla lotta contro l'antimicrobico-resistenza e alla tutela della salute pubblica. L'obiettivo è limitare drasticamente le prescrizioni inappropriate, guidando il personale sanitario verso la selezione di molecole con minor impatto sulla resistenza dei patogeni e in linea con l'epidemiologia locale.

Sostenibilità
Proseguiranno gli interventi specifici per **l'efficientamento energetico** dei fabbricati già avviati nel corso del 2023 e proseguiti nel 2024 e nel 2025, che riguarderanno la sostituzione dei serramenti esterni. In particolare si continuerà nell'adeguamento dei fabbricati che non saranno oggetto di demolizione o ristrutturazione secondo il "Masterplan Aziendale" tra i quali si ricordano la Palazzina dei Servizi e della Direzione Generale, per i quali è prevista la prosecuzione della sostituzione dei serramenti con l'installazione di nuovi infissi in grado di rispettare i valori di trasmittanza prescritti dal DM "Requisiti minimi" del 26 giugno 2015 e di "shading" per la riduzione della radiazione solare. L'adeguamento energetico dei rimanenti fabbricati sanitari sarà eseguito contestualmente alla loro ristrutturazione secondo la programmazione pluriennale degli interventi.

Un progetto di sviluppo sostenibile di valenza economica ed ambientale riguarda **l'ulteriore efficientamento del processo di gestione dei rifiuti**, anche attraverso una diffusa sensibilizzazione del personale e l'avvio di un percorso formativo volti a diffondere e consolidare le migliori pratiche. Si tratta dunque di una iniziativa che si colloca in un contesto più ampio di revisione in un'ottica di sostenibilità ambientale dell'intero processo osservato nelle UU.OO.
Il progetto, in continuità con quanto già attuato nel 2024 e 2025, continuerà con la formazione continua degli operatori, la valutazione delle criticità e l'applicazione di eventuali correttivi, con valutazioni trimestrali sull'andamento del servizio.
Al fine di migliorare la **performance ambientale**, nei prossimi anni proseguirà il lavoro realizzato a partire dall'annualità 2022 relativamente alla costruzione del bilancio di sostenibilità ambientale, attraverso gli strumenti della stakeholder engagement e della matrice di materialità, permettendo da un lato l'identificazione degli impatti materiali ambientali su cui concentrare maggiore attenzione (definizione delle priorità), dall'altro consentendo il confronto tra le annualità di reporting 2022, 2023 e 2024. Fondamentali saranno la definizione e il benchmark degli indicatori di sostenibilità, tramite valori soglia calcolati sul totale dei posti letto e sul totale delle giornate di degenza.

Si intende inoltre attivare un gruppo di lavoro "Il green team" composto da persone sensibili al tema che possano proporre nuove strategie e contribuire ad allineare l'AOP ad altri Centri con maggiore esperienza sul tema così da poter aderire anche ad iniziative nazionali ed internazionali, oltre che partecipare a network su temi ambientali.

Con DDG n. 2708 del 30/12/2025 è stato adottato il **Piano degli Spostamenti Casa Lavoro** (PSCL) per il 2026, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge n. 77 del 17/07/2020 "Misure per incentivare la mobilità sostenibile", art. 229, comma 4,tenuto conto delle Linee Guida dettate dal Decreto Interministeriale n. 179 del 12/05/2021, art. 5, comma 3, attuativo della legge summenzionata e delle "linee guida per la redazione del piano degli spostamenti casa lavoro" del Comune di Padova.
L'Azienda già da alcuni anni si è impegnata per la mobilità sostenibile, la cui finalità è quella di garantire che i sistemi di trasporto corrispondano ai bisogni economici, sociali e ambientali della società, minimizzandone contemporaneamente le ripercussioni negative sull'economia e sull'ambiente, anche in applicazione della strategia europea in materia di sviluppo sostenibile approvata nel 2006 dal Consiglio Europeo.
Nell'ambito delle iniziative intraprese nel corso dell'anno 2025 si evidenziano:

1. convenzione tra l'Azienda Ospedale–Università Padova e la società ARCA Servizi Srl per l'utilizzo del parcheggio "La Cittadella" di Padova;
2. miglioramento sicurezza nell'uso e nel parcheggio delle biciclette sotto la Palazzina dei Servizi con installazione impianto video e accesso limitato con l'uso di badge appositamente autorizzato;
3. riqualificazione parcheggio Clinica Ostetrica (assegnazione posti rosa e per disabili), con completamento dei lavori per la realizzazione del montalettighe;
4. telecamere di accesso ai 20 varchi aziendali dell'AOUP, dell'Ospedale Sant'Antonio e delle sedi esterne;
5. parcheggio dei reperibili realizzato presso l'area ovest dietro il Monoblocco;
6. Ripristino della piena funzionalità del parcheggio interno prospiciente via San Massimo con interventi di riordino e riqualificazione dell'area.

A seguito dei risultati dell'indagine sul Clima Organizzativo nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, condotta tra il 2022 e il 2023 -promossa dal Sistema Sanitario Regionale della Regione Veneto e Azienda Zero e realizzata con il supporto del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa – è stata avviata nel 2024, come una delle azioni di miglioramento proposte, l'introduzione e la facilitazione del Car Pooling, che ha trovato poi applicazione nel 2025.
Questa iniziativa ha implicazioni:

- sulla sostenibilità ambientale poiché riduce l'emissione di inquinanti;
- sul benessere dei dipendenti, riducendo potenzialmente sia le spese di carburante e gestione dell'auto, sia i disagi dovuti al traffico congestionato ed al parcheggio insufficiente.

A seguito di un'indagine conoscitiva tra i dipendenti per comprendere l'interesse a tale strumento, sono emerse difficoltà principalmente legate a fattori lavorativi (molteplicità di figure professionali e quindi diversi orari di entrata/uscita, indisponibilità di parcheggi dedicati e numerose sedi di lavoro) e familiari (deviazioni dai tragitti più brevi per recuperare i figli o altre mansioni). D'altra parte però si è rilevato un numero abbastanza consistente di persone favorevoli al Carpooling, che nel 2025 sono stati gli sperimentatori di una prima formula di Carpooling strutturata, accompagnati dalla Direzione aziendale che ha individuato, in accordo con le organizzazioni sindacali, una formula di incentivazione economica, destinando una quota del fondo premialità.

Nel 2025 si sono registrati 224 utenti, che hanno effettuato complessivamente 4.019 viaggi sostenibili, per un totale di 22.566 chilometri percorsi e un risparmio stimato di 6.758 kg di CO2.
Nel 2026 si mira ad allargare il numero dei partecipanti divulgando, nuovamente, l'iniziativa (newsletter, sito internet, intranet aziendale, locandine) a tutti i dipendenti AOUP e UNIPD.
In previsione della fine dei lavori da parte del Comune di Padova per la realizzazione della nuova linea tramviaria SIR3, che attraversa sia la sede centrale dell'AOUP, sia la sede dell'Ospedale Sant'Antonio, l'AOUP intende proporre nel corso del 2026 un questionario rivolto a tutto il personale al fine di rilevare le modalità di spostamento casa-lavoro aggiornate e valutare l'effettivo utilizzo del servizio tramviario nonché il suo impatto sulle scelte di mobilità del personale.

PREMS indagine qualità percepita
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, facilitandone la partecipazione, dei cittadini e di tutti gli interlocutori della sanità nel progettare e realizzare un sistema sanitario di qualità. L'indagine, avviata il 06/03/2023, è stata estesa all'Azienda Ospedale-Università Padova, coinvolgendo i pazienti che hanno avuto un ricovero ordinario, e consiste nella compilazione di un questionario online inviato tramite mail o numero di cellulare al paziente dimesso che abbia aderito all'iniziativa. L'indagine ha carattere permanente, pertanto proseguirà anche nel 2026 e negli anni successivi.
Nel corso del 2026 verrà mantenuto un costante monitoraggio sulle variabili in cui la risposta registra una minore soddisfazione da parte dei pazienti.

Benessere organizzativo
Il programma delle attività avviate nel 2024 e implementate nel 2025 in tema di benessere organizzativo sono state orientate in parte dai risultati dell'indagine di clima organizzativo che era stata condotta l'anno precedente, in collaborazione con il Mes del Sant'Anna di Pisa in tutta la Regione del Veneto, e in parte dalla D.G.R. n.960 del 13 agosto 2024 "Piano Regionale Di Contrasto Alla Carenza Di Personale Del Servizio Socio Sanitario Regionale".
Sulla scorta di entrambi, nell'ambito delle progettualità legate al benessere dei professionisti delle aziende nella Regione Veneto, si è svolta anche in AOUP, agli inizi di marzo 2025, una rilevazione puntuale, dei benefit aziendali, garantiti agli operatori, coordinata da un team aziendale, costituito per affrontare il tema. il Team identificato, racchiude le professionalità dei seguenti servizi: Direzione Medica Ospedaliera, Direzione delle Professioni Sanitarie, Controllo Di Gestione, Risorse Umane, Logistica, Servizio Prevenzione Protezione, Servizi Informatici, Logistica, Psicologia Ospedaliera, Medicina Del Lavoro, Formazione, CUG, così da coordinare il più possibile le informazioni aziendali.

La Regione, per favorire una maggior consapevolezza e coinvolgimento dei componenti del team delle sedi locali, ha dedicato tre incontri di formazione regionale appositamente strutturati sul tema nei giorni 21 marzo; 21 maggio e 25 giugno. La partecipazione a detti incontri ha consentito di condividere un glossario comune tra tutti, aumentare la consapevolezza dei singoli componenti e sostenere la strategia aziendale che si è dedicata nell'anno 2025 in modo specifico a:

1) intervistare i colleghi che hanno avanzato dimissioni così da conoscerne meglio le cause;
2) investire su incarichi professionali per aumentare le prospettive di carriera negli operatori del comparto in particolare;
3) promuovere il carpooling per favorire una mobilità sostenibile;
4) identificare posti auto dedicati ai reperibili;
5) garantire un welfare integrativo per i dipendenti;
6) attivare lo sportello psicologico per il personale dipendente;
7) promuovere la formazione specifica per contrastare la violenza a danno dell'operatore sanitario;
8) realizzare corsi di formazione sulle regole per favorire la relazione negli ambienti di cura (corsi specifici sul gioco di squadra dedicati sia alle strutture in staff che ai coordinatori di UU.OO. che ai codici di comportamento e di condotta rivolti agli operatori);
9) nominare un gruppo di lavoro dedicato a "promozione della salute nei luoghi di lavoro" anche grazie al quale sono state sostenute le iniziative di ginnastica posturale, tai chi, pillole di salute.

Tutte le azioni sopra riportate hanno raggiunto gli obiettivi dichiarati con l'impegno da parte di tutti, di continuare per il prossimo anno investendo anche su:

10) installazione amazon locker;
11) avvio di ambulatori nutrizionali;
12) messa a disposizione dei dipendenti di pacchetti di prestazioni sanitarie in regime di Libera Professione a tariffe agevolate;
13) pubblicare video tutorial con sequenze di esercizi da fare sul posto di lavoro;
14) promuovere corsi di mind fullness.

Il 2026 sarà poi caratterizzato dai risultati di una nuova indagine di clima avviata ai primi di dicembre 2025 sui cui dati sicuramente verranno prese decisioni mirate a investire nelle aree maggiormente richieste dai rispondenti.

Si conferma la funzionalità dei servizi che istituzionalmente sono deputati a rispondere al bisogno dei lavoratori in tema di benessere organizzativo.

Pari opportunità ed equilibrio di genere

La parità di genere non è solo un diritto umano fondamentale, ma la condizione necessaria per un mondo prospero, sostenibile e in pace. Garantire alle donne e alle ragazze, la parità di accesso all'istruzione, alle cure mediche, a un lavoro dignitoso, così come la rappresentanza nei processi decisionali, politici ed economici, promuoverà economie sostenibili, il benessere delle persone nelle organizzazioni, di cui potranno beneficiarne: la società e l'umanità intera.
La Commissione Europea ha misurato alla fine del 2022 il risultato dell'indice di uguaglianza di genere nei paesi componenti l'Unione e le conclusioni cui è giunta affermano che il genere continua ad essere a rischio negli ambienti di lavoro sia pubblici che privati.
L'Agenda 2030, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 1° gennaio 2016, sancisce che, per realizzare un progetto sostenibile e raggiungere il benessere per tutti, è necessario agire sui diversi domini dello sviluppo economico attraverso un approccio integrato per giungere all'eliminazione della povertà e delle disuguaglianze e per assicurare salute e benessere per tutta la popolazione del pianeta.

Negli ultimi decenni l'Unione Europea (UE) ha compiuto notevoli avanzamenti per sostenere l'uguaglianza di genere con iniziative e attività volte a comprendere le cause delle disparità ancora esistenti e introducendo norme sulla parità di trattamento, misure specifiche a favore delle donne.
La parità di genere è uno dei principi fondamentali dell'Unione Europea, ed il più recente provvedimento a sostegno dell'adozione di una prospettiva di genere nelle attività di ricerca e innovazione è l'obbligatorietà dell'adozione di un Gender Equality Plan (GEP) per tutte le organizzazioni che vogliono accedere ai finanziamenti del Programma Horizon Europe Europe(Orizzonte Europa – Programma Quadro della Ricerca della Commissione Europea nella programmazione finanziaria 2021-2027).

Alla base dei piani di uguaglianza di genere ci sono direttive europee fondamentali come la Direttiva (UE) 2023/970 sulla parità retributiva e la Direttiva (UE) 2019/1158 relativa all'equilibrio tra vita lavorativa e vita privata, ma anche principi costituzionali nazionali (Art. 3 Costituzione) e l'Agenda 2030 (Obiettivo 5) che guidano strategie per eliminare discriminazioni, promuovere la partecipazione economica e il leadership femminile, e combattere la violenza di genere.
In sintesi, i piani di uguaglianza di genere sono un insieme integrato di norme europee e nazionali, ispirate dai principi costituzionali, che mirano a eliminare le disparità in vari ambiti: lavoro, accesso ai servizi, vita familiare e decisionale.
I piani di uguaglianza di genere quindi, sono un insieme integrato di norme europee e nazionali, ispirate anche a principi costituzionali, per portare a:

- equilibrio vita privata - vita professionale e cultura dell'organizzazione;
- equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali;
- uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
- integrazione della dimensione di genere nella ricerca e nei programmi di formazione;
- contrasto della violenza di genere, comprese le molestie sessuali.

Sulla scorta di queste disposizioni l'AOUP dopo aver adottando il primo Piano per La Parità Di Genere (GEP) il 31/10/2023 con atto n° 1963 del Direttore Generale ha rivisto e pubblicato l'aggiornamento dello stesso nel 2025 che si conferma anche per il nuovo anno, come risulta da allegato (**vedi allegato 2.2.4**).
In linea con tali orientamenti e con i contenuti dell'articolo 5 del decreto-legge 36/2022 ("PNRR 2"), in cui si riportano gli obiettivi prioritari che le amministrazioni pubbliche dovrebbero perseguire nell'individuare misure che non attribuiscano vantaggi specifici al genere meno rappresentato, il CUG, Comitato Unico di Garanzia dell'Azienda Ospedale-Università Padova dopo le attività realizzate negli anni scorsi su questi specifici argomenti, ha provveduto e concordato con i suoi componenti, le azioni positive(vedi allegato) per il nuovo anno 2026 volte a:

- promuovere, con il supporto della Formazione Aziendale, eventi e seminari per il personale dipendente su temi inerenti alle differenze di genere, il contrasto alle discriminazioni, il rispetto della persona, il benessere organizzativo, ed i loro riflessi in ambito lavorativo;
- condividere e sostenere con le risorse umane l'individuazione di modelli sperimentali di applicazione del lavoro agile in Unità Operative selezionale;
- formare e informare i dipendenti sul Codice di Condotta a salvaguardia dei diritti fondamentali ed inviolabili di libertà, uguaglianza, salute e dignità delle singole persone che lavorano ed operano in Azienda, della qualità

dell'ambiente di lavoro e del corretto ed efficiente svolgimento dei compiti istituzionali;
- assicurare, con il supporto della Formazione aziendale, e il gruppo di lavoro aziendale istituito per dar seguito al Progetto Regionale "promozione della salute nei luoghi di lavoro", le iniziative finalizzate allo scopo anche per il 2026, sia sui temi di sensibilizzazione all'attività fisica e alla dieta equilibrata sia volti a sperimentare alcune tecniche di rilassamento per favorire il benessere dei lavoratori.

I gruppi di lavoro all'interno del CUG si mantengono impegnati e dedicati anche per i prossimi anni a monitorare i dati relativi all'andamento del personale in riferimento a:
- parità di retribuzione tra lavoratori maschi e femmine a parità di lavoro svolto;
- differenze di genere nella partecipazione a eventi formativi;
- qualsiasi forma di violenza o discriminazione, diretta o indiretta nel luogo di lavoro;
- collaborazione con la Consigliera di Fiducia, per quanto di competenza.

Misure volte a migliorare la sicurezza degli operatori sanitari

Di fronte al fenomeno sempre più diffuso delle aggressioni verso gli operatori sanitari, già nel 2025 si sono svolti dei corsi di formazione sul tema, rivolti principalmente alle UUOO con maggior numero di incident reporting. Sono state adottate anche delle misure preventive organizzative e strutturali, tra le quali:
- l'installazione di nuovi corpi illuminanti a LED di ultima generazione per migliorare l'illuminazione all'interno delle aree aziendali e l'installazione di sistemi di videosorveglianza, con monitoraggio 24 ore su 24, 7 giorni su 7, dei varchi di accesso all'ospedale (area est, ovest, Ospedale S. Antonio);
- costituzione, a livello aziendale, del Gruppo di Lavoro multidisciplinare per il contrasto alla violenza contro gli operatori sanitari ed individuazione del Referente Aziendale (rif. DDG n. 791 del 09/04/2025);
- adozione del Protocollo d'intesa tra Prefettura di Padova, Azienda Ospedale-Università Padova, Azienda ULSS 6 Euganea e Istituto Oncologico Veneto IRCCS, volto a rafforzare la collaborazione tra le parti per tutelare gli operatori sanitari da aggressioni o atti di violenza;
- prosecuzione dell'attività di valutazione del rischio di aggressione in specifiche Unità Operative (ad es. P.S. Centrale e OSA, P.S. Pediatrico, Psichiatria, Malattie Infettive, etc.) con individuazione delle eventuali azioni di miglioramento e conseguente monitoraggio;
- adozione del Regolamento aziendale sul funzionamento dello sportello di supporto psicologico e costituzione del Gruppo di Lavoro dedicato (rif. DDG n. 1287 del 20/06/2025). Il Servizio prevede la presa in carico di situazioni di disagio psicologico correlato al contesto e allo svolgimento dell'attività lavorativa, incluso a seguito di aggressione o altro evento avverso.

L'attenzione sull'argomento e il lavoro congiunto dei professionisti coinvolti in questo progetto continueranno per tutto l'anno 2026 con strategie preventive, quali:
- la distribuzione di 100 dispositivi wearable anti-aggressione per gli operatori in servizio presso le UUOO più critiche;
- formazione sul tema;
- sensibilizzazione dell'utenza con post sui social network aziendali, sensibilizzazione degli studenti delle scuole superiori, rinnovo della cartellonistica distribuita nei reparti.

2.2.3 Misurazione e risultati attesi per gli obiettivi strategici

Nelle more della definizione degli obiettivi regionali per il 2026, l'AOUP prosegue in continuità con quelli definiti per il 2025 con DGR n. 1557 del 30/12/2024 (**2.2.1**),tenendo altresì conto degli ulteriori obiettivi che la Direzione Strategica intende perseguire nel prossimo triennio (**2.2.2**), a supporto degli obiettivi regionali e finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza.
Tali obiettivi saranno poi declinati per ciascuna Unità Operativa nelle schede di budget, secondo il processo definito nel paragrafo 2.2.4, al fine di favorirne il raccordo con la programmazione direzionale e di consentirne la misurazione tramite specifici indicatori.

2.2.4 Sistema di misurazione e valutazione della performance

Il D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm. in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni stabilisce che ogni amministrazione pubblica è tenuta a misurare e a valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti. Questo, al fine del miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, attraverso la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati raggiunti e delle risorse impiegate.
Il sistema di valutazione della performance definisce i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti per l'attuazione del ciclo di gestione della performance. Il processo di gestione e valutazione della performance è formalizzato attraverso la produzione dei seguenti documenti di supporto:

- **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**
  Il presente documento di programmazione è descritto in premessa a pag. 2.
  Dal 2025, nell'ottica di semplificazione amministrativa, la Direzione Strategica aziendale ha ritenuto opportuno far confluire all'interno del PIAO anche il **Documento delle Direttive**, che indica da un lato gli obiettivi e le risorse a livello aziendale (budget aziendale), in stretto collegamento con il Bilancio Economico Preventivo e, dall'altro, obiettivi, linee guida, criteri, vincoli e parametri per la formulazione dei budget dei centri di responsabilità.

  - **Budget dei centri di responsabilità,** che individuano, con riguardo alle unità organizzative inserite nel piano dei centri di responsabilità (vedasi allegato**2.2.3**), i risultati da conseguire, le attività da svolgere e le risorse assegnate, ai sensi della L.R. n. 55/1994. Sono inserite nel piano dei centri di responsabilità quelle unità operative che rispondono alle seguenti caratteristiche:
    - omogeneità delle attività svolte;
    - significatività delle risorse impiegate;
    - esistenza di uno specifico responsabile di gestione e di risultato.

  - **Documenti di Valorizzazione Individuale (DIV),** che raccolgono in un unico documento gli elementi atti a valutare la conoscenza e le competenze professionali con la finalità di riconoscere le quote di risultato/premialità per tutte le aree contrattuali e, per il personale del comparto, anche al fine delle progressioni economiche all'interno delle nuove aree di classificazione (denominate DEP - Differenziali Economici di Professionalità) definite nel recente CCNL 2 novembre 2022.

Gli obiettivi strategici danno origine ad obiettivi aziendali di orizzonte annuale, assicurando così il raccordo tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale.
Il successivo **processo di budget**, svolto ai sensi della L.R. Veneto 55/1996, permette di assegnare a cascata gli obiettivi a tutta l'organizzazione, individuando in maniera puntuale indicatori di misurazione e livelli attesi.
Infine, il processo aziendale di **valutazione della performance individuale** permette di valutare il contributo del singolo dipendente, grazie al Documento Individuale di Valorizzazione.
Nei successivi sotto-paragrafi si dà descrizione di questi due importanti processi aziendali che permettono di dare compiuta attuazione al Ciclo di Valutazione della Performance previsto dal D.Lgs. 150/2009 e ss.mm. e dalla DGR 140/2016, rimanendo nell'ambito delle disposizioni regionali in materia di programmazione e controllo e dei CCNL in materia di sistemi premianti.

Processo di budget
Attraverso il processo di budget si determinano gli obiettivi operativi di ciascuna articolazione organizzativa aziendale, e per ciascun obiettivo vengono definite le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.
I soggetti coinvolti nel processo sono:

- **Il Comitato di Budget**, che supporta la Direzione nella definizione della proposta di schede, nella pesatura degli obiettivi ai fini del collegamento con la retribuzione di risultato, nel monitoraggio periodico e nella valutazione finale dei risultati. Il Comitato è composto da:
  - Direttore Sanitario;
  - Direttore Amministrativo;
  - Controllo di Gestione;
  - Direzione Medica Ospedaliera;
  - Direzione delle Professioni Sanitarie;
  - Gestione Risorse Umane;
  - Farmacia.

- **Il Controllo di Gestione**, che, dal punto di vista tecnico-operativo, ha il compito di garantire l'infrastruttura di supporto necessaria alla definizione e al monitoraggio del sistema di budget, sovraintendendo all'intero sistema di misurazione della performance.

- **I referenti aziendali di obiettivo**, con il compito di:
  - delineare le azioni e gli attori necessari al raggiungimento dell'obiettivo, comunicando alla Direzione quali unità operative coinvolgere, eventualmente attribuendo loro l'obiettivo nella scheda di budget;
  - monitorare in modo attivo l'obiettivo, in particolare:
    - ✓ trasmettendo all'UOC Controllo di Gestione il monitoraggio dell'obiettivo;
    - ✓ stimolando le UUOO coinvolte qualora dal monitoraggio risultasse un trend negativo;
    - ✓ segnalando tempestivamente alla Direzione eventuali criticità che richiedano un intervento correttivo;

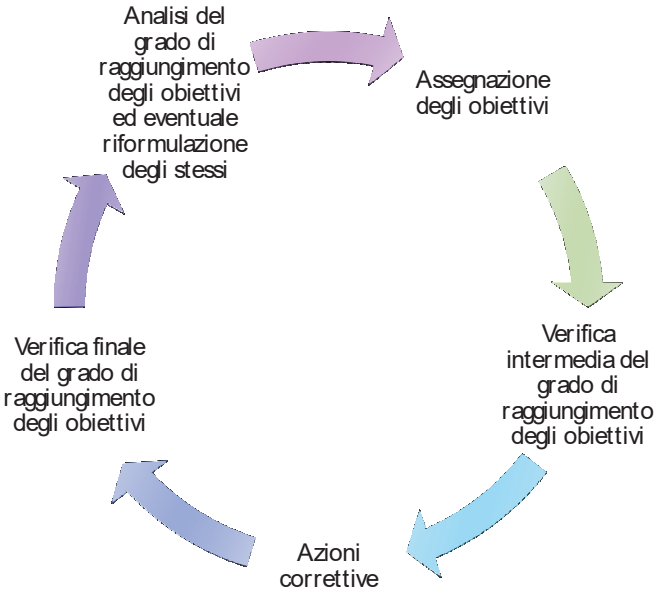
- ✓ relativamente agli obiettivi regionali, collaborando con l'UOC Controllo di Gestione nella stesura di eventuali relazioni da trasmettere alla Regione.

- **I Direttori di Dipartimento,** che assumono un ruolo di responsabilità gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti e rivestono un ruolo di monitoraggio attivo nel processo di budget:
  - ricevuto il Documento delle Direttive, propongono alla Direzione azioni utili al raggiungimento degli obiettivi aziendali;
  - promuovono incontri conoscitivi degli obiettivi aziendali all'interno del Dipartimento;
  - monitorano gli obiettivi assegnati alle UU.OO. del Dipartimento, convocando periodici incontri di monitoraggio degli obiettivi.

- **Organismo Indipendente di Valutazione**, che, come previsto dall'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009 e ss.mm. e dalla DGR 140/2016, monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, la trasparenza e l'integrità dei controlli interni e garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione.

L'assegnazione degli obiettivi e l'allocazione delle risorse ai Centri di Responsabilità richiede un processo ciclico, di arco annuale, che prevede le seguenti fasi:

- Assegnazione;
- Monitoraggio;
- Valutazione.



Nella fase di **assegnazione**, la Direzione individua per ciascun obiettivo i referenti aziendali, che propongono alla Direzione come declinare in budget l'obiettivo e a quali CdR assegnarlo, specificando il valore soglia da raggiungere per ciascuna UO.
Le proposte vengono condivise con il Comitato di Budget e con l'OIV, che verifica la coerenza complessiva del sistema e la correttezza metodologica degli indicatori scelti.

L'UOC Controllo di Gestione predispone sulla base di queste indicazioni le proposte di scheda di budget, che vengono inviate in bozza a ciascun CdR.
Successivamente la Direzione convoca per la negoziazione di budget i Direttori di Dipartimento, coinvolgendo negli incontri tutti i Direttori di CdR di ciascun dipartimento e i coordinatori infermieristici.
Il CDG modifica le bozze delle schede di budget in base alle osservazioni emerse durante gli incontri e, sulla base delle indicazioni della Direzione, inserisce la pesatura degli obiettivi collegandoli alla retribuzione di risultato.
A seguito della definitiva approvazione delle schede di budget, queste vengono inviate ai Direttori dei CdR per la firma, vengono approvate con delibera e pubblicate in Intranet.
Il **monitoraggio** delle risorse e delle attività permette di confrontare periodicamente i risultati intermedi con gli obiettivi, al fine di attivare le eventuali azioni correttive. Gli strumenti di monitoraggio sono dettagliatamente descritti nell'ultima sezione "Monitoraggio" del PIAO.
Prima della **valutazione** del raggiungimento degli obiettivi, allo scopo di graduare la valutazione finale, il Comitato di Budget decide per ciascun obiettivo eventuali criteri di valutazione, ossia "fasce specifiche derivanti dallo scostamento tra il dato consuntivo e il valore atteso previsto" [DGRV 140/2016]. Vengono individuati dei criteri standard per la performance organizzativa.
Anche in questa fase interviene l'OIV, coinvolto sia nella definizione dei criteri di valutazione sia nella verifica della loro corretta applicazione.
Sulla base dei dati estratti dal sistema informativo aziendale e dei monitoraggi ricevuti dai referenti aziendali di obiettivo, il CDG applica i criteri di valutazione e predispone le schede di monitoraggio finale.
La scheda con i risultati di monitoraggio finale viene trasmessa ai Direttori di CdR, che vengono invitati ad inviare al CDG eventuali osservazioni e/o evidenze necessarie per giustificare particolari situazioni occorse al di fuori delle proprie responsabilità che non hanno permesso il pieno raggiungimento degli obiettivi.
Sulla base dei dati di monitoraggio finale e delle eventuali controdeduzioni, la Direzione Strategica valuta il raggiungimento degli obiettivi.
Infine, a chiusura del processo delle performance, ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 150/2009, entro il 30 giugno di ogni anno viene approvata la Relazione sulla Performance, validata dall'OIV, che evidenzia, rispetto all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse. Di seguito si riportano i tempi che caratterizzano il ciclo della Performance appena descritto:

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
Piano Integrato di Attività e Organizzazione+Documento Direttive dell'anno in corso												
Predisposizione e negoziazione schede di budget												
Eventuali modifiche alle schede di budget												
Approvazione schede di budget anno in corso e firme Direttori												
Monitoraggio obiettivi di												

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
budget												
Incontri di monitoraggio												
Valutazione performance organizzativa anno precedente												
Valutazione performance individuale anno precedente												
Redazione Relazione sulla Performance anno precedente												
Verifiche da parte dell'OIV												

La correlazione tra le schede di budget ed il sistema premiante è garantita dalla pesatura degli obiettivi il cui risultato incide sulla valutazione del Direttore di struttura e di ciascun dipendente afferente alla stessa.
Oltre al monitoraggio periodico degli obiettivi di budget assegnati alle Unità Operative è stata implementata la misurazione della performance aziendale, con la calendarizzazione di incontri mensili tra le varie strutture coinvolte al fine di monitorare l'andamento dell'attività e dei costi aziendali nel loro complesso. Inoltre sono stati individuati degli indicatori trasversali, di importanza generale, che vengono anch'essi monitorati mensilmente, sempre in un'ottica di valutazione complessiva aziendale, anche ai fini di un'erogazione infrannuale della premialità per il comparto.
Al fine della valutazione del livello di raggiungimento, per ciascun indicatore sono state individuate delle soglie ed è stato definito un range di tolleranza entro cui l'indicatore può comunque considerarsi raggiunto. La performance si considera positiva se sono raggiunti almeno 11 indicatori su 13; il raggiungimento inoltre viene validato dall'Organismo Indipendente di Valutazione.

Si riportano di seguito gli indicatori individuati per il 2026:

INDICATORI PERFORMANCE GESTIONALE	**Target atteso**	**Range tolleranza**
Indice tempestività pagamenti mensile	<0 giorni	-
% pagato oltre i termini/totale pagato	Mantenimento valore 2024	-
N° mensile di ricoveri, DO e DH	>4.400	10%
N° mensile atti operatori in Piastra Operatoria	>2.800	10%
N° mensile prestazioni per esterni-branche a visita	>83.000	10%
N° mensile prestazioni per esterni-laboratorio	>400.000	10%
N° mensile prestazioni per esterni-radiologia	>12.500	10%
N° mensile DRG alta complessità (classe A) regime ordinario	>500	10%
Valore mensile ricoveri extra-Regione	>2.500.000	10%
N° mensile ricoveri per trapianto	>50	10%
N° mensile accessi al PS adulti	>9.000	10%
N° mensile accessi al PS pediatrico	>1.500	10%
N° mensile parti	>180	10%

2.2.5 Processo di valutazione della performance individuale

La misurazione della performance individuale, finalizzata a definire il contributo del singolo al raggiungimento degli obiettivi e dei livelli di prestazione, avviene mediante uno strumento di valutazione (DIV – Documento Individuale di Valutazione) che si configura diversamente a seconda che si tratti di personale dirigente o dell'area del comparto.
Il Documento Individuale di Valorizzazione è strutturato in modo da misurare la performance individuale non solo in termini di contributo e impegno reso per il raggiungimento degli obiettivi, bensì anche tenuto conto degli aspetti relazionali e di collaborazione con i colleghi e di disponibilità al cambiamento e all'innovazione. Esso viene adottato per il personale sia ospedaliero sia universitario in convenzione, ovviamente per l'attività correlata all'assistenza.

A) Compilazione del DIV su supporto informatico da parte dei valutatori e condivisione con il dipendente valutato.

Per ciascun dipendente si individua annualmente il documento di valorizzazione che viene compilato dal valutatore mediante un programma specificamente predisposto;
l'esito viene condiviso con il personale valutato mediante colloqui volti alla esplicitazione dei comportamenti/competenze attesi, in rapporto ai risultati ottenuti.
Secondo il sistema di valutazione adottato la valutazione negativa comporta la non compilazione del DIV e l'obbligatorietà di allegare una relazione redatta dai valutatori.
In tal caso è previsto l'intervento dell'Organismo Indipendente di Valutazione nel processo valutativo.

B) Sottoscrizione della copia cartacea.

La versione definitiva del documento viene stampata con la presa visione on-line da parte del valutato, e in seguito sottoscritta dai valutatori; essa viene poi archiviata nel fascicolo personale custodito presso la U.O.C. Gestione Risorse Umane.

C) Procedura dei Ricorsi.

I dipendenti che rilevassero divergenze sulla valutazione espressa da parte dei valutatori potranno presentare ricorso, entro 30 giorni dalla consegna del documento, esplicitandone le motivazioni.
L'Azienda ha individuato un collegio con il compito di analizzare i ricorsi presentati: allo scopo di verificare come si è svolto il processo di valutazione , 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; eventuali modifiche alla valutazione, derivanti dall'accoglimento del ricorso, comportano il corrispondente adeguamento economico.

D) Erogazione delle quote di produttività/risultato.

Le quote di produttività/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 di seguito esplicitati.

PERSONALE AREA DIRIGENZA

Per quanto riguarda la Dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa la scheda di valutazione (cosiddetta in Azienda DIV) è composta da 3 criteri, per i quali sono comunque previsti 4 parametri di merito il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 8, 15, 22, 30 fino ad un valore massimo di 90 punti complessivi.
I criteri sono: Relazione (capacità di lavorare con l'equipe), Autonomia e Responsabilità, Impegno, Attività scientifica, didattica e aggiornamento (quest'ultimo non valutato per la Dirigenza Professionale-Tecnica-Amministrativa).

Per la Dirigenza Area Sanità è stata implementata una nuova scheda di valutazione individuale che permetta una valutazione specifica del professionista e supporti in modo maggiormente costruttivo il percorso di valutazione della performance individuale.
L'obiettivo era sviluppare una scheda con 5 criteri misurabili ed oggettivi che il Valutatore può modificare in relazione al professionista, così che possano esservi obiettivi personalizzati in relazione alla propria professionalità e alla propria posizione nel contesto aziendale.
A seguito di incontri specifici con un gruppo di Direttori di UOC e la condivisione del percorso con i Direttori di Dipartimento, l'Azienda ha proceduto con l'individuazione di obiettivi per area di attività in linea con gli obiettivi di budget assegnati alle Unità Operative e all'implementazione di un sistema informatico che gestisca il processo. Tali obiettivi generici, infatti, possono anche essere personalizzati per ciascun Dirigente dal Direttore di UOC.
L'implementazione e il collaudo della procedura informatica ha reso più complesso l'avvio di questo nuovo sistema e per l'anno 2025 verrà utilizzato parzialmente ovvero gli obiettivi assegnati ai singoli Dirigenti rispecchieranno gli obiettivi assegnati alla UOC in sede di negoziazione di budget valutando il contributo del singolo professionista al raggiungimento degli stessi. Dall'anno 2026, partendo comunque dagli obiettivi di performance organizzativa assegnati alla UOC di afferenza, si prevede di utilizzare il gestionale in modo che ad ogni valutato possano essere assegnati obiettivi specifici individuali, il valutato li possa visualizzare in corso d'anno e solo successivamente venga valutato sull'effettivo raggiungimento degli stessi.

La valutazione rientra nelle competenze del Direttore di Struttura Complessa ed in sua assenza del Direttore di Dipartimento. Per il dirigente incaricato di Struttura Complessa o Semplice Dipartimentale, il D.I.V. verrà compilato dal Direttore di Dipartimento dell'area di afferenza o dal Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo.

Per il dirigente Direttore di Dipartimento, il DIV verrà compilato dal Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo.
Anche per l'area della Dirigenza, 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 al Servizio, tenendo conto dell'incarico dirigenziale, secondo un coefficiente definito nel Contratto Integrativo Aziendale.

Le fasce adottate per il collegamento dei risultati del budget individuale, come illustrato nello schema seguente:

Se risultato e < 40%	valore attribuito:	0%
Se risultato e ≥ 40% e ≤ 60%	valore attribuito:	60%
Se risultato e > 60% e ≤ 80%	valore attribuito:	80%
Se risultato e ≥ 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 previste dalla normativa vigente) e l'inquadramento professionale (tipologia del rapporto di lavoro part-time/full-time e incarico professionale).

PERSONALE AREA COMPARTO

Il sistema di valutazione in uso da anni presso questa Azienda, prevede per la performance individuale una scheda di valutazione (cosiddetta Documento Individuale di Valorizzazione - DIV) caratterizzata da sei criteri di verifica suddivisi poi in due macro aree in relazione a specifiche finalità. Come criterio generale la valutazione deve essere comunque considerata nella sua complessità e quindi per le finalità intrinseche alla valutazione stessa nella sua concezione primaria.

Area Capacità: vengono individuati tre criteri di verifica (Orientamento al risultato - Impegno, partecipazione e qualità della prestazione – Adattabilità) che permettono di determinare l'apporto individuale nell'attività dell'unità operativa di afferenza, legati principalmente al raggiungimento degli obiettivi assegnati e all'incremento della produzione. Per ciascun criterio sono previsti 4 parametri di verifica, il cui valore numerico corrisponde rispettivamente a 1, 4, 7, 10 fino ad un valore massimo di 30 punti complessivi. La somma dei valori assegnati permette di determinare la quota incentivante individuale.

Area Conoscenza: vengono individuati tre criteri (Responsabilità – Relazioni – Autonomia) atti a garantire la determinazione della correttezza delle prestazioni erogate, della professionalità e della competenza ascrivibile alla posizione rivestita e all'inquadramento professionale. Per ogni criterio sono previsti 4 parametri di verifica, contraddistinti da un simbolo che identifica il giudizio espresso il cui valore numerico complessivo per ogni criterio corrisponde a 10 punti, fino a raggiungere un valore massimo di 30 punti complessivi. La somma dei valori assegnati è utile a determinare il punteggio ai fini della progressione economica di carriera all'interno delle nuove aree di classificazione (c.d. DEP) del CCNL 2 novembre 2022, confermato dal recente CCNL 27 ottobre 2025.

I soggetti preposti alla valutazione, ai sensi degli accordi integrativi, sono il Direttore di Struttura, in sua assenza il Direttore di Dipartimento, e una seconda figura che

opera a diretto contatto con il valutato: dirigente per l'area amministrativa/tecnica e coordinatore per l'area tecnico/sanitaria. Per quanto concerne il coordinatore, il secondo valutatore viene individuato tra i referenti della U.O.C. Direzione delle Professioni Sanitarie, considerando l'area di afferenza.

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 al Servizio, tenendo conto della categoria di appartenenza, secondo un coefficiente definito nel Contratto Integrativo Aziendale.

Le fasce per la percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget sono:

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

Il budget di ogni Struttura viene poi distribuito tra i singoli sulla base del punteggio derivante dal DIV "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).

Coerentemente con quanto già in atto per la dirigenza Area Sanità, la direzione aziendale reputa opportuno cominciare un percorso di revisione della scheda in uso con un modello che permetta di meglio esplicitare gli obiettivi annuali, per i dipendenti del comparto che ricoprono funzioni significative.
Si intende, quindi, definire un percorso, in stretta collaborazione tra UOC Gestione Risorse Umane e UOC Direzione delle Professioni Sanitarie e con i diretti interessati, rivolto ai titolari di incarico organizzativo, anche con coordinamento, e di incarico professionale.
Il cronoprogramma generale della sperimentazione è composto da: definizione preliminare delle caratteristiche di obiettivi, indicatori e standard coerentemente con la performance organizzativa aziendale attesa per l'anno 2026, definizione congiunta di obiettivi individuali o per classi di dipendenti (es. i Coordinatori di UO), verifica a cadenza periodica tra valutatori e valutati sia della validità degli obiettivi stessi (fattibilità, coerenza con il sistema generale, ecc.) sia del grado di raggiungimento da parte dei singoli dipendenti, valutazione conclusiva.
Nel corso del 2026 si prevede di costruire una nuova scheda di valutazione individuale per i dipendenti con tali funzioni, che dovrà essere oggetto di confronto con le organizzazioni sindacali. Gli obiettivi potranno essere diversificati eventualmente per macroaree assistenziali o organizzative in relazione all'attività gestita per l'area sanitaria e sociosanitaria o per quella tecnico amministrativa. Dovrà successivamente essere rivisto anche il supporto informatico utilizzato per la valutazione da parte dei

valutatori e per la visualizzazione da parte dei valutati. L'obiettivo è adottare questo nuovo sistema di valutazione dall'anno 2027.

2.3 – Rischi corruttivi e trasparenza

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

La strategia di prevenzione della corruzione dell'Azienda si sviluppa partendo dall'analisi dell'organizzazione e del funzionamento dei diversi processi aziendali, sotto il profilo dell'esposizione al fenomeno corruttivo, al fine di individuare le necessarie misure di prevenzione e contrasto, con il coinvolgimento diretto dei Direttori/Responsabili di UU.OO.
Per la predisposizione della sezione rischi corruttivi e trasparenza del presente PIAO si è tenuto conto dei risultati ottenuti in applicazione del precedente PIAO 2025-2027, degli avvenuti mutamenti organizzativi, dell'emersione di nuovi rischi e degli aggiornamenti normativi che impongono ulteriori adempimenti.
Per il triennio 2026-2028, l'Azienda ha ritenuto importante indirizzare le strategie di prevenzione come segue, a protezione e per lo sviluppo del valore pubblico:

- rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione;
- condurre audit interni nelle aree prioritarie di rischio;
- proseguire nell'analisi di processo, sulla base della recente mappatura aziendale, al fine di creare un sistema di valutazione dei rischi aziendali il più possibile completo ed evoluto;
- incrementare la formazione nelle seguenti materie: appalti pubblici (lavori, forniture e servizi), sicurezza informatica, conflitto di interessi, corruzione e trasparenza;
- implementare nuove soluzioni informatiche per l'aggiornamento automatico e tempestivo di alcuni dati oggetto di pubblicazione e per il miglioramento continuo della conoscibilità all'esterno dei dati presenti nella sezione Amministrazione Trasparente.

La presente sottosezione è predisposta a cura dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), dott.ssa Elisabetta Penazzo, in conformità alle indicazioni contenute nei seguenti atti di indirizzo:

a) il Piano Nazionale Anticorruzione PNA 2022 adottato con delibera n. 7 del 17 gennaio 2023 dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e relativi allegati;
b) l'aggiornamento 2023 del PNA 2022 adottato con Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023 dall'Autorità Nazionale Anticorruzione;
c) per gli indirizzi e le disposizioni ancora valide, il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 - 2021 (PNA 2019-2021), adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con la delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 e relativi allegati;
d) la Delibera di Giunta Regionale della Regione del Veneto n. 1717 del 30/12/2022 avente ad oggetto "Adeguamento regionale, in relazione alle aziende e agli enti del Servizio sanitario regionale, ai principi normativi nazionali per l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e ai contenuti del Piano tipo definito con Decreto Interministeriale n. 132 del 30 giugno 2022. Art. 6, comma 7-bis, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113" e relativo allegato.

Considerato che il PNA 2025 è in fase di adozione da parte di ANAC i relativi contenuti verranno recepiti in fase di programmazione delle misure anticorruzione e trasparenza nell'anno 2026 da parte del RPCT.

Al fine di predisporre l'aggiornamento del presente documento, la sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO 2025-2027 (da pag. 40 a pag. 69) adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 198 del 31/01/2025 è stata sottoposta a procedura consultiva (sito internet e intranet sezione NEWS) rivolta a tutti i soggetti, interni e esterni, direttamente e/o potenzialmente interessati (dipendenti, dirigenti, organizzazioni sindacali, associazioni di consumatori, forme di organizzazioni rappresentative di particolari interessi e in generale tutti gli stakeholder qualificati) mettendo a disposizione un apposito modulo online. Per i canali utilizzati è stato indicato come termine per la presentazione di osservazioni e contributi quello del 5 novembre 2025 ed entro tale termine non sono pervenute osservazioni in merito.

2.3.1 Modalità di predisposizione della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza"

E' importante sottolineare che il processo per la definizione della presente sezione si è svolto con la piena collaborazione e l'attiva partecipazione dei Direttori/Responsabili di UU.OO., specie per quelli operanti nelle aree più esposte a rischio corruttivo, in termini di contributo conoscitivo e di diretta responsabilità. Il RPCT ha provveduto all'elaborazione della proposta definitiva incontrando i Direttori/Responsabili di UU.OO. per analizzare, a partire dalla mappatura aziendale, i diversi processi di loro competenza, valutarne la rischiosità a livello corruttivo e individuare i principali eventi rischiosi e le relative misure di prevenzione.
L'obiettivo rimane la reale integrazione tra i processi e gli strumenti di programmazione e controllo, funzionali a una verifica dell'efficacia ed efficienza dell'organizzazione pubblica nel suo complesso, avendo cura di coinvolgere tutte le figure che gestiscono il rischio in Azienda.

2.3.2 Il coordinamento con gli strumenti di programmazione ed il sistema dei controlli aziendale

La presente sezione del PIAO tiene conto degli obiettivi strategici ed operativi definiti nella sezione Performance in una logica di integrazione e di coordinamento con il sistema di budget attraverso l'inserimento di obiettivi che consentano la misurazione dell'efficacia delle misure di prevenzione, in collegamento con l'UOC Controllo di Gestione.

2.3.3 Analisi del contesto

La Regione Veneto, con prot. n. 302020 del 19/06/2025, di oggetto "Invio Linee Guida per la proposta di PIANO TRIENNALE DI AUDIT 2025-2027" ha ribadito, in continuità con le linee guida relative al triennio 2024-2026, l'esigenza di superare approcci settoriali alla gestione del rischio, promuovendo un sistema di governo dei rischi aziendali complessivo, integrato e strutturato. Il modello proposto mira a supportare le politiche aziendali attraverso evidenze fondate non solo sull'analisi dei processi e dei rischi, ma anche sull'utilizzo sistematico dei dati, favorendo una visione unitaria e trasversale dei rischi e l'attuazione di misure di mitigazione coordinate, in coerenza con le priorità strategiche e con l'evoluzione del contesto del SSR Veneto.

In tale quadro, la gestione integrata dei rischi e il rafforzamento dei sistemi di controllo interno assumono un ruolo centrale quali fattori abilitanti della programmazione strategica e operativa, della misurazione della performance e della creazione di valore pubblico, contribuendo a rafforzare la capacità dell'Azienda di perseguire i propri obiettivi istituzionali, garantendo al contempo sostenibilità, trasparenza e resilienza organizzativa in un contesto in continuo mutamento.

Il contesto esterno.

L' aggiornamento del presente PIAO ed in particolare della sottosezione 2.3 "Rischi corruttivi e trasparenza" — richiede come primo passaggio un'analisi del contesto esterno: cioè una mappatura delle caratteristiche ambientali, culturali, sociali, economiche e criminologiche del territorio in cui l'Azienda opera, così da valutare anche il potenziale rischio associato del verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

Per inquadrare il fenomeno corruttivo nel contesto italiano è interessante partire dai dati riportati da Transparency International Italia nella classifica dell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) 2024 che si basa sul livello di corruzione percepita nel settore pubblico in 180 Paesi al mondo, oggetto di misurazione.

Il punteggio finale è determinato in base ad una scala che va da 0 (alto livello di corruzione percepita) a 100 (basso livello di corruzione percepita).

Il punteggio dell'Italia nel CPI 2024 è di 54 e colloca il Paese al 52° posto nella classifica globale ed al 19° posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea.

Il Report CPI 2024 mette, ancora una volta, in evidenza la forte correlazione tra corruzione, conflitti e sicurezza. La corruzione erode le risorse per il benessere comune, genera tensioni sociali, riduce la fiducia nei governi, crea terreno fertile per attività criminali, in definitiva minaccia la stabilità politica, sociale ed economica di un Paese.

Con riferimento al contesto specifico della Regione Veneto, caratterizzato da un sistema sanitario consolidato e da una rete ospedaliera di eccellenza, si rinvia all'ultima Relazione sull'attività svolta e i risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia - relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento nel 2024 che evidenzia come le organizzazioni criminali adottino modalità sempre più sofisticate e meno visibili, concentrandosi sull'accesso ai mercati pubblici attraverso operatori economici compiacenti, società "filtro" o intermediazioni opache finalizzate a influenzare procedure di appalto, forniture e servizi.

L'Azienda Ospedale – Università Padova opera in un contesto territoriale e socio-economico complesso, caratterizzato da un'elevata domanda di servizi sanitari altamente specializzati, dalla presenza di un vasto bacino di utenza regionale ed extraregionale e da un forte intreccio con il mondo accademico e della ricerca. Questi elementi esterni influiscono in modo significativo sulla natura e sull'intensità dei rischi corruttivi che l'Azienda è chiamata a presidiare

In tale quadro, l'attività sanitaria pubblica risulta particolarmente esposta, in ragione dei volumi finanziari gestiti, dell'elevata frequenza di gare e dell'importanza strategica delle tecnologie biomedicali. L'introduzione del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) accentua ulteriormente tali vulnerabilità: l'afflusso di risorse straordinarie per digitalizzazione, infrastrutture ospedaliere, ammodernamento tecnologico e riorganizzazione territoriale crea un contesto che, se non adeguatamente presidiato, può incrementare il rischio di condizionamenti nei processi di affidamento, accelerazioni procedurali non giustificate, pressioni per l'inserimento di determinati operatori economici e possibili conflitti di interesse

In tale scenario, l'Azienda Ospedale – Università Padova adotta un approccio integrato alla prevenzione della corruzione, fondato su trasparenza, tracciabilità, digitalizzazione dei processi e rafforzamento dei controlli interni, con l'obiettivo di mitigare gli effetti dei fattori esterni e garantire la massima integrità e imparzialità dell'azione amministrativa.

Per ulteriori approfondimenti si può fare rinvio all'analisi effettuata nella Sottosezione del PIAO 2.1 "Valore Pubblico".

Il contesto interno dell'Azienda Ospedale – Università Padova.

Il contesto interno risulta ampiamente descritto nelle altre sezioni del presente PIAO.
Nella sezione "Organizzazione e Capitale umano" è illustrata, in particolare, la struttura organizzativa dell'Azienda e le posizioni di responsabilità presenti.
Nella sezione "Scheda anagrafica dell'Amministrazione" e nelle sottosezioni "Valore pubblico" e "Performance" sono riportati una serie di dati che danno evidenza delle dimensioni dell'Azienda oltre che della sua organizzazione e funzionamento anche in termini di attività svolte.

I soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza.

- La Direzione Strategica provvede alla nomina del RPCT, all'adozione del PTPCT (art. 1 co 7 e 8 della L. 190/2012 e s.m.i.) su proposta del RPCT e ad individuare gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza così come esplicitati nella sottosezione del PIAO "Rischi corruttivi e Trasparenza".
- Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza – RPCT nominato con Deliberazione n. 1571 del 5/9/2023 e, in caso di assenza temporanea, il suo sostituto individuato, formalmente, dallo stesso RPCT con nota protocollata indirizzata alla Direzione Strategica;
- I Dirigenti dell'Area Tecnico Amministrativa e i Dirigenti dell'Area Sanitaria affiancano, come prevede la L. 190/2012, il RPCT esercitando poteri propositivi e di controllo nonché obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione (PNA 2019). I Dirigenti devono essere coinvolti dal RPCT sia nella fase di mappatura e analisi dei rischi connessi all'attività di competenza di ciascuno, sia nella fase dei conseguenti provvedimenti attuativi e devono provvedere al corretto adempimento degli obblighi previsti in materia di Trasparenza dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. e dalle indicazioni ANAC.
- L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) che ha un ruolo importante nel coordinamento tra il sistema di gestione della performance e le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.
- I Referenti per la prevenzione della corruzione sono individuati nei Direttori/Responsabili delle UU.OO. aziendali o loro delegati, come da tabella allegata:

Struttura/Ruolo	**Referente RPCT**
UOC Affari Generali	Dott. Francesco Tosatti
UOC Contabilità e Bilancio	Dott.ssa Barbara Gerunda
UOC Controllo di Gestione	Dr. Antonio Giona
UOC Direzione Amministrativa di Ospedale	Dott.ssa Luisa Longhini
UOC Direzione delle Professioni Sanitarie	Dott. Mario Degan
UOC Direzione Medica	Dott. Tiziano Martello
UOC Direzione Medica Ospedale Sant'Antonio-OSA	Dott. Riccardo Caberlotto
UOC Direzione Tecnica Nuovo Polo Ospedaliero	Ing. Mirco Giusti
UOC Farmacia Ospedaliera	Dott.ssa Francesca Venturini
UOS Formazione	Dott. Alberto Paolucci
UOC Gestione delle Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e Rapporti con l'Università	Dott.ssa Michela Zanella
UOS Ingegneria Clinica	Dott. Fabio Franceschi

UOS Libera Professione	Dott.ssa Luisa Longhini
UOC Medicina Legale e Tossicologia	Prof.ssa Anna Aprile
UOSD Progetti e Ricerca Clinica	Dott. Federico Boi
UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica	Dott.ssa Maria Elena Serafin
UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Dott.ssa Isabella Degli Agostini
UOS Sistemi Informativi	Dott.ssa Alessio Magliani
UOS Ufficio Legale	Avv. Ludovica Romano
Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione appaltante (RASA)	Dott.ssa Maria Elena Serafin
Referente gestione liste di attesa	Dott. Deris Gianni Boemo
Referente Anticorruzione e Trasparenza	Dott.ssa Donatella Baratto

- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) in carico alla UOS Ufficio Legale;
- il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA), individuato nella persona della Dott.ssa Maria Elena Serafin, Direttore della UOC Provveditorato Economato e Gestione della Logistica, nominata con deliberazione del Direttore Generale n. 1696 del 25/9/2023;
- il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio. Con deliberazione n. 1828 del 23/09/2024 è stato adottato il Regolamento aziendale per la gestione delle segnalazioni nell'ipotesi di sospetto di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo e nominato quale Gestore delle segnalazioni antiriciclaggio il RPCT, delegato a valutare ed effettuare la segnalazione di ogni operazione ritenuta a rischio all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF)";
- i dipendenti dell'amministrazione e soggetti ad essi assimilati partecipano al processo di gestione del rischio, rispettano le misure contenute nella presente sezione rischi corruttivi e trasparenza e nel Codice di Comportamento aziendale (adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2229 del 21/12/2023) segnalando le situazioni di illecito e i casi di personale in conflitto di interessi;
- il personale convenzionato, i collaboratori a qualsiasi titolo, i dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate dell'Amministrazione, osservano, per quanto compatibili, le misure contenute nella presente sezione.

2.3.4 Mappatura dei processi, identificazione e valutazione dei rischi

Con deliberazione del Direttore Generale n. 2664 del 29/12/2025 è stato approvato l'aggiornamento del documento "UNIVERSO DI AUDIT" contenente la nuova revisione dei processi aziendali oggetto dell'attività di Internal Audit ed i relativi owners.
In base alla nuova mappatura si è proceduto all'analisi dei processi a rischio corruttivo e alla conseguente valutazione della loro rischiosità. L'elenco è composto da processi e subprocessi con l'indicazione della Struttura responsabile (owner) e la descrizione dei limiti che ne delineano l'ambito. La mappatura delle attività e delle misure è, attualmente, effettuata con l'ausilio del programma "Data Protection Manager". In particolare il "Modulo Anticorruzione" presente nel programma permette di gestire il processo di prevenzione e contrasto alla corruzione, grazie all'integrazione tra l'Universo di Audit aziendale, il registro dei rischi con la relativa metodologia di valutazione e le misure di trattamento.

A tali processi è assegnata, se pertinente, l'area di rischio di appartenenza tra le seguenti, come individuate da ANAC

AREE DI RISCHIO GENERALI	AREE DI RISCHIO SPECIFICHE IN AMBITO SANITARIO

Acquisizione e gestione del personale	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
Contratti pubblici	Attività libero-professionale
Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Liste di attesa
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Rapporti con soggetti erogatori
Incarichi e nomine	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Affari legali e contenzioso	
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	

La mappatura dei processi, in accordo con il PNA 2022, sarà lo strumento unico a partire dal quale condurre le analisi dei processi e le valutazioni di rischio nelle varie declinazioni aziendali, in un'ottica di efficientamento e collaborazione con i vari sistemi di gestione.
Nell'ottica della gradualità nella costruzione della mappatura dei processi, l'Azienda ha l'obiettivo di effettuare un'analisi sempre più dettagliata, mediante la progressiva descrizione di fasi e attività dei processi individuati, quale strumento per poter procedere ad una individuazione e valutazione dei rischi e delle misure di prevenzione sempre più analitica e integrata.

I Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, per ogni processo di competenza, hanno svolto l'identificazione e l'analisi delle eventuali attività a rischio corruzione. Tale analisi viene riportata nell'allegato "***MAPPATURA E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUTTIVO***"**.**
Per guidare la ponderazione del rischio è stato fornito ai Responsabili delle aree a rischio corruttivo uno strumento di analisi, sviluppato con il supporto della funzione di Internal Auditing aziendale e costruito sui modelli di risk assessment.
Esso si basa sull'assegnazione per ciascun subprocesso a rischio di un punteggio da 1 a 5 ai seguenti 14 indicatori ritenuti significativi per la prevenzione della corruzione:

Key Risk Indicators	**Descrizione**
Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	La presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato.
Livello di interesse "esterno" economico e non economico	La presenza di interessi e di benefici di natura economica o non economica per i destinatari del processo determina un incremento del rischio.
Opacità del processo decisionale	L'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio.
Grado di informatizzazione del processo	Si considerino i sistemi aziendali gli applicativi utilizzati a supporto del processo.
Valutazione dell'impianto procedurale (set di procedure e documentazione interna) esistente a supporto del processo	L'impianto procedurale dovrebbe esplicitare la giusta operatività del processo e ridurre l'errore umano rappresentando il supporto fornito all'operatore per operare correttamente. Si considerano solo gli strumenti operativi a disposizione di chi opera nel processo, ossia congiuntamente due aspetti: la documentazione a supporto delle attività del processo e il supporto fornito dai sistemi informatici finalizzati al raggiungimento dell'efficacia e dell'efficienza del processo stesso.

Livello di sicurezza, adeguatezza e stabilità del sistema informatico	Si valutano 3 aspetti: Sicurezza = presenza di sistemi di verifica degli accessi e di distribuzione delle funzioni (profilazione) e di back up delle informazioni generate (eventuale elenco trattamenti aggiornato) Adeguatezza = attitudine del sistema a supportare le funzionalità/necessità/attività del processo sia a livello operativo che di controllo (valutazione PO)Stabilità = capacità di un sistema di mantenere le sue caratteristiche di funzionamento nel tempo(eventuale Elenco Trattamenti aggiornato)
Numero di Strutture Aziendali (U.O.) coinvolte nel processo	Coinvolte significa che partecipano attivamente al processo
Manifestazione di eventi corruttivi in passato nella attività esaminata	Se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi.
Valutazione sull'impianto organizzativo a supporto del processo.	Si considerano le attività relative al processo: sia le attività operative routinarie, sia le attività di controllo e di governo del processo. Si considera adeguato l'impianto organizzativo che assicura efficacia ed efficienza al processo e ne contiene i rischi operativi entro livelli di accettabilità per l'organizzazione. Alcune domande che possono aiutare a formulare la risposta sono: l'impianto organizzativo comprende presenza di personale quantitativamente e qualitativamente sufficiente o no? ci sono arretrati/richieste inevase o l'arretrato/richieste inevase è minimo? A volte potrei non svolgere attività di controllo. Ciò costituisce un rischio più contenuto se poi il mio output diventa input per gli altri e il controllo viene svolto da chi controlla gli input del processo successivo. Quindi potrei sacrificare attività di controllo se so che l'output è controllato da altri. I controlli vengono effettuati con regolarità e ne viene gestito l'esito?
Modifiche, comprese quelle dovute a cambiamenti normativi, che il processo ha subito nell'ultimo triennio	
Livello di segregazione presente nel processo	
Livello di turnover del personale negli ultimi 24 mesi	Per turnover si intende l'uscita di competenze. La significatività va misurata sull'impatto dell'uscita delle competenze sul processo
Valutazione sull'esistenza percepita dei controlli di primo livello	L'owner esprime una sua percezione, guidato da alcune domande. Esistono controlli di primo livello? Per controlli di primo livello si intendono i controlli volti ad assicurare l'effettuazione corretta delle operazioni. Si tratta di controlli effettuati dall'operatore sulla singola attività svolta oppure di controlli a campione o sistematici effettuati dal responsabile sulle attività svolte dai collaboratori per attenuare i rischi di solito incorporati in procedure operative o informatiche ecc.. I controlli previsti sono efficaci? Sono effettuati con sistematicità? L'esito dei controlli viene registrato? Le non conformità che emergono quale esito del controllo sono gestite?
Percezione del livello complessivo dei controlli esistenti	Gli elementi da considerare sono: tutte le dimensioni considerate in precedenza, gli esiti di audit o studi sul processo precedenti, elementi ulteriori (es. consulenze o approfondimenti, partecipazione a gruppi di lavoro ecc..)

Attraverso un algoritmo di calcolo del gestionale "DPM" viene espresso il livello di esposizione al rischio corruzione per ciascun processo/sub processo secondo la seguente scala:

SCALA DEI VALORI DI RISCHIO
Basso
Medio basso
Medio
Medio alto
Alto

Ai Referenti, oltre a istruzioni dettagliate per la compilazione, è stata fornita una lista esemplificativa di fattori abilitanti il rischio corruttivo:

FATTORI ABILITANTI
Induzione ad avvantaggiare alcuni soggetti rispetto ad altri
Liquidazione di compensi non dovuti o sovradimensionati
Scelte procedurali (tipologia di procedura, definizione di requisiti,...) finalizzate a favorire soggetti determinati
Inosservanza della normativa
Inosservanza di regolamenti/procedure per favorire determinati soggetti
Inosservanza delle disposizioni previste da contratto/accordo
Mancanza/scarsa motivazione nei provvedimenti
Presenza di conflitti di interessi
Mancanza di imparzialità
Mancata effettuazione dei controlli
Mancanza/poca trasparenza nella procedura
Non corretta valutazione di requisiti/documentazione
Abuso della discrezionalità
Induzione ad alterare atti e valutazioni per favorire singoli soggetti

Tali modelli sono stati appositamente adattati per svolgere un'analisi del rischio corruttivo che comprendesse i fattori abilitanti e gli indicatori di stima del rischio (key risk indicators) individuati nell'allegato 1 del PNA 2019, divisi in quattro aree: dimensionamento, rischio, organizzazione e sistema dei controlli. Infine per ciascun sub processo viene data raffigurazione dei principali eventi rischiosi, del valore di rischio lordo corruttivo, le relative misure di trattamento e la programmazione delle azioni future con indicazione dello stato di avanzamento.
Per ogni misura sono descritti, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa: i soggetti responsabili dell'attuazione, l'indicatore di monitoraggio, i tempi di attuazione e le misure da implementare.
Il RPCT durante gli incontri ha proposto e condiviso con i Responsabili di area le seguenti **misure a carattere trasversale:**

1. **Implementazione della matrice "Master plan controlli"**: Il modello di matrice del "Master Plan dei Controlli", introdotto nel 2024 e riproposto per il 2025, costituisce uno strumento strutturato di governo e monitoraggio dei servizi esternalizzati, finalizzato a garantire il rispetto dei requisiti minimi contrattuali previsti dal capitolato speciale d'appalto e dall'offerta tecnica presentata in sede di gara.
   Il Master Plan dei Controlli è concepito quale supporto operativo al Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC), al fine di:
   - assicurare la tracciabilità delle prestazioni contrattuali dovute dall'appaltatore;
   - identificare in modo puntuale le attività oggetto di controllo, i soggetti responsabili della loro esecuzione e le modalità di verifica;

- definire le tempistiche dei controlli e gli strumenti di evidenza documentale;
- consentire una valutazione sistematica delle risultanze, sia positive che negative, con tempestiva informativa al Responsabile Unico del Procedimento (RUP).

In caso di esiti negativi dei controlli, il Master Plan prevede la puntuale rappresentazione delle misure contrattuali adottate (applicazione di penali, attivazione delle procedure di risoluzione per grave inadempimento, escussione della cauzione definitiva o altre misure previste dal contratto), rafforzando così il presidio di legalità e la tutela dell'interesse pubblico.

Dal punto di vista del sistema dei controlli interni, tale impianto assume rilievo sia sotto il profilo della prevenzione dei rischi corruttivi — in termini di riduzione delle asimmetrie informative, discrezionalità non presidiata e opacità nella gestione dei contratti — sia sotto il profilo dei rischi amministrativo-contabili, contribuendo a garantire correttezza, economicità e regolarità dell'azione amministrativa.

A fini di accountability e coordinamento tra le funzioni di controllo, è stato previsto un flusso informativo strutturato: il DEC trasmette al RUP il Master Plan dei Controlli debitamente implementato, corredato da una relazione riepilogativa relativa ai principali servizi esternalizzati; il RUP, a sua volta, trasmette al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) una relazione di sintesi sul monitoraggio dei controlli effettuati e sulle criticità eventualmente emerse. Tale flusso consente al RPCT di disporre di elementi oggettivi e verificabili per l'aggiornamento delle valutazioni di rischio e per l'efficace integrazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PIAO.

2. **Mappatura attività con potenziale rischio corruttivo**: per alcune Unità Operative è stata adottata una misura integrativa finalizzata a rafforzare il sistema di prevenzione della corruzione attraverso il coinvolgimento diretto dei dirigenti e dei loro collaboratori.

   La misura prevede la trasmissione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) di una relazione riassuntiva di analisi predisposta dai Direttori di Struttura, basata sulle schede di mappatura delle attività a potenziale rischio corruttivo precedentemente compilate dai collaboratori delle medesime UU.OO.

   Tale relazione costituisce un momento formale di sintesi e validazione a livello dirigenziale delle informazioni raccolte nella fase di mappatura operativa e consente di:
   - consolidare e qualificare le valutazioni di rischio emerse dal livello operativo;
   - rendere esplicite le principali aree di esposizione a rischio corruttivo e le relative misure di mitigazione già in essere o da implementare;
   - rafforzare la responsabilizzazione dei Direttori di Struttura in merito alla gestione dei rischi e all'attuazione delle misure di prevenzione;
   - fornire al RPCT un quadro informativo strutturato, attendibile e comparabile, utile ai fini dell'aggiornamento del sistema di risk assessment e della pianificazione delle attività di monitoraggio.

Di seguito una rappresentazione tabellare delle attività/subprocessi interessati.

UOC	Attività/sub processi
Contabilità e Bilancio	Esecuzioni in danno (Penalità) a seguito gara d'appalto con conseguente emissione di nostra fattura attiva nei confronti dei fornitori inadempienti

	Atto di donazione con consegna fisica del bene/beni, in maniera difforme dalla procedura regolamentata per le donazioni
	Modifica data scadenza delle fatture dei fornitori
Gestione Risorse Umane	Gestione cessione del quinto
	Procedura di mobilità in ingresso
	Inserimento manuale delle timbrature con causale
	Gestione degli infortuni con le assenze correlate e relativa indennità
	Liquidazione attività in acquisto prestazioni
Sistemi Informativi	Acquisto di beni e servizi IT
	Gestione dei ticket correlati all'assistenza tecnica
Direzione amministrativa di ospedale	Attività relativa al processo ambulatoriale
	Attività relative al processo di ricovero in Libera Professione

Dal punto di vista del sistema dei controlli interni, la misura contribuisce a ridurre il rischio di sottostima o frammentazione delle valutazioni di rischio, favorendo un approccio top-down e bottom-up integrato, coerente con i principi di trasparenza, tracciabilità e presidio della discrezionalità amministrativa.

3. livello di segregazione/controlli compensativi: ove non risulti possibile segregare le funzioni/attività, a causa della carenza di risorse, si è proposto come misura alternativa di attivare gli opportuni controlli compensativi da parte del Responsabile.

2.3.5 Trattamento del rischio: le misure generali

L'identificazione delle misure idonee a prevenire i rischi corruzione emersi dall'analisi del contesto e valutazione del rischio è svolta dai Referenti aziendali supportati dal RPCT e sono riportate nell'**allegato (2.3.1)** "*MAPPATURA E TRATTAMENTO DEL RISCHIO CORRUTTIVO*".
Oltre che dalle misure specifiche individuate dai Referenti nella suddetta mappatura, la strategia di prevenzione della corruzione è caratterizzata da misure generali, previste dalla normativa in materia di anticorruzione, e misure Aziendali che intervengono in modo trasversale sull'intera organizzazione:

a. Trasparenza
b. Codice di comportamento
c. Divieto di pantouflage
d. Formazione per la promozione della cultura della legalità
e. Protocollo di legalità
f. Svolgimento incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali
g. Misure di rotazione
h. Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di vertice e dirigenziali
i. Antiriciclaggio e prevenzione del rischio di frodi
j. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. Whistleblower).

a) Trasparenza

La Trasparenza è lo strumento fondamentale che la Pubblica Amministrazione ha a disposizione per prevenire la corruzione.

L'Azienda pone la trasparenza come obiettivo strategico di prevenzione della corruzione.
Il principale strumento di trasparenza è la sezione "Amministrazione Trasparente" prevista dal Decreto Trasparenza (D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.).
La Trasparenza attuata dall'Azienda risulta ampiamente descritta nella sezione del presente PIAO dedicata alla Trasparenza.

b) Codice di Comportamento Aziendale.

Il Codice di comportamento è una delle più importanti misure previste dalla L. 190/2012, essendo volto a disciplinare le condotte dei dipendenti pubblici e soggetti ad essi assimilati, verso la migliore cura dell'interesse pubblico.
Con DDG n. 2229 del 21/12/2023 è stato approvato l'aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale, a seguito delle modifiche apportate al Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici adottate dal D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81 che riguardano, principalmente, l'utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media.
Negli schemi di bando di gara, contratto di appalto o di lavoro/incarico vengono inseriti l'obbligo di osservanza del Codice di comportamento e disposizioni o clausole di risoluzione o di decadenza in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice stesso.
Nel corso del 2025 è continuato il processo formativo iniziato nel 2024 relativo ai principi enunciati nel nuovo Codice ai dipendenti neoassunti che proseguirà anche nel corso del 2026.
La diffusione e il rispetto del Codice costituiscono obiettivo aziendale, in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed etico il comportamento dei dipendenti ed indirizzano l'azione amministrativa. Infatti, annualmente viene monitorata l'attuazione del Codice in collaborazione con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD).
L'analisi dei dati è pubblicata nella Relazione di fine anno dal RPCT presente sul sito Internet aziendale.

E' stata pubblicata sul sito intranet aziendale - L'azienda informa - Qualità e Accreditamento – Procedure aziendali- Area Amministrativa e comunicata a tutto il personale a mezzo mail, la Procedura per l'Individuazione e la gestione del conflitto di Interessi, al fine di fornire indicazioni circa la gestione del conflitto di interessi, individuando le circostanze che generano o potrebbero generare conflitti di interessi, i soggetti a cui deve essere presentata la dichiarazione, la modulistica che deve essere compilata, nonché le misure interne da adottare per prevenire tali situazioni.
Con particolare riferimento alle procedure di gara afferenti a progetti del PNRR, al fine di consentire l'individuazione di ipotesi di conflitto di interesse, il personale dipendente della stazione appaltante deve rendere la dichiarazione sul conflitto di interessi in conformità al succitato PNA 2022.
Proseguiranno anche nel 2026 i controlli incrociati tra UOC Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica e U.O.S. Formazione in relazione alla partecipazione dei dipendenti ai corsi esterni sponsorizzati
In casi specifici e ove possibile, su opportuna richiesta del Dirigente, vengono effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni, come ad esempio per le attività extraistituzionali, le commissioni di gara e l'attività libero-professionale.
Come evidenziato anche da ANAC nella Relazione annuale 2019 al Parlamento, sarebbe necessario fornire alle amministrazioni strumenti concreti per effettuare la

verifica della condizione di conflitto d'interessi. La mancanza di un sistema informativo pubblico, che consenta di ricostruire gli interessi del soggetto, su cui incombe il dovere di astensione per conflitto d'interessi, mette l'amministrazione in una situazione di asimmetria informativa strutturale, dal momento che è il soggetto interessato l'unico a conoscere la propria rete di interessi. Pertanto l'amministrazione si può affidare solamente alle autodichiarazioni e ad accertamenti limitati, oltre che alla pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" per garantire la massima trasparenza.

c) Divieto di incarichi di studio, di consulenza e dirigenziali a soggetti in quiescenza (Pantouflage)

Al fine dell'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 165/2001, introdotto dalla legge 190/2012 (attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro – pantouflage o revolving doors), l'Azienda adotta le seguenti misure volte a prevenire tale fenomeno, secondo il modello operativo di cui al PNA 2022, come integrato dalle Linee Guida adottate dall'ANAC con Delibera n. 493 del 25 settembre 2024:

- sottoscrizione al momento dell'assunzione in servizio, al momento del conferimento di un incarico da parte del dipendente con qualifica dirigenziale, o al momento del conferimento di un incarico di funzione professionale o organizzativa di una specifica clausola inserita nel contratto individuale di lavoro o di incarico, allo scopo di rendere il dipendente consapevole del divieto di pantouflage – tale adempimento è a cura della UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università;
- sottoscrizione, da parte del personale dirigenziale o del personale del comparto con incarico di funzione professionale o organizzativa, di una dichiarazione al momento della cessazione dal servizio, con cui lo stesso si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma – tale adempimento è a cura della UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università;
- previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell'obbligo per l'operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità.

d) Formazione per la promozione della cultura della legalità

Un elemento strategico per la diffusione della cultura della legalità, della trasparenza e della prevenzione della corruzione, in attuazione delle disposizioni di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190, nonché in conformità ai principi e alle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) adottato dall'ANAC è rappresentato dalla formazione del personale. L'Azienda a tal riguardo promuove iniziative formative specifiche, rivolte a dirigenti, dipendenti dell'area amministrativa e sanitaria che nell'anno 2025 sono state:

- corso in FAD dal titolo" Conoscenza e sensibilizzazione sulla strategia anticorruzione e integrità dell'Ente" rivolto al personale amministrativo, tecnico e sanitario neoassunto, per fornire ai partecipanti le principali conoscenze e gli strumenti più importanti necessari per operare in un contesto etico e conforme alle normative, contrastando il rischio di corruzione e promuovendo la trasparenza. L'obiettivo del corso è stato quello di creare una cultura aziendale

basata sull'integrità e sulla legalità, migliorando il sistema di gestione della corruzione attraverso l'applicazione di modelli di organizzazione e di misure di contenimento del rischio corruttivo derivanti anche dal rispetto dei valori comuni ed imprescindibili dell'ente, delle regole e degli obblighi vigenti in ambito lavorativo al fine di evitare comportamenti di tipo corruttivo o di cattiva amministrazione e perseguire il "valore pubblico".
La stessa iniziativa sarà proposta a tutti i professionisti nel corrente anno 2026.

- Un corso residenziale dal titolo "Mappatura dei processi e analisi dei rischi di corruzione nell'area sanitaria", rivolto al personale amministrativo; corso realizzato in aula con esperti docenti che avevano l'obiettivo di sviluppare nei partecipanti le competenze specifiche per essere in grado di analizzare i rischi di corruzione e di individuare i fattori di rischio per definire strategie efficaci di prevenzione (ordinarie e straordinarie) nei diversi processi dell'azienda ospedaliera.
  Tale progettualità prevede per il nuovo anno 2026 lo stesso livello di approfondimento anche per l'area sanitaria.
- Un corso residenziale, avviato per far conoscere ai partecipanti il Codice di Condotta, cioè quello strumento che le Aziende Sanitarie adottano per contribuire alla salvaguardia dei diritti fondamentali ed inviolabili di libertà, uguaglianza, salute e dignità delle singole persone che lavorano in Azienda, ha approfondito in aula anche il Codice di Comportamento, strumento che:
  - ✓ definisce i doveri dei dipendenti e dei dirigenti;
  - ✓ disciplina i rapporti con l'utenza e con i soggetti esterni;
  - ✓ contribuisce alla prevenzione dei conflitti di interesse;
  - ✓ rafforza la responsabilità individuale e organizzativa.

  Tale progettualità è prevista anche per il nuovo anno 2026.

L'Azienda Sanitaria, in quanto ente del Servizio Sanitario Nazionale, opera in un contesto caratterizzato da elevata complessità organizzativa, rilevanti flussi finanziari e interazioni con una pluralità di soggetti pubblici e privati, per questo ha ritenuto opportuno avviare anche il CORSO DI FORMAZIONE MONODISCIPLINARE DI BASE SNA, PER DEC ED OPERATORI SANITARI DELL'AOP, SULLA GESTIONE DEGLI APPALTI DI SERVIZI E FORNITURE: DALLA PROGRAMMAZIONE ALLA FASE ESECUTIVA per sviluppare nei partecipanti la consapevolezza del proprio ruolo in campo di sicurezza e responsabilità nella fase di controllo dei servizi esternalizzati.
Tale progettualità è prevista anche per il nuovo anno 2026. .
Tutte le attività formative realizzate nel 2025 e in programma per il 2026 sono pianificate in coerenza con il PTPCT e con particolare attenzione alle aree a maggiore rischio.

e) Protocollo di legalità

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 2349 del 18/11/2025 questa Azienda ha recepito il Protocollo di Legalità, sottoscritto in data 09/10/2025 dalla Regione Veneto, le Prefetture Uffici Territoriali del Governo del Veneto, l'ANCI Veneto e l'UPI Veneto, che ha introdotto specifiche misure organizzative e gestionali finalizzate ad assicurare l'adozione di adeguati presidi per la prevenzione delle infiltrazioni criminali e per il corretto rispetto della clausola relativa al Referente di cantiere, con particolare riferimento ai procedimenti relativi ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.
Il Protocollo di Legalità introduce, infatti, tra i principali elementi innovativi di rilievo un rafforzamento delle attività di controllo tramite la condivisione telematica dei dati e

l'interconnessione tra le banche dati delle Pubbliche Amministrazioni interessate, per potenziare le azioni di vigilanza, controllo e monitoraggio.
L'art. 7 del Protocollo prevede l'utilizzo di un software regionale per la gestione del settimanale di cantiere, mentre la clausola n. 6 "Referente di cantiere" annessa al Protocollo di legalità, definisce gli obblighi contrattuali connessi al "Referente di cantiere".
Il Protocollo di legalità e le disposizioni regionali in ordine all'applicazione delle clausole relative al "Referente di cantiere", recepite con il Provvedimento succitato n. 2349/2025 sono stati trasmessi, per la loro applicazione, dal Direttore UOC Anticorruzione, Trasparenza e Internal Auditing, con nota prot. 79098 del 21/11/2025, alle Strutture interessate, nonchè pubblicati, unitamente alla modulistica, nella sezione Amministrazione Trasparente del sito istituzionale, area "Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione – Regolamenti per la prevenzione e per la repressione della corruzione e dell'illegalità".

f) Svolgimento incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali

Per lo svolgimento delle attività extra istituzionali, l'art. 53 del d.lgs. 165/2001 prevede un regime di autorizzazione, da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione.
Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi, nel rispetto del disposto dell'art. 98 della Costituzione italiana.
L'Azienda, con delibera n. 938 del 27/07/2018, ha approvato il regolamento aziendale sulla disciplina delle incompatibilità e svolgimento di incarichi extraistituzionali e ciclicamente provvede a informare il personale della necessità di attenersi alle disposizioni in materia.
Con deliberazione del Direttore Generale n. 1977 del 06/11/2023 è stato approvato il regolamento aziendale in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del Comparto Sanità ai sensi dell art. 3-quater del D.L. 127/2021 e s.m.i., con il quale si definiscono i criteri e si disciplina la procedura per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extra officio da parte del personale delle professioni sanitarie del comparto sanità di cui alla Legge n. 43/2006. Tale disciplina può essere applicata fino al 31/12/2025.
Con nota prot. n. 348820 del 30/07/2018 è stato siglato l'Accordo tra Azienda Ospedale – Università Padova e Università degli Studi di Padova per disciplinare le modalità di verifica delle situazioni di conflitto di interesse relative allo svolgimento di incarichi extraistituzionali dei professori e dei ricercatori integrati in assistenza presso l'Azienda, definendo le modalità operative da seguirsi nel caso di incarichi esterni richiesti da professori e ricercatori universitari in convenzione, nonché gli oneri posti a carico dei due enti in materia di adempimento delle norme sulla trasparenza e di convenzioni con soggetti terzi per lo svolgimento di attività libero professionale in regime di intramoenia.

g) Misure di rotazione

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione ma deve registrarsi che nel mondo della sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Il settore clinico è sostanzialmente

vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità e, parimenti, gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche o iscrizioni ad albi (ad es., ingegneria clinica, ufficio legale, settore dell'informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite, le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno dell'azienda.
Vi è da considerare, inoltre, lo stretto rapporto di collaborazione scientifica che lega l'Azienda e l'Università degli Studi di Padova e che si esplicita anche nella designazione condivisa di alcune figure apicali all'interno dell'Azienda stessa.
L'Azienda, in ogni caso, applica il principio di rotazione per le nomine dei componenti delle commissioni di concorso e di gara e nell'affidamento degli incarichi esterni di patrocinio.
Altre misure introdotte sono la segregazione di funzioni nell'assegnazione del ruolo di RUP e di DEC.
In ordine alla rotazione straordinaria, ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. 1-quarter del D.Lgs. 165/2001, viene annualmente verificato il ricorso o meno all'attuazione della stessa nei casi di condotte di natura corruttiva. Nel 2025 non si sono verificati eventi corruttivi pertanto non è stata necessaria l'applicazione di tale misura.

h) Inconferibilità e incompatibilità di incarichi di vertice e dirigenziali dell'Area Tecnico – Amministrativa

Il D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190" individua agli articoli 3 e ss. le fattispecie di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, disponendo, all'articolo 17, la nullità degli incarichi conferiti in violazione delle disposizioni in esso contenute e, all'articolo 19, la decadenza dai medesimi in caso di incompatibilità.
La Procedura aziendale sul Conflitto di Interessi contiene, anche, specifiche disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità con riferimento agli incarichi amministrativi di vertice e dirigenziali dell'Area Tecnico-Amministrativa.
In particolare si evidenzia che all'atto del conferimento dell'incarico, dell'eventuale rinnovo e con cadenza annuale, il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo rilasciano una dichiarazione sull'insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità di cui al D.Lgs. n. 39/2013.
Inoltre, in ottemperanza alla Delibera ANAC n. 1146/2019 viene acquisita dalla UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e Rapporti con l'Università, all'atto del conferimento e dell'eventuale rinnovo dell'incarico, la dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39/2013, anche dai Dirigenti appartenenti all'area PTA titolari di incarichi di Direzione di Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali.
Le sopra citate dichiarazioni sono condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico (Art. 20, comma 4, del D.Lgs. n. 39/2013).
Tali dichiarazioni sono oggetto di pubblicazione nella sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente" (Art. 20, comma 3, del D.Lgs.n. 39/2013).

i) Antiriciclaggio e prevenzione del rischio di frodi

Nel quadro dei rischi corruttivi e delle misure di trasparenza nel 2025 l'Azienda, in coerenza con le logiche di prevenzione del rischio di riciclaggio, ha predisposto delle istruzioni operative antifrode per contrastare la "truffa dell'IBAN", un fenomeno crescente di frode informatica (BEC) in cui un cybercriminale sostituisce le coordinate bancarie nelle comunicazioni tra fornitori, clienti e azienda, spesso tramite email o PEC fraudolente. L'obiettivo è prevenire l'utilizzo di IBAN non autorizzati o riconducibili a soggetti diversi dai beneficiari legittimi, anche tutelando la tracciabilità dei flussi finanziari prevista dalla L. 136/2010.
Le principali misure operative introdotte sono:

1. **Dichiarazione di tracciabilità**
   - Deve essere trasmessa esclusivamente via PEC.
   - Comunicazioni con altri canali devono essere ricondotte alla PEC.
2. **Verifica della PEC del fornitore**
   - L'indirizzo PEC deve essere verificato tramite INI-PEC.
   - Vanno controllate firme digitali e identità del dichiarante.
3. **Obblighi da inserire nei capitolati d'appalto**
   - Comunicazione di una PEC dedicata e registrata in INI-PEC.
   - Variazioni dell'IBAN comunicate solo tramite quella PEC.
4. **Gestione delle comunicazioni di modifica IBAN**
   - Le PEC relative a variazioni devono essere protocollate e verificate secondo le procedure.
5. **Fornitori inattivi**
   - Se inattivi da oltre due anni, vanno posti in stato sospeso.
   - In caso di nuovi rapporti, è necessario aggiornare anagrafica e tracciabilità.
6. **IBAN in fattura**
   - Le coordinate presenti in fattura non sono soggette a manutenzione: valgono solo quelle comunicate nella dichiarazione di tracciabilità.
7. **Comunicazione delle coordinate aziendali ai clienti**
   - La dichiarazione di tracciabilità deve essere inviata via PEC.
   - Nei documenti di pagamento deve essere riportato l'avviso standard che invita il cliente a verificare qualsiasi variazione dell'IBAN contattando l'ufficio competente.

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

L'istituto del whistleblowing rappresenta uno strumento di prevenzione e contrasto della corruzione e della "maladministration" perché contribuisce all'emersione e alla prevenzione dei relativi rischi rafforzando i principi di trasparenza e responsabilità delle istituzioni democratiche. Con DDG n. 2192 del 12/11/2024 l'Azienda ha adottato il Regolamento aziendale per la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione Europea o di disposizioni normative nazionali (c.d. whistleblowing).
L'Azienda, in conformità alle indicazioni di ANAC in materia, utilizza una piattaforma gestionale Whistleblowing in crittografia per la segnalazione degli illeciti, con idonee misure di sicurezza. La piattaforma che è stata tempestivamente adeguata a seguito della nuova disciplina introdotta con il D.Lgs.n. 24/2023 di attuazione della Direttiva europea 2019/1937 è raggiungibile dal sito internet aziendale (Amministrazione Trasparente, Altri contenuti, Prevenzione della corruzione, Whistleblowing - Segnalazione illeciti).

Le istruzioni per inviare una segnalazione di illeciti sono pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/ Prevenzione della corruzione del sito internet aziendale.

Trattamento del rischio: le misure specifiche
I Paragrafi seguenti forniscono un inquadramento e informazioni di dettaglio su alcune misure specifiche rilevanti il cui dettaglio è rinvenibile nell'Allegato 2.3.1.

a) Libera professione
Questi anni hanno visto l'Azienda fortemente impegnata in una complessa attività di controllo/monitoraggio dei processi in materia di attività libero professionale, in adempimento della normativa e delle disposizioni vigenti.
Con nota della Regione del 21/12/2023 prot. 678591 veniva evidenziata e ribadita l'importanza della verifica e del rispetto del rapporto tra i volumi di attività istituzionali e libero professionali per ciascun Dirigente medico, considerando quanto stabilito nell'art. 15-quinquies, comma 3 del D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 38 comma 15 della L.R. 30/2016.
Sono state eseguite puntuali verifiche sull'Attività Libero Professionale di tutti i Professionisti coinvolti; nello specifico, sono stati altresì effettuati più incontri dell'Organismo di Promozione e Verifica dell'attività libero professionale al fine di monitorare ed eventualmente intervenire tempestivamente in caso si manifestassero criticità.
Inoltre, al fine di ribadire la corretta applicazione delle disposizioni in materia di Libera Professione, vengono inviate periodicamente delle comunicazioni ai Professionisti coinvolti circa le modalità di svolgimento ed eventuali aggiornamenti procedurali dell'Attività in parola.
Tale monitoraggio e controllo verrà effettuato anche nel corso dell'anno 2026.

b) Piano dei controlli interni – liste d'attesa
Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1680 del 27/08/2024 l'Azienda ha approvato il Piano Aziendale per il Governo Liste di Attesa, in applicazione delle disposizioni di cui alla DGR n. 626 del 4 giugno 2024 con la quale è stato adottato il nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), per garantire a tutti i cittadini che i tempi di accesso alle prestazioni sanitarie siano certi e adeguati ai problemi clinici.
Il Piano Aziendale per il Governo liste di attesa declina tutte le attività implementate dall'Azienda in tale ambito in ottemperanza ai provvedimenti regionali in materia.
In particolare, per la specialistica ambulatoriale sono state implementate da parte di questa Azienda tutte le azioni inerenti a:

- pianificazione annuale della produzione attraverso la razionalizzazione dell'offerta;
- governo della domanda attraverso iniziative di verifica dell'appropriatezza prescrittiva;
- evoluzione della gestione degli accessi con l'ampliamento delle disponibilità nel sistema CUP;
- gestione informatizzata nel processo prescrizione/prenotazione/refertazione/pagamento;

- organizzazione della libera professione e la verifica delle relative liste di attesa rispetto all'attività istituzionale;
- monitoraggio dei tempi di attesa su tutte le prestazioni di primo accesso con particolare attenzione a quelle oggetto di monitoraggio del Piano Regionale.

L'analisi dei bisogni espressi avviene anche attraverso l'utilizzo dei cruscotti messi a disposizione dalla Regione, alla quale devono essere trasmessi, sistematicamente, i flussi informativi relativi a liste e tempi d'attesa secondo le specifiche tecniche riportate nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Oltre ai suddetti monitoraggi, la Regione del Veneto ha introdotto specifiche analisi periodiche volte a evidenziare la performance di ciascuna Azienda, lo stato delle liste di pre-appuntamento di ciascuna di esse, nonché la composizione e la dimensione della domanda, in termini di tipologie di accesso e classi di priorità, al fine di consentire una analisi approfondita dei bisogni espressi e della domanda di salute.
L'Azienda, come ulteriore grado di analisi, ha realizzato un cruscotto di monitoraggio volto ad analizzare in dettaglio le singole prescrizioni eseguite da specialisti ad essa afferenti, correlando le stesse alla erogazione di prestazioni e consentendo la rimodulazione dell'offerta in linea con un'ottica di efficacia ed efficienza.
Sulla base delle indicazioni regionali, l'Azienda ha provveduto ad implementare il contenuto della sezione Amministrazione Trasparente – Servizi Erogati- Liste d'attesa, riportando tutte le informazioni utili per l'utenza.
Nella pagina sono infatti pubblicati i link utili, le informazioni relative al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa, i dati del monitoraggio e dato storico ex-ante in riferimento alla Specialistica Ambulatoriale, i dati del monitoraggio relativi ai tempi medi di attesa dei ricoveri, una guida esplicativa per l'utente, una nota per la lettura dei dati e la pubblicazione dei tempi di attesa relativi alla specialistica ambulatoriale degli ultimi 5 anni.
Tutti i dati contenuti nella pagina "Liste di attesa" vengono comunicati dalla Direzione Medica Ospedaliera all'Ufficio Relazioni con il Pubblico che provvede tempestivamente alla pubblicazione e/o aggiornamento degli stessi.
L'Azienda, in adempimento a quanto prescritto dalla DGRV 626/2024 sopra richiamata, ha individuato, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1272 del 27/06/2024, un team multidisciplinare per governare l'insieme dei processi che contribuiscono alla accessibilità e alla fruizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, alla garanzia dei tempi di erogazione, alla appropriatezza prescrittiva, alla sostenibilità ed efficienza organizzativa coordinato dal "Responsabile Unico Aziendale dei tempi d'attesa (RUA)". Il RUA rappresenta l'interfaccia unica della propria Azienda verso la Regione del Veneto, con il ruolo di componente della Cabina di Regia Regionale.

c) Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

Al fine di regolare le attività relative ai decessi intraospedalieri l'Azienda si è dotata di apposito regolamento, approvato con delibera n. 62 del 25.01.2017. Secondo quanto previsto da tale documento, il personale dell'Azienda ha il divieto assoluto di fornire informazioni ai familiari dei defunti in merito alla scelta dell'impresa di onoranze funebri ed è, inoltre, fatto assoluto divieto di comunicare alle stesse imprese il nome dei deceduti giacenti presso i locali aziendali.
Di contro, è fatto divieto assoluto alle imprese di onoranze funebri di pubblicizzare e promuovere propri servizi e l'accesso dei dipendenti delle stesse imprese nelle aree

riservate all'interno deve essere specificatamente autorizzato, previa identificazione degli operatori incaricati.
E' stata inoltre programmata per il 2026 l'informatizzazione del processo O.4 "Preparazione e custodia salme" con l'obiettivo di rafforzare i presidi di controllo, migliorare la tracciabilità operativa e garantire una maggiore affidabilità amministrativa del processo.
L'intervento nello specifico è volto a mitigare le seguenti criticità:

a) Rischi operativi elevati derivanti dall'attuale gestione non completamente informatizzata delle procedure, che potrebbe esporre il processo ad errori di tracciabilità, incompletezze documentali e interazioni non tracciate tra operatori e onoranze funebri.
b) Non conformità potenziali rispetto ai principi di trasparenza, segregazione delle funzioni e verificabilità delle operazioni.
c) Insufficiente capacità di reporting: l'assenza di un sistema informatizzato limita la produzione di evidenze gestionali e amministrative affidabili, riducendo la possibilità di monitorare indicatori di performance, individuare tempestivamente anomalie e supportare le attività della DMO e del controllo di gestione.

d) Sperimentazioni cliniche e informazione scientifica sui farmaci e sui dispositivi medici

L'attività di informazione scientifica sui farmaci e sui dispositivi medici presenta profili di rischio che si ritiene opportuno monitorare anche nel corso dell'anno 2026. Al riguardo con DGRV 1624/2023 la Regione Veneto ha adottato gli Indirizzi e le Direttive in materia di Informazione Scientifica sul farmaco, dispositivi medici e dispositivi diagnostici in vitro.
In data 2/4/2024 è stata adottata, in ottemperanza alle indicazioni regionali, la procedura "Indirizzi e Direttive in materia di Informazione Scientifica su farmaci, dispositivi medici e dispositivi diagnostici in vitro", pubblicata nel sito intranet aziendale che regolamenta l'informazione scientifica in Azienda in base ai principi di trasparenza e tracciabilità.

e) Medical Device (MD) e concessione apparecchiature all'Azienda per l'esecuzione di studi clinici

Nel corso dell'anno 2026 l'UOSD Progetti e Ricerca Clinica continuerà a tracciare e regolamentare – in accordo con le UOC/UOS aziendali competenti - l'ingresso presso i Centri sperimentali di apparecchiature in comodato d'uso necessarie per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche presentate da promotori commerciali e non commerciali. In particolare, nell'ipotesi di indagini cliniche di dispositivi profit post marketing, oltre alle modalità di ingresso dei dispositivi in Azienda, verrà prestata particolare attenzione alla compatibilità/congruenza rispetto alle richieste presentate dai promotori (in particolare, con riferimento alla numerosità attesa di pazienti presso il Centro sperimentale dell'Azienda Ospedale).
Nel corso dell'anno 2026, in riferimento al processo di acquisizione di apparecchiature e tecnologie in comodato d'uso gratuito, si continuerà ad approfondire gli aspetti relativi ai profili di protezione dei dati personali di cui al Reg. UE 679/2016 e alla normativa correlata.

f) Revisione regolamentazione attività di ricerca clinica

Nel corso dell'anno 2026 l'UOSD Progetti e Ricerca Clinica continuerà a garantire il recepimento delle linee di indirizzo del Centro di Coordinamento Nazionale dei

Comitati Etici Territoriali previsto dall'art. 2 della Legge 11 gennaio 2018, n. 3, e istituito presso l'AIFA, emanate a garanzia dell'omogeneità delle procedure e del rispetto dei termini temporali inerenti le sperimentazioni cliniche di medicinali e su dispositivi medici, e degli eventuali aggiornamenti dei modelli di contratto da utilizzare nel corso della regolamentazione con i promotori. Inoltre, si procederà alla revisione della procedura finalizzata all'acquisizione di contributi messi a disposizione da imprese farmaceutiche, o comunque da terzi, per le sperimentazioni e gli studi osservazionali senza scopo di lucro secondo le previsioni dell'art. 2, comma 6, del Decreto del Ministero della Salute 30 novembre 2021 "Misure volte a facilitare e sostenere la realizzazione degli studi clinici di medicinali senza scopo di lucro e degli studi osservazionali e a disciplinare la cessione di dati e risultati di sperimentazioni senza scopo di lucro a fini registrativi, ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52". Nel corso dell'anno 2026 sarà dato seguito all'attività di revisione, iniziata nell'anno 2024 e continuata nel corso dell'anno 2025, tramite la partecipazione ai tavoli di lavoro dei gruppi tecnici individuati da Azienda Zero/Regione Veneto, della modulistica utilizzata per la valutazione di fattibilità locale di sperimentazioni cliniche di medicinali, di indagini cliniche di dispositivi medici e di studi clinici con dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD), anche alla luce degli aggiornamenti contenuti nella Determina AIFA n. 424/24 "Le linee guida per la semplificazione e la decentralizzazione delle sperimentazioni cliniche" e nella Determina AIFA n. 425/24 "Le linee guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali".

g) Regolamento Affidamento Servizi legali

In ordine alle procedure di conferimento degli incarichi a legali con esterni, con delibera n. 2540 del 12/12/2025 sono stati adottati due nuovi regolamenti:

a. il regolamento per il conferimento di incarichi di difesa dell'Ente a legali esterni;
b. il regolamento per il patrocinio legale dei dipendenti.

Il primo stabilisce che la rappresentanza in giudizio dell'Ente sia, in via prioritaria, affidata all'Avvocatura Interna. Nell'ambito di tale attività di rappresentanza e difesa in giudizio dell'Azienda possono verificarsi casi in cui risulta opportuno affidare il patrocinio a legali esterni, pertanto, nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale e dei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità e pubblicità, si stabiliscono le modalità per il conferimento di detti incarichi, nonché le condizioni giuridiche ed economiche.
Il secondo regolamento disciplina le condizioni e la procedura di ammissione al patrocinio legale con oneri a carico dell'Ente, ai sensi delle vigenti disposizioni dei CC.CC.NN.L., in favore dei dipendenti dell'Azienda, sia dirigenti che appartenenti all'area del comparto, coinvolti in procedimenti di responsabilità civile, penale e contabile per fatti o atti direttamente connessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti d'ufficio.
In osservanza della suddetta deliberazione all'inizio del 2026 verrà pubblicato e diffuso un apposito avviso pubblico, finalizzato a sollecitare manifestazioni d'interesse di professionisti a essere inseriti nell'elenco di avvocati cui affidare eventuali incarichi di patrocinio dell'Ente o dei dipendenti. Successivamente alla scadenza del termine per l'invio delle domande, redatte secondo lo schema allegato alla delibera n. 2540 del 12/12/2025, verrà approvato, con ulteriore deliberazione del Direttore Generale, l'elenco aggiornato.

Il rischio corruttivo correlato all'attività di conferimento di incarichi a legali esterni è relativo al mancato rispetto dei principi stabiliti dal regolamento anche in termini di condizioni economiche.
L'azione di miglioramento per l'anno 2026 è la pubblicazione, la diffusione dell'avviso pubblico e l'approvazione dell'elenco aggiornato dei professionisti cui conseguirà l'applicazione dei nuovi regolamenti approvati.
Nelle more, per gli incarichi già conferiti e per quelli che verranno conferiti prima dell'approvazione del nuovo elenco, l'Azienda Ospedale - Università Padova continuerà ad applicare i regolamenti previgenti adottati con delibera n. 426 del 15.04.2019 e, l'effetto, ad utilizzare l'elenco degli avvocati esterni approvato con delibera del Direttore Generale n. 2643 del 19.12.2022.

h) Adozione del Protocollo di azione di vigilanza collaborativa tra ANAC e Azienda Ospedale - Università Padova

In data 22/04/2020 è stato sottoscritto tra Regione del Veneto, Comune di Padova, Provincia di Padova, Università degli Studi di Padova e Azienda Ospedale Università Padova l'Accordo di Programma per la realizzazione del "Nuovo Polo della Salute – Ospedale Policlinico di Padova", ai sensi dell'art. 32 della L.R. 29/11/2001, n.35. L'Atto aziendale dell'Azienda ha previsto l'attivazione della Unità Operativa Complessa Direzione Tecnica Nuovo Polo Ospedaliero, struttura incaricata della realizzazione del Nuovo Polo Ospedaliero di Padova, a supporto della Direzione strategica nello sviluppo e nel completamento dell'opera. In particolare, ad essa è affidata la mission della pianificazione e controllo del progetto, che prevede la realizzazione con modalità diverse di due presidi ospedalieri – il Nuovo Polo Ospedaliero di Padova Est – San Lazzaro e l'Ospedale "Giustiniani". La struttura è composta da un team multidisciplinare stabile e dedicato, che si occupa della realizzazione delle opere in tutte le fasi, dall'inizio fino alla loro entrata in funzione. All'interno della struttura viene svolta anche la funzione di RUP, nel rispetto delle norme del Codice dei Contratti.
Con riferimento alla realizzazione del Nuovo Polo della Salute – Ospedale Policlinico di Padova - che risulterà un Presidio Ospedaliero HUB a carattere Nazionale e Regionale - nel corso dell'anno 2021, previa approvazione con atto deliberativo n. 485 del 26 marzo 2021, l'Azienda ha sottoscritto con ANAC un Protocollo di azione di vigilanza collaborativa in data 31/03/2021. In particolare, il Protocollo ha ad oggetto la realizzazione del nuovo complesso ospedaliero, ritenuto di pubblico interesse, e l'attività di vigilanza riguarda le procedure per l'affidamento dei relativi servizi di ingegneria e architettura e le relative procedure di gara finalizzate alla realizzazione dei lavori. Nel corso dell'anno 2022, l'Azienda ha collaborato con ANAC nella predisposizione degli atti e nell'attività di gestione delle procedure di gara, attivando il procedimento di verifica degli atti secondo quanto previsto dallo stesso Protocollo. Tale azione congiunta permette il rafforzamento della correttezza e della trasparenza delle procedure di affidamento poste in essere, riducendo nel contempo il rischio di contenzioso in corso di esecuzione ed assicurando efficacia dissuasiva verso condotte corruttive.

i)Misure relative alla realizzazione lavori ed acquisizione di beni – PNRR

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) costituisce la strategia nazionale di utilizzo del programma Next Generation EU e si articola in 6 Missioni e 16 Componenti. L'Azienda ha colto le opportunità offerte dal PNRR per realizzare importanti investimenti e riorganizzare le reti di prossimità; nel dettaglio gli interventi

messi in atto dall'Azienda sono riconducibili alle missioni e componenti meglio dettagliati nella sezione Performance del presente PIAO.
Per le procedure rientranti negli interventi oggetto di finanziamento PNRR continua ad applicarsi la normativa speciale derivante dal d.l. 77 del 2021 convertito nella l. 108/2021 (anche dopo il 01/07/2023), salva l'applicazione del nuovo codice (d.lgs. 36/2023) per tutto quanto non regolato dalla stessa (ad es. la digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti). Le Strutture aziendali coinvolte nelle attività (UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali, UOS Ingegneria Clinica, UOS Sistemi informativi, UOSD Ricerca Clinica, UOC Provveditorato, economato e Gestione della Logistica) hanno dovuto adempiere ai numerosi obblighi dettati dal Ministero della Salute e dalla Regione Veneto per il monitoraggio sulla realizzazione degli interventi. Inoltre, è stata coinvolta la UOC Direzione Tecnica Nuovo Polo Ospedaliero con un ruolo trasversale, essendone nominato il Direttore quale Referente Unico Aziendale.
Per il controllo sulla correttezza delle procedure messe in atto, la trasparenza degli affidamenti e la completa rendicontazione delle attività, il Ministero ha messo a disposizione la piattaforma REGIS: mediante strumenti quali un cronoprogramma degli interventi, la gestione delle spese sostenute, l'inserimento della documentazione inerente l'affidamento degli appalti propedeutici alla realizzazione dell'intervento specifico, e i controlli di regolarità amministrativa e contabile, è possibile effettuare il controllo/supervisione sui progetti sia da parte della stazione appaltante, sia da parte degli enti superiori, nazionali e regionali, preposti.
Internamente l'Azienda ha messo in atto le azioni ritenute più opportune per la prevenzione di ogni fenomeno corruttivo, di rischio di frode e di loro contrasto da parte di tutte le UO coinvolte e titolari di misure, al fine di garantire una sana gestione finanziaria. Sul piano organizzativo, quindi, per le istruttorie delle procedure rientranti nei finanziamenti PNRR, l'Azienda ha fatto uso dei seguenti strumenti:

- Albo Fornitori aziendale (il cui Regolamento è stato adottato con DDG 1844 del 23/09/2024) per la selezione degli operatori economici dai invitare alle procedure di affidamento di contratti di importo inferiore alle soglie di rilevanza europea;
- Regolamento interno per l'affidamento di lavori sotto soglia, di cui si prevede l'aggiornamento in base alla vigente disciplina dei pubblici appalti.

In ottemperanza a quanto disposto dalla Procedura interna di regolamentazione del conflitto di interessi, per prevenire, individuare, monitorare e gestire gli eventuali conflitti, sono acquisite le dichiarazioni da parte del personale interno coinvolto nelle procedure di affidamento.
Per quanto riguarda l'amministrazione contabile dei pagamenti ed oneri connessi, l'UOC Contabilità e Bilancio ha attivato una procedura interna di condivisione della documentazione utile (come prevista dalle linee guida PNRR sul punto).
Per prevenire il rischio di frodi nella gestione delle risorse finanziarie, sono state adottate tutte le misure ritenute necessarie per garantire la piena copertura delle esigenze connesse al "ciclo di lotta alle frodi" e consistenti in: prevenzione di comportamenti illeciti, individuazione del rischio di frodi, segnalazione di irregolarità o sospetti, ed azioni correttive per il recupero delle somme o azioni giudiziarie, secondo quanto disposto dal Regolamento aziendale per la gestione delle segnalazioni in ipotesi di sospetto di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1828 del 23/09/2024.
Gli interventi PNRR saranno definitivamente conclusi (e rendicontati ai competenti organi superiori) entro il triennio 2025-2027.
Con riferimento ai finanziamenti PNRR, nel corso dell'anno 2025 l'Internal Audit ha somministrato, in continuità con quanto già effettuato nel 2024, una check list

strutturata di autovalutazione finalizzata alla verifica della regolarità amministrativo-contabile delle procedure d'appalto.
La check list è stata indirizzata ai Direttori della UOC Sistemi Informativi, della UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali e della UOSD Ingegneria Clinica, quali strutture direttamente coinvolte nella gestione e nell'attuazione degli interventi finanziati dal PNRR.
Lo strumento di autovalutazione ha riguardato la verifica della completezza, correttezza e coerenza della documentazione di gara e delle attività di controllo previste dalla normativa di riferimento, incluse le verifiche a presidio del rispetto dei vincoli PNRR e dei principi di legittimità, trasparenza e tracciabilità.
Le check list sono state debitamente compilate dai responsabili delle strutture interessate, fornendo evidenza delle verifiche effettuate e degli atti amministrativo-contabili adottati.

j) Obblighi di informazione nei confronti del RPCT

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.
Tutti i Responsabili delle strutture di supporto e tutti i Referenti delle altre articolazioni aziendali sono tenuti ad assicurare la massima collaborazione al RPCT, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste.
Il RPCT fornisce, per contro, il proprio supporto alle Strutture fornendo loro anche aggiornamenti sulle norme e sulle indicazioni ANAC che intervengono in materia.

2.3.6 Trasparenza

Il D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, definisce la trasparenzacome «*accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche*».
La trasparenza acquisisce così, negli intenti del legislatore, un ruolo di primo piano nell'attuazione del principio democratico in quanto concorre ad attuare i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.
Stretta poi è l'interrelazione della trasparenza con la prevenzione del rischio corruttivo.
Rendendo accessibili ai cittadini informazioni rilevanti riguardanti in particolare il conferimento di incarichi e l'utilizzo del denaro pubblico, la trasparenza ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione nella Pubblica Amministrazione.
L'Azienda, nel rispetto della normativa vigente e delle linee guida ANAC, ha dato attuazione al principio della trasparenza amministrativa attraverso la più ampia diffusione di informazioni concernenti la sua organizzazione e attività.
Tutti gli obblighi di pubblicazione e di trasparenza sono assolti attraverso la apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale
http://www.aopd.veneto.it.

Modalità organizzative per assicurare gli adempimenti

L'attuazione di quanto previsto nella sottosezione relativa alla trasparenza del PIAO è basata sull'apporto dei Responsabili delle Strutture competenti per materia, individuati nell'**Allegato 2.3.2 al presente Piano "Elenco degli obblighi di pubblicazione e dei Responsabili degli obblighi",**i quali hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità del dato e pubblicarlo nella sezione apposita.

Per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi il Referente per la Trasparenza e il RPCT attivano incontri periodici volti a verificare le più opportune misure organizzative adatte allo scopo. Un'attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni all'Amministrazione che da parte di soggetti esterni, segnatamente dell'OIV, è necessaria per assicurare che l'attuazione del Piano – sottosezione trasparenza - sia corretta e duratura.

Il RPCT effettua il monitoraggio interno delle attività del PTPCT rispettando le cadenze indicate nelle linee guide, di norma ogni tre mesi, attraverso la scansione delle attività ed indicando gli scostamenti, con particolare riguardo alla necessità che i Servizi aziendali mantengano il materiale pubblicato sul sito web aziendale in costante aggiornamento Le misure dirette ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi sono quelle già individuate e adottate negli anni precedenti e in particolare:

- definizione univoca, per ciascun obbligo di pubblicazione, del contenuto e della forma di presentazione dei dati che deve rispondere a precisi criteri di qualità delle informazioni pubblicate, ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità
- utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l'esposizione sintetica dei dati, documenti ed informazioni. Le tabelle aumentano, infatti, il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili
- semplificazione, per le sezioni per le quali non sono richiesti adempimenti con cadenza annuale, e/o con struttura tabellare, la cui pubblicazione continua ad essere manuale, del processo di pubblicazione, mediante flussi automatici di pubblicazione, attraverso l'utilizzo del software già in uso per la procedura delibere;
- apposizione, come regola generale, della data di aggiornamento del dato, documento od informazione. La data va esposta in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione Trasparente", con l'avvertenza di distinguere la data di aggiornamento da quella di prima pubblicazione La durata ordinaria della pubblicazione rimane fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati . Trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito che quindi viene meno. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico.
- pubblicazione, in una logica di piena apertura verso l'esterno, di"dati ulteriori" oltre a quelli espressamente indicati e richiesti da specifiche norme, come previsto dalla legge 190/2012 (art. 1, co. 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, co. 3 del

medesimo D.lgs. 33/2013 laddove stabilisce che «le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento». I dati ulteriori sono pubblicati nella sotto-sezione di 1° livello "Altri contenuti" sotto-sezione di 2° livello "Dati ulteriori", laddove non sia possibile ricondurli ad alcuna delle sotto-sezioni in cui deve articolarsi la sezione "Amministrazione trasparente

- azioni di sensibilizzazione, finalizzate a garantire completezza e tempestività nella pubblicazionedei dati.
- coordinamento delle pubblicazioni inserite nella sezione Amministrazione Trasparente con quelle di altre sezioni.

Le attività di controllo da parte di soggetti esterni sono di competenza dell'Organismo Indipendente di Valutazione che, ai sensi dell'art. 44 del n. 33/2013, verifica:

- la coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione anticorruzione e trasparenza e quelli della Performance;
- l'adeguatezza dei relativi indicatori.

I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle Performance, nonché l'Organismo Indipendente di Valutazione, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzative sia individuali del Responsabile e dei Dirigenti dei singoli Servizi.
A tal fine si evidenzia che la Direzione Generale ha previsto che le risultanze dei monitoraggi siano elemento di verifica per il corretto conseguimento dello specifico obiettivo di budget assegnato alle Strutture interessate, così come individuate nel succitato Allegato 2.3.2.

Obblighi di pubblicazione e responsabilità
Lo strumento guida per assicurare il rispetto degli obblighi è **l'Allegato 2.3.3 "Elenco degli obblighi di pubblicazione e dei Responsabili degli obblighi",** recante indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016 e dalla Linee Guida ANAC – Delibera 1310 /2016, dal PNA 2022 e PNA 2023 e successive Delibera ANAC 264/2023 come modificata dalla Delibera ANAC 601/2023,elencoriportante l'indicazione dei nominativi, intesi nella loro funzione (Direttore pro-tempore del ..), dei Direttori di UOC/UOSD dell'Azienda, responsabili dei dati e delle informazioni, nonché della loro pubblicazione nelle sezioni apposite.
I Direttori di UOC/UOSD, nel rispetto delle istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013 da ultimo definite nell'Allegato 4 della Delibera ANAC 495 del 25/09/2024, hanno la piena ed esclusiva responsabilità sia nel caso di pubblicazione di documenti che nel caso di pubblicazione di dati e/o informazioni della loro integrità, completezza, tempestività, costante aggiornamento, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità e riutilizzabilità, conformità ai documenti originali in possesso dell'Amministrazione, indicazione della loro provenienza e il rispetto della riservatezza (GDPR 679/2016 e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.).
Il RPCT, nell'ambito specifico della trasparenza, ha il compito di:

- provvedere alle misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;

- controllare l'adempimento da parte dell'Ente degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate
- segnalare all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e accesso civico generalizzato

Nei casi più gravi e in relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi di trasparenza all'ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD), nonché al Direttore Generale e all'OIV, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità (art. 43 D.Lgs. n. 33/2013). La legge prevede importanti sanzioni in caso di violazione degli obblighi di trasparenza. L'inadempimento può comportare responsabilità disciplinare, dirigenziale e amministrativa (artt. 15 e 46 del D.Lgs. n. 33/2013), nonché l'applicazione di sanzioni amministrative (art 47 D.Lgs. n. 33/2013). Le sanzioni riguardano i soggetti che sono tenuti a contribuire agli adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e, quindi, non solo il RPCT per le sue attribuzioni specifiche, ma anche i Responsabili che debbono fornire dati per realizzare la pubblicazione. In alcuni casi la pubblicazione dei provvedimenti adottati dall'Azienda costituisce condizione legale di efficacia dei provvedimenti stessi e la mancata, incompleta o ritardata pubblicazione, oltre a comportare responsabilità disciplinare in carico al Dirigente resosi colpevole della mancanza, comporta il pagamento di una sanzione pari alla somma indebitamente erogata e, ove ricorrano i presupposti di cui all'art. 30 del D.Lgs. n. 104/2010, il risarcimento del danno del destinatario (art.15, comma 3, e art. 26, comma 3, del D.Lgs. n. 33/2013).

Altri strumenti fondamentali di trasparenza sono: **l'accesso documentale**, **l'accesso civico e l'accesso civico generalizzato**.

Con Deliberazione n. 2348 del 18/11/2025 il Direttore Generale dell'Azienda Ospedale – Università Padova ha approvato, tenuto conto degli orientamenti applicativi e delle linee guida emanate dall'ANAC in materia, il nuovo Regolamento che disciplina i criteri e le modalità organizzative per garantire a chiunque di esercitare l'accesso ai documenti amministrativi (ai sensi dell'art. 22 e seguenti della L. 241/90 e s.m.i.), l'accesso civico semplice, ai sensi dell'art 5, comma 1, del D.Lgs. 33/2013, l'accesso civico generalizzato, ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.Lgs. 33/2013, cosiddetto FOIA (Freedom of Information Acts), introdotto dalla D.Lgs. 97/2016 che ha modificato il D.Lgs. 33/2013 e l'accesso alla documentazione sanitaria.

Con nota prot. n. 79074 del 21/11/2025 il RPCT ha trasmesso il regolamento a tutte le UU.OO. interessate invitando i Direttori alla diffusione del regolamento a tutto il personale interessato per garantire la corretta gestione delle istanze di accesso documentale, civico e civico generalizzato e il rispetto dei tempi procedimentali previsti dalla normativa.

Si rinvia, per le misure organizzative necessarie al fine di assicurare l'efficacia di tali istituti, al succitato Regolamento allegato alla Deliberazione del Direttore Generale n. 2348/2025 pubblicato sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente/Altri contenuti/Accesso civico" unitamente ai moduli per la richiesta di accesso documentale, civico semplice e civico generalizzato. Per l'accesso alla documentazione sanitaria si rinvia alla procedura aziendale pubblicata nel sito internet aziendale.

L'Azienda ha attivato sullo stesso sito istituzionale http://www.aopd.veneto.it nella sezione Amministrazione trasparente – Altri contenuti, l'indirizzo di posta elettronica

accessocivico.aopd@aopd.veneto.it cui inoltrare le richieste di accesso civico semplice e di accesso civico generalizzato. Il sito web http://www.aopd.veneto.it rappresenta, infatti, per l'Azienda il principale e più immediato strumento di comunicazione con il mondo dei cittadini e degli utenti pertanto sarà il luogo preferenziale della comunicazione tra cittadino e amministrazione.
Nella stessa sezione il RPCT pubblica il registro degli accessi civici e civici generalizzati, aggiornandolo con cadenza semestrale.
Si precisa che il registro non riporta gli accessi agli atti ai sensi della L. 241/90, poiché la ratio sottesa al suddetto registro, esplicitata dalla stessa Autorità, è quella di realizzare un monitoraggio sulle decisioni delle amministrazioni relative alle richieste di accesso civico e accesso civico generalizzato, non condizionate dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, nonché allo scopo di rendere noto su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso in una logica di semplificazione delle attività. In quest'ottica, pertanto, non possono trovare spazio all'interno del suddetto registro le istanze di accesso documentale ex artt. 22 e ss. della L. 241/90 che subordinano la conoscibilità degli atti detenuti dall'Amministrazione alla sussistenza di una posizione giuridica legittimante, corrispondente ad un interesse diretto, concreto ed attuale collegato al documento di cui si richiede l'accesso. Il carattere soggettivo delle motivazioni poste a supporto di dette istanze costituisce un fattore determinante ai fini del loro accoglimento e, di conseguenza, vanificherebbe quelle esigenze di semplificazione perseguite attraverso la pubblicazione nel registro degli accessi di richieste aventi ad oggetto documenti generalmente conoscibili.

Trasparenza e tutela dei dati personali
L'Azienda pone particolare attenzione alla tutela dei dati personali, affinché i dati pubblicati e le relative modalità di pubblicazione rispettino i criteri di necessità, proporzionalità, finalità, pertinenza e non eccedenza nel trattamento dei dati personali, nel rispetto del quadro normativo sulla protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 modificato dal D.Lgs. 101/2018 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679), pur al cospetto dell'esigenza di garantire, ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. (Decreto Trasparenza), la pubblicità dei dati in possesso della pubblica amministrazione.
La Corte Costituzionale, chiamata ad esprimersi sulla necessità del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono «*contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato*»
In particolare, nella richiamata sentenza, la Corte precisa che il bilanciamento della trasparenza e della privacy va compiuto avvalendosi del test di proporzionalità che «*richiede di valutare se la norma oggetto di scrutinio, con la misura e le modalità di applicazione stabilite, sia necessaria e idonea al conseguimento di obiettivi legittimamente perseguiti, in quanto, tra più misure appropriate, prescriva quella meno restrittiva dei diritti a confronto e stabilisca oneri non sproporzionati rispetto al perseguimento di detti obiettivi*».
Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di

risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione (art. 1, d.lgs. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione
Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.
Il medesimo D.lgs. 33/2013 all'art. 7-bis, co. 4, dispone inoltre che «*Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione*». In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali e, a livello aziendale, dal Responsabile per la Protezione dei Dati.
L'Azienda Ospedale-Università Padova, Titolare del trattamento dei dati, ha nominato il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD), che svolge i compiti previsti dall'art. 39 del Regolamento UE 679/2016, supportando il Titolare nei molteplici adempimenti imposti dal medesimo Regolamento.
Il punto di contatto del RPD, pubblicato nel sito web aziendale, è il seguente: rpd.aopd@aopd.veneto.it.

Attività di monitoraggio 2025
Nel corso del 2025 il RPCT ha svolto, trimestralmente, su tutte le sezioni dell'Amministrazione Trasparente, con il supporto del Referente per la Trasparenza aziendale, l'attività di controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza sul sito aziendale Amministrazione Trasparente, da parte dei responsabili degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, sollecitando le Unità Operative interessate (vie brevi/mail), anche con l'invio di un report, a verificare quanto indicato e a provvedere, secondo i suggerimenti inseriti, alla puntuale pubblicazione, richiamando alla completezza, alla chiarezza e all'aggiornamento delle informazioni pubblicate, in un'ottica di costante implementazione e adeguamento del sito aziendale "Amministrazione Trasparente". Lo strumento guida, di cui si è avvalso il RPCT, per assicurare il rispetto di tali obblighi, è stato l'allegato 2.3.3 al PTPC 2025-2027 recante indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni con l'indicazione dei nominativi o la funzione dei responsabili degli uffici e dei servizi dell'Azienda, responsabili dei documenti, dei dati e delle informazioni, nonché i tempi della loro pubblicazione.
Inoltre, a seguito delle modifiche apportate alla disciplina specifica in materia di contratti pubblici prevista dal D.Lgs. 36/2023 (nuovo Codice degli appalti), diventate pienamente efficaci a far data dal 1° gennaio 2024 con riferimento a tutte le procedure di affidamento (comprese quelle che utilizzano i fondi PNRR), si è

proseguito con l'aggiornamento della sotto-sezione di primo livello "Bandi di gara e contratti" con i contenuti allegati alla delibera ANAC 264/2023 come modificata dalla delibera ANAC 601/2023.
Utilizzando il collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi ai contratti pubblici contenuti nella BDNCP e i contenuti di carattere generale previsti dall'allegato alla delibera ANAC 601/2023, mantenendo per i dettagli le voci utilizzate in precedenza (Profilo committente, ecc.), nelle more dell'attivazione di una Piattaforma Unica Nazionale (gestita dall'ANAC) che avrà lo scopo di assolvere gli obblighi di trasparenza in capo alle amministrazioni pubbliche che garantiranno, attraverso l'interoperabilità dei sistemi perseguita dal nuovo Codice Appalti, il flusso dei dati relativi a gare e affidamenti.
Le risultanze dei monitoraggi effettuati hanno evidenziato che il livello di adempimento, nel 2025, nei modi e nei tempi previsti dalla normativa di riferimento e dalle line e guida è stato, in generale, soddisfacente presentando solo alcuni ritardi, in particolare da parte dei Responsabili dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione delle sezioni per le quali non sono previsti automatismi, nell'aggiornare e/o implementare manualmente i dati con cadenza annuale e/o con struttura tabellare, secondo quanto previsto dal PTPCT 2025-2027, dovute a problemi di tipo organizzativo e ai mutamenti normativi di settore che hanno determinato un rallentamento delle attività di implementazione di tali sezioni dell'Albero della Trasparenza.
L'RPCT, anche per le vie brevi (telefonate, mail etc) ha, comunque, sollecitato, con il supporto del Referente per la Trasparenza aziendale, i Direttori delle Strutture interessate e i loro collaboratori dedicati, la puntuale pubblicazione richiamando loro alla completezza, alla chiarezza e all'aggiornamento dei documenti, dei dati e delle informazioni pubblicate, nel rispetto, altresì, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.
Si dà atto, comunque, che tali Responsabili hanno dimostrato collaborazione e un atteggiamento reattivo ai richiami da parte dell'RPCT all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, e al rispetto delle indicazioni fornite dallo stesso RPCT, su alcune modifiche e/o integrazioni, emerse in occasioni degli incontri con l'OIV, da apportare ad alcune specifiche sezioni dell'Albero della Trasparenza, anche di tipo formale, per migliorare la coerenza e leggibilità delle informazioni pubblicate, conseguendo il raggiungimento degli obiettivi di budget fissati dall'Azienda per questa area.
L'Azienda, anche per il 2025, si è trovata in linea con la Regione del Veneto che, all'interno del "Vademecum obiettivi Direttori Generali 2025" ha inserito anche la soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza, finalizzati a promuovere la trasparenza e la partecipazione al processo decisionale e la valutazione diretta dei cittadini in ottica di "rendicontazione sociale". con particolare riferimento a:

1) invio alla Regione Veneto delle dichiarazioni del Direttore Generale relative all'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità;
2) pubblicazione, nella sezione dedicata dell'Amministrazione Trasparente aziendale, delle dichiarazioni del Direttore Generale relative all'insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità;
3) pubblicazione, nella sezione dedicata dell'Amministrazione Trasparente aziendale, dei rispettivi PTPCT aziendali, nonché l'indicazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
4) Pubblicazione, nella sezione dedicata dell'Amministrazione Trasparente aziendale, delle attestazioni dell'OIV relative all'assolvimento degli obblighi di trasparenza e integrità secondo la normativa vigente e le linee guida ANAC.

L’Azienda, nel corso del 2025, ha provveduto, con il supporto della UOC Sistemi Informativi, ad adeguare le specifiche sezioni dell’Amministrazione Trasparente ai nuovi schemi standardizzati di pubblicazione approvati con delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 13 (organizzazione) e 31 (controlli su attività e organizzazione) del citato decreto Legislativo 33/2013 e s.m.i.. Con riferimento, invece, agli obblighi di pubblicazione previsti dall’art.4-bis del D.lgs.33/2013 (Trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche), si rileva che tale articolo non è applicabile alle Aziende sanitarie che, in tale ambito, devono pubblicare quanto previsto dal comma 1bis dell’art.41.
Nel corso dell’anno 2025, l’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha chiesto di essere informato circa lo stato di attuazione della sezione del sito web aziendale “Amministrazione Trasparente”. La Responsabile della Trasparenza ha quindi, puntualmente, illustrato ai componenti dell’OIV, in incontri dedicati, il PTPCT 2025-2027 le attività di revisione e aggiornamento dell’Albero della Trasparenza.
L’OIV, ha, inoltre, verificato, anche per l’anno 2025, l’assenza di filtri tecnici tali da impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all’interno della sezione Amministrazione Trasparente
Le attività di ricognizione e controllo sul processo di attuazione del Programma per la trasparenza e l'integrità sono svolte annualmente dall'OIV, sia attraverso la funzione di misurazione della performance (monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità, redazione della Relazione annuale sullo stato del medesimo), sia mediante l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza.
L’OIV, in data 07/07/2025, ha verificato ed attestato l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza secondo gli indirizzi formulati dall'ANAC nella delibera n. 192 del 07/05/2025, procedendo in data 27/10/2025 al successivo monitoraggio finalizzato a verificare il superamento delle criticità rilevate nella precedente seduta in cui alcuni CV e alcune attestazioni delle sezioni Consulenti e Collaboratori e Personale (riguardanti “dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali”) sono state pubblicate in formato non aperto.
L’AOUP ha provveduto a sostituire alcuni CV in formato chiuso con quelli in formato aperto. Per quanto riguarda le attestazioni non in formato aperto sono state sostituite da un modulo in cui si riporta la dicitura che la copia è agli atti dell’AOUP. Tale misura ha riguardato sia i documenti del 2024, sia quelli del 2025.
L’OIV quindi dopo aver verificato a campione nell’Amministrazione Trasparente alcuni CV e alcune attestazioni, ha confermato la risoluzione delle su esposte criticità ed ha proceduto alla predisposizione nell’applicazione dell’ANAC della scheda di monitoraggio e convalidato la relativa nuova attestazione della trasparenza.
Gli esiti e l'attestazione dell'OIV con riguardo all'Azienda sono consultabili e scaricabili nella home page aziendale“Amministrazione Trasparente” - *sezione* Controlli e Rilievi sull’Amministrazione – *sottosezione* Attestazioni dell’OIV o di altra struttura analoga nell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione.

Programmazione delle attività per l'anno 2026

Di seguito si riportano le più rilevanti azioni programmate per il 2026 nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Programma delle attività 2026 Collegamento con il Ciclo delle Performance		
Entro il	**Attività**	**Soggetti**
31.01.2026	Relazione sull'attività svolta in tema di prevenzione della corruzione 2025, da pubblicare su sito aziendale	RPCT
31.01.2026	Adozione Piano Integrato di Attività e Organizzazione – PIAO 2026-2028	Direttore Generale, RPCT e Dirigenti
31.01.2026	Pubblicazione su sito istituzionale del PIAO 2026-2028	RPCT
15.02.2026	Comunicazione alle UO del PIAO 2026-2028	RPCT
15.04.2026	Verifica dati inseriti in Amministrazione Trasparente al 31/03/2026 – 1° monitoraggio	RPCT e Direttori UOC/UOSD
15.07.2026	Verifica dati inseriti in Amministrazione Trasparente al 30/06/2026- 2° monitoraggio	RPCT e Dirigenti UOC/UOSD
15.10.2026	Verifica dati inseriti in Amministrazione Trasparente al 30/09/2026- 3° monitoraggio	RPCT e Dirigenti UOC/UOSD
31.12.2026	Monitoraggio misure organizzative per il trattamento del rischio e analisi rischi corruttivi	RPCT e Referenti/Dirigenti
31.12.2026	Attività formative in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	RPCT, Referenti, Dirigenti Strutture, Formazione
15.01.2027	Verifica dati inseriti in Amministrazione Trasparente al 31/12/2026- 4° monitoraggio	RPCT e Dirigenti UOC/UOSD

SEZIONE 3: Organizzazione e Capitale Umano

Come già precisato in Sezione 1 la missione dell'Azienda Ospedale - Università Padova, quale Ospedale Hub di eccellenza di rilievo regionale nonché azienda di riferimento per la realizzazione della collaborazione istituzionale tra SSR e UNIPD, è quella di realizzare: "*l'integrazione tra le attività di assistenza, didattica e ricerca, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi assistenziali del SSR e favorendo il raggiungimento degli obiettivi di didattica e ricerca propri dell'UNIPD e della Scuola di Medicina e Chirurgia. Il ruolo di centro Hub all'interno delle reti cliniche conferisce all'AOUP anche una connotazione territoriale. L'AOUP garantisce tutte le attività assistenziali in un processo che include in modo inscindibile le attività di didattica e di ricerca*".
Nel rispetto delle prerogative di autonomia in materia di programmazione di ciascuna istituzione, UNIPD, Scuola di Medicina e Chirurgia e AOUP realizzano il confronto e l'integrazione della programmazione universitaria con quella aziendale attraverso la definizione di programmi annuali e pluriennali che coinvolgono tutte le Unità Operative, rispondenti ai requisiti di accreditamento per la rete formativa delle Scuole di Specializzazione previsti dalla legislazione nazionale in materia. Il Protocollo di Intesa definisce gli atti che il Direttore Generale dell'AOUP adotta di concerto o di intesa con il Rettore dell'UNIPD.
L'organizzazione dell'Azienda è improntata ai principi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché a quello di flessibilità che la rendono funzionale agli obiettivi di volta in volta fissati dalla Direzione e si articola in:

- **Dipartimenti**, che si suddividono in:

  - ✓ Dipartimento strutturale Didattico Scientifico Assistenziale Integrato (DIDAS): strumento ordinario di gestione operativa dell'Azienda che assicura l'esercizio integrato delle attività didattiche, ricerca e assistenziali attraverso una composizione coerente tra attività assistenziali e settori scientifico-disciplinari, al fine di assicurare il più alto livello possibile di integrazione fra prestazioni didattiche, di ricerca e di assistenza, fondendo al meglio le differenti e complementari competenze istituzionali dell'Università e del SSR, nell'ambito di una gestione unitaria delle risorse economiche, strumentali e umane;

  - ✓ Dipartimento Funzionale: aggrega UOC e UOSD che, anche se appartenenti a dipartimenti strutturali diversi, concorrono alla realizzazione di specifici obiettivi aziendali strategici e trasversali ed ha, quale principale obiettivo, quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, la presa in carico del paziente e l'integrazione multi professionale e multidisciplinare;

  - ✓ Dipartimento Interaziendale: identificato sulla base della programmazione regionale e finalizzato all'integrazione con altre aziende sanitarie su tematiche che ricomprendono competenze che vanno oltre la mission aziendale.

- **Unità Operative Complesse (UOC)**: articolazioni aziendali interne al dipartimento, dotate di autonoma responsabilità di budget che consiste nella gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate. Esse esercitano funzioni di gestione e produzione di

prestazioni o servizi, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o aziendale e mobilitano un volume di risorse umane, finanziarie e/o tecniche o un valore complessivo della produzione quantitativamente o qualitativamente significativo;

- **Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD)**: articolazioni interne al dipartimento, dotate di responsabilità di budget, cui è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate, e sono previste per particolari condizioni di carattere organizzativo. Tali funzioni possono realizzarsi mediante la gestione condivisa di specifiche risorse con una o più UOC di riferimento, in conformità alla pianificazione regionale e alla programmazione aziendale, finalizzate a un' efficace e proficua organizzazione, a un'ottimizzazione delle risorse umane e strumentali assegnate, nonché ad una migliore qualità assistenziale;

- **Unità Operative Semplici (UOS)**: articolazioni interne alla UOC alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, materiali, strutturali e tecniche per l'assolvimento delle funzioni assegnate, e sono previste per particolari condizioni di carattere organizzativo.

Considerato l'impianto sopra descritto si rimanda al sito aziendale, sezione Amministrazione Trasparente http://aopd.veneto.it/sez,4090 per la consultazione dell'organigramma aziendale, così come adottato secondo il vigente Atto Aziendale che fornisce un dettaglio dell'organizzazione dell'Azienda Ospedale - Università Padova consentendo di coglierne appieno la declinazione organizzativa e funzionale.

Il contesto organizzativo illustrato richiede necessariamente il ricorso ad un piano di sviluppo lavorativo che si declina prioritariamente nella gestione e valorizzazione del capitale umano attraverso tutti gli strumenti disponibili, dall'applicazione delle disposizioni contrattuali all'elaborazione di opportune attività formative, dalla identificazione di strategie di fidelizzazione del personale all'ottimizzazione del loro utilizzo in un contesto di benessere lavorativo.

Come emerge dagli organigrammi, le responsabilità si distribuiscono attraverso un sistema di incarichi di direzione che garantisce un modello organizzativo che assicura la gestione della complessità.

Nell'Atto Aziendale ad oggi vigente sono individuate le seguenti strutture:

- n. 04 Dipartimenti didattico-scientifico-assistenziali integrati (Didas);
- n. 17 Dipartimenti Funzionali Aziendali (di cui n. 1 di area non ospedaliera);
- n. 09 Dipartimenti Funzionali Interaziendali;
- n. 102 Unita Operative Complesse (di cui n. 11 di area non ospedaliera);
- n. 40 Unita Operative Semplici Dipartimentali (di cui n. 2 di area non ospedaliera);
- n. 80 Unita Operative Semplici (di cui 10 di area non ospedaliera).



DIPARTIMENTI	UNITA' OPEATIVE COMPLESSE	UNITA' OPERATIVE SEMPLICI DIPARTIMENTALI	UNITA' OPEATIVE SEMPLICI
04 Dip didattico scientifico assistenziali (Didas)	91 UOC area ospeadiera	38 UOSD area ospedaliera	70 UOS area ospeadiera
17 Dip. Funzionali Az.	11 UOC area non ospedaliera	2 UOSD area non ospedaliera	10 UOS area non ospedaliera
09 Dip. Funzionali Inter.			

Si precisa che delle n. 91 Unità Operative Complesse di area ospedaliera, n. 62 sono individuate a direzione universitaria, comprensive di quelle a temporanea direzione universitaria, mentre n. 29 a direzione ospedaliera.

Negli ultimi anni è stata realizzata un'importante attività di revisione e mappatura degli incarichi, sia di natura gestionale che professionale, che ha permesso di modulare al meglio l'assetto aziendale allineando gli incarichi assegnati e da assegnare alle evoluzioni organizzative e strutturali che si sono sviluppate nel tempo.
L'aggiornamento dell'assetto gestionale ha permesso di rafforzare un quadro che garantirà, anche per il prossimo triennio, maggiore stabilità di organizzazione e un valido supporto nei processi di riorganizzazione che si prospettano per il sistema sanitario.

Considerato, dunque, il grosso investimento effettuato per allineare sia giuridicamente che economicamente l'impianto degli incarichi alle complesse esigenze organizzative, l'obiettivo nei prossimi anni, per questo ambito, è quello di cercare di mantenere un allineamento costante e aggiornato del sistema degli incarichi rispetto alle evoluzioni organizzative e alle naturali dinamiche del personale, al fine di permettere che alle costanti modifiche possa corrispondere una valorizzazione dei ruoli e delle competenze che favorisca anche la fidelizzazione del personale grazie anche alla rapidità di attribuzione.
Si è sviluppato un sistema di monitoraggio stretto dell'andamento degli incarichi condiviso tra la Direzione e i Direttori di Dipartimento strutturale che permette di valorizzare tempestivamente le professionalità e allineare rapidamente le esigenze gestionali / professionali all'inquadramento delle professionalità.

Lavoro Agile
Il lavoro agile è una modalità flessibile di esecuzione della prestazione lavorativa, senza precisi vincoli di luogo, basata sui principi di autonomia, responsabilità, fiducia e delega, nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità. Si è affermato sia come una misura di conciliazione vita-lavoro sia come una nuova visione

del lavoro volta a favorire una maggiore efficacia dell'azione amministrativa, una più elevata produttività ed un più efficace orientamento ai risultati.
Ai vantaggi goduti dal lavoratore agile sul piano della conciliazione tra vita privata e professionale si affiancano quelli del datore di lavoro che può vantare alle sue dipendenze lavoratori più efficienti, responsabilizzati e motivati.
Il lavoro agile, inoltre, pone l'attenzione su temi di interesse collettivo e sviluppo economico del territorio favorendo la riduzione degli spostamenti a favore di una migliore viabilità, il contenimento dei livelli di inquinamento e un abbattimento dei costi sia per il datore di lavoro che per il lavoratore.
Sulla base di queste premesse, il lavoro agile per l'Azienda Ospedale - Università Padova persegue le seguenti finalità:

- promuovere una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta a stimolare l'autonomia, la responsabilità e la motivazione dei lavoratori, in un'ottica di incremento della produttività e del benessere organizzativo, nonché la fiducia, la delega e la capacità di gestione del tempo in rapporto agli obiettivi specifici dell'attività lavorativa nei responsabili e nelle figure quadro;
- consolidare, inoltre, le competenze manageriali nell'organizzazione del lavoro per obiettivi svolto dai collaboratori e nella concomitante valutazione step-by- step di tali obiettivi;
- favorire altresì, attraverso lo sviluppo della cultura gestionale orientata al risultato, l'incremento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa;
- favorire la mobilità sostenibile tramite riduzione degli spostamenti casa-lavoro, nell'ottica di una politica ambientale sensibile alla diminuzione del traffico urbano in termini di volumi, percorrenza e inquinamento;
- agevolare la conciliazione vita-lavoro di tutti i dipendenti che lo svolgono.

Il Regolamento in materia firmato con le OO.SS. dell'area del comparto ha permesso di avviare un percorso di utilizzo del lavoro agile in linea con le nuove esigenze del sistema e anche con le più recenti disposizioni contrattuali in merito. Al 31.12.2025 sono attivi 68 contratti di lavoro agile stipulati nell'ambito di 24 progetti che coinvolgono differenti figure professionali (nel 2024 i progetti erano stati 15 con coinvolgimento di circa 40 dipendenti).
Il primo anno di sperimentazione ha raccolto pareri positivi in termini di risultati raggiunti rispetto ai risultati attesi, efficientamento delle prestazioni rispetto al tempo di realizzazione, qualità del lavoro reso, aumento del livello di autonomia, responsabilità del personale coinvolto e dei dirigenti responsabili di progetto.
I tempi di riduzione degli spostamenti per raggiungere il posto di lavoro e il minor stress conseguente, il risparmio economico derivante da una riduzione al ricorso ai mezzi di trasporto hanno consentito di registrare un aumento della motivazione e della soddisfazione del lavoratore. Anche la necessità di dover usare strumenti digitali innovativi e sperimentare nuove modalità di confronto con i colleghi è stata recepita come stimolo ed ha registrato un impatto positivo sulle performance. Ne è conseguito un aumento del numero dei progetti di lavoro agile e parallelamente di personale coinvolto. Si conferma, pertanto, la previsione di incremento medio di ricorso all'utilizzo di questo istituto nel prossimo triennio.
L'AOUP è impegnata nell'identificare una logica di concessione della prestazione lavorativa in lavoro agile più rispondente alla tutela delle fragilità, in un'ottica di utilizzo del lavoro agile orientato alla salvaguardia dei soggetti più esposti a situazioni di rischio per la salute, o con situazioni familiari o personali particolarmente meritevoli di tutela, fosse anche in via temporanea, non più solo come volano di flessibilità orientato alla produttività. La sperimentazione che si sta realizzando coinvolge tutte le

figure professionali che possono essere a qualunque titolo interessate, sia dell'area del comparto, con riferimento al quale è possibile ricorrere ad una disciplina regolamentata, sia alle due aree della dirigenza (Sanitaria e della Funzioni Locali), per le quali vi è l'impegno ad addivenire quanto prima ad una regolamentazione aziendale.
La recente mappatura dei processi effettuata in Azienda sta consentendo alle singole Strutture di identificare sempre piu consapevolmente attività che possono essere svolte con le modalità di lavoro agile compatibilmente con la propria dimensione organizzativa e funzionale.
Si proseguirà, altresì, nel percorso di sviluppo di competenze e soft skills funzionali al lavoro agile e nell'identificazione di strategie organizzative e gestionali maggiormente orientate ai risultati che più facilmente permettono di utilizzare il lavoro agile come modalità ordinaria di lavoro.

Piano Triennale dei fabbisogni di personale

L'AOUP riconosce nel personale una risorsa da valorizzare mediante adeguate politiche di gestione, favorendone la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale ai processi aziendali negli ambiti di competenza. Ne promuove la crescita e lo sviluppo professionale attraverso il coinvolgimento nella responsabilità e la gratificazione professionale, nell'interesse della stessa organizzazione e dei cittadini/utenti.

Il processo di valorizzazione del personale si sviluppa nel rispetto delle normative di cui al D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., delle normative regionali, dei contratti collettivi nazionali di lavoro; considera tutte le componenti professionali operanti in azienda ai vari livelli, coinvolge le rappresentanze sindacali del personale e si concretizza mediante la predisposizione di programmi specifici da realizzare al suo interno, definiti dall'Azienda stessa e condivisi con i vari soggetti interessati. Tale processo comporta la creazione di un clima lavorativo nel quale aumenta la competitività "positiva" legata ad un miglioramento del contenuto del lavoro, ad un arricchimento delle competenze professionali, ad una liberazione delle capacità creative ed innovative del singolo individuo.

L'AOUP definisce le politiche del personale distinguendole in:

- politiche di reclutamento atte a pianificare l'acquisizione delle risorse umane, coerente con i bisogni dell'organizzazione e degli utenti;
- politiche di valorizzazione;
- politiche di sviluppo, in termini di adeguamento delle professionalità alle nuove esigenze organizzative e sociali;
- politiche di formazione come metodo permanente per assicurare il costante adeguamento delle conoscenze, delle competenze e abilità;
- politiche retributive finalizzate a identificare sistemi premianti basati su un appropriato sistema di valutazione delle performance a livello individuale e armonizzato rispetto agli obiettivi aziendali.

L'AOUP, nel definire le politiche del personale, promuove la partecipazione degli operatori mediante:

- un adeguato sistema di relazioni sindacali, nel rispetto dei vincoli normativi ma che assicuri l'effettiva partecipazione e un proficuo confronto tra le parti nella definizione delle scelte aziendali;

- un adeguato sistema di comunicazione interna che assicuri la circolazione delle informazioni relative alle scelte aziendali, gli obiettivi e le strategie, favorendo la condivisione degli operatori e la stratificazione del senso di appartenenza all'Azienda;
- la promozione dell'iniziativa degli operatori, in forma singola o aggregata, rivolta a sviluppare progettualità di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate e della razionalizzazione dei processi con l'obiettivo di migliorare i servizi resi ai cittadini/utenti;
- l'analisi all'attenzione del clima interno utilizzando metodologie che permettano di approfondire il benessere organizzativo.

Per le sue finalità l'Azienda, nel rispetto delle vigenti normative e compatibilmente con il buon andamento delle attività assistenziali, favorisce la possibilità di frequentare le proprie strutture ed operare in forma tutelata, per finalità di formazione e ricerca, da parte di studenti e di professionisti, anche provenienti da altre strutture.
Le politiche sul personale che vengono poste in essere dall'Azienda Ospedale – Università Padova sono strettamente collegate al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) la cui elaborazione si basa sul presupposto che esso si sviluppi in maniera coerente con il ciclo della programmazione dell'Ente, in armonia con gli obiettivi generali e le priorità strategiche individuate, nonché nel rispetto dei vincoli economici.
La complessità di un'Azienda sanitaria richiede di individuare dei sistemi amministrativi di programmazione dell'acquisizione di personale che rispondano alle specifiche aree di intervento strategico in linea con i documenti di programmazione e le priorità definite su più fronti con la Regione, in ottica di riorganizzazione e ottimizzazione dei servizi offerti con corrispondente investimento in termini di risorse umane e tecnologiche per la loro attuazione, analiticamente delineate nella sezione dedicata alla Performance, cui si rimanda.
I punti di partenza per sviluppare una previsione, dal punto di vista tecnico, sono l'analisi della consistenza del personale, la rilevazione e l'analisi di fenomeni che possono rivelarsi importanti nel caratterizzare la dinamica di gestione del personale, nonché le evidenze in termini di fabbisogno rilevato, ma non ancora soddisfatto.
Con riferimento al PTFP 2026-2028 si riporta di seguito una tabella che rileva la consistenza del personale al 31.12.2025:

Macroprofili	Ruolo	AOUP	UNIV
Dirigenza medica	S	860*	289
Dirigenza veterinaria	S	0	0
Dirigenza sanitaria	S	82	57
Dirigenza ruoli PTA	PTA	23	2
TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		**965**	**348**
Personale infermieristico/ostetrico	S	2746	10
Personale tecnico sanitario	S	389	39
Personale della riabilitazione	S	74	5

Personale della prevenzione	S	9	2
Altro personale ruolo sanitario	S	0	0
OSS/OTAA	T	1149	0
Altro personale ruolo tecnico	T	186	46
Personale ruoli amm.vo professionale	PA	463	89
TOTALE PERSONALE COMPARTO		**5016**	**191**
TOTALE PERSONALE IN SERVIZIO		**5981**	**539**

** non sono stati conteggiati i dipendenti ospedalieri in aspettativa conservazione posto in quanto divenuti dipendenti universitari in convenzione con l'AOUP*

L'Azienda Ospedale - Università Padova sta registrando in questi ultimi anni, e in maniera sempre più sensibile, una seria difficoltà di reclutamento e disponibilità di personale sanitario del comparto che si sta cercando di fronteggiare da una parte con la realizzazione di strategie di implementazione e/o riorganizzazione in ottica di miglioramento dei vari servizi offerti, dall'altra con azioni di trattenimento e fidelizzazione del personale in servizio al fine di contenere il fenomeno delle c.d. dimissioni inattese.

Con riferimento alle risorse umane del Comparto, le maggiori difficoltà si stanno registrando sul fronte del personale infermieristico. Si rappresenta, infatti, che nel 2025 l'Azienda Ospedale – Università Padova ha potuto godere di una graduatoria concorsuale di solamente 132 candidati, esauritasi nell'arco di poche settimane; allo stesso tempo la procedura sperimentale di mobilità volontaria esterna, che Azienda Zero ha attivato in forma aggregata su base regionale per complessivamente n. 120 posti nel profilo in argomento, e che prevedeva n. 10 posti in ingresso per ogni Azienda sanitaria, si è conclusa per l'Azienda Ospedale - Università Padova con n. 4 candidature in ingresso e n. 58 candidature in uscita. Ad esito di tale procedura solo n. 2 unità di Infermiere hanno confermato l'interesse alla mobilità in ingresso, mentre ben n. 25 unità hanno attivato la procedura di trasferimento in uscita.

In aggiunta a ciò, significative sono le difficoltà nel reperire personale dei profili tecnico-sanitari, in particolare Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico e Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, per sopperire alla quale sempre più spesso si fa ricorso ad assunzioni a tempo determinato che vengono gestite nell'immediata prossimità alle sedute di laurea per evitare che tempi più lunghi per le procedure di reclutamento facciano disperdere le professionalità. Si rileva, pur tuttavia, che il fenomeno della carenza di personale, per lo meno in termini di interesse ad assunzioni nel servizio pubblico, e presso l'Azienda Ospedale - Università Padova, nello specifico, sta interessando anche altre figure, come nel caso delle Ostetriche, del Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare e degli Assistenti Sanitari.

Relativamente al personale degli Operatori Socio Sanitari, per il quale ad oggi non si riscontrano le difficoltà di reperimento proprie del personale sanitario, si è provveduto ad un aumento del suo contingente, grazie anche all'accoglimento della richiesta di autorizzare alcuni turn over che non erano stati originariamente riconosciuti,

parallelamente alla scelta aziendale di incrementare le unità in servizio avendo a disposizione una graduatoria relativamente lunga su cui fare affidamento.

La strategia aziendale che si sta provando a percorrere è quella, pertanto, di affiancare alle graduatorie concorsuali di competenza di Azienda Zero, procedure di Avviso Pubblico, gestite a livello aziendale, da utilizzarsi nei periodi di mancanza di disponibilità di graduatoria concorsuale e da bandire a ridosso del conseguimento della laurea al fine di intercettare i neo laureati e fidelizzarli al sistema sanitario pubblico.

Nel prossimo triennio l'Azienda sarà impegnata anche nello sforzo di consolidare l'organico dei servizi amministrativi che, se da una parte si scontrano con il sempre più ridotto interesse alle posizioni offerte dalle strutture pubbliche, sia in termini di partecipazione alle procedure concorsuali sia in termini di ciclo di vita media (assunzione/dimissione), dall'altro richiedono un sempre più alto livello di competenze e professionalità che assorbe tempo e impegno per poter essere acquisito.

La sfida che si prospetta nei prossimi anni è indubbiamente quella della tenuta di un sistema che da un lato richiede professionalità sempre più qualificate e specializzate e dall'altro si scontra con fenomeni di carenza sul mercato di tali figure e, pertanto, con una gestione organizzativa che interseca differenti problematiche.

La problematica della carenza di personale del Servizio socio sanitario è stata analizzata anche a livello regionale visto che, con specifica DGRV n. 960 del 13 agosto 2024, è stato approvato un Piano regionale di contrasto costituito da un insieme di azioni strategiche per prevenire e affrontare gli effetti di tale carenza. Sulla base di analisi di dati oggi disponibili, considerata la valenza strategica delle risorse umane, sono stati ipotizzati i possibili scenari futuri.

E' stato simulato che nei prossimi anni si assisterà alla mancanza di un numero elevato di professionisti sanitari e, in particolare, di alcune figure di medici specialisti e di infermieri. Da una parte si avrà la diminuzione del numero di lavoratori dovuta alla previsione di un numero molto elevato di uscite per quiescenza e dimissioni inattese e, dall'altra, l'aumento della richiesta di prestazioni sanitarie dato dal progressivo invecchiamento della popolazione. Si stima una carenza su base regionale di circa 3000 infermieri, a partire dal 2029, che durerà almeno 10 anni, determinata da un lato dal cosiddetto effetto della "gobba pensionistica", ovvero l'uscita in massa del personale ricompreso nelle classi di età che ad oggi costituiscono quasi il 50% degli infermieri attivi, e dall'altro dal fenomeno delle dimissioni inattese, e ciò se si riuscisse a mantenere l'attuale numero di assunzioni; purtroppo, è più verosimile che lo scenario che si realizzerà sarà peggiore di quello sopra delineato data la difficoltà di reclutare professionisti.

Alla luce di quanto appena detto, al fine di analizzare il fenomeno delle motivazioni delle dimissioni inattese si stanno sviluppando specifiche analisi che mappino le motivazioni di uscita dalla nostra Azienda, e dal sistema sanitario in generale per cercare di agire sulle cause di tale fenomeno.

La strategia quindi che si sta cercando di attivare è quella di ottenere una riduzione delle dimissioni inattese correlate al benessere organizzativo, ai diversi stili di leadership, al disagio psicologico, alla contenuta valorizzazione delle competenze, alle soluzioni di conciliazione vita-lavoro, al basso riconoscimento sociale, ad una

remunerazione percepita come poco qualificante ed ad un cambiamento nell'approccio al lavoro da parte delle nuove generazioni.

Il piano strategico regionale di contrasto alla carenza di personale prevede di attuare delle azioni, in un orizzonte temporale di cinque anni, per ognuno dei cinque macro problemi individuati:

1. complessità del fenomeno "carenza di personale" con cause multifattoriali che interessano i settori pubblico e privato accreditato;
2. bassa capacità di trattenere il personale in servizio per varie cause;
3. diminuzione del tempo effettivo lavorato a causa dell'invecchiamento del personale;
4. carenza di personale di assistenza a causa dell'elevato numero di quiescenze;
5. perdita di attrattività della formazione infermieristica, OSS e di alcune specializzazioni mediche.

Parallelamente alla fase di reclutamento, si sta tentando di agire sulla fase delle dimissioni dal servizio pubblico. Sulla scorta dei lavori avviati su invito delle disposizioni di cui al Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio Socio Sanitario Regionale del Veneto – DGRV 960/2024, a livello aziendale è stato istituito un Gruppo di Lavoro che ha, tra i suoi obiettivi, la raccolta e l'analisi delle motivazioni delle dimissioni inattese quale punto di partenza per comprendere le ragioni più nascoste del fenomeno.

E' stato dato avvio ad un percorso di coinvolgimento, finalizzato ad un dialogo costruttivo con il personale, che consenta di:

- rafforzare la motivazione e favorire il benessere lavorativo, con focus sui micro gruppi;
- favorire il lavoro di gruppo e il dialogo intergenerazionale, differenziare gli interventi;
- rendere ciascuno consapevole dell'importanza del proprio contributo, investendo sulla forza lavoro esistente;
- orientare e sviluppare al meglio le risorse e il potenziale di ciascuno, efficientando i processi;
- prevenire i rischi connessi alle dimissioni inattese o a fenomeni di quiete quitting.

Con riferimento al citato fenomeno del "quiet quitting", tradotto letteralmente significa "abbandono silenzioso", nella pratica si traduce nella scelta dei dipendenti di eseguire il minimo indispensabile nel rigoroso rispetto delle proprie mansioni e del proprio orario di lavoro: rifiuto di straordinari, di reperibilità, dunque, e di partecipare a nuovi progetti aziendali. Nel contesto attuale, inoltre, quattro generazioni convivono confrontandosi quotidianamente nel mondo del lavoro e nella società civile. Condizionate dal contesto sociale in cui sono vissuti, ciascuna ha atteggiamenti, comportamenti, aspettative, abitudini e valori di riferimento differenti l'una dall'altra ed è inevitabile che se non si riesce a comunicare con un linguaggio comune il fenomeno del "quiet quitting" rischia di manifestarsi in maniera sempre più evidente.

Attraverso incontri dedicati si sta cercando di capire qual è l'esperienza del personale che è entrato in azienda negli ultimi due anni, quali sono le aree di miglioramento e le azioni che possono essere messe in campo per cercare di valorizzare il personale e

favorire il benessere nell'ambiente di lavoro ed un inserimento sereno dei professionisti.

Le azioni del citato Gruppo di Lavoro si muovono in sinergia con una serie di altri gruppi aziendali, ognuno preposto ad una propria attività specifica (benessere organizzativo, promozione dei luoghi di salute, supporto al personale disabile, etc.), ma tutti orientati al medesimo obiettivo, ovvero cercare di migliorare le condizioni del personale in servizio e identificare azioni che riescano a trattenere nel sistema i professionisti formati quanto più a lungo possibile.

A tal proposito, si sta cercando, in misura più significativa di quanto avvenuto in passato, di ammodernare l'attuale assetto professionale, utilizzando modelli organizzativi basati sullo skill mix change e lo staff mix change, come indicato dalla DGRV 960/2024.

Alcune operazioni circoscritte di task-sharing tra Professionisti Sanitari del comparto sono già avvenute o si stanno concretizzando senza particolari difficoltà, con l'incremento di personale Ostetrico, Fisioterapista, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Ortottista, Assistente Sanitario a fronte di una riduzione di Infermieri. Più complesse sono le azioni di task-shifting con contestuale riduzione del fabbisogno di Professionisti Sanitari (più specificatamente Infermieri) e contestuale aumento di Operatori Socio-Assistenziali o personale amministrativo e tecnico: seppur progettate al fine di ricondurre ogni attività al lavoratore più appropriato valorizzando tutti i dipendenti e aumentando l'attrattività e la fidelizzazione aziendale, sono cambiamenti che richiedono un tempo di adattamento dell'intero sistema e tempi tecnici di costruzione del percorso più adatto per realizzarle.

Si intende comunque procedere con tale strategia a largo raggio, in particolare accompagnata da politiche di assunzione concordate con la Regione Veneto e affiancata al sistema degli incarichi definito dai recenti CC.CC.NN.LL. del comparto Sanità, in tutti i contesti assistenziali: terapie intensive e semi-intensive, aree di degenza ordinaria e diurna, sale operatorie, piastre ambulatoriali e servizi diagnostici.

Con la DGRV 960/2024 è stata data, inoltre, attuazione alle previsioni contenute nel Patto per la Salute 2019-2021 che consente alle Regioni di destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive al fine di perseguire da un lato la graduale perequazione del trattamento accessorio tra aziende ed enti del SSR dall'altro di valorizzare le professionalità del personale sanitario anche tenendo conto delle attività svolte in servizi e/o zone disagiate.

In quest'ottica di recruitment e retention, la Regione Veneto con Legge Regionale 29 ottobre 2024, n. 26 ha autorizzato per il triennio 2025-2027 l'incremento da parte delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale dei "fondi premialità e condizioni di lavoro" del personale del Comparto e dei "fondi per la retribuzione delle condizioni di lavoro" e dei "fondi per la retribuzione di risultato" del personale della Dirigenza dell'Area Sanità. In particolare, per il personale del comparto, sono destinatari di tali risorse incrementali solo i ruoli sanitario e sociosanitario. A livello aziendale la contrattazione integrativa ha previsto, utilizzando risorse aziendali, di inserire anche le figure appartenenti all'area PTA sia della Dirigenza che del comparto all'interno di alcune azioni di welfare al fine di garantire omogeneità di trattamento e azioni di trattenimento anche per tali aree.

Sul piano della scelta in termini assunzionali, il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (che viene allegato al presente documento – **Allegato 3.1**) risulta elaborato sulla base delle conoscenze ad oggi note relativamente alla programmazione regionale, sia in termine di erogazione dei servizi sia in termini economici, e recepisce la necessità di proseguire secondo le linee di indirizzo già definite per il 2025, garantendo il turn over, lì dove possibile, ma pur sempre in un'ottica di efficientamento delle risorse a disposizione. In ogni caso preme precisare che per l'elaborazione della programmazione triennale molto significativa è l'incertezza in ordine alle cessazioni di personale, soprattutto le cosiddette dimissioni inattese, che potrebbero realizzarsi in corso d'anno, e ciò in ragione del *trend* che si sta attualmente affrontando.

La priorità nel triennio di riferimento sarà garantire la stabilità in alcune realtà oggi in sofferenza, quali ad esempio l'Immunotrasfusionale, la Cardiochirurgia e i Pronto Soccorsi. Continuerà lo sforzo profuso negli ultimi anni di assumere personale anestesista, fondamentale per il ruolo trasversale ai diversi servizi offerti dall'Azienda Ospedale - Università Padova e che ha visto nell'ultimo anno una maggiore stabilizzazione. In considerazione della pianificazione delle priorità e delle strategie aziendali il 2026 sarà posta particolare attenzione al potenziamento delle risorse necessarie a garantire le prestazioni di attività di radiologia, pediatria e oftalmologia, con particolare attenzione all'area dei servizi, ovvero a Microbiologia, Anatomia Patologica e Medicina del Lavoro.

La programmazione triennale del fabbisogno di personale risulta, inoltre, comprensiva delle unità di personale che si ritiene di inquadrare nel profilo professionale del Personale di elevata qualificazione la cui identificazione in termini numerici è strettamente collegata alla consistenza limitata dei fondi contrattuali del Comparto PTA. Pur tuttavia risulta fondamentale implementare le forze nell'area PTA e quindi prevedere alcune figure di un EQ.

Parallelamente, si ritiene importante investire sui contratti di formazione e lavoro che, attivati negli ultimi anni con procedure in forma aggregata su base regionale, si stanno rivelando estremamente rispondenti alle necessità di fabbisogno di personale. Infatti, se da una parte garantiscono la necessaria formazione alle unità di personale interessato, dall'altra parte consentono un loro immediato inserimento nel contesto lavorativo, rendendo tali unità spendibili fin da subito, oltre che favorendo l'ingresso di giovani risorse tra le fila del personale in servizio.

In coerenza con gli indirizzi di programmazione del fabbisogno di personale, l'Azienda intende avvalersi per i prossimi anni della facoltà introdotta dall'art. 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 – Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027. La suddetta norma consente alle pubbliche amministrazioni di trattenere in servizio, previo assenso dell'interessato, il personale ritenuto necessario per esigenze organizzative, per attività di tutoraggio e affiancamento ai neoassunti o per funzioni non altrimenti assolvibili. Il trattenimento può essere disposto sulla base del merito e delle effettive necessità dell'amministrazione. L'applicazione dell'istituto avverrà nel rispetto dei seguenti criteri:

1. limite anagrafico: il trattenimento in servizio potrà essere autorizzato esclusivamente fino al compimento del settantesimo anno di età.

2. contingentamento numerico: il ricorso all'istituto sarà ammesso nel limite massimo del 10% delle facoltà assunzionali disponibili a legislazione vigente, al fine di garantire equilibrio nella gestione complessiva delle risorse umane e coerenza con la programmazione triennale del fabbisogno.
3. valutazione dei requisiti: ogni richiesta di trattenimento sarà oggetto di istruttoria tecnico-amministrativa, con valutazione motivata delle esigenze organizzative, dell'apporto professionale del dipendente.

L'adozione dell'istituto risponde alla necessità di garantire la continuità dei servizi in aree caratterizzate da carenze di personale o da profili professionali difficilmente reperibili sul mercato del lavoro e di preservare competenze specialistiche di elevato valore tecnico e organizzativo.

La programmazione in materia di personale non può non tener conto di nuove esigenze che si stanno affacciando sul nostro panorama e che ad oggi non trovano piena corrispondenza tra i profili professionali previsti dalla normativa di riferimento, e nello specifico alle figure professionali di Data Manager, Study Coordinator e Monitor e quella del Chinesiologo. L'Azienda sta cercando di sviluppare un'interlocuzione regionale per proporre l'introduzione di tali figure nel settore definendo insieme la modalità più appropriata per permettere una modifica normativa sul tema.

Le professionalità di Data Manager, Study Coordinator e Monitor, di Area Scientifica, sono necessarie per l'organizzazione e il funzionamento delle Unità per la Ricerca Clinica (URC), secondo quanto previsto dall'Allegato C della Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 330 del 29 marzo 2023 ad oggetto "Legge n. 3/2018 in materia di sperimentazione clinica e successivi provvedimenti attuativi: riorganizzazione della rete regionale dei comitati etici per la sperimentazione clinica". Trattasi di figure con percorsi di studi in area scientifica (Farmacia, Biologia, Biotecnologie o Statistica) che non trovano uno sbocco naturale dei profili professionali codificati e che pertanto, alla luce di una persistente precarietà dell'inquadramento contrattuale, causano una strutturale instabilità del sistema, con effetti negativi a più livelli. L'assenza di prospettive occupazionali stabili comporta infatti un elevato turnover del personale, con la conseguente perdita progressiva di competenze, esperienze e conoscenza, che richiedono molto tempo e non poche energie per essere ricostruiti ad ogni cambio di personale.

Con riferimento al Chinesiologo, la Regione Veneto ha da tempo istituito le "palestre della salute" (L.R. n. 8 del 2015 e DGR n. 925 del 23.06.2017), riconoscendo loro un ruolo di somministrazione di esercizio, svolta da laureati magistrali in Scienze e Tecniche dell'Attività Motoria Preventiva e Adattata (Chinesiologi AMPA), a soggetti portatori di patologie croniche in condizioni di stabilità clinica, la cui presenza è prevista anche all'interno delle Strutture di II e III livello della Medicina dello Sport e dell'Esercizio (DGR n. 362 del 24.03.2020). Il ruolo dei laureati magistrali "Chinesiologi delle attività motorie preventive e adattate" e delle "palestre della salute" è stato riconosciuto e confermato anche a livello nazionale dal recente d.lgs. 28 febbraio 2021, n. 36 (attuazione art. 5 legge 8 agosto 2019, n. 86). Tali figure collaborerebbero con la Medicina dello Sport e dell'Esercizio fisico, estendendo ben oltre la funzione storica di tutela sanitaria delle attività sportive, migliorando l'appropriatezza delle cure e l'accessibilità ai trattamenti, sia per le patologie più frequenti e più frequentemente causa di ricovero (patologie cardiovascolari, polmonari, renali ecc.), sia per affrontare in maniera appropriata il progressivo

invecchiamento della popolazione, rallentare la cronicizzazione e diminuire le complicanze e le disabilità.

Con riferimento al personale di cui alla legge 12 marzo 1999 n. 68, alla luce degli obblighi assunzionali previsti dalla normativa e assunti con Veneto Lavoro - Ambito territoriale Padova, si rappresenta che, in continuità con gli sforzi profusi negli anni, l'Azienda Ospedale - Università Padova ha assunto l'impegno a ridurre i numeri della propria scopertura. Le attività da realizzare si sostanzieranno in indizione di procedure concorsuali riservate e in azioni di sensibilizzazione nei confronti del personale dipendente con disabilità superiore al 60%, maturata in corso di rapporto di lavoro.
Con riferimento a quest'ultima procedura si sottolinea come l'apertura concessa da Veneto Lavoro a partire dalla seconda metà dell'anno 2025 di non richiedere come obbligatoria la certificazione rilasciata ai sensi del collocamento mirato L. 68/99 sta consentendo all'AOUP di computare quale disabile numerose unità di personale già in servizio, e nello specifico n. 26 unità, riducendo sensibilmente i valori della scopertura registrata che al 31/12/2025 risulta pari a 70 unità, a fronte della scopertura pari a 97 unità registrata al 31/12/2024.

In una visione pluriennale è doveroso ricordare che l'AOUP è impegnata nella realizzazione del grande progetto di costruzione di un nuovo stabile destinato alle Unità Operative di area pediatrica e recentemente inaugurato.

Il percorso di analisi quali-quantitativo riferito al fabbisogno di personale sanitario e socio-sanitario per la nuova pediatria, nell'ambito del quale numerosi sono stati gli incontri con i Direttori ed i Coordinatori delle Unità coinvolte nel trasferimento nella nuova sede, ha portato all'elaborazione di un documento che declina in modo specifico il fabbisogno, suddividendolo in tre livelli differenti, ciascuno con proprie finalità e giustificazioni.

I livelli sono rappresentativi delle fasi di sviluppo del progetto che contempla una graduale attuazione incrementale: nella prima fase si prevede l'impiego delle risorse del comparto già in essere, con un necessario, ma contenuto, incremento già solo per le caratteristiche di ridistribuzione degli spazi del nuovo edificio. Le successive due fasi, che prevedono la centralizzazione e l'ottimizzazione di attività attualmente disperse e/o l'incremento del volume e dell'efficacia assistenziale, possono essere attuate solo con ulteriore disponibilità di risorse umane. Le tre fasi possono essere così riassunte:

1. Adeguamento quali-quantitativo del personale per mutate condizioni architettoniche e logistiche;
2. Costituzione ed aggregazione di aree di degenza per affinità ed intensità assistenziale con contestuale incremento di attività;
3. Pieno utilizzo degli spazi e degli strumenti, al fine di aumentare l'offerta assistenziale a livello provinciale.

Le tabelle allegate al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale recepiscono la prima fase del progetto, che prevede un incremento in termini di teste di n. 27 unità, di cui n. 18 Infermieri e n. 9 Tecnici Sanitari di Radiologia Medica. Si precisa che l'analisi dettagliata del fabbisogno complessivamente inteso, e che tiene in considerazione gli elementi di natura strutturale connessi alle caratteristiche del fabbricato, è ancora attualmente soggetta ad analisi e approvazione regionale.

Tuttavia, si è consapevoli che la richiesta di maggior personale, anche nel caso sia autorizzata a livello regionale e sostenibile sul piano economico (tetti di spesa), rischia di essere inapplicabile per indisponibilità di professionisti sul mercato del lavoro. Inoltre, si teme che le previsioni odierne di fabbisogno di personale siano smentite dall'evoluzione socio-epidemiologica che interesserà la popolazione pediatrica.

Ci si sta quindi muovendo secondo due direttrici; nel primo versante, si sta valutando l'adozione di nuovi modelli professionali, eventualmente rivedendo quali quantitativamente la richiesta di personale con nuove professionalità a scapito di altre (ad esempio, impiego di Terapisti della Riabilitazione Psichiatrica, Educatori Professionali e Tecnici della Psico Neuro Motricità dell'Età Evolutiva anziché Infermieri) od altre funzioni più coerenti con lo scenario futuro (es. Infermieri più votati all'assistenza alle patologie croniche a domicilio piuttosto che alle affezioni acute in ospedale).

Nel secondo versante, assieme ad UNIPD, si stanno definendo dei modelli predittivi dei quadri epidemiologici, al fine di individuare non solo il numero e la tipologia di pazienti pediatrici, prendendo in esame linee di tendenza di nuova insorgenza (es. incremento delle patologie psichiatriche nell'adolescenza) ma anche alcune situazioni socio-anagrafiche (es. flussi migratori) descritti in scenari a cadenze predefinite (es. decadi)

Inoltre, l'AOUP è attualmente impegnata nell'implementazione del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), un insieme di applicativi per la gestione delle attività cliniche, sanitarie e amministrative legate alle strutture ospedaliere, in sostituzione dei Sistemi Informativi Ospedalieri attualmente in uso, e che consentirà la gestione integrata dei dati per finalità cliniche, assistenziali, organizzative e di ricerca. La realizzazione del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero (SIO), ma in generale la realizzazione di progetti di informatizzazione e digitalizzazione dei processi sanitari ed amministrativi, sta comportando la necessità di consolidare la dotazione di risorse umane dedicate all'attività informatica.

Formazione

Come già evidenziato in diverse parti del presente documento la progettualità della formazione continua in AOUP prevede ogni anno iniziative volte all'aggiornamento continuo degli operatori aziendali di tutte le qualifiche professionali.
Dall'avvio del Sistema ECM ad oggi, la formazione ha assunto il suo significato più specifico di learning in action, un sapere cioè che si acquisisce facendo, revisionando il proprio operato con il supporto di esperti colleghi che fungono spesso da tutor esperti secondo i principi ispiratori della teoria andragogica.
Ci si è accorti infatti che attraverso questa modalità formativa (sul campo), si accelera l'apprendimento, si intervenire efficacemente sulle competenze professionali e sull'acquisizione di competenze trasversali.
In quest'ottica, l'Azienda Ospedale - Università Padova è diventata un polo di apprendimento continuo, che mira a valorizzare tutte le competenze interne, sia quella dei discenti che quella dei docenti, con l'affiancamento dei giovani alla realtà lavorativa con percorsi formativi specifici che consentono l'aggiornamento e la crescita della professionalità, l'adozione di atteggiamenti e comportamenti idonei ad affrontare al meglio il cambiamento continuo.
Per garantire l'attività Formativa finalizzata ad assicurare obiettivi strategici aziendali, regionali di categoria e dei singoli richiedenti la Formazione Aziendale ogni anno elabora un piano formativo entro il 31 dicembre, per l'anno successivo. Per l'anno

2026,Il PFA si sviluppa in riferimento alle aree tematiche di interesse regionale (Decreto n° 158) assunte con apposito atto di delibera del Direttore Generale. Esse sono:
a) modelli innovativi di presa in carico e governo dell'assistenza;
b) innovazione nel governo delle risorse umane;
c) tutela della salute dei richiedenti e titolari di protezione internazionale in condizioni di vulnerabilità;
d) salute mentale e budget salute;
e) gestione della cronicità;
f) innovazione digitale nella Regione del Veneto;
g) Rischio specifico: formazione dei lavoratori in materia di Salute e Sicurezza sul lavoro, ai sensi dell'art. 37 del D.Lgs 81/2008;
h) sicurezza delle cure;
i) salute della donna e del bambino;
j) gestione malattie infettive: prevenzione e, sorveglianza e controllo;
k) on health: l'interconnessione tra la salute umana, animale e ambientale:
l) Implementazione regionale FSE 2.0..

L'elaborazione del PFA 2026 comprende anche un forte investimento formativo volto ad aumentare la consapevolezza e la responsabilità degli operatori sulle misure di sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro secondo l'art 37 del D.LGS. 81/08, come richiesto anche dalle Osservazioni del Collegio Sindacale fornite con nota protocollo n 54622 del 7/08/2025.
In programmazione per il nuovo anno infatti si prevede la formazione di primo livello sulle tematiche previste per legge,
-Corso sulla sicurezza di 4 ore rivolto a tutti i neoassunti entro tre mesi dall'assunzione in ruolo;
- corso sulla sicurezza specifica di 12 ore ai neoassunti dello scorso anno e a coloro che, pur se dipendenti in servizio da diversi anni, non lo hanno mai frequentato;
- corso di 16 ore per addetti antincendio rivolto a tutti i servizi che devono risultare a norma per certificazioni di attività in corso, e per quei padiglioni ospedalieri che per vetustà hanno meno adeguamenti strutturali e quindi sono più a rischio in caso di incendio. Per tutte e tre le tipologie di corsi si prevede di avviare anche il corso di aggiornamento delle conoscenze rivolto a coloro che hanno frequentato il livello base più di 5 anni fa. Considerata la dimensione organizzativa dell'AOUP, considerata la programmazione nella sua totalità si ritiene di raggiungere tutti i destinatari previsti in un arco temporale minimo di tre anni (2026-2028) per consentirci poi di assicurare l'aggiornamento dei corsi e puntare alla formazione di primo livello destinata solo a neoassunti.
Si sta avviando poi una programmazione di dettaglio sia in tema di cybersicurezza che richiederà un intervento di formazione su più anni vista l'importanza del tema e il livello di consapevolzza da far acquisire a tutti gli operatori che lavorano in Azienda compresi gli universitari e gli specializzandi, sia per quanto riguarda il fascicolo sanitario e anche la formazione in tema di violenza a danno dell'operatore sanitario.
In tema di violenza si intende rivedere l'offerta formativa per l'anno in corso modificando il numero dei destinatari da raggiungere per singola edizione, al fine di aumentare i destinatari da preparare a contenere gli agiti aggressivi delle persone che si recano nei servizi. Ci si ritrova ad aver elaborato e inserito a Piano un'attività simile alla violenza che riguarda più precisamente le discriminazioni organizzative, e le tensioni relazionali tra colleghi, che devono essere riviste, corrette e condotte entro

una logica di etica comportamentale e di condotta. Per questo motivo si darà seguito a una formazione dedicata a fornire le regole di condotta e di comportamento tra operatori all'interno delle equipe di lavoro convinti di migliorare il clima organizzativo e quindi anche la performance assistenziale.
L'attività formativa come sempre, include molte altre progettualità definite strategiche che rispondono a aree tematiche come quella dell'emergenza urgenza, pari opportunità e differenza di genere, gioco di squadra e benessere organizzativo; per la rilevanza dei contenuti che il datore di lavoro intende trasmettere ai destinatari, la partecipazione degli iscritti viene riconosciuta in orario di servizio; da sempre la Formazione aziendale offre la possibilità alle unità operative di approfondire contenuti specialistici che direttori di UOC chiedono entro il mese di dicembre di realizzare per l'anno successivo; queste richieste tutte valutate in comitato scientifico della formazione, se ritenute rilevanti a risolvere un problema di reparto vengono inserite nel piano, e autogestite dai referenti di formazione di singole UOC, e ne beneficiano i professionisti di tutte le qualifiche interessate al tema della stessa unità operativa proponente in corso. Essendo l'AOUP accreditata in qualità di Provider Standard dalla Segreteria ECM Regione Veneto gli eventi programmati vengono valorizzati con l'accreditamento ECM; per questo motivo il 90% delle iniziative messe a catalogo vengono accreditate così da consentire agli operatori delle professioni sanitarie, che costituiscono la quasi totalità della popolazione ospedaliera, di acquisirei crediti ECM in house.

Valorizzazione delle competenze

Il processo di assunzione di risorse umane è solo uno dei tasselli che consentono la tenuta del sistema, in quanto è determinante il ruolo strategico dei processi di valorizzazione delle competenze, di valutazione della performance individuale nonché di continua riqualificazione delle professionalità, in ottica di miglioramento delle stesse e di soddisfazione del personale.
Rispetto a tali aspetti, è stato dato avvio a varie attività e progettualità nella convinzione che una maggiore soddisfazione del personale e il raggiungimento di condizioni di benessere psico-fisico da parte dei lavoratori possano concorrere ad una loro fidelizzazione, oltre che a contrastare anche lo stesso fenomeno delle grandi dimissioni.

Nel 2025 a livello aziendale è stato dato avvio ad un percorso di coinvolgimento del personale neoassunto dell'area tecnico-amministrativa che ha come obiettivo quello di far emergere ed analizzare eventuali problematiche, prima che esse si manifestino in maniera prorompente, andando ad agire sul rafforzamento della motivazione e sul benessere lavorativo, orientando e sviluppando al meglio le risorse e il potenziale di ciascuno.
Il personale interessato è stato suddiviso in gruppi e ad ogni gruppo è stato chiesto di elaborare due progetti, uno sul tema del miglioramento dei processi e uno di benessere organizzativo. L'Azienda, sulla base della fattibilità dei progetti proposti, si sta impegnando a dare attuazione a molti di essi. Saranno pertanto individuate le azioni necessarie alla loro realizzazione.
Il prossimo triennio vedrà pertanto l'Amministrazione impegnata nella realizzazione delle seguenti iniziative:

- mappatura dettagliata dei processi delle unità operative dell'area amministrativa e predisposizione di manuali operativi e istruzioni digitali a supporto delle procedure e delle attività quotidiane;
- attività formative finalizzate all'utilizzo dei principali applicativi informatici aziendali e alla diffusione del Codice di Comportamento Aziendale, con particolare attenzione alle specificità del pubblico impiego, nonché attivazione di occasioni strutturate di micro-apprendimento basate sulla condivisione di competenze tra colleghi;
- valutazione di fattibilità per l'installazione, presso le unità operative di area amministrativa, di colonnine collegate alla rete idrica, dotate di sistemi avanzati di filtraggio e trattamento per l'erogazione di acqua potabile depurata e priva di contaminanti batterici;
- messa a disposizione dei dipendenti di pacchetti di prestazioni sanitarie in regime di libera professione a tariffe agevolate;
- realizzazione di un percorso formativo volto al potenziamento delle soft skills, con particolare riferimento alla comunicazione efficace e al coaching aziendale, finalizzato allo sviluppo delle competenze relazionali e professionali.

Su un piano contrattuale, invece, il CCNL 2 novembre 2022 per l'area del personale del Comparto ha previsto un nuovo sistema di classificazione, permettendo di avviare alcuni percorsi di riqualificazione.
Nel triennio appena trascorso (2023-2025) l'Azienda ha concluso con le organizzazioni sindacali importanti accordi sugli istituti che hanno permesso di valorizzare le professionalità e le competenze. Gli istituti attuati sono:

- i passaggi di profilo all'interno delle aree contrattuali hanno portato al riconoscimento di un diverso profilo professionale a n. 35 dipendenti, valorizzando le attitudini dei lavoratori;
- le progressioni economiche all'interno delle aree hanno permesso l'acquisizione dei differenziali economici di professionalità (DEP) a n. 552 dipendenti con decorrenza 1° gennaio 2023; le delegazioni trattanti di parte aziendale e di parte sindacale hanno siglato in data 10/12/2025 un accordo che prevede il riconoscimento di una progressione economica DEP anche a decorrere dal 1° gennaio 2025 a circa 730 lavoratori. La procedura per stilare le graduatorie dei predetti DEP avverrà nel corso del 2026;
- le progressioni di profilo tra le aree contrattuali, tramite procedure di selezioni interne, che hanno permesso a n. 34 dipendenti di diversi profili dell'area tecnico-amministrativa di progredire in un profilo di inquadramento superiore, valorizzando le proprie competenze e l'attività quotidianamente svolta;
- il nuovo sistema degli incarichi di funzione che, a seguito dell'adozione del regolamento (intesa del 6/9/2023 e successive modifiche ed integrazioni), è stato completamente rivisto sia nell'organizzazione sia nella graduazione economica per tutte le aree (assistenziali e tecnico-amministrative) affidando incarichi organizzativi, organizzativi con coordinamento e professionali tramite procedure selettive.

L'Amministrazione ritiene fondamentale investire nella riqualificazione dei dipendenti che consente di affrontare i cambiamenti del mercato con maggiore flessibilità ed efficacia, rafforzando la motivazione dei lavoratori. In tale ottica intende proseguire nella valorizzazione delle professionalità e delle competenze in quanto ciò significa riconoscere il capitale umano come motore principale di crescita e innovazione. Nel corso del 2026 l'Amministrazione vorrebbe pertanto riproporre le progressioni di

profilo tra le aree contrattuali riqualificando ulteriori professionisti dell'area tecnico-amministrativa aventi titolo, nonché ampliare la platea dei professionisti sanitari cui riconoscere formalmente le specifiche capacità professionali con particolare riferimento agli incarichi di funzione professionale.

A quest'ultimo proposito, la Direzione Aziendale sta cogliendo appieno le potenzialità offerte dai recenti CCNL per la valorizzazione delle competenze del personale socio-sanitario del comparto tramite il Sistema degli incarichi.
Infatti, alla tradizionale valorizzazione legata alla progressione di carriera sulle funzioni manageriali, si sta affiancando quella legata al possesso di evidenti e particolari competenze assistenziali; strumenti di valorizzazione sono gli Incarichi Organizzativi, per le competenze manageriali, e Professionali, per quelle assistenziali.
Il sistema degli Incarichi Organizzativi, di cui il Coordinamento è la componente più rappresentativa, è entrato pienamente a regime, con la messa a punto permanente delle singole posizioni in linea con i cambiamenti aziendali ed assicurando la continuità delle funzioni qualora ci siano posti vacanti. Complessivamente tale valorizzazione riguarda oltre 120 dipendenti.

L'introduzione degli Incarichi Professionali si sta concretizzando secondo una metodologia in più tappe perfezionata nel tempo: definizione della cornice organizzativa-assistenziale, descrizione del profilo di ruolo (funzioni ed attività caratterizzanti, destinatari, requisiti obbligatori e preferenziali, struttura di afferenza), divulgazione e condivisione a largo spettro della proposta ed infine reclutamento e selezione dei candidati.
Si è proceduto dapprima con la formalizzazione di 3 tipologie di incarichi in ambiti assistenziali dove era più evidente e consolidato il patrimonio di competenze: l'Infermiere Case Manager, l'Infermiere Stomaterapista e l'Infermiere referente per Wound Care. A seguito delle specifiche selezioni sono già stati conferiti complessivamente 19 Incarichi Specialistici e l'organizzazione assistenziale che riguarda queste tre posizioni è già operativa ed in continua implementazione.
In un secondo momento, sono stati individuati ulteriori 8 tipologie di incarichi, allargando l'orizzonte a Professionisti Sanitari di diverso profilo oltre a quello infermieristico: Specialista di terapia intensiva, Specialista in tecniche ecocardiografiche, Referente procedure analitiche decentrate (POCT), Esperto in accessi vascolari, Specialista in Procurement di Organi e Tessuti, Esperto nel monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, Esperto nell'innovazione tecnologica ed organizzativo-assistenziale in ambito radiologico, Esperto nella gestione delle metodiche per il reclutamento, perfusione, preservazione e trasporto di organi destinati a trapianto (Organ Care Specialist).
Gli ultimi mesi del 2025 e l'intero primo semestre 2026 saranno dedicati all'individuazione dei candidati (bandi e prove selettive), al fine di individuare altri 17 titolari di incarico.

Parallelamente, dopo un proficuo confronto con UNIPD, è stato formalizzato il nuovo Regolamento per gli Incarichi di Funzione Organizzativa e Professionale per i Coordinatori delle Attività Formative e Tutor Didattici dei Corsi di Studio delle Professioni Sanitarie - sede di Padova.
Si è quindi proceduto a mappare, in collaborazione con i Presidenti ed i Coordinatori dei 12 Corsi di Laurea triennali delle Professioni Sanitarie ospitati in AOUP, 28 incarichi di tutor didattici ed ad emanare i primi bandi. Si prevede che l'intero anno 2026 sarà dedicato a coprire tutte le posizioni individuate.

Le fasi sopra descritte stanno riguardando gli Incarichi Professionali strategici, cioè quelli individuati dalla Direzione aziendale come maggiormente coerenti con le funzioni trasversali e di sistema.
Parallelamente, si stanno raccogliendo, con approccio bottom-up, le proposte di ulteriori Incarichi Professionali a maggior valenza di Unità Operativa da parte di Direttori e Coordinatori.
Nel corso dell'intero anno 2026 si intende ampliare la mappa degli incarichi professionali fino all'esaurimento del fondo dedicato, approssimativamente con l'istituzione di circa 20 Incarichi Professionali.

La recente stipula del CCNL 2022-2024 e la probabile rapida approvazione del successivo CCNL, con la conseguente ridefinizione dei fondi, darà nuovo impulso al sistema degli incarichi per prossimo triennio.

Importante per l'Azienda è anche mantenere in essere la possibilità per i lavoratori di accedere ad un rapporto di lavoro a tempo parziale. Pertanto, in linea con gli anni precedenti, persegue la volontà di bandire ogni anno posti per l'assegnazione di nuovi rapporti di lavoro a tempo parziale, compatibilmente con le esigenze organizzative ed assistenziali e nonostante la contingente difficoltà di reclutare professionisti. Ha accordato con la parte sindacale l'assegnazione di n. 100 nel 2024 e n. 110 nel 2025. Per quest'ultimo anno il bando uscito nel mese di dicembre u.s., predisposto secondo i criteri individuati nel regolamento aziendale vigente, è prevista la formulazione delle graduatorie, suddivise nei diversi profili professionali, entro il primo trimestre del 2026 con il successivo riconoscimento agli aventi titolo. L'Amministrazione si assume l'impegno di riconoscere ulteriori posti anche per il corrente 2026.

Infine, con vari accordi nel corso del 2025, oltre a definire le risorse e i criteri da riconoscere ai lavoratori in base al raggiungimento della performance, si è concordato di investire risorse aggiuntive su molteplici progettualità trasversali ai servizi aziendali per riconoscere anche economicamente attività particolarmente impegnative, progetti sviluppati oltre l'attività ordinaria, nonché il disagio e le difficoltà affrontate dal personale, premiando il costante impegno dimostrato dal personale.
L'obiettivo è mantenere un dialogo costruttivo con le rappresentanze sindacali che permetta di continuare a delineare un sistema rispondente alle necessità aziendali ed utilizzare gli strumenti messi a disposizione dalla contrattazione decentrata per agire sulle priorità sopra descritte.
In particolare, con riferimento al tema del welfare aziendale, si sta cercando di mettere in atto azioni che favoriscano la fidelizzazione del personale e mitighino criticità che sono difficilmente superabili strutturalmente.

Nell'ottica di sviluppare attività che intervengano su specifiche criticità e in linea con il piano anche di sostenibilità è stato avviato il progetto del Carpooling, di cui si è già parlato nella Sezione 2.2.2 Obiettivi Strategici, alla quale si rinvia.

In linea con le azioni dedicate al trattenimento di personale sanitario, con il verbale di confronto tra l'Amministrazione Regionale e le Organizzazioni Sindacali del Comparto Sanità e della Dirigenza dell'Area Sanità del 28 luglio 2025, le parti hanno convenuto di erogare una quota unica di € 350 per dipendente, sia del personale del Comparto che della Dirigenza Area Sanità, come misura di welfare integrativo, sotto forma di buoni acquisto che assicurano un vantaggio netto per i dipendenti in quanto non concorrono a formare reddito da lavoro dipendente. Pertanto, le aziende e gli enti del SSR, in sede di contrattazione integrativa, sono state chiamate ad attribuire tali quote

ai propri dipendenti e invitate a garantire la medesima quota al personale del comparto appartenente ai ruoli professionale, tecnico e amministrativo. Queste quote saranno erogate ai dipendenti in servizio al 1° settembre di ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027.

In questa Azienda, le intese sottoscritte con le OO.SS. di tutte le Aree contrattuali aderiscono e integrazione le linee regionali anche con risorse aziendali che permettano alle aree non coperte dall'accordo regionale di percepire il medesimo bonus di welfare. I suddetti buoni acquisto verranno erogati tramite una piattaforma, uniforme a livello regionale.

Le restanti risorse sono state ripartite tra il Comparto Sanità e la Dirigenza dell'Area Sanità e, successivamente, l'Amministrazione Regionale ha sottoscritto un verbale di confronto, in data 8 agosto 2025 con le Organizzazioni sindacali del Comparto e in data 27 agosto 2025 con le Organizzazioni sindacali dell'Area Dirigenza Sanità, definendo i criteri di distribuzione delle risorse. Nello specifico, in Azienda Ospedale Università Padova, con l'intesa del 6 ottobre 2025, si è definito per l'Area della Dirigenza Sanità di valorizzare economicamente l'organizzazione del lavoro su turni con riferimento al servizio di pronta disponibilità e in particolare il disagio connesso alle chiamate notturne, nonché al servizio dei turni festivi. Per il personale dei ruoli sanitario e socio sanitario del comparto è stato definito di valorizzare con specifiche progettualità l'organizzazione del lavoro su turni (con riferimento ai servizi di pronta disponibilità, di turni notturni e festivi) e alcune aree assistenziali con contesti di maggiore complessità e disagio organizzativo.

Relativamente alla Dirigenza Area Sanità, il percorso di valorizzazione dei professionisti, avviato dal 1° gennaio 2020 ha visto da un lato negli anni un incremento della retribuzione di posizione correlata agli incarichi dirigenziali e dall'altro un aumento graduale degli incarichi istituiti.
Il lavoro costante e assiduo dell'Amministrazione ha permesso, anche nel corso del 2025, di riconoscere il maggior numero possibile di incarichi organizzativi e professionali, limitando al massimo ove possibile i periodi di vacanza di affidamento e investendo in nuove posizioni di altissima professionalità e di alta specializzazione. Ciò ha permesso di raggiungere un importante obiettivo aziendale, ritenuto particolarmente strategico ed importante quale strumento concreto di riconoscimento della professionalità dei nostri dirigenti.
In tale ottica si intende fermamente proseguire anche nel corso 2026 e degli anni a seguire, nella convinzione che la valorizzazione professionale sia un investimento cui l'Amministrazione non si può sottrarre.

L'anno 2025 si è caratterizzato anche per l'applicazione di un altro argomento rilevante per la dirigenza Area Sanità a seguito del CCNL sottoscritto in data 23 gennaio 2024: l'innovazione dell'articolazione dell'orario di lavoro. Il 24 febbraio 2025 è stato sottoscritto con le organizzazioni sindacali il nuovo regolamento, proseguendo il lavoro svolto l'anno precedente con la firma in data 4/12/2023, che ha visto particolarmente coinvolti i Direttori di Unità Operativa nell'implementazione dei piani di lavoro e nella validazione delle ore prestate per l'attività svolta, come previsto dal CCNL citato.

A tal proposito, il modulo "Planner" di HR Suite, il gestionale della U.O.C. Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università, si configura come uno strumento pensato per la gestione degli schemi di servizio e degli

orari del personale in azienda. È un applicativo web-integrato che consente ai coordinatori e responsabili di gruppo di accedere, tramite Internet, alla banca dati del personale e di organizzare in modo efficiente l'attività del proprio team di lavoro.
L'applicativo, con il coordinamento dall'Ufficio Organizzazione e Gestione Orario di Lavoro presso la U.O.C. Gestione Risorse Umane è oggi in uso a tutto il personale sanitario e amministrativo: i coordinatori, per la parte sanitaria del comparto gestiscono la turnistica e la programmazione delle assenze, mentre direttori di U.O. gestiscono, con le proprie segreterie, le assenze e la programmazione dei turni di pronta disponibilità del personale con qualifica dirigenziale medica e sanitaria. A partire dal 2025 e a seguire negli anni 2026 e parte del 2027 l'applicativo sarà strutturato e implementato per la gestione dei piani di lavoro della dirigenza medica e sanitaria.
Allo stato attuale alcuni reparti pilota stanno testando le funzionalità disponibili e stanno lavorando in sinergia con l'Ufficio preposto per la predisposizione e le modifiche necessarie. Una delle funzioni che sarà oggetto di implementazione è quella denominata Task Scheduler, che consente una pianificazione dettagliata delle attività (Task) e sotto-attività (Sotto-Task) dei dipendenti. Il Task Scheduler introduce infatti due modalità distinte di programmazione: giornaliera e settimanale.
La programmazione giornaliera permette di pianificare in modo puntuale le attività dei dipendenti, assegnando specifiche mansioni in intervalli di 30 o 60 minuti. Ogni dipendente avrà quindi una griglia di lavoro che rappresenta la sua giornata, nella quale il Direttore potrà inserire, modificare o rimuovere i compiti con un semplice click. Questa modalità offre una visualizzazione chiara e intuitiva, grazie a un sistema di colori e timeline che evidenziano gli orari di servizio, le assenze o i periodi di reperibilità.
La programmazione settimanale, invece, ribalta la prospettiva: non si parte dal dipendente, ma dall'attività. In questo caso, il sistema consente di distribuire il personale tra i vari Sotto-Task previsti all'interno della settimana, gestendo periodi che possono anche oltrepassare il mese in corso. Questa modalità è utile per una visione d'insieme della copertura delle attività, consentendo una pianificazione più strategica e bilanciata.
Gli aspetti di configurazione e personalizzazione sono quelli che impegneranno maggiormente gli uffici preposti nel prossimo biennio, in collaborazione con i singoli Direttori di Unità Operativa.

Valutazione della performance individuale

Con il sistema di valutazione aziendale l'AOUP intende perseguire le finalità del miglioramento della funzionalità dei servizi sanitari, dell'accrescimento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della gestione delle risorse nonché la razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, favorendo il recupero della motivazione del personale attraverso il riconoscimento della professionalità e della qualità delle prestazioni individuali.
La metodologia di valutazione, nel rispetto della normativa nazionale, è affidata alla contrattazione aziendale ed utilizza la Scheda di Valutazione ai fini dell'applicazione dell'istituto incentivante e della progressione economica orizzontale collegandoli al raggiungimento degli obiettivi di budget sia a livello di Unità Operativa sia a livello individuale.

L'Azienda ha implementato un sistema di valutazione individuale che permetta di profilarla sempre più sul singolo professionista. Il percorso avviato con la Dirigenza Area Sanità proponendo gli obiettivi di budget dell'Unità Operativa, ma dando la

possibilità al valutatore di personalizzare ogni obiettivo al singolo Dirigente, condividendolo con lo stesso, sarà esteso ai professionisti dell'area comparto con incarico di funzione.

In linea con lo spirito di collaborazione che da sempre ha caratterizzato il lavoro con l'OIV il percorso di revisione del sistema di valutazione si sta arricchendo anche dei contributi che fornisce tale organismo. Per un approfondimento sulla materia si rimanda alla Sezione 2 – paragrafo 2.2.5.

SEZIONE 4: Monitoraggio

Monitoraggio "Rilevazione della soddisfazione dell'utenza"

In linea con quanto definito dalla DGR 49/2022, nel 2023 presso l'Azienda Ospedale-Università Padova sono state avviate le indagini relative all'Osservatorio permanente dell'esperienza del paziente - PREMs (Patient Reported Experience Measures) per la valutazione della qualità percepita relativamente ai ricoveri ordinari presso i reparti di degenza aziendali. Nel 2025 si è avuta un'adesione con una percentuale intorno al 47,7%, con un alto livello di soddisfazione da parte dei pazienti.
Dall'1/7/2025 la gestione dell'indagine PREMs, che precedentemente era in capo al MeS della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, è stata affidata dalla Regione Veneto ad Azienda Zero, mentre il MeS mantiene la funzione di consulente scientifico. Ciò comporta che i Direttori riceveranno i report con l'analisi dei dati relativi alla propria U.O. direttamente da Azienda Zero.
Per le aree non coinvolte dalle suddette indagini, come ad esempio i servizi ambulatoriali, verranno avviate a cura dell'URP indagini di qualità percepita attraverso la somministrazione e successiva elaborazione di questionari cartacei standard, già in uso presso questa Azienda, nelle UU.OO. che ne faranno richiesta.

Monitoraggio"Valore Pubblico e performance"

Il monitoraggio del valore pubblico e della performance avviene attraverso gli strumenti di misurazione e valutazione definiti nel paragrafo 2.2.4. In tale ambito sono fondamentali tutti gli attori che intervengono nel processo di budget: dalla Direzione Strategica al Comitato di Budget, ai referenti degli obiettivi e al Controllo di Gestione.
Relativamente agli obiettivi regionali, il CDG, attraverso i dati estratti dai sistemi informatici aziendali e da quelli forniti dai referenti degli obiettivi, nonché dai monitoraggi messi a disposizione da Azienda Zero e dalla Regione, tiene costantemente informata la Direzione e le altre strutture coinvolte dagli obiettivi con report e incontri informativi. In tali occasioni possono emergere eventuali criticità per le quali la Direzione ritiene opportuno avviare delle azioni correttive.
Relativamente agli obiettivi delle schede di budget, il CDG elabora dati di attività, costo e altri indicatori e li invia periodicamente alle UU.OO.; fornisce inoltre eventuali altri dati per garantire ai Direttori di UU.OO. le informazioni necessarie per implementare le azioni di miglioramento.
La fase di monitoraggio è supportata anche dall'Organismo Indipendente di Valutazione che, ai sensi dell'art. 6 del D. Lgs. 150/2009, verifica l'andamento della performance rispetto agli obiettivi e "segnala la necessità o l'opportunità di interventi correttivi all'organo di indirizzo politico-amministrativo". L'OIV inoltre verifica il rispetto della normativa e della correttezza della metodologia adottata dall'Azienda nel processo di budget.

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 150/2009, entro il 30 giugno di ogni anno viene approvata la Relazione sulla Performance, validata dall'OIV, che evidenzia, rispetto all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.
Oltre al monitoraggio periodico degli obiettivi di budget assegnati alle UU.OO., è stata implementata la misurazione della performance aziendale, con la calendarizzazione di incontri mensili tra le varie strutture coinvolte; questi incontri hanno lo scopo di monitorare l'andamento dell'attività e dei costi aziendali nel loro complesso, consentendo l'individuazione di eventuali aree critiche, che diventano poi oggetto di approfondimenti ed analisi specifiche in un'ottica di miglioramento.
In tale contesto inoltre, come già esplicitato nella sezione "performance", sono stati individuati degli indicatori fondamentali e trasversali, i quali sono oggetto di monitoraggio mensile, sempre in un'ottica di valutazione complessiva.

Monitoraggio Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza"
Il processo di gestione del rischio necessita di un monitoraggio continuo sull'attuazione degli adempimenti rispetto agli obblighi di trasparenza e delle misure previste nel PTPC con un riesame periodico di tutte le fasi che lo compongono al fine di individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio
Il monitoraggio del PTPC è condotto dal RPCT che si confronta con i Referenti/Direttori su specifiche attività o obiettivi fornendo supporto per il loro completamento.
Il controllo di primo livello è a carico dei Dirigente e Direttori delle Strutture chiamati ad adottare le misure di prevenzione della corruzione e a pubblicare, aggiornare, integrare dati, documenti e informazioni, secondo le indicazioni contenute nelle tabelle allegate al presente Piano, in quanto solo chi opera all'interno del processo conosce in maniera più approfondita le sue diverse fasi e, pertanto, è in grado di meglio identificare, anticipare, prevedere dinamicamente le esposizioni al rischio e le relative misure di contenimento e sui quali incombe, per legge, l''obbligo di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità del dato e di pubblicarlo, tempestivamente, nella sezione dell'Amministrazione Trasparente di propria competenza.
Il controllo di secondo livello è in capo al RPCT che si confronta, periodicamente, con i Referenti in merito a criticità e problematiche eventualmente emerse e sulla realizzazione di tutte le misure previste dal Piano con riferimento a specifiche attività o obiettivi fornendo supporto per il loro completamento.
Un ulteriore importante strumento per il monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza attuate dall'Azienda risulta essere la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza redatta sulla base delle indicazioni dell'ANAC (pubblicata nel sito aziendale Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della Corruzione).

Monitoraggio Sezione "Organizzazione e capitale umano"
Con riferimento alle risorse umane di una azienda sanitaria, si rappresentano di seguito i principali strumenti di monitoraggio che ne guidano l'agire.
L'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministero per

la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter dello stesso D.Lgs. n.165/2001. Tale strumento di programmazione deve svilupparsi in maniera coerente con il ciclo della programmazione dell'Ente, in armonia con gli obiettivi generali e le priorità strategiche individuati, nonché nel rispetto dei vincoli economici.
Non è pertanto difficile comprendere la complessità del percorso di predisposizione di uno strumento di programmazione qual è il PTFP, la cui elaborazione, per quanto siano state fatte analisi di natura preventiva, non può che richiedere approfondimenti, adattamenti e verifiche in itinere, anche in relazione alle proposte e alle segnalazioni da parte dei vari attori coinvolti nel processo di programmazione ed erogazione dei servizi.
Sebbene il PTFP si sviluppi in una prospettiva triennale, esso viene adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno esso viene modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo e funzionale.
Di anno in anno la Regione Veneto adotta un provvedimento con cui vengono definite le disposizioni nei confronti delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale riguardanti il personale dipendente, il personale a rapporto di lavoro autonomo e il personale specialista ambulatoriale interno.
Con tale provvedimento vengono impartite indicazioni sul reclutamento del personale nelle sue varie forme e si definiscono gli obiettivi di costo per il personale del SSR, il quale viene poi successivamente ridistribuito per le singole aziende.
Considerato che tutte le acquisizioni di personale, sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, ivi comprese quelle per turn over, salvo poche eccezioni, come ad esempio l'acquisizione di personale appartenente alle categorie protette per ottemperare agli obblighi normativi di cui alla L. 68/99, sono subordinate al rilascio dell'autorizzazione dell'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto, trimestralmente le Aziende sono tenute a trasmettere a quest'ultima i piani trimestrali delle assunzioni nelle quali vengono declinate le singole richieste di personale necessarie a soddisfare il fabbisogno di personale.
Generalmente con la stessa cadenza trimestrale, la Regione Veneto richiede alle singole aziende sanitarie una rilevazione sul costo del personale che la stessa sta sostenendo al fine di verificare il rispetto del tetto di spesa che viene definito su base annua.
Per quanto attiene alla specifica necessità di monitorare i tetti di spesa e i vari indicatori fissati a livello regionale, l'Azienda Ospedale - Università Padova ha istituito un gruppo di lavoro aziendale che mensilmente viene convocato per verificare l'andamento di tali aspetti ed eventualmente intervenire per correggerli. Ogni Servizio è pertanto incaricato di presentare un aggiornamento dei dati di competenza.
Con particolare riferimento alle risorse umane, mensilmente vengono elaborate le rilevazioni sui numeri, espressi in teste piene e in teste pesate FTE, previste in assunzione e cessazione su base annua e su base mensile, con analisi parallela dei costi che si stanno sostenendo e che si prevede di sostenere, al fine di verificarne la copertura rispetto al tetto di spesa fissato a livello regionale ed identificare, qualora necessario, interventi correttivi.
Nella visione di un monitoraggio aziendale sempre più affinato, si ritiene utile anche sviluppare un cruscotto aziendale evoluto, rispetto all'attuale Qlik in uso, inteso quale importante opportunità strategica in grado di raccogliere, integrare e storicizzare i dati provenienti dai diversi sistemi informativi.
Tale strumento consente di monitorare il personale in servizio considerando non solo le unità di organico, ma anche le assenze a vario titolo, e in questo modo è possibile misurare l'effettivo apporto lavorativo attraverso il calcolo dei Full Time Equivalent, superando una visione limitata al semplice numero di "teste". Il personale assegnato a ciascuna unità operativa può così essere correlato ai volumi e alle tipologie di

produzione erogata. Questo approccio migliora la capacità di programmazione, di allocazione delle risorse, di valutazione dell'efficienza organizzativa e crea al contempo le basi per decisioni più consapevoli in materia di fabbisogni, sostenibilità e qualità dei servizi.
Poichè l'utilizzo di strumenti di business intelligence, attraverso indicatori di performance, analisi dinamiche e reportistica direzionale, permette di trasformare i dati in informazioni significative, vi è l'auspicio che esso possa nel tempo favorire decisioni piu tempestive, consapevoli e basate su informazioni affidabili da parte della Direzione Aziendale.
Parallelamente, risulta fondamentale implementare ed evolvere i sistemi gestionali già in uso in azienda. L'integrazione di dati oggi disponibili solo su fascicoli cartacei o su supporti eterogenei consentirebbe di migliorare la completezza, la qualità e la tracciabilità delle informazioni con evidenti benefici anche in termini di affidabilità del dato, riduzione degli errori e semplificazione dei processi amministrativi e gestionali.
Nel complesso, questo percorso rafforzerebbe il governo dei processi, la trasparenza e la sostenibilità dell'organizzazione sanitaria.
Nel 2026 è stato avviato un progetto da parte della Direzione Medica Ospedaliera, Controllo di Gestione e Risorse Umane per affinare, da un lato, gli strumenti di business intelligence già disponibili ad oggi, e dall'altro per definire le implementazioni necessarie ai gestionali che permetteranno di rendere le analisi quanto più rispondenti alle necessità informative direzionali e quanto più tempestive rispetto alla rapidità di variazione delle priorità.

ALLEGATI	
2.2.1	Obiettivi Regionali 2025 - 2026
2.2.2	Obiettivi Aziendali 2026
2.2.3	Piano dei Centri di Responsabilità 2026
2.2.4	Piano Uguaglianza di Genere 2025-2027
2.3.1	Mappatura e Trattamento del Rischio Corruttivo
2.3.2	Elenco degli obblighi di pubblicazione e dei Responsabile degli obblighi
3.1	Delibera Piano Triennale Fabbisogno di Personale

OBIETTIVI REGIONALI (DGR N. 1557 DEL 30/12/2024), da cui sono state escluse le progettualità concluse

Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA 2025-2026	Responsabile obiettivo
S-Perseguimento programmi strategici prioritari e post emergenza					
S.01	Miglioramento dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie	25.S.D.01.1	% prestazioni con classe di priorità "B" erogate entro i tempi richiesti	>90%	DMO
		25.S.D.01.2	% prestazioni con classe di priorità "D" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia	DMO
		25.S.D.01.3	% prestazioni con classe di priorità "P" erogate entro i tempi richiesti	Rispetto del pre-requisito e delle indicazioni trimestrali della cabina di Regia	DMO
		25.S.O.01.4	Rispetto indicatori di monitoraggio del percorso chirurgico: 1) miglioramento tempi attesa, 2) recupero del pregresso, 3) % di interventi di cataratta eseguiti entro 12 mesi da richiesta, 4) degenza media preoperatoria	Rispetto delle soglie come da vademecum	DMO
		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	DMO
S.02	Perseguimento interventi strategici di edilizia ospedaliera	25.S.S.02.1	Rispetto della programmazione interventi edilizi e tecnologici di valorizzazione hub regionale	Si (come da vademecum)	Servizi Tecnici
S.03	Perseguimento PNRR Missione 6	25.S.S.03.4	PNRR: "FSE, alimentazione, comunicazione e formazione". Rispetto indicazioni per raggiungimento milestone	Milestone PNRR e/o indicazioni gruppo di coordinamento	Sistemi Informativi/Formazione/URP
S.04	Perseguimento interventi strategici di informatica	25.S.S.04.1	SIO, adeguamento CUP e PNRR "Digitalizzazione dei DEA di I e II livello". Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	Sistemi Informativi
		25.S.S.04.2	Sistema Informativo Territoriale. Rispetto indicazioni per attuazione cronoprogramma	Si (come da vademecum)	Sistemi Informativi
S.06	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	Si (come da vademecum)	Risorse Umane, Dir.Professioni Sanitarie, DMO
S.07	Valorizzazione del ruolo di HUB regionali	25.S.O.07.1	Indicatore composito di esiti delle patologie tempodipendenti	Si (come da vademecum)	DMO
A-Rispetto della garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza					
A.01	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)	Rispetto soglia nazionale	DMO
A.02	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	Mantenimento o rispetto soglia nazionale	DMO
			H03Z - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella		
			H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario		
			H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post operatoria inferiore a tre giorni		
			H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore in regime ordinario		
			H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno		
			H23C - Mortalita' a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico (per 100)		
			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		
			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)		
			H16S - Frequenza di infezioni post-chirurgiche		
E-Rispetto dei tetti di spesa e miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari					
E.01	Sostenibilità dei costi dell'area Farmaci e Dispositivi Medici	25.E.S.01.1	Rispetto del limite di Costo Farmaceutica: Acquisti diretti 2025 e DPC Farmaci 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e come da vademecum	Farmacia
		25.E.S.01.2	Rispetto del limite di Costo Dispositivi Medici, IVD 2025 e DPC Dispositivi Medici e IVD 2025	≤ soglie assegnate con provvedimento regionale e inserimento del 100% delle richieste per nuovi DM inserite che rispondono ai criteri di elegibilità RATEC	Farmacia
E.02	Sostenibilità dei costi dell'area di gestione del personale	25.E.S.02.1	Analisi del costo del personale, rispetto del limite di spesa e monitoraggio della contrattazione	Si (come da vademecum)	Risorse Umane
E.03	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	<0	Contabilità e Bilancio
		25.E.S.03.2	Indice di miglioramento margine produttività	Si (come da vademecum)	CDG
		25.E.S.03.4	Aumento mobilità attiva	Si (come da vademecum)	DMO
E.04	Gestione degli investimenti	25.E.S.04.2	Indice di produttività delle apparecchiature	Si (come da vademecum)	DMO/CDG
E.05	Efficientamento e sviluppo dei processi amministrativi	25.E.S.05.1	Rispetto e pubblicazione dei tempi di pagamento dati PCC (circolare MEF n. 17/22) sul sito amministrazione trasparente	Si (come da vademecum)	Contabilità e Bilancio
		25.E.S.05.2	Soddisfazione delle richieste provenienti dalla "Struttura regionale per l'attività ispettiva e di vigilanza" (Art. 4 co. 3 ter L.R. n. 21/2010): % richieste puntualmente soddisfatte	100 %	Anticorruzione
		25.E.S.05.3	Soddisfazione degli obiettivi in materia di trasparenza	Si (come da vademecum)	Anticorruzione
		25.E.O.05.5	Implementazione di una rete di Patologia Digitale per le Aziende Sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)	Anatomia Patologica/Ingegneria Clinica
		25.E.O.05.6	Acquisizione di sistemi volti a garantire la sicurezza degli operatori e dei professionisti operanti nelle strutture sanitarie del SSR	Si (come da vademecum)	SPP

Cod_Ob	OBIETTIVO	Cod_Ind	INDICATORE	SOGLIA 2025-2026	Responsabile obiettivo
E.06	Miglioramento dei processi sanitari	25.E.O.06.1	Indice di performance degenza media - drg medici (Bersaglio C2A.M)	<= - 0,39	DMO
		25.E.O.06.2	Indice di performance degenza media - drg chirurgici (Bersaglio C2A.C)	<= - 0,40	DMO
Q-Crescita dei livelli di qualità dell'assistenza					
Q.05	Miglioramento processi di assistenza in area ospedaliera	25.Q.O.05.1	% di interventi di chirurgia oncologica (tumori dell'ovaio, polmone, colon, retto, gastrico) effettuati presso le strutture che superano la soglia indicata	100%	DMO
		25.Q.O.05.2	Indicatore composito di performance relativo alla presa in carico di Pronto Soccorso (% ricoveri, accessi festivi/feriali, appropriatezza valutazione e tempi di permanenza)	Si (come da vademecum)	Pronto Soccorso
		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	Si (come da vademecum)	DMO
		25.Q.O.05.4	Indicatore composito Area Trasfusionale: 1) Capacità del sistema di garantire gli emocomponenti (Globuli rossi), 2) Capacità del sistema di garantire la produzione di farmaci plasmaderivati, 3) Promozione di un utilizzo appropriato dei medicinali emoderivati, 4) Applicazione PDTA PBM	Si (come da vademecum)	Immunotrasfusionale
		25.Q.O.05.5	Interventi chirurgici per tumore alla prostata: riammissioni a 30 giorni (PNE)	<= 3,69	DMO
		25.Q.O.05.6	% di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.1)	<= 3,46	DMO
		25.Q.O.05.7	% di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (Bersaglio C10.3.2)	<= 3,13	DMO
Q.06	Miglioramento processi di assistenza in area territoriale	25.Q.O.06.1	% di presa in carico precoce dei pazienti eleggibili alle cure palliative e assicurazione della continuità di cura tra i diversi setting assistenziali della rete	Si (come da vademecum)	DMO
		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)	Si (come da vademecum)	Psichiatria
Q.08	Miglioramento efficienza dei processi di supporto	25.Q.O.08.1	% di partecipazione ai corsi regionali su tematiche strategiche prioritarie (FSE, ICA, SPISAL, Cure Palliative, CUP Manager)	Si (come da vademecum)	Formazione
		25.Q.S.08.2	Servizi legati al portale regionale: rispetto del cronoprogramma	Tempistiche da cronoprogramma	Sistemi Informativi
		25.Q.S.08.3	Adesione, alle gare regionali, entro 60 giorni e rispetto delle disposizioni fornite	Si (come da vademecum)	Provveditorato
		25.Q.S.08.4	Sistema unico direzionale: rispetto attività previste dal cronoprogramma di attivazione	Si (come da vademecum)	CDG
		25.Q.S.08.5	% flussi informativi regionali e ministeriali di nuova istituzione implementati correttamente	100%	CDG
		25.Q.S.08.6	Rispetto della pianificazione nell'esecuzione delle visite di autorizzazione e accreditamento mediante valutatori aziendali (tutti gli Enti SSR)	Si (come da vademecum)	Qualità
		25.Q.O.08.7	Adozione e rispetto degli accordi contrattuali con le aziende terrioriali	Si (come da vademecum)	DMO
Q.09	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	>70% dei sinistri aperti	Affari Generali
Q.10	Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	25.Q.O.10.2	Indicatore composito di sorveglianza e contrasto dell'antimicrobico-resistenza	Si (come da vademecum)	DMO/ Farmacia/ Malattie Infettive
		25.Q.O.10.3	Rispetto degli indicatori di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva	Si (come da vademecum)	Farmacia
Q.11	Promozione dei processi per la ricerca	25.Q.S.11.1	Pazienti inseriti in studi clinici no profit e profit e rendicontazione economica	Si (come da vademecum)	Farmacia/ Progetti Ricerca Clinica

OBIETTIVI AZIENDALI	INDICATORE	TARGET 2026-2028	Responsabile obiettivo
Perseguimento programmi strategici prioritari			
Miglioramento dei tempi di attesa	Sviluppo telemedicina: n° prestazioni	Incremento rispetto all'anno precedente	DMO
Riconoscimento IRCCS	Prosecuzione attività per il riconoscimento di IRCCS dell'AOUP nell'area pediatrica	Soglie definite dalle fasi ministeriali	Direzione
Nuovo Ospedale	Attivazione del Progetto Esecutivo	Entro il 31/12/2026	Dir.Tec. nuovo Polo Ospedaliero
	Attivazione percorso di affidamento dei Lavori per la realizzazione dell'opera	Entro il 31/12/2027	Dir.Tec. nuovo Polo Ospedaliero
Nuova Pediatria	Ultimazione lavori	Entro marzo 2026	Servizi Tecnici
Hospice Pediatrico	Inizio dei lavori	Entro il 31/12/2026	Dir.Tec. nuovo Polo Ospedaliero
	Ultimazione lavori	Entro il 31/12/2028	Dir.Tec. nuovo Polo Ospedaliero
Progetto 7Tesla	Affidamento appalto integrato per la realizzazione dell'edificio	Entro il 31/12/2026	Dir.Tec. nuovo Polo Ospedaliero
	Ultimazione dei lavori dell'edificio	Entro il 31/12/2027	Dir.Tec. nuovo Polo Ospedaliero
Implementazione FSE	Attuazione del piano sul FSE (portale, comunicazione e formazione) presentato alla Regione il 30/11/2025	Entro il 31/03/2026	Sistemi Informativi, URP e Formazione
Cybersecurity	Interventi effettuati in ambito cybersecurity	Attivazione di almeno un servizio aggiuntivo rispetto al 2025	Sistemi Informativi
Crescita del livello di qualità dell'assistenza			
Percorso ERAS	Calcolo di almeno un indicatore individuato nel percorso	Miglioramento rispetto all'anno precedente o rispetto ai pazienti non ERAS	Direzione delle Professioni Sanitarie
Rischio clinico e della sicurezza delle cure	"Prelievo sicuro": n° prelievi effettuati con questa modalità nelle UU.OO. di degenza medica (adulti e pediatrica) sul totale dei campioni effettuati	≥25% nel 2026	Rischio Clinico
Miglioramento attività di sperimentazione clinica	N° pazienti arruolati, notificati tramite popolamento piattaforma aziendale RedCap	100%	Farmacia
	N° pazienti arruolati inseriti in studi clinici/pazienti in carico alla UOC	>anno precedente	Farmacia
Lettere di dimissione da ricovero contenenti il suggerimento terapeutico per principio attivo	% aderenti su lettere campionate	100%	Farmacia
Riduzione consumo antibiotici	Ddd/gg degenza	Valore 2025<al 2024	Farmacia
Riduzione uso immunoglobuline umane normali	N° grammi di Ig ev/sc utilizzate	>anno precedente	Farmacia
Utilizzo della molecola a minor costo	% utilizzo molecola a minor costo (originator o biosimilare/totale consumi della molecola)	>anno precedente	Farmacia
Compilazione corretta delle ricette e redazione informatizzata dei Piani terapeutici/Registri	% ricette corrette/totale ricette e % pz con PT/registri informatizzati sul tot pz con almeno una erogazione dei farmaci soggetti a PT	soglie da definire in base al farmaco e all'attività dell'UO specifica	Farmacia
Potenziamento raccolta dati farmacovigilanza	N° segnalazioni ADR in ambito di ricovero e nel setting ambulatoriale	soglie definite in base all'attività di ricovero/ambulatoriale dell'UO	Farmacia
Dispositivo vigilanza	Inserimento delle segnalazioni nel portale nazionale	100%	Farmacia
Deprescrizione nel paziente a rischio	Riduzione del numero di farmaci prescritti in fase di ricovero (ammissione) e la dimissione, con particolare riferimento a molecole oggetto di iperprescrizione sul territorio	riduzione % (soglie da definire in base al farmaco e all'UO)	Farmacia
Perseguimento efficienza finanziaria	Indice tempestività pagamenti ai fornitori	0 gg	Contabilità e Bilancio
Perseguimento efficienza finanziaria	% pagato ai fornitori oltre i termini/totale pagato	0%	Contabilità e Bilancio
Monitoraggio recupero crediti	Invio alle UUOO report su crediti non riscossi	trimestrale	DAO
	% prestazioni con pagamento ticket non riscosso	<al 10%	DAO
Contabilità di magazzino e rimanenze	Predisposizione procedura dei controlli di contabilità di magazzino	Entro il 31/12/2026	CDG/IT/Farmacia
Avvio Sanità Integrativa	Stipula contratto con almeno un fondo di Sanità Integrativa	1 nel 2026	DAO
Implementazione processo estrazione dati	Predisposizione procedura operativa per estrazione dati ai fini clinici e organizzativi	Entro il 31/12/2026	CDG
	Predisposizione procedura operativa per estrazione dati ai fini clinici, organizzativi, ricerca, pubblicazioni, tesi	Entro il 2028	CDG/Ricerca Clinica
Verifica processi a rischio corruttivo mappati	Vedasi "sezione rischi corruttivi e trasparenza" del presente PIAO	Vedasi "sezione rischi corruttivi e trasparenza" del presente PIAO	Anticorruzione, Trasparenza Internal Auditing

OBIETTIVI AZIENDALI	INDICATORE	TARGET 2026-2028	Responsabile obiettivo
Monitoraggio e miglioramento del sistema di controllo interno attraverso attività Internal Audit	Attuazione del Piano di Internal Audit 2026-2028	Target definito nel piano di Internal Audit 2026-2028	Anticorruzione, Trasparenza Internal Auditing
Sostenibilità			
Efficientamento energetico-Completamento sostituzione serramenti Palazzina Direzione Generale	Trasmittanza termica; secondo DM 26/06/2015	2026-2027	Servizi Tecnici e Patrimoniali
Miglioramento del livello di conoscenza e corretta applicazione delle procedure di raccolta differenziata da parte del personale aziendale	Percentuale di operatori che nel questionario somministrato dichiarano una conoscenza "abbastanza" o "molto" adeguata delle procedure di raccolta differenziata	>60%	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica
Prioritizzazione degli impatti ambientali	Costruzione matrice di materialità	Entro il 2026	CDG
Contrasto alla violenza	Violenza contro gli operatori: diffusione e attivazione dispositivi di sicurezza	Entro giugno 2026	SPP/DMO
	Violenza sulle donne: almeno una iniziativa di sensibilizzazione sul fenomeno	1 all'anno	Formazione
Equilibrio di genere	Relazione sull'andamento del personale con attenzione alle differenze di genere	1 all'anno	Formazione
Equilibrio vita privata e cultura dell'organizzazione	Codice di Condotta: svolgere incontri di formazione/informazione	Almeno 2 nel 2026	Formazione
	Iniziative per favorire il benessere dei lavoratori	Almeno 2 nel 2026	Formazione
Cultura dell'organizzazione	Partecipazione dei componenti del CUG ai seminari promossi dalla Rete Nazionale CUG	Almeno 1 nel 2026	Formazione
Indagine qualità percepita pazienti ricoverati (PREMs)	Tasso di adesione dei pazienti all'indagine	>=40%	URP
	Soddisfazione del paziente relativamente alle domande su pulizia e silenziosità	Miglioramento rispetto all'anno precedente	URP

Piano dei Centri di Responsabilità anno 2026

Si riportano i Centri di Responsabilità riferiti all'assetto organizzativo definito dall'Atto Aziendale approvato con DDG n. 2620 del 24/12/2025 che potranno essere aggiornati a seguito dell'implementazione delle modifiche all'organizzazione previste dal nuovo Atto Aziendale che saranno realizzate nel corso dell'anno.

DIDAS	UOC/ UOSD	cod	DENOMINAZIONE ATTUALE
DIDAS Chirurgia	UOC	012700	Anestesia e Rianimazione
	UOC	821600	Anestesia e Rianimazione OSA
	UOC	015800	Anestesia e Rianimazione Universitaria (Istituto di Anestesia e Rianimazione)
	UOC	012800	Cardiochirurgia
	UOC	801500	Centrale Operativa SUEM
	UOC	015200	Chirurgia dei Trapianti di Rene e Pancreas
	UOC	817800	Chirurgia Generale 1 (indirizzo Chirurgia Ricostruttiva delle Vie Digestive e Chirurgia d'Urgenza)
	UOC	815100	Chirurgia Generale 2 (indirizzo Chirurgia Epato-bilio-pancreatica e Trapianti di fegato)
	UOC	817600	Chirurgia Generale 3 (indirizzo Chirurgia Colo-Rettale)
	UOC	826000	Chirurgia Generale OSA
	UOC	013700	Chirurgia Maxillo Facciale
	UOC	011000	Chirurgia Plastica
	UOC	016200	Chirurgia Toracica
	UOC	018500	Chirurgia Vascolare
	UOC	012400	Clinica di Odontostomatologia
	UOC	012200	Clinica Oculistica
	UOC	011200	Clinica Ortopedica Traumatologica
	UOC	802400	Day Surgery/Week Surgery Multidisciplinare
	UOC	802200	Endocrinochirurgia
	UOC	801000	Grandi Ustionati
	UOC	011100	Neurochirurgia
	UOC	825900	Oculistica OSA
	UOC	827700	Ortopedia e Traumatologia OSA
	UOC	017900	Otorinolaringoiatria
	UOC	803000	Terapia Intensiva Cardiochirurgica
	UOC	010900	Urologia
	UOSD	802600	Anatomia Clinica
	UOSD	802800	Anestesia e Terapia Intensiva in Chirurgia Complessa e Trapiantologia
	UOSD	802300	Chirurgia Bariatrica
	UOSD	803200	Chirurgia d'Urgenza
	UOSD	800800	Endourologia
	UOSD	826200	Otorinolaringoiatria OSA
DIDAS	UOC	013100	Accettazione e Pronto Soccorso

DIDAS	UOC/ UOSD	cod	DENOMINAZIONE ATTUALE
Medicina dei Sistemi	UOC	009110	Andrologia e Medicina della Riproduzione
	UOC	000700	Angiologia
	UOC	012900	Cardiologia
	UOC	803400	Cardiologia 2
	UOC	011600	Clinica Dermatologica
	UOC	011400	Clinica Medica 1
	UOC	017000	Clinica Medica 3
	UOC	013400	Clinica Medica 5
	UOC	011700	Clinica Neurologica
	UOC	004100	Dietetica e Nutrizione Clinica
	UOC	014000	Ematologia
	UOC	011500	Endocrinologia
	UOC	015700	Fisiopatologia Respiratoria
	UOC	017100	Gastroenterologia
	UOC	827200	Gastroenterologia OSA
	UOC	801200	Geriatria
	UOC	827300	Geriatria OSA
	UOC	017300	Malattie del Metabolismo
	UOC	010600	Malattie Infettive e Tropicali
	UOC	827100	Medicina d'Urgenza OSA
	UOC	820500	Medicina Generale OSA
	UOC	012600	Nefrologia 2
	UOC	827500	Neurologia OSA
	UOC	010400	Pneumologia
	UOC	014900	Psichiatria 3
	UOC	017400	Reumatologia
	UOC	015000	Riabilitazione Ortopedica
	UOSD	821000	Accettazione e Pronto Soccorso OSA
	UOSD	802100	Allergologia
	UOSD	803100	Endoscopia Gastroenterologica
	UOSD	011720	Stroke Unit
	UOSD	018110	Studio e cura dell’Invecchiamento Cerebrale (CRIC)
	UOSD	012902	Terapia Intensiva Cardiologica
	UOSD	016500	Trapianto Multiviscerale
DIDAS Salute della Donna e del Bambino	UOC	013500	Cardiochirurgia Pediatrica e cardiopatie congenite
	UOC	800500	Cardiologia Pediatrica
	UOC	803300	Centro Regionale Malattie Rare
	UOC	017200	Chirurgia Pediatrica
	UOC	018000	Clinica di Oncoematologia Pediatrica

DIDAS	UOC/ UOSD	cod	DENOMINAZIONE ATTUALE
	UOC	018400	Clinica Ginecologica Ostetrica
	UOC	011800	Clinica Pediatrica
	UOC	011880	Hospice Pediatrico
	UOC	014700	Malattie Metaboliche ed Ereditarie
	UOC	011832	Nefrologia Pediatrica
	UOC	015600	Neurochirurgia Pediatrica
	UOC	801800	Neuropsichiatria Infantile
	UOC	013200	Ostetricia e Ginecologia
	UOC	018300	Patologia Neonatale
	UOC	011807	Pronto Soccorso Pediatrico
	UOC	802000	Urologia Pediatrica
	UOSD	800700	Allergie Alimentari
	UOSD	802900	Anestesiologia Pediatrica
	UOSD	011860	Diabetologia Pediatrica e Malattie Metaboliche dell'età evolutiva
	UOSD	011855	Pneumologia e Allergologia Pediatrica
	UOSD	053100	Procreazione Medicalmente Assistita
	UOSD	800600	Reumatologia Pediatrica
	UOSD	011822	Terapia Intensiva Pediatrica
DIDAS Servizi di Diagnostica Integrata	UOC	001500	Anatomia Patologica 2
	UOC	008300	Genetica Clinica Epidemiologica
	UOC	004000	Immunotrasfusionale
	UOC	019100	Medicina del Lavoro
	UOC	002700	Medicina dello Sport
	UOC	003900	Medicina di Laboratorio
	UOC	000300	Medicina Legale e Tossicologia
	UOC	000200	Medicina Nucleare
	UOC	801400	Medicina Preventiva e Valutazione del Rischio
	UOC	000800	Microbiologia e Virologia
	UOC	003800	Neuroradiologia
	UOC	008400	Patologia Cardiovascolare
	UOC	801100	Psicologia Ospedaliera
	UOC	003200	Radiologia
	UOC	003300	Radiologia Universitaria (Istituto di Radiologia)
	UOSD	001580	Diagnostica Molecolare Oncologica
	UOSD	802500	Imaging Avanzato Clinico e Traslazionale
UO in Staff DS	UOC	0078	Direzione delle Professioni Sanitarie
	UOC	822100	Direzione Medica OSA
	UOC	0028	Direzione Medica Ospedaliera
	UOC	0029	Farmacia

DIDAS	UOC/ UOSD	cod	DENOMINAZIONE ATTUALE
	UOC	070600	Direzione Amministrativa di Ospedale
	UOSD	070400	Ingegneria Clinica
	UOSD	071700	Progetti Ricerca Clinica
UO di area amministrativa	UOC	072300	Affari Generali
	UOC	071900	Anticorruzione, Trasparenza e Internal Auditing
	UOC	070700	Contabilità e Bilancio
	UOC	071800	Controllo di Gestione
	UOC	072000	Direzione Tecnica Nuovo Polo Ospedaliero
	UOC	072400	Gestione delle Risorse Umane, Personale Universitario in convenzione e Rapporti con l'Università
	UOC	072500	Provveditorato, Economato e Gestione della Logistica
	UOC	072600	Servizi Tecnici e Patrimoniali
	UOC	072630	Sistemi Informativi
	UOS	082300	Servizio di Prevenzione e Protezione
	UOS	072200	Ufficio Legale
	UOS	008800	Formazione
	Ufficio		Servizio Qualità
	Ufficio		Ufficio Relazioni con il Pubblico
	Ufficio		Ufficio Comunicazione

REGIONE DEL VENETO
Azienda Ospedale Università Padova

PIANO PERL'UGUAGLIANZADIGENERE
Gender Equality Plan (GEP)
2025-2027



CUG
AZIENDA OSPEDALE UNIVERSITA'
PADOVA

Indice

1. **Introduzione** **1**
2. **Acronimi** **2**
3. **Riferimento normativo** ***3***
4. **Analisidelpersonale:Bilanciodigenere** **5**
5. **IlComitatoUnicodiGaranzia** **8**
   5.1 Composizione
   5.2 Compiti
   5.3 Modello di intervento
6. **Piano Triennale delle Azioni Positive** **10**
   6.1 CONTRASTO ALLA VIOLENZA **11**
   Iniziativa 1.Prevenzione e contrasto della violenza sulle donne e delle discriminazioni e delle molestie
   Iniziativa 2. Giornata internazionale per eliminare la violenza contro le donne
   Iniziativa 3. *A*tti di violenza a danno dell'operatore sanitario
   6.2 EQUILIBRIO DI GENERE **14**
   Iniziativa 1. Sensibilizzazione alla parità di genere
   6.3 ..... **E QUILIBRIO VITA PRIVATA E CULTURA DELL'ORGANIZZAZIONE** **15**
   Iniziativa 1. Elaborazione, pubblicazione e diffusione del codice di condotta
   Iniziativa 2. Tecniche di rilassamento per favorire il benessere dei lavoratori
   6.4 CULTURA DELL'ORGANIZZAZIONE **17**
   Iniziativa 1. Formazione dei componenti del CUG
   Iniziativa 2. Avviare attività di coordinamento tra Comitati CUG
   Iniziativa 3. Favorire la comunicazione delle proposte e delle iniziative del CUG
7. **Accesso al Piano Per La Parità Di Genere (GEP)**... ..... **20**
8. **Conclusioni** **20**

1. Introduzione

Il presente documento *"Piano per l'uguaglianza di Genere (GEP)"* anno 2026, strumento programmatico che la Direzione strategica dell'Azienda adotta per rispondere a indirizzi normativi nazionali ed europei e per mettere in atto misure organizzative e formative utili ad abbattere le differenze di genere, si sviluppain due parti:

- ***una prima parte*** è quella dedicata alla contestualizzazione del documento e alla presentazione dei dati del personale in Azienda con la valutazione sulla differenza di genere rispetto ad alcuni ambiti di lavoro: la conciliazione vita-lavoro, i congedi/permessi, i titoli di studio, la partecipazione ad attività di formazione, l' equilibrio di genere nella leadership e nel processo decisionale; tali dati, vengono monitorati annualmente dal CUG, Comitato per le Pari Opportunità, la valorizzazione del Benessere di chi lavorae contro le discriminazionie fanno parte delle Relazione annuale dell'attività svolta dal CUG nell'anno precedente; la relazione deve essere inviata alla Direzione Strategica Aziendale,alla Direzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, al Dipartimento Funzione Pubblica, al Dipartimento Pari Opportunità entro il 31 marzo dell'anno successivo, per l'analisi dei dati dello scorso anno; per questo motivo nel presente documento si riporteranno i dati riferiti alla situazione del personale al 31.12.2024;
- ***una seconda parte*** invece rende note le attività di formazione, sensibilizzazione e comunicazione sulle tematiche della parità di genere che si intendono avviare nell'anno in corso (2026), con indicatori necessari al loro monitoraggio, le azioni previste, i risultati attesi e i destinatari da coinvolgere per generare consapevolezza trasformativa circa le questioni di genere presso tutti i livelli organizzativi dell'Ente.

Il dettaglio di questa seconda parte del Piano per l'uguaglianza di Genere (GEP)" rientra e fa parte del Piano delle Azioni Positive anno 2026.

2. Acronimi

AOUP	Azienda Ospedale Università Padova
CUG	Comitato Unico di Garanzia
DDG	Delibera Direttore Generale
ECM	Educazione Continua in Medicina
GEP	Gender Equality Plan
DMO	Direzione Medica Ospedaliera
DPS	Direzione Professioni Sanitarie
Med.	Medicina
PP.SS.	Pronti soccorsi (Azienda, OSA, Pediatrico
SSPP	Servizio Sicurezza Prevenzione e Protezione
RLS	Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza
OO.SS.	Organizzazioni Sindacali
OPI	Organismo Paritetico Innovazione e sviluppo
Serv.	Servizio
DA	Direttore Amministrativo
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

3. Richiamo normativo

L'AOUP ha da tempo dimostrato una spiccata sensibilità alla tematica dell'uguaglianza di genere adottando il primo Piano per l'uguaglianza di Genere (GEP)" anno2022-2024 in AOUP il 31/10/2023 con atto n°1963del Direttore Generale.

Con l'aggiornamento del presente documento per l'anno 2026 si richiamano di seguito,i principali indirizzi normativi nazionali ed europeia cui si far riferimento per il suo aggiornamento:

- la nuova Strategia UE per la parità di genere 2020-2025, presentata a marzo 2020 dalla Commissione Europea, traccia le azioni chiave per porre fine alle discriminazioni e alla violenza di genere, per garantire pari partecipazione e opportunità nel mercato lavorativo e il raggiungimento dell'equilibrio di genere nel processo decisionale e politico. La Commissione Europea ha previsto inoltre che le Istituzioni pubbliche, che vogliano accedere ai finanziamenti del prossimo programma Horizon Europe debbano dotarsi di un Gender Equality Plan (GEP).
- In sinergia con le indicazioni dell'Unione Europea e con l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, sottoscritta il 25 settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri delle Nazioni Unite, e approvata dall'Assemblea Generale dell' ONU, tra i 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile, inquadrati all' interno di un programma d'azione più vasto, costituito da 169 target o traguardi ad essi associati, da raggiungere in ambito ambientale, economico, sociale e istituzionale entro il 2030, figura il numero 5, sulla Parità di Genere, dove gli obiettivi e gli strumenti previsti sono orientati al superamento della differenza di genere in tutte le sue forme e contesti, compreso quello professionale e sociale.
- Nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si declina un ampio programma, che si concretizza nelle missioni 1, 4, 5 e 6, volto sia a favorire la partecipazione femminile al mercato del lavoro, sia a correggere le asimmetrie che ostacolano le pari opportunità sin dall'età scolastica.
- A rafforzare il tema si esprime la Legge 27 gennaio 2021, n. 21 (Riforma delle politiche per la parità di genere) che "Introduce misure per rafforzare l'azione del governo e delle istituzioni locali per promuovere l'uguaglianza di genere, combattere la violenza di genere e implementare politiche di parità nelle istituzioni pubbliche e nel settore privato".
- La Legge 22 maggio 2020, n. 35 (Disposizioni in materia di parità di genere e delle politiche pubbliche per l'uguaglianza) "Regola gli strumenti per monitorare e promuovere la parità di genere a livello nazionale e territoriale, con un'attenzione particolare alle politiche di conciliazione vita-lavoro".
- Il Decreto Ministeriale 25 marzo 2022 emanato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, stabilisce inoltre che le Aziende devono presentare un piano annuale di azioni concrete per garantire la parità retributiva, la conciliazione lavoro-famiglia e la parità di accesso alle posizioni di leadership.
- La Legge 15 ottobre 2021, n. 162 (Disposizioni urgenti per il rafforzamento delle politiche per la parità di genere e la promozione dell'uguaglianza sostanziale) "stabilisce nuove misure per l'incremento della parità di genere, con particolare

attenzione al contrasto alla violenza di genere e all'adozione di piani aziendali specifici".

- Coerentemente al quadro nazionale, la Regione del Veneto ha approvato la Legge Regionale n.3 del 15 febbraio 2022 recante "Disposizioni per la promozione della parità retributiva tra donne e uomini e il sostegno all' occupazione femminile stabile e di qualità ".
- Da ricordare infine che il Piano della Performance di cui all'art. 1, del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i. e il Piano per la Prevenzione della corruzione e della trasparenza, adottato con i l Decreto Ministeriale 28 aprile 2022, entrambi inclusi nel PIAO, come disposto dal D.L. 9 giugno 2021 n. 80 art. 6, sono strumenti di supporto ulteriore per l'attuazione delle politiche di genere, con il relativo monitoraggio ed aggiornamenti annuali.

Tutto ciò premesso, con questo documento "Piano per l'uguaglianza di Genere (GEP)" 2025-2026, l'intento della Direzione è quello di dare evidenza del fatto che l'AOUP si impegna a garantire pari opportunità nell'accesso al lavoro e alle posizioni, promuovendoazioni e progettiche riducano l'asimmetria digenere, rimuovendo gli ostacolilegati al genere.

Tramite il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la valorizzazione del Benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), previsto dalla Legge 183/2010, aggiornato in AOUP nella sua composizione a dicembre 2021, viene elaborato annualmente il Piano delle Azioni Positive che racchiude gli obiettivi, i programmi di intervento e le azioni volte ad assicurare l'uguaglianza di genere in vari ambiti della vita aziendale. Esso è da intendersi come uno strumento volto a identificare le pratiche che possono produrre discriminazione di genere, a proporre strategie innovative per superarle e a monitorare i progressi attraverso lo sviluppo di indicatori. Tale strumento è riconosciuto anche come una forma di attuazione della performance, ai fini della ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni.

4. Analisi dati del personale: Bilancio di genere

programmazione delle attività da sviluppare nel triennio 2025/27 tiene conto, in un'ottica di genere e di bisogni da soddisfare, dell'attuale struttura organizzativa del personale dell'AOUP, dei processi di riorganizzazione in corso, della composizione del personale.
L'analisi dei dati tratti da quelli messi a disposizione dal servizio delle risorse umane, mette in evidenza che in Azienda Ospedale-Università Padova il personale in servizio al 02/02/2024 eracosì rappresentato.

SEZIONE - DATI SUL PERSONALE

tabella 1 – Ripartizione del personale per genere ed etàneilivelli di inquadramento

Tabella 1.1	UOMINI					DONNE				
CLASSI ETA'/ INQUADRAMENTO	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>60	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>60
Dir. T.det	0	1	0	0	0	0	3	1	1	0
Dir. T.ind	0	3	4	6	0	0	10	22	30	7
Dir. SC T.ind	0	0	1	2	2	0	0	0	4	2
Dir. SS T.ind	0	0	0	1	1	0	0	1	3	2
Quadri CP	28	51	30	64	30	81	134	86	168	34
Impiegati CA	7	15	12	26	9	9	20	55	75	27
Impiegati CO	3	4	0	6	3	0	1	8	23	6
Impiegati CS	1	4	2	12	2	4	0	5	22	8
Operai CO	13	49	76	92	29	32	111	224	386	105
Operai CS	1	4	9	22	11	1	1	2	16	7
Direttori	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SSN Med. T.det	5	11	0	0	0	0	11	0	1	0
SSN Med. T.ind	0	147	77	49	44	1	171	139	87	36
SSN Med. SC T.ind	0	0	1	6	10	0	0	1	1	4
SSN Med. SS T.ind	0	0	11	10	17	0	2	5	11	5
Infermieri CP	102	115	94	168	28	429	415	349	975	84
Ausiliari CS	0	0	0	6	3	0	0	0	14	10
TOTALE PERSONALE	160	404	317	471	189	557	879	898	1817	337
% SUL PERSONALE COMPLESSIVO	2,65	6,70	5,26	7,81	3,13	9,24	14,58	14,89	30,14	5,59

Dalla tabella risulta prevalente la presenza del genere femminile (75%) pari a 4488 operatrici donne, contro 1487 operatori uomini.

TABELLA 2 – Posizioni di responsabilità remunerate non dirigenzialiripartite per genere

Tabella 1.3	UOMINI		DONNE		TOTALE	
TIPO POSIZIONE DI RESPONSABILITA'	VALORI ASSOLUTI	%	VALORI ASSOLUTI	%	VALORI ASSOLUTI	%
Incarico di funzione Organizzativa - liv. Medio	8	12,12	5	4,39	13	7
Incarico di funzione Organizzativa - liv. Elevato	11	16,67	11	9,65	22	12
Incarico di funzione Organizzativa con coordinamento- liv. Medio	31	46,97	66	57,89	97	54
Incarico di funzione Professionale - liv. Medio	8	12,12	21	18,42	29	16
Incarico di funzione Professionale - liv. Elevato	8	12,12	11	9,65	19	11
TOTALE	66		114		180	100
% SUL PERSONALE COMPLESSIVO		36,67		63,33		100

SEZIONE - CONCILIAZIONE VITA/LAVORO

tabella3 – Ripartizione del personale per genere ed etàper tipo di presenzasulposto di lavoro

Tabella 1.2	UOMINI							DONNE						
CLASSI ETA'/ TIPO PRESENZA	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>60	TOTALE	TOTALE %	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>60	TOTALE	TOTALE %
Tempo Pieno	155	393	313	462	184	1507	97,79	554	800	807	1534	306	4001	89,15
Part Time >50%	5	9	3	7	4	28	1,82	2	78	85	257	27	449	10
Part Time <=50%	0	2	1	2	1	6	0,39	1	1	6	26	4	38	0,85
TOTALE	160	404	317	471	189	1541		557	879	898	1817	337	4488	
TOTALE %	2,65	6,7	5,25	7,81	3,13			9,23	14,57	14,89	30,13	5,58		

Nel corso del 2024, sul totale dei dipendenti che hanno aderito al regime di lavoro a tempo parziale, si evidenziano 28 uomini, che rappresentando lo 0,2%, di tutti i richiedenti, mentre la maggioranza è composta da donne che interessa il 449 dipendenti, pari al 10% delle donne totali.
Il part-time di tipo verticale, caratterizzato da un impegno lavorativo su specifici giorni della settimana, del mese o dell'anno, è quello preferito dalle donne, rispetto al part-time orizzontale, che prevede una riduzione dell'orario distribuito su tutti i giorni della settimana.
L'organizzazione promuove iniziative di flessibilità e agevolazioni lavorative, implementa sperimentazioni organizzative, comprensive di lavoro agile e turni di lavoro innovativi, mantiene il part-time orizzontale e verticale, al fine di ottimizzare l'efficienza organizzativa.
Nelle tabelle di seguito riportate, vengono forniti dall'amministrazione i dati in ordine alle tipologie di misure adottate per la conciliazione vita/lavoro del dipendente e quelli relativi alla concreta fruizione da parte del personale di alcune agevolazioni (es. lavoro agile, part-time, congedi parentali, permessi/congedi per disabilità propria o parentale); le tabelle differenziano il genere.

Tabella4 – Fruizionedellemisure di conciliazione per genere ed età

Tabella 1.9	UOMINI							DONNE						
CLASSI ETA'/ TIPO MISURA CONCILIAZIONE	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>60	TOTALE	TOTALE %	<30	da 31 a 40	da 41 a 50	da 51 a 60	>60	TOTALE	TOTALE %
Personale che fruisce di part time a richiesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Personale che fruisce di telelavoro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Personale che fruisce di lavoro agile	1	0	4	3	1	9	20,93	0	4	8	14	1	27	5,25
Personale che fruisce di orari flessibili	5	11	4	9	5	34	79,07	3	79	91	283	31	487	94,75
Altro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	6	11	8	12	6	43	100	3	83	99	297	32	514	100
TOTALE %	13,95	25,58	18,60	27,91	13,95		100,00	0,58	16,15	19,26	57,78	6,23		100,00

Tabella5 – Fruizionedeicongediparentali e permessiL.104/1992 per genere

Tabella 1.10	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	VALORI ASSOLUTI	%	VALORI ASSOLUTI	%	VALORI ASSOLUTI	%
Numero permessi giornalieri L. 104/1992 fruiti	3228	36,05	16439	43,00	19667	42
Numero permessi orari L. 104/1992 (n. ore) fruiti	4102	45,82	4727	12,36	8829	18,71
Numero permessi giornalieri per congedi parentali fruiti	1362	15,21	16430	42,98	17792	37,71
Numero permessi orari per congedi parentali fruiti	261	2,92	635	1,66	896	1,90
TOTALE	8953	100,00	38231	100,00	47184	100
% SUL PERSONALE COMPLESSIVO		18,97		81,03		100

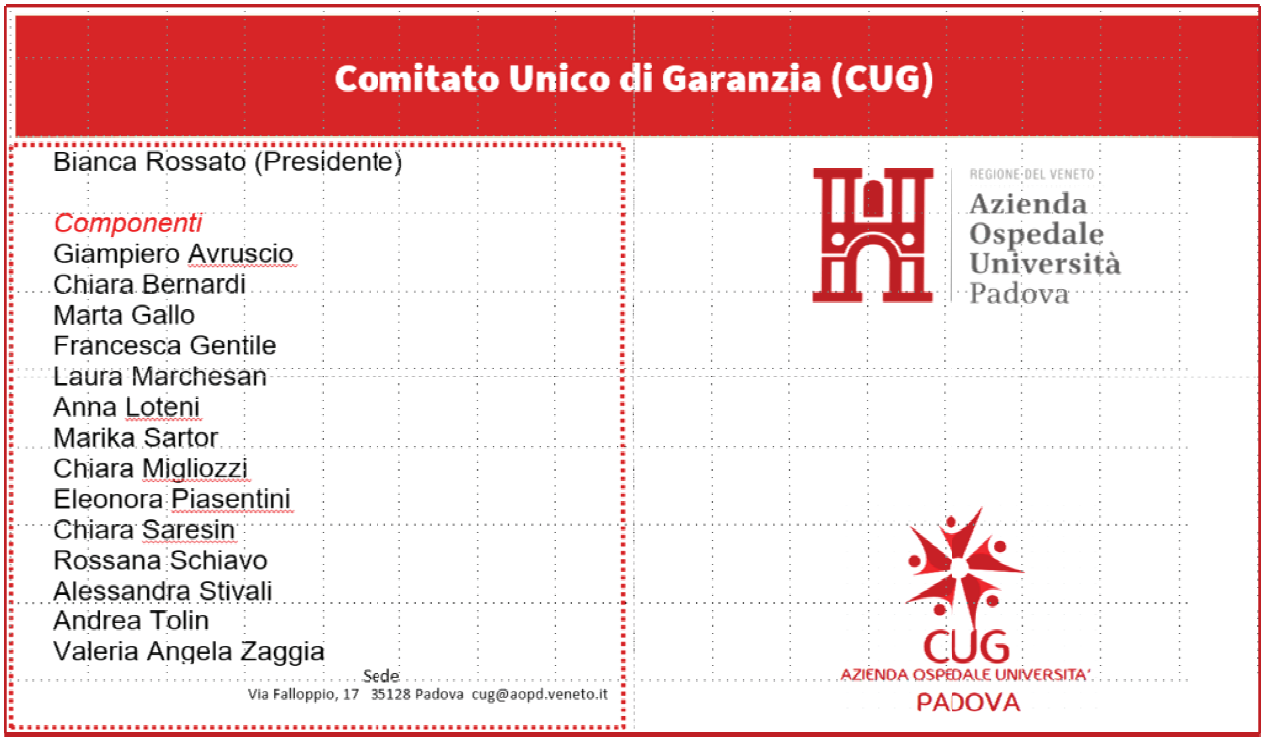
L'Azienda Ospedale-Università di Padova da sempre si è spesa e resa parte attiva per promuovere attività volte a favorire la conciliazione vita/lavoro per i propri dipendenti.
Sicuramente l'esperienza vissuta in tempo COVID ha modificato e introdotto nuovi ordini di priorità degli interventi attuati. 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, 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.

Dall'analisi della composizione del personale, si sono condivise con i componenti CUG, nell'ultima riunione dello scorso anno, in data 23/12/2025,le aree tematiche di intervento/azione per l'anno 2026 che richiamano le aree minime indicate dalla Commissione europea:

1. Contrasto alla violenza
2. Equilibrio di genere
3. Equilibrio vita privata e cultura dell'organizzazione
4. Cultura dell'organizzazione

5. Il Comitato Unico di Garanzia

5.1 – Composizione del Comitato AOUP



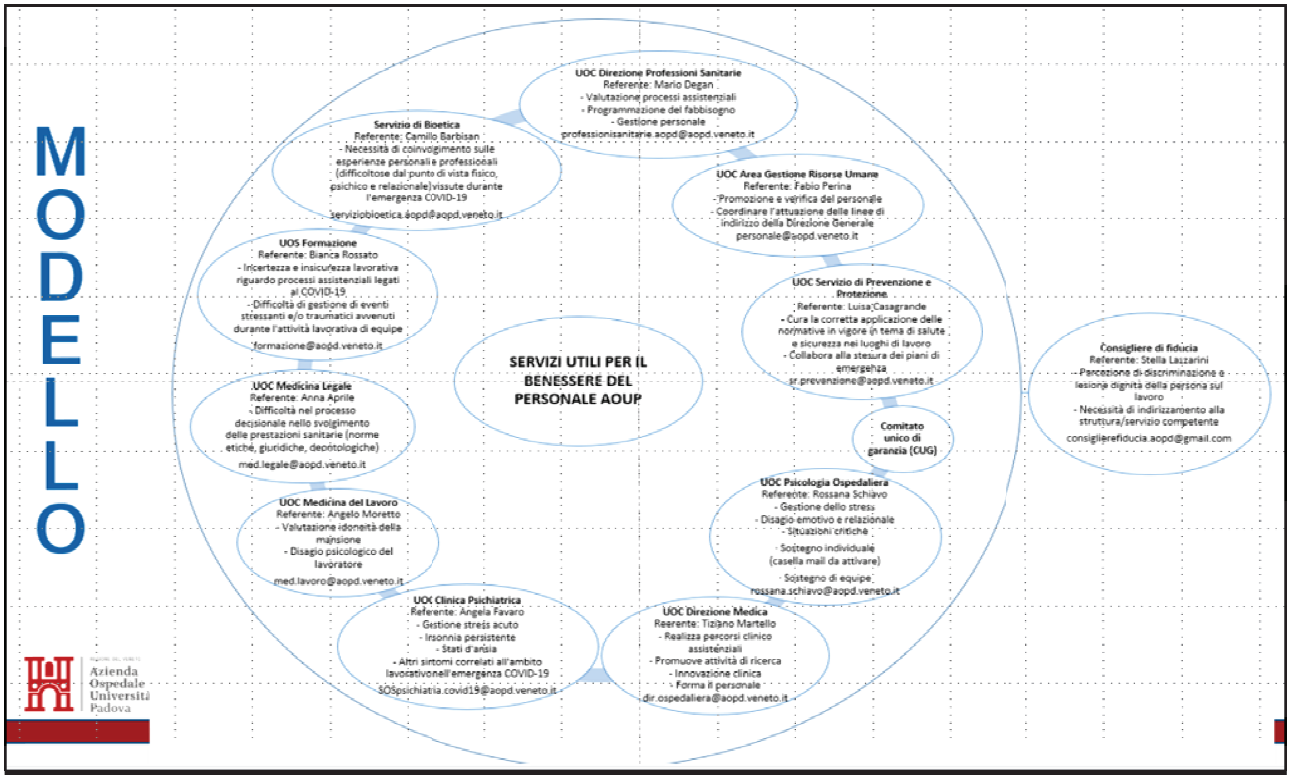
5.2 - Compiti del Comitato AOUP



5.3 Modello di intervento

Il CUG 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. Il CUG, in AOUP, completamente rinnovato con D.D.G. n. 46 del 19 Gennaio 2021 si è inserito da allora nella vita dei vertici dell'Amministrazione monitorando quanto l'azienda affronta quotidianamente e , su alcune tematiche, più in particolare offrendo spunti di riflessione attraverso incontri e attività di formazione.
Piace far presente, che, in tutti i tavoli dove ci si incontra, il modello di interazione del CUG nelle aree di interesse Aziendale, è quello rappresentato in fig. n.3, perché rendere esplicito, a tutti che alcuni temi, es. il benessere, il clima organizzativo, violenza si affrontano e trovano soluzione solo se si agisce insieme.
Il CUG con i servizi competenti si fa spesso parte attiva per risolvere situazioni attivando e condividendo con alcuni o con tutti questi servizi il problema. Convinti che alcuni successi sono il frutto di un lavoro di squadra e dell'investimento di tempo, lavoro, competenze di diversi attori e ciascuno per la propria parte indirizzano gli sforzi a un risultato comune.

–Modalità di intervento ai problemidel Comitato AOUP



6. Piano delle Azioni Positive

Il CUG dell' Azienda Ospedale-Università Padova, Comitato Unico di Garanzia, per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni continua anche per il prossimo anno ad impegnarsi nelle seguenti aree tematiche:

1. Contrasto alla violenza
2. Equilibrio di genere
3. Equilibrio vita privata e cultura dell'organizzazione
4. Cultura dell'organizzazione

Il piano di dettaglio delle azioni positive per singola area tematica è descritto di seguito; ci sono alcune aree tematiche che si sviluppano su più azioni di intervento; per ogni area tematiche è definita una scheda di dettaglio dove sono riportate le azioni da introdurre per realizzare gli obiettivi, gli indicatori di misura, i destinatari ad esse collegati.
Il Piano delle azioni positive anno 2025-2026, ha come finalità quello di promuovere attività volte a favorire pari opportunità nella gestione delle risorse umane, la conoscenza e la valorizzazione delle differenze, da considerarsi come fattore di ricchezza umana sulla quale investire e collaborare con i vari gruppi di lavoro aziendale per contribuire a migliorare il clima organizzativo.

AREE TEMATICHE DELLE AZIONI POSITIVE ANNO 2026:
1. CONTRASTO ALLA VIOLENZA

Iniziativa 1 **Prevenzione e contrasto della violenza sulle donne, delle discriminazioni e delle molestie**	
Descrizione	Il fenomeno della **violenza sulle donne** è una grave **violazione dei diritti umani** e un problema di salute pubblica diffuso a livello globale e sistematico. Si manifesta in varie forme e ha radici profonde nelle disuguaglianze di genere La normativa, aggiornata con la legge n.69/2019 in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere, rientra interamente nel quadro delineato dalla **Convenzione di Istanbul** (2011), primo strumento internazionale giuridicamente vincolante 'sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica'. L'elemento principale di novità della Convenzione è il riconoscimento della violenza sulle donne come "una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano, o sono suscettibili di provocare, danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata". Le indagini ISTAT del 2025 indicano che circa 1 donna su 3 (6,4 milioni) ha subito violenza nel corso della vita, con un calo della violenza domestica ma un aumento di quella subita da giovani e studentesse. Sempre più anche a seguito di importati eventi accaduti si sente il bisogno di definire a livello di Ministero, Istituti, Enti e Associazioni la necessità di diffondere consapevolezza della dimensione del problema, definizione di Linee guida in tema di primo soccorso e gestione socio-sanitaria se ci si trovasse ad accogliere nei reparti e servizi donne vittime di violenza. Le vittime di reato si ritiene dovrebbero essere riconosciute e trattate in maniera rispettosa, sensibile e professionale, senza discriminazioni fondate su motivi di razza, o colore della pelle, o sociale, o genetiche, o di lingua, religione o convinzioni personali, opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, disabilità, età, genere, espressione di genere, identità di genere, orientamento sessuale.
Azioni	Il 25 NOVEMBRE è la Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne nella quale, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha invitato i governi, le organizzazioni internazionali e le ONG a organizzare in quel giorno attività volte a sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza della non violenza e del rispetto delle donne.Il CUG in occasione di quella giornata intende promuovere un evento in tema non solo per "commemorare" i tanti volti, di donne vittime di violenza ma anche per aiutare i partecipanti a cambiare punti di vista per arrivare a guardare alle radici culturali della violenza.
Indicatori	Attivazione di corso di formazione in tema per sensibilizzare gli operatori a prevenire e contrastare qualsiasi forma di discriminazione contro le donne. Monitoraggio in AOUP tramite la Consigliera di Fiducia del numero di segnalazioni di molestie nei luoghi di lavoro.
Risultati attesi	Sensibilizzare gli operatori sanitari sul tema, e far conoscere gli aspetti più urgenti da mettere in campo in caso di episodi di violenza rilevati.
Destinatari	Operatori di tutte le qualifiche professionali in House e su invito
Responsabili	CUG, Formazione, Rischio Clinico, DMO, DPS, Med. Legale, PP.SS., Ostetricia-Ginecologia, Malattie Infettive, Psicologia Ospedaliera, UOS procedimenti disciplinari.

Iniziativa 2 Atti di violenza a danno dell'operatore sanitario	
Descrizione	La Regione del Veneto ha divulgato a tutte le Aziende Sanitarie, nel 2022, le Linee di Indirizzo regionali per la prevenzione e la gestione delle aggressioni e degli atti di violenza a danno dei professionisti delle Aziende stesse. L'obiettivo generale del documento è favorire la crescita di un percorso di prevenzione nei confronti degli atti di violenza, stimolando e indirizzando le Aziende Sanitarie ad elaborare programmi omogenei dedicati alla riduzione del rischio. Da allora, molto è stato fatto nelle singole azienda e lo scorso anno la Regione da deciso di costituire un tavolo composto da elementi attivi nelle singole aziende per adeguare e implementare ulteriori azioni di miglioramento. Tra le strategie riconosciute efficaci per affrontare il fenomeno rimane la formazione che aiuta a diffondere la consapevolezza tra gli operatori. Si sta quindi elaborando con il tavolo regionale, al quale partecipa anche qualche componente del CUG, una riprogettazione della modalità di trasmettere i contenuti per aumentare i destinatari da raggiungere.
Azioni	Il CUG intende partecipare e sostenere la Formazione Aziendale prevista dal PFA 2026 per assicurare più edizioni di corso sul tema specifico così da aumentare il numero di persone formate in AOUP e quindi la sicurezza nei luoghi di lavoro. Partecipa inoltre agli incontri con le OO.SS. per valorizzare e rendere noto il lavoro svolto. Utilizza il canale della newsletter per ringraziare i lavoratori e ricordare l'attenzione al tema anche e in particolare in occasione delle giornata del 12 marzo dedicata al tema. Partecipa a incontri in aula dedicati agli studenti dei licei così da aiutarli a guardare ai fenomeni in modo diverso.
Indicatori	Il CUG avrà il compito di monitorare l'attivazione del corso sull'argomento specifico, assicurare che vengano realizzate almeno 3edizioni; sensibilizzare gli operatori per il 12 marzo ricordandolo nella newsletter aziendale.
Risultati attesi	Gli operatori formati saranno in grado di conoscere l'IO aziendale per prevenire, gestire gli atti di violenza a danno dell'operatore sanitario; dove reperire nella intranet il link per la segnalazione di eventuali atti di violenza subiti; visionare il videotutorial, sulle tecniche di deescalation, disponibile nella piattaforma aziendale
Destinatari	Infermieri, Medici e tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza diretta dei reparti con maggior indice di aggressione.
Responsabili	CUG, Formazione, Rischio Clinico, DMO, DPS, OO.SS., Serv. Alberghieri, OPI, Psicologia Ospedaliera, Med. Legale, SS.PP, Medicina del lavoro, RLS, Tavolo Tecnico, UOS Procedimenti disciplinari.

2. EQUILIBRIO DI GENERE

Iniziativa 1 Sensibilizzazione alla parità di genere	
Descrizione	Il Governo Italiano ha predisposto la prima strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026, in linea con quella dell'unione europea per la parità di genere (gender equalitystrategy) 2020-2025. La Strategia nazionale ha la finalità generale di "rendere l'Italia un paese dove persone di ogni genere, età ed estrazione abbiano le medesime opportunità di sviluppo e di crescita, personali e professionali, di accesso al mondo dell'istruzione e del lavoro, senza disparità di trattamento economico o dignità, e possano realizzare il proprio potenziale con consapevolezza di una uguaglianza garantita e senza compromessi in un paese moderno e preparato per affrontare la sfida dei tempi futuri". In linea con questa sensibilità, "la promozione della parità retributiva tra donne e uomini e il sostegno all' occupazione femministe stabile e di qualità" è stata sostenuta con specifica Legge dalla Regione del Veneto (LR n 3/2022), dal Piano della Performance di cui all' art. 10 , del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e anche dal Piano per la Prevenzione della corruzione e della trasparenza, adottato con il Decreto Ministeriale 28 aprile 2022, entrambi inclusi nel PIAO, come disposto dal D. L. 9 giugno 2021 n. 80 art. 6, strumenti di supporto ulteriore per l'attuazione delle politiche di genere, con il relativo monitoraggio ed aggiornamenti annuali. In riferimento a questo contesto il CUG rinforza e amplifica questo impegno all'interno dell'AOUP avviato gli anni scorsi
Azioni	Il CUG intende promuovere azioni che favoriscano la consapevolezza delle asimmetrie di genere, e permettano al contempo la valorizzazione di tutte le diversità all'interno di un'organizzazione; per questo motivo monitorerà tipologie di personale dipendente, tipologia di incarichi, Equilibrio vita-lavoro, utilizzo degli istituti contrattuali di progressioni di carriera, e di accesso alle forme di part-time e di lavoro agile. Verranno proposti cicli di incontri sul tema.
Indicatori	Il CUG intende attivare almeno 2 incontri sulle differenze di genere; elaborare una relazione annuale sull'andamento del personale con attenzione alle differenze di genere ed entrare nello specifico delle segnalazioni che giungono alla consigliera di fiducia per orientare interventi di prevenzione di qualsiasi forma di discriminazione. Assicurare almeno 2 posti macchina riservati alle lavoratrici madri, rientrate al lavoro in fase di allattamento.
Risultati attesi	Favorire mezzi e strumenti disponibili per aumentare la conoscenza dell'argomento nei lavoratori dipendenti; pubblicare il un piano per l'uguaglianza di genere aggiornato con le azioni positive per l'anno 2026.
Destinatari	Operatori di tutte le qualifiche professionali dell'AOUP.
Responsabili	CUG, Psicologia Ospedaliera, Medicina di Genere, Med. Del Lavoro, DMO, DPS, Risorse Umane, Servizi Alberghieri, UOC Psicologia Ospedaliera, UOS Procedimenti disciplinari.

3. EQUILIBRIO VITA PRIVATA E CULTURA DELL'ORGANIZZAZIONE

Iniziativa 1 **Elaborazione, pubblicazione e diffusione del codice di condotta**	
Descrizione	Il Codice di Condotta è uno strumento che le Aziende adottano per contribuire ai compiti propri in qualità di datore di lavoro, a salvaguardia dei diritti fondamentali ed inviolabili di libertà, uguaglianza, salute e dignità delle singole persone che lavorano ed operano nell'Azienda, della qualità dell'ambiente di lavoro e del corretto ed efficiente svolgimento dei compiti istituzionali. Nel documento infatti vengono descritti e identificati chiaramente le condotte oggetto di censura disciplinate da norme disciplinari di origine contrattuale, ma anche da norme del codice civile, dello statuto dei lavoratori e della legislazione speciale in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro nonché, in alcuni casi, del Codice Penale, nonché le procedure che il singolo può seguire per trovare soluzione ai propri problemi.
Azioni	Il CUG che ha elaborato e pubblicato il nuovo Codice di condotta in Azienda intende promuovere e mantenere l'attività formativa e informativa del regolamento così da favorire la cultura del rispetto, far conoscere il ruolo e la funzione del consigliere di fiducia e le modalità da seguire per consultarla e avvalersi del suo ruolo e inoltre diffondere la consapevolezza di come comportarsi ogni volta che ci si trova ad assistere o subire qualsiasi forma di discriminazione.
Indicatori	Attivare incontri di informazione/formazione sul nuovo codice di condotta (almeno 2) Monitorare con la Consigliera di fiducia i casi di segnalazione.
Risultati attesi	Con questo regolamento il CUG intende fornire all'AOUP strumenti efficaci al fine di promuovere il diffondersi di una cultura improntata al pieno rispetto della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori dipendenti; prevenire atti e comportamenti che violano la dignità delle lavoratrici e dei lavoratori; garantire adeguate e tempestive forme di intervento e di tutela, nel rispetto del diritto alla riservatezza, di chi ritiene di aver subito comportamenti molesti e di chi li ha posti in essere.
Destinatari	Tutti i dipendenti aziendali.
Responsabili	CUG, Affari Generali, Risorse Umane, Anticorruzione, DS, DA, DPS, DMO, UOS Psicologia Ospedaliera, UOS Procedimenti disciplinari.

Iniziativa 2 Tecniche di rilassamentoper favorire il benessere dei lavoratori	
Descrizione	I fattori che incidono sul benessere dei lavoratori dipendenti sono molteplici. Secondo la definizione dell'OMS, esistono alcuni pilastri fondamentali per favorire e promuovere la salute del singolo individuo che impattano sul benessere della persona. Essi sono: utilizzo di tecniche di rilassamento, seguire un' alimentazione equilibrata e fare movimento Fisico. Considerando l'impegno del CUG in tema di tecniche di rilassamento avviate ancora nel 2023 con i corsi "Note di Salute", proseguite con i corsi di Yoga nel 2024 e con i corsi di TAI CHI nel 2026, si intende proseguire su questo tema anche il prossimo anno, sostenendo con l'esperienza maturata fino ad ora il gruppo di lavoro aziendale dedicato al progetto regionale "luoghi di lavoro che promuovono salute", che intende implementare e attivare iniziative riferite a tecniche di Mindfulness.
Azioni	Il CUG intende sostenere, implementare le attività avviate fino ad ora rispetto alle tecniche di rilassamento aggiungendo percorsi di Mindfullness
Indicatori	Implementare le attività già avviate in tema di tecniche di rilassamento per i lavoratori dipendenti con momenti dedicati alle tecniche di Mindfulness.
Risultati attesi	Differenziare le opportunità per i lavoratori al fine di aumentare l'opportunità che ciascuno possa beneficiare di qualche cosa.
Destinatari	Operatori di tutte le qualifiche professionali che ne facciano richiesta.
Responsabili	CUG, Gruppo di lavoro regionale "luoghi di lavoro che promuovono salute" OO.SS., RLS, UOS Psicologia Ospedaliera, UOS Procedimenti disciplinari.

Iniziativa 3 Contrastare l'obesità per vivere meglio	
Descrizione	L'obesità è riconosciuta a livello globale e in Italia come una vera e propria epidemia e malattia sociale cronica. Non è solo una condizione medica individuale, ma un fenomeno complesso, radicato in fattori socioeconomici, ambientali e culturali che ha impatti significativi sulla salute pubblica e sull'intera società. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito l'obesità un'epidemia del secolo, con centinaia di milioni di persone obese e miliardi in sovrappeso a livello mondiale. In Italia, circa un adulto su due è in sovrappeso o obeso. La percentuale di adulti obesi ha raggiunto circa l'11,8%, con una tendenza all'aumento, e si riscontrano forti differenze regionali e sociali, con una maggiore prevalenza al Sud e nelle Isole. Le strategie riconosciute più efficaci per contrastare l'obesità richiedono un approccio integrato, multidisciplinare e a lungo termine che agisca su più livelli: individuale, comunitario e politico.
Azioni	Il CUG intende avviare momenti di riflessione sul tema per sensibilizzare gli operatori in qualità di cittadini e di operatori sanitari capaci di intercettare e lavorare sul tema.
Indicatori	Realizzare almeno in incontro di sensibilizzazione in tema di obesità.
Risultati attesi	Portare in evidenza il problema sociale del nostro tempo.
Destinatari	Operatori di tutte le qualifiche professionali che ne facciano richiesta.
Responsabili	CUG, Gruppo di lavoro regionale "luoghi di lavoro che promuovono salute" OO.SS., RLS, UOS Psicologia Ospedaliera, UOS Procedimenti disciplinari.

4. CULTURA DELL'ORGANIZZAZIONE

Iniziativa 1 **Formazione dei componenti del CUG**	
Descrizione	In AOUP il CUG è il Comitato che è stato istituito con deliberazione del Direttore Generale n. 775 del 31 agosto 2021 per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, e ciò ai sensi di quanto previsto all'art. 21 del d.lgs. n. 183/2010. Con una modifica apportata dalla norma d.lgs. n. 165/2001 all'art. 57, il CUG sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge e dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche. Dal suo rinnovo ad oggi il CUG ha già finito un mandato e secondo regolamento si intende avviare la procedura per il suo nuovo nell'anno in corso. Pur mantenendo le sue priorità di intervento sarà necessario rivedere la sua composizione.Rimangono invece ferme le priorità di intervento che sono: 1. Promuovere pari opportunità: per prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione, che sia legata al sesso, alla disabilità, all'età o a qualsiasi altro fattore. 2. Tutelare la salute e il benessere dei lavoratori: garantendo che l'ambiente di lavoro sia sicuro e che vengano rispettati i diritti dei lavoratori. 3. Attivare la Consigliera di fiducia su richiesta: per gestire in modo competente situazioni di disagio o conflitti tra lavoratori o tra lavoratori e datori di lavoro. 4. Promuovere la cultura dell'inclusività: partecipando con gli esperti competenti a creare un ambiente di lavoro inclusivo, dove ogni persona sia trattata con rispetto e dignità, indipendentemente dalle sue caratteristiche personali. Il CUG deve rimanere quindi un punto di riferimento per tutti i lavoratori, che possono rivolgersi a lui per segnalare problemi legati a discriminazioni o altre ingiustizie.
Azioni	Promuovere l'aggiornamento dei componenti del CUG avendo finito il mandato dei 4 anni. Formare i suoi componenti facendoli partecipareai corsi di formazione della Rete Nazionale del CUG.
Indicatori	Partecipazione di ciascuno componente CUG al almeno 1 dei seminari promossi dalla Rete Nazionale CUG.
Risultati attesi	Aumentare il livello di conoscenza dei ruoli e compiti dei componenti del CUG dell'AOUP, far conoscere modalità, strumenti le aree di intervento da riproporre in AOUP.
Destinatari	I componenti CUG di tutte le qualifiche professionali.
Responsabili	CUG, Risorse Umane

Iniziativa 2 Favorire la comunicazione delle proposte e delle iniziative del CUG	
Descrizione	Il CUG deve nominare la nuova Consigliera di Fiducia, presentarla ai lavoratori, definire il suo ruolo, dettagliato nel nuovo regolamento del Codice di Condotta. Per favorire la consapevolezza e la partecipazione alle nuove attività promosse dal CUG, così come gli eventi formativi in progettazione sarà fondamentale adottare stretegie comunicative che raggiungano in modo attivo e capillare tutti i dipendenti e le parti interessate. Si tratterà di far uso di azioni diversificate che parallelamente si integrino per amplificare il raggiungimento del risultato atteso.
Azioni	Aggiornare la cartella nella rete intranet aziendale dove pubblicare aggiornamenti, proposte e iniziative del CUG. Utilizzare la newsletter Aziendale dedicando anche più numero per pubblicizzare i vari eventi e dare i messaggi chiave che il CUG intende diffondere. In occasione delle giornate nazionali, utilizzare anche i Social Media Aziendali per raggiungere un pubblico più ampio che dia valore ai lavoratori e a tutta l'organizzazione.
Indicatori	Uscire con le iniziative formative avviate in collaborazione con il CUG con apposita locandina contenente il logo del CUG. In occasione della giornata del 25 novembre diffondere anche nei social l'attività specifica posta in essere.
Risultati attesi	Far conoscere ai dipendenti aziendali la nuova consigliera di fiducia e il canale da seguire per contattarla; diffondere il Codice di Condotta e far sapere come il lavoratore deve fare per segnalare le discriminazioni sul posto di lavoro.
Destinatari	Lavoratori dipendenti di tutti i profili professionali.
Responsabili	CUG, Ufficio Comunicazioni, URP, Formazione, DA, Affari Generali, Risorse Umane

7. Accesso al Piano Per La Parità Di Genere (GEP)

L'aggiornamento del "Piano per l'uguaglianza di Genere (GEP)" anno 2026 è accessibile, dopo essere stato aggiornato, a tutti gli interlocutori interessatinel sito webaziendalehttps://www.aopd.veneto.it, nell'area Amministrazione Trasparente, e nell' Area Intranet dell'Azienda Ospedale Università Padova.

8. Conclusioni

Il "Piano per l'uguaglianza di Genere (GEP)" anno 2026, è uninsieme di attività che coinvolgono molti attori, servizi e destinatari, con una variabilità temporale condizionate anche dalle modifiche organizzative che possono intervenire e condizionare le priorità di attuazione; per questo viene costantemente aggiornato, monitorati gli indicatori per aggiustare e riorientare gli obiettivi individuati.

La valutazione dei risultati di un Piano per l'uguaglianza di genere è un processo complesso che richiede una combinazione di metodi quantitativi e qualitativi. I criteri di valutazione chiaramente faranno conoscere il progresso verso l'uguaglianza di genere e i risultati utilizzati per apportare miglioramenti alle politiche esistenti e/o per guidare la progettazione di nuovi interventi mirati. Solo attraverso una valutazione rigorosa e un impegno costante per l'uguaglianza di genere si potranno raggiungere progressi significativi.

ID	PROCESSI	OWNER AOUP SUBPROCESSI	ID	SUBPROCESSI	LIMITI SUBPROCESSI	AREA DI RISCHIO (Allegato 1 PNA 2019)	Valutazione rischiosità del subprocesso	Evento rischioso	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio implementate nel l'anno 2025 (triennio di programmazione 2025/2027)	Monitoraggio al 31/12/2025	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio che verranno implementate nel triennio di programmazione 2026/2028
A.11	Gestione documentale	AFFARI GENERALI	A.11.1	Gestione attività di protocollazione	Dalla stesura del manuale della gestione della documentazione aziendale alla verifica della sua corretta applicazione			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.11	Gestione documentale	AFFARI GENERALI	A.11.2	Gestione dei provvedimenti (delibere e determine)	Dall'inserimento della proposta alla sua pubblicazione			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.11	Gestione documentale	AFFARI GENERALI	A.11.3	Gestione, archiviazione e conservazione documentale	Dalla stesura del manuale di gestione del protocollo alla verifica della sua corretta applicazione			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.12	Gestione Privacy	AFFARI GENERALI	A.12	Gestione Privacy	Dalla individuazione degli ambiti soggetti a normativa specifica, alla corretta gestione degli adempimenti e rapporti con l'Autorità Grarante			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.47	Donazione	AFFARI GENERALI		Donazione	Dalla comunicazione del donante all'Azienda alla comunicazione dell'esito in merito all'accettazione o meno della donazione in oggetto			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.51	Gestione Sinistri e contenzioso	UFFICIO ASSICURAZIONI-AFFARI GENERALI	A.51.2	Gestione dei sinistri	Dalla manifestazione dell'evento alla proposta di eventuali accantonamenti al fondo rischi alla chiusura/liquidazione			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.45	Recupero del credito	UFFICIO LEGALE	A.45.2	Recupero coattivo crediti	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti e già sollecitati , all'avvio delle procedure di recupero coattivo	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio basso	R1 Mancata iscrizione a ruolo o mancata ingiunzione del credito	M.1.2 Controllo a campione sull'intervenuta notifica dell'ingiunzione e inscrizione a ruolo. M.1.3 Attenzionare le strutture che partecipano al sollecito dei crediti sull' adeguato utilizzo della procedura informatica. M.1.4 Implementazione del gestionale informatico (GPI) tramite la possibilità di acquisizione della documentazione relativa alle posizioni da riscuotere.	M.1.2 Implementato. Controllo su tutte le richieste di ingiunzione e a campione solo sui ticket. M.1.3 Nota protocollata inviata. M.1.4 Gestionale non acquisito nel 2025. Nel 2026 implementazione di una gestione informatica unica per ticket e fatture.	M.1.4 Analisi funzionale per nuovo gestionale - 2026 M.1.5 Partecipazione e gruppo di lavoro per adozione nuovo regolamento recupero crediti M.1.6 Adozione regolemento recupero crediti
A.51	Gestione Sinistri e contenzioso	UFFICIO LEGALE	A.51.1	Gestione del contenzioso	Dalla ricezione dell'atto giudiziario introduttivo del giudizio o dal suo deposito/notifica ove parte attrice/ricorrente sia AOUPD al provvedimento conclusivo del giudizio, passato in giudicato, o accordo transattivo	Affari legali e contenzioso	basso	R1 Affidamento incarico ad un legale esterno	M.1.3 Aggiornamento regolamento con nuove linee guida da Azienda Zero sui patrocinatori.	M.1.3 Regolemnto adottato	
A.41	Gestione dei Contributi (FSR vincolato e indistinto, extra FSR e da privati esclusa la ricerca)	CONTABILITA' E BILANCIO	A.41.1	Gestione contributi in c/esercizio	Dalla registrazione del contributo all'incasso			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.42	Gestione della Tesoreria	CONTABILITA' E BILANCIO	A.42.2	Gestione Pagamenti	Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il tesoriere	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	basso	R.1 Effettuazione di pagamenti a beneficiari diversi dai creditori legittimi			M.1.3 Inserimento nel regolamento interno dei controlli su variazione coordinate bancarie - Tali controlli saranno richiesti in maniera manuale ma sistematica e/o in procedura con una stampa dedicata, che metta in evidenza tali variazioni . Si vedano anche i casi di Mail truffa on line PHISHING
A.42	Gestione della Tesoreria	CONTABILITA' E BILANCIO	A.42.4	Regolarizzazione entrate	Dall'acquisizione dei provvisori di entrata all'emissione della reversale, alla riconciliazione con il Tesoriere			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.40	Generazione e chiusura di bilancio	CONTABILITA' E BILANCIO		Generazione e chiusura di bilancio	Dall'elaborazione del calendario di bilancio, alla gestione delle scritture di assestamento, alla predisposizione della proposta di approvazione del bilancio			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.43	Gestione degli Adempimenti fiscali	CONTABILITA' E BILANCIO		Gestione degli Adempimenti fiscali	Dall' acquisizione dei dati, alla liquidazione e all'invio di eventuali dichiarazioni			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.45	Recupero non coattivo crediti	CONTABILITA' E BILANCIO	A.45.1 bis	Recupero non coattivo crediti (oltre l'anno)	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero non coattivo	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio basso	R.1 Mancato sollecito dei crediti scaduti	M.1.3 Redazione di un nuovo regolamento per lo stralcio dei crediti.	In fase di aggiornamento regolamento recupero crediti e procedura recupero crediti	M.1.3 Redazione del regolamento per lo stralcio dei crediti. M.1.4 Aggiornamento procedura Recupero credito M.1.5 Aggiornamento regolamento Recupero Crediti e regolamento stralcio crediti M1.6 Inserire nella procedura aziendale di Recupero Crediti le modalità per il recupero dei crediti commerciali. In particolare dalla scadenza del primo sollecito si prevede di inserire nelle nuove procedure quanto già avviene di fatto ossia di avvisare oltre alla UO Legale per predisporre il recupero coattivo, il DEC/RUP del contratto entro (tempo massimo da definire con il servizio) tramite lettera protocollata il mancato pagamento per attivare prontamente le misure tutelative contrattualmente previste.
A.48	Inventariazione beni mobili ed attrezzature sanitarie	CONTABILITA' E BILANCIO	A.48.2	Inventario fisico ciclico dei cespiti	Dalla programmazione dell'attività di verifica all'esecuzione del piano di lavoro e all'aggiornamento del libro inventari	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio		NUOVO RISCHIO R.1 Incompleto tracciamento del patrimonio aziendale			M.1 Aggiornamento procedura inventario fisico ciclico per quanto di propria competenza
A.48	Inventariazione beni mobili ed attrezzature sanitarie	CONTABILITA' E BILANCIO	A.48.1	Inventariazione beni mobili (escluso attrezzature sanitarie)	Dall'identificazione e codifica del bene, al relativo trattamento amministrativo contabile compresa l'alienazione e la dismissione	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio		Non soggetto a rischio corruttivo			
A.2	Predisposizione e aggiornamento del Piano investimenti	CONTROLLO DI GESTIONE	A.2.1	Predisposizione e aggiornamento del Piano investimenti	Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.14	Gestione dei flussi aziendali	CONTROLLO DI GESTIONE		Gestione dei flussi aziendali	Dall'acquisizione dei dati al loro invio			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.1	Ciclo delle Performance	CONTROLLO DI GESTIONE	A.1.1	Performance Aziendale/Organizzativa (Budgeting-Reporting)	Dalla stesura del documento di direttive e del piano delle performance alle valutazioni finali per centro di responsabilità	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	medio basso	R.1 Induzione ad omettere la rilevazione di dati o non controllo dell'aggiornamento dei dati e/o manipolazione dei dati			
A.46	Mobilità	CONTROLLO DI GESTIONE	A.46.1	Mobilità attiva	Dalla registrazione della prestazione/erogazione all'invio del flusso			Non soggetto a rischio corruttivo			

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 32 di 194

ID	PROCESSI	OWNER AOUP SUBPROCESSI	ID	SUBPROCESSI	LIMITI SUBPROCESSI	AREA DI RISCHIO (Allegato 1 PNA 2019)	Valutazione rischiosità del subprocesso	Evento rischioso	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio implementate nell'anno 2025 (triennio di programmazione 2025/2027)	Monitoraggio al 31/12/2025	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio che verranno implementate nel triennio di programmazione 2026/2028
A.45	Recupero del credito	DAO (nel subprocesso è coinvolta anche la CONTABILITA' E BILANCIO a seconda del tipo di credito e dell'anno di insorgenza e trova separata rappresentazione)	A.45.1	Recupero non coattivo crediti	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero non coattivo	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio basso	R1 mancato controllo sulle prestazioni erogate e non sollecitate e relative operazioni manuali R2 inefficacia della procedura di sollecito per difficoltà a reperire l'indirizzo o utenti senza fissa dimora	M1.3 Redazione di un nuovo regolamento per lo stralcio crediti e aggiornamento della procedura sulle rateizzazioni M1.4 controllo esito contestazioni/ mancate disdette a campione da parte del DEC M2 integrazione anagrafe ANPR	M.1.3 In corso di redazione M.1.4 Implementato	M1.3 Analisi fattibilità e redazione del regolamento per lo stralcio dei crediti per antieconomicità del recupero del credito M1.5 Aggiornamento della procedura recupero crediti M2 integrazione anagrafe ANPR
O.21	Prestazioni in regime di Libera Professione (LP)	DAO per la parte amministrativa	O.21.2	Attività specialistica in regime di LP	Dalla regolamentazione aziendale alla gestione di agende spazi e professionisti alla prenotazione della prestazione alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi	Attività libero-professionale	medio	R1 Errata liquidazione del compenso al professionista in regime di Libera Professione R2 Mancato rispetto dei vincoli massimi sul volume di attività in regime di Libera Professione rispetto ai volumi attività istituzionale (compresa la coerenza dell'attività del comparto con il tempo previsto per le singole prestazioni sanitarie).	M1.4 Integrazione gestionale WBS con procedura informatica dell'UOC Risorse Umane oppure implementazione di controlli compensativi a campione M2.2 Collaborazione con la DMO sui controlli dei volumi di prestazioni individuali in libera professione per la parte di propria competenza in base ai criteri stabiliti dall'OPV: evidenze dei controlli efftuati	M1.4 Controlli compensativi a campione per mancata integrazione gestionale M2.2 Criteri stabiliti dall'OPV per controllo volumi di prestazioni individuali in libera professione e sperimentazione criteri su prestazioni erogate nel 2024	M1.4 Integrazione gestionale WBS con procedura informatica dell'UOC Risorse Umane oppure implementazione dei controlli compensativi a campione. M2.2 Controlli eseguiti con nuovi criteri stabiliti dall'OPV: evdenze dei controlli effettuati
O.21	Prestazioni in regime di Libera Professione (LP)	DMO e UUOO SANITARIE per la parte sanitaria	O.21.2	Attività specialistica in regime di LP	Dalla regolamentazione aziendale alla gestione di agende spazi e professionisti alla prenotazione della prestazione alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi	Attività libero-professionale	medio	R.1 Mancato rispetto delle liste di attesa. Il rischio si presenta nella fase di prenotazione di una prestazione, rischio che viene meno in seguito ad un' adeguata programmazione dell'offerta- apertura e gestione delle agende	M.1.2 Collaborazione con la DAO sui controlli dei volumi di prestazioni individuali in libera professione per la parte di propria competenza in base ai criteri stabiliti dall'OPV: evidenze dei controlli efftuati.	M.1.2 Predisposisizone di un cruscotto di monitoraggio che consenta la puntuale verifica del rispetto i criteri stabiliti in termini di numerosità di prestazioni, tenendo conto anche delle ore medico dedicate all'attività operatoria.	M.1.3 Implementazione e verifica dei dati emersi dal cruscotto a supporto dell'attività dell'OPV
O.21	Prestazioni in regime di Libera Professione (LP)	DAO per la parte amministrativa	O.21.3	Attività di ricovero in regime di LP	Dalla definizione del preventivo alla programmazione del ricovero alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi	Attività libero-professionale	medio	R1 Errata liquidazione del compenso al professionista in regime di Libera Professione R2 Mancato rispetto dei vincoli massimi sul volume di attività in regime di Libera Professione rispetto ai volumi attività istituzionale .	M1.4 Integrazione gestionale OPERA con procedura informatica dell'UOC Risorse Umane oppure implementazione di controlli compensativi a campione M2 Collaborazione con la DMO sui controlli dei volumi di prestazioni individuali in libera professione per la parte di propria competenza in base ai criteri stabiliti dall'OPV: evidenze dei controlli efftuati	M1.4 Controlli compensativi a campione per mancata integrazione gestionale M2.2 Criteri stabiliti dall'OPV per controllo volumi di prestazioni individuali in libera professione e sperimentazione criteri su prestazioni erogate nel 2024	M1.4 Integrazione gestionale WBS con procedura informatica dell'UOC Risorse Umane oppure implementazione dei controlli compensativi a campione. M2.2 Controlli eseguiti con nuovi criteri stabiliti dall'OPV: evdenze dei controlli effettuati
O.21	Prestazioni in regime di Libera Professione (LP)	DMO e UUOO SANITARIE per la parte sanitaria	O.21.3	Attività di ricovero in regime di LP	Dalla definizione del preventivo alla programmazione del ricovero alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi	Attività libero-professionale	medio	R.1 Mancato rispetto liste d'attesa . Corsie preferenziali dei pazienti in libera professione ambulatoriale alle liste d'attesa per le prestazioni in regime di ricovero garantite dal SSN.	M.1.5 Collaborazione con la DAO sui controlli dei volumi di prestazioni individuali in libera professione per la parte di propria competenza in base ai criteri stabiliti dall'OPV: evidenze dei controlli efftuati. M.1.6 Informatizzazione liste d'attesa regionali.		La misura M.1.6 risulta realizzata. Da aprile 2025 le aziende sanitarie inviano alla regione flussi omogenei relativi ai ricoveri che permettono il monitoraggio e la gestione delle liste di attesa a livello regionale, consentendo di saturare la capacità produttiva a livello intraregionale. Trattasi di un flusso ideato ed implementato dalla "Cabina di Chirurgia" coordinata a livello regionale dall'Azienda Ospedale di Padova. Internamente all'azienda è stato messo a disposizione dei referenti delle liste di attesa una estrazione qlik (prot. 29742/2025) che permette l'aggiornamento quotidiano delle liste di attesa con notevoli benefici in termini di monitoraggio e gestione.
O.	Prestazioni in regime di Libera Professione (LP)	DAO per la parte amministrativa DMO e UUOO SANITARIE per la parte sanitaria	O.21.4	Consulenze/vendita di prestazioni esterne in regime di LP	Dalla pianificazione della consulenza/prestazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi	Rapporti con soggetti erogatori	basso	Non soggetto a rischio corruttivo			
A.42	Gestione della Tesoreria	DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE (DAO)	A.42.1	Gestione Fondo Economale	Dalla richiesta di contanti o di acquisto alla rendicontazione	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	basso	R1 Sottrazione di denaro			
A.42	Gestione della Tesoreria	DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE (DAO)	A.42.3	Gestione delle casse aziendali	Dalla verifica della prenotazione o richiesta di incasso, all'emissione del documento, alla registrazione dell'incasso e verifica delle quadrature	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio basso	R1 omessi controlli del responsabile di cassa	M1.2 Implementazione masterplan dei controlli	M1.2 Implementazione masterplan dei controlli	M1.2 Implementazione masterplan dei controlli
O.	Prestazioni in regime di Libera Professione (LP)	DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA (DMO)	O.21.1	Acquisto di prestazioni di LP di azienda (art. 55)	Dalla predisposizione del fabbisogno alla gestione delle acquisizioni, alla liquidazione del compenso	Attività libero-professionale	basso	R.1 Pagamenti non dovuti per attività non svolta			
O.	Specialistica ambulatoriale per esterni	DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA (DMO)-CUP MANAGER	O.1.1	Gestione dell'offerta di prestazione (CUP)	Dalla programmazione dell' offerta, all' apertura e gestione delle agende, alla registrazione delle prenotazioni SSN	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	medio basso	R.1 Mancato rispetto liste d'attesa			
O.2	Prestazioni di pronto soccorso	PRONTO SOCCORSO		Prestazioni di pronto soccorso	Dall'accettazione del paziente alla registrazione della prestazione e al rilascio del referto			Non soggetto a rischio corruttivo			
O.4	Preparazione e custodia salme	DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA (DMO)		Preparazione e custodia salme	Dalla presa in carico della salma, al trattamento, al rilascio all'IOF, alla rendicontazione dell'attività ai fini della fatturazione	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.	medio basso	R.1 La possibilità di comunicare un decesso preventivamente ad una impresa, rispetto ai familiari; R.2 La segnalazione ai parenti , da parte del personale delle Camere Mortuarie e/o dei Reparti, di una specifica impresa di Onoranze funebri; R.3 Induzione o accettazione di regali e/o compensi per lo svolgimento di attività che invece sono attinenti alle funzioni istituzionali come ad es. la vestizione della salma	M (misura trasversale a tutti e tre i rischi) Consegna ai dipendenti neoassunti al Servizio Funebre Ospedaliero del regolamento aziendale sui decessi ospedalieri da fare sottoscrivere per accettazione. M (misura trasversale a tutti e tre i rischi) Comunicare ai reparti ,tramite una nota formale, di consegnare la carta di accoglienza ai familiari dei pazienti.	M Misure implementate.	M.4 Informatizzazione del processo dipreparazione e custodia salme.

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 133 di 194

ID	PROCESSI	OWNER AOUP SUBPROCESSI	ID	SUBPROCESSI	LIMITI SUBPROCESSI	AREA DI RISCHIO (Allegato 1 PNA 2019)	Valutazione rischiosità del subprocesso	Evento rischioso	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio implementate nell'anno 2025 (triennio di programmazione 2025/2027)	Monitoraggio al 31/12/2025	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio che verranno implementate nel triennio di programmazione 2026/2028
A.23	Gestione della logistica di magazzino	UUOO CHE EFFETTUANO L'ATTIVITA' SANITARIA	A.23.3	Gestione dei magazzini di reparto owner farmacia	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce in entrata , allo stoccaggio al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio basso	R.1 Appropriazione indebita	M.1.3 Informatizzazione di tutti i magazzini di reparto	M.1.3 L' Informatizzazione dei magazzini di reparto risulta in corso M.1.4 Analisi del processo valorizzazione e consolidamento dei magazzini e proposte migliorative (inserita e realizzata nel 2025) *Misura non programmata nello scorso PIAO ma introdotta nel 2025*. M.1.5 Doppia validazione UOS Gestione beni sanitari per le richieste di dispotivi (alcune tipologie) medici da reparto (inserita e realizzata nel 2025) *Misura non programmata nello scorso PIAO ma introdotta nel 2025.* M.1.6 Passaggio da gestione transito a gestione magazzino centrale di alcuni DM (inserita e realizzata nel 2025) *Misura non programmata nello scorso PIAO ma introdotta nel 2025.* M.1.7 Validazione ordini in transito di disositivi medici selezionati (inserita e realizzata nel 2025) *Misura non programmata nello scorso PIAO ma introdotta nel 2025.*	M.1.3 Informatizzazione di tutti i magazzini di reparto M.1.7 Procedura valorizzazione e consolidamento dei magazzini
O.3	Prestazioni di ricovero in SSN	UUOO SANITARIE		Prestazioni di ricovero in SSN	Dall'apertura del ricovero all'invio del flusso della SDO, alla generazione del flusso per l'addebito in mobilità attiva per ricoveri a favore di utenti fuori ulss o alla richiesta di fatturazione diretta a paganti in proprio			Non soggetto a rischio corruttivo			
O.1	Specialistica ambulatoriale per esterni	UUOOSANITARIE	O.1.2	Erogazione della prestazione specialistiche	Dall'acquisizione delle prenotazione, al controllo dell'avvenuto pagamento,all'esecuzione e alla registrazione della prestazione, al rilascio del referto	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		Non soggetto a rischio corruttivo			
A.23	Gestione della logistica di magazzino	FARMACIA	A.23.1	Gestione del magazzino farmaceutico di materiale sanitario (farmaci e dispositivi medici)	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce in entrata , allo stoccaggio e conservazione, al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	Contratti pubblici	medio basso	R.1 Accordo collusivo fornitore (accettazione merce difforme) R.2 Materiale parzialmente stoccato ed appropriazione indebita, scarico materiale senza richiesta, rettifiche inventariali, mancata/incompleta consegna.	M1.1 Completa informatizzazione dei DDT trasmessi dal fornitore; presenza di lettori ottici in fase di accettazione merci che rilevino le esatte quantità consegnate;	M 1.2 Analisi del processo valorizzazione e consolidamento dei magazzini e proposte migliorative. *Misura non programmata nello scorso PIAO ma introdotta nel 2025*. M.1.1 La misura viene posticipata al triennio 2026/2028 coerentemente con l'andamento dell'informatizzazione dell'intera gestione logistica.	M1.1 Completa informatizzazione dei DDT trasmessi dal fornitore; presenza di lettori ottici in fase di accettazione merci che rilevino le esatte quantità consegnate; M (trasversale ad ambo i rischi) Implementazione del Masterplan dei controlli M.1.3 Procedura valorizzazione e consolidamento dei magazzini
A.3	Predisposizione e aggiornamento del Piano dei fabbisogni formativi	FORMAZIONE		Predisposizione e aggiornamento del Piano dei fabbisogni formativi	Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.32	Gestione risorse umane	FORMAZIONE	A.32.1	Formazione interna	Dalla rilevazione del fabbisogno, alla predisposizione del piano formativo e organizzazione dei corsi alla liquidazione dei compensi ai formatori	Contratti pubblici	medio basso	R.1 Favorire un soggetto rispetto ad un altro	M.1.3 Adozione software informatico regionale	M.1.3. E' prevista una prima fase di implementazione con attività principalmente di data entry nel mese di novembre 2025.	M.1.3. Personalizzazioni del gestionale con la softwarehouse. M.1.4 Avvio di bandi per individuazione di docenti interni su aree di contenuto specifico
A.32	Gestione risorse umane	FORMAZIONE	A.32.2	Formazione esterna	Dalla richiesta di partecipazione alla formazione esterna alla liquidazione delle spese	Contratti pubblici		Non soggetto a rischio corruttivo			
A.32	Gestione risorse umane	FORMAZIONE	A.32.2.1	Formazione esterna - sponsorizzazione	Dalla richiesta di partecipazione alla formazione esterna alla liquidazione delle spese	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	medio basso	R.1 Sponsorizzazione ripetuta di una stessa casa farmaceutica per il medesimo soggetto	M.1.2 Aggiornamento del regolamento per le sponsorizzazioni entro il 2025	M.1.2 Fase istruttoria in stato avanzato ma regolamento non ancora adottato M.1.3 Controllo a campione condiviso con il provveditorato effettuato per l'anno 2024 sui dirigenti sanitari che hanno partecipato alla formazione sponsorizzata dalle case farmaceutiche e che risultano componeneti di commissioni giudicatrici : evidenze dei controlli. *Misura non programmata nello scorso PIAO ma introdotta nel 2025.*	M.1.2 Adozione prevista nel 2026. M.1.3. Controllo sui beneficiari di più giornate formative
A.3	Predisposizione e aggiornamento del Piano del fabbisogno delle risorse umane	GESTIONE RISORSE UMANE		Predisposizione e aggiornamento del Piano del fabbisogno delle risorse umane	Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.31	Gestione risorse umane	GESTIONE RISORSE UMANE	A.31.1	Acquisizione risorse umane dipendenti e non dipendenti di competenza aziendale (*)	Dalla definizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione, all'espletamento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della graduatoria (*) Si intende escluso il personale universitario in convenzione previsto, invece nel punto A.31.6	Acquisizione e gestione del personale	medio basso	R.1 Composizione delle commissioni non conforme alle disposizioni di legge / regolamentari e potenziale incompatibilità dei commissari rispetto ai candidati R.2 Controlli sul possesso dei requisiti: assunzione di candidati con dichiarazioni mendaci su possesso dei requisiti / condizioni ostative			M trasversale. Chiedere implementazione a GPI di un campo per inserire il controllo

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 134 di 194

ID	PROCESSI	OWNER AOUP SUBPROCESSI	ID	SUBPROCESSI	LIMITI SUBPROCESSI	AREA DI RISCHIO (Allegato 1 PNA 2019)	Valutazione rischiosità del subprocesso	Evento rischioso	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio implementate nel l'anno 2025 (triennio di programmazione 2025/2027)	Monitoraggio al 31/12/2025	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio che verranno implementate nel triennio di programmazione 2026/2028
A.31	Gestione risorse umane	GESTIONE RISORSE UMANE	A.31.2	Gestione giuridica (*)	Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro	Acquisizione e gestione del personale	medio basso	R.1 Progressione di carriera: inosservanza delle norme a garanzia della trasparenza e dell'imparzialita della selezione per l'attribuzione di incarichi (dirigenziali e di funzione) R.2 Progressione di carriera: formulazione dei requisiti di partecipazione dei candidati in modo personalizzato, tali da favorire alcuni candidati (per incarichi dirigenziali e di funzione) R.3 Inserimento matricola fittizia o modifica codice IBAN di matricola esistente senza consenso dell'interessato	M.3.2 Attività di verifica delle matricole inserite nella banca dati rispetto alla coerenza delle procedure di assunzione realizzate con cadenza mensile (evidenza dei controlli nel registro dei controlli).	M.3.2 Check list relativa ai controlli implementata	
A.31	Gestione risorse umane	GESTIONE RISORSE UMANE	A.31.3	Gestione orario di lavoro (*)	Dalla definizione del profilo orario alla gestione delle presenze assenze alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni.	Acquisizione e gestione del personale	basso	R.1 Caricamento a sistema di ore di lavoro straordinario non dovute o non autorizzate R.2 Costruzione di turni e assegnazione non conforme al personale	M.1.2 Adozione procedura entro anno 2025. Controllo certificato a campione a cadenza quadrimestrale per internal audit. M.2.2 Revisione attività di controllo	M.1.2 Procedura adottata M.2.2 In sede di verifica voci variabili viene verificata la stampa "profili orari non conformi" per verificare eventuali anomalie tra l'orario timbrato e l'orario previsto da turno	
A.31	Gestione risorse umane	GESTIONE RISORSE UMANE	A.31.6	Gestione delle attività relative al personale universitario in convenzione	Dalla tenuta delle relazioni con i soggetti competenti dell'Università alla gestione del convenzionamento, dall'inserimento alle presenze assenze, alla liquidazione delle voci economiche di competenza AOUP	Acquisizione e gestione del personale	medio basso	R.1 Rispetto della normativa nazionale in materia di riposo settimanale per il personale universitario	M.1.2 Adozione procedura entro anno 2025 per definire modalità di controllo interno	M.1.1 Sono in corso di definizione con ufficio SSR dell'ateneo le modalità di invio quadrimestrale e di eventuale gestione successiva dei dati relativi al mancato riposo estratti da procedura HR secondo le informazioni mensilmente fornite dall'ateneo.	M.1.2 Adozione procedura entro anno 2026.
A.31	Gestione risorse umane	GESTIONE RISORSE UMANE	A.31.4	Gestione economica e fiscale (*)	Dall'inquadramento economico, gestione dei fondi contrattuali, all'elaborazione dei cedolini mensili, alla rendicontazione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	Acquisizione e gestione del personale	medio basso	R.1 Imputazione emolumenti non corretti o non dovuti R.2 Imputazione emolumenti legati all'attività di libera professione ambulatoriale e di ricovero non corretti e non dovuti	M.1.2 Adozione procedura entro anno 2025 / 2026. Controllo quadrimestrale a campione certificato per audit. Rotazione mensile dei controlli tra gli operatori dell'ufficio (mappare gli operatori di controllo) M.2.2 Adozione procedura entro anno 2025. Controllo quadrimestrale a campione dell'emolumento erogato e l'incasso (in collaborazione con la LP).	M.1.2 Rotazione del personale in atto, con mappatura mensile di "chi registra" e "chi controlla" segnati in un file excel dedicato; presenza di format excel impostati per i controlli che vengono utilizzati ogni mese per ogni elaborazione cedolini. Istruzione operativa implementata. M.2.2. Rotazione del personale in atto, con mappatura mensile di "chi registra" e "chi controlla" segnati in un file excel dedicato. Mail a UOS LP con rendicontazione del pagato mensile verificato rispetto a richiesta liquidazione e motivato eventuale scostamento, effettuato da un terzo operatore non competente del caricamento / controllo degli emolumenti erogati. Istruzione operativa implementata.	M.2.2 Controllo quadrimestrale a campione dell'emolumento erogato e l'incasso da implementare in accordo con Ufficio Libera Professione.
A.31	Gestione risorse umane	GESTIONE RISORSE UMANE	A.31.5	Gestione previdenziale (*)	Dalla gestione mensile dei versamenti contributivi alla gestione individuale del dipendente, il quale maturi i requisiti per la cessazione e il trattamento di quiescienza	Acquisizione e gestione del personale	medio basso	R.1 Imputazione periodi di servizio e retribuzioni non corrette che possono incidere sulla determinazione del diritto e sull'importo della pensione e della liquidazione	M.1.2 Adozione procedura entro anno 2026		M.1.2 Adozione procedura entro anno 2026
A.31	Gestione risorse umane	GESTIONE RISORSE UMANE	A.31.7	Gestione delle Relazioni Sindacali	Dalla gestione completa delle attività sottese alle prerogative sindacali previste nelle diverse aree contrattuali (informativa, confronto, contrattazione) alla gestione dell'intero processo di formalizzazione di tutte le tipologie di intese sottoscritte con le OO.SS.	Acquisizione e gestione del personale	medio basso	R.1 Possono essere caricati a sistema informatico compensi non dovuti R.2 Utilizzo improprio delle risorse dei fondi contrattuali - applicazione di accordi integrativi aziendali con alterazione dei criteri definiti	M.1.2 Adozione procedura entro anno 2025 M.1.3 Controllo quadrimestrale a campione della quota erogata da parte di altro operatore	M.1.3 Ulteriore controllo della quota liquidata in fase successiva alla chiusura stipendi, controllo che il liquidato (scaricato da HR) corrisponda con l'importo inviato all'uff. stipendi (più operatori coinvolti). Implementazione check list.	M.1.2 Adozione procedura entro anno 2026
A.26	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio Information and Clinical Technology -ICT-	SISTEMI INFORMATIVI	A.26.1	Acquisizione, sviluppo, dismissione e alienazione del patrimonio informatico area ICT (Information and Clinical Technology)	Dall'acquisizione del fabbisogno alle procedure di acquisizione, manutenzione ed alienazione e dismissione	Contratti pubblici	medio basso	R1 Improprio utilizzo dell'affidanemnto diretto al fine di favorire un operatore economico; artificioso frazionamento	M.1.2 Adozione procedura acquisti sottosoglia art. 50 Dlgs 36/2023 M.1.3 adozione procedura acquisizione conflitto di interessi	M.1.2 Adottata con delibera del Direttore Generale n. 2615 del 24/12/2025 M.1.3 Adottata	
A.26	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio Information and Clinical Technology -ICT-	SISTEMI INFORMATIVI	A.26.2	Gestione del patrimonio informatico area ICT (Information and Clinical Technology)	Dalla definizione del fabbisogno, all'acquisizione del contratto, alla verifica della corretta gestione, alla liquidazione delle spese	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio basso	R1 Mancata esecuzione dei controlli R2 Non corretta attribuzione/chiusura dei profili di autorizzazione R3 NUOVO RISCHIO Discrezionalità nello svolgimento delle attività del processo nella gestione del ciclo di vita delle applicazioni	M1.2 Implementazione masterplan dei controlli M.3.2. Amministratore di sistema - aggiornamento periodico dell'elenco degli amministratori di sistema aziendali designati e dei relativi ambiti - Idoneo sistema di controllo che consenta la registrazione degli accessi logici degli A.S. - Attività di auditing annuale da parte del titolare o del Responsabile di Trattamentodelle attività svolte dagli AdS (dipendenti e fornitori terzi) e Relazione annuale sull'attività svolta dagli Amministratori di Sistema, come previsto nel regolamento aziendale adottato con Delibera del Direttore Generale n. 703 del 15/04/2024. Trasmissione puntuale da parte dei fornitori terzi della lista degli amministratori di sistema esterni .	M1.2 Implementato	M1.2 Implementazione masterplan dei controlli contratto GPI M1.3 Nomina assistente al DEC (Provveditorato/Contabilità) per verifica (anche a campione) della regolarità dell'esecuzione del servizio contratto GPI
A.48	Inventariazione beni mobili ed attrezzature sanitarie	SISTEMI INFORMATIVI	A.48.2	Inventario fisico ciclico dei cespiti	Dalla programmazione dell'attività di verica all'esecuzione del piano di lavoro e all'aggiornamento del libro inventari	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio basso	R1 NUOVO RISCHIO Incompleto tracciamento del patrimonio aziendale	M.1.1 Implementazion di un CMDB (Configuration Management Data Base) al fine di poter monitorare nel dettaligo tutti gli asset e il loro ciclo di vita	M.1.1 Acquisita piattafoma CMDB la cui implemtazione è prevista nel corso del 2026	M 1.1 Implementazione piattafoma CMDB nel coraso del 2026 M.1.2 Analisi sulla logistica interna dei beni IT - Relazione su analisi svolta e proposta organizzativa M 1.3 Ricognizione cespite informatico in caso di spostamento UO - Proceduralizzare la compilazione del modulo per CB indicando le U.O. di provenienza e destinataria al ricevimento di IT della richiesta da parte della UO richiedente. M 1.4 Rottamazione cespite informatico - proceduralizzare che il cespite permanga in area dedicata in attesa di valutazione da parte di IT per la conseguente gestione (rottamazione / recupero /...) M 1.5 Variazioni inventario di magazzino - segregazione dei compiti tra chi alimenta il dato e chi esegue la modifica o attivazione di controlli compensativi M 1.6 Aggiornamento procedura aziendale inventario fisico ciclico delle immobilizzazioni per quanto di propria competenza.

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 135 di 194

ID	PROCESSI	OWNER AOUP SUBPROCESSI	ID	SUBPROCESSI	LIMITI SUBPROCESSI	AREA DI RISCHIO (Allegato 1 PNA 2019)	Valutazione rischiosità del subprocesso	Evento rischioso	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio implementate nel l'anno 2025 (triennio di programmazione 2025/2027)	Monitoraggio al 31/12/2025	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio che verranno implementate nel triennio di programmazione 2026/2028
A.27	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio HT (Health Technology - apparecchiature elettromedicali)	INGEGNERIA CLINICA	A.27.1	Acquisizione, sviluppo, dismissione e alienazione delle attrezzature sanitarie-patrimonio area HT (Helth Technology)	Dalla definizione del fabbisogno, all'acquisizione del contratto e relativa gestione, alla liquidazione delle spese	Contratti pubblici	basso	R.1 Affidamento diretto discrezionale (ricorrenza dello stesso fornitore).	M.1.3 Adozione procedura acquisti sottosoglia art. 50 Dlgs 36/2023	Adottato con Delibera del Direttore Generale n. 2615 del 24/12/2025	
A.27	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio HT (Health Technology - apparecchiature elettromedicali)	INGEGNERIA CLINICA	A.27.2	Gestione delle attrezzature sanitarie - patrimonio area HT (Helth Technology)	Dall'acquisizione del contratto alla verifica della corretta esecuzione degli stati di avanzamento, alla liquidazione delle spese	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	basso	R.1 Mancata esecuzione dei controlli	M.1.2 Implementazione del MasterPlan dei controlli	Implementato	M.1.2 Implementazione del MasterPlan dei controlli
A.48	Inventariazione beni mobili ed attrezzature sanitarie	INGEGNERIA CLINICA	A.48.1 bis	Inventariazione attrezzature sanitarie	Dall'identificazione e codifica del bene, al relativo trattamento amministrativo contabile compresa l'alienazione e la dismissione	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	basso	R.1 NUOVO RISCHIO Incompleto tracciamento del patrimonio aziendale	M.1.1 Ricognizione attrezzature sanitarie da parte fornitore global servce in sede di avvio del contratto	M.1.1 Realizzato	M.1.2 Allineamento rilevazione inventariale conclusa al 31/12/2025 con libro cespiti aziendale M.1.3 Variazioni inventario di magazzino - segregazione/controlli compensativi tra chi alimenta il dato e chi esegue la modifica o attivazione di controlli compensativi . M.1.4 Aggiornamento procedura aziendale inventario fisico ciclo immobilizzazioni
A.7	Predisposizione e aggiornamento del Piano di Internal Audit	INTERNAL AUDIT		Predisposizione e aggiornamento del Piano di Internal Audit	Dalla analisi dei rischi (Risk Assessment) e delle richieste interne/esterne all'approvazione del piano di audit da svolgere			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.15	Monitoraggio e miglioramento del Sistema di controllo interno tramite l'attuazione del piano di audit	INTERNAL AUDIT	A.15.1	Risk Assessment	Dalla valutazione dei rischi alla predisposizione del piano di audit			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.15	Monitoraggio e miglioramento del Sistema di controllo interno tramite l'attuazione del piano di audit	INTERNAL AUDIT	A.15.2	Processo di Audit	Dalla pianificazione dell'audit alla elaborazione dell'audit-report finale			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.41	Gestione dei Contributi (FSR vincolato e indistinto, extra FSR e da privati esclusa la ricerca)	PROGETTI E RICERCA CLINICA	A.41.2	Gestione contributi vincolati	Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione			Non soggetto a rischio corruttivo			
O.11	Gestione delle ricerche sanitarie	PROGETTI E RICERCA CLINICA	O.11.1	Gestione delle sperimentazioni e ricerche cliniche (profit e no profit)	Dall'avvio della sperimentazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi , alla rendicontazione e chiusura della stessa	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	medio basso	R.1 Processo di acquisizione delle risorse umane e delle tecnologie sanitarie condotto per favorire un predeterminato soggetto. R.2 Errata dichiarazione da parte del PI in merito alle prestazioni aggiuntive di ricerca da effettuarsi esclusivamente ai fini dello studio e non da normale pratica clinica (a carico SSN) R.3 Errata dichiarazione delle ore aggiuntive di ricerca nel sistema gestionale R.4 Conflitto di interessi tra il PI ed il promotore privato della ricerca	M.2.2 Implementazione procedura informatica	M.2.2 Al fine di consentire un controllo più puntuale sulla corretta imputazione dei costi direttamente sostenuti dall'Azienda nell'esecuzione di sperimentazioni cliniche, e in particolare per verificare la registrazione con regime "solvente" delle prestazoni non routinarie previste dai protocolli di studio, è stata definita la creazione per ogni studio clinico autorizzato di una nuova codifica cliente nelle procedure SCI e SGP, direttamente collegata all'anagrafica del promotore. La registrazione delle prestazioni non routinarie dovrà essere quindi effettuata dagli operatori utilizzando la codifica creata a sistema dall'UOSD Progetti e Ricerca Clinica e comunicata al responsabile scientifico della sperimentazione alla sottoscrizione del contratto con il promotore. A procedura SCI sarà quindi possibile visualizzare la registrazione delle prestazioni, e incrociarla con i dati trasmessi dai monitor del promotore con la richiesta di emissione fattura.	M.2.3 Consolidamento metodologico nuovo sistema di condifica clienti e monitoraggio andamento crediti. M trasversale_Adozione Regolamento aziendale sperimentazioni
O.11	Gestione delle ricerche sanitarie	PROGETTI E RICERCA CLINICA	O.11.2	Gestione delle ricerche sanitarie finalizzate e progetti di ricerca (escluso le ricerche cliniche)	Dall'avvio della sperimentazione alla richiesta di fatturazione e liquidazione dei compensi , alla rendicontazione e chiusura della stessa	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	medio basso	R.1 Processo di acquisizione delle risorse umane e delle tecnologie sanitarie condotto per favorire un predeterminato soggetto.			
A.22	Gestione del contratto di acquisizione di beni e servizi	Priciplamente Provveditorato Economato sempre il Direttore Esecutivo del Contratto (DEC)	A.22.1	Gestione del contratto di acquisizione di beni sanitari e non sanitari	Dall'acquisizione del contratto (compresa la gestione del contratto di comodato d'uso e conto visione), alla gestione della fase di esecuzione del contratto al controllo dello stesso e alla liquidazione della spesa	Contratti pubblici	medio basso	R.1 Mancata esecuzione dei controlli			
A.22	Gestione del contratto di acquisizione di beni e servizi	Priciplamente Provveditorato Economato sempre il Direttore Esecutivo del Contratto (DEC)	A.22.2	Gestione del contratto di servizi esternalizzati sanitari e non sanitari	Dall'acquisizione del contratto, alla gestione della fase di esecuzione del contratto al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	Contratti pubblici	basso	R.1 Mancata esecuzione dei controlli	M.1.2 Adozione per i nuovi affidamenti del master plan dei controlli ed estensione ai contratti già in essere.	M.1.2 Implementato per i contratti in essere. Estensione ai nuovi affidamenti a partire dal 2026	M.1.3 Per contratti soprasoglia aggiudicati nel 2026 verrà trasmesso al DEC insieme al contratto anche il Masterplan dei controlli che dovrà essere implementato e inviato al RUP con una relazione accompagnatoria entro 6 mesi dal verbale di avvio del servizo. Il Masterplan dovrà poi essere implementato per tutta la durata del contratto con invio semestrale al RUP di una relazione di aggiornmento sullo stato dei controlli.

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 136 di 194

ID	PROCESSI	OWNER AOUP SUBPROCESSI	ID	SUBPROCESSI	LIMITI SUBPROCESSI	AREA DI RISCHIO (Allegato 1 PNA 2019)	Valutazione rischiosità del subprocesso	Evento rischioso	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio implementate nell'anno 2025 (triennio di programmazione 2025/2027)	Monitoraggio al 31/12/2025	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio che verranno implementate nel triennio di programmazione 2026/2028
A.5	Predisposizione e aggiornamento del piano di programmazione degli	PROVVEDITORATO ECONOMATO		Predisposizione e aggiornamento del piano di programmazione degli acquisti di beni e servizi	Dall'acquisizione delle previsioni/ richieste interne ed esterne alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.21	Acquisizione di beni (di consumo e durevoli) e servizi	PROVVEDITORATO ECONOMATO	A.21.1	Stesura del capitolato.	Dalla programmazione e previsione di attività da svolgere, all'identificazione quali-quantitativa dei fabbisogni di beni e servizi per il periodo di riferimento	Contratti pubblici	medio basso	R.1 Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, mediante l'indicazione implicita di un prodotto per favorire determinati operatori economici. Il rischio corruttivo è afferente anche a tutte le UUOO del subprocesso.	M.1.4 Informatizzazione del processo di richiesta acquisizione beni	M.1.4 Effettuata indagine di mercato	M.1.4 Informatizzazione del processo di richiesta acquisizione beni
A.21	Acquisizione di beni (di consumo e durevoli) e servizi	PROVVEDITORATO ECONOMATO	A.21.3	Gestione delle procedure aziendali di acquisto di beni e servizi sotto soglia	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	Contratti pubblici	medio	R.1 Improprio utilizzo dell'affidanemnto diretto al fine di favorire un operatore economico; artificioso frazionamento.			
A.21	Acquisizione di beni (di consumo e durevoli) e servizi	PROVVEDITORATO ECONOMATO	A.21.4	Gestione delle procedure aziendali di acquisto di beni e servizi sopra soglia	Dall'avvio della procedura di gara all'aggiudicazione e stipula del contratto	Contratti pubblici	medio basso	R.1 Ipotesi di incompatibilità e conflitto di interesse per i commissari della commissione di gara.	M.1.3 Controlli a campione su dichiarazione conflitto di interessi in collaborazione anche con l'UOS Formazione	M.1.3 Implementata	M.1.3 Controlli a campione semestrali su dichiarazione conflitto di interessi in collaborazione anche con l'UOS Formazione in riferimento alla formazione sponsorizzata.
A.21	Acquisizione di beni (di consumo e durevoli) e servizi	PROVVEDITORATO ECONOMATO	A.21.5	Acquisizione mediante adesione a gara di acquisto centralizzata regionale di beni e servizi	Dall'invio del fabbisogno, al recepimento dell'aggiudicazione, alla stipula del contratto			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.21	Acquisizione di beni (di consumo e durevoli) e servizi	PROVVEDITORATO ECONOMATO	A.21.6	Acquisizione mediante adesione a gara CONSIP (accordo quadro) di acquisto di di beni e servizi	Dall'accordo CONSIP all'adesione all'accordo quadro e stipula del contratto			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.23	Gestione della logistica di magazzino	PROVVEDITORATO ECONOMATO	A.23.2	Gestione del magazzino economale di materiale non sanitario	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce in entrata , allo stoccaggio e conservazione, al carico e alla gestione della distribuzione fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio basso	R.1 accordo collusivo con il fornitore (accettazione merce difforme) R.2 materiale parzialmente stoccato ed appropriazinoe indebita, scarico manuale senza richiesta, mancata e incompleta consegna.	M (trasversale ad ambo i rischi) Implementazione del masterplan dei controlli	M Implementata	M.2 Procedura consolidamento valorizzazione rimanenze
A.1	Predisposizione e aggiornamento del Piano Prevenzione alla Corruzione e Gestione Trasparenza	RPCT (Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza)		Predisposizione e aggiornamento del Piano Prevenzione alla Corruzione e Gestione Trasparenza	Dall'analisi del rischio corruttivo e degli adempimenti sulla trasparenza alla pianificazione delle attività da svolgere			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.16	Monitoraggio attuazione Piano Anticorruzione e Trasparenza	RPCT (Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza)		Monitoraggio attuazione Piano Anticorruzione e Trasparenza	Dal piano Anticorruzione e Trasparenza approvato alle azioni/relazioni di monitoraggio previste						
A.25	Predisposzione e aggiornamento del piano dei lavori (edilizia e impianti)	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI		Predisposzione e aggiornamento del piano dei lavori (edilizia e impianti)	Dall'acquisizione delle previsioni alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento			Non soggetto a rischio corruttivo			
A.25	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (Information and Clinical Technology -ICT- escluso)	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	A.25.1	Stesura del capitolato.	Programmazione e definizione delle attività da svolgere. Identificazione quali-quantitativa dei fabbisogni e delle prestazioni.	Contratti pubblici	medio basso	R.1 Favorire impropriamente alcuni operatori economici tramite la redazione del capitolato ad hoc (es. requisiti di accesso, parametri economici sproporzionati o non adeguati rispetto all'appalto da affidare).			
A.25	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (Information and Clinical Technology -ICT- escluso)	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	A.25.2	Gestione delle procedure aziendali di servizi e lavori sottosoglia	Procedura di gara fino all'aggiudicazione e stipula del contratto.	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio	R.1 Affidamento del contratto sottosoglia al medesimo soggetto violando il principio di rotazione.	M.1.3 Aggiornamento del regolamento per l'affidamento di lavori sottosoglia ai sensi dlgs 36/2023.	M.1.3. Adottato con delibera del Direttore Generale n. 2615 del 24/12/2025	
A.25	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (Information and Clinical Technology -ICT- escluso)	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	A.25.3	Gestione delle procedure aziendali di servizi e lavori soprasoglia	Procedura di gara fino all'aggiudicazione e stipula del contratto.	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	basso	R.1 Mancata/inadeguata verifica degli indici di anomalia nell'affidamento del contratto soprasoglia	M.1.2 Aggiornamento Regolamento aziendale per la nomina delle Commissioni giudicarici ai sensi del d.lgs.36/2023	M.1.2 Regolamento adottato con delibera del Direttore Generale n. 2600 del 17/12/2025	
A.25	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (Information and Clinical Technology -ICT- escluso)	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	A.25.4	Gestione del contratto di servizi e lavori	Gestione della fase di esecuzione del contratto, dei subappalti, modifiche contrattuali, controlli e liquidazione della spesa.	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio	R.1 Mancata esecuzione dei controlli in merito alla gestione del contratto, sia per quanto riguarda l'operatore aggiudicatario, sia per i soggetti preposti a tale controllo (DL per lavori).	M.1.2 Implementazione del MasterPlan controlli	M.1.2 MasterPlan implementato	M.1.2 Implementazione del MasterPlan controlli
A.25	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (Information and Clinical Technology -ICT- escluso)	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	A.25.5	Gestione del patrimonio immobiliare e impiantistico	Acquisizione dell'immobile, eventuale alienazione, eventuali locazioni attive e passive	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	medio	R.1 Sostenere canoni di affitto superiori o comunque non aggiornati ai reali valori di mercato.			

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 137 di 194

ID	PROCESSI	OWNER AOUP SUBPROCESSI	ID	SUBPROCESSI	LIMITI SUBPROCESSI	AREA DI RISCHIO (Allegato 1 PNA 2019)	Valutazione rischiosità del subprocesso	Evento rischioso	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio implementate nell'anno 2025 (triennio di programmazione 2025/2027)	Monitoraggio al 31/12/2025	Misura di contenimento Misure di trattamento del rischio che verranno implementate nel triennio di programmazione 2026/2028
A.25	Acquisizione, Sviluppo, Gestione, dismissione e alienazione del Patrimonio immobiliare e impiantistico (Information and Clinical Technology -ICT- escluso)	DIREZIONE TECNICA NUOVO POLO OSPEDALIERO	A.25.6	Gestione e monitoraggio della realizzazione del nuovo polo ospedaliero su due presidi ospedalieri.	Dalla progettazione al collaudo del nuovo presidio ospedaliero	Contratti pubblici	basso	R.1 Nomina della commissione giudicatrice nelle procedure di gara finalizzate alla progettazione: ipotesi di incompatibilità, inconferibilità e conflitto di interesse per i commissari. R.2 Acquisizione di servizi, forniture e lavori finalizzate al mantenimento dell'area e allo sviluppo progettuale dell'intervento: rischio di affidamenti diretti e procedure negoziate in difformità rispetto al Codice dei Contratti e al Regolamento aziendale.	M.1 Aggiornamento del regolamento per la nomina delle commissioni giudicatrici ai sensi del DLgs 36/2023	M.1 Adottato con delibera del Direttore Generale n. 2600 del 17/12/2025	
A.26	Prevenzione e protezione rischi in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro	SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE		Prevenzione e protezione rischi in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro	Dalla valutazione dei rischi, alla individuazione delle attività di contenimento degli stessi compresa la formazione, al monitoraggio e riesame del sistema			Non soggetto a rischio corruttivo			

Nota 1 Come misura trasversale da implementare si segnala per tutte le UUOO la verifica annuale delle utenze informatiche cessate con conseguente aggironamento dei profili.
Nota 2 La presente mappatura è complementare all' applicazione misure specifiche e generiche previste dal PIAO.

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 138 di 194

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (*link* alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Aggiornamento annuale	RPCT Pro Tempore	31 gen 26	Monitoraggio annuale 28 febbraio
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi *link* alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Entro 20 giorni dall'eventuale aggiornamento pubblicato nella banca dati normattiva	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Entro 20 giorni dalla comunicazione dell'approvazione dell'eventuale aggiornamento o adozione di nuovi atti	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali RPCT Pro Tempore	Entro 15 giorni dall'approvazione dell'atto	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Entro 15 giorni dall'approvazione dell'atto	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Entro 15 giorni dall'approvazione dell'atto	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Non applicabile agli Enti del SSN		
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonchè l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			
		Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato				

TAB.I SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016			

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
						Per I dati relativi ai Direttori Generale, Sanitario e Amministrativo vedi alla sezione "Personale" sottosezione "Titolaridi incarichi dirigenzial amministrativi di vertice		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico			
					(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	non pertinente		
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	non pertinente		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	non pertinente		

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	non pertinente		

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell' incarico).	non pertinente		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT Pro Tempore	Entro 20 giorni dalla comunicazione del provvedimento sanzionatorio	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1A	Entro 20 giorni dall'approvazione o dall'eventuale aggiornamento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Incarico Professionale Qualità, Innovazione e Sviluppo Organizzativo Referente dell'Atto Aziendale e dei provvedimenti strategici di organizzazione ad esso Connessi	Entro 20 giorni dall'approvazione o dall'eventuale aggiornamento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 20 giorni dall'approvazione o dall'eventuale aggiornamento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Incarico di Organizzazione Coordinamento attività area comunicazione, qualità e volontariato	Entro 20 giorni dall'approvazione o dall'eventuale aggiornamento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1B	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (collegamento a PerlaPA)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
				Per ciascun titolare di incarico:				
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1B	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (collegamento a PerlaPA)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1B	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (collegamento a PerlaPA)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1B	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (collegamento a PerlaPA)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1B	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (collegamento a PerlaPA)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1B	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico (collegamento a PerlaPA)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:				
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Attualmente questi dati non sono pubblicati in quanto vengono pubblicati solo i dati richiesti dall'art. 15 del D.Lgs 33/2013 in attesa della riforma complessiva della materia	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università		
						Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico			
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	(art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:				
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e comunque prima del pagamento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e comunque prima del pagamento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 6 mesi dalla chiusura dell'anno di riferimento	Monitoraggio trimestrale 30 aprile, 30 luglio, 30 ottobre, e 31 gennaio Responsabile RPCT
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	In attesa del coordinamento normativo previsto dall'art. 1, comma 7, Decreto-Legge n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020 vengono pubblicati unicamente i dati previsti dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, così come prescritto dall'art. 41, c. 3 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico e comunque prima del pagamento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	In attesa del coordinamento normativo previsto dall'art. 1, comma 7, Decreto-Legge n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020 vengono pubblicati unicamente i dati previsti dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, così come prescritto dall'art. 41, c. 3 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	In attesa del coordinamento normativo previsto dall'art. 1, comma 7, Decreto-Legge n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020 vengono pubblicati unicamente i dati previsti dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, così come prescritto dall'art. 41, c. 3 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	In attesa del coordinamento normativo previsto dall'art. 1, comma 7, Decreto-Legge n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020 vengono pubblicati unicamente i dati previsti dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, così come prescritto dall'art. 41, c. 3 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 148 di 194

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Personale		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	In attesa del coordinamento normativo previsto dall'art. 1, comma 7, Decreto-Legge n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020 vengono pubblicati unicamente i dati previsti dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, così come prescritto dall'art. 41, c. 3 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Ai sensi della delibera ANAC n. 1126 del 04/12/2019, sono sospese le pubblicazioni di cui all'art. 14, co. 1, lett. f) del d.lgs. 33/2013.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Ai sensi della delibera ANAC n. 1126 del 04/12/2019, sono sospese le pubblicazioni di cui all'art. 14, co. 1, lett. f) del d.lgs. 33/2013.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	coordinamento normativo previsto dall'art. 1, comma 7, Decreto-Legge n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020 vengono pubblicati unicamente i dati previsti dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, così come prescritto dall'art. 41, c. 3 del medesimo D.Lgs. n.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	entro tre mesi dalla vacanza dell'incarico	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	non pertinente		

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	entro tre mesi dalla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	entro tre mesi dalla cessazione dell'incarico e	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	entro tre mesi dalla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	In attesa del coordinamento normativo previsto dall'art. 1, comma 7, Decreto-Legge n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020 vengono pubblicati unicamente i dati previsti dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, così come prescritto dall'art. 41, c. 3 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	entro tre mesi dalla cessazione dell'incarico	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	In attesa del coordinamento normativo previsto dall'art. 1, comma 7, Decreto-Legge n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020 vengono pubblicati unicamente i dati previsti dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, così come prescritto dall'art. 41, c. 3 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichairazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	In attesa del coordinamento normativo previsto dall'art. 1, comma 7, Decreto-Legge n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020 vengono pubblicati unicamente i dati previsti dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, così come prescritto dall'art. 41, c. 3 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	In attesa del coordinamento normativo previsto dall'art. 1, comma 7, Decreto-Legge n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020 vengono pubblicati unicamente i dati previsti dall'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013, così come prescritto dall'art. 41, c. 3 del medesimo D.Lgs. n. 33/2013.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assuzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	RPCT Pro Tempore	Entro 20 giorni dall'avvio del provvedimento sanzionatorio	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	entro tre mesi dal conferimento dell'incarico di funzione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 20 giorni dalla sottoscrizione del Collegio Sindacale del modello certificatorio (circolare della Ragioneria Generale dello Stato)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 20 giorni dalla rilevazione (collegata al conto annuale)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 20 giorni dalla rilevazione trimestrale	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 20 giorni dalla rilevazione trimestrale	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Aggiornamento trimestrale (collegamento a	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
	dirigenti)	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	(da pubblicare in tabelle)	incarico	(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	l'Università	PerlaPA)	gennaio Responsabile RPCT

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	tempestiva (collegamento con sito ARAN)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4,d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 20 giorni dalla sottoscrizione del Conto annuale (sezione dedicata alla contrattazione integrativa)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	Entro 20 giorni dalla nomina	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	Entro 20 giorni dalla nomina	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	Entro 20 giorni dalla nomina	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Il Bando entro 1 giorno dalla pubblicazione dello stesso in Gazzetta Ufficiale. I criteri di valutazione e le tracce delle prove scritte entro 3 giorni dall'adozione degli atti.	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	Entro 10 giorni dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	Entro 10 giorni dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	Entro 10 giorni dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 10 giorni dall'adozione del Provvedimento di istituzione delle risorse	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 10 giorni dall'adozione del Provvedimento di istituzione delle risorse	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 10 giorni dall'adozione del Provvedimento di approvazione del sistema della Performance	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 10 giorni dalla mensilità di liquidazione delle quote (conclusione ciclo della Performance)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	Entro 10 giorni dalla mensilità di liquidazione delle quote (conclusione ciclo della Performance)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 154 di 194

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016			

TAB.I SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente		
				Per ciascuno degli enti:				
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Non ci sono Società Partecipate	
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		

TAB.I SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Enti controllati		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		

TAB.I SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Non ci sono Società Partecipate	
		Art. 22, c. 1. lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali		
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Non ci sono enti di diritto privato controllati dall'Azienda.	
				Per ciascuno degli enti:				
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (*link* al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)			
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Non ci sono Società Partecipate né enti di diritto privato controllati dall'Azienda.	

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 159 di 194

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento	**Per ciascuna tipologia di procedimento:**				
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative e/o organizzative	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) *link* di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013			(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
				Per i procedimenti ad istanza di parte:				
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C	Entro 30 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche normative e/o organizzative	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C		
	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1C	Entro 10 gg dalla pubblicazione di eventuali modifiche organizzative	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	non pertinente		
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto sezione "bandi di gara e contratti); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1D	Tempestiva (collegamento all'albo on line)	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati	Termine di scadenza per la pubblicazione	Monitoraggio - tempistiche e individuazione del soggetto responsabile
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Entro il 31/01	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10)	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione							

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 161 di 194

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e **art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016**; **DPCM n. 76/2018**	Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico	Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 *"Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico"*	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione	**SETTORI ORDINARI** Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 **SETTORI SPECIALI** Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2,	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016	Avvisi e bandi	**SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA** Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b) **SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA** Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156) **SETTORI SPECIALI** Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3) **SPONSORIZZAZIONI** Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicando sinteticamente il contenuto del contratto proposto (art. 19, c. 1)	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021	Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea	Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europea	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Avvisi relativi all'esito della procedura	**SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA** Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2 **SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA** Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2) **SETTORI SPECIALI** Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente)	Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000)	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente)	Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023)	Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attivita' di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Verbali delle commissioni di gara	Verbali delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006, alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021)	Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Contratti	Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali).	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Collegi consultivi tecnici	Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti.	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC	Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021)	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016		Pubblicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Fase esecutiva	Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissione di collaudo	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo).	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	entro il 31/01	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 164 di 194

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Concessioni e partenariato pubblico privato	Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, **in quanto compatibili,** ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3)	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile	Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10)	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016;	Affidamenti in house	Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3)	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Obbligo previsto per i soli enti che gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Progetti di investimento pubblico	Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Tutti i Dirigenti elencati TAB 1E	Tempestivo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 165 di 194

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	L' Azienda Ospedale – Università Padova non eroga sovvenzioni, contributi sussidi e vantaggi economici		
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			
				Per ciascun atto:				
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	L' Azienda Ospedale - Università Padova non eroga sovvenzioni, contributi sussidi e vantaggi economici		
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) *link* al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)			

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Contabilità e Bilancio	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Contabilità e Bilancio	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Contabilità e Bilancio	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Contabilità e Bilancio	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente		
pagamenti	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale	Direttore Pro Tempore UOC Contabilità e Bilancio	L'Azienda Ospedale-Università Padova non è tenuta all'obbligo di pubblicazione ex art. 4 bis. I dati relativi ai pagamenti sono pubblicati nella sottosezione Pagamenti dell'Amministrazione - Dati sui pagamenti del SSN	
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale	Direttore Pro Tempore UOC Contabilità e Bilancio	Entro e non oltre il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre di riferimento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Contabilità e Bilancio	Entro il 31/0/1	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Dr.ssa Barbara Gerunda Direttore UOC Contabilità e Bilancio	Entro e non oltre il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre di riferimento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Contabilità e Bilancio	Entro il 31/0/1	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Contabilità e Bilancio	Entro 30 giorni dalla comunicazione della variazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Entro 10 giorni dall' eventuale aggiornamento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Entro 10 giorni dall' eventuale aggiornamento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni realtive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non pertinente		
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Entro 20 giorni dall'approvazione del Provvedimento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Entro 30 giorni dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 168 di 194

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	Entro 3 giorni dalla sottoscrizione da parte dell'OIV	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	Entro 3 giorni dalla sottoscrizione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	Entro 3 giorni dalla sottoscrizione da parte dell'OIV	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	non presente casistica	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Contabilità e Bilancio	Entro 10 giorni dalla sottoscrizione da parte dell'Organo di Controllo	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Entro 10 giorni dalla comunicazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

TAB.1 SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEI RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI.								
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	**Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)**	**Riferimento normativo**	**Denominazione del singolo obbligo**	**Contenuti dell'obbligo**	**Aggiornamento**	**Dirigente Ufficio Responsabile della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati**	**Termine di scadenza per la pubblicazione**	**Monitoraggio – tempistiche e individuazione del soggetto responsabile**
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Incarico Organizzazione Ufficio Relazioni con il Pubblico Coordinamento attività area comunicazione, Qualità e volontariato	Entro 10 dall'approvazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Entro 10 giorni dalla comunicazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Entro 10 giorni dalla comunicazione	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Direttore Pro Tempore UOC Affari Generali	Entro 10 giorni dall'approvazione d	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Controllo di Gestione	Entro 10 giorni dall'approvazione del Bilancio d'esercizio	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore Pro Tempore UOC Direzione Medica	Entro 15 giorni dal mese di riferimento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Direttore Pro Tempore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	Entro 3 mesi dall'anno di riferimento	Monitoraggio trimestrale 15 aprile, 15 luglio, 15 ottobre, e 15 gennaio Responsabile RPCT

TAB. 1A SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE "ARTICOLAZIONE DEGLI UFFICI"	
RUOLO	**DENOMINAZIONE UOC/UOSD**
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC GESTIONE RISORSE UMANE, PERSONALE UNIVERSITARIO IN CONVENZIONE E RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC AFFARI GENERALI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE DELLA LOGISTICA
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC CONTABILITA' E BILANCIO
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC CONTROLLO DI GESTIONE
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE MEDICA A PREVALENTE INDIRIZZO IGIENE OSPEDALIERA
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE MEDICA A PREVALENTE INDIRIZZO ORGANIZZAZIONE
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALE SANT'ANTONIO
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE TECNICA NUOVO POLO OSPEDALIERO
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC SISTEMI INFORMATIVI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E INTERNAL AUDITING
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOSD INGEGNERIA CLINICA
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOSD PROGETTI E RICERCA CLINICA
RESPONSABILE PRO TEMPORE	UOS UFFICIO LEGALE
Incarico di funzioneCoordinamento attività area comunicazione, Qualità e volontariato	UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
Incarico di Funzione Referente dell'Atto Aziendale e dei provvedimenti strategici di organizzazione ad esso Connessi	QUALITA', INNOVAZIONE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO
RESPONSABILE PRO TEMPORE	UOS FORMAZIONE

TAB.1B SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE "CONSULENTI E COLLABORATORI"	
RUOLO	**DENOMINAZIONE UNITA' OPERATIVE**
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC GESTIONE RISORSE UMANE, PERSONALE UNIVERSITARIO IN CONVENZIONE E RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC AFFARI GENERALI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC CONTROLLO DI GESTIONE
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOSD PROGETTI E RICERCA CLINICA
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC SISTEMI INFORMATIVI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E INTERNAL AUDITING
RESPONSABILE PRO TEMPORE	UOS UFFICIO LEGALE
RESPONSABILE PRO TEMPORE	UOS FORMAZIONE

TAB. 1C SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE "ATTIVITA' E PROCEDIMENTI"	
RUOLO	**DENOMINAZIONE UNITA' OPERATIVE**
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC GESTIONE RISORSE UMANE, PERSONALE UNIVERSITARIO IN CONVENZIONE E RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC AFFARI GENERALI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC CONTABILITA' E BILANCIO
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE DELLA LOGISTICA
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC CONTROLLO DI GESTIONE
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE MEDICA A PREVALENTE INDIRIZZO ORGANIZZAZIONE
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE MEDICA A PREVALENTE INDIRIZZO IGIENE OSPEDALIERA
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE MEDICA OSPEDALE SANT'ANTONIO
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE TECNICA NUOVO POLO OSPEDALIERO
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOSD PROGETTI E RICERCA CLINICA
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC SISTEMI INFORMATIVI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC ANTICORRUZIONE, TRASPARENZA E INTERNAL AUDITING
RESPONSABILE PRO TEMPORE	UOS UFFICIO LEGALE
RESPONSABILE PRO TEMPORE	UOS FORMAZIONE
Incarico di Organizzazione Coordinamento attività area comunicazione, qualità e volontariato	UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

TAB. 1D SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE "PROVVEDIMENTI"	
RUOLO	**DENOMINAZIONE UNITA' OPERATIVE**
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC GESTIONE RISORSE UMANE, PERSONALE UNIVERSITARIO IN CONVENZIONE E RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC AFFARI GENERALI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC CONTABILITA' E BILANCIO
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC CONTROLLO DI GESTIONE
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE DELLA LOGISTICA
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE TECNICA NUOVO POLO OSPEDALIERO
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC SISTEMI INFORMATIVI
Incarico di Organizzazione Coordinamento attività area comunicazione, qualità e volontariato	UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
Incarico Professionale Referente dell'Atto Aziendale e dei provvedimenti strategici di organizzazione ad esso Connessi	QUALITA', INNOVAZIONE E SVILUPPO ORGANIZZATIVO
RESPONSABILE PRO TEMPORE	UOS UFFICIO LEGALE
RESPONSABILE PRO TEMPORE	UOS FORMAZIONE

TAB. 1E SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - RESPONSABILI DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI"	
RUOLO	**DENOMINAZIONE UNITA' OPERATIVE**
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC PROVVEDITORATO, ECONOMATO E GESTIONE DELLA LOGISTICA
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC DIREZIONE TECNICA NUOVO POLO OSPEDALIERO
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOC SISTEMI INFORMATIVI
DIRETTORE PRO TEMPORE	UOSD INGEGNERIA CLINICA
RESPONSABILE PRO TEMPORE	UOS FORMAZIONE

REGIONE DEL VENETO
Azienda Ospedale Università Padova

Delibera del Direttore Generale n. 2710 del 30/12/2025

OGGETTO: Adozione definitiva del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026-2028, comprensivo della Dotazione Organica del personale dipendente relativa all'anno 2026, e dell'aggiornamento del Piano dei Fabbisogni di Personale per l'anno 2025.

NOTE TRASPARENZA: Con il presente provvedimento si procede ad adottare in via definitiva il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026-2028, ai sensi dell'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, comprensivo della Dotazione Organica del personale dipendente relativa all'anno 2026, nonché l'aggiornamento del Piano dei Fabbisogni di Personale per l'anno 2025.

Il Direttore della **UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università** riferisce:

Premesso che l'art. 6, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001, come sostituito dall'art. 4 del D.Lgs. n. 75/2017, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, stabilisce l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di adottare il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate dal Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione ai sensi dell'art. 6 ter dello stesso D.Lgs. n. 165/2001;

Dato atto che l'articolo in esame prevede che il piano di cui sopra indichi le risorse finanziarie destinate alla sua attuazione nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente;

Verificato che l'articolo medesimo prevede, altresì, che ciascuna Amministrazione indichi la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'art. 6 ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione;

Considerato che con nota regionale prot. n. 620623 del 13/11/2025 le Aziende e gli enti del Servizio Sanitario Regionale sono stati invitati a rivedere le tabelle costituenti il Piano del Fabbisogno di Personale 2025 e la Dotazione Organica 2025 e a presentare entro il 30 novembre 2025 le tabelle relative al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026–2028, che confluiranno nella sezione Organizzazione e capitale umano – sottosezione di programmazione denominata "Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale" del PIAO da adottarsi entro il 31 gennaio 2026, in linea con le linee guida di cui alla DGRV n. 1717 del 30/12/2022.

Rilevato che, nel rispetto delle disposizioni di cui sopra, l'Azienda Ospedale – Università Padova ha provveduto ad aggiornare il Piano dei Fabbisogni di Personale per l'anno 2025 e ad adottare in via provvisoria il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026-2028, comprensivo della Dotazione Organica del personale dipendente relativa all'anno 2026, trasmesso all'Area Sanità e Sociale con nota prot. n. 81076 del 28/11/2025 e adottato in via provvisora con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedale – Università Padova n. 2448 del 28/11/2025.

Preso atto che con nota regionale prot. n. 697488 del 29/12/2025 l'Area Sanità e Sociale ha comunicato l'approvazione del Piano Triennale dei Fabbisogni 2026-2028 e dell'aggiornamento delle tabelle relative al Piano dell'anno 2025, in quanto coerenti con le linee di indirizzo contenute nel decreto del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione dell'8 maggio 2018, nonché con le indicazioni operative fornite dalla Regione Veneto con D.G.R. n. 677 del 15 maggio 2018;

Verificato che con medesima nota l'Area Sanità e Sociale ha comunicato la presa d'atto della determinazione della dotazione organica del personale dipendente relativa agli anni 2025 e 2026;

Visto quanto sopra, si propone di adottare in via definitiva il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2026-2028, comprensivo della Dotazione Organica del personale dipendente relativa all'anno 2026 nonché l'aggiornamento del Piano del Fabbisogno di Personale per l'anno 2025 e della dotazione organica 2025, come da tabelle allegate alla presente delibera di cui ne costituiscono parte integrante, i quali confluiranno nella sezione Organizzazione e capitale umano – sottosezione di programmazione denominata "Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale" del PIAO da adottarsi entro il 31 gennaio 2026, in linea con le linee guida di cui alla DGRV n. 1717 del 30/12/2022.

Si precisa che il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026-2028 e la Dotazione Organica anno 2026, nonché le tabelle relative all'aggiornamento del Piano del Fabbisogno di Personale anno 2025 e la Dotazione Organica per l'anno 2025, sono stati oggetto di informativa sindacale, così come previsto dalla normativa (art. 6 co. 4 D. Lgs. 165/2001).

Tutto ciò premesso,

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO della suestesa proposta e accertato che il Direttore della **UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università** 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. 16 del 26.02.2024.

DELIBERA

1. di prendere atto dell'approvazione da parte della Regione Veneto dell'aggiornamento del Piano del Fabbisogno di Personale per l'anno 2025 e della dotazione organica 2025, come da tabelle allegate alla presente delibera di cui ne costituiscono parte integrante;

2. di adottare in via definitiva il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026-2028 comprensivo della Dotazione Organica del personale dipendente relativa all'anno 2026, come da tabelle allegate alla presente delibera di cui ne costituiscono parte integrante;

3. di trasmettere il presente provvedimento all'Area Sanità e Sociale della Regione Veneto.

Il Direttore Generale
F.to Dr. Giuseppe Dal Ben

Tabella A - Scheda 1 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 25/27 - Aggiornamento anno 2025

Azienda **901 - AOU di Padova**

	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti[1]	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale[2]	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers,a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale[5]	Altre Tipologie
							CCNL; L. 213/2023; D.L. 202/2024	Con Specifico Finanziamento[3]			1) Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario 2) Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili						Con Specifico Finanziamento[4]		
			FTE ANNUI		€ 324.978.135,89	€ -	Dirigenza € 4.719.480,37 Comparto € 2.026.683,22			976.000,00 €	Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario € 3.257.736,00 Altro Personale € 958.891,00								
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P=I+L+N+O	Q	R	S
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	837,08	151,25	€ 94.025.271,27	€ -	€ 4.719.480,00	€ 880.129,05	€ 14.454.654,38	€ 858.287,47	€ 8.250,00	€ 757.058,09	€ 1.475.322,73	€ -	€ -	€ 765.308,09	€ 221.600,15	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	81,99	37,50	€ 8.350.185,04	€ -	€ -	€ -	€ 2.634.943,37	€ 117.712,53	€ 36.000,08	€ 144.981,92	€ -	€ -	€ 130.824,00	€ 311.806,00	€ 260.883,53	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	21,19	0,97	€ 2.215.931,91	€ -	€ -	€ -	€ 67.010,96	€ -	€ -	€ 167.394,52	€ -	€ -	€ -	€ 167.394,52	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		940,27	189,72	€ 104.591.388,22	€ -	€ 4.719.480,00	€ 880.129,05	€ 17.156.608,71	€ 976.000,00	€ 44.250,08	€ 1.069.434,53	€ 1.475.322,73	€ -	€ 130.824,00	€ 1.244.508,61	€ 482.483,68	€ -	€ -
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.708,94	4,61	€ 125.807.478,30	€ -	€ 2.026.683,00	€ 75.983,07	€ 64.718,70	€ -	€ -	€ 1.405.288,56	€ -	€ -	€ -	€ 1.405.288,56	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	375,63	22,07	€ 17.495.562,38	€ -	€ -	€ -	€ 266.218,37	€ -	€ -	€ 144.188,21	€ -	€ -	€ 31.038,00	€ 175.226,21	€ 82.122,83	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	70,95	5,21	€ 3.302.552,46	€ -	€ -	€ -	€ 34.062,47	€ -	€ -	€ 29.211,47	€ -	€ -	€ -	€ 29.211,47	€ 72.407,39	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	10,44	0,73	€ 490.217,32	€ -	€ -	€ -	€ 10.218,74	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS	SS	1.089,06	0,00	€ 42.818.760,87	€ -	€ -	€ 173.834,80	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	195,71	21,76	€ 7.321.036,91	€ -	€ -	€ -	€ 286.993,91	€ -	€ 324,40	€ 31.542,60	€ -	€ -	€ -	€ 31.867,00	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	453,93	48,24	€ 16.608.403,30	€ -	€ -	€ -	€ 525.598,69	€ -	€ -	€ 445.238,94	€ -	€ -	€ -	€ 445.238,94	€ 191.337,45	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		4.904,66	102,61	€ 213.844.011,54	€ -	€ 2.026.683,00	€ 249.817,87	€ 1.187.810,88	€ -	€ 324,40	€ 2.055.469,78	€ -	€ -	€ 31.038,00	€ 2.086.832,18	€ 345.867,67	€ -	€ -
	TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		5.844,92	292,33	€ 318.435.399,77	€ -	€ 6.746.163,00	€ 1.129.946,92	€ 18.344.419,59	€ 976.000,00	€ 44.574,48	€ 3.124.904,30	€ 1.475.322,73	€ -	€ 161.862,00	€ 3.331.340,78	€ 828.351,35	€ -	€ -

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Indicare anche le prestazioni finanziante utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

4 - Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

Il Direttore Generale
Giuseppe Dal Ben
(f.to digitalmente)

Tabella A - Scheda 2 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 26/28 - anno 2026

Azienda **901 - AOU di Padova**

	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti[1]	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale[2]	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers,a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale[5]	Altre Tipologie
							CCNL; L. 213/2023;	Con Specifico Finanziamento[3]			1) Limite 200% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario 2) Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili						Con Specifico Finanziamento[4]		
			FTE ANNUI		€ 327.660.926,85	€ -	Dirigenza € 2.920.614,00 Comparto € 768.731,00			€ 976.000,00	Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario € 3.257.736,00 Altro Personale € 958.891,00								
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P=I+L+N+O	Q	R	S
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	860,34	152,29	€ 96.997.400,87	€ -	€ 2.920.614,00	€ 1.022.961,06	€ 14.454.654,38	€ 909.852,01	€ 21.750,00	€ 459.134,52	€ 1.475.322,73	€ -	€ -	€ 480.884,52	€ 221.600,15	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	84,54	37,41	€ 8.607.359,42	€ -	€ -	€ -	€ 2.634.943,37	€ 117.712,53	€ 36.000,00	€ 152.244,70	€ -	€ -	€ 136.524,00	€ 324.768,70	€ 260.883,53	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	21,43	0,97	€ 2.251.588,92	€ -	€ -	€ -	€ 67.010,96	€ -	€ -	€ 158.370,63	€ -	€ -	€ -	€ 158.370,63	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		**966,31**	**190,67**	**€ 107.856.349,21**	**€ -**	**€ 2.920.614,00**	**€ 1.022.961,06**	**€ 17.156.608,71**	**€ 1.027.564,54**	**€ 57.750,00**	**€ 769.749,85**	**€ 1.475.322,73**	**€ -**	**€ 136.524,00**	**€ 964.023,85**	**€ 482.483,68**	**€ -**	**€ -**
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.726,28	4,61	€ 126.588.851,42	€ -	€ 768.731,00	€ 296.453,90	€ 64.718,70	€ -	€ -	€ 1.438.213,75	€ -	€ -	€ -	€ 1.438.213,75	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	378,04	22,07	€ 16.850.715,42	€ -	€ -	€ -	€ 266.218,37	€ -	€ -	€ 901.948,52	€ -	€ -	€ 31.038,00	€ 932.986,52	€ 82.122,83	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	71,40	5,21	€ 3.353.090,80	€ -	€ -	€ -	€ 34.062,47	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 72.407,39	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	10,51	0,73	€ 271.972,88	€ -	€ -	€ -	€ 10.218,74	€ -	€ -	€ 221.382,36	€ -	€ -	€ -	€ 221.382,36	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS	SS	1.093,51	0,00	€ 42.993.509,54	€ -	€ -	€ 164.644,35	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	196,51	21,76	€ 7.340.720,67	€ -	€ -	€ -	€ 286.993,91	€ -	€ -	€ 41.865,63	€ -	€ -	€ -	€ 41.865,63	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	467,33	48,24	€ 17.164.328,30	€ -	€ -	€ -	€ 525.598,69	€ -	€ -	€ 392.905,77	€ -	€ -	€ -	€ 392.905,77	€ 191.337,45	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		**4.943,57**	**102,61**	**€ 214.563.189,03**	**€ -**	**€ 768.731,00**	**€ 461.098,25**	**€ 1.187.810,88**	**€ -**	**€ -**	**€ 2.996.316,02**	**€ -**	**€ -**	**€ 31.038,00**	**€ 3.027.354,02**	**€ 345.867,67**	**€ -**	**€ -**
	TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		**5.909,88**	**293,28**	**€ 322.419.538,24**	**€ -**	**€ 3.689.345,00**	**€ 1.484.059,31**	**€ 18.344.419,59**	**€ 1.027.564,54**	**€ 57.750,00**	**€ 3.766.065,88**	**€ 1.475.322,73**	**€ -**	**€ 167.562,00**	**€ 3.991.377,88**	**€ 828.351,35**	**€ -**	**€ -**

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Indicare anche le prestazioni finanziante utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

4 - Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

Il Direttore Generale
Giuseppe Dal Ben
(f.to digitalmente)

Tabella A - Scheda 3 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 26/28 - anno 2027

Azienda **901 - AOU di Padova**

	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti[1]	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale[2]	Costo Prestazioni Aggiuntive		Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers,a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale[5]	Altre Tipologie
							CCNL;	Con Specifico Finanziamento[3]			1) Limite 100% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario 2) Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili						Con Specifico Finanziamento[4]		
							Dirigenza				Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario								
					€ 327.660.926,85	€ -	€ 2.920.614,00			976.000,00 €	€ 1.628.868,00								
			FTE ANNUI				Comparto				Altro Personale								
							€ 768.731,00				€ 958.891,00								
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P=I+L+N+O	Q	R	S
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	860,34	152,29	€ 97.230.749,29	€ -	€ 2.920.614,00	€ 823.282,79	€ 14.454.654,38	€ 909.852,01	€ 21.750,00	€ 225.786,11	€ 1.475.322,73	€ -	€ -	€ 247.536,11	€ 221.600,15	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	84,54	37,41	€ 8.607.359,42	€ -	€ -	€ -	€ 2.634.943,37	€ 117.712,53	€ 36.000,00	€ 152.244,70	€ -	€ -	€ 136.524,00	€ 324.768,70	€ 260.883,53	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	21,43	0,97	€ 2.251.588,92	€ -	€ -	€ -	€ 67.010,96	€ -	€ -	€ 158.370,63	€ -	€ -	€ -	€ 158.370,63	€ -	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		**966,31**	**190,67**	**€ 108.089.697,63**	**€ -**	**€ 2.920.614,00**	**€ 823.282,79**	**€ 17.156.608,71**	**€ 1.027.564,54**	*€ 57.750,00*	*€ 536.401,44*	*€ 1.475.322,73*	**€ -**	*€ 136.524,00*	**€ 730.675,44**	**€ 482.483,68**	**€ -**	**€ -**
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.726,28	4,61	€ 127.319.802,55	€ -	€ 768.731,00	€ 238.587,18	€ 64.718,70	€ -	€ -	€ 707.262,62	€ -	€ -	€ -	€ 707.262,62	€ -	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	378,04	22,07	€ 17.309.117,58	€ -	€ -	€ -	€ 266.218,37	€ -	€ -	€ 443.546,36	€ -	€ -	€ 31.038,00	€ 474.584,36	€ 82.122,83	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	71,40	5,21	€ 3.353.090,80	€ -	€ -	€ -	€ 34.062,47	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 72.407,39	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	10,51	0,73	€ 384.487,23	€ -	€ -	€ -	€ 10.218,74	€ -	€ -	€ 108.868,01	€ -	€ -	€ -	€ 108.868,01	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS	SS	1.093,51	0,00	€ 42.993.509,54	€ -	€ -	€ 132.506,37	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	196,51	21,76	€ 7.340.720,67	€ -	€ -	€ -	€ 286.993,91	€ -	€ -	€ 41.865,63	€ -	€ -	€ -	€ 41.865,63	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	467,33	48,24	€ 17.164.328,30	€ -	€ -	€ -	€ 525.598,69	€ -	€ -	€ 392.905,77	€ -	€ -	€ -	€ 392.905,77	€ 191.337,45	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		**4.943,57**	**102,61**	**€ 215.865.056,66**	**€ -**	**€ 768.731,00**	**€ 371.093,56**	**€ 1.187.810,88**	**€ -**	**€ -**	*€ 1.694.448,39*	**€ -**	**€ -**	*€ 31.038,00*	**###**	**€ 345.867,67**	**€ -**	**€ -**
	TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		**5.909,88**	**293,28**	**€ 323.954.754,29**	**€ -**	**€ 3.689.345,00**	**€ 1.194.376,35**	**€ 18.344.419,59**	**€ 1.027.564,54**	*€ 57.750,00*	*€ 2.230.849,83*	*€ 1.475.322,73*	**€ -**	*€ 167.562,00*	**###**	**€ 828.351,35**	**€ -**	**€ -**

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Indicare anche le prestazioni finanziante utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

4 - Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

Il Direttore Generale
Giuseppe Dal Ben
(f.to digitalmente)

deliberazione n. 2710 del 30/12/2025 pagina 7 di 19
deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 182 di 194

Tabella A - Scheda 4 - Piano Fabbisogno del Personale - PTFP 26/28 - anno 2028

Azienda **901 - AOU di Padova**

	Macroprofili	Ruolo	Dipendenti	Non Dipendenti[1]	Costo Dipendenti Bilancio Sanitario	Costo Dipendenti Bilancio Sociale[2]	Costo Prestazioni Aggiuntive CCNL;	Costo Prestazioni Aggiuntive Con Specifico Finanziamento[3]	Costo Personale Universitario	Costo S.A.I.	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001	Costo personale a T.DET. (NO DL Calabria 35/2019)	Costo pers.a T.DET. ai sensi DL Calabria 35/2019 (in deroga al limite art. 9 c.28)	Costo Somministrazione	Costo Attività di Consulenza	TOTALE	Costo Inc. Art. 7, comma 6, del D. Lgs. 165/2001 Con Specifico Finanziamento[4]	Costo Non Dipendenti Bilancio Sociale[5]	Altre Tipologie
											1) Limite 100% del costo sostenuto nel 2009 per dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario								
											2) Limite 50% del costo sostenuto nel 2009 per altri Profili								
							Dirigenza				Personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio-sanitario								
					€ 327.660.926,85	€ -	€ 2.920.614,00			976.000,00 €	€					1.628.868,00			
			FTE ANNUI				Comparto				Altro Personale								
							€ 768.731,00				€					958.891,00			
			A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N	O	P=I+L+N+O	Q	R	S
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	860,34	152,29	€ 97.230.749,29	€ -	€ 2.920.614,00	€ 823.282,79	€ 14.454.654,38	€ 909.852,01	€ 21.750,00	€ 225.786,11	€ 1.475.322,73	€ -	€ -	€ 247.536,11	**€ 221.600,15**	€ -	€ -
	Dirigenza veterinaria	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	**€ -**	€ -	€ -
	Dirigenza sanitaria	S	84,54	37,41	€ 8.607.359,42	€ -	€ -	€ -	€ 2.634.943,37	€ 117.712,53	€ 36.000,00	€ 152.244,70	€ -	€ -	€ 136.524,00	€ 324.768,70	**€ 260.883,53**	€ -	€ -
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	**€ -**	€ -	€ -
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	21,43	0,97	€ 2.251.588,92	€ -	€ -	€ -	€ 67.010,96	€ -	€ -	€ 158.370,63	€ -	€ -	€ -	€ 158.370,63	**€ -**	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		**966,31**	**190,67**	**€ 108.089.697,63**	**€ -**	**€ 2.920.614,00**	**€ 823.282,79**	**€ 17.156.608,71**	**€ 1.027.564,54**	**€ 57.750,00**	**€ 536.401,44**	**€ 1.475.322,73**	**€ -**	**€ 136.524,00**	**€ 730.675,44**	**€ 482.483,68**	**€ -**	**€ -**
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	2.726,28	4,61	€ 127.319.802,55	€ -	€ 768.731,00	€ 238.587,18	€ 64.718,70	€ -	€ -	€ 707.262,62	€ -	€ -	€ -	€ 707.262,62	**€ -**	€ -	€ -
	Personale tecnico sanitario	S	378,04	22,07	€ 17.309.117,58	€ -	€ -	€ -	€ 266.218,37	€ -	€ -	€ 443.546,36	€ -	€ -	€ 31.038,00	€ 474.584,36	€ 82.122,83	€ -	€ -
	Personale della riabilitazione	S	71,40	5,21	€ 3.353.090,80	€ -	€ -	€ -	€ 34.062,47	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 72.407,39	€ -	€ -
	Personale della prevenzione	S	10,51	0,73	€ 384.487,23	€ -	€ -	€ -	€ 10.218,74	€ -	€ -	€ 108.868,01	€ -	€ -	€ -	€ 108.868,01	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo sanitario	S	0,00	0,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	OSS	SS	1.093,51	0,00	€ 42.993.509,54	€ -	€ -	€ 132.506,37	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	196,51	21,76	€ 7.340.720,67	€ -	€ -	€ -	€ 286.993,91	€ -	€ -	€ 41.865,63	€ -	€ -	€ -	€ 41.865,63	€ -	€ -	€ -
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	467,33	48,24	€ 17.164.328,30	€ -	€ -	€ -	€ 525.598,69	€ -	€ -	€ 392.905,77	€ -	€ -	€ -	€ 392.905,77	€ 191.337,45	€ -	€ -
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		**4.943,57**	**102,61**	**€ 215.865.056,66**	**€ -**	**€ 768.731,00**	**€ 371.093,56**	**€ 1.187.810,88**	**€ -**	**€ -**	**€ 1.694.448,39**	**€ -**	**€ -**	**€ 31.038,00**	**€ 1.725.486,39**	**€ 345.867,67**	**€ -**	**€ -**
	TOTALE FABBISOGNO DI PERSONALE		**5.909,88**	**293,28**	**€ 323.954.754,29**	**€ -**	**€ 3.689.345,00**	**€ 1.194.376,35**	**€ 18.344.419,59**	**€ 1.027.564,54**	**€ 57.750,00**	**€ 2.230.849,83**	**€ 1.475.322,73**	**€ -**	**€ 167.562,00**	**€ 2.456.161,83**	**€ 828.351,35**	**€ -**	**€ -**

1 - Devono essere indicati gli FTE necessari calcolati in base alle ore lavoro annue da personale universitario, S.A.I., personale in somministrazione, eventuali prestazioni aggiuntive, consulenze ecc..

2 - Indicare il costo del personale complessivamente a carico del Bilancio Sociale (compreso il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi).

3 - Indicare anche le prestazioni finanziante utilizzando le risorse derivanti dalla trattenuta del 5% sui compensi relativi all'esercizio della libera professione di cui all'articolo 1, comma 4, lett. c), della L. 120/2007 e s.m.e i. (Cd Fondo Balduzzi)

4 - Devono intendersi solo gli incarichi conferiti con finanziamenti comunitari o privati e per l'attuazione di progetti di ricerca finanziati ai sensi dell'art. 12 bis del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.i.

5 - Indicare la sommatoria dei costi iscritti a Bilancio Sociale del personale NON DIPENDENTE a qualsiasi titolo impiegato.

Il Direttore Generale
Giuseppe Dal Ben
(f.to digitalmente)

deliberazione n. 152 del 30/1/2026 pagina 183 di 194
deliberazione n. 2710 del 30/12/2025 pagina 8 di 19

Tabella B - Scheda 1 - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2025

Azienda 901 - AOU di Padova

	Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali[1] (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R.[2]	Personale da processi di reinternalizzazione[3]
			A	B	C	D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	890	0	0	300	0
	Dirigenza veterinaria	S	0	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	92	0	0	65	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	25	0	0	5	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		**1.007**	**0**	**0**	**370**	**0**
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.090	0	0	12	0
	Personale tecnico sanitario	S	420	0	0	44	0
	Personale della riabilitazione	S	80	0	0	6	0
	Personale della prevenzione	S	13	0	0	7	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS	SS	1.200	0	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	210	0	0	55	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	500	0	0	132	0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		**5.513**	**0**	**0**	**256**	**0**
	TOTALE DOTAZIONE ORGANICA		**6.520**	**0**	**0**	**626**	**0**

1) Indicare, qualora presente, il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi

2) Indicare, qualora presente, il personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R.

3) Indicare il personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n.420008 del 01/10/2019

Il Direttore Generale
Giuseppe Dal Ben
(f.to digitalmente)

Tabella B - Scheda 2 - Dotazione Organica Personale Dipendente Anno 2026

Azienda 901 - AOU di Padova

	Macroprofili	Ruolo	Personale dedicato ad attività a carico del Sanitario	Personale dedicato ad attività a carico del Sociale	Personale dedicato ad attività delegate da Enti locali[1] (di cui colonna B)	Personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R.[2]	Personale da processi di reinternalizzazione[3]
			A	B	C	D	E
PERSONALE DIRIGENTE	Dirigenza medica	S	890	0	0	300	0
	Dirigenza veterinaria	S	0	0	0	0	0
	Dirigenza sanitaria	S	92	0	0	65	0
	Dirigenza socio-sanitario	SS	0	0	0	0	0
	Dirigenza ruoli PTA	PTA	25	0	0	5	0
	TOTALE PERSONALE DIRIGENTE		**1.007**	**0**	**0**	**370**	**0**
PERSONALE COMPARTO	Personale infermieristico/ostetrico	S	3.090	0	0	12	0
	Personale tecnico sanitario	S	420	0	0	44	0
	Personale della riabilitazione	S	80	0	0	6	0
	Personale della prevenzione	S	13	0	0	7	0
	Altro personale ruolo sanitario	S	0	0	0	0	0
	OSS	SS	1.200	0	0	0	0
	Altro personale ruolo tecnico e socio-sanitario	SS T	210	0	0	55	0
	Personale ruolo amministrativo professionale	PA	500	0	0	132	0
	TOTALE PERSONALE COMPARTO		**5.513**	**0**	**0**	**256**	**0**
	TOTALE DOTAZIONE ORGANICA		**6.520**	**0**	**0**	**626**	**0**

1) Indicare, qualora presente, il personale dedicato ad attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi

2) Indicare, qualora presente, il personale universitario che svolge funzioni assistenziali per il S.S.R.

3) Indicare il personale interessato a processi di Reinternalizzazione (gestione diretta del servizio) - Circolare n.420008 del 01/10/2019

Il Direttore Generale
Giuseppe Dal Ben
(f.to digitalmente)

deliberazione n. 2120 del 30/12/2025 pag. 185 di 196

REGIONE DEL VENETO
Azienda Ospedale Università Padova

Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) 2026-2028
e revisione del Piano del Fabbisogno di Personale anno 2025

Con nota regionale prot. n. 620623 del 13/11/2025 le Aziende e gli enti del Servizio Sanitario Regionale sono stati invitati a rivedere le tabelle costituenti il Piano del Fabbisogno di Personale 2025 e la Dotazione Organica 2025 e a presentare le tabelle relative al Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026 – 2028.

Con riferimento al Piano del Fabbisogno di Personale 2025 e alla Dotazione Organica 2025, adottati per l'Azienda Ospedale – Università Padova in via provvisoria con Delibera del Direttore Generale n. 2397 del 09/12/2024, e in via definitiva con Delibera del Direttore Generale n. 67 del 17/01/2025, a loro volta inseriti nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione - PIAO 2025-2027, adottato con Delibera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedale – Università Padova n. 198 del 31/01/2025, si rileva la necessità di adeguare tali strumenti programmatori alle effettive attività e azioni poste in essere nell'anno che sta per concludersi, nonché ai nuovi obiettivi di costo assegnati.

Al pari di quanto accaduto negli ultimi anni anche il 2025 è stato caratterizzato dalla necessità di fronteggiare la carenza di personale sanitario che sta investendo in maniera sempre più sensibile l'Azienda Ospedale – Università Padova, garantendo da una parte la sostituzione del turn over e dall'altra la realizzazione di strategie di implementazione e/o riorganizzazione in ottica di miglioramento dei vari servizi offerti, in armonia con gli obiettivi generali strategici fissati a livello regionale e con gli obiettivi specifici individuati a livello aziendale.

Con riferimento alle risorse umane del Comparto, esemplificative sono le difficoltà che si stanno vivendo sul fronte del personale infermieristico. Si rappresenta, infatti, che nel 2025 l'Azienda Ospedale – Università Padova ha potuto godere di una graduatoria concorsuale di solamente 132 candidati, esauritasi nell'arco di poche settimane; allo stesso tempo la procedura sperimentale di mobilità volontaria esterna, che Azienda Zero ha attivato in forma aggregata su base regionale per complessivamente n. 120 posti nel profilo in argomento, e che prevedeva n. 10 posti in ingresso per ogni Azienda sanitaria, si è conclusa per l'Azienda Ospedale - Università Padova con n. 4 candidature in ingresso e n. 58 candidature in uscita. Ad esito di tale procedura alla data di stesura della presente relazione solo n. 2 unità di Infermiere hanno confermato l'interesse alla mobilità in ingresso, mentre ben n. 25 unità hanno attivato la procedura di trasferimento in uscita.

In aggiunta a ciò, significative sono le difficoltà nel reperire personale dei profili tecnico-sanitari, in particolare Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico e Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, per sopperire alla quale sempre più spesso si fa ricorso ad assunzioni a tempo determinato. Si rileva, pur tuttavia, che il fenomeno della carenza di personale, per lo meno in termini di interesse ad assunzioni nel servizio pubblico, sta interessando anche figure "minori", come nel caso delle Ostetriche, del Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare e degli Assistenti Sanitari.

Relativamente al personale degli Operatori Socio Sanitari, per il quale ad oggi non si riscontrano le difficoltà di reperimento proprie del personale sanitario, si è provveduto ad un aumento del suo contingente, grazie anche all'accoglimento della richiesta di autorizzare alcuni turn over che non erano stati originariamente riconosciuti, parallelamente alla scelta aziendale di incrementare le unità in servizio avendo a disposizione una graduatoria relativamente lunga su cui fare affidamento.

Il personale amministrativo e tecnico ha sofferto della disponibilità di graduatorie concorsuali in cui pochi erano i candidati posizionati, non consentendo quindi all'Azienda di garantire prontamente la sostituzione delle eventuali cessazioni intervenute in corso d'anno. All'atto della stesura della presente relazione le attività sono concentrate nell'espletamento di

selezioni interne per la copertura di complessivi n. 34 posti di diversi profili, attraverso l'utilizzo di procedure valutative interne cui sono ammessi i dipendenti in servizio dei ruoli Amministrativo e Tecnico.

La strategia aziendale che si sta provando a percorrere è quella, come già sopra accennato, di affiancare alle graduatorie concorsuali di competenza di Azienda Zero, procedure di Avviso Pubblico, gestite a livello aziendale, da utilizzarsi nei periodi di mancanza di disponibilità di graduatoria concorsuale e da bandire a ridosso del conseguimento della laurea al fine di intercettare i neo laureati e fidelizzarli al sistema sanitario pubblico.

Parallelamente alla fase di reclutamento, si sta tentando di agire sulla fase delle dimissioni dal servizio pubblico. Sulla scorta dei lavori avviati su invito delle disposizioni di cui al Piano Regionale di contrasto alla carenza di personale del Servizio Socio Sanitario Regionale del Veneto – DGRV 960/2024, a livello aziendale è stato istituito un Gruppo di Lavoro che ha, tra i suoi obiettivi, la raccolta e l'analisi delle motivazioni delle dimissioni inattese quale punto di partenza per comprendere le ragioni più nascoste del fenomeno. Le azioni del citato Gruppo di Lavoro si muovono in sinergia con una serie di altri gruppi aziendali, ognuno preposto ad una propria attività specifica (benessere organizzativo, promozione dei luoghi di salute, supporto al personale disabile, etc.), ma tutti orientati al medesimo obiettivo, ovvero cercare di migliorare le condizioni del personale in servizio e identificare azioni che riescano a trattenere nel sistema i professionisti formati quanto più a lungo possibile.

A tal proposito, si sta cercando, in misura più significativa di quanto avvenuto in passato, di ammodernare l'attuale assetto professionale, utilizzando modelli organizzativi basati sullo skill mix change e lo staff mix change come indicato dalla DGRV 960/2024.

Alcune operazioni circoscritte di task-sharing tra Professionisti Sanitari del comparto sono già avvenute o si stanno concretizzando senza particolari difficoltà, con l'incremento di personale Ostetrico, Fisioterapista, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Ortottista, Assistenti Sanitario a fronte di una riduzione di Infermieri. Più complesse sono le azioni di Task-shifting con contestuale riduzione del fabbisogno di Professionisti Sanitari (più specificatamente Infermieri) e contestuale aumento di Operatori Socio-Assistenziali o personale amministrativo e tecnico: seppur progettate al fine di ricondurre ogni attività al lavoratore più appropriato valorizzando tutti i dipendenti e aumentando l'attrattività e la fidelizzazione aziendale, sono cambiamenti che richiedono un tempo di adattamento dell'intero sistema e del tempo tecnico di costruzione del percorso più adatto per realizzarle.

Si intende comunque procedere con tale strategia a largo raggio, in particolare accompagnata da politiche di assunzione concordate con la Regione Veneto e affiancata al sistema degli incarichi definito dai recenti CC.CC.NN.LL. del comparto Sanità, in tutti i contesti assistenziali: terapie intensive e semi-intensive, aree di degenza ordinaria e diurna, sale operatorie, piastre ambulatoriali e servizi diagnostici.

Con la DGRV 960/2024 è stata data, inoltre, attuazione alle previsioni contenute nel Patto per la Salute 2019-2021 che consente alle Regioni di destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive al fine di perseguire da un lato la graduale perequazione del trattamento accessorio tra aziende ed enti del SSR dall'altro di valorizzare le professionalità del personale sanitario anche tenendo conto delle attività svolte in servizi e/o zone disagiate.

In quest'ottica di recruitment e retention, la Regione Veneto con Legge Regionale 29 ottobre 2024, n. 26 ha autorizzato per il triennio 2025-2027 l'incremento da parte delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale dei "fondi premialità e condizioni di lavoro" del personale del Comparto e dei "fondi per la retribuzione delle condizioni di lavoro" e dei "fondi per la retribuzione di risultato" del personale della Dirigenza dell'Area Sanità. In particolare, per il personale del comparto, sono destinatari di tali risorse incrementali solo i ruoli sanitario e sociosanitario.

Con il verbale di confronto tra l'Amministrazione Regionale e le Organizzazioni Sindacali del Comparto Sanità e della Dirigenza dell'Area Sanità del 28 luglio 2025, le parti hanno convenuto di erogare una quota unica di € 350 per dipendente, sia del personale del Comparto che della Dirigenza Area Sanità, come misura di Welfare integrativo, sotto forma di buoni acquisto che assicurano un vantaggio netto per i dipendenti in quanto non concorrono a formare reddito da lavoro dipendente. Pertanto, le aziende e gli enti del SSR, in sede di contrattazione integrativa, sono state chiamate ad attribuire tali quote ai propri dipendenti e invitate a garantire la medesima quota al personale del comparto appartenente ai ruoli professionale, tecnico e amministrativo. Queste quote saranno erogate ai dipendenti in servizio al 1° settembre di ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027.

In questa Azienda, le intese sottoscritte con le OO.SS. di tutte le Aree contrattuali aderiscono e integrano le linee regionali anche con risorse aziendali che permettono alle aree non coperte dall'accordo regionale di percepire il medesimo bonus di welfare. I suddetti buoni acquisto verranno erogati tramite una piattaforma, uniforme a livello regionale.

Le restanti risorse sono state ripartite tra il Comparto Sanità e la Dirigenza dell'Area Sanità e, successivamente, l'Amministrazione Regionale ha sottoscritto un verbale di confronto, in data 8 agosto 2025 con le Organizzazioni sindacali del Comparto e in data 27 agosto 2025 con le Organizzazioni sindacali dell'Area Dirigenza Sanità, definendo i criteri di distribuzione delle risorse. Nello specifico, in Azienda Ospedale Università Padova, con l'intesa del 6 ottobre 2025, si è definito per l'Area della Dirigenza Sanità di valorizzare economicamente l'organizzazione del lavoro su turni con riferimento al servizio di pronta disponibilità e in particolare il disagio connesso alle chiamate notturne, nonché al servizio dei turni festivi. Per il per il personale dei ruoli sanitario e socio sanitario del comparto è stato definito di valorizzare con specifiche progettualità l'organizzazione del lavoro su turni (con riferimento ai servizi di pronta disponibilità, di turni notturni e festivi) e alcune aree assistenziali con contesti di maggiore complessità e disagio organizzativo.

In coerenza con gli indirizzi di programmazione del fabbisogno di personale e con le misure previste dal PIAO, l'Azienda intende avvalersi della facoltà introdotta dall'art. 1, comma 165, della legge 30 dicembre 2024, n. 207 – Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027.

La suddetta norma consente alle pubbliche amministrazioni di trattenere in servizio, previo assenso dell'interessato, il personale ritenuto necessario per esigenze organizzative, per attività di tutoraggio e affiancamento ai neoassunti o per funzioni non altrimenti assolvibili. Il trattenimento può essere disposto sulla base del merito e delle effettive necessità dell'amministrazione. L'applicazione dell'istituto avverrà nel rispetto dei seguenti criteri:

1. limite anagrafico: il trattenimento in servizio potrà essere autorizzato esclusivamente fino al compimento del settantesimo anno di età.
2. contingentamento numerico: il ricorso all'istituto sarà ammesso nel limite massimo del 10% delle facoltà assunzionali disponibili a legislazione vigente, al fine di garantire equilibrio nella gestione complessiva delle risorse umane e coerenza con la programmazione triennale del fabbisogno.
3. valutazione dei requisiti: ogni richiesta di trattenimento sarà oggetto di istruttoria tecnico-amministrativa, con valutazione motivata delle esigenze organizzative, dell'apporto professionale del dipendente.

L'adozione dell'istituto risponde alla necessità di garantire la continuità dei servizi assistenziali in aree caratterizzate da carenze di personale o da profili professionali difficilmente reperibili sul mercato del lavoro e di preservare competenze specialistiche di elevato valore tecnico e organizzativo.

Con riferimento alla dirigenza il quadro della disponibilità per l'Azienda Ospedaliera si configura differente in termini di disponibilità. La possibilità di attingere a graduatorie

concorsuali con numerosi candidati in esse posizionati consente all'Azienda Ospedale – Università di muoversi ancora in autonomia, dettando i propri tempi di assunzione per meglio soddisfare le esigenze che via via si manifestano e con un livello di accettazione all'assunzione che risulta ancora positivo, nonostante inizi a rilevarsi anche per la nostra Azienda qualche difficoltà di reclutamento nel settore dell'emergenza urgenza, dove la disponibilità di professionisti appare molto contenuta rispetto ad altre discipline, e in alcune discipline delle aree dei servizi. La possibilità di assunzione dei professionisti in corso di formazione specialistica, ai sensi della Legge 30 dicembre 2018, n. 145 s.m.i., confermata anche per il 2025, assicurando una platea più ampia di possibili candidati permette di garantire un alto livello di copertura del fabbisogno, sia per quanto attiene alla dirigenza medica che per quanto attiene alla dirigenza sanitaria.

Il Piano del Fabbisogno di Personale per l'anno 2026, il quale viene poi riprodotto per i successivi due anni, risulta elaborato sulla base delle conoscenze ad oggi note relativamente alla programmazione regionale, sia in termine di erogazione dei servizi sia in termini economici, e recepisce la necessità di proseguire secondo le linee di indirizzo già definite per il 2025, garantendo il turn over, lì dove possibile, ma pur sempre in un'ottica di efficientamento delle risorse a disposizione. In ogni caso preme precisare che per l'elaborazione della programmazione triennale molto significativa è l'incertezza in ordine alle cessazioni di personale, soprattutto le cosiddette dimissioni inattese, che potrebbero realizzarsi in corso d'anno, e ciò in ragione del *trend* che si sta attualmente affrontando.

La priorità nel triennio di riferimento sarà garantire la stabilità in alcune realtà oggi in sofferenza, quali ad esempio l'Immunotrasfusionale, la Cardiochirurgia e i Pronto Soccorsi. Continuerà lo sforzo profuso negli ultimi anni di assumere personale anestesista, fondamentale per il ruolo trasversale ai diversi servizi offerti dall'Azienda Ospedale - Università Padova. In considerazione della pianificazione delle priorità e delle strategie aziendali il 2026 sarà caratterizzato dal potenziamento delle risorse necessarie a garantire le prestazioni di attività di radiologia, pediatria e oftalmologia, con particolare attenzione all'area dei servizi, ovvero a Microbiologia, Anatomia Patologica e Medicina del Lavoro.

Per quanto attiene alla Nuova Pediatria, il cui edificio è stato recentemente inaugurato, le tabelle allegate al presente Piano recepiscono la prima fase del progetto, che prevede un incremento in termini di teste di n. 27 unità, di cui n. 18 Infermieri e n. 9 Tecnici Sanitari di Radiologia Medica. Si precisa che l'analisi dettagliata del fabbisogno complessivamente inteso, e che tiene in considerazione gli elementi di natura strutturale connessi alle caratteristiche del fabbricato, è ancora attualmente soggetta ad analisi e approvazione regionale. Il documento che verrà approvato definirà nel dettaglio l'impatto che l'avvio dei servizi presso la nuova struttura avrà sulla dotazione organica necessaria a garantirne la tenuta.

Nello specifico, il percorso di analisi quali-quantitativo riferito al fabbisogno di personale sanitario e socio-sanitario del comparto, nell'ambito del quale numerosi sono stati gli incontri con i Direttori ed i Coordinatori delle Unità coinvolte nel trasferimento nella nuova sede, ha portato all'elaborazione di un documento che declina in modo specifico il fabbisogno, suddividendolo in tre livelli differenti, ciascuno con proprie finalità e giustificazioni.

I livelli sono rappresentativi delle fasi di sviluppo del progetto che contempla una graduale attuazione incrementale: nella prima fase si prevede l'impiego delle risorse del comparto già in essere, con un necessario, ma contenuto, incremento già solo per le caratteristiche di ridistribuzione degli spazi del nuovo edificio. Le successive due fasi, che prevedono la centralizzazione e l'ottimizzazione di attività attualmente disperse e/o l'incremento del volume e dell'efficacia assistenziale, possono essere attuate solo con ulteriore disponibilità di risorse umane. Le tre fasi possono essere così riassunte:

1. Adeguamento quali-quantitativo del personale per mutate condizioni architettoniche e logistiche;

2. Costituzione ed aggregazione di aree di degenza per affinità ed intensità assistenziale con contestuale incremento di attività;
3. Pieno utilizzo degli spazi e degli strumenti, al fine di aumentare l'offerta assistenziale a livello provinciale.

La programmazione triennale del fabbisogno di personale risulta, inoltre, comprensiva delle unità di personale che si ritiene di inquadrare nel profilo professionale del Personale di elevata qualificazione la cui identificazione in termini numerici è strettamente collegata alla consistenza limitata dei fondi contrattuali del Comparto PTA. Pur tuttavia risulta fondamentale implementare le forze nell'area PTA e quindi prevedere un EQ in tutte le UU.OO. dove vi è solo un dirigente apicale o in quelle realtà che operano in assenza di Dirigente e riferiscono direttamente alla Direzione.

Altro elemento di cui si è tenuto conto nelle tabelle di programmazione qui allegate è il ricorso ai contratti di formazione e lavoro che, attivati negli ultimi anni con procedure in forma aggregata su base regionale, si stanno rivelando estremamente rispondenti alle necessità di fabbisogno di personale in quanto, se da una parte garantiscono la necessaria formazione al personale interessato, dall'altra parte consentono un suo immediato inserimento nel contesto lavorativo, rendendo tali unità spendibili fin da subito, oltre che favorendo l'ingresso di giovani risorse tra le fila del personale in servizio.

La programmazione in materia di personale non può non tener conto di nuove esigenze che si stanno affacciando sul nostro panorama e che ad oggi non trovano piena corrispondenza tra i profili professionali previsti dalla normativa di riferimento, e nello specifico alle figure professionali di Data Manager, Study Coordinator e Monitor e a quella del chinesiologo. L'Azienda sta cercando di sviluppare un'interlocuzione regionale per proporre l'introduzione di tali figure nel settore definendo insieme la modalità più appropriata per permettere una modifica normativa sul tema.

Le professionalità di Data Manager, Study Coordinator e Monitor, di Area Scientifica, sono necessarie per l'organizzazione e il funzionamento delle Unità per la Ricerca Clinica (URC), secondo quanto previsto dall'Allegato C della Delibera della Giunta Regionale (DGR) n. 330 del 29 marzo 2023 ad oggetto "Legge n. 3/2018 in materia di sperimentazione clinica e successivi provvedimenti attuativi: riorganizzazione della rete regionale dei comitati etici per la sperimentazione clinica". Trattasi di figure con percorsi di studi in area scientifica (Farmacia, Biologia, Biotecnologie o Statistica) che non trovano uno sbocco naturale dei profili professionali codificati e che pertanto, alla luce di una persistente precarietà dell'inquadramento contrattuale, causano una strutturale instabilità del sistema, con effetti negativi a più livelli. L'assenza di prospettive occupazionali stabili comporta infatti un elevato turnover del personale, con la conseguente perdita progressiva di competenze, esperienze e conoscenza, che richiedono molto tempo e non poche energie per essere ricostruiti ad ogni cambio di personale.

Con riferimento al chinesiologo, la Regione Veneto ha da tempo istituito le "palestre della salute" (L.R. n. 8 del 2015 e DGR n. 925 del 23.06.2017), riconoscendo loro un ruolo di somministrazione di esercizio, svolta da laureati magistrali in Scienze e Tecniche dell'Attività Motoria Preventiva e Adattata (Chinesiologi AMPA), a soggetti portatori di patologie croniche in condizioni di stabilità clinica, la cui presenza è prevista anche all'interno delle Strutture di II e III livello della Medicina dello Sport e dell'Esercizio (DGR n. 362 del 24.03.2020). Il ruolo dei laureati magistrali "Chinesiologi delle attività motorie preventive e adattate" e delle "palestre della salute" è stato riconosciuto e confermato anche a livello nazionale dal recente d.lgs. 28 febbraio 2021, n. 36 (attuazione art. 5 legge 8 agosto 2019, n. 86). Tali figure collaborerebbero con la Medicina dello Sport e dell'Esercizio fisico, estendendo ben oltre la funzione storica di tutela sanitaria delle attività sportive, migliorando l'appropriatezza delle cure e l'accessibilità ai trattamenti, sia per le patologie più frequenti e più frequentemente causa di ricovero (patologie cardiovascolari, polmonari, renali ecc.), sia per affrontare in

maniera appropriata il progressivo invecchiamento della popolazione, rallentare la cronicizzazione e diminuire le complicanze e le disabilità.

La programmazione triennale del fabbisogno di personale risulta, inoltre, comprensiva delle unità di cui alla legge 12 marzo 1999 n. 68, alla luce degli obblighi assunzionali previsti dalla normativa e assunti con Veneto Lavoro - Ambito territoriale Padova. A tal proposito si rappresenta che, in continuità con gli sforzi profusi negli anni, l'impegno a ridurre i numeri della scopertura si sostanzierà in indizione di procedure concorsuali riservate e in azioni di sensibilizzazione nei confronti del personale dipendente con disabilità superiore al 60%, maturata in corso di rapporto di lavoro. Con riferimento a quest'ultima procedura si sottolinea come l'apertura concessa da Veneto Lavoro a partire dalla seconda metà dell'anno di non richiedere come obbligatoria la certificazione rilasciata ai sensi del collocamento mirato L. 68/99 sta consentendo alla scrivente di computare quale disabile numerose unità di personale già in servizio, tanto che se alla rilevazione annuale elaborata con riferimento alla data del 31.12.2024 la scopertura era pari a n. 97 unità, alla data della stesura della presente relazione la scopertura si attesta a n. 72 unità, di cui n. 12 saranno assunte per il tramite di Veneto Lavoro.

Con riferimento alla Tabella B relativa alla Dotazione Organica 2026, facendo seguito a quanto sopra rappresentato, si ritiene di non apportare modifiche alla Dotazione Organica così come adottata per il 2025 e che si conferma anche per il 2026.

Dal punto di vista economico, il tetto di spesa 2025 del personale per l'Azienda Ospedale – Università Padova, nelle more dell'adozione del relativo Decreto del Direttore Area Sanità e Sociale, è stato fissato in € 324.978.135,89 tramite comunicazione pervenuta via mail dalla stessa Direzione Regionale. La rideterminazione del suddetto limite si è resa necessaria al fine di garantire la copertura economica degli incrementi derivanti sia dall'applicazione del CCNL Comparto Sanità 2022-2024, siglato ad ottobre 2025, che delle disposizioni di cui alla DGR 1010/2025 applicativa della Legge Regionale 26/2024. Il costo 2025 rilevato (colonne C+L+M) si attesta a € 323.035.626,80 ed evidenzia il pieno rispetto del limite di spesa.

Per l'anno 2026 la programmazione tiene conto del limite di costo assegnato da Regione Veneto per il medesimo anno e si attesta sul valore del tetto stesso.

Per la definizione dei fabbisogni relativi agli anni 2027 e 2028 e, conseguentemente, dei loro costi, si è ritenuto di mantenerli inalterati rispetto al 2026 sia in termini di teste che di costi.

Con riferimento alle prestazioni aggiuntive, per la revisione del Piano del Fabbisogno dell'anno 2025, nella sezione DIPENDENTI alla colonna E "Costo Prestazioni Aggiuntive" sono state riportate:

- € 1.956.212 – risorse riferite al limite di spesa art.89 comma 2 e 6 CCNL 2019-2021 Dirigenza Area Sanità, approvate con D.G.R. n. 280 del 21 marzo 2024;
- € 293.373 – risorse stanziate con D.G.R. n.1210 del 22 ottobre 2024 per il personale Comparto;
- € 964.402 – risorse per la Dirigenza Area Sanità, ripartite dalla Regione con D.G.R. n. 280 del 21 marzo 2024 in applicazione dell'art.1, comma 218 della L. 213/2023;
- € 475.358 – risorse per il personale del Comparto, ripartite dalla Regione con D.G.R. n. 441 del 30 aprile 2024 in applicazione dell'art.1 comma 219 della L. 213/2023;
- € 1.798.866 – risorse per la Dirigenza Area Sanità, ripartite dalla Regione con D.G.R. n. 151 del 10 ottobre 2025 in applicazione all'art.4 comma 11 del D.L. 202/2024;
- € 1.257.952 – risorse per il personale del Comparto, ripartite dalla Regione con D.G.R. n. 150 del 10 ottobre 2025 in applicazione all'art.4 comma 11 del D.L. 202/2024.

Oltre all'utilizzo di tali risorse, si è reso necessario stanziare ulteriori finanziamenti aziendali al fine di far fronte alla richiesta di assistenza e di riduzione delle liste d'attesa in

particolare nell'ambito chirurgico. Nella colonna F "Costo Prestazioni Aggiuntive – Con specifico finanziamento" sono riportate pertanto le risorse aziendali derivanti dal 5% del fondo libera professione ai sensi del D.L. 158/2012, convertito in L.189/2012 (c.d. "Fondo Balduzzi") pari complessivamente ad € 1.129.947, derivanti da introiti dell'anno 2024 (disponibili nell'anno 2025), e ripartiti come segue:

- € 880.129 per la Dirigenza Area Sanità
- € 249.818 per il personale del Comparto.

Si precisa che gli importi e la ripartizione tra personale dirigente e comparto sono ancora stimati per l'ultimo trimestre dell'anno e potrebbero pertanto variare in sede di consuntivo annuale.

Con riferimento invece al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2026-2028, nella sezione DIPENDENTI nella colonna E "Costo Prestazioni Aggiuntive" sono state riportate:

- € 1.956.212 – risorse riferite al limite di spesa art.89 comma 2 e 6 CCNL 2019-2021 Dirigenza Area Sanità, approvate con D.G.R. n. 280 del 21 marzo 2024;
- € 293.373 – risorse stanziate con D.G.R. n.1210 del 22 ottobre 2024 per il personale Comparto;
- € 964.402 – risorse per la Dirigenza Area Sanità, ripartite dalla Regione con D.G.R. n. 280 del 21 marzo 2024 in applicazione dell'art.1, comma 218 della L. 213/2023;
- € 475.358 – risorse per il personale del Comparto, ripartite dalla Regione con D.G.R. n. 441 del 30 aprile 2024 in applicazione dell'art.1 comma 219 della L. 213/2023.

Relativamente invece alla colonna F "Costo Prestazioni Aggiuntive – Con specifico finanziamento", sono state riportate le risorse aziendali derivanti dal 5% del fondo libera professione ai sensi del D.L. 158/2012, convertito in L. 189/2012 (c.d. "Fondo Balduzzi"), per un importo complessivo stimato di € 1.484.059 (€ 1.022.961 per la Dirigenza Area Sanità e € 461.098 per il personale del Comparto). Tali risorse, disponibili in minima parte dai residui anni precedenti e per la maggiore generate nel corso del 2025 ed utilizzabili nell'anno 2026, non sono tuttavia sufficienti a garantire gli stessi standard di prestazioni aggiuntive riconosciute al personale nel 2025. Per gli anni 2027 e 2028, è stato stimato un valore che tiene conto delle sole risorse che si generano annualmente, ipotizzandolo uguale al 2026. La ripartizione di tale somma tra personale dirigente e comparto ricalca la pianificazione 2025 e l'importo riferito al comparto è stato imputato prevalentemente nella casella riferita al "personale infermieristico/ostetrico" e "OSS".

Si sottolinea che nella tabella non sono riportate le risorse integrative, destinate per l'anno 2025 a questa Azienda, derivanti dalla D.L.202/2024 che finanziano le prestazioni per l'abbattimento delle liste di attesa e di pre-appuntamento delle prestazioni ambulatoriali in accordo con l'Azienda ULSS n.6 Euganea, nonché per la riduzione delle liste per intervento di cataratta, oltre che a coprire orario aggiuntivo richiesto ai professionisti in caso di carenza d'organico e riduzione liste per interventi chirurgici.

Per quanto attiene al personale universitario, che insiste con un rapporto di convenzione presso l'Azienda Ospedale - Università Padova, lo stesso viene calcolato come unità in FTE annui sulla base dell'impegno orario richiesto riproporzionato di conseguenza.

Rispetto alle annualità precedenti, si rileva un risparmio di spesa di circa 300.000 euro riconducibile alla conclusione, con l'anno 2024, delle convenzioni di finanziamento stipulate con Università degli Studi di Padova nel periodo 2008-2011, il cui costo era integralmente a carico dell'Azienda.

Il costo del personale universitario del 2026 è stimato sulla base delle informazioni ad oggi rendicontate per il 2025. Considerando che il fabbisogno di personale universitario viene

definito con una procedura condivisa tra i due attori, Università e Azienda Ospedale – Università, si ritiene, alla luce della programmazione ad oggi nota del personale universitario, quasi interamente inquadrato in posizioni della dirigenza medica e sanitaria, di confermare la Dotazione Organica 2025, relativa al personale universitario, anche per il 2026. Si rileva, inoltre, un costante passaggio di personale ospedaliero alle dipendenze dell'Università con successivo inserimento in convenzione (n. 8 unità nel 2025).

Con riferimento alla Colonna H - Costo per gli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati, si fornisce il dettaglio di spesa suddiviso tra personale con specialità medica e quello con specialità non medica. L'organico, sostanzialmente stabile negli anni, ha visto nuovi ingressi nel 2025 con l'instaurazione di due nuovi rapporti con specialisti entrambi della branca di ginecologia (uno specialista per 26 ore a tempo indeterminato e uno per 6 ore a tempo indeterminato).

La previsione di spesa per l'anno 2025 si attesta, al momento dell'elaborazione della presente relazione, su un importo pari ad € 976.000,00, mentre per quanto attiene al 2026, avendo avuto l'autorizzazione al conferimento di n. 10 ore nella branca di Ginecologia e Ostetricia e di n. 10 ore nella branca di Odontoiatria, in aumento del tetto, come da nota regionale prot. n. 295555 del 17/06/2025, si prevede una spesa per il 2026 pari ad € 1.027.564,54, importo che quindi viene indicato come tetto per il triennio 2026-2028.

Con DGRV n. 877 del 30/07/2024 è stato determinato il limite complessivo di spesa regionale per i contratti di lavoro flessibile per l'anno 2024, come previsto dall'art. 9, comma 28 del Decreto-Legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito con modificazioni dalla Legge convertito con modificazioni dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122, a seguito della modifica apportata dall'art. 44-ter del Decreto-Legge 2 marzo 2024, n. 19, convertito con modificazioni dalla Legge 29 aprile 2024, n. 56, e si è provveduto ad assegnare il limite di spesa alle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024. Per l'Azienda Ospedale – Università Padova tale limite è stato fissato in € 4.216.627,00, di cui € 3.257.736,00 per il personale della dirigenza medica e non dirigenziale appartenente ai profili sanitario e socio sanitario e € 958.891,00 per l'altro personale.

Il prospetto è stato compilato inserendo in colonna L i dati relativi al costo del personale a tempo determinato, con esclusione del personale specializzando reclutato ai sensi del Decreto Calabria (rilevato in colonna M) e del personale dotato di specifico finanziamento. In riferimento a questo punto si precisa che le teste del suddetto personale sono state mantenute tra le FTE del personale dipendente.

Come già relazionato nella rilevazione dedicata all'analisi di questo limite di spesa (inviata in Regione con nostro Prot. n. 0070410 del 17/10/2025), per l'anno 2025 lo scostamento rispetto al tetto denominato "Altro personale" viene previsto in netto ridimensionamento rispetto al 2024 (circa +47.000 euro, compresa IRAP), mentre per il limite di costo riferito al personale sanitario si stima, come per l'anno precedente, un significativo risparmio (circa -700.000 euro).

Con la conclusione di diversi contratti che risultavano già avviati al momento dell'entrata in vigore del nuovo limite di spesa, e la revisione della programmazione relativa all'utilizzo di contratti flessibili, si stima di poter assicurare per il triennio 2026-2028 il pieno rispetto del tetto assegnato da Regione Veneto.

Il Direttore Generale
Giuseppe Dal Ben
(f.to digitalmente)

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 30/1/2026

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

Copia composta di n°194 fogli (incluso il presente) della delibera n. 152 del 30/1/2026 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)
