



PIANO STRATEGICO TRIENNALE 2027-2029

Polo regionale e sovraregionale di pediatria specialistica, medicina materno-infantile e salute della donna

Percorso di candidatura IRCCS per specialità pediatrica — Piano di equilibrio economico-finanziario 2027-2029

Versione 1.0 – giugno 2026 – Piano strategico

Indice

Indice	2
0. Executive Summary	6
0.1 Il profilo della nuova Azienda	6
0.2 La logica del Piano: quattro pilastri integrati	6
0.3 La baseline di partenza	7
0.4 Come si raggiunge l'equilibrio	8
0.5 Il percorso IRCCS	8
1. Natura del Piano e quadro normativo di riferimento	9
1.1 Il Piano Strategico come strumento di programmazione	9
1.2 Il 2026 come anno di transizione	10
1.3 Principali atti normativi di riferimento	10
2. Inquadramento istituzionale e percorso costitutivo	10
2.1 La linea del tempo istitutiva	10
2.2 Perimetro confluito e perimetro escluso	11
2.3 Il raccordo con l'Università di Torino e le reti scientifiche	11
3. Identità clinico-strategica e posizionamento	12
3.1 Missione e visione	12
3.2 I 4 assi strategici	13
Asse 1 — Pediatria specialistica e alta complessità	13
Asse 2 — Medicina materno-infantile e continuum della nascita	13
Asse 3 — Salute della donna e medicina di genere	14
Asse 4 — Medicina della riproduzione	14
4. La baseline produttiva 2025 e l'alta complessità pediatrica	15
4.1 I dati di produzione per ricoveri: 2024, 2025 e tendenza al I trimestre 2026	15
4.2 La produzione ambulatoriale 2024–2025 per presidio	17
4.3 Interpretazione della flessione 2024–2025	19
4.4 La mobilità sanitaria: l'Azienda come hub sovraregionale	20
4.5 L'alta complessità OIRM: la base empirica della candidatura IRCCS	21
4.6 L'alta complessità Sant'Anna: il continuum materno-neonatale	23

4.7 La genetica medica come piattaforma produttiva in crescita strutturale.....	26
5. Benchmark con realtà paragonabili	28
5.1 Premessa metodologica e criteri di selezione	28
5.2 AOU Meyer IRCCS – Firenze	28
5.3 IRCCS Istituto Giannina Gaslini – Genova	29
5.4 IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo – Trieste	30
5.5 Tavola di sintesi comparativa	30
5.6 Implicazioni per il Piano Strategico OIRM – Sant’Anna.....	31
6. Le piattaforme clinico-assistenziali strategiche	32
6.1 Piattaforma 1 — Malattie rare in pediatria.....	32
6.2 Piattaforma 2 — Oncoematologia pediatrica e terapie avanzate.....	33
6.3 Piattaforma 3 — Neurochirurgia e cardiocirurgia pediatrica	34
6.4 Piattaforma 4 — Neonatologia, TIN e continuum materno-neonatale	35
6.5 Piattaforma 5 — PMA, genetica medica e medicina della riproduzione	36
6.6 Piattaforma 6— Ginecologia specialistica e oncologica	36
6.7 Piattaforma 7— Medicina di genere.....	37
7. Operating model e rapporti con CDSS	37
7.1 Il principio: internalizzare il nucleo, regolare il resto	37
7.2 Le funzioni da internalizzare.....	38
7.3 Il catalogo dei servizi acquistati da CDSS	39
7.4 Avanzamento del cronoprogramma di scorporo	40
8. Piano dei fabbisogni di personale 2027-2029	41
8.1 La dotazione organica attuale e il fabbisogno	41
8.2 Il presidio delle funzioni centrali.....	42
8.3 La quota parzialmente regolabile mediante convenzione	42
8.4 Priorità di reclutamento nel triennio	42
8.5 Proiezione del costo del personale 2027-2029.....	43
8.6 Condizioni di sostenibilità.....	43
9. Piano degli investimenti 2027-2029	44
9.1 Principi guida del piano degli investimenti	44

9.2 Cluster I — Infrastrutture cliniche e capacità operatoria	45
9.3 Cluster II — Tecnologie diagnostiche e cliniche	47
9.4 Cluster III — Sistemi informativi, digitale e autonomia gestionale	49
9.5 Cluster IV — Infrastrutture per la ricerca e la candidatura IRCCS.....	51
9.6 Riepilogo del piano degli investimenti e fonti di finanziamento	54
9.7 Il piano degli investimenti come punto di partenza per un confronto con la Regione.....	55
10. Ricerca, innovazione e roadmap verso il riconoscimento IRCCS.....	56
10.1 Il quadro normativo e i requisiti IRCCS.....	56
10.2 Il profilo di partenza: punti di forza e gap.....	57
10.3 Le linee di ricerca prioritarie per la candidatura IRCCS pediatrica.....	58
10.4 Il Grant Office: struttura, funzioni e obiettivi.....	59
10.5 I trial clinici: stato attuale e sviluppo	60
10.6 Percorso di consolidamento 2027-2029	61
11. Fundraising e attrazione di investimenti privati.....	62
11.1 Razionale strategico: perché questo ospedale raccoglie fondi	62
11.2 Il modello organizzativo proposto.....	63
11.3 Le aree di campagna e i target di raccolta	65
11.4 Obiettivi di raccolta e contributo al Piano	67
12. Il percorso di equilibrio economico-finanziario 2027-2029.....	67
12.1 La condizione iniziale e il fabbisogno di equilibrio	67
12.2 Le leve dell'equilibrio	68
12.3 Il raccordo tra piattaforme cliniche e sostenibilità economica.....	69
12.4 Il conto economico previsionale 2027-2029.....	71
12.4.1 Le condizioni di sostenibilità del percorso.....	73
13. Governance, rischi prioritari e monitoraggio.....	74
13.1 Struttura di governance del Piano.....	74
13.2 Il cruscotto di monitoraggio 2027-2029.....	74
13.3 I rischi prioritari e le misure di mitigazione	75
14. Conclusioni e impegni prioritari.....	76
Riferimenti normativi e documentali essenziali.....	78

Fonti normative statali	78
Fonti regionali	78
Fonti documentali interne	79
Allegati	79

0. Executive Summary

0.1 Il profilo della nuova Azienda

L'Azienda Ospedaliera OIRM–Sant'Anna nasce, a decorrere dal 1° gennaio 2026, dallo scorporo del Presidio Ospedaliero Ostetrico-Ginecologico Sant'Anna dall'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e dal suo accorpamento all'Ospedale Infantile Regina Margherita, in attuazione della D.C.R. Piemonte n. 133-26443 del 4 dicembre 2025, che si innesta sul precedente percorso di autonomia dell'OIRM avviato con la D.C.R. Piemonte n. 307-27525 del 19 dicembre 2023.

La nuova Azienda ricompone in un unico perimetro istituzionale le funzioni pediatriche, ostetrico-ginecologiche, neonatologiche e di salute della donna, configurandosi come polo regionale e sovraregionale di riferimento per la pediatria specialistica, la medicina materno-infantile, il continuum della nascita, la ginecologia specialistica e oncologica, la medicina della riproduzione e la medicina di genere. Nel nuovo perimetro confluiscono le attività ostetrico-ginecologiche del Presidio Sant'Anna, incluse la ginecologia oncologica, la chirurgia ginecologica e le attività neonatologiche.

Il presente Piano Strategico 2027-2029 costituisce il primo documento programmatico triennale della nuova Azienda. Esso non si configura come un bilancio previsionale, ma come uno strumento di programmazione integrata, volto a raccordare identità clinica, assetto organizzativo, fabbisogni di personale, investimenti, sostenibilità economico-finanziaria, ricerca e percorso di candidatura a IRCCS. Il 2026 rappresenta l'anno di transizione amministrativa e contabile; il triennio 2027-2029 coincide invece con la fase di avvio della piena operatività gestionale e con la progressiva messa a regime del nuovo assetto aziendale.

0.2 La logica del Piano: quattro pilastri integrati

Il Piano assume come riferimento una lettura unitaria della nuova Azienda: la sostenibilità economica, la configurazione organizzativa, il rafforzamento clinico-assistenziale e il percorso scientifico non sono trattati come ambiti separati, ma come componenti interdipendenti del medesimo processo di costruzione aziendale.

La strategia del triennio si sviluppa lungo quattro direttrici principali. La prima riguarda il consolidamento dell'identità clinica dell'Azienda, attraverso il rafforzamento delle piattaforme ad alta complessità in ambito pediatrico, materno-neonatale, ostetrico-ginecologico e di salute della donna. La seconda concerne la progressiva autonomia organizzativa e gestionale, con particolare attenzione alle funzioni da internalizzare e ai servizi da mantenere in rapporto regolato con CDSS. La terza riguarda il percorso di equilibrio economico-finanziario, costruito a partire dalla baseline 2025 e dalle condizioni operative necessarie per il triennio 2027-2029. La quarta riguarda la ricerca, l'innovazione e la candidatura IRCCS, da sviluppare attraverso il rafforzamento della governance scientifica, delle infrastrutture di ricerca, della capacità di attrazione di finanziamenti e della tracciabilità della produzione scientifica.

Le piattaforme clinico-assistenziali individuate dal Piano traducono tali direttrici in ambiti operativi: malattie rare in pediatria; oncoematologia pediatrica e terapie avanzate; neurochirurgia e cardiocirurgia pediatrica; neonatologia, terapia intensiva neonatale e continuum materno-neonatale; procreazione medicalmente assistita, genetica medica e medicina della riproduzione; ginecologia specialistica e oncologica; medicina di

genere. Tali piattaforme costituiscono al tempo stesso il riferimento per la programmazione clinica, per la crescita selettiva della produzione, per il piano degli investimenti e per la futura documentazione scientifica a supporto del percorso IRCCS.

I	II	III	IV
Eccellenza clinico-assistenziale	Autonomia organizzativa e gestionale	Equilibrio economico-finanziario	Ricerca, innovazione e IRCCS
<i>Piattaforme ad alta complessità, percorsi integrati, qualità assistenziale</i>	<i>Funzioni interne e rapporti regolati con CDSS.</i>	<i>Pareggio 2027-2029 e riduzione del fabbisogno regionale.</i>	<i>Governance della ricerca e candidatura IRCCS pediatrica.</i>

0.3 La baseline di partenza

La baseline produttiva 2025 documenta un volume complessivo di 31.860 ricoveri, per una valorizzazione pari a 65,4 milioni di euro. Di questi, 13.421 ricoveri sono riferiti all'OIRM, per 29,9 milioni di euro, e 18.439 ricoveri al Sant'Anna, per 35,5 milioni di euro. La vocazione sovra-aziendale del nuovo polo è confermata dalla provenienza dei pazienti: il 53% dei ricoveri 2025 proviene da fuori ASL Torino, dato che evidenzia il ruolo dell'Azienda quale riferimento per casistiche complesse e percorsi specialistici non limitati al bacino metropolitano.

Rispetto al 2024 si registra una flessione del 3,6% dei casi e del 4,7% dell'importo valorizzato. Tale andamento è riconducibile a fattori di natura diversa. Da un lato, la riduzione della natalità nell'area metropolitana costituisce un elemento strutturale destinato a incidere stabilmente sulla domanda ostetrica, neonatale e pediatrica. Dall'altro, alcune criticità operative di breve periodo, tra cui la carenza di anestesisti e di infermieri, la ristrutturazione del blocco operatorio, hanno contribuito alla riduzione dei volumi e richiedono interventi mirati di recupero della capacità produttiva e alla reinternalizzazione di attività espletate da personale esterno.

Sul piano economico, il preconsuntivo 2025 evidenzia per il perimetro OIRM-Sant'Anna ricavi pari a 227,8 milioni di euro e costi allocati ai due presidi attraverso driver quindi non attribuiti puntualmente (se non riferiti ai costi del personale, al costo dei farmaci e degli emoderivati e dei dispositivi medici). Tale dato rappresenta la base primaria assunta dal Piano per la costruzione della traiettoria 2027-2029, fermo restando che la progressiva autonomia contabile della nuova Azienda richiederà ulteriori affinamenti e riconciliazioni, in coerenza con le fonti disponibili e con l'evoluzione del perimetro gestionale.

La baseline deve essere letta anche alla luce delle interdipendenze ancora presenti con l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Laboratori, anatomia patologica, diagnostica per immagini, radiologia interventistica, farmacia, ingegneria clinica, sistemi informativi, servizi amministrativi e alcune funzioni cliniche specialistiche rappresentano ambiti che dovranno essere regolati attraverso accordi, convenzioni, livelli di servizio e responsabilità operative chiaramente definite. La costruzione dell'autonomia aziendale non coincide pertanto con una separazione immediata e integrale, ma con un processo progressivo di definizione delle funzioni interne e di regolazione delle relazioni funzionali necessarie.

0.4 Come si raggiunge l'equilibrio

Il Piano individua un percorso di equilibrio economico-finanziario per il triennio 2027-2029 fondato sulla combinazione di misure aziendali, crescita selettiva dei ricavi e sostegno regionale coerente con la fase di avvio della nuova Azienda. L'obiettivo non è rappresentare un riequilibrio meramente contabile, ma definire le condizioni organizzative, produttive e finanziarie necessarie affinché l'Azienda possa operare in modo stabile nel nuovo perimetro.

La traiettoria di equilibrio si basa su alcune leve principali: il recupero e la valorizzazione della produzione nelle aree a maggiore complessità e capacità attrattiva; il rafforzamento dei percorsi clinico-assistenziali integrati; la regolazione dei servizi acquistati da CDSS; il controllo dei principali fattori di costo, con particolare riferimento a personale, farmaci, dispositivi, manutenzioni e servizi; la progressiva internalizzazione delle funzioni amministrative e gestionali essenziali; la valorizzazione delle funzioni riconosciute e dei finanziamenti coerenti con il ruolo hub dell'Azienda.

Il conto economico previsionale è impostato sul raggiungimento del pareggio nei tre esercizi 2027, 2028 e 2029. Tale risultato presuppone il monitoraggio continuativo delle assunzioni, l'aggiornamento periodico dei dati disponibili, la verifica dell'andamento produttivo e l'attenzione alle principali variabili di rischio. Per questa ragione, il Piano si configura come documento dinamico, suscettibile di aggiornamenti progressivi in funzione del consolidamento del quadro informativo, contabile e organizzativo.

0.5 Il percorso IRCCS

La candidatura a IRCCS per la specialità pediatrica è l'orizzonte del triennio, non un'aspirazione generica: è un percorso regionale in cui OIRM – Sant'Anna è stata individuata. Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2025-2030, all'Allegato 8 (par. 12.3 "Collaborazione con Università e Centri di Ricerca"), elenca esplicitamente tra i sette progetti avviati dalla Regione Piemonte per la creazione di nuovi IRCCS pubblici l'"IRCCS Scienze Pediatriche (OIRM S. Anna)". La candidatura è dunque un impegno istituzionale assunto dalla Regione, che il presente Piano Strategico è chiamato a tradurre in condizioni organizzative, scientifiche ed economiche concretamente realizzabili nel triennio 2027-2029.

Il riconoscimento della candidatura in sede regionale si inserisce in una cornice programmatica più ampia, delineata dalla Deliberazione del Consiglio Regionale del 22 dicembre 2025, n. 137-27771, che al par. 4.2.2 "Riorganizzare OIRM Regina Margherita e Sant'Anna" prefigura per l'Azienda un modello evolutivo fondato sull'integrazione fisica e funzionale con l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (CDSS). In tale prospettiva, è prevista l'edificazione di una nuova struttura attigua alla CDSS, fisicamente collegata a quest'ultima, all'interno della quale confluiranno anche le attività ostetrico-ginecologiche oggi svolte dal Presidio Sant'Anna. Il testo regionale qualifica espressamente questa traiettoria come funzionale al riconoscimento dell'Azienda come IRCCS, configurando la nuova AO come polo materno-infantile di riferimento nazionale, ispirato a modelli consolidati quali il Gaslini di Genova o il Burlo Garofolo di Trieste, con un'identità riconoscibile di "Mamma/Bambino" o "Donna/Bambino".

La base empirica a fondamento della candidatura è solida e documentata. L'OIRM esprime già oggi una casistica di alta complessità che soddisfa i requisiti di centro di riferimento regionale e sovraregionale: trapianto di midollo osseo (23 casi/anno, €63.677/caso), cardiocirurgia toracica pediatrica (58 casi, €20.527/caso), craniotomia in età pediatrica (113 casi, €9.157/caso), trapianto di cuore o assistenza ventricolare (3 casi, €209.438/caso — unicità regionale), ossigenazione extracorporea ECMO (7 casi, €54.513/caso). A questa casistica si affianca la piattaforma neonatologica del Sant'Anna, con 182 neonati gravemente immaturi con sindrome da distress respiratorio (€30.818/caso), secondo valore unitario dell'intera produzione aziendale. È questa combinazione di rarità clinica, intensità assistenziale e unicità regionale — e non un singolo indicatore di volume — a costituire il fondamento più solido del dossier IRCCS.

Attorno a questa base, il Piano costruisce le condizioni organizzative e scientifiche indispensabili per il dossier di candidatura: il Grant Office, dedicato alla progettualità scientifica e alla partecipazione a bandi europei e nazionali; la biobanca pediatrica e materno-infantile, come infrastruttura di ricerca traslazionale; il fundraising strutturato, quale leva complementare di finanziamento e di rafforzamento della credibilità istituzionale; e la governance della ricerca, attraverso la tracciabilità della produzione scientifica, i trial clinici attivi e i raccordi con l'Università degli Studi di Torino e con le reti europee ERN di cui l'OIRM già fa parte, che comprendono: PedCan (malattie oncologiche pediatriche), ERN ITHACA (ritardo e malformazioni), MetabErn (malattie metaboliche), ERNICA (malformazioni congenite gastroenterologiche e chirurgiche), ERN Euro-NMD (malattie neuromuscolari), ERN EuroBloodNet (malattie ematologiche rare), ERN ERKNet (malattie renali rare), Endo-ERN (malattie endocrine rare), ERN RARE-LIVER (malattie epatiche rare) ed ERN TRANSPLANTCHILD (trapianto pediatrico). Il riconoscimento come IRCCS in Scienze Pediatriche è l'obiettivo con cui si chiude il triennio: non un punto di partenza, ma l'esito atteso di un percorso che questo Piano costruisce con metodo, a partire dall'equilibrio economico, dagli investimenti infrastrutturali e dal rafforzamento della produzione scientifica.

1. Natura del Piano e quadro normativo di riferimento

1.1 Il Piano Strategico come strumento di programmazione

Il presente Piano Strategico 2027-2029 si configura come documento dinamico ed evolutivo, suscettibile di aggiornamenti progressivi in funzione del consolidarsi e dell'affinamento delle informazioni disponibili, nonché del raggiungimento di un livello crescente di dettaglio nella base dati a supporto delle analisi.

Il Piano costituisce un documento programmatico dell'AO OIRM-Sant'Anna per il primo triennio di piena operatività gestionale. Il Piano non si sostituisce agli strumenti di bilancio annuali previsti dall'art. 25 del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, ma ne integra la logica programmatica, raccordando obiettivi sanitari, configurazione organizzativa, fabbisogni di personale, piano degli investimenti, assunzioni economiche e traiettoria di equilibrio. In coerenza con l'art. 3-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, la programmazione sanitaria aziendale costituisce il quadro di riferimento entro cui si articolano le scelte di investimento, il governo dei costi e l'organizzazione dei servizi.

Le assunzioni economiche, le fonti, i criteri di stima e i gradi di affidabilità di ogni dato non direttamente contabile sono sistematizzati nell'Assumption Book allegato (Allegato 1).

1.2 Il 2026 come anno di transizione

L'esercizio 2026 costituisce l'anno di primo impianto amministrativo-contabile della nuova Azienda. Al 30 giugno 2026 risultano completate le attività di primo impianto della funzione economico-finanziaria — approvazione del bilancio previsionale 2026, predisposizione del sistema amministrativo-contabile regionale — mentre il bilancio effettivo e autonomo della nuova AO decorre dal 1° gennaio 2027. Il Piano utilizza il preconsuntivo 2025 per presidio, elaborato dalla S.C. Bilancio e Gestione Economica e Finanziaria di CDSS (Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino), come riferimento primario per la costruzione della baseline economica.

1.3 Principali atti normativi di riferimento

- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. — Riordino della disciplina in materia sanitaria: organizzazione aziendale, efficacia, efficienza, economicità, funzione di programmazione e controllo di gestione.
- D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 e s.m.i. — Armonizzazione dei sistemi contabili e schemi di bilancio degli enti sanitari: conto economico preventivo, piano dei flussi di cassa, nota illustrativa, piano degli investimenti.
- D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 e D.Lgs. 23 dicembre 2022, n. 200 — Riconoscimento del carattere scientifico degli IRCCS: requisiti di equilibrio economico-finanziario (art. 6), aree tematiche e indicatori di eccellenza (Allegati 1-3).
- D.M. Salute 2 aprile 2015, n. 70 — Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera: riferimento per il dimensionamento dei presidi e per il modello hub & spoke.
- D.C.R. Piemonte n.307-27525 del 19 dicembre 2023 – Individuazione della nuova Azienda ospedaliera “Ospedale Infantile Regina Margherita” di Torino e modifica della deliberazione del Consiglio regionale 3 aprile 2012, n. 167-14087.
- D.C.R. Piemonte n. 133-26443 del 4 dicembre 2025 — Atto costitutivo della nuova AO OIRM–Sant’Anna: perimetro, mandato, raccordo con il Piano attuativo.

2. Inquadramento istituzionale e percorso costitutivo

2.1 La linea del tempo istitutiva

La costituzione dell'AO OIRM–Sant’Anna è l'esito di un percorso di programmazione regionale sviluppatosi nell'arco di oltre un decennio, che ha progressivamente ricomposto in un perimetro aziendale unitario le funzioni pediatriche, ostetrico-ginecologiche, neonatologiche e di salute della donna.

Data	Atto	Contenuto
3 apr. 2012	D.C.R. n. 167-14087	Istituzione dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino; confluiscono San Giovanni Battista, CTO, OIRM e Sant’Anna.

Data	Atto	Contenuto
25 set. 2023	D.G.R. n. 10-7463	Ridefinizione del modello organizzativo della rete pediatrica piemontese; istituzione del Comitato regionale per l'assistenza pediatrica.
19 dic. 2023	D.C.R. n. 307-27525	Individuazione della nuova AO Ospedale Infantile Regina Margherita e avvio del percorso di autonomia del presidio pediatrico rispetto all'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.
4 dic. 2025	D.C.R. n. 133-26443	Accorpamento del Presidio Sant'Anna all'AO OIRM e ridenominazione in AO OIRM–Sant'Anna; scorporo da CDSS.
1 feb. 2026	Avvio nominale AO	Decorrenza formale della nuova Azienda; messa a regime amministrativo-contabile in corso durante il 2026.
30 giu. 2026	Primo impianto contabile	Bilancio previsionale 2026 approvato; sistema amministrativo-contabile regionale predisposto.
1 gen. 2027	Piena operatività	Primo bilancio autonomo; avvio del monitoraggio trimestrale del piano strategico.

2.2 Perimetro confluito e perimetro escluso

Nell'ambito della nuova Azienda, confluiscono le attività ostetrico-ginecologiche del Presidio Sant'Anna, comprensive della ginecologia oncologica, della chirurgia ginecologica e delle attività neonatologiche. Il Piano valorizza i percorsi per la patologia mammaria come raccordo funzionale delle attività del Sant'Anna all'interno di una **Breast Unit Interaziendale** che comprenda le attività di CDSS e della nuova Azienda Ospedaliera.

2.3 Il raccordo con l'Università di Torino e le reti scientifiche

L'attività svolta presso i centri di ricerca universitari assicura all'Azienda un costante aggiornamento dell'assistenza erogata. Il raccordo con l'Università degli Studi di Torino — attraverso il Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche e il Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza — costituisce una delle leve fondamentali del percorso di candidatura IRCCS: la coproduzione scientifica, i protocolli di ricerca condivisi e la formazione di specializzandi rappresentano risorse che il Piano intende valorizzare in modo strutturato, attraverso la formalizzazione di accordi di collaborazione e la costituzione del Grant Office descritto al capitolo 10.A livello di reti europee, l'OIRM partecipa già a tre European Reference Networks (ERN): PaedCan (oncoematologia pediatrica), Endo-ERN (endocrinologia pediatrica rara) ed EURO-NMD (malattie

neuromuscolari rare). Queste reti costituiscono un requisito di eccellenza scientifica rilevante ai fini del dossier IRCCS e una fonte potenziale di progetti di ricerca europei finanziabili nell'ambito di Horizon Europe.

3. Identità clinico-strategica e posizionamento

3.1 Missione e visione

La nuova Azienda OIRM-Sant'Anna nasce, a decorrere dal 1° gennaio 2026, dall'accorpamento del Presidio Sant'Anna all'Azienda ospedaliera infantile Regina Margherita, in attuazione degli indirizzi del Piano Socio-Sanitario Regionale 2025-2030 e delle deliberazioni del Consiglio regionale in materia. Tale riorganizzazione risponde a un'evoluzione profonda dei bisogni assistenziali dell'area pediatrica e ostetrico-ginecologica, divenuti progressivamente più complessi, e si colloca in uno scenario regionale segnato da una crisi demografica strutturale: il calo delle nascite prosegue in modo consolidato e il Piemonte attraversa una nuova fase di fragilità demografica, cui si accompagnano l'aumento della domanda in ambito neuropsichiatrico e di salute mentale dell'età evolutiva (con particolare rilievo per i disturbi del neurosviluppo, i disturbi dello spettro autistico e i percorsi connessi alla disforia di genere, che trovano nell'Azienda un punto di continuità assistenziale lungo tutto l'arco dell'età evolutiva e, ove indicato, oltre) e la crescente attenzione alle differenze di genere nella cura e nella ricerca. In questo quadro, l'Azienda definisce la propria mission e la propria vision quali riferimenti stabili dell'azione strategica, in coerenza con i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

Mission L'Azienda OIRM-Sant'Anna assicura alla donna e al bambino una presa in carico unitaria, qualificata e ad alta specializzazione lungo l'intero arco della vita, dal percorso nascita all'età pediatrica e adolescenziale, integrando in un unico polo le competenze pediatriche e quelle ostetrico-ginecologiche, comprese la ginecologia oncologica e la gestione delle patologie complesse e rare. In quanto struttura del Servizio Sanitario Regionale, essa opera secondo i principi di universalismo, equità, globalità e centralità della persona, garantendo parità di accesso a fronte di uguali bisogni di salute, continuità assistenziale e personalizzazione delle cure, ponendo l'umanizzazione e la tutela della dignità del paziente, particolarmente delicate nell'ambito materno-infantile, al centro di ogni percorso clinico-assistenziale. L'Azienda esercita la propria missione coniugando in modo inscindibile le tre funzioni che ne qualificano il ruolo: l'assistenza ad alta specializzazione, la ricerca biomedica e traslazionale e la formazione dei professionisti, contribuendo così al governo clinico della rete regionale, alla riduzione della frammentazione assistenziale e alla concentrazione delle casistiche complesse nelle sedi dotate delle maggiori competenze, a garanzia dei migliori esiti di salute e della massima sicurezza per le pazienti, i neonati e bambini

Vision L'Azienda intende affermarsi quale polo materno-infantile di riferimento nazionale, riconosciuto come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), capace di porsi accanto ai modelli consolidati a livello nazionale e di competere nel panorama dei grandi istituti pediatrici e materno-infantili italiani ed europei. In coerenza con la convinzione, espressa dalla programmazione regionale, che in questa fase storica rimanere fermi significhi regredire, l'Azienda persegue uno sviluppo fondato sull'integrazione strutturale e funzionale con l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, dando vita a un sistema sanitario integrato ad alta specializzazione in cui la vicinanza fisica e la condivisione di tecnologie, infrastrutture e percorsi assicurino

continuità clinico-assistenziale. La ricerca traslazionale in ambito materno-infantile costituisce la principale leva di questo sviluppo: la rapida traduzione dei risultati della ricerca in cure innovative e personalizzate, valorizzando la medicina di precisione, la medicina di genere e le tecnologie digitali, è considerata condizione per innalzare la qualità dell'offerta, attrarre e trattenere i migliori professionisti, ridurre la mobilità sanitaria passiva e rafforzare l'attrattività del sistema sanitario regionale. L'Azienda si propone, in tal modo, di costruire nel medio-lungo periodo un'identità riconoscibile e autorevole quale casa della salute della donna e del bambino, generatrice di conoscenza, innovazione e sviluppo per la comunità regionale e per il Paese.

Valori guida L'azione dell'Azienda si fonda su un sistema di valori coerente con i principi guida del PSSR e declinato sulle specificità dell'ambito materno-infantile: la centralità del bambino, della donna e della famiglia e il loro empowerment; l'umanizzazione e la qualità dell'esperienza di cura; l'equità e la riduzione delle disuguaglianze di salute, anche di genere; l'appropriatezza clinica e organizzativa; l'innovazione e l'integrazione tra assistenza, ricerca e formazione; la sostenibilità e la responsabilità nell'impiego delle risorse pubbliche. Tali valori orientano le scelte strategiche e gli obiettivi operativi declinati nei capitoli successivi del presente Piano.

3.2 I 4 assi strategici

Il posizionamento della nuova Azienda si struttura su quattro assi complementari, che non devono essere letti in ordine gerarchico rigido, ma che hanno pesi diversi rispetto ai diversi obiettivi del Piano:

Asse 1 — Pediatria specialistica e alta complessità

L'asse della pediatria specialistica ad alta complessità costituisce il nucleo identitario dell'Azienda e il fondamento della candidatura a Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, imperniato sul Presidio OIRM. Esso risponde a un bisogno di salute che, per quanto numericamente contenuto, è tra i più complessi e a maggiore intensità assistenziale del sistema regionale: in Piemonte si registrano ogni anno tra 140 e 150 nuove diagnosi di leucemia e tumore in età 0-18 anni, casistiche che richiedono competenze, tecnologie e volumi non replicabili in modo diffuso e che la programmazione regionale impone di concentrare nelle strutture a maggiore expertise, secondo il modello Hub & Spoke, per garantire i migliori esiti e la massima sicurezza. Sul piano clinico l'asse raccoglie l'oncoematologia pediatrica, i trapianti, la cardiocirurgia e la neurochirurgia infantile, le malattie rare, la neuropsichiatria infantile e le terapie intensive, configurando un bacino di riferimento non solo regionale ma sovraregionale, già strutturato nella Rete Interregionale di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica Piemonte-Valle d'Aosta. L'ambizione dell'Azienda è affermarsi come polo pediatrico di altissima specialità riconosciuto a livello nazionale, capace di portare a compimento il percorso di riconoscimento come IRCCS in Scienze Pediatriche, di sviluppare le terapie avanzate — in primis le terapie cellulari CAR-T, autologhe e allogeniche, attraverso una struttura di produzione in standard GMP — e di tradurre la propria massa critica clinica in produzione scientifica e attrattività verso pazienti provenienti da altre regioni.

Asse 2 — Medicina materno-infantile e continuum della nascita

L'asse materno-infantile presidia il percorso che unisce la gravidanza alla nascita e ai primi giorni di vita, facendo perno sull'integrazione tra il Presidio Sant'Anna e l'OIRM. La sua rilevanza strategica nasce da un contesto demografico di particolare fragilità: il calo delle nascite prosegue in modo consolidato — in Italia i nati sono scesi

a 382.621 nel 2023, dai 401.087 del 2021 — e anche il Piemonte registra un saldo naturale strutturalmente negativo. In questo contesto la programmazione regionale punta a concentrare i parti nelle strutture dotate delle maggiori competenze, riducendo la dispersione legata alla mobilità intraregionale. Clinicamente l'asse comprende l'ostetricia e la gravidanza ad alto rischio, la perinatologia, la neonatologia e la terapia intensiva neonatale, con la presa in carico dei neonati gravemente immaturi: prestazioni ad altissima complessità, riconosciute tra le più impegnative anche sul piano del valore economico (oltre 30.000 euro per caso in ambito neonatologico). L'ambizione è consolidare il ruolo di hub regionale del percorso nascita, con un volume pari circa a 5000 parti l'anno, riferimento per le gravidanze complicate e i neonati critici, assicurando continuità clinico-assistenziale lungo l'intero percorso e contribuendo, attraverso la sicurezza e la qualità delle cure.

Asse 3 — Salute della donna e medicina di genere

L'asse dedicato alla salute della donna assume la medicina di genere come principio ordinatore e ragione strategica: non una medicina "per le donne", ma una medicina più accurata ed equa, fondata sul riconoscimento delle differenze biologiche, cliniche e sociali nella diagnosi, nella terapia e nella ricerca. La sua rilevanza è documentata da un divario di salute ormai misurabile. Le donne vivono più a lungo ma in salute peggiore, trascorrendo circa il 25% di tempo in più in cattiva salute rispetto agli uomini, e questo gap genera un costo rilevante per il sistema-Paese, stimato dal Rapporto The European House - Ambrosetti in oltre 140 miliardi di euro l'anno (pari a circa il 6,8% del PIL); per converso, colmare il divario di salute femminile produrrebbe un beneficio dell'ordine di 9 miliardi di euro annui per l'Italia, mentre il McKinsey Health Institute stima in 1.000 miliardi di dollari l'incremento potenziale del PIL mondiale al 2040. A questo si aggiunge un'ampia evidenza scientifica di disparità nei percorsi di cura: nelle malattie cardiovascolari l'infarto è diagnosticato più tardi e la mortalità post-infarto risulta superiore del 10-20% a parità di trattamento; nelle malattie neurologiche le donne rappresentano il 65% dei pazienti con Alzheimer a fronte di una ricerca preclinica condotta in oltre il 70% dei casi su modelli maschili; in farmacologia le donne sono ancora largamente sottorappresentate negli studi clinici e subiscono fino al 75% degli effetti avversi da farmaci. Nell'ambito della medicina di genere, l'asse comprende la ginecologia specialistica e oncologica, i percorsi senologici sviluppati in raccordo con la Città della Salute e della Scienza e una presa in carico organizzata "per percorsi" anziché "per reparti", articolata sulle diverse fasi della vita femminile e focalizzata sulle patologie ad alto gender gap e sui bisogni ancora insoddisfatti. Nel dare attuazione concreta a un quadro normativo già definito ma in larga parte ancora inapplicato — la Legge 3/2018, il Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere del Ministero della Salute (2019) e la Gender, Equity and Human Rights Strategy 2022-2028 dell'OMS — l'ambizione dell'Azienda è affermarsi quale centro di riferimento per la medicina della donna, integrando in modo stabile clinica e ricerca di genere, valorizzando la leva dell'IRCCS e la medicina di precisione, e generando conoscenza, innovazione e formazione di nuova generazione.

Asse 4 — Medicina della riproduzione

L'asse della medicina della riproduzione presidia la fertilità e i percorsi diagnostici a essa connessi, in un contesto in cui la domanda è strutturalmente in crescita. Le dinamiche demografiche e sociali — l'innalzamento dell'età media al primo figlio (31,6 anni) e un numero di figli per donna sceso a 1,24 — ampliano infatti il ricorso

alla procreazione medicalmente assistita e alla preservazione della fertilità, anche in connessione con i percorsi oncologici, in cui la tutela della capacità riproduttiva è divenuta parte integrante della presa in carico. Sul piano clinico l'asse comprende la procreazione medicalmente assistita di I, II e III livello, la preservazione della fertilità, la genetica medica e la diagnostica prenatale e preimpianto, ambiti che richiedono competenze altamente specialistiche, tecnologie avanzate e una stretta integrazione con la genomica clinica. L'ambizione dell'Azienda è costruire un polo di riferimento per la medicina della riproduzione capace di attrarre pazienti da fuori regione e di ridurre la mobilità passiva, utilizzando il riconoscimento come IRCCS quale leva per lo sviluppo della genomica clinica e per l'integrazione strutturale tra assistenza, diagnostica genetica e ricerca traslazionale.

4. La baseline produttiva 2025 e l'alta complessità pediatrica

I dati di attività ricovero e ambulatoriale relativi agli anni 2024 e 2025 — e, come segnale di tendenza, al I trimestre 2026 — sono estratti dai flussi ufficiali SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) e dal flusso C delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Essi costituiscono la baseline quantitativa del piano di sviluppo produttivo del capitolo 11 e il riferimento per la proiezione dei ricavi da produzione del modello economico del capitolo 12.

4.1 I dati di produzione per ricoveri: 2024, 2025 e tendenza al I trimestre 2026

La tabella che segue riporta la produzione SDO per presidio, regime di ricovero e anno. I dati 2024 e 2025 sono definitivi; il I trimestre 2026 è presentato separatamente come indicatore di tendenza.

Tabella 4.1: Produzione SDO per presidio, regime e anno

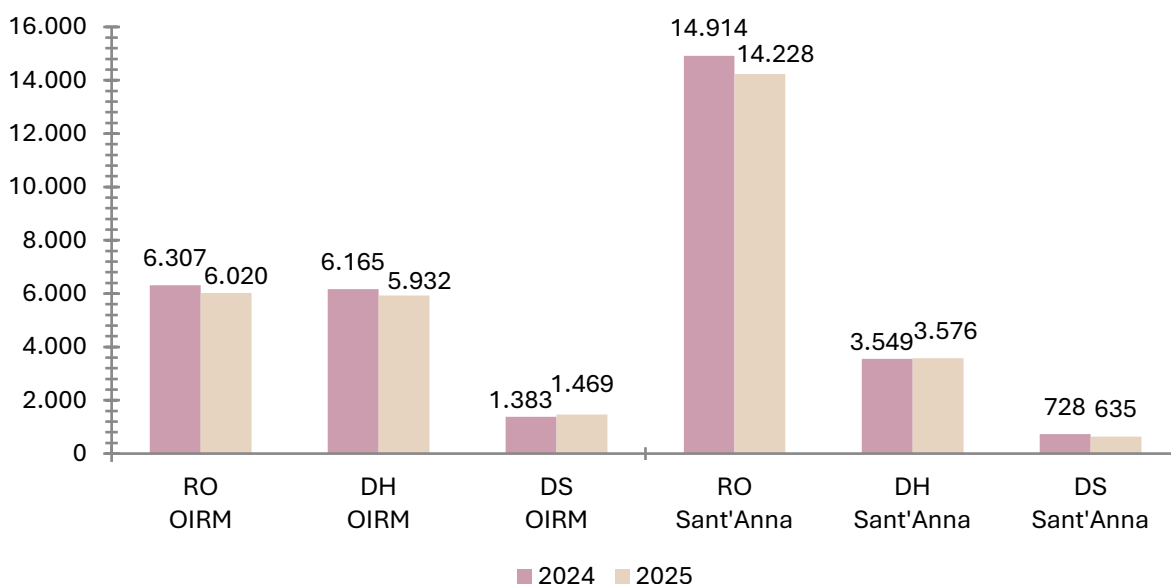
Presidio	Anno	Casi RO	Casi DH	Casi DS	Importo lordo	€/caso (DO)	€/caso (DH/DS)
OIRM (Regina Margherita)	2024	6.307	6.165	1.383	€32,69 mln	€4.317	€724
OIRM (Regina Margherita)	2025	6.020	5.932	1.469	€29,86 mln	€4.088	€710
Var. OIRM		-287 (-4,5%)	-233 (-3,8%)	+86 (+6,2%)	-€2,83 mln (-8,7%)	-5,3%	-1,9%
Sant'Anna	2024	14.914	3.549	728	€35,88 mln	€2.175	€804
Sant'Anna	2025	14.228	3.576	635	€35,52 mln	€2.255	€814
Var. Sant'Anna		-686 (-4,6%)	+27 (+0,8%)	-93 (-12,8%)	-€0,36 mln (-1,0%)	+3,7%	+1,2%
<i>Totale Azienda</i>	2024	21.221	9.714	2.111	€68,57 mln	€2.811	€753

Presidio	Anno	Casi RO	Casi DH	Casi DS	Importo lordo	€/caso (DO)	€/caso (DH/DS)
Totale Azienda	2025	20.248	9.508	2.104	€65,38 mln	€2.800	€748
Variazione 2024→2025		-973 (-4,6%)	-206 (-2,1%)	-7 (-0,3%)	-€3,19 mln (-4,7%)		

RO: Regime Ordinario; DH: Day Hospital; DS: Day Surgery

Fonte: SDO_OIRM_SANNA.xls

Produzione SDO per presidio e regime: 2024 vs 2025



La lettura integrata dei dati 2024–2025 evidenzia tre elementi di rilievo strategico.

- Asimmetria della flessione tra presidi. All'OIRM la riduzione in valore è più pronunciata (-8,7%) perché incide in modo specifico sull'alta complessità, dove il peso economico per caso è strutturalmente maggiore. Al Sant'Anna la flessione in valore è marginale (-1,0%), confermando la tenuta del presidio nella casistica ostetrica e neonatologica.
- Stabilità del valore medio per caso. Il valore medio per caso in ricovero ordinario rimane stabile: al Sant'Anna aumenta del 3,7%, segnalando che la flessione volumetrica non è accompagnata da una perdita di complessità media — si tratta di meno ricoveri, non di ricoveri più semplici.
- Crescita del Day Surgery OIRM. Il Day Surgery dell'OIRM registra un aumento dei casi (+6,2%) in controtendenza rispetto al regime ordinario, indicando una conversione verso setting meno intensivi, appropriati, coerente con le linee guida nazionali sulla chirurgia ambulatoriale.

Tabella 4.2: Confronto I trimestre 2025 vs I trimestre 2026

Presidio	Casi Q1 2025	Casi Q1 2026	Δ casi	Imp. Q1 2025	Imp. Q1 2026	Δ importo
OIRM (Regina Margherita)	3.545	3.324	-221 (-6,2%)	€8,04 mln	€7,39 mln	-€0,65 mln (-8,1%)
Sant'Anna	4.779	4.199	-580 (-12,1%)	€8,65 mln	€7,57 mln	-€1,09 mln (-12,6%)
Totale	8.324	7.523	-801 (-9,6%)	€16,69 mln	€14,96 mln	-€1,73 mln (-10,4%)

Fonte: SDO_OIRM_SANNA.xlsx.

La flessione del I trimestre 2026 è più accentuata rispetto a quella registrata sull'intero 2025, con un calo del 9,6% sul totale dei casi e del 10,4% sull'importo. Al Sant'Anna la riduzione è particolarmente marcata (-12,1% sui casi), riconducibile principalmente al calo demografico della natalità nell'area metropolitana torinese. Il monitoraggio del I semestre 2026 costituisce una priorità della governance del Piano (capitolo 13).

4.2 La produzione ambulatoriale 2024–2025 per presidio

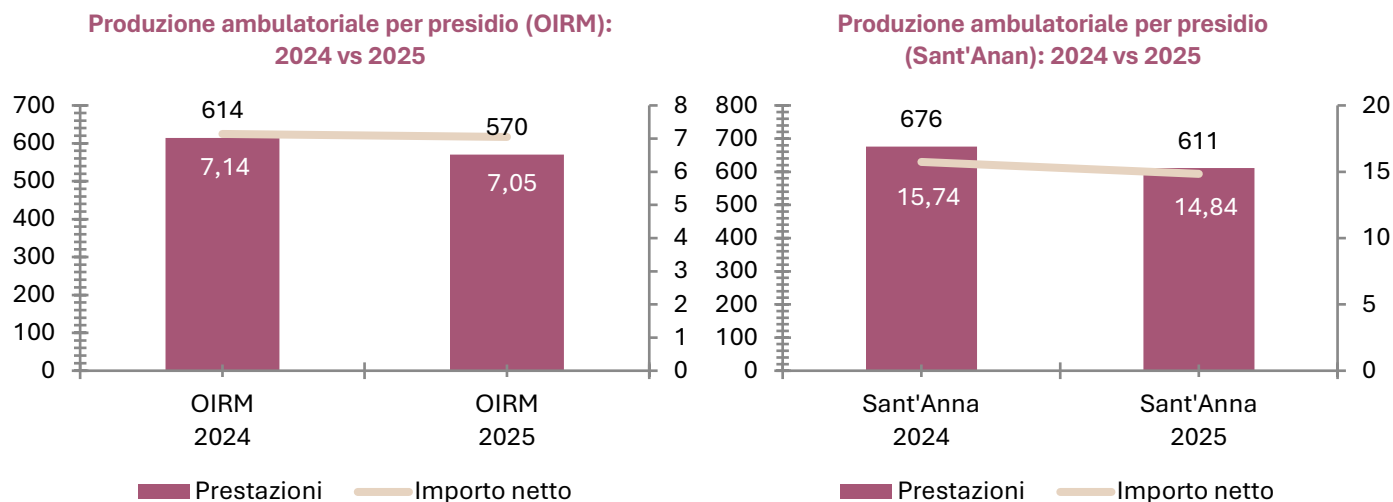
La produzione ambulatoriale dell'AO OIRM–Sant'Anna è documentata attraverso il flusso C delle prestazioni specialistiche, disponibile per entrambi i presidi. Di seguito sono riportati i dati disaggregati per OIRM e Sant'Anna, consentendo una lettura differenziata delle due realtà produttive.

Tabella 4.3: Produzione ambulatoriale per presidio e anno (flusso C e visite)

Voce	2024	Importo netto 2024 (mln)	2025	Importo netto 2025 (mln)	I trim 2026	Importo netto 2026 (mln)	Var. q.ta 24 vs 25	Var. importo 24 vs 25 (mln)
Prestazioni totali flusso C – OIRM	613.532	€7,14	570.475	€7,05	150.145	€2,02	-43.057 (-7,0%)	-€0,09 (-1,2%)
Prestazioni totali flusso C – Sant'Anna	675.992	€15,74	611.412	€14,84	159.645	€3,46	-64.580 (-9,6%)	-€0,90 (-5,7%)

Voce	2024	Importo netto 2024 (mln)	2025	Importo netto 2025 (mln)	I trim 2026	Importo netto 2026 (mln)	Var. q.ta 24 vs 25	Var. importo 24 vs 25 (mln)
Totale prestazioni – Azienda	1.289.524	€22,87	1.181.887	€21,89	309.790	€5,47	-107.637 (-8,3%)	-€0,98 (-4,3%)
...di cui: visite OIRM	94.734	€0,86	95.537	€1,07	24.533	€0,29	+803 (+0,8%)	+€0,21 (+24,9%)
...di cui visite Sant'Anna	61.518	€0,77	66.453	€1,21	16.360	€0,30	+4.935 (+8,0%)	+€0,43 (+55,9%)

Fonte: Flusso_C_Prestazioni_2024-2026, Flusso_C_Dettaglio_visite_2024-2026

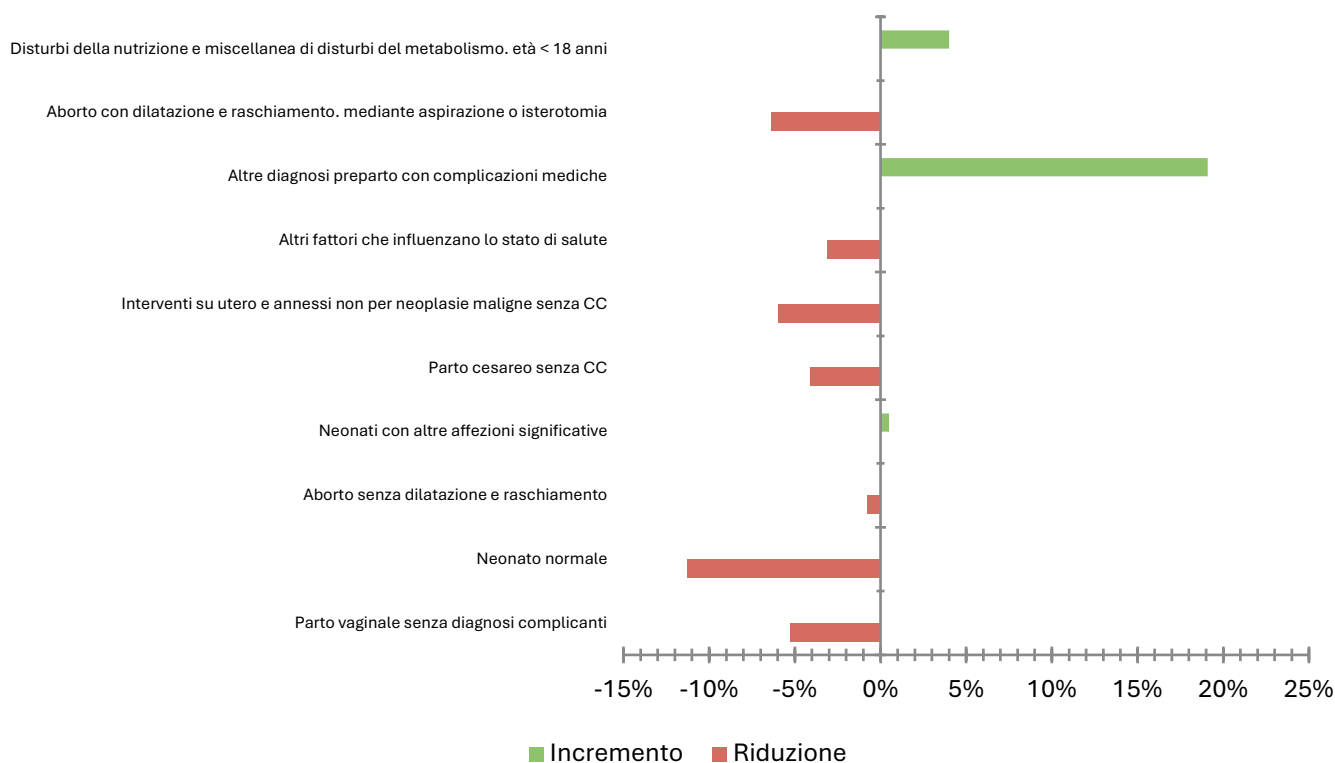


Il Sant'Anna genera quasi il doppio dell'importo netto ambulatoriale rispetto all'OIRM (€14,84 mln vs €7,05 mln nel 2025), principalmente per effetto della radioterapia (€2,75 mln, prima voce per valore) e della genetica medica/citogenetica (€2,34 mln, seconda voce). All'OIRM la genetica medica è la prima categoria per importo netto (€1,35 mln), seguita dalle visite di controllo (€0,94 mln) e dalla risonanza magnetica (€0,72 mln). In entrambi i presidi le visite ambulatoriali aumentano in volume e in valore — OIRM +0,8% in volume e +24,4% in valore; Sant'Anna +8,0% in volume e +57,1% in valore — in controtendenza rispetto alla flessione del flusso complessivo.

4.3 Interpretazione della flessione 2024–2025

La flessione registrata non costituisce un segnale di perdita strutturale di posizionamento competitivo, ma riflette quattro fattori distinti, di cui il Piano prende atto esplicitamente per costruire obiettivi di recupero credibili. La lettura per DRG mostra infatti che la contrazione non è distribuita in modo uniforme sull'intera produzione aziendale, ma si concentra prevalentemente in alcuni raggruppamenti ad alto volume dell'area ostetrico-neonatale e ginecologica, tra cui parto vaginale senza diagnosi complicanti, neonato normale, parto cesareo senza CC e alcune prestazioni ginecologiche programmate, mentre si osservano incrementi selettivi in DRG a maggiore complessità o diversa composizione clinica, quali le diagnosi preparto con complicazioni mediche. In tale quadro, la riapertura del Centro Nascite rappresenta una leva rilevante per il recupero dei volumi fisiologici e per la gestione appropriata dei parti senza complicanze, consentendo al contempo di preservare la vocazione specialistica sui percorsi ostetrico-neonatali a maggiore complessità.

Scomposizione variazione importo SDO 2024→2025 (mln €)



Alla luce delle evidenze riportate, la flessione 2024-2025 può essere ricondotta a un insieme di fattori produttivi, organizzativi e di domanda, che incidono in misura diversa sui volumi aziendali e che richiedono interventi distinti nel Piano. In particolare, si individuano quattro cause strutturali:

- **Criticità strutturale blocco operatorio Sant'Anna.** Il Blocco Operatorio Bassa Complessità è stato interessato da lavori urgenti con chiusura temporanea di alcune sale e riduzione delle sedute programmate, con un impatto stimato di circa 600–800 ricoveri chirurgici. L'effetto è visibile nella

riduzione del Day Surgery al Sant'Anna (-93 casi, -12,8%) e nella contrazione della chirurgia ginecologica programmata (-78 casi DRG 359). La ristrutturazione e il ripristino della piena capacità operatoria costituiscono la Priorità 1 del piano degli investimenti (cap. 9).

- **Carenza di anestesisti e infermieri.** La difficoltà di reclutamento di anestesisti e infermieri— comune all'intero SSN — ha limitato l'accesso alle sale operatorie e ha inciso in particolare sull'attività chirurgica programmata di entrambi i presidi. Il fabbisogno di personale del capitolo 8 include questa priorità di reclutamento.
- **Calo strutturale della natalità.** L'area metropolitana torinese registra un tasso di fecondità in declino costante (1,14 figli per donna in Piemonte nel 2024, fonte ISTAT, comunicato febbraio 2025). La riduzione dei parti al Sant'Anna (-128 unità nel I trimestre 2026 vs I trimestre 2025, -10,2%) riflette questa tendenza demografica, che il Piano non può invertire ma compensa con lo sviluppo della complessità neonatologica, della PMA e della ginecologia oncologica.
- **Flessione dei trapianti di midollo osseo (da 41 a 23 casi).** Il calo è in parte imputabile alla transizione organizzativa e alla riorganizzazione del percorso di terapia cellulare avanzata, non a una perdita di capacità. Il recupero dei volumi di trapianto costituisce una priorità strategica esplicita per il 2027, con impatto diretto sulla candidatura IRCCS e sul valore del DRG (€63.677/caso).

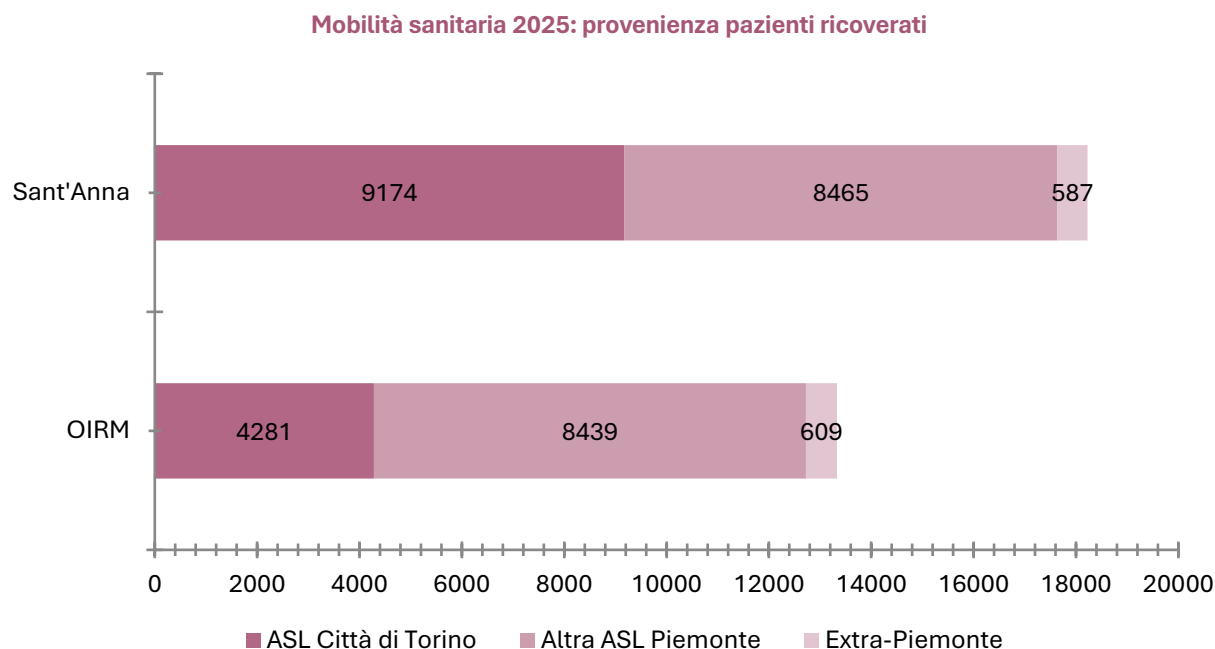
4.4 La mobilità sanitaria: l'Azienda come hub sovraregionale

Un elemento qualificante della produzione dell'AO OIRM–Sant'Anna è la quota di pazienti provenienti da fuori ASL Città di Torino. La tabella di seguito documenta il ruolo dell'Azienda come polo di riferimento regionale e sovraregionale, costituendo una delle evidenze più solide a supporto della candidatura IRCCS.

Tabella 4.4: Mobilità sanitaria per presidio, anno 2025

Presidio	ASL Città di Torino	Altra ASL Piemontese	Extra-Piemonte	Totale casi	% extra-ASL CdT
OIRM (Regina Margherita)	4.281 (31,9%)	8.439 (62,9%)	609 (4,5%)	13.421	68,1%
Sant'Anna	9.174 (49,8%)	8.465 (45,9%)	587 (3,2%)	18.439	50,2%
Totale Azienda	13.455 (42,2%)	16.904 (53,1%)	1.196 (3,8%)	31.860	57,8%

Fonte: SDO_OIRM_SANNA.xls



L'OIRM esprime il dato di mobilità più significativo: il 68,1% dei pazienti proviene da fuori ASL Città di Torino. I bacini principali sono ASL TO3 (2.250 casi), ASL TO4 (1.855 casi), ASL TO5 (1.473 casi) e ASL CN1 (985 casi). La componente extra-piemontese — 609 casi all'OIRM e 587 al Sant'Anna — documenta un'attrattività sovraregionale per le casistiche più rare e complesse, coerente con il ruolo di hub della rete interregionale Piemonte-Valle d'Aosta per l'oncoematologia pediatrica.

Il dato di mobilità del Sant'Anna — con il 45,9% dei pazienti da ASL piemontesi extra-Torino — è altrettanto rilevante: non si tratta di emergenze trasferite ma di scelte programmate, che attestano un posizionamento competitivo reale nel sistema sanitario regionale. I bacini principali sono ASL TO3 (2.919 casi), TO4 (2.330 casi) e TO5 (1.955 casi).

4.5 L'alta complessità OIRM: la base empirica della candidatura IRCCS

I dati SDO 2025 identificano nell'OIRM un valore importante della casistica ad alta complessità e che costituisce la base empirica su cui poggiano sia il percorso IRCCS sia il piano di valorizzazione economica. Si tratta di 765 casi complessivi, concentrati in otto tipologie di prestazione che condividono un profilo comune: bassa numerosità, elevatissima intensità assistenziale e un valore economico per caso che non trova equivalenti nel resto della produzione aziendale. La Tabella 4.5 evidenzia in particolare due cluster. Il primo, a maggiore volume, è quello oncoematologico: la chemioterapia con leucemia acuta (301 casi, €1,32 mln) e la leucemia acuta <18 anni (226 casi, €0,89 mln) costituiscono insieme la base produttiva su cui si fondano i percorsi di terapia cellulare avanzata e i trial CAR-T, mentre il trapianto di midollo osseo, pur limitato a 23 casi, genera un valore di €63.677 per caso e viene classificato come IRCCS core. Il secondo cluster, a minore volume ma a valore unitario estremo, riguarda la casistica critica e cardiocirurgica: l'ossigenazione ECMO/tracheostomia (7 casi, €54.513/caso) e,

soprattutto, il trapianto di cuore o l'assistenza ventricolare (3 casi, €209.438/caso), prestazione che l'Azienda eroga in condizione di unicità regionale. Tra questi estremi si collocano la craniotomia pediatrica (113 casi), gli altri interventi cardiotoracici (58 casi) e l'artrodesi vertebrale complessa (34 casi), che attestano la presenza stabile di una piattaforma di neurochirurgia e chirurgia ortopedica ad alta complessità. È proprio questa combinazione di rarità clinica, intensità di cura e unicità regionale, e non un singolo indicatore di volume, a costituire la base empirica più solida della candidatura IRCCS dell'OIRM.

Tabella 4.5: Alta complessità OIRM: casi 2025 e rilevanza IRCCS

DRG / tipologia	Casi 2025	Importo 2025	€/caso	Rilevanza IRCCS / strategica	Area clinica
Chemioterapia + leucemia acuta	301	€1,32 mln	€4.393	Oncoematologia, base trial CAR-T	Oncologica
Leucemia acuta <18 anni	226	€0,89 mln	€3.948	Oncoematologia pediatrica	Oncologica
Craniotomia <18 anni	113	€1,04 mln	€9.157	Neurochirurgia pediatrica	Neurologica
Altri interventi cardiotoracici	58	€1,19 mln	€20.527	Cardiochirurgia pediatrica elettiva e urgente	Cardiologica
Artrodesi vertebrale complessa <18 anni	34	€0,67 mln	€19.545	Chirurgia spinale pediatrica	Ortopedica
Trapianto di midollo osseo	23	€1,47 mln	€63.677	IRCCS core, terapia cellulare avanzata	Oncologica, Immunologica
Ossigenazione ECMO/tracheostomia	7	€0,38 mln	€54.513	Terapia intensiva pediatrica estrema	Critica
Trapianto di cuore/assist. Ventricolare	3	€0,63 mln	€209.438	Cardiochirurgia estrema, unico in regione	Cardiologica

Fonte: SDO_OIRM_SANNA.xlsx

4.6 L'alta complessità Sant'Anna: il continuum materno-neonatale

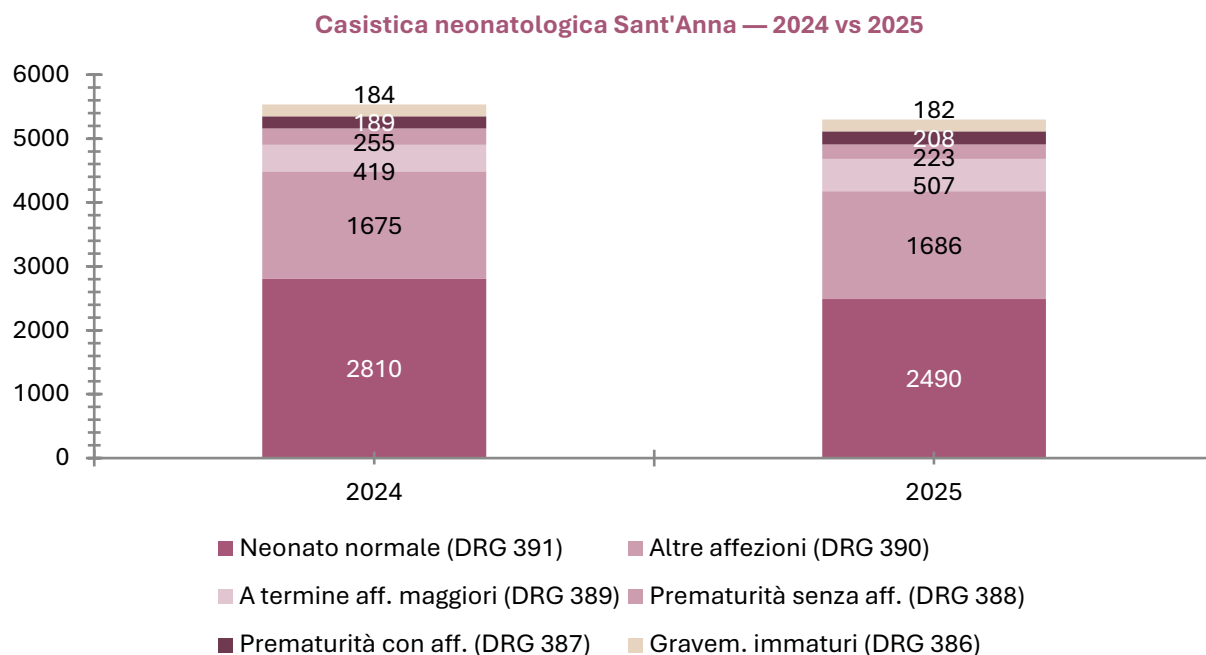
Il Presidio Sant'Anna è il principale ospedale ostetrico-ginecologico del Piemonte e il polo regionale per la gestione delle gravidanze ad alto rischio e della prematurità. I dati SDO 2025 documentano una casistica neonatologica ad alta complessità che è parte integrante del percorso IRCCS pediatrico. La Tabella 4.6 articola la produzione 2025 in tre macroaree, per un totale di 11.604 casi, che insieme descrivono il continuum materno-neonatale del presidio. L'area dei parti, con 4.965 casi e €8,53 mln di importo, conferma la fisiologia ostetrica come base produttiva del presidio, con un valore per caso compreso tra €1.327 per il parto vaginale senza complicanze e €2.980 per il parto cesareo con complicanze maggiori, a indicare un gradiente di intensità assistenziale già presente nella sola attività di parto. L'area neonatologica, con 5.296 casi e €15,23 mln di importo, è quella a maggiore eterogeneità di complessità: dal neonato normale (2.490 casi, €558/caso) si sale progressivamente fino ai neonati gravemente immaturi con sindrome da distress respiratorio (182 casi, €30.818/caso), un valore per caso secondo solo, nell'intera produzione aziendale, al trapianto cardiaco e all'ECMO dell'OIRM descritti al paragrafo 4.5. Infine, l'area della ginecologia e dell'oncologia chirurgica, con 1.343 casi e €3,44 mln di importo, comprende sia la casistica oncologica più rara e ad alto valore unitario (interventi per neoplasie maligne dell'ovaio, 84 casi a €6.205/caso) sia la chirurgia ginecologica di base. È questa combinazione tra alti volumi a complessità contenuta e una quota crescente di casistica ad altissima intensità assistenziale a rendere il Sant'Anna un pilastro economico e clinico del percorso IRCCS pediatrico dell'intera Azienda.

Tabella 4.6: Casistica ostetrica, neonatologica e ginecologica Sant'Anna: casi 2025

DRG / tipologia	Casi 2025	Importo 2025	€/caso
PARTI			
Parto vaginale senza diagnosi complicanti (DRG 373)	2.930	€3,89 mln	€1.327
Parto cesareo senza CC (DRG 371)	1.294	€2,98 mln	€2.306
Parto vaginale con diagnosi complicanti (DRG 372)	440	€0,76 mln	€1.721
Parto cesareo con CC (DRG 370)	301	€0,90 mln	€2.980
Totale parti (DRG 370–373)	4.965	€8,53 mln	—
NEONATOLOGIA			
Neonati gravemente immaturi / distress resp. (DRG 386)	182	€5,61 mln	€30.818
Prematurità con affezioni maggiori (DRG 387)	208	€2,96 mln	€14.235
Prematurità senza affezioni maggiori (DRG 388)	223	€1,22 mln	€5.477

DRG / tipologia	Casi 2025	Importo 2025	€/caso
Neonati a termine con affezioni maggiori (DRG 389)	507	€2,06 mln	€4.069
Neonati con altre affezioni significative (DRG 390)	1.686	€1,99 mln	€1.185
Neonato normale (DRG 391)	2.490	€1,39 mln	€558
GINECOLOGIA E ONCOLOGIA CHIRURGICA			
Interv. utero/annessi neoplasie maligne ovaio (DRG 357)	84	€0,52 mln	€6.205
Interv. utero/annessi neoplasie maligne n.a.s. (DRG 355)	83	€0,30 mln	€3.664
Interv. utero/annessi non per neoplasie (DRG 359)	1.176	€2,62 mln	€2.224

Fonte: SDO_OIRM_SANNA.xls



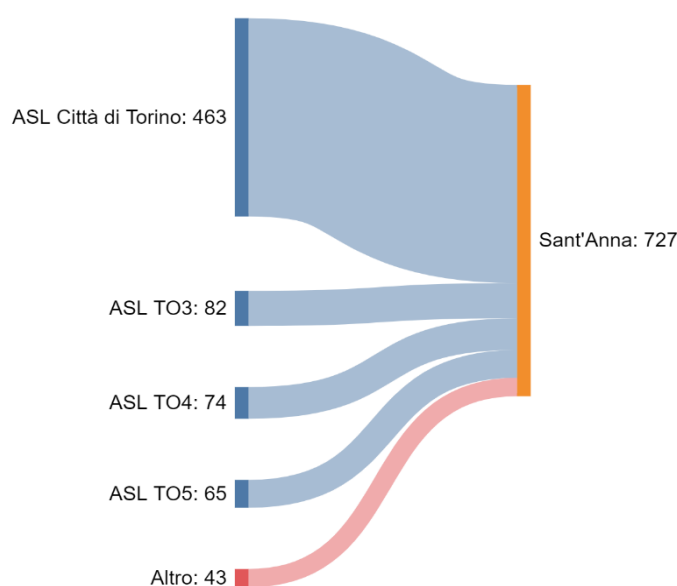
Tre dinamiche meritano evidenza.

- **Riduzione dei parti concentrata sulla fisiologia.** La contrazione è prevalente sui parti vaginali senza complicazioni (-165 casi DRG 373), mentre le categorie ad alta complessità ostetrica rimangono stabili. Questo conferma il ruolo hub del Sant'Anna per le gravidanze a rischio.

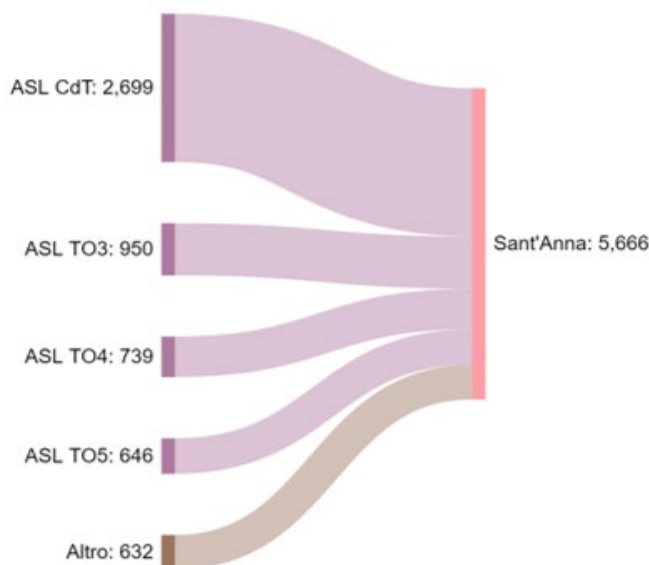
- **Aumento della complessità neonatologica.** I neonati a termine con affezioni maggiori aumentano del 21% (419→507 casi, +€0,34 mln); la prematurità con affezioni maggiori cresce del 10% (189→208 casi). Il valore per caso nei neonati gravemente immaturi sale da €30.442 a €30.818, segnalando intensità assistenziale crescente.
- **Crescita della ginecologia oncologica.** Gli interventi per neoplasie maligne dell'ovaio aumentano del 45% (58→84 casi, +€0,19 mln), confermando la ginecologia oncologica come area di sviluppo a più alto valore aggiunto del Sant'Anna.

Il valore economico per caso nel segmento neonatologico di alta complessità (€30.818/caso per DRG 386) è tra i più elevati dell'intera produzione aziendale, secondo solo al trapianto cardiaco OIRM (€209.438/caso) e all'ECMO (€54.513/caso). Il Sant'Anna genera nel 2025 circa €13,6 mln di importo lordo nella sola componente neonatologica (DRG 386–391), cifra che rappresenta il pilastro economico del presidio e la base per il percorso IRCCS pediatrico dell'intera Azienda.

È opportuno evidenziare, inoltre, che i dati di mobilità attiva del Sant'Anna registrano importanti flussi in entrata, più nello specifico per la gestione di tumori alla mammella e dei parti.



La distribuzione dei casi evidenzia una prevalenza netta dell'ASL Città di Torino, che rappresenta la principale area di alimentazione del presidio. Le provenienze dalle altre ASL torinesi risultano più contenute e configurano un bacino di accesso prevalentemente metropolitano, con una componente extra-cittadina selettiva. Il dato restituisce quindi un'attività fortemente radicata nel contesto urbano, coerente con la funzione del Sant'Anna quale presidio di riferimento per la domanda ostetrico-ginecologica e materno-neonatale dell'area torinese.



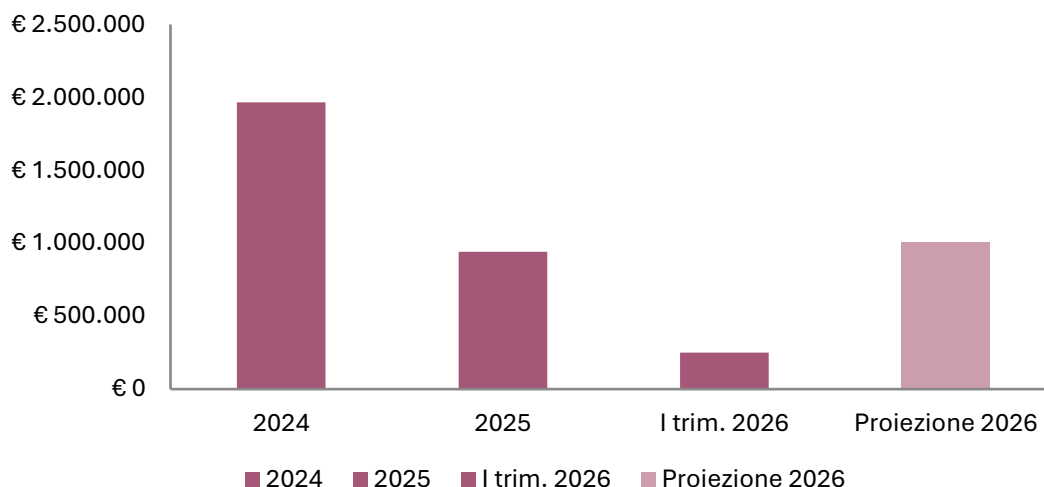
La composizione delle provenienze mostra un bacino di utenza più ampio e distribuito, con una quota rilevante di casi provenienti da ASL diverse dalla Città di Torino. In particolare, i volumi riferibili a TO3, TO4, TO5 e agli altri territori evidenziano una capacità di attrazione che supera il solo perimetro metropolitano e conferma il ruolo del Sant'Anna nei percorsi a maggiore complessità della rete regionale. Il dato è coerente con una funzione hub, nella quale il presidio concentra casistiche provenienti da più ambiti territoriali del Piemonte.

Fonte: Programmazione Nazionale Esiti – PNE, AGENAS, sezione “Aree ospedaliere”.

4.7 La genetica medica come piattaforma produttiva in crescita strutturale

La genetica medica rappresenta una piattaforma produttiva ad alta intensità specialistica e ad elevata valorizzazione unitaria, con un ruolo rilevante nel posizionamento dell'OIRM all'interno della rete regionale. Dall'analisi dei dati al 2025, infatti, l'OIRM ha erogato 2.731 prestazioni di genetica medica, per un importo regionale complessivo pari a circa 942 mila euro e un valore medio riconosciuto di circa 345 euro per prestazione. Nel I trimestre del 2026 si registrano 566 prestazioni, per un importo regionale pari a circa 251 mila euro; applicando una proiezione annua lineare si può stimare di arrivare a circa 1,0 milioni di euro, con un incremento stimato del 6,7% rispetto al 2025.

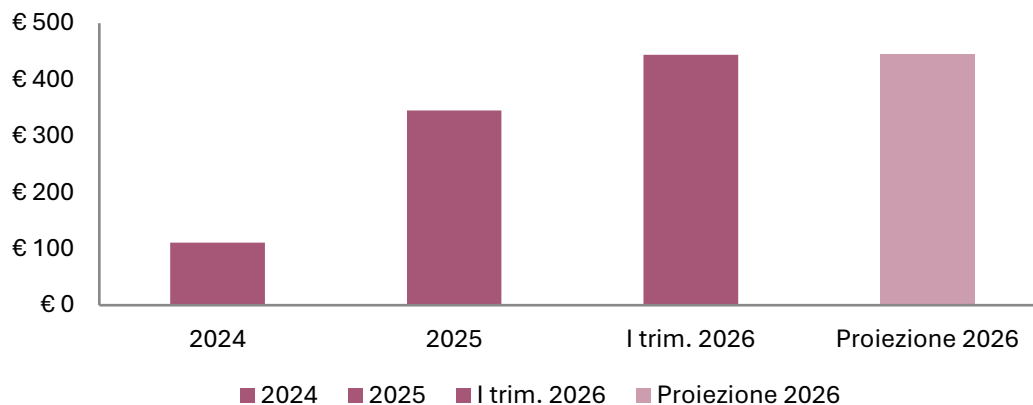
Genetica medica OIRM: importo regionale e proiezione 2026



Fonte: Prestazioni_C5_genetica_medica

L'evidenza più rilevante non è quindi la crescita dei volumi, che risulta da monitorare, ma la progressiva ricomposizione verso prestazioni a maggiore valore medio. L'importo regionale medio per prestazione passa da circa 345 euro nel 2025 a circa 444 euro nel I trimestre 2026, segnalando un rafforzamento della componente specialistica e della complessità prestazionale. In particolare, le prestazioni riconducibili ai codici G1 e G2 concentrano la quota prevalente del valore economico: nel 2025 le prime tre prestazioni per importo regionale rappresentano circa il 71% del valore complessivo, mentre nel I trimestre 2026 tale incidenza sale a circa il 74%.

Genetica medica OIRM: importo medio regionale e proiezione 2026



Fonte: Prestazioni_C5_genetica_medica

Va tuttavia precisato che il confronto 2024–2025 deve essere interpretato con cautela, poiché nel 2024 prevalgono codifiche del vecchio catalogo, mentre dal 2025 compaiono codici G1/G2. Pertanto, il dato 2024 non è direttamente confrontabile a livello di singolo codice prestazione. Ai fini del Piano, la lettura più solida è quella del biennio 2025–2026, che mostra una piattaforma a valore unitario crescente e potenzialmente rilevante per il rafforzamento del posizionamento specialistico dell'AO OIRM – Sant'Anna.

5. Benchmark con realtà paragonabili

5.1 Premessa metodologica e criteri di selezione

Il presente capitolo individua un panel di istituti di ricerca e cura a carattere scientifico (IRCCS) a vocazione pediatrica e materno-infantile, selezionati come termini di confronto per la programmazione 2027-2029 dell'Azienda OIRM-Sant'Anna. Il criterio di selezione privilegia la comparabilità clinico-scientifica con il profilo dell'Azienda: pediatria ad alta complessità, malattie rare, oncoematologia e terapie avanzate, neurochirurgia, cardiocirurgia, neonatologia e terapia intensiva neonatale, oltre alla componente materno-infantile e ostetrico-ginecologica propria del Presidio Sant'Anna.

Il panel di riferimento comprende l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer IRCCS di Firenze, l'IRCCS Istituto Giannina Gaslini di Genova e l'IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste. Si tratta dei tre istituti pediatrici e materno-infantili italiani che hanno conseguito il riconoscimento di carattere scientifico in ambito pediatrico e che presentano, in misura diversa, un'organizzazione della ricerca, una rete di relazioni nazionali ed europee e un modello di finanziamento assimilabili a quello a cui l'Azienda intende tendere nel percorso di accreditamento IRCCS descritto al capitolo 10.

Per ciascun istituto il confronto considera quattro dimensioni omogenee: la dimensione clinico-produttiva (volumi di ricovero, posti letto, attività ambulatoriale e di pronto soccorso, mobilità sanitaria), la dimensione scientifica (linee di ricerca IRCCS, pubblicazioni, impact factor, trial clinici, finanziamenti della ricerca), la dimensione infrastrutturale (Direzione Scientifica, Grant Office, Clinical Trial Office, trasferimento tecnologico, biobanche) e la dimensione economico-finanziaria e di fundraising (valore e costi della produzione, risultato d'esercizio, 5x1000, fondazioni di raccolta fondi). I dati sono tratti dai bilanci d'esercizio 2024, dalle relazioni sulla gestione e dalla documentazione istituzionale pubblicamente disponibile di ciascun istituto; ove il dato pubblico non sia omogeneo tra gli istituti, il Piano lo segnala esplicitamente.

5.2 AOU Meyer IRCCS – Firenze

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze è stata riconosciuta IRCCS nella disciplina di pediatria con decreto del Ministero della Salute del 2 agosto 2022. È il benchmark più rilevante come ospedale pediatrico IRCCS ad alta specializzazione, con una forte integrazione tra assistenza, ricerca, trial clinici, reti europee, oncoematologia, neuroscienze, malattie rare e neonatologia complessa: un profilo molto prossimo a quello su cui l'Azienda OIRM-Sant'Anna fonda la propria candidatura.

Sul piano clinico-produttivo, nel 2024 il Meyer registra 8.767 dimessi in ricovero ordinario, con un peso medio DRG di 0,90, un tasso di utilizzo dei posti letto ordinari dell'85,2% e un'attrazione extraregionale sui ricoveri ordinari e in day hospital del 23,85%. L'attività ambulatoriale raggiunge circa 866 mila prestazioni e gli accessi di pronto soccorso sono 40.456, con un tasso di ricovero da PS dell'8,69%.

Per la programmazione triennale 2025-2027 il Ministero della Salute ha approvato per il Meyer tre linee di ricerca IRCCS: Pediatria internistica e dell'emergenza, Neuroscienze e Genetica umana, Chirurgia e Oncoematologia pediatrica, aree direttamente confrontabili con il posizionamento di OIRM su malattie rare, oncoematologia, terapie avanzate e neurochirurgia. Nel 2024 il Meyer dichiara circa 650 pubblicazioni (+20% sul 2023), con un

Impact Factor Normalizzato di 1.073,96, e 119 nuovi studi clinici approvati (+35%), di cui 75 multicentrici e 42 con collaborazioni internazionali; il portafoglio di trasferimento tecnologico conta 11 brevetti o famiglie di brevetto attivi. I contributi complessivi per la ricerca nel 2024 ammontano a circa 4,28 milioni di euro, di cui 2,71 milioni dal Ministero della Salute.

Il Meyer dispone di una Direzione Scientifica strutturata, che integra il Coordinamento Ricerca, la Biblioteca, la Biobanca, il Clinical Trial Office, il Grant Office, il trasferimento tecnologico, il digital health e un Data Analytics Center & AI: un modello organizzativo di riferimento per il Grant Office descritto al paragrafo 10.4. Sul piano economico-finanziario, il Meyer chiude il 2024 con un valore della produzione di circa 174 milioni di euro, costi della produzione per circa 171,6 milioni e un risultato d'esercizio negativo per circa 3,3 milioni.

La comparabilità con OIRM-Sant'Anna è molto alta per pediatria ad alta complessità, malattie rare, oncoematologia, neuroscienze e neonatologia, mentre risulta parziale per la cardiochirurgia, gestita dal Meyer in un modello interaziendale con la Fondazione Monasterio, e bassa per la ginecologia oncologica e la medicina di genere, aree per le quali il confronto è integrato con gli altri benchmark del panel.

5.3 IRCCS Istituto Giannina Gaslini – Genova

L'Istituto Giannina Gaslini di Genova è un IRCCS di diritto pubblico, riconosciuto per il carattere scientifico nella disciplina materno-infantile nel 2021 e successivamente individuato, nel 2023, nell'area tematica della pediatria. È il benchmark più solido del panel per modello IRCCS pediatrico e materno-infantile integrato, ricerca clinica e traslazionale, malattie rare, oncoematologia e terapie cellulari, neurochirurgia, cardiochirurgia, neonatologia e terapia intensiva neonatale, organizzazione della ricerca e relazione tra ospedale, fondazione e comunità dei donatori; risulta invece meno sovrapponibile come riferimento specifico per la ginecologia oncologica e la medicina di genere.

Le fonti pubbliche indicano per il Gaslini un ordine di grandezza di circa 26-29 mila ricoveri annui e circa 700 mila prestazioni ambulatoriali annue. Il progetto Nuovo Gaslini, attualmente in corso, prevede un assetto complessivo di 475 posti letto tra degenza ordinaria, day hospital, day surgery e posti tecnici; il solo Padiglione Zero conterrà 219 posti letto, di cui 70 per terapia intensiva e semi-intensiva neonatale/pediatrica, 12 sale operatorie e 5 sale parto. La mobilità attiva da fuori regione è significativa: nel 2024 il 32,54% dei ricoveri (11.151 casi) e il 23,76% degli accessi ambulatoriali hanno riguardato pazienti provenienti da fuori Liguria, una proporzione di mobilità sovraregionale assimilabile a quella documentata per OIRM al paragrafo 4.4.

Sul piano scientifico, il Gaslini ha prodotto nel 2024 537 pubblicazioni, con un Impact Factor JCR complessivo di 2.940,8 (485 pubblicazioni e IF di 3.427,8 nel 2023). I contributi per la ricerca nel 2024 ammontano a circa 19,65 milioni di euro, in larga parte derivanti dal Ministero della Salute per Ricerca Corrente e Ricerca Finalizzata; negli ultimi quattro anni la Direzione Scientifica ha distribuito circa 15 milioni di euro di fondi 5x1000 tramite bandi competitivi interni, finanziando 49 progetti di ricerca. Le funzioni a supporto della ricerca comprendono Direzione Scientifica, Grant Office, Clinical Trial Center, un'Unità di Fase I pediatrica, bioinformatica clinica, trasferimento tecnologico e biobanche.

Il modello Gaslini è inoltre il riferimento più rilevante del panel per il rapporto tra ospedale, fondazione storica, fondazione di raccolta fondi e comunità dei donatori: nel 2025 risultano 86.285 scelte di 5x1000 per un importo erogabile di circa 4,59 milioni di euro, e il Bilancio Sociale 2024 della fondazione Gaslininsieme riporta entrate da raccolta fondi per 3,62 milioni di euro destinate a ricerca, cure, accoglienza e innovazione. Sul piano economico, il bilancio consuntivo 2024 presenta un valore della produzione di circa 250,9 milioni di euro e costi della produzione per circa 260,3 milioni, con un risultato d'esercizio negativo per circa 16,8 milioni.

5.4 IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo – Trieste

L'IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste è un IRCCS di diritto pubblico, qualificato come ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino, con riconoscimento scientifico confermato nel 2024 nell'area pediatrica e una storia di riconoscimento nella disciplina materno-infantile. È il benchmark più diretto del panel per il continuum materno-neonatale proprio del Presidio Sant'Anna, pur presentando una dimensione complessiva inferiore rispetto a Meyer e Gaslini.

Nel 2024 il Burlo registra 9.225 ricoveri al netto dei neonati sani, con una degenza media in ricovero ordinario di 4,07 giorni e un tasso di occupazione dei posti letto ordinari del 70,01%; i ricoveri complessivi, inclusi i neonati sani, sono 10.162, di cui 6.589 ordinari e 3.573 in day hospital. Le prestazioni ambulatoriali totali sono 257.739, in crescita sull'anno precedente, e gli accessi di pronto soccorso sono 25.320. Al 31 dicembre 2024 l'istituto dispone di 128 posti letto/posti tecnici, di cui 97 ordinari e 22 DH/DS, distribuiti tra neonatologia, terapia intensiva neonatale, oncoematologia pediatrica, clinica e chirurgia pediatrica, ostetricia e ginecologia. La mobilità extraregionale genera ricavi per circa 5,57 milioni di euro su un totale di 33,42 milioni da mobilità sanitaria. Il Burlo è un IRCCS monotematico di area pediatrica; per il ciclo 2025-2027 le linee di ricerca sono dedicate alla salute feto-neonatale, alle scienze mediche e chirurgiche dell'infanzia e dell'adolescenza e all'innovazione diagnostica avanzata. Nel 2024 risultano 215 pubblicazioni rendicontate al Ministero della Salute, con un Impact Factor normalizzato consolidato 2023 di 1.393,84, superiore alla soglia ministeriale per l'area pediatrica. Sono attivi 36 trial clinici multicentrici, con 3.314 pazienti reclutati negli ultimi cinque anni; i contributi per la ricerca nel 2024 ammontano a circa 15,89 milioni di euro. Il fundraising, alimentato anche da 35 progetti finanziati con il 5x1000 nel 2024 per oltre 814 mila euro, è destinato in particolare a tecnologie diagnostiche e chirurgiche, contratti per giovani ricercatori e progetti di umanizzazione delle cure, tra cui foresterie per i genitori e supporto psicologico.

Il bilancio 2024 del Burlo presenta un valore della produzione di circa 98,2 milioni di euro, costi della produzione per circa 95,5 milioni e un risultato d'esercizio positivo, seppure contenuto, pari a circa 15.600 euro: l'unico tra i tre benchmark a chiudere il 2024 in equilibrio.

5.5 Tavola di sintesi comparativa

La Tavola 5.5 riepiloga, per i tre istituti del panel, gli indicatori 2024 omogenei sul piano della comparabilità pubblica: dimensione clinico-produttiva, produzione scientifica, finanziamenti della ricerca ed esito economico. I valori non includono le voci per cui non è disponibile una base pubblica omogenea tra gli istituti, in particolare DRG puntuali, valorizzazioni per disciplina e volumi per singola piattaforma strategica.

Tabella 5.5: Confronto sintetico tra i benchmark IRCCS pediatrici e materno-infantili (dati 2024)

Indicatore 2024	AOU Meyer (FI)	IRCCS Gaslini (GE)	IRCCS Burlo Garofolo (TS)
Ricoveri/dimessi	8.767	26.000-29.000 (stima)	10.162
Posti letto	173,82 (medi)	475 (assetto Nuovo Gaslini)	128
Prestazioni ambulatoriali	≈866.000	≈700.000	257.739
Mobilità extraregionale	23,85% ricoveri+DH	32,54% ricoveri	16,6% ricavi mobilità
Pubblicazioni scientifiche	≈650 (+20%)	537	215
Impact Factor / IF normalizzato	1.073,96	2.940,8 (JCR)	1.393,84
Trial clinici attivi/approvati	119 nuovi studi (+35%)	n.d. puntuale	36 multicentrici attivi
Contributi ricerca	€ 4,28 mln	€ 19,65 mln	€ 15,89 mln
Valore della produzione	€ 174,03 mln	€ 250,86 mln	€ 98,19 mln
Costi della produzione	€ 171,62 mln	€ 260,32 mln	€ 95,53 mln
Risultato d'esercizio	-€ 3,33 mln	-€ 16,79 mln	+€ 15,6k

Fonte: elaborazione su bilanci d'esercizio 2024, relazioni sulla gestione e documentazione istituzionale pubblica di AOU Meyer, IRCCS Gaslini e IRCCS Burlo Garofolo. I dati relativi a Gaslini su ricoveri e risultato d'esercizio sono indicati come ordine di grandezza in assenza di un dato puntuale pubblico omogeneo con gli altri due istituti.

5.6 Implicazioni per il Piano Strategico OIRM – Sant'Anna

Il confronto con i tre benchmark restituisce un quadro coerente con gli obiettivi del Piano. In termini dimensionali, l'Azienda si colloca in una posizione intermedia tra il Burlo, più contenuto ma in equilibrio economico, e Meyer e Gaslini, di dimensione e produzione scientifica superiori ma entrambi in disequilibrio di bilancio nel 2024 — con un disavanzo rispettivamente di circa 3,3 e 16,8 milioni — una condizione che rafforza la scelta del Piano di perseguire crescita della complessità e ricerca senza rinunciare al percorso di equilibrio economico-finanziario descritto al capitolo 12.

- Organizzazione della ricerca. I tre benchmark dispongono tutti di una Direzione Scientifica strutturata con Grant Office, Clinical Trial Office/Center e funzioni di trasferimento tecnologico: un modello organizzativo di riferimento diretto per il Grant Office che il Piano intende costituire (paragrafo 10.4).
- Mobilità sovraregionale come misura di attrattività. Sia Meyer (23,85%) sia Gaslini (32,54%) presentano quote di mobilità attiva extraregionale superiori al 20%, confermando che l'attrazione di pazienti da altre regioni è una componente strutturale, e non episodica, del posizionamento di un IRCCS pediatrico: una traiettoria coerente con il ruolo di hub sovraregionale già documentato per OIRM-Sant'Anna al paragrafo 4.4.
- Fundraising e 5x1000 come leva complementare. Il modello Gaslini, e in misura minore quello del Burlo, mostrano come una relazione strutturata con una fondazione di raccolta fondi e con il 5x1000 possa generare risorse aggiuntive per ricerca, tecnologie e umanizzazione delle cure, configurandosi come leva da sviluppare in coerenza con il piano degli investimenti del capitolo 9.
- Specializzazione materno-neonatale come fattore distintivo. Il Burlo conferma che un profilo materno-infantile fortemente specializzato può sostenere un equilibrio economico anche a dimensioni produttive contenute: un riferimento diretto per la valorizzazione del continuum materno-neonatale del Sant'Anna descritto al paragrafo 4.6.

Nel complesso, il panel di benchmark conferma che il percorso intrapreso dall'Azienda OIRM-Sant'Anna — alta complessità pediatrica, malattie rare e terapie avanzate, continuum materno-neonatale, organizzazione strutturata della ricerca — è coerente con i modelli IRCCS pediatrici e materno-infantili di riferimento a livello nazionale, e ne costituisce al tempo stesso il metro di paragone più esigente per la programmazione 2027-2029.

6. Le piattaforme clinico-assistenziali strategiche

Le piattaforme clinico-assistenziali costituiscono gli assi di sviluppo del Piano, esse rappresentano ambiti trasversali, costruiti a partire dalle competenze presenti nei Presidi OIRM e Sant'Anna, sui quali integrare programmazione clinica, produzione, fabbisogni professionali, investimenti, ricerca, attrazione di finanziamenti e percorso verso il riconoscimento IRCCS.

Le piattaforme sono ricondotte a sette ambiti, e ognuna di esse ha una sua logica di sviluppo industriale, un suo profilo di rischio e un suo orizzonte temporale.

6.1 Piattaforma 1 — Malattie rare in pediatria

La prima piattaforma riguarda le malattie rare in età pediatrica e la progressiva integrazione della genetica clinica nei percorsi diagnostici, assistenziali e di ricerca. Il bisogno principale è ridurre la quota di bambine, bambini e adolescenti con quadro clinico complesso privo di diagnosi eziologica, valorizzando le tecnologie di sequenziamento, la revisione periodica dei pannelli genetici e la connessione tra fenotipo clinico, dato molecolare e presa in carico multidisciplinare. Presso l'OIRM è già attivo un Servizio Specialistico di Genetica Clinica Pediatrica, oggi non configurato come struttura autonoma, che svolge attività ambulatoriale, consulenza ai reparti, coordinamento diagnostico e restituzione dei risultati. La gestione del percorso comprende prescrizione, acquisizione e tracciamento dei campioni, invio a laboratori interni o esterni, interpretazione, comunicazione della diagnosi e avvio di eventuali test di secondo livello.

La domanda è in forte crescita: il volume complessivo è passato da 888 prestazioni nel 2017 a 2.470 nel 2025, con proiezione 2026 pari a circa 3.280 prestazioni sulla base dei primi mesi dell'anno. L'attività include circa 300 esami genetici singoli/anno interni e circa 350 casi/anno, prevalentemente trios, inviati a laboratori esterni, oltre a valutazioni di second opinion, presa in carico di pazienti ultra-rari e discussione multidisciplinare di casi complessi. Sono già attivi più di 10 protocolli approvati dal Comitato Etico, 4 trial sponsorizzati e percorsi di terapia di precisione o uso compassionevole per condizioni genetiche rare e orfane di terapia. La piattaforma non è finalizzata al solo incremento dell'attività di genetica clinica, ma alla progressiva organizzazione di un sistema aziendale dedicato alle malattie rare pediatriche, fondato su percorsi definiti, integrazione multidisciplinare, continuità della presa in carico, tracciabilità dei campioni e raccordo tra attività clinica, diagnostica avanzata e ricerca. La piattaforma deve quindi evolvere da funzione specialistica fortemente dipendente dal coordinamento informale a infrastruttura aziendale riconoscibile, capace di integrare diagnosi, presa in carico clinica, tracciabilità dei campioni biologici, gestione strutturata dei dati genetici, raccordo con le reti nazionali ed europee, collegamento con biobanca e ricerca traslazionale. In questa prospettiva assumono particolare rilievo la centralizzazione della diagnostica genetica aziendale, la rianalisi periodica dei dati genetici negativi o non conclusivi, la costruzione di percorsi multidisciplinari dedicati e la disponibilità di registri clinico-genetici utili sia alla continuità assistenziale sia alla produzione di evidenze scientifiche. In questo ambito assume rilievo il ruolo dell'OIRM nella rete ERN ITHACA per sindromi malformative rare, disabilità intellettiva e disturbi del neurosviluppo, nonché il raccordo con le reti nazionali per i pazienti senza diagnosi. La piattaforma rappresenta inoltre una delle aree a maggiore potenziale per il consolidamento del profilo clinico-scientifico dell'Azienda, in quanto collega casistica complessa, tecnologie diagnostiche avanzate, multidisciplinarietà, ricerca, trial clinici, reti europee e capacità di attrazione di progettualità finanziate, elementi rilevanti anche nella prospettiva di rafforzamento della readiness IRCCS.

Obiettivi 2027-2029: strutturare una funzione aziendale dedicata alla Genetica Clinica Pediatrica e alle malattie rare; potenziare day hospital e day service multidisciplinari; sviluppare PDTA per condizioni genetiche complesse e ultra-rare; introdurre una unità di rianalisi dei dati genetici negativi o non conclusivi; rafforzare NGS, WES e, in prospettiva, WGS; internalizzare progressivamente attività oggi esternalizzate, quali percorsi CFTR/fibrosi cistica, nefropatie ereditarie e consulenza genetica prenatale in integrazione con Ginecologia-Ostetricia del Sant'Anna; costruire un registro aziendale dei pazienti diagnosticati e dei casi ancora senza diagnosi, collegato alla tracciabilità dei campioni, alla biobanca e alle attività di ricerca, in coerenza con Legge 175/2021, DM 279/2001, Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026 e reti ERN.

6.2 Piattaforma 2 — Oncoematologia pediatrica e terapie avanzate

L'oncoematologia pediatrica è una delle piattaforme più distintive dell'OIRM e una delle aree di maggiore rilevanza per la futura candidatura IRCCS. La SC Oncoematologia Pediatrica opera come centro di alta specializzazione di riferimento regionale per diagnosi, cura e follow-up delle patologie oncoematologiche dell'infanzia e dell'adolescenza, in qualità di hub della rete interregionale Piemonte-Valle d'Aosta e con collaborazioni nazionali e internazionali in ambito tumori rari pediatrici e terapie innovative. La piattaforma non deve essere letta solo come area di trapianto di midollo, ma come filiera integrata che comprende leucemie e

linfomi, tumori solidi pediatrici, predisposizione genetica oncologica, terapia genica e ricerca traslazionale. L'area oncoematologica risulta inoltre tra le più mature per trial, infrastrutture e capacità di attrazione di risorse: sono censiti 73 trial clinici attivi nel triennio con 141 pazienti arruolati; sono presenti una GMP Facility autorizzata AIFA, il laboratorio di processazione cellule staminali ematopoietiche del Programma Trapianti Metropolitano e una biobanca pediatrica in sviluppo. La casistica 2025 include 301 ricoveri per chemioterapia con leucemia acuta, 226 ricoveri per leucemia acuta <18 anni, 23 trapianti di midollo osseo. I DRG di punta si attestano a €4.393/caso (chemioterapia) e €63.677/caso (trapianto midollo).

Un elemento qualificante è l'integrazione tra oncologia molecolare e genetica costituzionale. La disponibilità di risposte genetiche in tempi clinicamente utili consente di orientare terapia, follow-up, sorveglianza degli effetti tardivi e counselling familiare. Tale aspetto è particolarmente rilevante nei tumori cerebrali, nei tumori rari, nelle sindromi di predisposizione non immediatamente evidenti sul piano fenotipico e nei pazienti candidati a terapie cellulari o geniche. La piattaforma dispone inoltre di progettualità finanziate e infrastrutturali coerenti con il percorso IRCCS, tra cui iniziative PNRR per l'approccio genomico nei tumori solidi pediatrici ad alto rischio, progetti su biobanca pediatrica, studi di immunoterapia adottiva e progetti di screening neonatale esteso mediante analisi genetica. Questi elementi devono essere ricondotti a un portafoglio unitario, tracciabile per fonte, importo, area clinica, sponsor, pazienti arruolati e output scientifici.

Un ulteriore elemento qualificante è rappresentato dal riconoscimento dell'OIRM quale unico centro prescrittore regionale per Casgevy (exagamglogene autotemcel), terapia genica basata su CRISPR/Cas9 indicata per il trattamento delle β -emoglobinopatie severe. Con le circolari della Direzione Sanità del 10 novembre 2025, la Regione Piemonte ha individuato la S.C. Oncoematologia Pediatrica dell'Ospedale Infantile Regina Margherita quale centro abilitato alla prescrizione del farmaco per le due indicazioni rimborsate da AIFA: β -talassemia trasfusione-dipendente nei pazienti di età pari o superiore a 12 anni e anemia falciforme severa nei pazienti tra 12 e 35 anni, nei casi previsti dalla determina nazionale. Il riconoscimento conferma il ruolo dell'OIRM quale riferimento regionale per le terapie cellulari e geniche in ambito pediatrico e costituisce un elemento rilevante ai fini del percorso IRCCS.

Obiettivi 2027-2029: consolidare la filiera trapianto-terapie cellulari-terapia genica; strutturare i percorsi CAR-T pediatrici e giovani adulti con responsabilità cliniche e organizzative definite; sviluppare trial su tumori solidi pediatrici e medicina di precisione oncologica; rendere pienamente operativa la biobanca pediatrica; integrare genetica tumorale, predisposizione ereditaria e counselling familiare; rafforzare il coordinamento con la rete regionale e con i centri spoke; valorizzare Cell Factory, GMP Facility e competenze di processazione cellulare come infrastrutture abilitanti della ricerca traslazionale.

6.3 Piattaforma 3 — Neurochirurgia e cardiochirurgia pediatrica

La terza piattaforma ricomprende le alte specialità pediatriche nelle quali il Regina Margherita esprime un ruolo regionale e sovraregionale: neurochirurgia pediatrica, neurologia e neurofisiologia pediatrica, cardiochirurgia e cardiologia delle cardiopatie congenite, rianimazione pediatrica, assistenza ventricolare, ECMO e trapianto cardiaco. La piattaforma valorizza non solo il singolo atto chirurgico, ma l'intero percorso ad alta complessità: diagnosi, indicazione multidisciplinare, trattamento, terapia intensiva, riabilitazione, follow-up e transizione.

Sul versante neurologico, neurochirurgico e neuropsichiatrico, la piattaforma presidia percorsi ad alta complessità dell'età evolutiva attraverso l'integrazione di competenze cliniche, chirurgiche, riabilitative e di salute mentale. Rientrano in questo ambito l'epilessia farmacoresistente e la chirurgia dell'epilessia, i tumori del sistema nervoso centrale, le malformazioni complesse, le patologie neuromuscolari a base genetica, il monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, l'elettromiografia pediatrica e i percorsi pre e post pompa al baclofen e rizotomia dorsale selettiva.

Sul versante cardiologico e cardiochirurgico, il polo gestisce cardiopatie congenite semplici e complesse, emodinamica ed elettrofisiologia, cardio-TC, cardio-RM, ecocardiografia avanzata, monitoraggio remoto, procedure percutanee innovative, assistenza ventricolare e trapianto cardiaco. La piattaforma si avvale del supporto della terapia intensiva pediatrica e cardiochirurgica, dell'anestesia specialistica pediatrica, dei percorsi ECMO/VAD e di reti di invio regionali ed extraregionali. La rilevanza della piattaforma deriva dalla possibilità di associare outcome clinici, registri prospettici, follow-up a lungo termine e ricerca applicata su tecnologie di supporto vitale, cardiopatie congenite, neuro-oncologia pediatrica, malattie neuromuscolari e neuroscienze dell'età evolutiva.

Obiettivi 2027-2029: consolidare i percorsi regionali di invio per neurochirurgia e cardiochirurgia pediatrica; sviluppare database prospettici di outcome per cardiopatie congenite, neurochirurgia e procedure ad alta intensità; rafforzare il raccordo con terapia intensiva e anestesia pediatrica; potenziare neurofisiologia, monitoraggio intraoperatorio e imaging avanzato; strutturare linee di ricerca su neuro-oncologia, epilessia, cardiopatie congenite, assistenza ventricolare e transizione dei pazienti complessi.

6.4 Piattaforma 4 — Neonatologia, TIN e continuum materno-neonatale

La piattaforma materno-neonatale costituisce uno dei principali assi di integrazione della nuova Azienda e si articola in una duplice dimensione. Da un lato, comprende il punto di accesso ostetrico e perinatale e consolida il ruolo di hub regionale per la gravidanza ad alto rischio, la diagnosi prenatale e la presa in carico materno-fetale, integrando le Terapie Intensive Neonatali, le competenze pediatriche e i percorsi di follow-up dedicati ai neonati prematuri, ai lattanti complessi e ai bambini fragili. Dall'altro, include il percorso nascita fisiologico, che rappresenta una componente complementare dell'offerta materno-infantile e rispetto alla quale la riduzione dei volumi richiede azioni specifiche di recupero dell'attrattività, valorizzazione dell'esperienza di cura, continuità assistenziale e maggiore riconoscibilità del percorso. La piattaforma assume quindi una funzione strategica sia per la gestione della casistica ad alta complessità, che continua ad attrarre domanda regionale, sia per il rafforzamento del posizionamento del Sant'Anna come riferimento per la nascita e la salute materno-neonatale. In tale prospettiva, si sta lavorando la riattivazione di un centro nascita dedicato ai parti fisiologici, anche al fine di recuperare la quota di attività venuta meno a seguito della precedente chiusura del servizio. La continuità materno-neonatale non si esaurisce nel parto, ma comprende counseling prenatale, diagnostica fetale, gestione del neonato fragile, chirurgia neonatale, follow-up neuroevolutivo, supporto alla famiglia e raccordo con la pediatria territoriale.

Sono rilevanti anche le funzioni di Patologia Neonatale e della Prima Infanzia, il Centro per la Medicina del Sonno Pediatrica e per la SIDS, l'osservatorio e registro regionale delle morti improvvise 0-2 anni, i percorsi ALTE/BRUE e la rete di telemedicina collegata a circa 20 strutture piemontesi. Queste attività rafforzano la piattaforma perché combinano assistenza ad alta specializzazione, rete regionale, monitoraggio epidemiologico, protocolli condivisi e potenziale di ricerca clinica e organizzativa. La piattaforma si collega inoltre alla genetica clinica e allo screening neonatale, alla nutrizione pediatrica, alla banca del latte, alle terapie innovative per patologie

metaboliche e alla presa in carico longitudinale dei pazienti cronici complessi derivanti dalla maggiore sopravvivenza neonatale e post-natale.

La casistica 2025 documenta 182 neonati gravemente immaturi (€30.818/caso) e 208 casi di prematurità con affezioni maggiori (€14.235/caso): valori che esprimono il più alto livello di complessità neonatologica del sistema sanitario piemontese. Il percorso nascita del Sant'Anna gestisce più di 4.000 parti/anno, di cui una quota significativa di gravidanze ad alto rischio trasferite dal territorio regionale (hub regionale per la rete materno-fetale). La riduzione dei parti (-10,2% nel I trimestre 2026 vs 2025) è imputata al calo demografico e a criticità strutturali in corso di superamento.

Obiettivi 2027-2029: presidio della funzione hub regionale; sviluppo della ricerca perinatologica in collaborazione con UniTO; avvio di un percorso di certificazione per gravidanze ad alto rischio.

6.5 Piattaforma 5 — PMA, genetica medica e medicina della riproduzione

La quinta piattaforma connette salute riproduttiva, procreazione medicalmente assistita, diagnosi prenatale, genetica riproduttiva, preservazione della fertilità e continuità con i percorsi neonatali e pediatrici. La PMA, in particolare, si colloca in un quadro regolatorio specifico, definito dalla L. 40/2004, dalle Linee guida nazionali del 2024 e dalla disciplina regionale piemontese¹ in materia di requisiti dei centri e criteri di accesso alle prestazioni in convenzione con il SSR.

Il quadro di sviluppo deve essere letto in stretta connessione con la piattaforma genetica. La consulenza genetica preconcipimento, prenatale e preimpianto, la diagnosi prenatale, il possibile sviluppo del NIPT nel perimetro materno-infantile e l'integrazione tra PMA, ostetricia, neonatologia e pediatria rappresentano snodi di autonomia clinica e organizzativa della nuova AO. La Regione Piemonte include il Sant'Anna tra i centri pubblici autorizzati per PMA di I, II e III livello. La piattaforma assume rilievo anche per la preservazione della fertilità, in particolare nei percorsi oncologici e oncoematologici pediatrici, adolescenziali e femminili. Il raccordo tra PMA, oncoematologia pediatrica, ginecologia oncologica, counselling e psicologia consente di rendere più leggibile il percorso del paziente, rafforzando il posizionamento del polo sulla medicina materno-infantile e sulla salute della donna.

Obiettivi 2027-2029: aumento del 15-20% dei cicli PMA pubblici erogati; avvio della preservazione della fertilità oncologica come percorso strutturato; potenziamento della diagnosi preimpianto con NGS di terza generazione; avvio del Whole Exome Sequencing (WES) per le malattie rare pediatriche (cfr. investimenti cap. 9.3); sviluppo di linee di ricerca traslazionale su genomica riproduttiva.

6.6 Piattaforma 6— Ginecologia specialistica e oncologica

La piattaforma ginecologica del Sant'Anna comprende ginecologia oncologica, chirurgia ginecologica di media e alta complessità, endometriosi, patologia benigna complessa, uro-ginecologia, ginecologia endocrinologica e presa in carico delle principali patologie della sfera genitale femminile. La piattaforma deve essere connessa alla genetica oncologica, alla preservazione della fertilità, alla medicina di genere e ai percorsi di qualità di vita. In tale prospettiva, la ginecologia specialistica non è solo area chirurgica, ma ambito di presa in carico

¹ Per la disciplina regionale piemontese si richiamano, in particolare, la DGR n. 23-2687 del 24 aprile 2006, relativa all'adeguamento alla L. 40/2004 e alla definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e professionali dei centri di PMA, e la DGR n. 67-8677 del 29 marzo 2019, relativa all'aggiornamento dei criteri di accesso alle prestazioni di PMA in convenzione con il SSR.

multidimensionale della donna nelle diverse fasi della vita, dal rischio riproduttivo alla patologia oncologica, dalla cronicità ginecologica alla riabilitazione e al follow-up.

I dati SDO 2025 documentano 1.176 interventi su utero e annessi per neoplasie maligne e benigne, 84 interventi per neoplasie maligne dell'ovaio (€6.205/caso) e 83 per neoplasie n.a.s. (€3.664/caso). La ginecologia oncologica è la componente di maggiore valore aggiunto economico e la più rilevante per il posizionamento della donna come asse strategico del polo.

Obiettivi 2027-2029: consolidare ginecologia oncologica e chirurgia ginecologica complessa; rafforzare i percorsi per endometriosi, uro-ginecologia e patologia benigna complessa; definire un percorso integrato per la patologia mammaria, integrare counselling genetico, preservazione della fertilità e supporto psicologico; sviluppare linee di ricerca su oncologia femminile, qualità di vita, esiti funzionali, immunoterapia, percorsi di cura e medicina di genere.

Il Piano valorizza i percorsi per la patologia mammaria come raccordo funzionale con la Breast Unit di CDSS, che rimane fuori dal perimetro aziendale ai sensi dell'atto costitutivo. Il documento non attribuisce alla nuova AO competenze senologiche formali che non le spettano.

6.7 Piattaforma 7— Medicina di genere

La medicina di genere rappresenta la piattaforma trasversale del Piano, coerente con la missione del nuovo polo e con la vocazione alla salute della donna. Essa non va intesa come ambito aggiuntivo rispetto alle specialità cliniche, ma come criterio di lettura dei percorsi, dell'appropriatezza, dell'accesso, degli outcome e dell'esperienza di cura.

Nel contesto OIRM-Sant'Anna, la medicina di genere consente di collegare ostetricia, ginecologia, oncologia femminile, medicina della riproduzione, salute mentale, adolescenza, dolore, farmacologia, malattie rare, cronicità e transizione dall'età pediatrica all'età adulta. Il tema assume rilievo anche in ambito pediatrico, dove sesso, genere, sviluppo puberale, ambiente familiare e contesto sociale possono incidere su diagnosi, aderenza terapeutica, salute mentale, qualità di vita e modalità di presa in carico.

La piattaforma deve produrre metodi e indicatori: raccolta di dati disaggregati per sesso e, ove appropriato, per genere; valutazione dell'equità di accesso; analisi degli outcome; formazione dei professionisti; integrazione con medicina narrativa, umanizzazione, patient experience e patient journey. Tale approccio rafforza anche la candidatura IRCCS, perché consente di qualificare la ricerca clinica con variabili rilevanti per appropriatezza, efficacia e trasferibilità al SSN.

Obiettivi 2027-2029: istituire un programma aziendale di medicina di genere; introdurre indicatori sesso/genere nei principali registri e database clinici; sviluppare formazione e linee di indirizzo trasversali; selezionare progetti pilota su oncologia femminile, salute riproduttiva, dolore, adolescenza, malattie rare e transizione; integrare la prospettiva di genere nei percorsi di ricerca, qualità e umanizzazione delle cure.

7. Operating model e rapporti con CDSS

7.1 Il principio: internalizzare il nucleo, regolare il resto

Il modello operativo della nuova Azienda distingue nettamente le funzioni che devono essere internalizzate per garantire l'autonomia gestionale — e che quindi il Piano prevede di presidiare con personale dedicato — dalle funzioni di supporto tecnico-logistico che è più efficiente continuare ad acquisire da CDSS tramite accordi di

servizio formali, almeno nel primo triennio. Questa distinzione non è un compromesso provvisorio: è una scelta industriale che consente alla nuova Azienda di concentrare le risorse di personale sulla capacità gestionale essenziale, invece di replicare strutture di supporto che CDSS può erogare con economie di scala superiori.

7.2 Le funzioni da internalizzare

La costruzione dell'autonomia organizzativa e gestionale della nuova Azienda richiede il progressivo presidio interno delle funzioni amministrative, economiche e di supporto considerate essenziali per il governo aziendale. L'internalizzazione non è intesa come separazione immediata e integrale da CDSS, ma come definizione di un nucleo stabile di competenze proprie, necessario a garantire continuità operativa, responsabilità direzionale, capacità di programmazione e monitoraggio. Le funzioni riportate nella tabella seguente rappresentano gli ambiti prioritari da strutturare nel triennio, secondo una sequenza coerente con il percorso di avvio della piena operatività gestionale.

Funzione	Modello	Principali ambiti di intervento	Ipotesi di avvio	S.C./struttura referente
Bilancio e contabilità	Internalizzata	Ciclo attivo/passivo, bilancio D.Lgs. 118/2011, tesoreria, investimenti	2027	S.C. Bilancio e G.E.F.
Controllo di gestione	Internalizzata	Conto economico per U.O., budget, reportistica per DG e Regione, CE mensile	2027	S.C. Analisi Processi e CdG
Gestione del personale/HR	Internalizzata	PTFP, dotazione organica, trattamento economico, relazioni sindacali	2027	S.C. Personale
Affari Istituzionali e legali	Internalizzata (parziale)	Protocollo, privacy, trasparenza, contenzioso di base; supporto legale complesso da CDSS	2027-2028	DA / Affari Istituzionali
Grant Office e ricerca	Internalizzata	Grant competitivi, trial clinici, biobanca, rapporto scientifico	2027	Grant Office (cfr. cap. 10)
Qualità e risk management	Internalizzata	Accreditamento, piano qualità, gestione sinistri, rischio clinico	2027	S.C. Qualità

Funzione	Modello	Principali ambiti di intervento	Ipotesi di avvio	S.C./struttura referente
Fundraising	Internalizzata	Raccolta fondi, campagne, donatori istituzionali, Fondazione	2027-2028	Fundraising Office

7.3 Il catalogo dei servizi acquistati da CDSS

I servizi acquistati da CDSS saranno regolati da accordi di servizio formali che devono essere sottoscritti entro il quarto trimestre 2026, come condizione per la piena operatività dal 1° gennaio 2027.

Servizio	Modello	Driver di costo*	Livello di servizio minimo	Owner OIRM-SA	Owner CDSS	Note
ICT e sistemi informativi (TrakCare)	Service agreement	Utenti/postazioni/moduli attivi	Tempi presa in carico; uptime 99,5%	DA/ICT	ICT CDSS	Rivalutazione 2028; possibile istanza dedicata
Ingegneria clinica	Service agreement	N. apparecchiature in gestione	Manutenzione e programmata; tempi intervento straordinario <24h	DA/Tecnico	Ing. Clinica CDSS	Mantenimento nel triennio
Manutenzioni edili e impiantistiche	Service agreement	mq; impianti	Tempi intervento; piano di manutenzione e programmata	Responsabile Tecnico	CDSS Tecnico	Da valutare a metà triennio

Servizio	Modello	Driver di costo*	Livello di servizio minimo	Owner OIRM-SA	Owner CDSS	Note
Logistica farmaceutica (MUS)	Servizio centralizzato	Consumi per unità ordinante	Continuità H24; tempi evasione ordine	Farmacia OIRM-SA	CDSS/MUS	Mantenimento
Laboratorio analisi	Supporto diagnostico	N. esami per reparto	Tempi di refertazione per priorità	DS	CDSS	CRITICA: da presidiare con SLA rigoroso
Anatomia patologica	Supporto specialistico	N. esami istologici	Tempi di refertazione per urgenza/elezione	DS	CDSS	CRITICA: turnaround time oncologico ≤48h
Centro Riferimento Trapianti	Coordinamento istituzionale	N. prelievi e trapianti coordinati	Disponibilità H24; tempi coordinamento	SC competente	CDSS/CRT Piemonte	Funzione non duplicabile; raccordo essenziale

*I driver di costo individuato risultano delle ipotesi, basate su consuetudini. Le vere logiche di ribaltamento verranno stabilite in seguito all'interno del service agreement.

7.4 Avanzamento del cronoprogramma di scorporo

Le 177 azioni del cronoprogramma di scorporo presentano, a giugno 2026, un avanzamento medio dell'18% (mediana 0%). Il 55% delle azioni richiede esecuzione congiunta con CDSS. Il Piano interpreta questo dato in modo equilibrato: la gran parte delle azioni è programmata per il secondo semestre 2026, in coerenza con la sequenza logica prerequisiti/attività tempestive/attività programmabili. Tuttavia, la piena operatività dal 1° gennaio 2027 è un obiettivo che richiede un'accelerazione significativa nei prossimi sei mesi, con presidio settimanale della cabina di regia interaziendale.

8. Piano dei fabbisogni di personale 2027-2029

8.1 La dotazione organica attuale e il fabbisogno

Il Piano dei fabbisogni di personale rappresenta una delle condizioni abilitanti del Piano Strategico 2027-2029, in quanto definisce la dotazione professionale necessaria a sostenere l'autonomia organizzativa, gestione e produttiva dell'AO OIRM – Sant'Anna.

La stima del fabbisogno è stata costruita a partire dallo schema regionale del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale, opportunamente ricondotto al perimetro della nuova Azienda e articolato per categoria/profilo professionale. Il fabbisogno complessivo stimato è pari a 2.144 FTE, per un costo base annuo di 98,7 milioni di euro e un costo complessivo di dotazione pari a 145,9 milioni di euro, comprensivo delle componenti accessorie e contributive quali fondi contrattuali, IVC, RIA, oneri INAIL e IRAP.

Categoria/profilo	FTE fabbisogno	Costo base fabb.
Dirigenza Area Sanità	476	€41,2 mln
Dirigenza PTA	16	€1,1 mln
Professionisti della salute (comparto)	1.050	€37,7 mln
Assistenti	141	€4,5 mln
Operatori	431	€13,4 mln
Personale di supporto	30	€0,9 mln
TOTALE COSTO DOTAZIONE ORGANICA	2.144	€98,7 mln
COSTO COMPLESSIVO DI DOTAZIONE		€145,9 mln

Fonte: Allegato 3_Piano dei fabbisogni di personale 2027

Il valore di 145,9 milioni di euro costituisce la base economica di riferimento per la costruzione del conto economico previsionale per la voce relativa al personale. Tale valore assume la piena disponibilità delle risorse per dodici mesi e incorpora gli aggiornamenti contrattuali già considerati nella stima. In termini di rappresentazione contabile, pertanto, il costo da riportare nel modello economico è quello complessivo di dotazione, mentre eventuali valori rilevanti ai fini dei limiti regionali di spesa del personale potranno seguire logiche diverse, legate a basi contrattuali o perimetri di calcolo non coincidenti con il costo effettivo di bilancio. Il dettaglio analitico per figura professionale viene riportato in allegato al Piano (Allegato 4).

8.2 Il presidio delle funzioni centrali

Una componente qualificante del fabbisogno riguarda le funzioni centrali, necessarie a garantire la piena operatività dell'Azienda nel nuovo assetto istituzionale. La stima considera 189 FTE riconducibili a tali funzioni, per un costo complessivo pari a circa 9,8 milioni di euro. Rientrano in questo perimetro le strutture e le competenze necessarie al funzionamento autonomo dell'Azienda, tra cui direzione generale, affari generali, gestione del personale, bilancio, controllo di gestione, gestione economico-finanziaria, acquisti, ICT, ingegneria clinica, patrimonio, funzioni tecnico-manutentive e supporto all'attività sanitaria.

La logica adottata non è quella di duplicare automaticamente tutte le strutture oggi presenti nel più ampio perimetro organizzativo di CDSS, ma di individuare il nucleo minimo realistico di competenze che l'AO OIRM – Sant'Anna deve presidiare direttamente per garantire autonomia decisionale, continuità amministrativa, governo economico e capacità di controllo.

8.3 La quota parzialmente regolabile mediante convenzione

All'interno del fabbisogno relativo alle funzioni centrali, una quota può essere oggetto di regolazione mediante convenzione (Allegato 5), in particolare con riferimento alle funzioni tecnico-operative maggiormente condivisibili o industrializzabili su scala interaziendale. La stima discussa considera la gestione operativa come la componente più idonea a essere parzialmente gestita in convenzione. Tale area pesa circa il 38% del costo complessivo delle funzioni centrali; applicando a tale perimetro un'ipotesi di gestione in convenzione pari al 70%, si ottiene una quota potenzialmente regolabile mediante convenzione pari a circa 2,6 milioni di euro.

8.4 Priorità di reclutamento nel triennio

La proiezione della dotazione organica 2027-2029 incorpora quattro componenti aggiuntive rispetto al PTFP 2025, qualificate come assunzioni di piano (Grado C, Allegato 1):

- La prima priorità riguarda il personale sanitario direttamente collegato alla capacità produttiva, con particolare riferimento agli anestesisti e alle figure necessarie al funzionamento delle sale operatorie, della terapia intensiva pediatrica e della terapia intensiva neonatale. Il recupero e lo sviluppo dell'attività chirurgica non sono conseguibili solo attraverso una diversa programmazione dell'offerta: richiedono la disponibilità effettiva delle risorse professionali critiche.
- La seconda priorità riguarda il rafforzamento delle funzioni amministrative e gestionali interne, in particolare bilancio, controllo di gestione, personale, acquisti, affari generali e gestione economico-finanziaria. Queste aree devono essere attivate con tempi coerenti rispetto all'avvio del nuovo assetto aziendale, perché rappresentano la dotazione minima per governare il conto economico, monitorare la produzione, gestire i processi autorizzativi e sostenere il funzionamento ordinario dell'Azienda.
- La terza priorità riguarda il personale dedicato alla ricerca e all'innovazione clinica, inclusi data manager, infermieri di ricerca, tecnici di laboratorio, personale a supporto della biobanca e delle clinical trial unit. Per questa componente sarà opportuno distinguere tra risorse strutturali aziendali e risorse finanziabili tramite Grant, progetti specifici o fondi dedicati.

- La quarta priorità riguarda le funzioni di sviluppo strategico, quali Grant Office, Fundraising & Development, comunicazione istituzionale e partnership. Queste figure non devono essere trattate come un mero ampliamento amministrativo, ma come leve per aumentare la capacità dell'Azienda di attrarre risorse, valorizzare la ricerca, costruire relazioni con soggetti esterni e sostenere progettualità ad alto impatto.

8.5 Proiezione del costo del personale 2027-2029

La proiezione del costo del personale per il triennio 2027-2029 assume come base il costo complessivo di dotazione pari a 145,9 milioni di euro, corrispondenti a 2.144 FTE. A partire da tale base, la proiezione incorpora due driver principali:

- Incremento progressivo degli FTE, connesso all'internalizzazione di funzioni gestionali e alla crescita delle attività cliniche e strategiche.
- Adeguamento del costo medio per FTE, legato alle dinamiche contrattuali attese.

le ipotesi previsionali considerate sono le seguenti:

Anno	FTE inizio periodo	FTE incrementali	FTE fine periodo	Costo personale stimato
2027	2.144	30	2.174	€153,2mln
2028	2.174	10	2.184	€158,6mln
2029	2.184	10	2.194	€163,3mln

Fonte: Allegato 4_Proiezione fabbisogni di personale 2027-2029

Nel 2027 l'incremento stimato di 30 FTE riflette principalmente la necessità di completare il presidio delle funzioni amministrative e gestionali interne e di rafforzare le aree cliniche critiche (anestesisti, radiologi e infermieri). Nel biennio successivo, l'incremento di 10 FTE annui accompagna la fase di consolidamento e sviluppo del modello aziendale. Sul costo medio per FTE è stata applicata una dinamica contrattuale pari al 3,6% nel 2027, 3,0% nel 2028 e 2,5% nel 2029. Ne deriva un costo complessivo del personale pari a 153,2 milioni di euro nel 2027, 158,6 milioni di euro nel 2028 e 163,3 milioni di euro nel 2029.

Questa dinamica di costo è sostenibile solo se collegata alle leve produttive e organizzative previste nel Piano: recupero dell'attività chirurgica, incremento della complessità trattata, maggiore capacità di attrazione, sviluppo della ricerca e rafforzamento delle piattaforme cliniche ad alta specializzazione.

8.6 Condizioni di sostenibilità

La sostenibilità del piano dei fabbisogni richiede alcune condizioni attuative.

La prima riguarda la capacità di reclutare effettivamente le figure critiche. Il fabbisogno programmato produce effetti solo se le risorse vengono reperite nei tempi necessari; in caso contrario, il rischio è disporre di una previsione formalmente corretta ma operativamente inefficace.

La seconda riguarda la sequenza temporale delle assunzioni. Le risorse necessarie all'autonomia gestionale devono essere disponibili già nella fase iniziale del triennio, mentre le assunzioni collegate allo sviluppo produttivo possono essere attivate progressivamente, in funzione dell'effettivo avanzamento delle attività.

La terza riguarda la formalizzazione delle convenzioni. La quota potenzialmente regolabile mediante convenzione, stimata in circa 2,6 milioni di euro, dovrà essere oggetto di specifiche contrattazioni di service agreement.

La quarta riguarda il governo del rapporto tra personale e produzione. Ogni incremento stabile di costo deve essere associato a una funzione necessaria, a una capacità produttiva aggiuntiva o a una linea strategica misurabile. Il rischio da evitare è costruire una dotazione più onerosa senza un corrispondente rafforzamento della capacità aziendale.

9. Piano degli investimenti 2027-2029

Il piano degli investimenti costituisce una componente strutturale del Piano Strategico, strettamente integrata con la traiettoria di sviluppo produttivo del capitolo 8 e con il percorso verso il riconoscimento IRCCS del capitolo 10. Gli obiettivi clinici e scientifici del Piano richiedono una corrispondente dotazione infrastrutturale: senza investimenti concreti in tecnologie diagnostiche e di sale operatorie, sistemi informativi e infrastrutture di ricerca, le traiettorie di crescita della produzione e di costruzione dei requisiti IRCCS non troverebbero le condizioni abilitanti necessarie.

Il presente capitolo articola il piano degli investimenti in quattro cluster logici — infrastrutture cliniche, tecnologie diagnostiche, sistemi informativi e digitale e infrastrutture per la ricerca e la candidatura IRCCS — e per ciascun cluster identifica le iniziative, i costi stimati, le fonti di finanziamento, il raccordo con gli obiettivi di produzione e la rilevanza per il percorso IRCCS. Il piano è costruito su evidenze disponibili (ricognizione patrimoniale già avviata, cronoprogramma di scorporo, dati del I trimestre 2026 di CDSS) e qualifica esplicitamente dove la stima è ancora soggetta a verifica. Sono necessari investimenti strutturali e tecnologici finalizzati al mantenimento delle attività assistenziali e alla continuità operativa delle funzioni ad alta complessità. In particolare, gli interventi di adeguamento che risultano indispensabili per mantenere la sicurezza di pazienti, operatori e ambienti di cura, nonché l'osservanza dei requisiti autorizzativi e di accreditamento di specifiche strutture, tra cui il Centro Trapianti e il Centro Trasfusionale. Tali requisiti assumono particolare rilievo anche in relazione agli standard richiesti da JACIE e dai sistemi di riferimento nazionali CNT e CNS.

9.1 Principi guida del piano degli investimenti

- Investire dove la resa clinica ed economica è più alta: gli investimenti prioritari sono quelli che sbloccano capacità produttiva già esistente ma non utilizzabile (blocco operatorio) o che valorizzano casistiche ad alto DRG già presenti (biobanca, terapie cellulari).
- Sequenziare secondo il cronoprogramma di scorporo: gli investimenti in sistemi informativi e digitale devono essere coordinati con la separazione da CDSS, per evitare duplicazioni o conflitti nei sistemi di riferimento.

- Diversificare le fonti: nessun cluster dipende da una sola fonte di finanziamento. Ogni iniziativa è valutata per la sua accessibilità a fondi regionali, PNRR, bandi competitivi e donazioni.
- Integrare il piano con il fundraising: gli investimenti ad alto impatto comunicativo — accoglienza famiglie, tecnologie per la neonatologia, biobanca — sono anche le campagne di raccolta fondi più efficaci (cfr. cap. 11).

9.2 Cluster I — Infrastrutture cliniche e capacità operatoria

Il Cluster I raccoglie gli interventi infrastrutturali direttamente abilitanti la continuità assistenziale, il recupero della capacità produttiva e il consolidamento delle aree cliniche ad alta complessità. Nel primo triennio di piena operatività della nuova Azienda, la disponibilità di sale operatorie, posti letto chirurgici, aree critiche neonatali e pediatriche e spazi adeguati per pazienti e famiglie costituisce una condizione necessaria per sostenere gli obiettivi del piano di sviluppo produttivo, ridurre i vincoli organizzativi oggi presenti e garantire standard adeguati di sicurezza, qualità e umanizzazione delle cure.

Gli interventi individuati riguardano, in primo luogo, il Presidio Sant'Anna, dove il ripristino della piena funzionalità del Blocco Operatorio Bassa Complessità e dei letti di degenza chirurgica è funzionale al recupero dell'attività ginecologica e ostetrica programmata. A tali interventi si affianca il potenziamento dell'area neonatologica, coerente con il ruolo hub del Sant'Anna nel percorso nascita e con la gestione di neonati gravemente immaturi e prematuri ad alta complessità nonché il ripristino del Centro Nascite per i parti fisiologici. Per il Presidio OIRM, gli interventi sulle aree critiche e sui reparti a maggiore intensità assistenziale sono finalizzati ad aumentare la capacità chirurgica, a sostenere oncoematologia, terapia intensiva pediatrica e sviluppo delle terapie cellulari avanzate, in raccordo con il percorso di candidatura IRCCS.

La tabella seguente sintetizza le principali iniziative infrastrutturali del Cluster I, indicando per ciascuna il livello di priorità, l'obiettivo clinico-produttivo, il costo stimato, l'orizzonte temporale, le possibili fonti di finanziamento e la rilevanza rispetto agli obiettivi del Piano. Le stime economiche hanno natura preliminare e dovranno essere validate in sede di progettazione tecnica ed economica degli interventi.

Priorità	Iniziativa	Obiettivo	Costo stimato	Anno	Fonti	Rilevanza
PRIORITÀ 1	Ristrutturazione e Blocco Operatorio Bassa Complessità — Sant'Anna	Ripristino piena capacità chirurgica ginecologica e ostetrica; recupero di circa 600-800 ricoveri chirurgici/anno che oggi non possono essere programmati	~4,5-6,0 mln €	2027	Fondi regionali in c/capitale; PNRR Missione 6 (edilizia sanitaria)	ALTA — sbloccante per scenario target produzione
PRIORITÀ 1	Adeguamento letti degenza chirurgica Sant'Anna	Ripristino e riqualificazione dei letti di degenza post-operatoria, ridotti durante i lavori di urgenza	~1,5-2,0 mln €	2027	Fondi regionali in c/capitale	ALTA — correlata al blocco operatorio
PRIORITÀ 2	Rifacimento del centro trapianti e del centro trasfusionale	Rifacimento del centro trapianti pediatrico e adeguamento impiantistico delle aree dedicate alle terapie cellulari avanzate e al centro trasfusionale.	~2,5-3,5 mln €	2027-2028	Fondi regionali in conto capitale; contributi AIFA per terapie innovative; donazioni e contributi da soggetti privati	ALTA — abilitante per CAR-T e IRCCS

Priorità	Iniziativa	Obiettivo	Costo stimato	Anno	Fonti	Rilevanza
PRIORITÀ 3	Spazi di accoglienza famiglie e umanizzazione delle cure	Spazi dedicati all'accoglienza delle famiglie nei reparti pediatrici e neonatologici; aree di supporto psicologico; miglioramento percorsi e segnaletica	~0,8-1,2 mln €	2028	Fundraising (cfr. cap. 11.3); contributi di fondazioni e donatori privati	MEDIA — alta visibilità per raccolta fondi

9.3 Cluster II — Tecnologie diagnostiche e cliniche

Il Cluster II riguarda le tecnologie diagnostiche e cliniche necessarie a sostenere l'evoluzione specialistica delle piattaforme aziendali e a garantire tempestività, accuratezza e appropriatezza dei percorsi di cura. Gli interventi individuati rispondono alla necessità di rafforzare le aree nelle quali l'AO OIRM-Sant'Anna presenta maggiore specificità: genetica clinica pediatrica e prenatale, medicina della riproduzione, diagnostica fetale e neonatale, terapia intensiva neonatale e pediatrica, ginecologia oncologica.

In particolare, il potenziamento delle tecnologie di sequenziamento e della diagnostica genetica è funzionale allo sviluppo dei percorsi per malattie rare pediatriche, diagnosi prenatale, PMA e medicina di precisione. L'aggiornamento delle tecnologie ecografiche, delle apparecchiature per terapia intensiva e dei sistemi di supporto chirurgico risponde invece all'esigenza di mantenere standard adeguati nelle attività ad alta complessità già presenti nei due Presidi, sostenendo al tempo stesso la crescita della casistica specialistica e la riduzione della mobilità passiva.

La tabella seguente individua le principali linee di investimento tecnologico del triennio, distinguendo tra interventi prioritari per l'autonomia diagnostica e la readiness IRCCS, interventi di aggiornamento del parco tecnologico e interventi di sviluppo selettivo su ambiti ad alta specializzazione. Anche in questo caso, le stime economiche hanno carattere preliminare e dovranno essere validate attraverso la ricognizione tecnica di dettaglio, la verifica dei fabbisogni effettivi e la coerenza con la programmazione regionale degli investimenti.

Priorità	Iniziativa	Obiettivo	Costo stimato	Anno	Fonti	Rilevanza
PRIORITÀ 1	Whole Exome Sequencing (WES) — Laboratorio Genetica	Passaggio dall'attuale NGS al sequenziamento dell'esoma completo per la diagnosi delle malattie rare pediatriche, in linea con i percorsi di genomica clinica di secondo livello della rete ERN	~0,8-1,2 mln €	2027	Fondi regionali + bandi competitivi (Ministero Salute, Regione)	ALTA — requisito IRCCS, diagnostica genetica rare
PRIORITÀ 1	Potenziamento piattaforma diagnostica PMA e diagnosi prenatale	Aggiornamento del parco strumentale del laboratorio di embriologia; estensione della diagnosi preimpianto con NGS di terza generazione; sistema time-lapse per il monitoraggio degli embrioni	~1,2-1,8 mln €	2027	Fondi regionali + donazioni mirate	ALTA — leva attrattività PMA, valorizzazione e ambulatorial e
PRIORITÀ 1	Robot chirurgico per ginecologia oncologica — Sant'Anna	Acquisizione o accesso condiviso a sistema robotico per la chirurgia oncologica ginecologica minimamente invasiva; miglioramento degli outcome e riduzione della degenza post-operatoria	~1,5-2,0 mln €	2027	Fondi regionali + fundraising	ALTA — competitività ginecologia oncologica

Priorità	Iniziativa	Obiettivo	Costo stimato	Anno	Fonti	Rilevanza
PRIORITÀ 2	Aggiornamento parco ecografi e diagnostica per immagini	Rinnovo delle ecografie di sala operatoria e dei reparti; aggiornamento sistemi di ecocardiografia fetale e neonatale	~0,5-1,0 mln €	2027-2028	Leasing operativo; rinnovo contratti manutenzione	MEDIA-ALTA — standard di qualità diagnostica
PRIORITÀ 2	Colonne laparoscopiche e sistemi di monitoraggio, microscopio chirurgico per ORL, archi a C (radiodiagnostica), sistema di gestione EEG, endoscopi.	Acquisto di colonne laparoscopiche a supporto dell'attività chirurgica e aggiornamento tecnologico delle dotazioni con sistemi ad alta definizione/4K integrati	~0,5-1,0 mln €	2027-2028	Fondi regionali in conto capitale; leasing operativo; eventuali donazioni mirate	MEDIA ALTA – abilitante per chirurgia ginecologica e pediatrica mininvasiva

9.4 Cluster III — Sistemi informativi, digitale e autonomia gestionale

Il Cluster III comprende gli investimenti necessari a garantire l'autonomia digitale, amministrativo-contabile e informativa della nuova Azienda, in coerenza con il percorso di separazione gestionale da CDSS e con la piena operatività prevista dal 2027. La fase di transizione richiede il mantenimento di raccordi tecnici con i sistemi già in uso presso CDSS, ma anche la progressiva configurazione di strumenti propri per il governo di produzione, costi, personale, investimenti, ricerca e indicatori di risultato.

In tale prospettiva, il raccordo con TrakCare costituisce una condizione operativa essenziale per assicurare continuità clinica, tracciabilità dei percorsi e corretta gestione dei flussi amministrativi. A esso si affianca la necessità di dotare l'Azienda di un sistema di Business Intelligence e controllo di gestione, funzionale al monitoraggio periodico del Piano, alla costruzione del bilancio autonomo e alla rendicontazione verso la Direzione aziendale e la Regione.

Gli investimenti digitali riguardano inoltre le infrastrutture informative per ricerca, biobanca e sperimentazioni cliniche, necessarie per la candidatura IRCCS, nonché strumenti di telemedicina e teleconsulto a supporto della rete materno-infantile e pediatrica regionale. La tabella seguente individua le principali iniziative del Cluster III,

con stime preliminari da validare in sede tecnica e da coordinare con gli accordi di servizio e le scelte di interoperabilità con CDSS.

Priorità	Iniziativa	Obiettivo	Costo stimato	Anno	Fonti	Rilevanza
PRIORITÀ 1	Raccordo TrakCare per la nuova AO	Definizione del modello di accesso al sistema TrakCare per OIRM-Sant'Anna (section/istanza dedicata); configurazione dei moduli amministrativi autonomi per ciclo attivo e passivo, bilancio e controllo di gestione	~0,3-0,5 mln €	2026-2027	Fondi aziendali; eventuale accordo di servizio CDSS per ripartizione costi licenze	ALTA — condizione abilitante autonomia gestionale 2027
PRIORITÀ 1	Sistema di Business Intelligence e Controllo di Gestione	Installazione di un sistema di BI aziendale per il monitoraggio in tempo reale di produzione, costi, personale e risultato economico; allineato con il cruscotto KPI del cap. 13	~0,3-0,5 mln €	2027	Fondi aziendali	ALTA — requisito IRCCS (sistemi di reporting) e governance

Priorità	Iniziativa	Obiettivo	Costo stimato	Anno	Fonti	Rilevanza
PRIORITÀ 2	Infrastruttura digitale per la ricerca e la biobanca	Sistema LIMS (Laboratory Information Management System) per la biobanca; piattaforma di gestione dei dati di ricerca clinica (REDCap o equivalente); interoperabilità con banche dati nazionali (AIFA, ISS, ERN)	~0,2-0,3 mln €	2027-2028	Grant competitivi (Ministero Salute, AIRC, Horizon Europe); bandi PNRR ricerca	ALTA — infrastruttura IRCCS, gestione trial clinici
PRIORITÀ 2	Telemedicina (teleconsulto e telemonitoraggio)	Piattaforma di teleconsulto per la rete materno-infantile regionale hub-spoke; televisita per follow-up oncologico pediatrico; monitoraggio da remoto dei neonati prematuri post-dimissione	~0,1-0,2 mln €	2028	PNRR Missione 6 (salute digitale); fondi regionali	MEDIA — riduzione accessi PS, migliore integrazione rete

9.5 Cluster IV — Infrastrutture per la ricerca e la candidatura IRCCS

Il Cluster IV comprende gli investimenti necessari a consolidare le infrastrutture di ricerca della nuova Azienda e a sostenere il percorso di qualificazione scientifica previsto nel triennio 2027-2029. Tali interventi sono strettamente connessi alla candidatura IRCCS, in quanto riguardano la capacità di organizzare, tracciare e valorizzare attività di ricerca clinica e traslazionale, sperimentazioni, biobanche, trial clinici e progettualità finanziate.

In questo ambito assumono particolare rilievo la biobanca pediatrica e materno-neonatale, il laboratorio di ricerca traslazionale e terapia cellulare, la Clinical Trial Unit e il Grant Office. Si tratta di infrastrutture tra loro complementari: la biobanca e i laboratori supportano la produzione scientifica e la medicina di precisione; la

Clinical Trial Unit rafforza la gestione ordinata degli studi clinici; il Grant Office presidia la progettazione competitiva, la rendicontazione e l'attrazione di finanziamenti pubblici e privati.

La tabella seguente individua le principali iniziative del Cluster IV, distinguendo gli interventi a maggiore rilevanza per la candidatura IRCCS da quelli a supporto della governance della ricerca. Le stime economiche hanno carattere preliminare e dovranno essere aggiornate in funzione della progettazione esecutiva, delle fonti di finanziamento attivabili e del progressivo consolidamento dell'assetto organizzativo della ricerca aziendale.

Priorità	Iniziativa	Obiettivo	Costo stimato	Anno	Fonti	Rilevanza
PRIORITÀ 1	Biobanca pediatrica e materno-neonatale	Costituzione di una biobanca certificata ISO 20387 per la raccolta, conservazione e gestione di campioni biologici (sangue, tessuto tumorale, midollo, liquor) di pazienti pediatrici e neonatali; sistema criogenico; accreditamento BBMRI-ERIC (rete europea delle biobanche)	~0,4-0,8 mln €	2027-2028	Bandi competitivi (PNRR Ricerca, Horizon Europe, Ministero Salute); fondi aziendali	CRITICA per IRCCS — requisito infrastruttura le essenziale

Priorità	Iniziativa	Obiettivo	Costo stimato	Anno	Fonti	Rilevanza
PRIORITÀ 1	Laboratorio di ricerca traslazionale / Cell Therapy Lab	Laboratorio di terapia cellulare e medicina di precisione per lo sviluppo e la validazione delle terapie CAR-T pediatriche e per la ricerca traslazionale in oncoematologia; certificazione GMP per la produzione di medicinali per terapie avanzate (ATMPs)	~1,5-2,5 mln €	2027-2029	Accordo AIFA/EMA per ATMPs; fondi Ministero Salute; grant europei; fondazioni oncologiche	CRITICA per IRCCS — leva CAR-T e terapie avanzate
PRIORITÀ 2	Infrastruttura per i trial clinici (Clinical Trial Unit)	Costituzione di una Clinical Trial Unit (CTU) con spazi dedicati per la gestione dei pazienti arruolati in trial, farmacia sperimentale, sistema informatico di trial management (CTMS), personale dedicato (data manager, infermieri sperimentali)	~0,4-0,6 mln € (struttura + avvio)	2027	Grant di ateneo + accordo UniTO; fondi aziendali; sponsor industriali (pharma)	ALTA — requisito IRCCS, fonte di ricavi da sponsorship

Priorità	Iniziativa	Obiettivo	Costo stimato	Anno	Fonti	Rilevanza
PRIORITÀ 2	Grant Office e infrastruttura per la progettazione competitiva	Costituzione di un Grant Office aziendale con personale dedicato (project manager, amministrativi esperti di rendicontazione europea); abbonamento a banche dati bandi; accesso a piattaforme di partnership scientifica	~0,2-0,4 mln € (personale + strumenti)	2027	Fondi aziendali; eventuale co-finanziamento Regione per funzione strategica SSR	ALTA — leva trasversale per tutti gli altri cluster

9.6 Riepilogo del piano degli investimenti e fonti di finanziamento

Il quadro complessivo degli investimenti previsti nel triennio 2027-2029 ammonta a una stima di 18-26 milioni di euro, distribuiti tra i quattro cluster e finanziati da un mix articolato di fonti. La diversificazione delle fonti non è una scelta opportunistica: è la condizione per rendere il piano degli investimenti sostenibile senza gravare integralmente sul bilancio corrente dell'Azienda.

Cluster	Investimento totale stimato	Fonti prevalenti
Cluster I — Infrastrutture cliniche e capacità operatoria	8,8-11,7	Fondi regionali c/capitale, PNRR edilizia, fundraising
Cluster II — Tecnologie diagnostiche e cliniche	7,0-9,5	Fondi regionali, leasing operativo, bandi competitivi, fundraising
Cluster III — Sistemi informativi e digitale	1,5-2,4	Fondi aziendali, accordi di servizio CDSS, PNRR salute digitale, grant ricerca
Cluster IV — Infrastrutture per la ricerca e IRCCS	2,9-4,7	Bandi competitivi, grant europei, sponsor pharma, fondi aziendali
TOTALE 2027-2029 (stima)	~20,2-28,3 mln €	Mix di 5+ fonti distinte

Fonti di finanziamento per cluster:

Fonte	Rilevanza	Cluster	Owner OIRM – Sant'Anna
Fondi regionali in conto capitale	Principali	Cluster I + II	DA/Tecnico con Regione
PNRR Missione 6 (edilizia e digitale)	Significative	Cluster I + III	DA/Tecnico con Regione
Grant e bandi competitivi nazionali	Medie	Cluster II + IV	Grant Office
Horizon Europe / bandi europei	Potenziali	Cluster III + IV	Grant Office + UniTO
Fundraising e donazioni private	Crescenti	Cluster I + II + IV	Fundraising Office
Leasing operativo e renting	Complementari	Cluster II	DA/Acquisti
Sponsorship pharma/biotech (trial)	Puntuali	Cluster IV	Clinical Trial Unit

9.7 Il piano degli investimenti come punto di partenza per un confronto con la Regione

Il Piano degli Investimenti non si configura esclusivamente come documento di rilevazione del fabbisogno interno, ma assume altresì funzione di strumento di interlocuzione con la Regione Piemonte. La concentrazione degli interventi prioritari quali, a titolo esemplificativo, il blocco operatorio, la terapia intensiva neonatale e le tecnologie ad alta complessità, risponde ad esigenze assistenziali rilevanti e si colloca nell'ambito della programmazione regionale.

Il Piano prevede che la Direzione Generale presenti il dossier degli investimenti nelle sedi di confronto istituzionale con la Regione, al fine di garantire la coerenza con le direttive strategiche e con la programmazione.

Le stime di costo riportate sono indicative e costruite sulla base della ricognizione patrimoniale disponibile, dei prezzi di riferimento del settore e dei precedenti acquisti CDSS. Ogni iniziativa richiede una progettazione esecutiva con quadro economico certificato prima dell'approvazione deliberativa. Il piano degli investimenti va aggiornato sulla base dei dati di dettaglio che emergeranno dal completamento della ricognizione patrimoniale.

10. Ricerca, innovazione e roadmap verso il riconoscimento IRCCS

Il percorso verso il riconoscimento IRCCS per la specialità pediatrica richiede una costruzione progressiva dei requisiti che precede la presentazione formale della candidatura al Ministero della Salute. Il presente capitolo illustra la struttura della ricerca dell'Azienda, le linee prioritarie, l'organizzazione che si intende sviluppare e la roadmap di avvicinamento ai requisiti previsti dal D.Lgs. 288/2003 e dal D.Lgs. 200/2022. La traiettoria IRCCS e la traiettoria di equilibrio economico-finanziario non sono tra loro alternative: ai sensi dell'art. 6 D.Lgs. 288/2003, il conseguimento e il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario costituisce un requisito di legge per l'ottenimento e la conservazione del riconoscimento. Le due traiettorie sono pertanto costruite in modo integrato in tutto il Piano.

10.1 Il quadro normativo e i requisiti IRCCS

La disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico trova il proprio riferimento principale nel D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288, successivamente modificato e integrato dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, dalla Legge 3 agosto 2022, n. 129 e dal D.Lgs. 23 dicembre 2022, n. 200. Tale quadro normativo qualifica gli IRCCS come enti del Servizio sanitario nazionale a rilevanza nazionale, chiamati a integrare, secondo standard di eccellenza, attività di ricovero e cura di alta specialità, ricerca prevalentemente clinica e traslazionale, innovazione organizzativa e trasferimento tecnologico.

Il riordino della disciplina ha rafforzato il collegamento tra riconoscimento scientifico, specializzazione tematica, coerenza con la programmazione sanitaria regionale, bacino di utenza, complessità e volumi delle prestazioni, qualità dell'attività clinico-assistenziale e capacità di produrre ricerca di rilevanza nazionale. Il riconoscimento del carattere scientifico non è quindi riconducibile alla sola produzione scientifica, ma presuppone la dimostrazione integrata di requisiti istituzionali, assistenziali, scientifici, organizzativi, tecnologici ed economico-finanziari.

Il D.M. 5 febbraio 2015, attraverso gli Allegati A e B, individua la documentazione da predisporre ai fini del riconoscimento e della conferma del carattere scientifico, articolando i requisiti attorno a otto dimensioni: personalità giuridica; titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitario; economicità ed efficienza dell'organizzazione, qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature; caratteri di eccellenza delle prestazioni e dell'attività sanitaria; caratteri di eccellenza dell'attività di ricerca; capacità di inserirsi in reti con altri istituti di ricerca e di collaborare con enti pubblici e privati; capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti; certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.

Il procedimento di riconoscimento prevede una valutazione istituzionale articolata, nella quale la Regione verifica la coerenza della candidatura con la programmazione sanitaria e trasmette la domanda al Ministero della Salute. Il Ministero, tramite la Commissione di valutazione, esamina la documentazione, può richiedere chiarimenti o integrazioni, può procedere a sopralluoghi e formula il parere tecnico conclusivo. In caso di esito positivo, il riconoscimento è disposto con decreto del Ministro della Salute, d'intesa con il Presidente della Regione interessata.

Nel quadro del presente Piano Strategico, tali requisiti costituiscono il riferimento normativo e valutativo entro cui rappresentare il posizionamento della AO OIRM-Sant'Anna. In particolare, assumono rilievo la coerenza tra

alta specializzazione pediatrica e materno-infantile, complessità della casistica, qualità dei percorsi assistenziali, attività di ricerca clinica e traslazionale, sperimentazioni cliniche, biobanche, infrastrutture digitali, cartella clinica elettronica, data governance, collaborazioni scientifiche, capacità di attrarre finanziamenti, strutturazione delle funzioni a supporto della ricerca e certificazioni di qualità.

Le procedure ministeriali di valutazione richiamano inoltre l'esigenza di una documentazione completa e verificabile su alcuni ambiti particolarmente sensibili: attribuzione delle pubblicazioni e delle affiliazioni, ruolo e qualificazione dei ricercatori, governance della ricerca, stato di implementazione e interoperabilità della cartella clinica elettronica, gestione dei trial clinici, modelli di consenso e privacy, finanziamenti competitivi, organizzazione del Grant Office, bilanci della ricerca, biobanche, certificazioni, personale dedicato alla ricerca, sostenibilità economico-finanziaria, tecnologie, HTA e telemedicina. Tali elementi costituiscono pertanto le principali dimensioni di riferimento per raccordare il quadro normativo IRCCS con la rappresentazione strategica, organizzativa e clinico-scientifica dell'Azienda.

10.2 Il profilo di partenza: punti di forza e gap

La nuova Azienda dispone di una base scientifica e assistenziale significativa, fondata sulla completezza delle specialità pediatriche, sull'inserimento in reti nazionali ed europee, sulla produzione scientifica, sulla conduzione di trial clinici e sulla presenza di infrastrutture e tecnologie dedicate alla ricerca. In particolare, risultano documentati oltre 151 trial gestiti o condotti nell'ultimo quinquennio dall'Unità Ricerca e Sviluppo Clinico, più di 30 studi di Fase I e II, una Cell Factory, una GMP Facility autorizzata AIFA e linee di attività consolidate in oncoematologia, malattie rare, trapianti, terapie cellulari, genetica clinica e medicina di precisione.

Tra i principali elementi distintivi rientrano la partecipazione alle reti ERN — PaedCan, Endo-ERN, EURO-NMD — l'attività di sperimentazione in oncoematologia pediatrica, incluse le prime somministrazioni di CAR-T su pazienti CDSS nel 2026, la dotazione tecnologica del Laboratorio di Genetica, con piattaforme NGS, Array-CGH e strumenti per la diagnosi prenatale, nonché i rapporti consolidati con il Dipartimento di Scienze Pediatriche e dell'Adolescenza dell'Università degli Studi di Torino.

La ricognizione dei finanziamenti dovrà essere completata secondo un perimetro ampio, includendo non solo i grant di ricerca in senso stretto, ma anche le risorse attratte per grandi opere, umanizzazione degli spazi, grandi strumentazioni, piattaforme tecnologiche e interventi infrastrutturali già realizzati o programmati. Il censimento dovrà riportare, per ciascuna fonte, importo, finalità, periodo di riferimento, stato di utilizzo e collegamento con le piattaforme clinico-assistenziali dell'Azienda.

Restano da consolidare alcune condizioni organizzative e informative rilevanti per rappresentare in modo compiuto il patrimonio clinico-scientifico esistente: formalizzazione della governance della ricerca; registro centralizzato di studi, trial, pazienti arruolati e finanziamenti; messa a sistema della biobanca; strutturazione del Grant Office; raccolta sistematica degli indicatori bibliometrici e assistenziali; raccordo tra ricerca clinica, ricerca traslazionale e funzioni amministrative di supporto. In questo quadro, genetica, terapie avanzate, registri di malattia e reti ERN costituiscono ambiti da valorizzare in modo ordinato nella rappresentazione strategica dell'Azienda, previa ricognizione delle evidenze disponibili e del relativo livello di consolidamento.

10.3 Le linee di ricerca prioritarie per la candidatura IRCCS pediatrica

Le linee prioritarie di ricerca sono individuate in coerenza con le piattaforme clinico-assistenziali strategiche del Piano e con il profilo specialistico della AO OIRM-Sant'Anna. Esse derivano dalla casistica ad alta complessità trattata, dalle competenze professionali presenti, dalle infrastrutture disponibili e dal potenziale di sviluppo scientifico nel triennio 2027-2029, anche in relazione alla prospettiva di progressivo avvicinamento al riconoscimento IRCCS in ambito pediatrico.

La prima linea riguarda le malattie rare in età pediatrica, la genomica clinica e la diagnostica di precisione. Essa comprende sindromologia molecolare, pazienti senza diagnosi, disabilità intellettiva, malformazioni congenite, farmacogenomica e follow-up multispecialistico. Il Servizio di Genetica Clinica Pediatrica, le tecnologie NGS, WES e, in prospettiva, WGS, l'unità di rianalisi dei dati genetici, i percorsi di Day Hospital e Day Service multidisciplinari, il raccordo con le reti ERN e la costruzione di registri aziendali rappresentano gli strumenti principali per consolidare questa linea.

La seconda linea è costituita dall'oncoematologia pediatrica e dalle terapie avanzate, con particolare riferimento alla medicina di precisione oncologica, ai trapianti, alle terapie CAR-T, alla terapia genica e all'immunoterapia adottiva. Gli ambiti prioritari includono leucemie, linfomi, tumori solidi pediatrici, predisposizione genetica oncologica e trapianto di cellule staminali ematopoietiche. La biobanca pediatrica, la GMP Facility autorizzata AIFA, la Cell Factory, il Programma Trapianti, i trial clinici e la partecipazione a reti nazionali e internazionali costituiscono infrastrutture e strumenti a supporto dello sviluppo traslazionale della linea.

La terza linea riguarda le alte specialità neuro-cardio pediatriche, con riferimento a neurochirurgia, neurologia, cardiologia e cardiocirurgia pediatrica, cardiopatie congenite e supporti intensivi. Le aree di interesse comprendono epilessia farmaco-resistente, tumori del sistema nervoso centrale, patologie neuromuscolari, cardiopatie congenite, assistenza ventricolare, trapianto cardiaco e percorsi ECMO/VAD. Il rafforzamento di neurofisiologia, monitoraggio intraoperatorio, imaging avanzato, registri clinici e database di outcome potrà contribuire alla documentazione degli esiti e allo sviluppo di linee di ricerca applicata.

La quarta linea è riferita alla neonatologia e al continuum materno-neonatale. Essa comprende gravidanza ad alto rischio, prematurità, patologia neonatale, terapia intensiva neonatale, follow-up neuroevolutivo, ALTE/BRUE, medicina del sonno pediatrica, SIDS, telemedicina, banca del latte e screening neonatale. L'integrazione tra fase prenatale, nascita, assistenza neonatale e follow-up pediatrico consente di sviluppare dataset longitudinali e modelli organizzativi coerenti con il ruolo hub regionale dell'Azienda.

La quinta linea riguarda la medicina della riproduzione, la PMA, la genetica riproduttiva e la preservazione della fertilità. Gli ambiti prioritari includono PMA pubblica, diagnosi preimpianto e prenatale, NIPT, counseling genetico, preservazione della fertilità nei percorsi oncologici e oncoematologici e integrazione tra area riproduttiva, ostetricia, neonatologia e pediatria. Tale linea contribuisce a rafforzare la continuità dei percorsi tra fertilità, diagnosi genetica, gravidanza e presa in carico materno-neonatale.

La sesta linea è riferita alla ginecologia specialistica e oncologica, con attenzione a oncologia femminile, chirurgia ginecologica complessa, endometriosi, uro-ginecologia, qualità di vita e outcome funzionali. In questo ambito assumono rilievo il counseling genetico, il supporto psicologico, i registri clinici e il partecipare alla Breast Unit Interaziendale per i percorsi relativi alla patologia mammaria, nel rispetto del perimetro aziendale definito dagli atti costitutivi.

La settima linea è costituita dalla medicina di genere, intesa come dimensione trasversale di ricerca, appropriatezza e qualità dei percorsi. Essa riguarda l'analisi delle differenze per sesso e, ove appropriato, per genere nell'accesso, nella diagnosi, nei trattamenti, negli outcome, nel dolore, nella salute mentale, nella cronicità e nella transizione dall'età pediatrica all'età adulta. Lo sviluppo di dataset disaggregati, indicatori di qualità, attività formative, medicina narrativa e strumenti di patient experience consentirà di integrare progressivamente questa prospettiva nelle principali linee cliniche e scientifiche dell'Azienda.

10.4 Il Grant Office: struttura, funzioni e obiettivi

La gestione della ricerca non riguarda solo l'aspetto prettamente scientifico, ma anche altri aspetti, come quelli amministrativo e finanziario. Senza una struttura aziendale dedicata alla gestione di questi aspetti, i ricercatori si troverebbero a gestire un carico di lavoro insostenibile, con una compressione della propria capacità scientifica.

La condizione organizzativa indispensabile per trasformare la capacità scientifica dell'Ente in finanziamenti attratti e, quindi, in progetti è rappresentata dall'istituzione del Grant Office. Tale struttura strategica è deputata allo scouting di bandi e al supporto nella redazione di proposte progettuali in sede di candidatura agli stessi, alla rendicontazione delle attività progettuali e delle spese, e alla gestione dei rapporti con le istituzioni finanziatrici e gli altri enti di ricerca. Più in particolare, le funzioni istituzionali del Grant Office includono:

- Monitoraggio sistematico di bandi e scouting delle opportunità di finanziamento pertinenti alle linee di ricerca dell'Ente (bandi nazionali ed internazionali PNRR, Ministero della Salute, AIRC, Regione Piemonte, Horizon Europe, ERC, ERA-NET);
- Supporto alla stesura di proposte progettuali, alla definizione del budget e dei team di progetto (ad esempio, in collaborazione con l'Università di Torino per i progetti congiunti), nonché alla presentazione delle candidature;
- Gestione del registro centralizzato dei trial clinici attivi, degli studi osservazionali e dei finanziamenti attratti, come documentazione per il dossier IRCCS;
- Monitoraggio dell'avanzamento progettuale dal punto di vista scientifico e tecnico, rispetto alle scadenze previste, e gestione delle rimodulazioni di budget;
- Gestione della rendicontazione dei progetti, mediante il presidio tanto del ciclo passivo quanto del ciclo attivo dei grant ottenuti, e della produzione di report richiesti dai finanziatori;
- Supporto nella formalizzazione di contratti, protocolli d'intesa e di accordi interistituzionali con i partner scientifici, e punto di contatto tra l'Ente e gli stessi (UniTO, IRCCS nazionali, ERN, industria farmaceutica);
- Promozione della formazione e sviluppo delle competenze, attraverso l'organizzazione di workshop e incontri dedicati a migliorare le competenze dei ricercatori nella scrittura e gestione dei progetti.

Oltre alle funzioni istituzionali richiamate, che garantiscono la completa gestione della ricerca a partire dall'intercettazione di opportunità di finanziamento, sino alla conclusione tecnica e finanziaria dei progetti, in una fase iniziale si prevede di affidare al Grant Office anche le attività di trasferimento tecnologico, volte alla valorizzazione delle idee innovative e del know-how sviluppato dai ricercatori dell'Ente. Il supporto in questo

ambito permette di gestire il passaggio dai risultati della ricerca allo sfruttamento economico degli stessi, mediante le seguenti attività:

- Stesura di specifici regolamenti aziendali in tema di proprietà intellettuale (regolamento brevetti, regolamento commissione brevetti, regolamento spin-off, ecc.);
- Supporto ai ricercatori nell'individuazione del miglior percorso di tutela delle invenzioni e della strategia di valorizzazione delle stesse;
- Individuazione di consulenti brevettuali e supporto al deposito di domande di brevetto;
- Individuazione, tramite le modalità consentite dalla legge, di possibili partner industriali interessati allo sviluppo di tecnologie brevettate;
- Negoziazione di contratti di cessione di brevetti o quote di brevetti, contratti di licenza e accordi di co-sviluppo economico e scientifico.

Il Piano prevede la costituzione del Grant Office nel corso del 2027, con una dotazione organica iniziale di 5-6 figure professionali (project manager di ricerca, segreteria scientifica, esperto di rendicontazione, technology transfer manager, patent officer, referente contrattuale per accordi di sfruttamento della proprietà intellettuale). Il costo è stimato in 0,3-0,5 milioni di euro/anno, finanziato inizialmente con fondi aziendali e progressivamente coperto dai grant indiretti (overheads dei progetti finanziati).

Obiettivi del Grant Office nel triennio: presentazione di almeno 3 domande di grant nel 2027, 6 nel 2028, 10 nel 2029; finanziamenti attratti di 1,0 mln € nel 2027, 2,0 mln nel 2028, 4,0 mln nel 2029 (valori di riferimento per il modello economico del capitolo 12, Leva 4); presentazione di almeno 1 domanda di brevetto nel 2028 e di almeno 2 domande di brevetto nel 2029.

10.5 I trial clinici: stato attuale e sviluppo

La sperimentazione clinica costituisce una componente rilevante del profilo scientifico della AO OIRM-Sant'Anna ed è presente in più aree specialistiche, con particolare riferimento agli ambiti pediatrici ad alta complessità. Nel triennio 2027-2029 l'Azienda intende rafforzarne il coordinamento, al fine di assicurare omogeneità procedurale, tracciabilità delle attività, qualità documentale, supporto regolatorio e integrazione con le funzioni cliniche, amministrative e di ricerca. Assumono particolare rilievo gli studi di Fase I e II, le sperimentazioni su terapie cellulari e geniche, i farmaci innovativi, i percorsi di uso compassionevole e le progettualità clinico-traslazionali collegate alla medicina di precisione. In tale ambito si collocano la GMP Facility autorizzata AIFA, la Cell Factory, i laboratori di processazione cellulare, le piattaforme di genetica e biologia molecolare e le biobanche, quali infrastrutture a supporto della ricerca traslazionale. L'attività oncoematologica pediatrica, inclusa la partecipazione a protocolli multicentrici italiani ed europei e l'esperienza maturata sulle terapie CAR-T, rappresenta uno degli ambiti di maggiore sviluppo.

La biobanca pediatrica dovrà essere consolidata come infrastruttura trasversale a supporto delle principali linee di ricerca aziendali, con particolare riferimento a oncoematologia, tumori solidi pediatrici, malattie rare, genetica clinica, immunologia, trapianti e medicina di precisione. Il suo sviluppo richiederà procedure condivise per raccolta, conservazione, consenso informato, tracciabilità, accesso ai campioni e utilizzo a fini scientifici, in coerenza con gli standard applicabili e con l'integrazione nei percorsi clinico-assistenziali. Nel triennio, il

rafforzamento della sperimentazione clinica potrà avvalersi di una funzione aziendale di coordinamento, anche attraverso la Clinical Trial Unit prevista dal Piano, con l'obiettivo di rendere più sistematica la gestione di trial, studi osservazionali, pazienti arruolati, documentazione regolatoria e rendicontazione scientifica.

Un quadro rappresentativo della consistenza attuale della sperimentazione clinica è offerto dalla S.C. Oncologia Ematologia Pediatrica, che costituisce il principale centro propulsore dell'attività di ricerca clinica aziendale. Al momento della redazione del Piano, la struttura conta 82 studi attivi, di cui 60 con arruolamento aperto e 22 con arruolamento chiuso o sospeso. Sul piano tipologico, 41 studi sono sperimentazioni cliniche con farmaco o dispositivo — articolate in 13 studi di Fase I, 14 di Fase II, 13 di Fase III e 1 di Fase IV — e 41 sono studi osservazionali o interventistici senza farmaco e dispositivo, inclusi studi su campioni biologici. Sotto il profilo del promotore, 24 studi fanno capo a sponsor profit e 58 a promotori no profit, a conferma della forte vocazione accademica e consortile della ricerca condotta presso l'OIRM. Questo patrimonio di sperimentazioni attive, da ricondurre a un registro centralizzato e tracciabile, costituisce uno degli asset più rilevanti a supporto della candidatura IRCCS e sarà oggetto di sistematizzazione prioritaria nel corso del triennio.

10.6 Percorso di consolidamento 2027-2029

Il triennio 2027-2029 rappresenta una fase di consolidamento progressivo del profilo scientifico, organizzativo e documentale della AO OIRM-Sant'Anna, anche in relazione alla prospettiva di un futuro percorso di riconoscimento IRCCS. Le azioni previste sono orientate a rendere maggiormente strutturate e tracciabili le attività di ricerca, la sperimentazione clinica, le infrastrutture traslazionali, le collaborazioni scientifiche e le funzioni amministrative di supporto.

Inizialmente le priorità riguarderanno il completamento del censimento della produzione scientifica e delle affiliazioni, l'aggiornamento della documentazione istruttoria riferita al nuovo perimetro aziendale, l'istituzione di un registro aziendale di trial, studi osservazionali e finanziamenti, la definizione della governance aziendale della ricerca e il consolidamento delle procedure relative alla biobanca pediatrica. In parallelo, sarà avviata la sistematizzazione delle principali linee di ricerca su malattie rare, genetica clinica, oncoematologia pediatrica e terapie avanzate.

L'Azienda proseguirà anche con la predisposizione del bilancio sezionale della ricerca, il rafforzamento della partecipazione a bandi competitivi nazionali ed europei, lo sviluppo di database prospettici di outcome nelle principali piattaforme clinico-assistenziali e il consolidamento dei protocolli integrati tra clinica, laboratorio e ricerca traslazionale. Particolare attenzione sarà inoltre dedicata al potenziamento del supporto regolatorio e amministrativo alle sperimentazioni cliniche.

Nel corso del triennio, l'Azienda proseguirà il lavoro di sistematizzazione delle evidenze scientifiche, cliniche, organizzative ed economico-gestionali rilevanti per il proprio posizionamento come polo materno-infantile ad alta specializzazione. Il percorso sarà orientato al rafforzamento delle condizioni abilitanti, con particolare riferimento alla completezza della documentazione, alla tracciabilità della produzione scientifica e dei trial clinici, alla partecipazione a reti e progettualità finanziate, al consolidamento delle infrastrutture di ricerca e alla coerenza tra profilo scientifico, assetto aziendale e sostenibilità gestionale. Tali elementi costituiranno una base conoscitiva utile a supportare le valutazioni istituzionali e regionali sullo sviluppo scientifico dell'Azienda.

Il percorso deve quindi essere inteso come un processo di qualificazione istituzionale, scientifica e organizzativa della nuova Azienda, volto a rafforzare la capacità di documentare in modo sistematico le attività di ricerca, la qualità dell'assistenza, l'attrazione di risorse, la solidità delle infrastrutture e la sostenibilità complessiva dell'assetto aziendale.

11. Fundraising e attrazione di investimenti privati

Il fundraising sanitario costituisce, per un'Azienda ospedaliera pubblica ad alta specializzazione, una leva complementare alla programmazione sanitaria, alla ricerca e agli investimenti pubblici. Nel caso dell'AO OIRM – Sant'Anna, tale leva deve essere impostata con attenzione, perché il nuovo assetto aziendale eredita una rete ampia e storicamente radicata di fondazioni, associazioni, donatori individuali e soggetti filantropici che già sostengono, con modalità e finalità diversi, i Presidi Regina Margherita e Sant'Anna. Il Piano non assume quindi il fundraising come semplice incremento di ricavi, né come sostituzione delle esperienze esistenti. L'obiettivo è costruire un modello aziendale capace di valorizzare la pluralità degli attori già presenti, orientare le risorse verso priorità coerenti con le piattaforme clinico-assistenziali strategiche e rendere più tracciabile e programmabile l'attrazione di finanziamenti esterni. In questa prospettiva, il fundraising contribuisce sia alla sostenibilità degli investimenti sia al percorso di qualificazione scientifica e istituzionale dell'Azienda, anche in funzione della futura candidatura ad IRCCS.

Il benchmark nazionale conferma che, nei poli pediatrici e negli istituti ad alta riconoscibilità pubblica, la raccolta fondi può assumere un ruolo strutturale. La Fondazione Meyer rappresenta un riferimento significativo: nel 2025 ha registrato una raccolta complessiva pari a circa 16.46 milioni di euro, di cui circa 5.23 milioni derivanti dal 5 per mille. Tali valori non devono essere assunti come target automatico dell'AO, che si trova in una fase diversa di maturità organizzativa, ma come evidenza della rilevanza che una funzione strutturata di fundraising può assumere quando è sostenuta da governance dedicata, reputazione clinico-scientifica, rendicontazione pubblica e continuità nella relazione con i donatori.

Per l'AO OIRM–Sant'Anna, il fundraising assume un valore triplice: come contributo alle leve aziendali del Piano di equilibrio, come fonte complementare per il finanziamento degli investimenti strategici e come elemento di rafforzamento della capacità di attrarre risorse esterne, rilevante anche ai fini del percorso IRCCS. Il D.Lgs. 23 dicembre 2022, n. 200, nel riordino della disciplina degli IRCCS, collega infatti il riconoscimento del carattere scientifico a un sistema di indicatori e soglie di valutazione, tra cui rientrano anche la capacità di ricerca, la partecipazione a progettualità, la sperimentazione e l'attrazione di finanziamenti coerenti con le aree tematiche di riferimento.

11.1 Razionale strategico: perché questo ospedale raccoglie fondi

Il fundraising dell'AO OIRM – Sant'Anna si inserisce in un contesto favorevole alla valorizzazione di risorse filantropiche e private, in ragione della missione pediatrica, materno-infantile e di salute della donna, della riconoscibilità dei presidi e del percorso di sviluppo che l'Azienda intende consolidare nel triennio 2027-2029. Tale missione genera un rapporto diretto e riconoscibile con la comunità, con le famiglie, con gli ex pazienti, con

il tessuto imprenditoriale e con i soggetti filantropici del territorio. Questo rapporto rappresenta un patrimonio relazionale rilevante, che deve essere valorizzato con strumenti di comunicazione istituzionale, trasparente e rispettosa, e che necessita di una funzione di governo delle iniziative di raccolta.

La specificità dell'OIRM – Sant'Anna risiede nella concentrazione di percorsi clinico-assistenziali ad alta complessità e ad alto impatto sociale. Oncoematologia pediatrica, trapianto di midollo, terapie cellulari e geniche, neurochirurgia e cardiocirurgia pediatrica, terapia intensiva neonatale, prematurità estrema, genetica clinica, malattie rare, medicina della riproduzione, ginecologia oncologica e medicina di genere costituiscono ambiti nei quali il bisogno assistenziale, la qualità della presa in carico e il potenziale di innovazione risultano immediatamente comprensibili anche per donatori non specialistici. La capacità attrattiva dell'Azienda non deriva quindi da singole campagne isolate, ma dalla possibilità di collegare la donazione a traiettorie di sviluppo chiare, coerenti con le piattaforme strategiche del Piano e verificabili nei relativi risultati. In questa prospettiva, il fundraising non deve essere inteso come attività accessoria o meramente comunicativa, ma come componente della governance strategica aziendale. Esso può contribuire a sostenere interventi di umanizzazione, accoglienza e supporto alle famiglie, acquisizione di tecnologie e attrezzature, borse di studio e di ricerca, infrastrutture scientifiche, biobanche, trial clinici, percorsi di medicina di precisione e progettualità innovative. Tali risorse non sostituiscono il finanziamento pubblico né possono essere considerate coperture ordinarie di costi strutturali; rappresentano, piuttosto, una leva integrativa per accelerare investimenti qualificanti, rafforzare la capacità progettuale dell'Azienda e rendere più visibile l'impatto generato dai percorsi di cura e ricerca.

Il posizionamento dell'Azienda è inoltre rafforzato dalla prospettiva di avvicinamento al riconoscimento IRCCS. Per i donatori istituzionali, le fondazioni, le imprese e le famiglie filantropiche, la presenza di una traiettoria IRCCS documentata costituisce un elemento di credibilità, perché segnala l'esistenza di una strategia scientifica, di linee di ricerca prioritarie, di infrastrutture dedicate, di indicatori monitorabili e di una governance orientata alla qualità.

Il razionale strategico del fundraising si colloca, quindi, all'incrocio tra identità istituzionale, complessità clinica, capacità di ricerca, responsabilità pubblica e fiducia dei donatori. La sfida del triennio non è semplicemente aumentare la raccolta, ma trasformare una capacità filantropica già presente in un sistema aziendale più ordinato, trasparente e programmabile, capace di sostenere le priorità clinico-scientifiche dell'OIRM-Sant'Anna e di rafforzarne il posizionamento come polo regionale e sovraregionale di pediatria specialistica, medicina materno-infantile e salute della donna.

11.2 Il modello organizzativo proposto

Il modello organizzativo del fundraising dell'AO OIRM – Sant'Anna è strutturato in modo da tenere conto di una caratteristica peculiare del contesto di partenza: la presenza di una rete già articolata di fondazioni, associazioni, donatori individuali e soggetti filantropici storicamente attivi sui Presidi Regina Margherita e Sant'Anna. Tale rete rappresenta un patrimonio relazionale e reputazionale rilevante, maturato nel tempo attraverso rapporti fiduciari con reparti, professionisti, famiglie, ex pazienti e comunità locali. Per questa ragione, il modello concepito non

assume logica di sostituzione o accentramento, ma una logica di coordinamento, valorizzazione e progressiva strutturazione.

L'obiettivo non è ricondurre tutte le iniziative di raccolta fondi sotto un unico soggetto, con il rischio di indebolire esperienze già consolidate, ma costruire una governance aziendale capace di orientare le diverse energie filantropiche verso le priorità strategiche del Piano. Il fundraising deve quindi funzionare come un sistema ordinato, nel quale l'Azienda definisce la priorità, assicura coerenza con le piattaforme clinico-assistenziali, promuove la trasparenza nell'utilizzo delle risorse e abilita nuovi canali di raccolta, senza disperdere il capitale fiduciario già presente. Il modello si articola in tre componenti operative tra loro integrate: una funzione aziendale di coordinamento e sviluppo, una rete coordinata di fondazioni e associazioni esistenti, e canali diretti di raccolta intestati all'Azienda.

La prima componente è rappresentata dalla funzione interna di Fundraising & Development, da attivare nel corso del 2027 con 1 figura professionale dedicata. Tale funzione costituisce il punto di presidio aziendale del modello e opera in raccordo con la Direzione Strategica, con il Grant Office, con le strutture cliniche e con le funzioni amministrative competenti. Il suo compito non è solo comunicare campagne di raccolta, ma governare l'intero ciclo del fundraising: mappare le iniziative esistenti, raccogliere i fabbisogni prioritari delle piattaforme clinico-assistenziali, costruire proposte finanziabili, definire messaggi istituzionali, presidiare i rapporti con i grandi donatori, imprese, fondazioni erogative e comunità filantropiche, monitorare le risorse raccolte e rendicontare gli impatti generati. La funzione Fundraising & Development assume quindi un ruolo di raccordo stabile tra la programmazione strategica e la capacità dell'Azienda di attrarre risorse esterne. Essa lavora a monte, trasformando le priorità cliniche, scientifiche e infrastrutturali in progetti comprensibili e finanziabili; lavora durante la raccolta, assicurando coerenza dei messaggi, correttezza istituzionale e presidio delle relazioni con i donatori; lavora a valle, garantendo tracciabilità, rendicontazione e restituzione pubblica dei risultati.

La seconda componente riguarda il coordinamento della rete di fondazioni e associazioni già attive. Il Piano riconosce che tali soggetti hanno vocazioni, ambiti di intervento, reti di donatori e identità proprie, spesso legate a specifiche aree cliniche o a esperienze maturate nei singoli reparti. Il modello proposto non intende omologare tali soggetti né assorbirne le funzioni, ma favorire una maggiore coerenza complessiva rispetto alle priorità aziendali. In concreto, il coordinamento aziendale dovrà consentire di evitare sovrapposizioni tra campagne, ridurre la dispersione delle iniziative, orientare le raccolte verso fabbisogni coerenti con le sette piattaforme strategiche e rendere più leggibile l'impatto complessivo della filantropia sul sistema OIRM-Sant'Anna. Questa componente è decisiva per operare come forma di raccordo ed evitare che il modello risulti frammentato. Una pluralità di soggetti non coordinata può produrre messaggi incoerenti, competizione implicita tra iniziative, difficoltà di rendicontazione e minore capacità di attrarre donatori istituzionali. Al contrario, una rete coordinata consente di preservare le relazioni fiduciarie già esistenti e, allo stesso tempo, di ricondurle a un disegno aziendale riconoscibile.

La terza componente è rappresentata dall'attivazione di canali diretti aggiuntivi di raccolta fondi intestati all'AO OIRM-Sant'Anna. Tali canali non devono sottrarre risorse alle fondazioni e associazioni esistenti, ma intercettare bacini di donatori ulteriori, non ancora raggiunti dalle singole iniziative. In questa prospettiva, il Piano prevede

innanzitutto l'avvio di una campagna strutturata per il 5 per mille direttamente intestata all'Azienda, da impostare come campagna permanente a partire dal 2027. Il 5 per mille costituisce il canale più adatto a costruire nel tempo una base ampia e stabile di contribuenti individuali, valorizzando la riconoscibilità pubblica dell'OIRM-Sant'Anna e la forza identitaria dei percorsi pediatrici, materno-infantili e di salute della donna. Accanto al 5 per mille, il modello prevede lo sviluppo progressivo di liberalità dirette, lasciti testamentari e iniziative di corporate giving. Le liberalità dirette permettono di intercettare donatori individuali interessati a sostenere specifici progetti aziendali; i lasciti testamentari richiedono un approccio più strutturato e di lungo periodo, fondato su fiducia, continuità relazionale e chiarezza nella destinazione delle risorse; il corporate giving consente invece di coinvolgere il tessuto imprenditoriale locale e regionale in campagne coerenti con responsabilità sociale, innovazione sanitaria, accoglienza delle famiglie, ricerca pediatrica, medicina di genere e sostegno ai percorsi di alta complessità. Il profilo giuridico della raccolta diretta viene esercitato in via principale ai sensi dell'art. 14-bis del D.Lgs. 502/1992, quale cornice per la ricezione di liberalità da parte dell'Azienda sanitaria.

Il funzionamento del modello può essere letto secondo una sequenza operativa chiara. La Direzione Strategica definisce le priorità aziendali e le collega alle piattaforme clinico-assistenziali e agli investimenti del Piano. Le strutture cliniche e scientifiche contribuiscono a qualificare i fabbisogni, indicando interventi ad alto impatto, risultati attesi e benefici per pazienti, famiglie e ricerca. La funzione Fundraising & Development traduce tali fabbisogni in campagne, dossier per donatori, proposte progettuali e strumenti di comunicazione istituzionale. Le fondazioni e associazioni esistenti vengono coinvolte in modo coordinato, valorizzando i rispettivi ambiti di specializzazione. I canali diretti aziendali, invece, vengono utilizzati per campagne trasversali, raccolta generalista, 5 per mille, grandi donatori, lasciti e partnership corporate. Infine, l'Azienda rendiconta periodicamente l'utilizzo delle risorse raccolte e l'impatto generato. Nel triennio 2027-2029, il modello deve evolvere per fasi. Nel 2027 la priorità è la strutturazione della funzione interna di Fundraising & Development, la mappatura delle iniziative esistenti, l'avvio della campagna 5 per mille e la selezione di prime campagne prioritarie ad alta riconoscibilità, in particolare negli ambiti più coerenti con il percorso IRCCS e con gli investimenti strategici. Nel 2028-2029 il modello deve consolidarsi attraverso il rafforzamento dei canali di raccolta diretta, lo sviluppo del corporate giving, l'avvio più strutturato dei lasciti testamentari e l'integrazione stabile con il Grant Office, soprattutto per le progettualità a contenuto scientifico, di ricerca, biobanca, trial clinici e medicina di precisione.

In questo modo, il fundraising diventa una funzione stabile della governance aziendale e non una leva occasionale. Il suo contributo non si misura solo nelle risorse raccolte, ma nella capacità di rafforzare la credibilità dell'AO OIRM-Sant'Anna, sostenere gli investimenti qualificanti, accompagnare il percorso IRCCS e consolidare il rapporto fiduciario tra Azienda, comunità, famiglie, imprese e soggetti filantropici.

11.3 Le aree di campagna e i target di raccolta

Le iniziative di raccolta fondi sono progettate in coerenza con le sette piattaforme clinico-assistenziali strategiche del Piano, assicurando un collegamento diretto con gli investimenti descritti al capitolo 9, in modo che il donatore sappia con previsione a cosa contribuisce e possa verificare il risultato tangibile della propria donazione. Le campagne non precedono target vincolanti per singola piattaforma, in modo da mantenere

flessibilità operativa e valorizzare le specializzazioni già espresse dalle fondazioni e associazioni esistenti; l'Azienda orienterà la raccolta diretta verso le aree di volta in volta più coerenti con le priorità del Piano, garantendo in ogni caso rendicontazione sull'utilizzo dei fondi.

- Malattie rare in pediatria. La campagna può sostenere le infrastrutture di diagnosi genomica e molecolare, la biobanca per patologie rare e il supporto alle famiglie in attesa di diagnosi. I donatori target includono fondazioni specializzate, industria farmaceutica interessata alla ricerca su patologie orfane e donatori individuali sensibili al tema della diagnosi tardiva o mancata. Si tratta di un ambito ad alta rilevanza scientifica, con donatori tendenzialmente fidelizzati nel tempo.
- Oncoematologia pediatrica e terapie avanzate. La raccolta si concentra sul Cell Therapy Lab, sulla biobanca oncologica e sulle attrezzature per la terapia intensiva pediatrica. I donatori target sono aziende farmaceutiche, fondazioni oncologiche e grandi donatori individuali. Questa campagna è strettamente collegata al percorso IRCCS e presenta un'alta visibilità istituzionale: ogni contribuzione è facilmente comunicabile e rendicontabile, anche in ragione della risonanza pubblica delle terapie cellulari e geniche in età pediatrica. È l'area di campagna con avvio previsto già nel 2027.
- Neurochirurgia e cardiocirurgia pediatrica. La raccolta può contribuire all'acquisizione di tecnologie chirurgiche e di monitoraggio intraoperatorio, allo sviluppo di programmi strutturati di follow-up a lungo termine e alle iniziative di accoglienza per le famiglie con degenze prolungate. La casistica di riferimento regionale e sovraregionale in questi ambiti rafforza la credibilità della campagna presso donatori istituzionali e fondazioni di area sanitaria.
- Neonatologia, TIN e continuum materno-neonatale. La raccolta si orienta verso il rinnovo delle culle e delle postazioni di terapia intensiva neonatale, i sistemi di monitoraggio avanzato e gli spazi di accoglienza per le famiglie. È l'area con la più ampia base potenziale di donatori — pubblico generale, famiglie con esperienza diretta di ricovero in TIN, aziende del settore materno-infantile — e quella con maggiore facilità di comunicazione emotiva, caratteristiche che la rendono particolarmente adatta alle campagne di raccolta di massa e al 5 per mille. Avvio previsto nel 2027.
- PMA, genetica medica e medicina della riproduzione. La raccolta può sostenere l'aggiornamento della piattaforma PMA, il sequenziamento genomico per la diagnosi prenatale avanzata e i programmi di preservazione della fertilità in pazienti oncologici. È una nicchia ad alta fidelizzazione: i donatori — fondazioni attive nel campo della consapevolezza sull'infertilità e singoli donatori motivati da esperienze personali — tendono a mantenere un rapporto continuativo con la struttura. Avvio previsto tra il 2027 e il 2028.
- Ginecologia specialistica e oncologica. La campagna può sostenere lo sviluppo di percorsi strutturati di presa in carico integrata della donna con patologia oncologica, il potenziamento della funzione di psico-oncologia e le iniziative di umanizzazione delle cure. Si tratta di un ambito in cui l'Azienda intende rafforzare il proprio posizionamento, con un profilo comunicativo orientato alla qualità complessiva dell'esperienza di cura oltre che all'eccellenza clinica.
- Medicina di genere. Piattaforma trasversale e identitaria per l'Azienda, la raccolta in quest'area può orientarsi verso attività di ricerca, borse di studio e iniziative di comunicazione istituzionale e sensibilizzazione pubblica. I donatori target includono fondazioni attive sui temi della salute della donna, imprese con

programmi di responsabilità sociale e donatori individuali sensibili al tema della disparità di genere in medicina.

A queste campagne si aggiunge il **5 per mille**, attivato come campagna permanente a partire dal 2027 e destinato a diventare la voce più stabile e prevedibile della raccolta diretta aziendale. A differenza delle campagne tematiche, il 5 per mille non è vincolato a una singola piattaforma: i fondi raccolti sono rendicontati pubblicamente e orientati annualmente verso le priorità del Piano, rafforzando la trasparenza e la continuità del rapporto con i contribuenti. I valori attesi a regime sono stimati in via prudenziale in un intervallo compreso tra 0,5 e 1,5 milioni di euro annui.

11.4 Obiettivi di raccolta e contributo al Piano

Gli obiettivi di raccolta sono costruiti in modo conservativo rispetto al potenziale del contesto e tengono conto dei costi di struttura della funzione di Fundraising & Development. La progressione nel triennio riflette la crescita attesa della reputazione istituzionale dell'Azienda, il consolidamento del percorso IRCCS e il rafforzamento della funzione organizzativa dedicata.

Nel modello economico del capitolo 12, la componente fundraising è inclusa nella Leva 4 (leve aziendali) per un valore di 0,5 milioni di euro nel 2027, 1,0 milione nel 2028 e 2,25 milioni nel 2029. Si tratta di valori del tutto conseguibili con il modello organizzativo descritto al paragrafo 11.2 e con le campagne di raccolta orientate alle sette piattaforme strategiche. La differenza tra la raccolta lorda stimata e i valori inseriti nel modello economico copre i costi di avvio e gestione della funzione dedicata — personale, comunicazione, eventi — senza i quali nessuna attività strutturata di fundraising è sostenibile nel tempo.

Il 5 per mille, attivato come campagna permanente a partire dal 2027, è destinato a diventare la voce più stabile e prevedibile della raccolta diretta aziendale. I valori attesi a regime — stimati in via prudenziale in un intervallo compreso tra 0,5 e 1,5 milioni di euro annui — non sono incorporati per intero nel modello economico del triennio, ma costituiscono una riserva di crescita disponibile per gli esercizi successivi, coerente con l'orizzonte pluriennale richiesto dalla candidatura IRCCS.

12. Il percorso di equilibrio economico-finanziario 2027-2029

12.1 La condizione iniziale e il fabbisogno di equilibrio

Il percorso di equilibrio economico-finanziario dell'AO OIRM-Sant'Anna per il triennio 2027-2029 prende avvio dalla ricostruzione della baseline economica del perimetro aziendale, effettuata a partire dal preconsuntivo 2025. Tale baseline evidenzia un risultato negativo a fronte di 227,8 milioni di euro di ricavi.

La situazione economica di partenza riflette le caratteristiche specifiche del perimetro OIRM-Sant'Anna, contraddistinto da attività pediatriche, materno-infantili e specialistiche ad alta complessità, da funzioni assistenziali a elevata intensità clinica e da un assetto organizzativo in fase di progressiva autonomia. In tale contesto, il Piano individua un percorso di riequilibrio fondato su una pluralità di leve, volto a sostenere la continuità assistenziale, il rafforzamento delle aree distintive e il consolidamento economico-finanziario dell'Azienda.

Il mandato del Piano è il conseguimento dell'equilibrio economico a partire dal 2027 e per l'intero triennio 2027-2029, in coerenza con il percorso di sviluppo aziendale e con i requisiti di sostenibilità richiesti anche in relazione alla prospettiva di candidatura a IRCCS.

Il riequilibrio non viene impostato come una mera riduzione della spesa, ma come il risultato di un insieme coordinato di azioni: recupero della capacità produttiva, crescita selettiva delle attività ad alta valorizzazione, sviluppo delle piattaforme clinico-assistenziali strategiche, rafforzamento della capacità di attrarre risorse tramite ricerca e fundraising, nonché governo della dinamica dei costi operativi e del personale.

12.2 Le leve dell'equilibrio

Il percorso di equilibrio economico-finanziario del triennio 2027-2029 si fonda sulla combinazione di più leve, tra loro complementari. La sostenibilità del modello non dipende quindi da una sola variabile di aggiustamento, ma dall'attivazione progressiva di azioni che incidono sia sulla crescita dei ricavi sia sul governo dei costi.

La prima leva è rappresentata dalla crescita dei ricavi da produzione sanitaria. Il Piano assume una traiettoria di incremento pari al 7% annuo, con ricavi di produzione che passano da 136,4 milioni di euro nel 2027 a 156,2 milioni di euro nel 2029. Tale crescita riflette, in una prima fase, il recupero dei livelli produttivi già raggiunti nel 2024 e, successivamente, lo sviluppo delle aree clinico-assistenziali a maggiore specializzazione.

Il 2027 rappresenta prevalentemente un anno di recupero della capacità produttiva, con particolare riferimento all'attività chirurgica del Sant'Anna e al rafforzamento delle risorse professionali necessarie al pieno funzionamento delle sale operatorie e delle aree intensive. Il 2028 e il 2029 rappresentano invece la fase di sviluppo, nella quale la crescita è sostenuta dall'incremento della complessità trattata, dal consolidamento delle piattaforme ad alta valorizzazione, dal rafforzamento della PMA, dalla genetica medica, dall'attrattività extraregionale e dalla capacità di intercettare mobilità attiva.

Questa distinzione consente di leggere correttamente la dinamica della produzione: una parte dell'incremento previsto nel 2027 corrisponde al ripristino di livelli già espressi dall'Azienda, mentre la crescita successiva presuppone l'effettiva attivazione delle linee di sviluppo clinico, organizzativo e professionale previste dal Piano.

La seconda leva è rappresentata dalle leve aziendali ed extra-aziendali crescenti, stimate in aumento da 3,0 milioni di euro nel 2027 a 9,2 milioni di euro nel 2029. Rientrano in questa componente i grant di ricerca, il fundraising, le partnership e le ulteriori progettualità in grado di generare risorse aggiuntive a supporto dello sviluppo aziendale.

Il contributo dei grant di ricerca è coerente con la strutturazione del Grant Office e con il rafforzamento della candidatura a IRCCS. La capacità di intercettare finanziamenti competitivi e progettualità dedicate rappresenta una leva rilevante per sostenere lo sviluppo scientifico dell'Azienda e rafforzarne il posizionamento nelle reti di ricerca.

Il fundraising costituisce un'ulteriore componente del modello, da sviluppare attraverso una funzione aziendale dedicata, campagne mirate e strumenti di relazione strutturata con donatori, imprese, fondazioni e comunità territoriale. Tale leva assume particolare rilievo in ragione della riconoscibilità dell'OIRM-Sant'Anna nei percorsi pediatrici, materno-infantili, oncologici, neonatologici e di salute della donna.

La tabella seguente sintetizza le principali leve considerate nel modello economico. La lettura della tabella è quella di un sistema integrato di azioni: produzione, ricerca e fundraising concorrono congiuntamente alla costruzione dell'equilibrio economico e al rafforzamento della traiettoria di sviluppo dell'Azienda.

Leva	Natura	Owner	Importo 2027 → 2029	Logica e raccordo con il Piano
Leva 1 – Crescita produzione (+7%/anno)	Aziendale	DS / CdG	136,4 → 156,2 mln€	Recupero livelli 2024; sviluppo alta complessità, PMA, mobilità attiva
Leva 2 – Leve aziendali crescenti	Aziendale + Esterno	Grant Office; Fundraising; DA	3,0 → 9,2 mln€	Grant di ricerca 1,0→4,0 mln; Fundraising 0,5→2,25mln

12.3 Il raccordo tra piattaforme cliniche e sostenibilità economica

Le piattaforme clinico-assistenziali individuate al capitolo 6 costituiscono il raccordo operativo tra posizionamento clinico, sviluppo produttivo, investimenti, ricerca e sostenibilità economica. La tabella seguente traduce tali piattaforme in ipotesi di crescita 2027-2029, distinguendo, per ciascun ambito, la baseline disponibile, il target prospettico, le principali leve attuative e il driver economico prevalente. Le stime sono da intendersi come ipotesi di Piano e potranno essere aggiornate al progressivo consolidamento dei dati di produzione, ambulatoriali e di genetica.

Piattaforma	Baseline 2025	Target crescita	Leve principali	Driver economico
Malattie rare in pediatria	2.470 prestazioni di genetica clinica pediatrica; circa 300 esami genetici singoli interni/anno e circa 350 casi/anno inviati a laboratori esterni	+10%/anno	Strutturazione del percorso aziendale malattie rare; sviluppo WES/NGS e progressiva rianalisi dei casi; integrazione tra genetica clinica, pediatria specialistica e presa in carico multidisciplinare; registro casi e raccordo con reti ERN	Crescita genetica clinica da 2.470 prestazioni 2025 a circa 4.000-4.300 prestazioni/anno al 2029; progressiva internalizzazione di circa 350 casi/anno oggi inviati a laboratori esterni.
Oncoematologia pediatrica e terapie avanzate	13.421 casi OIRM; trapianto midollo 23 casi (2025)	+8%/anno	Ripristino trapianti 35-40 casi; avvio CAR-T strutturato; trial clinici; attrattività extraregionale	€29,9 mln OIRM 2025
Neurochirurgia e cardiocirurgia pediatrica	58 cardiotoracici + 113 craniotomie + 3 trapianti cardiaci (2025)	+5%/anno	Consolidamento volumi; sviluppo neurochirurgia funzionale; rete nazionale cardiocirurgia pediatrica	DRG €9.157-209.438/caso
Neonatologia, TIN e continuum materno-neonatale	182 neonati immaturi + 208 prematuri maggiori + 4.000+ parti (2025)	+3%/anno	Presidio funzione hub percorso nascita; sviluppo ricerca perinatologica; riduzione mobilità passiva; riapertura centro nascita	DRG €30.818/caso per immaturi
PMA, genetica medica e medicina della riproduzione	Dati ambulatoriali Sant'Anna 2025	+10%/anno	Aumento cicli PMA pubblici; WES per malattie rare; oncofertility come percorso strutturato	Alto valore ambulatoriale + attrazione

Piattaforma	Baseline 2025	Target crescita	Leve principali	Driver economico
Ginecologia specialistica e oncologia	18.439 casi Sant'Anna; 84 interventi neoplasie maligne ovaio (2025)	+5%/anno	Crescita chirurgia oncologica; ambulatoriale specialistico; percorsi senologici in raccordo CDSS	DRG €3.664-6.205/caso oncologici
Medicina di genere	Piattaforma trasversale non isolabile come produzione autonoma SDO; baseline ricostruibile a partire da percorsi Sant'Anna, PMA, ginecologia, oncologia femminile, adolescenza e salute mentale	+5%/anno sui percorsi correlati	Introduzione di indicatori sesso/genere nei percorsi clinici; sviluppo di percorsi per fasi della vita femminile; integrazione con ginecologia, PMA, oncologia, farmacologia, dolore, salute mentale e transizione età pediatrica-adulta; formazione e ricerca di genere	Applicazione trasversale al perimetro Sant'Anna: 18.439 casi e €35,5 mln 2025; crescita attesa su ginecologia specialistica, oncologia femminile, PMA/oncofertility e recupero fino a circa 400 parti/anno.

12.4 Il conto economico previsionale 2027-2029

Il conto economico previsionale 2027-2029 traduce in termini economici le ipotesi di Piano e rappresenta la traiettoria di equilibrio prevista per il triennio. La struttura del modello si fonda su una crescita progressiva dei ricavi, sostenuta dalla produzione sanitaria e dalle ulteriori leve aziendali, e su un governo coerente della dinamica dei costi.

I ricavi complessivi passano da 284,0 milioni di euro nel 2027 a 298,0 milioni di euro nel 2029. La componente più dinamica è rappresentata dai ricavi di produzione, che crescono da 136,4 milioni di euro a 156,2 milioni di euro, coerentemente con l'ipotesi di incremento del 7% annuo. Al loro interno, la componente SDO passa da circa 103,0 milioni di euro nel 2027 a circa 118,0 milioni di euro nel 2029, mentre la componente ambulatoriale, comprese le prestazioni per la riduzione delle liste d'attesa e File F crescono da circa 33,4 milioni di euro a circa 38,2 milioni di euro. Gli altri ricavi passano da 144,5 milioni di euro nel 2027 a 141,8 milioni di euro nel 2029. Tale dinamica è coerente con un progressivo rafforzamento del peso delle leve direttamente riconducibili alla produzione e allo sviluppo aziendale.

Sul lato dei costi, la voce più rilevante è rappresentata dal personale, che passa da 153,2 milioni di euro nel 2027 a 163,3 milioni di euro nel 2029. Tale crescita riflette la traiettoria del Piano dei fabbisogni, gli incrementi progressivi di FTE e le dinamiche contrattuali attese. La sostenibilità di tale incremento richiede coerenza tra rafforzamento degli organici, recupero produttivo e sviluppo delle piattaforme cliniche ad alta valorizzazione. La spesa per farmaci e dispositivi medici passa da 62,3 milioni di euro nel 2027 a 68,6 milioni di euro nel 2029. L'ipotesi sottostante prevede che una quota della crescita produttiva generi un corrispondente incremento dei consumi sanitari, in particolare nelle aree ad alta complessità. La dinamica di questa voce richiede quindi un presidio costante degli acquisti, dei consumi e dell'appropriatezza.

Gli altri costi operativi, inclusivi di servizi e ammortamenti, crescono in misura contenuta, da 65,4 milioni di euro nel 2027 a 66,1 milioni di euro nel 2029. La previsione incorpora un efficientamento progressivo pari allo 0,5% annuo, volto a contenere la dinamica dei costi pur in presenza di un incremento dell'attività.

Nel complesso, il conto economico previsionale evidenzia il conseguimento dell'equilibrio in ciascun esercizio del triennio. Il pareggio è costruito attraverso il bilanciamento tra crescita selettiva dei ricavi, rafforzamento delle leve aziendali, controllo dei costi operativi e coerenza tra fabbisogno di personale e sviluppo produttivo.

La costruzione del modello previsionale si fonda su alcune assunzioni. I ricavi di produzione sono stimati applicando una crescita annua del 7% alle componenti direttamente collegate all'attività sanitaria, in particolare SDO e attività ambulatoriale. Tale crescita riflette, per il 2027, il recupero della capacità produttiva rispetto a livelli già espressi in passato e lo sviluppo selettivo delle aree a maggiore complessità e valorizzazione; per il biennio successivo, invece, si stima che il 7% di crescita sia imputabile esclusivamente allo sviluppo selettivo delle aree. La componente ambulatoriale e File F è ipotizzata in crescita coerente con l'incremento complessivo della produzione sanitaria, tenendo conto sia dell'aumento delle prestazioni specialistiche, sia dei consumi farmaceutici connessi ai percorsi clinici trattati.

Sul lato dei costi, la voce del personale segue la traiettoria del Piano dei fabbisogni, incorporando l'incremento degli FTE, il rafforzamento delle funzioni cliniche e amministrative essenziali e le dinamiche contrattuali attese. Per farmaci e dispositivi medici, il modello assume che una quota pari al 70% della crescita dei ricavi da produzione si traduca in maggiori consumi sanitari diretti. In altri termini, non tutta la crescita produttiva genera automaticamente un incremento proporzionale di farmaci e dispositivi: l'assunzione considera solo la parte della produzione più direttamente collegata a consumi sanitari variabili. Gli altri costi operativi sono invece stimati con una dinamica contenuta, incorporando un efficientamento progressivo pari allo 0,5% annuo rispetto all'andamento tendenziale.

Voce CE (mln €)	2027	2028	2029	Note
Ricavi di produzione	136,4	146,0	156,2	Leva 1 (+7%/anno)
...di cui SDO	~103,0	~110,3	~118,0	
...di cui Ambulatoriale, file F	~33,4	~35,7	~38,2	

Voce CE (mln €)	2027	2028	2029	Note
Altri ricavi	144,5	143,8	141,8	Contiene anche contributi regionali di vario tipo
TOTALE RICAVI	284,0	292,9	298,0	
Personale	153,2	158,6	163,3	Coerente con Piano dei fabbisogni e dinamiche contrattuali
Farmaci e dispositivi medici	62,3	65,4	68,6	Pass-through 70% della crescita produzione
Altri costi operativi (servizi + ammortamenti)	65,4	65,8	66,1	Con efficientamento progressivo+0,5%/anno
TOTALE COSTI	280,9	289,8	298,0	
RISULTATO D'ESERCIZIO	≈0,0	≈0,0	≈0,0	Pareggio per tre esercizi consecutivi

Fonte: Allegato 2_Piano economico-finanziario 2027-2029 e Allegato 4_Proiezioni fabbisogni di personale 2027-2029.

12.4.1 Le condizioni di sostenibilità del percorso

Il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario nel triennio 2027-2029 richiede il presidio di alcune condizioni attuative.

- La prima riguarda il recupero effettivo della capacità produttiva, in particolare nelle aree chirurgiche e ad alta complessità. La crescita dei ricavi di produzione presuppone il pieno funzionamento delle sale operatorie, il rafforzamento delle risorse professionali critiche e la stabilizzazione delle équipe necessarie allo sviluppo delle piattaforme cliniche previste dal Piano.
- La seconda riguarda il governo del costo del personale. Il Piano prevede una crescita strutturale della voce personale, coerente con l'autonomia aziendale e con il rafforzamento delle funzioni cliniche e gestionali. Tale incremento dovrà essere accompagnato da un monitoraggio puntuale del rapporto tra organici, produzione, complessità trattata e risultati attesi.
- La terza riguarda la capacità di attivare le leve di ricerca e fundraising. Grant Office e Fundraising dovranno essere strutturati come funzioni operative, con obiettivi annuali, responsabilità definite e sistemi di monitoraggio dei risultati conseguiti.
- La quarta riguarda il presidio della dinamica dei costi sanitari, in particolare farmaci e dispositivi medici. L'aumento dell'attività e della complessità comporta maggiori consumi, che dovranno essere governati attraverso programmazione degli acquisti, monitoraggio dei consumi e attenzione all'appropriatezza.

- La quinta riguarda la regolazione dei rapporti organizzativi ed economici con la Città della Salute e con gli altri soggetti del sistema regionale, con particolare riferimento alle funzioni eventualmente gestibili in convenzione. Tali ambiti dovranno essere definiti in modo puntuale, individuando perimetro, responsabilità, livelli di servizio e criteri di valorizzazione economica.

13. Governance, rischi prioritari e monitoraggio

13.1 Struttura di governance del Piano

Il Piano Strategico è governato da una Direzione Strategica aziendale — composta da Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo — che riferisce all'organo di controllo regionale. Il monitoraggio trimestrale è affidato a una Cabina di Regia, che raccorda le funzioni di controllo di gestione, programmazione sanitaria, personale e tecnologie, e produce un rapporto sintetico trimestrale da condividere con la Regione Piemonte.

13.2 Il cruscotto di monitoraggio 2027-2029

Area	KPI	Target 2027	Target 2028	Target 2029	Owner
Economica	Risultato d'esercizio	≈0,0 mln €	≈0,0 mln €	≈0,0 mln €	DG/DA
Produzione	Casi SDO totali	>34.000	>36.500	>38.500	DS/CdG
Produzione	Importo SDO (mln €)	>70	>75	>81	DS/CdG
Alta complessità	Trapianti di midollo osseo	≥30	≥35	≥40	SC Oncoematologia
Alta complessità	Cardiochirurgia toracica pediatrica	≥65	≥70	≥75	SC Cardiochirurgia
Investimenti	Blocco operatorio Sant'Anna operativo al 100%	Sì	—	—	DA/Tecnico

Area	KPI	Target 2027	Target 2028	Target 2029	Owner
Ricerca	Trial clinici attivi	≥5	≥8	≥10	Dir. Scientifica
Ricerca	Grant/bandi presentati	≥3	≥6	≥10	Grant Office
Fundraising	Fondi raccolti (mln €)	≥1,0	≥2,0	≥4,0	Fundraising Office
IRCCS	Requisiti con evidenza documentale (su 8)	3/8	5/8	7/8	DS/Grant Office
Personale	FTE funzioni core internalizzate	50-70	70-90	90-110	S.C. Personale
Transizione	Azioni cronoprogramma completate (%)	80%	100%	—	DG/Cabina di regia

13.3 I rischi prioritari e le misure di mitigazione

Rischio	Probabilità	Causa	Impatto	Mitigazione
Ritardo nel ripristino blocco operatorio	Alto	Completamento dei lavori oltre il primo semestre 2027	Scenario target produzione non raggiungibile; ricaduta sul CE	Presidio settimanale cantiere; cronoprogramma lavori certificato; piano B di riallocazione sale

Rischio	Probabilità	Causa	Impatto	Mitigazione
Persistenza carenza anestesisti	Medio-alto	Impossibilità di reclutare anestesisti nei tempi previsti	Capacità chirurgica limitata; impatto su produzione e CE	Piano di reclutamento urgente; accordi di fornitura con agenzie; valutazione libera professione intramuraria
Riconciliazione contabile non completata	Medio	Scarto 51,2 mln tra Precons e Consuntivo da Dipartimenti non risolto	Bilancio previsionale 2027 non certificabile; credibilità verso Regione compromessa	Priorità alla S.C. Bilancio nel secondo semestre 2026; lavoro congiunto con CDSS
Ritardo Grant Office	Medio	Impossibilità di strutturare il Grant Office nel 2027	Leva 4 (grant) non si realizza; impatto su CE e percorso IRCCS	Avvio con 1 project manager dedicato; accordo con altri per supporto transitorio
Blocco cronoprogramma scorporo	Medio	Azioni a responsabilità congiunta con CDSS non completate in tempo	Autonomia gestionale 2027 parziale; rischi legali e contabili	Cabina di regia settimanale; escalation DG; clausole di governance nell'accordo CDSS

14. Conclusioni e impegni prioritari

L'AO OIRM-Sant'Anna è una Azienda nuova, con una storia molto lunga alle spalle e con una delle casistiche pediatriche più impegnative del Paese.

Il Piano Strategico 2027-2029 dimostra che l'obiettivo del pareggio è raggiungibile, ma a condizioni chiare: l'Azienda deve consolidare la piena capacità operatoria del Sant'Anna, reclutare gli anestesisti mancanti e costruire la struttura organizzativa (Grant Office, Fundraising, CdG autonomo) necessaria al funzionamento.

Gli impegni caratterizzanti i prossimi sei mesi, sono di seguito riportati:

- Completare la ristrutturazione del Blocco Operatorio Bassa Complessità del Sant'Anna entro il primo semestre 2027, come prima condizione abilitante per il recupero della produzione chirurgica.
- Chiudere la riconciliazione tra Precons 2025 e Consuntivo da Dipartimenti entro il secondo semestre 2026, rendendo la baseline 2027 certificabile e il bilancio previsionale attendibile.
- Costituire Grant Office e nucleo di Fundraising entro il primo semestre 2027, come infrastruttura organizzativa per la Leva 2 e per il percorso IRCCS.

Riferimenti normativi e documentali essenziali

Fonti normative statali

- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. — Riordino della disciplina in materia sanitaria.
- D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 — Riordino degli IRCCS.
- D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 e s.m.i. — Armonizzazione dei sistemi contabili degli enti sanitari.
- D.M. 2 aprile 2015, n. 70 — Standard qualitativi e strutturali dell'assistenza ospedaliera.
- D.Lgs. 23 dicembre 2022, n. 200 — Riordino degli IRCCS con Allegati 1-3 (aree tematiche, bacino utenza, indicatori).

Fonti regionali

- D.C.R. Piemonte n.307-27525 del 19 dicembre 2023 – Individuazione della nuova Azienda ospedaliera “Ospedale Infantile Regina Margherita” di Torino e modifica della deliberazione del Consiglio regionale 3 aprile 2012, n. 167-14087.
- D.G.R. Piemonte n. 26-801 del 17 febbraio 2025 — Programmazione regionale di riorganizzazione del SSR.
- D.G.R. Piemonte n. 19-17008 del 20 ottobre 2025 — Approvazione del Progetto Nuova Azienda OIRM–Sant’Anna.
- D.C.R. Piemonte n. 133-26443 del 4 dicembre 2025 — Accorpamento del Presidio Sant’Anna e ridenominazione.
- D.C.R. Piemonte, n. 137 – 27771 del 22 dicembre 2025 — Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2025-2030, di cui agli articoli 11 e 12 della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18" (pubblicata su BU1S1 dell'08/01/2026), par. 12.4 "Collaborazione con università e centri di ricerca"
- Allegato 8 al Piano Socio-Sanitario Regionale 2025-2030, sezione "La ricerca: i nuovi IRCCS", dove si dà conto dell'istituzione del tavolo di coordinamento per la candidatura di nuovi IRCCS pubblici e si elenca, tra i progetti avviati, "IRCCS SCIENZE PEDIATRICHE (OIRM S. ANNA)", con l'iter di riconoscimento previsto in conclusione entro il 1° semestre 2026.
- D.G.R. Piemonte n.157-3107 del 13 novembre 1995 – L.R. 24.01.1995, n.10 – Approvazione delle indicazioni metodologiche e dei principi per la rilevazione dei carichi di lavoro
- Regione Piemonte, Direzione Sanità — Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica, prot. n. 00026479 del 10 novembre 2025 — CASGEVY (exagamglogene autotemcel) – β -talassemia trasfusione-dipendente: individuazione centri prescrittori. Abilita la S.C. Oncoematologia Pediatrica dell’OIRM quale unico centro prescrittore regionale per l’indicazione rimborsata ai sensi della Determina AIFA n. PRES/1249/2025.
- Regione Piemonte, Direzione Sanità — Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica, prot. n. 00026482 del 10 novembre 2025 — CASGEVY (exagamglogene autotemcel) – Anemia falciforme: individuazione centri prescrittori. Abilita la S.C. Oncoematologia Pediatrica dell’OIRM quale unico centro prescrittore regionale per l’indicazione rimborsata ai sensi della Determina AIFA n. PRES/1249/2025.

Fonti documentali interne

- SDO_OIRM_SANNA.xlsx
- Prestazioni_C5_genetica_medica.xls
- Flusso_C_Prestazioni_2024-2026.xls
- Prestazioni_C5_genetica_medica
- Flusso C_Dettaglio_visite_2024-2026.xls

Allegati

- Allegato 1_Principi e criteri di redazione del Piano (*Assumption Book*)
- Allegato 2_Piano economico-finanziario 2027-2029
- Allegato 3_Piano dei fabbisogni di personale 2027
- Allegato 4_Proiezione fabbisogni di personale 2027-2029
- Allegato 5_Bozza di convenzione quadro con AOU CDSS
- Allegato 6_Mappatura grafica processi e interdipendenze operative
- Allegato 7_Matrice dei processi e delle interdipendenze operative
- Allegato 8_Bozza di Atto aziendale
- Allegato 9_Bozza di Organigramma OIRM Sant'Anna
- Allegato 10_Cronoprogramma di scorporo