

ALLEGATO 1

Principi e criteri di redazione del Piano - *Assumption Book*

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

Tracciabilità di fonti, criteri di stima, driver e livello di affidabilità di ogni dato non contabile utilizzato nel Piano Strategico

Versione 1.0 – giugno 2026 – Piano strategico

Scopo e modalità d'uso

Questo documento accompagna il Piano Strategico Triennale 2027-2029 e ne rende tracciabile ogni assunzione: per ciascun dato che non sia un dato contabile diretto e verificabile, indica la fonte, il criterio con cui è stato costruito, il capitolo del Piano in cui è utilizzato, e un grado di affidabilità.

Il grado di affidabilità segue una scala a tre livelli, usata in modo coerente in tutto il Piano e nei relativi allegati:

- **Grado A** — dato contabile o documentale ufficiale, direttamente verificabile (es. CE preconsuntivo, Anagrafe ARPE, PTFP regionale).
- **Grado B** — dato gestionale o di fonte secondaria, internamente coerente ma non ancora riconciliato con la contabilità ufficiale, o costruito con criteri di attribuzione che richiedono validazione.
- **Grado C** — assunzione esplicita del Piano, costruita per analogia, benchmark o ipotesi di scenario; non rappresenta un dato già disponibile, ed è per costruzione sottoposta a sensitivity.

Nota metodologica sugli allegati

Il Piano richiama dieci allegati, ciascuno con natura informativa diversa. La tabella seguente qualifica il peso probatorio di ciascuno: distingue tra fonti documentali autonome, rielaborazioni tecniche e bozze operative, per evitare che scenari e ipotesi vengano considerati come definitivi. In tal senso, si evidenzia altresì la natura dinamica ed evolutiva del Piano, che deve essere inteso come uno strumento 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.

Allegato	Natura della fonte	Utilizzo nel Piano	Natura	Grado
Allegato 1 — Assumption Book (questo documento)	Documento metodologico che traccia fonti, criteri e gradi di affidabilità di ogni assunzione del Piano.	Riferimento trasversale a tutti i capitoli del Piano.	Documento aziendale allegato al Piano.	B
Allegato 2 — Piano economico-finanziario 2027-2029	Rielaborazione strutturata di dati extra contabili, produttivi e di personale; contiene ipotesi di scenario e proiezioni.	Baseline economica, CE previsionale 2027-2029; driver costi/ricavi; leve di equilibrio.	A/B per i dati originari; C per i driver previsionali e le leve aziendali	B/C
Allegato 3 — Piano dei fabbisogni di personale 2027	Elaborazione tecnica per categorie e profili.	Fabbisogno 2027, costi per profilo, funzioni centrali, quota in convenzione.	A/B per ricostruzione tecnica; B per fabbisogni non ancora formali	B

Allegato	Natura della fonte	Utilizzo nel Piano	Natura	Grado
Allegato 4 — Proiezione fabbisogni di personale 2027-2029	Rielaborazione prospettica con assunzioni su FTE incrementali e inflazione contrattuale.	Proiezione FTE e costo personale.	B per il punto di partenza; C per gli incrementi e dinamica contrattuale.	B/C
Allegato 5 — Bozza convenzione quadro con CDSS	Bozza di regolazione del periodo transitorio: beni, personale, servizi, responsabilità.	Perimetro funzioni in convenzione, SLA, durata, rischi di dipendenza operativa.	Non vincolante fino alla sottoscrizione.	B
Allegato 6 — Mappatura grafica processi e interdipendenze	Rappresentazione grafica di workflow e interdipendenze tra CDSS e AO OIRM – Sant’Anna.	Mappa delle interdipendenze critiche, aree da regolare, funzioni condivise.	B, in ragione della natura necessariamente parziale del tavolo di lavoro, che potrebbe non aver rilevato la totalità delle interdipendenze	B
Allegato 7 — Matrice processi e interdipendenze operative	Matrice analitica, con volumi, figure coinvolte, orari, reperibilità e destinazioni operative.	Dettaglio interdipendenze cliniche e tecnico-operative.	B, in ragione della natura necessariamente parziale del tavolo di lavoro, che potrebbe non aver rilevato la totalità delle interdipendenze	B
Allegato 8 — Bozza di Atto aziendale	Bozza di atto aziendale che definisce struttura organizzativa, dipartimenti, SC e funzioni.	Assetto organizzativo, responsabilità, raccordo con operating model del cap. 7.	B, soggetto a formalizzazione.	B

Allegato	Natura della fonte	Utilizzo nel Piano	Natura	Grado
Allegato 9 — Bozza di Organigramma OIRM–Sant’Anna	Organigramma derivato dall’atto aziendale: direzioni, dipartimenti, SC, SS, SSD.	Internalizzazione funzioni, responsabilità organizzative, raccordo con personale.	B, soggetto a formalizzazione e aggiornamento dell’atto aziendale.	B
Allegato 10 — Cronoprogramma di scorporo	Ricognizione operativa delle 177 azioni di scorporo: prerequisiti, priorità, avanzamento, responsabilità.ò	Avanzamento autonomia, rischi attuativi, dipendenze da CDSS, azioni prioritarie 2026-2027.	B, fotografia gestionale alla data di rilevazione; A solo per azioni già formalizzate	A/B

A. Perimetro aziendale e assetto istituzionale

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Costituzione e atti istitutivi	La nuova AO OIRM–Sant'Anna nasce dallo scorporo del Presidio Sant'Anna da CDSS e dal suo accorpamento all'OIRM, in attuazione della D.C.R. n. 133-26443 del 4 dicembre 2025, che si innesta sul percorso di autonomia dell'OIRM avviato con la D.C.R. n. 307- 27525 del 19 dicembre 2023.	D.C.R. 307- 27525/2023; D.C.R. 133-26443/2025	0.1; 2.1	A
Decorrenza nominale e piena operatività	La decorrenza nominale della nuova AO è fissata al 1° febbraio 2026. Il 2026 è l'anno di primo impianto amministrativo-contabile. La piena operatività gestionale — bilancio autonomo, ciclo attivo e passivo, dotazione organica a regime — decorre dal 1° gennaio 2027.	D.C.R. 133- 26443/2025; Piano Strategico cap. 1.2; Allegato 10	1.2; 2.1	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Presidi e perimetro assistenziale confluito	Confluiscono nel perimetro della nuova AO le attività ostetrico-ginecologiche del Presidio Sant'Anna, incluse ginecologia oncologica, chirurgia ginecologica e attività neonatologiche. Le attività neonatologiche dei neonati patologici afferiscono già operativamente all'OIRM.	D.C.R. 133-26443/2025; Piano Strategico cap. 2.2	2.2	A
Breast Unit Interaziendale	La Breast Unit non è un perimetro interno della nuova AO: il Piano valorizza i percorsi per la patologia mammaria come raccordo funzionale all'interno di una Breast Unit Interaziendale che comprende le attività di CDSS e della nuova AO. Il Piano non attribuisce alla nuova AO competenze senologiche formali che non le spettano dagli atti costitutivi.	D.C.R. 133-26443/2025; Piano Strategico cap. 2.2; 6.6	2.2; 6.6	A/B
Candidatura IRCCS: mandato regionale	Il Piano Socio-Sanitario Regionale 2025-2030 (D.C.R. n. 137-27771 del 22 dicembre 2025, Allegato 8, par. 12.3) elenca esplicitamente tra i sette progetti avviati dalla Regione Piemonte per nuovi IRCCS pubblici l'IRCCS Scienze Pediatriche (OIRM S. Anna)'. Non si tratta quindi di un obiettivo autodichiarato, ma di un impegno istituzionale assunto dalla Regione che il Piano deve tradurre in condizioni organizzative, scientifiche ed economiche realizzabili.	D.C.R. n. 137-27771/2025; Allegato 8 al PSSR 2025-2030; Piano Strategico cap. 0.5	0.5; 10.1	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Integrazione fisica con CDSS (PSSR 2025-2030)	La D.C.R. n. 137-27771/2025 (par. 4.2.2) prefigura per l'AO un modello evolutivo fondato sull'integrazione fisica e funzionale con CDSS attraverso l'edificazione di una nuova struttura attigua, nel quale confluiranno anche le attività ostetrico-ginecologiche del Sant'Anna. Questa traiettoria di lungo periodo non incide sul piano 2027-2029, ma costituisce il contesto strategico entro cui si collocano gli investimenti e il percorso IRCCS.	D.C.R. n. 137-27771/2025, par. 4.2.2; Piano Strategico cap. 0.5; 3.1	0.5; 3.1	A
4 assi strategici	Il Piano struttura il posizionamento su quattro assi: (1) Pediatria specialistica e alta complessità; (2) Medicina materno-infantile e continuum della nascita; (3) Salute della donna e medicina di genere; (4) Medicina della riproduzione. L'Asse 4 (Medicina della riproduzione) è un elemento nuovo rispetto ai piani precedenti, con un perimetro autonomo che comprende PMA, preservazione della fertilità, genetica riproduttiva e diagnosi prenatale avanzata.	Piano Strategico cap. 3.2; D.C.R. 133-26443/2025; PSSR 2025-2030	3.2	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
7 piattaforme clinico-assistenziali strategiche	Il Piano identifica sette piattaforme: (1) Malattie rare in pediatria; (2) Oncoematologia e terapie avanzate; (3) Neurochirurgia e cardiocirurgia pediatrica; (4) Neonatologia, TIN e continuum materno-neonatale; (5) PMA, genetica medica e medicina della riproduzione; (6) Ginecologia specialistica e oncologica; (7) Medicina di genere. Rispetto alle versioni precedenti, sono nuove le piattaforme 1 (Malattie rare) e 7 (Medicina di genere), che rispecchiano un'identità clinica più articolata.	Piano Strategico cap. 6	6.1-6.7; 12.3	A
Raccordo con UniTO e reti ERN	La collaborazione con l'Università di Torino (Dipartimento di Scienze Pediatriche e Dipartimento di Discipline Ginecologiche) e la partecipazione a dieci reti ERN — PaedCan, ITHACA, MetabErn, ERNICA, Euro-NMD, EuroBloodNet, ERKNet, Endo-ERN, RARE-LIVER, TRANSPLANTCHILD — costituiscono una base documentata di relazioni scientifiche, non un obiettivo futuro. Il dato è di Grado A per le reti già aderenti; di Grado C per la valorizzazione prospettica in termini di grant o pubblicazioni.	Documentazione ERN istituzionale; Piano Strategico cap. 2.3; 0.5	2.3; 10.3	A/C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Cronoprogramma di scorporo	Le 177 azioni del cronoprogramma presentano, a giugno 2026, un avanzamento medio del 18% (mediana 0%). Il 55% delle azioni richiede esecuzione congiunta con CDSS. Il Piano tratta questo dato come fotografia gestionale alla data di rilevazione, non come certificazione definitiva. La piena operatività dal 1° gennaio 2027 è un obiettivo da presidiare attivamente, non un automatismo già acquisito.	Allegato 10 — Cronoprogramma di scorporo; Piano Strategico cap. 7.4	7.4; 13.3	B

B. Fonti contabili e baseline economica 2025

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
CE Preconsuntivo 2025 (fonte primaria)	Il preconsuntivo 2025 per presidio, elaborato dalla S.C. Bilancio e G.E.F. di CDSS, è la fonte primaria assunta dal Piano per ricavi, costi e risultato del perimetro OIRM–Sant'Anna. Valori: ricavi 227,8 mln €, costi 269,3 mln €, risultato - 41,5 mln €. Il dato è formalmente prodotto da CDSS nell'ambito del processo di rendicontazione istituzionale; la sua attribuzione ai presidi avviene tramite driver di allocazione (vedi voce successiva).	CE.xlsx, foglio Preconsuntivo 2025; Allegato 2	4 (ES); 12.1	A/B
Allocazione costi per driver	Una parte dei costi 2025 (servizi, ammortamenti, funzioni centrali di CDSS) non è attribuita direttamente ai presidi ma ribaltata tramite driver (n. di risorse umane, superfici, prestazioni). La componente di costo direttamente attribuibile (personale, farmaci, dispositivi) è di Grado A; la componente ribaltata ha una robustezza inferiore (Grado B) fino alla riconciliazione con la futura contabilità analitica autonoma.	CE.xlsx; Piano Strategico cap. 0.3; 12.1	0.3; 12.1	B

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Struttura dei ricavi nel CE previsionale	Nel CE previsionale 2027-2029, i ricavi sono distinti in due macro-voci: (1) Ricavi da produzione sanitaria — SDO, ambulatoriale, File F, prestazioni per riduzione liste d'attesa — oggetto della crescita del 7%/anno; (2) Altri ricavi — che contengono contributi regionali di vario tipo, fondo indistinto, funzioni ex art. 8-sexies D.Lgs. 502/1992 — con dinamica decrescente (da 144,5 a 141,8 mln €). Questa struttura differisce dal modello precedente a due leve di fondo indistinto distinte: nel Piano definitivo la componente regionale è aggregata nella voce “Altri ricavi”.	Allegato 2; Piano Strategico cap. 12.4	12.2; 12.4	B/C
Riconciliazione con consuntivo da Dipartimenti	Esiste uno scarto tra il CE preconsuntivo per presidio (risultato -41,5 mln €) e la ricostruzione da consuntivo Dipartimenti (risultato -92,6 mln €). Il Piano assume il Precons come riferimento primario e tratta il dato da Dipartimenti come fonte di sensitivity. La riconciliazione delle due fonti è priorità della S.C. Bilancio nel secondo semestre 2026, come condizione per la certificabilità del bilancio previsionale 2027.	CE.xlsx; Piano Strategico cap. 0.3; 13.3	0.3; 13.3	C

C. Produzione SDO: dati per ricoveri 2024, 2025 e I trimestre 2026

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Baseline SDO 2025 per presidio	OIRM: 13.421 casi totali (RO 6.020, DH 5.932, DS 1.469), importo €29,86 mln (€4.088/caso RO). Sant'Anna: 18.439 casi (RO 14.228, DH 3.576, DS 635), importo €35,52 mln (€2.255/caso RO). Totale Azienda 2025: 31.860 casi, €65,38 mln. I valori 2025 sono definitivi.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx, foglio TOTALE 2025 (Tab. 4.1 del Piano)	4.1	A
Confronto 2024 vs 2025 — flessione e asimmetria	Totale 2024: 33.046 casi, €68,57 mln. Variazione 2024-2025: -3,6% casi, -4,7% importo. La flessione è asimmetrica: all'OIRM è più pronunciata in valore (-8,7%) perché incide sull'alta complessità (trapianti ridotti da 41 a 23 casi); al Sant'Anna è marginale in valore (-1,0%). Il valore medio per caso in RO al Sant'Anna aumenta (+3,7%), segnalando flessione volumetrica senza perdita di complessità.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx, TOTALE 2024 e 2025 (Tab. 4.1)	4.1; 4.3	A
I trimestre 2026: segnale di tendenza	Q1 2026: 7.523 casi totali (-9,6% vs Q1 2025), importo €14,96 mln (-10,4%). Al Sant'Anna la flessione è -12,1% sui casi, principalmente per calo demografico della natalità nell'area metropolitana. All'OIRM la flessione è -6,2% sui casi. Il Q1 2026 non ha ancora valore consuntivo autonomo della nuova AO, ma costituisce l'indicatore di tendenza più recente disponibile.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx, foglio TOTALE I TRIM 2026 (Tab. 4.2 del Piano)	4.1	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Crescita Day Surgery OIRM (+6,2%)	Il DS dell'OIRM aumenta controtendenza (+86 casi, +6,2%) rispetto al regime ordinario. Questo dato segnala una conversione verso setting meno intensivi, appropriata e coerente con le linee guida nazionali sulla chirurgia ambulatoriale. Non va confuso con una crescita produttiva netta: parte dell'incremento DS compensa la riduzione RO.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx, Tab. 4.1	4.1	A
Quattro cause strutturali della flessione	(1) Blocco operatorio Sant'Anna: lavori urgenti con chiusura temporanea di sale, impatto stimato 600-800 ricoveri chirurgici persi. (2) Carenza anestesisti e infermieri: comune all'intero SSN, ha limitato l'attività chirurgica programmata. (3) Calo strutturale della natalità: tasso di fecondità 1,14 in Piemonte (2024, ISTAT), riduzione parti -128 nel Q1 2026. (4) Flessione trapianti midollo osseo: da 41 casi (2024) a 23 casi (2025), imputabile a transizione organizzativa, non a perdita di capacità.	Relazione DG CDSS Prot. 0062109/2026; ISTAT 2025; SDO; Piano Strategico cap. 4.3	4.3	A/B

D. Produzione ambulatoriale, visite e genetica medica

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Produzione ambulatoriale 2025 per presidio (flusso C)	OIRM: 570.475 prestazioni flusso C, importo netto €7,05 mln. Sant'Anna: 611.412 prestazioni, importo netto €14,84 mln. Totale Azienda 2025: 1.181.887 prestazioni, €21,89 mln. Il Sant'Anna genera quasi il doppio dell'importo OIRM per effetto della radioterapia (€2,75 mln, prima voce) e della genetica medica (€2,34 mln, seconda voce).	Flusso_C_Prestazioni_2024-2026.xls (Tab. 4.3 del Piano)	4.2	A
Variazione 2024 vs 2025 ambulatoriale	Totale flusso C: -107.637 prestazioni (-8,3%), -€0,98 mln (-4,3%) rispetto al 2024. OIRM -7,0% in volume, -1,2% in importo; Sant'Anna -9,6% in volume, -5,7% in importo. Il calo delle prestazioni è più pronunciato di quello in valore, indicando una ricomposizione del mix verso prestazioni a maggiore valore unitario.	Flusso_C_Prestazioni_2024-2026.xls (Tab. 4.3)	4.2	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Visite ambulatoriali: crescita in controtendenza	Le visite ambulatoriali crescono in volume e in valore in entrambi i presidi, controtendenza rispetto al flusso complessivo. OIRM: +0,8% volume, +24,9% importo (da €0,86 a €1,07 mln). Sant'Anna: +8,0% volume, +55,9% importo (da €0,77 a €1,21 mln). La crescita di valore superiore a quella di volume è coerente con una ricomposizione verso visite specialistiche più complesse.	Flusso C_Dettaglio_visite_2024-2026.xls (Tab. 4.3 del Piano)	4.2	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Genetica medica: produzione e proiezione (Piattaforma 1 e 5)	OIRM 2025: 2.731 prestazioni di genetica medica, importo regionale €942k, valore medio €345/prestazione. Q1 2026: 566 prestazioni, €251k; proiezione annua ~€1,0 mln (+6,7% vs 2025). Il valore medio per prestazione sale da €345 (2025) a €444 (Q1 2026), segnalando ricomposizione verso codici G1/G2 ad alta specializzazione. Volume complessivo 2025: 2.470 prestazioni di genetica clinica pediatrica (voce “malattie rare”, cap. 6.1) — dato in forte crescita da 888 prestazioni nel 2017.	Prestazioni_C5_genetica_medica.xls; Piano Strategico cap. 4.7	4.7; 6.1	A/B
Attenzione: cambio codifica genetica 2024-2025	Il confronto 2024-2025 per la genetica medica deve essere letto con cautela: nel 2024 prevalgono codifiche del vecchio catalogo, mentre dal 2025 compaiono codici G1/G2. La base più solida per le proiezioni del Piano è il biennio 2025-2026 (non il confronto biennale 2024-2025), che mostra una piattaforma a valore unitario crescente.	Prestazioni_C5_genetica_medica.xls; Piano Strategico cap. 4.7	4.7	B

E. Mobilità sanitaria e attrattività sovregionale

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Quote di mobilità extra-ASL Torino (2025)	OIRM: 4.281 casi ASL CdT (31,9%), 8.439 altra ASL Piemontese (62,9%), 609 extra-Piemonte (4,5%) — totale 13.421 casi, mobilità extra-ASL CdT 68,1%. Sant'Anna: 9.174 CdT (49,8%), 8.465 altra ASL (45,9%), 587 extra-Piemonte (3,2%) — totale 18.439 casi, mobilità extra-ASL CdT 50,2%. Totale Azienda: 31.860 casi, mobilità extra-ASL CdT 57,8%. I principali bacini OIRM: TO3 (2.250 casi), TO4 (1.855), TO5 (1.473), CN1 (985).	SDO_OIRM_SANNA.xlsx (Tab. 4.4 del Piano)	4.4	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Componente extra-piemontese (attrattività sovraregionale)	OIRM: 609 casi da fuori Piemonte; Sant'Anna: 587 casi. Complessivamente 1.196 casi extra-piemontesi (3,8% del totale). Questo dato documenta un'attrattività sovraregionale per casistiche rare e complesse, coerente con il ruolo hub della rete interregionale Piemonte-Valle d'Aosta per l'oncoematologia pediatrica. È un indicatore di eccellenza rilevante ai fini del dossier IRCCS.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx; PNE/AGENAS; Piano Strategico cap. 4.4	4.4	A
Confronto con benchmark IRCCS (mobilità extraregionale)	Il Meyer registra il 23,85% di mobilità extraregionale (ricoveri+DH 2024) e il Gaslini il 32,54%. La quota extra-piemontese dell'OIRM (4,5%) è coerente con il posizionamento attuale, ma inferiore ai livelli dei benchmark IRCCS di riferimento. L'incremento della mobilità attiva extraregionale è uno dei driver del piano produttivo 2027-2029.	Bilanci 2024 Meyer e Gaslini; Piano Strategico cap. 5.2; 5.3	4.4; 5.5	A/B

F. Alta complessità OIRM: base empirica della candidatura IRCCS

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Casistica ad alta complessità OIRM 2025 (8 DRG chiave)	Cluster oncoematologico: chemioterapia+leucemia acuta 301 casi (€4.393/caso), leucemia acuta <18 anni 226 casi (€3.948/caso), trapianto midollo osseo 23 casi (€63.677/caso). Cluster critico-cardiochirurgico: craniotomia <18 anni 113 casi (€9.157/caso), altri interventi cardiotoracici 58 casi (€20.527/caso), artrodesi vertebrale complessa 34 casi (€19.545/caso), ossigenazione ECMO/tracheostomia 7 casi (€54.513/caso), trapianto di cuore/assistenza ventricolare 3 casi (€209.438/caso). Totale 765 casi ad alta complessità.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx, foglio TOTALE 2025 (Tab. 4.5 del Piano)	4.5; 0.5	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Trapianto cardiaco/assist. ventricolare: unicità regionale	Con 3 casi nel 2025 (€209.438/caso, secondo DRG per valore assoluto nell'intera produzione aziendale), il trapianto di cuore o l'assistenza ventricolare è erogato dall'OIRM in condizione di unicità regionale. Questo dato ha peso specifico nel dossier IRCCS per il requisito di centro di riferimento regionale per la specialità.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx; Piano Strategico cap. 4.5	4.5; 6.3	A
Flessione trapianti midollo osseo (41→23 casi)	La flessione da 41 (2024) a 23 casi (2025) è imputata alla transizione organizzativa e alla riorganizzazione del percorso di terapia cellulare avanzata, non a perdita di capacità. Il ripristino a 35-40 casi/anno nel 2027 è un obiettivo di Piano e condizione per il dossier IRCCS. Il dato 2024 di 41 casi è assunto come livello fisiologico da recuperare.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx (TOTALE 2024 e 2025); Piano Strategico cap. 4.3; 4.5	4.3; 4.5; 6.2	A/C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Casgevy: unico centro prescrittore regionale	La Regione Piemonte ha individuato la S.C. Oncoematologia Pediatrica dell'OIRM quale unico centro prescrittore regionale per Casgevy (exagamglogene autotemcel, terapia genica CRISPR/Cas9) per due indicazioni rimborsate AIFA: β -talassemia trasfusione-dipendente e anemia falciforme severa. Il riconoscimento è contenuto in due circolari distinte della Direzione Sanità Regionale del 10 novembre 2025.	Regione Piemonte, Direzione Sanità, prot. n. 00026479 del 10/11/2025 (β -talassemia); prot. n. 00026482 del 10/11/2025 (anemia falciforme)	4.5; 6.2	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
GMP Facility AIFA e Cell Factory	L'OIRM dispone già di una GMP Facility autorizzata AIFA, di un laboratorio di processazione delle cellule staminali ematopoietiche del Programma Trapianti Metropolitano e di infrastrutture per le terapie cellulari avanzate. Questi asset sono esistenti e verificabili; la loro valorizzazione nella prospettiva IRCCS richiede tuttavia una ricognizione strutturata come parte del censimento patrimoniale previsto per il 2026.	Documentazione AIFA; Piano Strategico cap. 6.2; 10.2	6.2; 10.2	A/B

G. Alta complessità Sant'Anna: continuum materno-neonatale

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Casistica neonatologica ad alta complessità (2025)	Neonati gravemente immaturi/distress respiratorio (DRG 386): 182 casi, €5,61 mln, €30.818/caso. Prematurità con affezioni maggiori (DRG 387): 208 casi, €2,96 mln, €14.235/caso. Prematurità senza affezioni maggiori: 223 casi, €5.477/caso. Neonati a termine con affezioni maggiori: 507 casi, €2,06 mln, €4.069/caso. Il valore per caso nei neonati gravemente immaturi (€30.818) è il secondo nell'intera produzione aziendale, superato solo dal trapianto cardiaco OIRM.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx, foglio TOTALE 2025 (Tab. 4.6 del Piano)	4.6	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Area parti 2025	Parto vaginale senza diagnosi complicanti (DRG 373): 2.930 casi, €1.327/caso. Parto cesareo senza CC: 1.294 casi, €2.306/caso. Parto vaginale con diagnosi complicanti: 440 casi, €1.721/caso. Parto cesareo con CC: 301 casi, €2.980/caso. Totale parti (DRG 370-373): 4.965 casi, €8,53 mln. La riduzione è concentrata sui parti vaginali senza complicazioni (-165 casi DRG 373); le categorie ad alta complessità ostetrica restano stabili.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx, TOTALE 2025 (Tab. 4.6)	4.6; 6.4	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Dinamica positiva neonatologia e ginecologia oncologica	Neonati a termine con affezioni maggiori: +21% (419→507 casi); prematurità con affezioni maggiori: +10% (189→208 casi). Valore per caso neonati immaturi: +1,2% (€30.442→30.818), segnalando intensità assistenziale crescente. Neoplasie maligne dell'ovaio: +45% (58→84 casi, €6.205/caso). Questi tre trend sono fattori positivi di case-mix che compensano parzialmente la flessione dei volumi fisiologici.	SDO_OIRM_SANNA.xlsx, TOTALE 2024 e 2025; Piano Strategico cap. 4.6	4.6; 6.4; 6.6	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Riapertura centro nascita per parti fisiologici	Il Piano prevede la riattivazione di un centro nascita dedicato ai parti fisiologici, anche per recuperare la quota di attività venuta meno a seguito di precedenti chiusure. Questo obiettivo è indicato come leva di recupero produttivo nell'asse materno-infantile e nella piattaforma neonatologica (cap. 6.4). L'avvio effettivo dipende da interventi infrastrutturali e autorizzativi ancora da formalizzare.	Piano Strategico cap. 6.4; 9.2; 12.3	6.4; 9.2	B/C

H. Benchmark con IRCCS pediatrici e materno-infantili

Il capitolo 5 del Piano introduce un confronto sistematico con tre istituti IRCCS italiani a vocazione pediatrica e materno-infantile. Le assunzioni seguenti qualificano le fonti, le limitazioni comparative e il corretto utilizzo dei dati di benchmark.

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Panel di benchmark e criteri di selezione	I tre istituti selezionati sono: AOU Meyer IRCCS (Firenze), IRCCS Istituto Giannina Gaslini (Genova), IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo (Trieste). Sono stati scelti in quanto unici IRCCS italiani con riconoscimento scientifico in area pediatrica o materno-infantile, con profilo clinico-scientifico comparabile all'OIRM-Sant'Anna. I dati sono tratti dai bilanci d'esercizio 2024, dalle relazioni sulla gestione e dalla documentazione istituzionale pubblica di ciascun istituto.	Bilanci d'esercizio 2024 e relazioni sulla gestione: AOU Meyer, IRCCS Gaslini, IRCCS Burlo Garofolo (fonti istituzionali pubbliche). Piano Strategico cap. 5.1	5.1	A/B

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
AOU Meyer IRCCS — dati 2024	Valore della produzione: €174,0 mln; costi: €171,6 mln; risultato: -€3,33 mln. Dimessi RO: 8.767, peso DRG medio 0,90, tasso utilizzo PL 85,2%. Ambulatoriale: ~ 866.000 prestazioni. Mobilità extraregionale: 23,85% ricoveri+DH. Pubblicazioni: ~ 650 (+20% vs 2023), IF normalizzato 1.073,96. Trial clinici: 119 nuovi studi (+35%). Contributi ricerca: €4,28 mln (di cui €2,71 mln Min. Salute). IRCCS ottenuto con D.M. del 2 agosto 2022 (specialità pediatria).	Bilancio d'esercizio 2024 e Relazione sulla gestione AOU Meyer IRCCS; Piano Strategico cap. 5.2	5.2; 5.5	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
IRCCS Gaslini — dati 2024	Valore della produzione: ~€250,9 mln; costi: ~€260,3 mln; risultato: -€16,8 mln (stima per ordine di grandezza, dato puntuale non disponibile in fonte pubblica omogenea). Ricoveri: 26.000-29.000 (stima). Ambulatoriale: ~700.000. Mobilità extraregionale: 32,54% ricoveri. Pubblicazioni: 537, IF JCR complessivo 2.940,8. Contributi ricerca: €19,65 mln. 5x1000: 86.285 scelte, €4,59 mln erogabili. Raccolta fondi Fondazione Gaslininsieme: €3,62 mln.	Bilancio 2024 e Bilancio Sociale 2024 IRCCS Gaslini; Piano Strategico cap. 5.3 — AVVERTENZA: i dati su ricoveri e risultato d'esercizio Gaslini sono forniti come stima/ordine di grandezza per assenza di dato puntuale pubblico omogeneo.	5.3; 5.5	A/B

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
IRCCS Burlo Garofolo — dati 2024	Valore della produzione: €98,2 mln; costi: €95,5 mln; risultato: +€15.600 (unico benchmark in pareggio nel 2024). Ricoveri: 10.162 (di cui 6.589 RO e 3.573 DH). Ambulatoriale: 257.739 prestazioni. Tasso occupazione PL: 70,01%. Degenza media RO: 4,07 gg. Mobilità extraregionale: 16,6% su ricavi. Pubblicazioni: 215, IF normalizzato 1.393,84. Trial clinici attivi: 36 multicentrici, 3.314 pazienti arruolati ultimi 5 anni. Contributi ricerca: €15,89 mln. 5x1000: 35 progetti, >814k €.	Bilancio d'esercizio 2024 e relazione sulla gestione IRCCS Burlo Garofolo; Piano Strategico cap. 5.4; 5.5	5.4; 5.5	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Limitazioni del confronto e corretto utilizzo	Il confronto con i tre benchmark serve a validare la coerenza del percorso strategico dell'OIRM-Sant'Anna con i modelli IRCCS di riferimento, non a quantificare target automatici. Le differenze dimensionali (il Gaslini ha quasi il doppio dei ricoveri rispetto all'OIRM-Sant'Anna), di storia istituzionale e di maturità scientifica rendono i benchmark utili come riferimento di modello organizzativo (Grant Office, Clinical Trial Center, fundraising strutturato), non come parametri di comparazione diretta di volume o risultato economico.	Piano Strategico cap. 5.6	5.1-5.6	B

I. Operating model e rapporti con CDSS

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Funzioni da internalizzare (nucleo minimo)	Il Piano individua sette funzioni da presidiare direttamente: bilancio e contabilità (avvio 2027), controllo di gestione (2027), gestione del personale/HR (2027), affari istituzionali e legali (parziale, 2027-2028), Grant Office e ricerca (2027), qualità e risk management (2027), fundraising (2027-2028). Queste funzioni sono il nucleo di autonomia gestionale senza cui il Piano non può funzionare. La loro attivazione è una condizione abilitante per il bilancio autonomo 2027.	Piano Strategico cap. 7.2; Allegato 3; Allegato 9	7.2; 8	B/C
Servizi acquistati da CDSS (SLA)	Il Piano identifica sette servizi da acquisire da CDSS tramite SLA formali da sottoscrivere entro il Q4 2026: ICT/TrakCare, ingegneria clinica, manutenzioni edili e impiantistiche, logistica farmaceutica (MUS), laboratorio analisi (CRITICA: SLA rigoroso), anatomia patologica (CRITICA: turnaround time oncologico ≤48h), Centro Riferimento Trapianti. I driver di costo indicati nel Piano sono ipotesi basate su consuetudini; le logiche di ribaltamento effettive saranno definite nei service agreement.	Piano Strategico cap. 7.3; Allegato 5; Allegato 7	7.3	B

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Durata e rinnovo del periodo transitorio	La convenzione quadro (Allegato 5) può essere rinnovata alla scadenza del 31.12.2026 se lo stato dell'autonomizzazione lo richiede. Il Piano deve quindi considerare il rischio di trascinamento delle dipendenze operative da CDSS oltre il 2026, con impatto sui costi da regolazione e sulla capacità di governo autonomo del CE.	Allegato 5; Piano Strategico cap. 7.4; 13.3	7.4; 13.3	B/C
Interdipendenze cliniche critiche	La matrice delle interdipendenze (Allegato 7) documenta sette filoni di dipendenza operativa da CDSS: diagnostica per immagini/neuroimaging, laboratorio/anatomia/farmacia/CRT (funzioni critiche non replicabili), ICT/ingegneria, chirurgie specialistiche in regime interaziendale, supporti specialistici interni (oculistica, ortopedia), medicina specialistica/salute mentale, radioterapia/anestesia. La classificazione è gestionale, non sempre supportata da flussi amministrativi certificati.	Allegato 6; Allegato 7; Piano Strategico cap. 7.3	7.3	B

J. Piano dei fabbisogni di personale 2027-2029

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Fabbisogno 2027: 2.144 FTE e costo complessivo	Il Piano assume un fabbisogno complessivo di 2.144 FTE (Allegato 3), per un costo base annuo di 98,7 mln € e un costo complessivo di dotazione organica di 145,9 mln € (inclusendo fondi contrattuali, IVC, RIA, INAIL e IRAP). Composizione: Dirigenza Area Sanità 476 FTE (€41,2 mln base), 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). NOTA: questo dato (2.144 FTE) differisce dal valore $2.133+47=2.180$ FTE delle versioni precedenti del Piano; il Piano definitivo usa 2.144 FTE come punto di partenza fabbisogno.	Allegato 3_Piano dei fabbisogni di personale 2027; Piano Strategico cap. 8.1	8.1	B/C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Funzioni centrali: 189 FTE, €9,8 mln	Le funzioni centrali necessarie all'autonomia aziendale (direzione generale, affari generali, gestione del personale, bilancio, CdG, acquisti, ICT, ingegneria clinica, patrimonio, servizi tecnico-manutentivi, supporto attività sanitaria) sono stimate in 189 FTE per un costo complessivo di circa 9,8 mln €. La logica adottata non è la duplicazione automatica delle strutture CDSS, ma l'individuazione del nucleo minimo per garantire autonomia decisionale, continuity e governo economico.	Piano Strategico cap. 8.2; Allegato 3	8.2	B

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Quota regolabile in convenzione: ~€2,6 mln	All'interno delle funzioni centrali, la componente più idonea a una gestione parziale in convenzione è la gestione operativa, stimata al 38% del costo complessivo centrali. Applicando un'ipotesi di gestione in convenzione del 70% a questa componente, la quota potenzialmente regolabile è ~2,6 mln €. Si tratta di un'ipotesi di Piano da formalizzare nei service agreement con CDSS.	Piano Strategico cap. 8.3; Allegato 5	8.3	C
Proiezione FTE 2027-2029	+30 FTE nel 2027 (FTE fine periodo: 2.174): include internalizzazione funzioni amministrative e rafforzamento aree cliniche critiche (anestesisti, radiologi, infermieri). +10 FTE nel 2028 (FTE fine: 2.184) e +10 FTE nel 2029 (FTE fine: 2.194): accompagnano il consolidamento del modello. Questi incrementi sono assunzioni di Piano non ancora formalizzate in atto di programmazione approvato.	Allegato 4_Proiezione fabbisogni personale 2027-2029; Piano Strategico cap. 8.5	8.5	C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Proiezione costo personale 2027-2029	Il costo complessivo del personale è stimato in 153,2 mln € nel 2027, 158,6 mln nel 2028 e 163,3 mln nel 2029. Discende da FTE base (2.144), incrementi annui (+30/+10/+10), costo medio di dotazione e dinamica contrattuale. Il costo è sostenibile solo se collegato al recupero produttivo e allo sviluppo delle piattaforme cliniche.	Allegato 4; Piano Strategico cap. 8.5; 12.4	8.5; 12.4	C
Inflazione contrattuale CCNL	Assunta al 3,6% nel 2027, 3,0% nel 2028, 2,5% nel 2029. Traiettorie decrescente per analogia con le dinamiche osservate nel I trimestre 2026 (+3,6% costo del personale CDSS vs Q1 2025, da Relazione DG CDSS Prot. 0062109/2026). Non è una previsione contrattuale certa.	Relazione DG CDSS Prot. 0062109/2026; Allegato 4; Piano Strategico cap. 8.5	8.5	C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Priorità di reclutamento nel triennio	(1) Anestesisti e infermieri: priorità assoluta, condizione abilitante del recupero chirurgico. (2) Funzioni amministrative e gestionali interne: necessarie per l'avvio del bilancio autonomo 2027. (3) Personale dedicato alla ricerca (data manager, infermieri di ricerca, tecnici biobanca, CTU): in parte finanziabili da grant. (4) Grant Office, Fundraising & Development, comunicazione: leve strategiche da attivare entro Q2 2027.	Piano Strategico cap. 8.4	8.4	B/C

K. Piano economico-finanziario e percorso di equilibrio 2027-2029

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Natura del CE previsionale	L'Allegato 2 è una rielaborazione previsionale e non un bilancio preventivo ai sensi dell'art. 25 del D.Lgs. 118/2011. Serve a esplicitare condizioni, driver e fabbisogno di equilibrio del Piano. I valori numerici hanno carattere di scenario; ogni voce che non sia basata su dati storici verificabili (Grado A) richiede aggiornamento progressivo al consolidarsi della contabilità autonoma.	Allegato 2; Piano Strategico cap. 1.1	1.1; 12	B/C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Struttura CE previsionale: Leva 1 — Crescita produzione	I ricavi da produzione crescono del 7%/anno, passando da 136,4 mln € nel 2027 a 156,2 mln nel 2029. Composizione 2027: SDO ~103,0 mln + ambulatoriale/File F ~33,4 mln. Il 2027 è prevalentemente anno di recupero dei livelli 2024; il 2028-2029 è fase di sviluppo selettivo (alta complessità, PMA, attrattività extraregionale). Il 7%/anno è un obiettivo di scenario con condizioni abilitanti esplicite (blocco operatorio ripristinato, anestesisti, sviluppo piattaforme).	Allegato 2; Piano Strategico cap. 12.2; 12.4	12.2; 12.4	C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Struttura CE previsionale: Altri ricavi (144,5→141,8 mln €)	La voce “Altri ricavi” nel CE previsionale è decrescente (144,5 mln 2027, 143,8 mln 2028, 141,8 mln 2029). Essa contiene: contributi regionali di vario tipo, fondo indistinto, funzioni assistenziali ex art. 8-sexies D.Lgs. 502/1992. ATTENZIONE: questa struttura è diversa da modelli precedenti del Piano che esplicitavano separatamente una ‘quota FI integrativa’ e una ‘quota di riequilibrio asimmetria’. Nel Piano definitivo queste componenti sono aggregate nella voce “Altri ricavi” e la loro quantificazione puntuale è da definire in sede di confronto istituzionale con la Regione.	Allegato 2; Piano Strategico cap. 12.4	12.4	B/C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Struttura CE previsionale: Leva 2 — Leve aziendali crescenti	Le leve aziendali crescono da 3,0 mln € nel 2027 a 9,2 mln nel 2029. Comprendono: (a) grant e finanziamenti attratti dalla ricerca: 1,0 mln 2027, 2,0 mln 2028, 4,0 mln 2029; (b) fundraising strutturato: 0,5 mln 2027, 1,0 mln 2028, 2,25 mln 2029; (c) altri apporti (efficientamento, partnership). Sono obiettivi gestionali da costruire, non risorse già acquisite.	Allegato 2; Piano Strategico cap. 12.2	12.2	C
CE previsionale: quadro numerico 2027-2029	2027: Ricavi totali 284,0 mln (produzione 136,4 + altri ricavi 144,5 — NB: nel Piano cap. 12.4 Totale Ricavi = 284,0 mln e Totale Costi = 280,9 mln, risultato ≈0). 2028: ricavi 292,9 mln, costi 289,8 mln, risultato ≈0. 2029: ricavi 298,0 mln, costi 298,0 mln, risultato ≈0. La differenza tra ricavi e costi è coperta dalla Leva 2 (leve aziendali) e dalla crescita degli “Altri ricavi”. Il pareggio è ottenuto per costruzione del modello, non può essere letto come dato deliberato.	Allegato 2; Piano Strategico cap. 12.4 (Tab. CE previsionale)	12.4	C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Pass-through farmaci: 70% della crescita produzione	Il modello assume che il 70% dell'incremento dei ricavi da produzione si traduca in maggiori consumi di farmaci e dispositivi. Non tutta la crescita produttiva genera incremento proporzionale di consumo: l'assunzione considera la parte più direttamente collegata a consumi variabili (terapie innovative, oncoematologia, alta complessità). Farmaci e DM passano da 62,3 mln (2027) a 68,6 mln (2029).	Allegato 2; Piano Strategico cap. 12.4	12.4	C
Efficientamento altri costi operativi: 0,5%/anno	Gli altri costi operativi (servizi, manutenzioni, ammortamenti) crescono con un efficientamento di 0,5%/anno rispetto all'andamento tendenziale, passando da 65,4 mln (2027) a 66,1 mln (2029). L'ipotesi è coerente con l'efficientamento osservato a livello CDSS nel Q1 2026 (-3,86 mln su voci analoghe vs Q1 2025), ma non ancora formalizzata in atti.	Allegato 2; Relazione DG CDSS Prot. 0062109/2026; Piano Strategico cap. 12.4	12.4	C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Condizioni di sostenibilità del percorso	Il CE previsionale richiede cinque condizioni attuative: (1) recupero effettivo capacità produttiva chirurgica; (2) governo del costo del personale (incremento coerente con produzione); (3) strutturazione operativa Grant Office e Fundraising con obiettivi misurabili; (4) presidio dei costi sanitari (farmaci e DM in regime di appropriatezza); (5) regolazione puntuale dei rapporti con CDSS (perimetro, SLA, costi). Se anche una sola di queste condizioni viene meno, il modello richiede ricalibrazione.	Piano Strategico cap. 12.4.1; Allegato 2	12.4.1	C

L. Ricerca, innovazione e percorso di candidatura IRCCSI. Operating model e rapporti con CDSS

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Quadro normativo IRCCS di riferimento	La disciplina degli IRCCS è regolata dal D.Lgs. 288/2003 (e successive modifiche: L. 189/2012, L. 129/2022, D.Lgs. 200/2022). Il D.M. 5 febbraio 2015 (Allegati A e B) individua la documentazione da predisporre per il riconoscimento. Il riconoscimento richiede la dimostrazione integrata di requisiti istituzionali, assistenziali, scientifici, organizzativi, tecnologici ed economico-finanziari. L'equilibrio economico (art. 6 D.Lgs. 288/2003) è un requisito di legge, non una preferenza.	D.Lgs. 288/2003; D.Lgs. 200/2022; D.M. 5 febbraio 2015 (All. A e B); Piano Strategico cap. 10.1	10.1	A
Trial clinici SC Oncoematologia (82 studi attivi)	La S.C. Oncoematologia Pediatrica conta al momento della redazione del Piano 82 studi attivi: 60 con arruolamento aperto, 22 con arruolamento chiuso/sospeso. Suddivisione per tipologia: 41 sperimentazioni con farmaco o dispositivo (13 Fase I, 14 Fase II, 13 Fase III, 1 Fase IV) e 41 studi osservazionali/interventistici senza farmaco. Promotori: 24 sponsor profit, 58 no profit. Questi dati documentano la vitalità già esistente della ricerca aziendale, da ricondurre a registro centralizzato.	Piano Strategico cap. 10.5; Documentazione SC Oncoematologia Pediatrica	10.5	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
151 trial nel quinquennio e infrastruttura GMP	L'Unità Ricerca e Sviluppo Clinico documenta oltre 151 trial gestiti o condotti nell'ultimo quinquennio, più di 30 studi di Fase I e II. L'OIRM dispone già di Cell Factory, GMP Facility autorizzata AIFA e laboratori di processazione cellulare. Questi asset sono esistenti e devono essere ricondotti a un portafoglio unitario tracciabile per fonte, importo, area clinica, pazienti arruolati e output scientifici.	Piano Strategico cap. 10.2; Documentazione aziendale (da validare con registro centralizzato)	10.2; 10.5	A/B
Gap da colmare prima della candidatura IRCCS	I gap principali non sono clinici ma organizzativi: assenza di un Grant Office formalizzato; assenza di un registro centralizzato di trial, finanziamenti e pubblicazioni; produzione scientifica non censita sistematicamente; biobanca non ancora certificata; nessun bilancio sezionale della ricerca. La costruzione di questi elementi nel triennio 2027-2029 è la preconditione documentale per il dossier di candidatura.	Piano Strategico cap. 10.2; 10.6	10.2; 10.6	B

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Grant Office: struttura, dimensionamento e obiettivi	Il Piano prevede la costituzione del Grant Office nel 2027, con una dotazione organica iniziale di 5-6 figure professionali (project manager, segreteria scientifica, esperto di rendicontazione, technology transfer manager, patent officer, referente contrattuale). Costo stimato: 0,3-0,5 mln €/anno, finanziato inizialmente con fondi aziendali e progressivamente coperto dagli overhead dei progetti finanziati. Obiettivi del triennio: ≥3 domande di grant nel 2027, ≥6 nel 2028, ≥10 nel 2029; finanziamenti attratti 1,0/2,0/4,0 mln €; ≥1 brevetto nel 2028, ≥2 nel 2029.	Piano Strategico cap. 10.4	10.4; 12.2	C
Finanziamenti attratti dalla ricerca nel PEF	Nel CE previsionale, i contributi da ricerca e grant sono inclusi nella Leva 2 (leve aziendali crescenti) per 1,0 mln nel 2027, 2,0 mln nel 2028 e 4,0 mln nel 2029. Questi valori sono Target del Grant Office — coerenti con le prime fasi di strutturazione di un ufficio grant nel contesto di un ospedale pediatrico pubblico — ma non devono essere letti come risorse già acquisite. Il censimento dei finanziamenti già esistenti (PNRR, bandi ministeriali, sponsor industria farmaceutica) dovrà essere completato entro il 2026 e potrà ridefinire la baseline di partenza.	Piano Strategico cap. 10.4; Allegato 2	10.4; 12.2	C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Reti ERN: 10 reti di riferimento	L'OIRM partecipa a 10 reti ERN: PaedCan (oncologia pediatrica), ERN ITHACA (malformazioni e disabilità intellettiva), MetabErn (malattie metaboliche), ERNICA (malformazioni gastrointestinali), 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), ERN TRANSPLANTCHILD (trapianto pediatrico). La partecipazione è un dato verificabile (registro ERN europeo). La valorizzazione prospettica in termini di grant o pubblicazioni è di Grado C.	Registro ERN europeo; Piano Strategico cap. 0.5; 2.3	0.5; 2.3; 10.3	A/C
Biobanca pediatrica: asset da strutturare	Il Piano prevede la costituzione di una biobanca certificata ISO 20387 (accreditamento BBMRI-ERIC) per la raccolta di campioni biologici pediatrici e neonatali, con sistema criogenico. Costo stimato: 0,8-1,2 mln € nel 2027-2028. Fonti previste: PNRR Ricerca, Horizon Europe, Ministero Salute, fondi aziendali. La biobanca pediatrica è un requisito infrastrutturale per il dossier IRCCS; è in sviluppo ma non ancora certificata. Priorità massima nel Cluster IV degli investimenti.	Piano Strategico cap. 9.5; 10.2; 10.5	9.5; 10.2	C

M. Fundraising e attrazione di investimenti privati

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Razionale e contesto: rete già esistente	L'AO OIRM-Sant'Anna eredita una rete ampia e storicamente radicata di fondazioni, associazioni, donatori individuali e soggetti filantropici già attivi sui presidi OIRM e Sant'Anna. Il modello proposto non assume logica di sostituzione o accentrimento, ma di coordinamento, valorizzazione e progressiva strutturazione: preservare il capitale fiduciario esistente e ricondurlo a un disegno aziendale riconoscibile.	Piano Strategico cap. 11; 11.1; 11.2	11	B
Benchmark Fondazione Meyer 2025	La Fondazione Meyer ha raccolto nel 2025 circa 16,46 mln €, di cui circa 5,23 mln da 5x1000. Questo valore non deve essere assunto come target automatico dell'AO OIRM-Sant'Anna, che si trova in una fase di maturità organizzativa molto diversa (la Fondazione Meyer ha oltre 30 anni di storia). Il benchmark è utile come prova che il fundraising strutturato può assumere un ruolo rilevante in un polo pediatrico ad alta specializzazione, e come riferimento di modello organizzativo (governance dedicata, rendicontazione pubblica, relazione continuativa con donatori).	Fondazione Meyer, documentazione istituzionale pubblica 2025; Piano Strategico cap. 11 (intro)	11	A

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Modello organizzativo: 3 componenti	Il Piano propone un modello a tre componenti integrate: (1) Funzione interna Fundraising & Development, da attivare nel 2027 con 1 figura professionale dedicata, con ruolo di presidio aziendale e coordinamento con Direzione Strategica e Grant Office. (2) Rete coordinata di fondazioni e associazioni esistenti: non sostituzione ma governance per coerenza con le piattaforme strategiche. (3) Canali diretti intestati all'AO: 5x1000 come campagna permanente da 2027, liberalità dirette, lasciti testamentari, corporate giving.	Piano Strategico cap. 11.2	11.2	B/C
Quadro giuridico per raccolta diretta	La raccolta diretta da parte dell'Azienda è esercitata ai sensi dell'art. 14-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, quale cornice per la ricezione di liberalità da parte delle aziende sanitarie pubbliche. L'eventuale istituzione di una Fondazione dedicata (sul modello Fondazione Meyer) è un'opzione valutata per il 2028-2029, non una decisione già assunta.	Art. 14-bis D.Lgs. 502/1992; Piano Strategico cap. 11.2	11.2	A/B

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
7 aree di campagna (raccordo con piattaforme)	Le campagne sono progettate in raccordo con le 7 piattaforme strategiche: (1) Malattie rare — diagnostica genomica, biobanca; (2) Oncoematologia e terapie avanzate — Cell Therapy Lab, biobanca oncologica; (3) Neurochirurgia e cardiocirurgia pediatrica — tecnologie, follow-up, accoglienza; (4) Neonatologia e TIN — culle, monitor, spazi famiglie (alta empatia donatori); (5) PMA e medicina della riproduzione — piattaforma PMA, WES, oncofertility; (6) Ginecologia oncologica — percorsi integrati, psico-oncologia; (7) Medicina di genere — ricerca, borse studio, sensibilizzazione pubblica.	Piano Strategico cap. 11.3	11.3	C
Target di raccolta e contributo al PEF	I valori di fundraising inseriti nel CE previsionale (Leva 2): 0,5 mln € nel 2027, 1,0 mln nel 2028, 2,25 mln nel 2029. Sono costruiti in modo conservativo rispetto al benchmark di mercato e coprono i costi di struttura. Il 5x1000, stimato a regime tra 0,5 e 1,5 mln €/anno, è incorporato solo parzialmente nel PEF triennale, costituendo una riserva di crescita per esercizi successivi. Tutti i valori sono obiettivi gestionali, non risorse deliberate.	Piano Strategico cap. 11.4; Allegato 2	11.4; 12.2	C

N. Piano degli investimenti 2027-2029

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Natura delle stime di investimento	Le stime economiche degli investimenti hanno carattere preliminare: 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 investimenti va aggiornato al completamento della ricognizione patrimoniale.	Piano Strategico cap. 9 (nota a fine capitolo); ricognizione patrimoniale OIRM-Sant'Anna	9	B/C
Totale stimato e struttura per cluster	Investimenti totali stimati: 20,2-28,3 mln € nel triennio. Cluster I (infrastrutture cliniche): 8,8-11,7 mln €. Cluster II (tecnologie diagnostiche e cliniche): 7,0-9,5 mln. Cluster III (sistemi informativi e digitale): 1,5-2,4 mln. Cluster IV (infrastrutture ricerca e IRCCS): 2,9-4,7 mln. Il Cluster IV comprende biobanca, Cell Therapy Lab, Clinical Trial Unit, Grant Office.	Piano Strategico cap. 9.6 (Tab. 9.6 del Piano)	9.6	C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Cluster I — Priorità 1: blocco operatorio e degenza chirurgica Sant'Anna	Ristrutturazione Blocco Operatorio Bassa Complessità: 4,5-6,0 mln €, orizzonte 2027, fonte principale fondi regionali c/capitale e PNRR Missione 6. Adeguamento letti degenza chirurgica: 1,5-2,0 mln €, 2027. Questi due interventi sono condizioni abilitanti per il recupero produttivo del Sant'Anna e per lo scenario target del CE previsionale. La loro mancata attuazione entro Q2 2027 è il rischio prioritario identificato al cap. 13.3.	Piano Strategico cap. 9.2; 13.3	9.2; 13.3	C
Cluster II — Robot chirurgico (Priorità 1 in questa versione)	Nel Piano definitivo il robot chirurgico per ginecologia oncologica è classificato come PRIORITÀ 1 (non PRIORITÀ 3 come in versioni precedenti), con costo stimato 1,5-2,0 mln, orizzonte 2027, fonti: fondi regionali + fundraising. Questo riposizionamento riflette il peso strategico della ginecologia oncologica (Piattaforma 6) nell'identità del polo. Il robot è anche la voce di investimento più visibile per campagne di fundraising in area ginecologica oncologica.	Piano Strategico cap. 9.3 (Tab. Cluster II); 6.6	9.3; 6.6	C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Cluster I — Rifacimento centro trapianti e trasfusionale (Priorità 2)	Il Piano definitivo prevede il rifacimento del centro trapianti pediatrico e l'adeguamento del centro trasfusionale (2,5-3,5 mln €, 2027-2028), in sostituzione del precedente “Potenziamento TIN” che era nella stessa posizione di priorità. Questo cambiamento riflette le esigenze JACIE/CNT/CNS per le terapie cellulari avanzate e i requisiti IRCCS. Il potenziamento della TIN rimane rilevante ma non è elencato come voce autonoma nel Cluster I della versione definitiva.	Piano Strategico cap. 9.2 (Tab. Cluster I v2_0); 9 (nota accreditamenti JACIE)	9.2	C
Diversificazione delle fonti di finanziamento	Il Piano prevede almeno 7 fonti distinte: fondi regionali c/capitale (principali per Cluster I+II), PNRR Missione 6 (Cluster I+III), grant e bandi nazionali (Cluster II+IV), Horizon Europe (Cluster III+IV), fundraising e donazioni private (Cluster I+II+IV), leasing operativo (Cluster II), sponsorship pharma/biotech (Cluster IV). La diversificazione è strutturale: nessun cluster dipende da una sola fonte, il che riduce il rischio di blocco per mancanza di fondi pubblici regionali.	Piano Strategico cap. 9.6 (Tab. fonti finanziamento)	9.6	C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Piano degli investimenti come strumento negoziale con la Regione	Il Piano qualifica esplicitamente il dossier degli investimenti come strumento di interlocuzione istituzionale con la Regione Piemonte: gli interventi prioritari (blocco operatorio, TIN/trapianti, tecnologie ad alta complessità) rispondono a esigenze assistenziali regionali e si collocano nell'ambito della programmazione hub & spoke. La Direzione Generale è invitata a presentare il dossier nelle sedi di confronto con la Regione contestualmente alla negoziazione del finanziamento 2027.	Piano Strategico cap. 9.7	9.7	B/C

O. Governance, rischi residui e cruscotto di monitoraggio

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Struttura di governance del Piano	La Direzione Strategica (DG, DS, DA) governa il Piano e riferisce all'organo di controllo regionale. Il monitoraggio trimestrale è affidato a una Cabina di Regia che produce un rapporto sintetico da condividere con la Regione Piemonte. La Cabina di Regia monitora: avanzamento cronoprogramma scorporo, scostamenti produzione vs scenario, risultato economico progressivo, stato dotazione organica, avanzamento milestone IRCCS.	Piano Strategico cap. 13.1	13.1	B
5 rischi prioritari identificati	(1) Ritardo ripristino blocco operatorio (prob. Alta): se il blocco non è operativo entro Q2 2027, lo scenario target diventa irraggiungibile. (2) Persistenza carenza anestesisti (Medio-Alta): limita la capacità chirurgica anche con le sale disponibili. (3) Riconciliazione contabile non completata (Medio): il bilancio previsionale 2027 non sarebbe certificabile. (4) Ritardo Grant Office (Medio): la Leva 2 da ricerca non si realizza. (5) Blocco cronoprogramma scorporo (Medio): autonomia gestionale 2027 parziale. Ogni rischio ha una misura di mitigazione esplicita nel Piano.	Piano Strategico cap. 13.3	13.3	B/C

Voce	Assunzione / Criterio	Fonte	Cap. Piano	Grado
Cruscotto KPI 2027-2029	Il Piano definisce 12 KPI da monitorare trimestralmente. Economici: risultato d'esercizio ($\approx 0,0$ mln). Produzione: casi SDO ($>34.000/>36.500/>38.500$), importo SDO ($>70/>75/>81$ mln). Alta complessità: trapianti midollo ($\geq 30/35/40$), cardiocirurgia ($\geq 65/70/75$). Investimenti: blocco operatorio Sant'Anna operativo (2027 Si). Ricerca: trial attivi ($\geq 5/8/10$), grant presentati ($\geq 3/6/10$). Fundraising: fondi raccolti ($\geq 1,0/2,0/4,0$ mln). IRCCS: requisiti documentati (3/5/7 su 8). Personale: FTE core internalizzati (50-70/70-90/90-110). Transizione: azioni cronoprogramma (80%/100%/–).	Piano Strategico cap. 13.2	13.2	C
Rischio metodologico: non confondere scenari e dati deliberati	Il rischio principale nel Piano è presentare rielaborazioni e scenari come se fossero dati deliberati. L'Assumption Book risolve questa ambiguità distinguendo sistematicamente fonte originaria (A), rielaborazione su dati disponibili (B) e assunzione di Piano (C). Ogni aggiornamento successivo del documento dovrà preservare la tracciabilità storica delle versioni, distinguendo scostamenti per mutamento del perimetro, correzione dei dati, aggiornamento delle fonti o revisione delle ipotesi.	Assumption Book; Piano Strategico cap. 1.1	1.1; 13	C

Aggiornamento del documento

L'Assumption Book deve essere aggiornato ogni volta che una fonte provvisoria diventa atto formale, che una rielaborazione è sostituita da dato consuntivo autonomo, o che una nuova informazione modifica in modo sostanziale un'assunzione rilevante per il CE previsionale o per il percorso IRCCS. Gli aggiornamenti prioritari, in sequenza temporale, sono i seguenti.

- Entro Q4 2026: sottoscrizione della convenzione con CDSS e relativi SLA; accordo con la Regione sul finanziamento 2027 (componente 'Altri ricavi' del CE previsionale); completamento ricognizione fonti di finanziamento già esistenti per la ricerca.
- Entro Q4 2026 — Q1 2027: riconciliazione contabile tra preconsuntivo 2025 e consuntivo da Dipartimenti, come condizione per la certificabilità del bilancio previsionale 2027.
- Q1 2027: formalizzazione del PTFP 2027 autonomo della nuova AO e del modello organizzativo definitivo (atto aziendale). Sostituzione delle stime Grado C sul personale con dati deliberati.
- Q2 2027: verifica delle condizioni abilitanti del CE previsionale (blocco operatorio operativo, anestesisti in servizio, Grant Office e Fundraising costituiti, SLA sottoscritti).
- Annuale: aggiornamento dei KPI del cruscotto (cap. 13.2) e verifica degli scostamenti rispetto agli obiettivi di Piano, con ricalibrazione delle assunzioni Grado C che si discostino significativamente dai consuntivi.