

COMUNICATO STAMPA

**COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE IGIENE E SANITA', PREVIDENZA
E SICUREZZA SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, SPORT;
TERRITORIO, AMBIENTE E AGRICOLTURA**

-MERCOLEDI' 7 Dicembre- Seduta del giorno

I risultati dei primi mesi di attività del Cot e lo sviluppo della telemedicina, i problemi legati al reperimento di medici e infermieri, la 'partenza' del robot chirurgico e i nuovi accordi di collaborazione siglati tra Iss e Regioni italiane: sono alcuni temi emersi nei riferimenti del Segretario di Stato per la Sanità e dei membri del Comitato Esecutivo dell'Iss nel corso dell'Audizione in corso oggi nella Commissione consiliare Igiene e Sanità. La seduta si è aperta in tarda mattinata per essere sospesa nel pomeriggio e riprenderà poi in serata, alle 21, per concludere l'Audizione e proseguire con l'Ordine del giorno.

Di seguito un estratto degli interventi della seduta odierna.

Comma 2. Audizione del Comitato Esecutivo per aggiornamento attività I.S.S.

Roberto Ciavatta, Segretario di Stato per la Sanità.

In apertura di questa audizione, ritengo necessario contestualizzare il momento storico in cui si trova, qui come altrove, la sanità, affinché questa audizione possa essere un momento di riflessione e di confronto utile per trovare soluzioni a situazioni di estrema emergenza, che non vanno banalizzate né prese sotto gamba. *Ho letto online, e sulle prime pagine, di una raccolta firme per eliminare il COT al grido: "vogliamo più medici". Sono anche io d'accordo: anche io voglio più medici. Anche il Comitato esecutivo vuole più medici.* Tuttavia il periodo storico è contraddistinto da carenza di medici e infermieri. Il CE ha già emesso da tempo un bando per assumere nuovi medici di base, ma se anche si candidasse un solo candidato sarebbe un successo, se consideriamo che candidati al ruolo di medico di base, in Italia, non se ne trova affatto, come non si trovano ortopedici (tanto che considero un mezzo miracolo, o forse dovrei dire un grande successo di chi ha seguito la cosa, l'aver assunto una nuova équipe ortopedica), ginecologi, medici di pronto soccorso ecc. È del 3 dicembre la notizia, riportata su "Repubblica", che l'Emilia Romagna ha stanziato 100 milioni di euro extra per reclutare nuovi medici di famiglia, anche aumentando di 57 unità il numero di posti per il corso triennale per medici di famiglia. Gli studi di settore indicano che nei prossimi 5 anni, in Italia, mancheranno circa 45.000 medici. Entro 10 anni mancheranno all'appello circa 34.000 medici di base. 14 milioni di italiani potrebbero rimanere senza medico di famiglia.

In questo contesto, pur non rinunciando a ricercare nuovi medici, dobbiamo chiederci, in ottica costruttiva, come fronteggiare le necessità di salute con i medici che abbiamo. Ed è doveroso fare tesoro degli strumenti che la tecnologia ci mette a disposizione, di cui parleremo. In una prospettiva decennale di estrema carenza di medici e infermieri, dobbiamo porci – e ci siamo posti come sanità – un altro interrogativo: *come far sì che un medico, potendo decidere dove collocarsi, scelga proprio l'ospedale di San Marino?* La risposta a questa domanda è determinante se si vuole affrontare il problema e non fermarsi alla mera volontà di creare panico. Io ritengo, e il Comitato Esecutivo ritiene, che *creare attrattività per i medici sia determinante per garantire una continuità alla nostra sanità.* Un medico, nel decidere dove lavorare, valuta una serie di variabili: lo stipendio,

certo, ma anche la casistica, le prospettive di avanzamento di carriera, le condizioni in cui prestare la libera professione, le condizioni previdenziali, le tecnologie di cui disporre per accrescere la propria competenza, la snellezza della catena gerarchica, la valutazione del merito nell'ambito istituzionale, la conflittualità del paese in cui si decide di operare, la sostenibilità economica del sistema sanitario, la bellezza e l'aggiornamento delle strutture ospedaliere e tanto altro ancora. *Le attività poste in essere da questa Segreteria, e dalla direzione generale, puntano a creare condizioni affinché nei prossimi anni non ci si ritrovi in carenza di liquidità e privi di ogni elemento attrattivo per il reperimento di nuovi professionisti sanitari. Non si nasconde, non certo in vena polemica, che il continuo sensazionalismo provocato attorno alla sanità sia un elemento di grave perturbazione del clima necessario per reperire nuovi medici: da oltreconfine ci leggono. Guardate, non lo dico né per me né per questa gestione dell'Iss. Lo dico in prospettiva, perché un sistema paese che anziché promuovere gli avanzamenti strutturali realizzati viene presentato quotidianamente come al tracollo, magari perché si deve attendere 30 minuti una risposta quando a pochi chilometri si rimane in sala d'aspetto del pronto soccorso per 10/12 ore, non è un biglietto da visita attraente.*

Nessuno nega che vi siano criticità nella gestione del servizio di medicina di base: sono decine le raccomandazioni che ho personalmente inviato alla direzione sanitaria per ricevere risposte operative; nessuno nega vi siano criticità nel COT, che tuttavia garantisce risposte a tutti mentre prima della sua istituzione (dovremmo ricordarlo) era pressoché impossibile prendere la linea con il medico di base. Non si negano le criticità ma ci si aspetterebbe che anziché gridare al disastro o sostenere l'irrealizzabile, chi ha responsabilità politiche cercasse di informarsi delle gravi criticità esistenti. Circa 10 mesi fa, al momento della nomina del Dott. Bevere, sia il sottoscritto sia il direttore dicemmo – affermazione che rinnoviamo – che i partiti di opposizione erano i benvenuti a confronti continui con la direzione. Per fornire dati, rispondere a quesiti, raccogliere raccomandazioni o consigli. Non mi risulta sia mai stato chiesto un solo incontro, dall'opposizione, alla direzione generale. Questo fa temere che non vi sia volontà di comprendere la situazione e risolvere i problemi, ma unicamente di gettare benzina sul fuoco, magari pensando sia utile per far cadere il Segretario, non comprendendo quanto questo crei danni irreversibili che si abatteranno proprio su chi, finito il mio mandato, dovrà raccogliere le redini di una sanità in cui ogni professionista ci mette del proprio, spesso facendo più del dovuto, ciò nonostante trovandosi quotidianamente in prima pagina quale attore di una sanità dipinta allo sfacelo. La nostra sanità non solo non è allo sfacelo, ma continua a creare condizioni estremamente favorevoli rispetto alla sanità del circondario. Rendercene conto noi per primi, e promuovere questa eccellenza, sarebbe il primo passo per tentare di risolvere il problema.

Sul piano della sostenibilità, la nostra sanità negli ultimi 3 anni ha registrato una riduzione progressiva della spesa sanitaria e socio-sanitaria. Si tratta di una novità inedita, perché l'ISS da sempre ha registrato annualmente aumenti anche molto consistenti di deficit. Lo dico anche in relazione alla polemica continua sulle "consulenze", come se consulenze e convenzioni non siano connaturate all'ISS, da sempre, con ogni governo, perché non si può fare altrimenti, spesso anche per poter tenere attivi i reparti. Ma se una consulenza mi costa 10 e determina un risparmio di 100 su un determinato settore, il denigratore sensazionalista cavalcherà lo scandalo dei 10 spesi, ma sarà cieco verso i 90 risparmiati, dipingendo così una situazione patrimoniale ed economica ben distante dalla realtà! In un periodo storico, quello del COVID, in cui le sanità di mezzo mondo hanno visto esplodere la propria spesa, a San Marino (nonostante le ingentissime spese per l'acquisto di vaccini, farmaci, tamponi ecc) la spesa della sanità è rimasta stabile, con lievissima riduzione strutturale. Venendo alle cose concrete realizzate da febbraio, cioè dalla prima audizione in commissione con il nuovo direttore generale e in seguito alla relazione contestualmente approvata, quanto alle attività di pianificazione, monitoraggio e controllo, è stato istituito il nucleo di valutazione, strumento

*strategico per il monitoraggio e la valutazione delle performance dell'ISS. Non è cosa di poco conto che per la prima volta l'ISS si allinei con gli altri ospedali nel controllo di produzione di sanità. Il NdV indica altresì le modalità di gestione della contabilità analitica e del controllo di gestione, obiettivo primario per un istituto di queste dimensioni. Fino ad oggi reperire informazioni e dati, anche contabili e indispensabili per la gestione strategica dell'ISS, è procedura manuale e per nulla certa. In parole povere: non si ha certezza di dove siano gli sprechi e dove si debba intervenire per eliminarli. Quanto alla necessità di avere un monitoraggio epidemiologico continuo, tale da poter indirizzare le politiche di prevenzione in tal modo riducendo l'accesso smisurato ai presidi territoriali, e potendo avviare campagne di screening preventivo, il direttore generale ha fatto pervenire al sottoscritto una bozza di *attuazione dell'osservatorio epidemiologico*, ed è stato avviato il bando di selezione del direttore di dipartimento Prevenzione, assente da anni. Sempre in merito alla prevenzione si segnala l'*attivazione dello screening cardiologico avviato su ogni residente cinquantenne in merito ai problemi cardiovascolari*.*

Con riguardo alla medicina di base, su cui immagino successivamente approfondirà il direttore sanitario, *l'istituzione del COT ha consentito di raddoppiare il numero di telefonate a cui si dà risposta quotidianamente*. Non è certo un risultato sufficiente, e infatti da subito è stato indicato come un primo step sperimentale, a cui dovrà seguire, a stretto giro, l'inserimento della telemedicina (in merito alla quale credo sia già stato emesso apposito bando). L'automatizzazione delle risposte alle richieste di routine (come a suo tempo fatto, sempre da questa segreteria, con l'automatizzazione della richiesta di ricette per farmaci) è un elemento necessario e ineludibile per eliminare code che, spesso, sono dettate da un sovraccollamento di richieste che dovremmo avere la capacità di indirizzare. Il numero di telefonate che si registrano il lunedì, a inizio settimana, è ad esempio enormemente maggiore di quelle registrate a ridosso del weekend. Per esempio nell'ultimo mese si è registrata una media di 2.818 telefonate ogni lunedì, e di 784 telefonate ogni venerdì. Ogni lunedì, considerando che i minori di 14 anni non sono seguiti dal medico di base, è come se una persona ogni 11 chiamasse il COT. Il sabato i sammarinesi stanno molto meglio, e le telefonate si riducono a una media di 284 (un decimo di quelle che si registrano il lunedì). È certo un tema impopolare di *educazione all'uso del servizio*, sul quale non si deve tacere. *La telemedicina avrà un ruolo determinante*, come già accade in numerosi ospedali, soprattutto per le patologie croniche (teleassistenza, teleconsulto, telemonitoraggio) riducendo spostamenti e numero di telefonate per i pazienti. A breve verranno organizzate serate con i capitani di castello e le associazioni per l'introduzione alla telemedicina. La direzione, nel delegare al direttore sanitario la risoluzione delle criticità del COT e della medicina di base, ha assegnato ad un medico di medicina generale il compito di formulare un'*istruzione operativa per il COT*, oltre a istruzioni per le dimissioni e le dimissioni protette, grazie alle quali ogni paziente dimesso viene preso in carico.

È stato emesso, come si diceva, un bando di selezione per nuovi medici di base, oltre al bando per l'assunzione del direttore di dipartimento socio-sanitario vacante da anni, che avrà il compito di organizzare e gestire le risorse garantendo un servizio all'altezza delle aspettative. Sono state avviate le attività propedeutiche alla ristrutturazione dei Centri Salute di Borgo Maggiore e di Murata, che prevede altresì l'inclusione della diagnostica di base, radiologica e laboratoristica affiancata alle sedi rinnovate.

Riguardo alla realizzazione del nuovo ospedale, si riconferma la necessità della sua costruzione. L'attuale ospedale registra costi di gestione rilevanti (€1 milione/anno solo di utenze) e alti costi per manutenzioni ordinarie e straordinarie. Nonostante gli studi preliminari realizzati nel 2015 fornissero elementi di urgenza, nulla è stato fatto fino al 2021, quando – superata la prima ondata COVID – apposito gruppo di lavoro ha generato un lavoro che, seppur privo dei contenuti logistici, poneva il problema nella sua complessità. Durante il 2022 sono stati determinati i contenuti logistici del nuovo ospedale sulla base del piano triennale e degli obiettivi di salute, compresa la

realizzazione dell'hospice. Stante l'ingente investimento richiesto per la realizzazione di una struttura di pari metratura rispetto all'esistente, richiedendo la costruzione della nuova struttura almeno 4-5 anni dal momento di posa della prima pietra, *si è considerato necessario avviare uno studio di fase due assegnato ad ingegneri strutturalisti, per verificare la sostenibilità sismica dell'ospedale. La relazione conclusiva di tale studio, già previsto dal 2015 ma colpevolmente irrealizzato, verrà consegnata nei prossimi giorni e ci permetterà di comprendere se: 1) Vi siano sezioni dell'ospedale che, debitamente rafforzate, possano venire utilizzate fino al momento di realizzazione della nuova struttura; 2) Vi siano aree dell'ospedale che possano venire mantenute anche successivamente alla costruzione del nuovo ospedale, consentendo di ridurre le metrature della nuova struttura e, dunque, di decine di milioni di euro l'investimento necessario. Vi siano aree attualmente utilizzate ma non in totale sicurezza, sulle quali sarà necessario procedere immediatamente a manutenzioni straordinarie.* Questo studio, oltre ad essere indispensabile per garantire che i servizi siano prestati in piena sicurezza, era altresì necessario per essere certi che l'ingente investimento per la costruzione del nuovo ospedale sia sostenibile e giustificata.

Quanto al nuovo atto organizzativo dell'ISS: una bozza dello stesso, inerente l'area amministrativa, è stata consegnata ai gruppi di maggioranza da diversi mesi. Vi è ora la richiesta di integrare anche la parte sanitaria, cosa che verrà fatta nei prossimi tempi con l'intendimento di ottemperare a questa necessità. Chiedo a tal proposito al DG di elaborare la proposta non appena sarà pervenuta la relazione finale degli ingegneri strutturalisti.

Quanto al personale, tramite l'istituzione di apposito gruppo di lavoro sono state determinate direttrici scientifiche per la determinazione dei nuovi fabbisogni. Sono stati assunti il nuovo primario di ortopedia e la nuova equipe. Il coordinatore delle professioni sanitarie e socio-sanitarie. È stato attivato il percorso di monitoraggio dei crediti ECM – Educazione Continua in Medicina, sono state realizzate modifiche normative per consentire l'assunzione di medici specializzandi, sia interni sia esterni, anche in base a specifici accordi diretti con le università. È stato stipulato l'accordo di cooperazione con l'IRCCS di Meldola in ambito oncologico, che fornisce assistenza stabile da parte di medici di Meldola che operano a San Marino, inserendo l'ISS nella rete di ospedali di ricerca. È stata inoltre trasformata la UOS in UOC, per favorire il reperimento di un nuovo primario che coordini le attività, e avviato un bando per la selezione di un nuovo oncologo in pianta stabile. È stata realizzata la gara per l'acquisto della strumentazione per effettuare le estemporanee intraoperatorie e l'anatomia patologica, grave carenza del nostro ospedale in assenza della quale è estremamente complesso attrarre chirurghi in sicurezza: l'acquisto della strumentazione verrà coperto dall'eliminazione della mobilità passiva, in tal caso ammontante a circa 300.000 euro/anno.

Con l'obiettivo di fornire strumenti d'avanguardia atti a invogliare nuovi medici a operare in Repubblica, nonché per convincere a rimanere all'ISS i professionisti sanitari già contrattualizzati, aumentando in tal modo la mobilità attiva e riducendo la mobilità passiva, si rileva quanto segue. Secondo AGENAS tra il 2019 e il 2021 10 Regioni italiane hanno peggiorato le performance sulle liste d'attesa per i tumori maligni. Per tale ragione la mobilità interregionale è in forte crescita, anche in favore del privato convenzionato. *L'ISS ha già sottoscritto in merito accordi con la regione siciliana e la regione Campania che prevedono lo scambio di prestazioni su interventi da noi effettuabili.*

È stata sottoposta alla Segreteria, e a breve sarà avviata all'iter consiliare, la *proposta di modifica della Libera Professione, finalizzata alla riduzione delle liste d'attesa per le attività istituzionali e all'attrazione fuori orario istituzionale di professionisti in LP e pazienti solventi*, anche attraverso rapporti convenzionali con i principali gruppi assicurativi operanti in Italia. È stato attribuito al Dr. Arcangeli il coordinamento degli obiettivi strategici nell'organizzazione interna all'ISS per la LP, reperimento di spazi idonei ai solventi, rapporti istituzionali verso l'esterno, redazione dell'elenco

dei medici ISS interessati a rientrare nelle attività libero professionali, redazione di schede tecniche di tutte le apparecchiature utilizzabili e del tariffario delle prestazioni erogabili ecc. *A livello tecnologico, indispensabile per garantire i massimi standard di intervento per i pazienti nonché per trattenere i professionisti sanitari, si segnala l'acquisto del robot chirurgico da Vinci.* Al convegno del 5 luglio, 5 chirurghi di elevatissimo spessore hanno aderito al progetto di robotica di San Marino. *Nei giorni scorsi si è avviata l'attività di chirurgia robotica.* Inoltre, si è acquistata una nuova TAC (tomografia computerizzata spirale multistrato) la cui tecnologia consente di indagare anche le coronarie. Esegue scansioni quattro volte più velocemente, consente esami più rapidi e approfonditi, riduce le tempistiche. Emette dal 50% all'80% in meno di radiazioni, garantendo al tempo stesso una superiore qualità dell'immagine. È utilizzabile anche da pazienti fino a 2 metri e oltre 200 chili di peso e, grazie al monitor con sistema audio integrato, rende il tutto più facile, in particolare per i minori. Sempre nel parco tecnologico, si annoverano gli apparecchi dr Arnold e Duoglide, presso la ginecologia, per il contrasto all'incontinenza urinaria e alla vulvodinia. La donazione della ditta DEKA del gruppo El.En ha permesso di divenire punto di riferimento per la sindrome genito-urinaria anche per pazienti non assistite ISS, provenienti da tutte le regioni italiane.

Riguardo al rafforzamento dei progetti di ricerca scientifica, l'ISS ha partecipato, tra gli altri, ad uno studio sui disturbi cognitivi da long-covid inerenti la neuroinfiammazione da "brain fog syndrome" ed è in procinto di aderire ad uno studio promosso dal CNR di Bologna inerente l'utilizzo di imaging e analisi delle membrane quali strumenti di monitoraggio dello stato di salute. Al momento tale studio è in attesa del via libera da parte della Commissione Europea, e una volta approvato potrà prevedere finanziamenti dei fondi comunitari per la ricerca. Di grande rilievo il progetto di realizzazione del primo centro specializzato, in Italia, per lo studio e la cura della miopia. La miopia è secondo ogni studio destinata ad avere impatti sempre più ampi, e la sua cura contribuisce a prevenire numerose patologie connesse. Anche in tal caso, il centro specializzato opererà anche su pazienti provenienti dall'estero, e si confida di attrarre investimenti mirati da parte dei principali operatori del settore. Infine si segnala, in merito agli accordi in itinere, quello *oramai in procinto di firma con l'Istituto Superiore di Sanità italiano in tema di efficacia, efficienza, appropriatezza, qualità, sicurezza, sostenibilità e equità dell'assistenza sanitaria.*

Matteo Ciacci, Libera:

Sul 'sensazionalistico' lei, Segretario, credo sia maestro e in questo noi vorremo cercare di avere un approccio diverso, per capire bene i problemi e fornire qualche proposta o soluzione. Andando alle questioni più pratiche, dopo 10 mesi di servizio del direttore Bevere, pongo tre domande più importanti: 1) se lei, dott. Bevere, dopo aver conosciuto meglio la nostra realtà, ora ha obiettivi diversi da quelli enunciati nella sua prima audizione 2) Il nuovo ospedale che fine ha fatto? Oggi il Sds Ciavatta ci dice che bisogna capire se è 'giustificabile e sostenibile' e ricordo che sono state date consulenze per cercare finanziamenti, senza che si sappia che risultati abbiano portato. 3) Sulla mancanza di medici: su competitività scarsa, pensioni di anzianità e accordi con le università e altri aspetti su cui vi siete impegnati per reperire medici e infermieri, che passi in avanti sono stati fatti?

Si dice che l'opposizione denigra solamente: no, noi abbiamo fatto proposte in merito, sugli stessi temi sollevati anche dall'ordine dei medici di recente. Gli Accordi con l'Italia sono un altro tema: che avanzamenti ci sono stati? Visto che sono stati fatti accordi con la Sicilia e la Campania: sono uno specchio per le allodole o ci sono risultati concreti?

Su Medicina di base: non ci nascondiamo, abbiamo presentato una raccolta firme per chiudere la Cot, per noi l'approccio è completamente sbagliato e lo abbiamo detto fin dall'inizio, credo che anche il dott. Bevere abbia compreso come il rapporto umano sia prioritario nella nostra realtà e ritengo sia indispensabile mantenerlo. La Cot era una sovrastruttura che a nostro avviso e ad avviso della popolazione non sta dando risultati, sia per i tempi di attesa, sia per avere un approccio in cui si parli con i medici di base, invece qua gli infermieri fanno i segretari dei medici e i tempi di

attesa restano lunghissimi. Allo stesso tempo, i centri sanitari a volte sono vuoti, a volte strapieni. Volete prendervi la responsabilità di aver gestito le cose non in maniera oculata? Non siamo noi a fare polemica, è la cittadinanza che è stanca di un servizio così inefficace. E' stato tra l'altro individuato un consulente che da Pordenone viene due volte a settimana a San Marino per fare miglioni, che risultanze ha portato questa consulenza e che costi ha? E cosa pensate di fare? Noi abbiamo fatto proposte: potenziare medicina territoriale e domiciliare, oggi abbiamo solo 8 infermieri. Vogliamo spingere sulla medicina del territorio, ci servono risposte pragmatiche, non enunciazioni generali. Sul nucleo di valutazione: i budget 2022 sono stati assegnati? Che cos'è il Poliambulatorio per la Libera professione previsto da una delibera del Congresso? Sui tempi delle liste di attesa: c'è una delibera per un piano di riduzione affidato al dott. Sergio Rabini. cosa sta pensando di fare? Il consultorio successivo alla legge sull'interruzione di gravidanza è stato predisposto?

Francesco Bevere, DG ISS:

Alla prima domanda, se gli obiettivi sono diversi rispetto la relazione presentata in commissione un anno fa: gli obiettivi sono ancora in corso di attuazione, la maggior parte, come ampiamente relazionato dal Segretario, è stata raggiunta, ma siamo abituati a pensare al dopo, quando tutti gli obiettivi della relazione saranno raggiunti. Chiedo fin da ora un'audizione per il mese di febbraio, ad un anno dalla mia presa di servizio, in cui depositerò una relazione informativa a mia firma, insieme ai direttori del Ce, con cui dare contezza di tutti gli obiettivi.

La seconda, che fine ha fatto l'Ospedale? Ricordo che l'ospedale si conferma essere non indispensabile, ma di più. Il nuovo ospedale rappresenta un obiettivo primario del Ce, ma devo dire del governo. Il progetto relativo alla costruzione del nuovo ospedale è pronto per partire. i Sds canti interverrà per i dettagli, però vorrei aggiungere: Penso sia di buon senso anche per ognuno di noi, quando dobbiamo procedere ad acquistare una casa accanto a quella che già abitiamo, comprendere se e fino a che punto allargare e usare quello che abbiamo già. Tenuto conto poi che si tratta soldi pubblici e dei sammarinesi. Siamo passati a una fase più operativa nell'era post pandemica, nel prendere in mano la situazione e a renderci conto del fatto che era necessario e utile per lo Stato e per l'Iss conoscere nel dettaglio cosa effettivamente possiamo continuare ad usare dell'ospedale attualmente in funzione e cos'altro invece dovremo costruire. Per il nuovo ospedale, On. Ciacci, ritengo- come lo ritiene il Segretario- che dobbiamo valorizzare quello che abbiamo ed è quello che si sta portando avanti.

Sulla carenza di medici: mi risulta un problema appartenere anche a tempi lontani da quelli che viviamo. Quello che abbiamo fatto e continueremo a fare è che riusciremo, grazie ad interventi posti in essere anche di tipo tecnico-scientifico e tecnologico- a tenerci quelli che abbiamo. Quello che sta accadendo intorno a noi non è solo il frutto di non aver immaginato una corretta programmazione del personale, in ragione della capacità produttiva di un ospedale. Quello che altri territori non hanno saputo fare e che noi stiamo facendo è di non badare con attenzione alle motivazioni del personale, per quale ragione i bandi andavano deserti in passato in Repubblica? Questo dovremo chiederci assieme. E' cambiato qualcosa allora se un'equipe di specialisti ortopedici. E lei On, Ciacci lo sa quanto è complicato trovare ovunque medici di medicina generale, ma soprattutto molti specialisti, ma noi ci siamo riusciti. Ed è un successo non di Bevere, Rabini o Forcellini, ma del paese. Il grado di motivazioni che le persone sviluppano in ragione delle proprie scelte ha a che fare anche con la capacità del governo e del parlamento di legiferare e promuovere occasioni scientifiche tecnologiche innovative. La realtà dei fatti è che siamo stati capaci di portare e rendere funzionante una dotazione tecnologica che ci consentirà anche – e qui vado alla sua terza domanda- di fare accordi. E gli accordi con l'università e le Regioni sono uno specchio per le allodole? Se così fosse, gli accordi lo Stato italiano e alcune Regioni non li farebbero mai con nessuno. La verità è che sugli accordi siamo noi un po' a frenare, perché siamo pronti, ma in

ragione di ciò che il Sds ci dirà sull'utilizzo attuale della struttura ospedaliera e di come noi riusciremo a portare quello che abbiamo adesso per i prossimi 4 anni fino almeno al nuovo ospedale. Gli accordi quindi- di cui uno 'bollinato' anche dal ministero degli esteri italiano- sono un successo che vorrei rimarcare perché la 'bollinatura' non ha un significato burocratico, vuole dire che il Mef ha detto a questa Regione: 'avete la liceità di concordare modalità migliori attraverso cui realizzare i vostri obiettivi di scambio di prestazioni e personale, anche dal punto di vista delle collaborazioni universitarie. Gli accordi interesseranno anche altre Regioni, ma siamo abituati ad andarci cauti, prima dobbiamo soddisfare il fabbisogno dei nostri cittadini sammarinesi e degli accordi già firmati.

Quando la 'Regione X' ci dirà 'piuttosto che spendere per una prestazione da rendere in un'altra Regione, concordiamo che venga resa dalla Repubblica di San Marino' a quel punto noi potremmo valutare l'ipotesi che mettiamo in equilibrio ciò che spendiamo per prestazioni fuori confine, che anche con il nuovo ospedale non saremmo in grado di fornire, e andiamo in compensazione. Vuole dire 'disponibilità di fare tutto ciò che ci rimane da fare con altre Regioni'.

Quindi la questione che lei citava del COT: lei ha parlato della *petizione*. L'ho letta accuratamente. Vi posso fare i complimenti? E vi ringrazio per la petizione. Contiene esattamente il percorso di cui poi vi parlerà meglio il direttore Rabini, e sono favorevolmente sorpreso della petizione perché è un toccasana per il Ce. Vuole dire che anche una componente dell'opposizione, quando si parla di sanità, condivide i punti essenziali della petizione.

Sulla Centrale operativa avrei molte cose da aggiungere, le cose essenziali le dirà il direttore Rabini. Posso dire cosa ho trovato nella prima fase. Mi veniva chiesto da tutte le parti di risolvere, non il problema della medicina territoriale, ma di risolvere il non essere nelle condizioni di poter avere un contatto telefonico con i centri sanitari che non erano in grado di rispondere alle chiamate. Ragione per cui tempestivamente si sono celermente acquisite le tecnologie per far fronte a questo primo problema. Carte alle mano, vi posso dire che di reclami che abbiamo avuto all'epoca prima della Cot, ce ne saranno stati 28, mentre di reclami ad oggi ne contiamo 14. Ma non ne facciamo una questione di numero di reclami. Al di là di questi, abbiamo alleggerito il lavoro delle strutture sanitarie e ci veniva chiesto anche dagli operatori stessi. Queste tematiche verranno affrontate e si stanno risolvendo, le cose che vi dirà Rabini sono le cose che voi auspicate nella petizione. E magari con una informazione sulle cose che stiamo facendo un po' più serrata, per cui confermo la mia disponibilità a intrattenerci con chiunque ne faccia richiesta per chiedere e chiarire e magari anche avere suggerimenti. E la petizione la sottoscrivo, siamo in perfetta linea. Onorevoli autori della petizione, vi chiedo solo di fare alcune precisazioni necessarie. Nel comma comunicazioni del 14 novembre scorso si affermava: 'lotte politiche nell'Iss'. Nelle decine di sedute che si sono avute del Ce- forse abbiamo cambiato il metodo- il Ce non è il luogo dove ci si incontra e si urla, si fanno cose fuori dagli aspetti istituzionali, noi nel Ce discutiamo. Vi posso confermare che ho un ottimo rapporto di collaborazione con il direttore Rabini e con il direttore Forcellini, non credo di dover aggiungere altro. La realtà è ben diversa di quella cui piace raccontare a qualcuno all'esterno Iss. All'interno dell'Iss le chiacchiere stanno a zero, le cose le portiamo a compimento e i risultati detti dal Sds ne sono l'esempio.

Tutto il lavoro fatto, lo abbiamo fatto grazie alla collaborazione di poche persone. Una collaborazione stigmatizzata nei vostri interventi in parlamento. Io vi ascolto perché da parte mia è doveroso ascoltare le vostre perplessità. Ricordo di aver sentito parlare dell'eccessiva presenza di profili legali all'interno del supporto che ho chiesto. Io invece non posso che ringraziare tutte le persone assunte tramite le liste di collocamento che oggi sono il braccio operativo per poter portare avanti i progetti. E vi assicuro che non è poco. Quando sono arrivato non avevo che due persone di segreteria e una persona con profilo legale che per necessità di un'altra segreteria era andata via.

Sulla seconda fase, successiva alla creazione del Cot: sarà un riferimento anche per la telemedicina. Con i MMG il rapporto è ottimale in queste ultime settimane perché anche loro hanno compreso la rilevanza del tema. A riguardo: non è stato posto alcun divieto all'Iss né ai centri sanitari e ai medici di cure primarie per lasciare ai cittadini la libertà di andare dal proprio medico, quando per ragioni personali e individuali preferiscono un rapporto diretto con lui. I cittadini non devono rivolgersi alla Cot per andare dal proprio medico se hanno la febbre, non è scritto da nessuna parte e chiedo se ne faccia ampia comunicazione. Penso ci sia stata una difettosa interpretazione della Cot, non è una barriera ma un facilitatore. I cittadini possono andare dal proprio medico quando lo desiderano e ci sono condizioni non di carattere programmatico (analisi e follow up). Sulla seconda fase lascio la parola a Rabini. Anche sui temi delle liste di attesa e sul consultorio Igv.

Sergio Rabini, Direttore Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie dell'Iss:

Sull'attività del Cot, alcuni numeri: nel periodo luglio 2021-aprile 2022 la percentuale di risposte ai centri sanitari alle chiamate era del 20%. Era una criticità cui dovevamo porre rimedio. Il Cot è nato sì come un primo approccio per tamponare le criticità, ma anche come progetto ben preciso. Non significa meramente un centralino di smistamento, doveva partire per tamponare questa criticità ma avere un futuro. Obiettivo nostro era creare una cabina di regia, per questo sono stati individuati gli infermieri per svolgere questa attività, di modo che avessero le competenze per dare risposte ad ampio raggio. A qualche mese dall'istituzione del Cot, questi i risultati: da maggio 2022 a novembre 2022 gli operatori hanno risposto circa al 46-50% delle chiamate dei cittadini, ben lontani da quel 20%. La seconda fase di questo progetto prevede un periodo formativo intenso in cui tutti gli operatori Cot avranno una formazione specifica per poter sopperire a quello che è nostro obiettivo finale, la telemedicina..

Tra gli obiettivi, vi è quello di redigere le istruzioni operative del Cot, il documento è pronto, siamo ai dettagli, è stato poi nominato un coordinatore che ha preparato questa istruzione.

Il Ce è stato attivato per rafforzare tutto il sistema territoriale a partire dal bando di concorso del direttore, siamo in dirittura di arrivo. E' stata citata prima la dott.sa Battiston, ha grande esperienza sul territorio friulano e si è resa disponibile a titolo gratuito a venirci a supportare ed è stata unita alla task force che include i direttori dei servizi e dipartimenti coinvolti dalle attività di chiamata del paziente fino alle dimissioni.

Sulle liste di attesa: siamo intervenuti in questa fase chiedendo ai medici dedicarsi a risolvere le problematiche, sfavorendo la libera professione. IVG: sapete che a San Marino ancora non abbiamo un consultorio, abbiamo il nostro Centro per la salute donna che adegueremo a consultorio, facendo le opportune modifiche. Gli ambulatori destinati a queste pazienti potranno essere usufruiti due giorni a settimana da un medico non obiettore di coscienza.

Francesco Bevere DG ISS:

Sul Poliambulatorio per la libera professione: alcuni locali dovranno essere sottoposti a manutenzione già concordata. L'ospedale deve proporre all'utenza esterna che si vuole affacciare ai professionisti sammarinesi, ma anche ai sammarinesi che lo desiderano, quei minimi accorgimenti tecnico-logistici che consentano di usufruire di prestazioni specialistiche di libera professione. La delibera prevede di fare una ricognizione di quanto è necessario per rendere i locali idonei. Si parla di libera professione privata resa a cittadini di altri luoghi che desiderano usufruire di attività specialistiche del territorio.

Marcello Forcellini, Direttore amministrativo Iss:

Riferirò una valutazione generale sull'ambito reddituale, finanziario e patrimoniale dell'istituto. L'anno scorso abbiamo apportato dei provvedimenti che hanno permesso di coprire le componenti economiche che hanno riguardato l'Iss a seguito di spese ulteriori a quelle previste nell'ambito del concorso dello Stato alla spesa dell'istituto. In quel momento sono state poste basi per quel che riguarda la stabilità patrimoniale dell'Iss, che riguarda l'ambito dell'indebitamento strettamente

connesso all'equilibrio finanziario dello stesso. Quest'anno, tramite gli interventi in Finanziaria, l'ammontare in valore assoluto del debito dell'istituto è stato ridotto a 131-12-2022 a - 62 mln di euro.

L'Istituto aveva accumulato da 2019 a 2021 oltre 40 mln di euro per mancati versamenti Igr nei confronti dell'erario sammarinese che mediante dilazione del concorso dello Stato attuata nel 2019 per 27 mln di euro e i 13 mln restanti sono stati reperiti con una pianificazione oculata e la negoziazione con i fornitori che ha permesso di accantonare i 13 mln di euro versati all'erario la scorsa settimana. A questo vanno aggiunti debiti dal 2019 al 2021 verso lo Stato per altri 6,8 mln di euro, sono mancati versamenti di imposte di bollo sui servizi di supporto centralizzato della Pa nei confronti dell'istituto (server e altre attività) che abbiamo condiviso con la Segreteria alla Finanze per una dilazione nei prossimi sei mesi. Se le condizioni e la contingenza economica non muterà, potremo versare 2,8 mln di euro a dicembre di quest'anno e a gennaio -febbraio i restanti 4 mln, suddivisi per 2 mln al mese. Infine abbiamo ridotto l'indebitamento nei confronti del fondo pensioni di 20 mln, attraverso una compensazione dei prelievi da effettuarsi, che hanno permesso la stabilizzazione degli stesi e verranno ridotti di ulteriori 10 mln a chiusura bilancio 2022. Le operazioni nella sostanza che hanno permesso la stabilità patrimoniale dell'istituto ha portato alla cassa Iss da 900 mila euro ad agosto 2020 nel conto corrente a 17 mln di euro in agosto 2022. Questa operazione patrimoniale, economica e finanziaria ha voluto mettere in sicurezza l'Iss, stabilirne la stabilità finanziaria interna del paese e per potersi presentare nei progetti di sviluppo-prospettati nella relazione del direttore stesso.

Adesso inizierà un'attività di lavoro sul bilancio Iss più di cesello. Ristrutturato l'istituto da un punto di vista patrimoniale, reddituale e finanziario, si passerà alla revisione dei centri di costo, ammortamenti e tutto quello che sarà necessario fare, Al fine di evitare la riproposizione di queste problematiche, è stato individuato questo nucleo di valutazione. Il lavoro è stato avviato di recente, la settimana scorsa con un incontro di presentazione e nel proseguo ci incontreremo di nuovo per pianificare l'attività del 2023. Gli obiettivi di budget che chiedeva Ciacci sono ostati chiusi nel 2021 e liquidati a breve, il ritardo principalmente dovuto a questa attività si deve all'attendere l'insediarsi del nucleo di valutazione per permettere la revisione di importi rilevanti, circa mezzo milione di euro dei premi di risultato dei medici, a conguaglio di 450 mila euro già pagati.

Guerrino Zanotti, Libera:

Nessuno disconosce che è arrivata la pandemia e spesso si sono avute parole di riconoscimento per la gestione dell'emergenza sanitaria. Tuttavia si sarebbe potuto e dovuto lavorare alla situazione legata a problemi endemici della nostra sanità. Ho ascoltato le risposte che ha tentato di dare il direttore generale, ma ad oggi vorrei sapere se c'è un modello di medicina territoriale rispetto quella che c'è e che non sta dando risposte ai cittadini. Il Cot non è la risposta.

C'è una delibera delle linee di indirizzo 2022? Quando sono state emesse? Quali gli obiettivi di prevenzione? La medicina di base è fondamentale per realizzarla.

Il robot è funzionante per i cittadini sammarinesi anche se a livello economico si può pensare che non sia conveniente?

Francesco Bevere, Dg Iss:

Abbiamo iniziato ieri a operare con successo i primi cittadini sammarinesi con il 'robot'. Nessuno del Ce antepone il risparmio all'interesse del malato. Ditemi perché il cittadino sammarinese non ha diritto di poter usufruire di una tecnologia che da 30 anni va avanti in altri paesi europei? E' chiaro, molti cittadini non si farebbero più operare di tumore alla prostata con metodo tradizionale, sapendo che la tecnologia robotica ha la leadership in questo tipo di chirurgia. E lo metteremo sul piatto quando le Regioni ci chiederanno di poter abbassare le loro liste di attesa per alcune patologie di loro interesse. Sulla prevenzione, ha ragione, è necessario coinvolgere di più e meglio i medici di

famiglia. In particolare, abbiamo acceso un focus di prevenzione sulle malattie cardiovascolari per gli over 50, con l'uso della nuova tomografia in una campagna di screening che è in partenza. Sul modello della medicina territoriale: siamo tutti d'accordo su questo, non abbiamo altro da aggiungere rispetto quello che la ricerca scientifica e di carattere organizzativo ci indica. Forse dobbiamo avere pazienza per coinvolgere fino in fondo tutti: sono trascorsi poco più di 200 giorni dall'inizio delle nostre attività. Sui medici di medicina generale il direttore Rabini, assieme al dottor Ceccarini, ha programmato una serie di incontri con loro che devono comprendere il ruolo che avranno nello sviluppo e nell'utilizzo della telemedicina. Non è solo una delibera di acquisto di nuova tecnologia, non è solo quello. Portiamo pazienza fino a che non terminerà. E la pazienza termina, per quel che mi riguarda, quando qualcuno dei dirigenti dei settori interessati a portare avanti questo accostamento ai bisogni di salute dei cittadini opponga dinieghi o resistenze a un cambiamento. Questo non sarà più possibile.

Grazia Zafferani, Demos-Gruppo misto:

Sul Cot, il direttore ci ha detto che il suo ricorso da parte dei cittadini cambia a seconda dei periodi e dei giorni, ma il medico di base serve a tante cose, non solo perchè si ha febbre o mal di schiena, è un primo passaggio per la prevenzione del paese. E il Cot sta impedendo questo: la possibilità di parlare con il proprio medico. Non trovo questa scelta del call center adatta, ci sono anche anziani che chiamano, a livello di sensibilità questa utenza non viene tutelata. Non è proprio più possibile fare una telefonata al medico di base o all'infermiera, o si passa al Cot, o non c'è nessun contatto. Poi è vero c'è anche il medico che a seconda del suo rapporto e della sensibilità verso il paziente può decidere di lasciare il suo cellulare al paziente... In questo momento ci sono grosse difficoltà, medici e infermieri non ci sono e si cercano soluzioni. Io sono per la scelta della continuità assistenziale e del medico di famiglia e di tornare a mettere al centro il paziente. Con crisi pandemica abbiamo toccato con mano le criticità e una di queste è la medicina di base. Vorrei capire l'impostazione che vogliamo dargli.

Sul progetto di robotica: ricordo che durante le riunioni si è pensato di ammortizzare la spesa pensando a questa tecnologia, molto richiesta in Italia, dove i tempi di attesa sono lunghi. Si poteva cercare di prendere queste persone in lunghi tempi di attesa delle zone limitrofe per utilizzare il nostro robot. Vorrei sapere se avete una idea, anche se è partito solo ieri il suo utilizzo, su quali sono i tempi di attesa e se ci sono richieste per utilizzarlo da utenze di altri ospedali.

L'Authority di recente ha fatto emergere numeri di violenza sui minori: vorrei sapere e come si sta organizzando tutto il servizio di tutela minori.

Francesco Bevere. Dg Iss:

Continuità assistenziale è verrà garantita sempre. Sulla questione del tornare al medico di famiglia: noi non siamo mai andati via dal medico di famiglia, ma stiamo tentando in qualche modo di evitare l'imbuto che non più di 9 mesi fa veniva reclamato anche in quest'aula. Dobbiamo capire che è necessario avere un po' più di tempo a disposizione.

Sul robot: dai dati proposti dall'Agenzia italiana sulla sanità, riferiti alla mobilità passiva di 14 Regioni italiane, risulta che per la Calabria i costi sono di 160 mln di euro, per la Sicilia 110 mln, per Umbria 10 mln di euro, per l'Abruzzo 50 mln, e per le Marche 20 mln di euro. Se riusciamo insieme a comprendere come queste Regioni non sono irraggiungibili e che gli "accordi di cooperazioni" sono possibili e vuole dire che c'è scambio tra Regioni, sarà reso operativo anche grazie a necessità operative urgenti. Sul servizio minori: a me risulta essere ben funzionante, poco se ne parla. Evidentemente perché funziona, certamente le posso dire che stiamo lavorando con il Ce al fine di sistematizzare le molte attività svolte con l'autorità giudiziaria e su alcune norme si richiede una riorganizzazione del settore.

Vladimiro Selva, Libera:

Chiedo come deve comportarsi il cittadino se non riesce a prendere la linea al Cot, se ha febbre, deve recarsi dal proprio medico? O se ha esigenza di parlare con il suo medico è meglio si rechi al centro sanitario? I dati forniti dal Sds Ciavatta ritengo siano stati dati con un pizzico di demagogia: il lunedì si arriva a 4 mila chiamate e sabato solo 200..forse bisogna capire quali telefonate siano della stessa persona che richiama più volte per trovare la linea. Il Cot: di chi è la paternità di questo “muro” tra pazienti e cittadini? Ora aspetteremo le prossime ‘fasi’. Sugli accordi con Regioni: quali sono le prospettive?

Quindi la vulnerabilità sismica dell’ospedale: stiamo parlando di problemi statici, la struttura oggi ha tutti i collaudi previsti dalle norme. Perché si è ritenuto di rivolgersi a professionisti non sammarinesi per redigere la relazione sulla vulnerabilità? Quali sono i canali che hanno portato alla scelta di questo studio? Se alcune parti risulteranno non sicure, significa che non potranno essere utilizzate?

Francesco Bevere Dg Iss:

Sulla paternità del Cot: se fossimo a 20 anni fa sarebbe stato interessante capire a chi dare questa paternità di creare situazioni organizzative più moderne, rispetto la combinazione tra ospedale e territorio. Io non affibbio paternità a nessuno ma all’organizzazione e alla scienza che ci guiderà nelle scelte anche su lterritorio. Serve più tempo per valutare e comprendere.

Stefano Canti, Sds per il Territorio:

Le domande poste dal consigliere Selva offrono la possibilità di un aggiornamento sullo sviluppo dell’attività congiunta delle segreterie di Stato. L’incarico allo studio Pagnoni è ancora in essere. La Delibera fatta a settembre prevede i termini dell’incarico in 120 giorni per lo svolgimento dell’attività, dal momento della sottoscrizione del disciplinare dell’incarico, il 31 settembre scorso. I 120 giorni scadono il 31 dicembre, con la consegna della relazione definitiva per avere un quadro complessivo sulla struttura ospedaliera. Da quello che ne conseguirà- e oggi non è possibile entrare nel merito- faremo valutazioni più nel dettaglio. Il tema non è ‘perché l’incarico è stato dato allo studio Pagnoni. La vera domanda è ‘perché è stato sospeso l’incarico del 2015, incarico dato due legislature fa, per fare questo approfondimento, in cui di 4 fasi, solo una è giunta a compimento, poi è arrivato il govenro Adesso.sm e l’incarico è stato stoppato. Mi auguro il progetto sia pronto prima possibile per fare già i primi stanziamenti nella legge di bilancio.

Massimo Andrea Ugolini, Sds per la Giustizia:

Intervengo sulla tutela minori: nella legge che riguarda la famiglia, l’art. 33, c’è la specifica sul servizio minori e l’attenzione alla tutela minori e al rapporto della sanità con l’autorità giudiziaria. E veniva demandato tutto ciò al CE nell’atto organizzativo, cui si sta lavorando in modo forte perché possa arrivare ad essere approvato velocemente. Ha fatto bene il Ce ad avviare il progetto sperimentale per mettere in campo subito protocolli affinché casistiche delicate possano avere una corretta attenzione. Da questo punto di vista, mi sento di ringraziare il Ce per l’attenzione sui temi di violenza di genere e minori.

Andrea Zafferani, Rf:

Sulla medicina di base è evidente il problema della carenza di personale, non risolvibile per i motivi già detti, l’unica possibilità è sgravare medici e infermieri da attività che possono essere svolti ‘in altra maniera’. Sui dati, rispetto agli accessi telefonici Cot, sapete quanti di questi accessi sono per prestazioni di carattere d’urgenza o quanti invece per prestazioni di carattere programmabile o amministrativo? (mi serve un certificato, devo programmare una visita etc.). C’è questo dato per dividere richieste urgenti e non? Per le attività non urgenti di carattere amministrativo ci sono tutte le possibilità di utilizzare canali non telefonici, né fisici, l’alternativa non è ‘andate al centro sanitario e aspettate’. Ci sono servizi di chat e messaggistica o app specifiche..è stata pensata una alternativa al telefono? Stessa cosa, un eventuale ristrutturazione dei sistemi di contatti con la medicina specialistica per es. per quelle prestazioni dove il medico di base non può che traslare la

richiesta. Ultima domanda sul Cot: abbiamo solo infermieri che rispondono o c'è anche del personale amministrativo? Quali sono i numeri?

Due domande legate alla situazione di Oncologia. Non voglio dare giudizi politici, ma abbiamo visto alcune lettere allarmate di pazienti e associazioni. Vorrei sapere se c'è un organigramma di reperimento medici specialisti di questo settore, se ho capito bene si cerca un medico, anche se serve ben altro che un medico. Cosa fare per rendere il reparto più rispondente alle esigenze dei pazienti? Sull'ospedale: anche io mi ricordo che nell'ultima audizione ci era stato dato un rendering, siamo ancora in fase di analisi su cosa si può riutilizzare o meno. Chiedo che tempi di realizzazione avete pensato alla luce di questa situazione?

Ultime cose: il robot chirurgico. Se l'approccio è legato a un piano di rientro, vorrei chiedere, in riferimento alla mobilità passiva da altre Regioni, cosa- negli accordi di cooperazioni con altre Regioni- San Marino dovrebbe offrire in più rispetto anche realtà vicine dove ci sono maggiori esperienze ed equipe specializzate?

Gaetano Troina, Dml:

Mi unisco anche io ai ringraziamenti dei membri del Comitato esecutivo per il riferimento. Prendo conoscenza oggi non sia necessario passare dal Cot per andare dal medico di base, se fosse così preso alla lettera però i centri sanitari sarebbero presi d'assalto. Si parlava del numero importante di telefonate che settimanalmente riceve la Centrale operativa: si potrebbe prevedere un servizio dedicato agli anziani per ridurre telefonate su un numero unico e dare assistenza a chi è meno digitalmente preparato? Anche per consentire di ridurre lista di attesa per chi ha necessità il lunedì di un certificato di assenza dal lavoro.

Mi sono stati segnalati errori nella compilazione di certificati di malattia che hanno creato disagi sul posto di lavoro. So che di medici c'è carenza anche in Italia e che è importante tenersi stretti i professionisti, chiedo se i bandi per reclutamento vengono divulgati anche altrove, oltre al centro di collocamento, e se si pensa di contattare medici sammarinesi che lavorano all'estero.