

**Commissione Consiliare Permanente Igiene e Sanità, Previdenza e Sicurezza Sociale,
Politiche Sociali, Sport, Territorio, Ambiente e Agricoltura**

Mercoledì 26 novembre 2025, mattina

I nodi della sanità sammarinese sono al centro del Comma “Comunicazioni” della seduta mattutina della Commissione Permanente IV di mercoledì 26 novembre.

La Segretaria di Stato Mariella Mularoni comunica che il Comitato esecutivo ha superato positivamente il periodo di prova e sta riorganizzando orari, procedure e gestione del personale per usare meglio l'ospedale (anche il sabato) e ridurre le liste d'attesa. Insiste sulla necessità di gestire con oculatezza una spesa sanitaria in aumento, senza rinunciare alla gratuità e universalità del sistema, e annuncia il percorso per il nuovo ospedale e l'ampliamento di La Fiorina. La Segretaria aggiunge poi che “depositeremo a breve la norma in materia di libera professione che ormai non è più rinviabile”.

Casali (RF) denuncia l'esplosione della spesa sanitaria, giudica insufficiente l'azione del CE sul contenimento dei costi, critica alcune scelte del passato e parla di sanità gestita in modo caotico, con forte influenza politica e maggioranza divisa. Chiede chiarezza sugli obiettivi del CE e sulle scelte strutturali, in particolare sull'ospedale. “In un anno e mezzo - osserva il commissario di RF -, la nostra sanità non è migliorata, anzi abbiamo visto da bilancio che ci sono preoccupanti aumenti della spesa, probabilmente, a mio modo di vedere, dovuti a divisioni in maggioranza”. Civerchia (PDCS) contesta la logica del “capro espiatorio” verso i dirigenti e invita a spersonalizzare il dibattito. Ricorda che la sanità costa soprattutto per il personale e per la legge sulla dirigenza medica, necessaria per non perdere professionisti. Crescentini (PSD) accoglie con favore la conferma del CE e legge nei nuovi orari, negli esami anche al sabato e nella riduzione delle code i primi segnali di un cambio di passo verso una sanità più efficiente. Selva (Libera) è soddisfatto del superamento del periodo di prova ma chiede che ora il CE lavori con piena autorevolezza. Sostiene che la sanità sammarinese cura bene il malato, ma che si investe troppo poco su prevenzione, stili di vita e diagnosi precoce, cioè sulla “cura della salute”. Ritiene la spesa sanitaria un investimento, ma segnala che è aumentata molto senza un corrispondente miglioramento percepito, con rischio di spinta verso il privato. Farinelli (RF) ribadisce che la sanità per definizione costa (tecnologia, farmaci, personale) ma deve tradursi in servizi effettivi: ospedale pienamente operativo anche il pomeriggio e il sabato, regolamentazione urgente della libera professione, stipendi attrattivi per colmare la carenza di medici in alcuni reparti. Secondo Santi (Rete), il problema non è l'ospedale, bensì la politica che “mette troppo il becco” nella gestione, condizionando atti organizzativi e fabbisogno con logiche di spartizione. Chiede un'audizione urgente col CE e il Collegio sindacale per avere un chiarimento sull'incremento dei costi, contestando forti aumenti su voci amministrative (pulizie, poste, telefoni, farmaci). Aida Maria Adele Selva (PDCS) difende il principio della sanità gratuita e universale come dovere dello Stato, non come “favore”. Ricorda che l'aumento dei costi è in parte fisiologico per via anche di una cronicizzazione delle patologie e di un invecchiamento della popolazione e che bisogna colpire sprechi e spese improduttive ma non tagliare prestazioni. Zanotti (Libera) si dice soddisfatto per la conferma del CE e auspica meno politica dentro la sanità e più attenzione ai risultati concreti e alle scelte di modello. “La politica sanitaria di questi anni - afferma - è quella di cercare di potenziare i centri sanitari, mentre invece con il precedente Comitato esecutivo si era presa una strada completamente diversa. Non si tratta di Bere, non si tratta di



Vagnini, si tratta di lavorare affinché si vada verso la direzione che anche questo governo ha tracciato all'inizio del mandato, che è appunto quella del potenziamento della medicina preventiva". Ugolini (PDCS) difende l'investimento sul robot chirurgico come scelta politica a favore soprattutto dei pazienti urologici, sottolineando il miglioramento della qualità di vita post-intervento. Spiega che il nuovo fabbisogno è pensato per essere continuamente aggiornato, in funzione di invecchiamento, denatalità e nuovi bisogni di salute, e che il CE deve far ruotare risorse tra territorio e ospedale per evitare sprechi. Venturini (PDCS) richiama l'orgoglio per i 70 anni dell'ISS e il ruolo decisivo avuto anche durante il Covid. Ritiene necessario individuare e ridurre gli sprechi, ma accetta che la spesa sanitaria aumenti moderatamente nel tempo, magari compensata da nuove entrate se l'ospedale diventa attrattivo. Chiaruzzi (PDCS) pone l'accento sulle strategie già tracciate dal CE: possibile nuova struttura ospedaliera come scelta di "sistema Paese" da condividere con tutte le forze politiche, riorganizzazione di servizi per ridurre affitti e ottimizzare spazi, attivazione rapida della lungodegenza. La presidente Bronzetti (AR), a nome anche del suo gruppo, condivide l'idea che la politica debba evitare di entrare troppo nella gestione quotidiana, ma rivendica il ruolo delle scelte politiche sul modello di sanità da costruire. Annuncia che la Commissione programmerà a breve un'audizione con CE e Collegio sindacale. Insiste sulla difficoltà di reperire medici e sulla necessità di procedere finalmente con la legge sulla libera professione, su cui la politica dovrà arrivare preparata. In chiusura, la segretaria Mularoni ribadisce che il CE ha già messo in campo interventi per razionalizzare la spesa. Sottolinea che le richieste di maggiori trasferimenti in assestamento servono a coprire spese essenziali e rivendica una gestione più trasparente, con bilanci nuovamente firmati dai sindaci. Rispetto all'ospedale, "il Congresso di Stato ha scelto come modalità la concessione dei lavori pubblici con finanza di progetto per dare maggiore trasparenza. È stato istituito un gruppo di progetto proprio per produrre uno studio di fattibilità: avrà sei mesi di tempo per relazionare e presentare un provvedimento che dovrebbe poi portare in tempi molto brevi alla realizzazione. Questa delibera riconosce l'infrastruttura strategica con tutta una serie di interventi immediati ai quali stanno già dando seguito con gli appalti".

Al comma 2 è in programma il riferimento della Segreteria di Stato Mularoni in merito all'attuazione della Legge n.127/2022 (Regolamentazione dell'interruzione volontaria di gravidanza). Mularoni spiega che nel primo anno di applicazione della legge (settembre 2022–settembre 2023) le richieste sono 24, le IVG effettuate 18, con tassi di abortività contenuti; alcune donne vanno incontro ad aborto spontaneo o cambiano idea e proseguono la gravidanza. Nel 2024 le IVG salgono a 22, l'età media aumenta, cresce leggermente il tasso di abortività e aumentano anche gli aborti spontanei, che richiedono monitoraggio attento. Sottolinea che servono dati molto più dettagliati (stato civile, titolo di studio, occupazione, numero di figli, IVG ripetute, tempi e modalità) per comprendere a fondo il fenomeno e costruire politiche di prevenzione, promozione della salute sessuale e miglioramento dei servizi. Illustra poi il lavoro del Centro Salute Donna: équipe dedicata, counseling completo, contracccezione post-IVG, possibilità di supporto psicologico, rispetto rigoroso della legge e della riservatezza, ambulatorio per adolescenti e attività di educazione alla salute nelle scuole, oltre alle iniziative di aggiornamento professionale e promozione della vaccinazione anti-HPV. Conclude ricordando che è sempre garantito almeno un ginecologo non obiettore, così da completare il percorso entro i 7 giorni previsti.

Sul tema fibromialgia, al centro del comma 3, la Segretaria ricorda che San Marino è tra i primi Paesi ad avere una legge specifica che riconosce la malattia e garantisce tutela sanitaria, diagnosi precoce, accesso a cure multidisciplinari, formazione e sensibilizzazione. Spiega che esiste un PDTA fibromialgia aggiornato, con équipe multidisciplinare e protocolli terapeutici, che la spesa per i farmaci è coperta dal prontuario, e che il Comitato esecutivo ha introdotto un rimborso annuo di 150 euro per psicoterapia o ginnastica dolce in acqua. Indica che ad oggi sono 319 i pazienti diagnosticati, che il PDTA è in fase di revisione alla luce delle nuove linee guida e dei LEA italiani e



che sul sito ISS sono disponibili informazioni e materiali divulgativi. Riferisce delle richieste arrivate dalle associazioni (in particolare su farmaci che limitano la guida) e precisa che il medico può certificare la prescrizione di farmaci che incidono sull'idoneità alla guida, senza mai "autorizzare" a guidare né esonerare da responsabilità. Spiega infine che è stato istituito un gruppo di lavoro sulla dignità lavorativa per fibromialgia, depressione e altre patologie croniche, incaricato di mappare le criticità, proporre strumenti di supporto e eventuali modifiche normative; dalle prime interlocuzioni non emergono casi diffusi di discriminazione, ma saranno comunque convocate le associazioni dei pazienti per raccogliere proposte migliorative.

Alle 13.20 i lavori vengono sospesi. Riprenderanno domani alle 10.00 dal comma 4.

Comma 1 - Comunicazioni

Segretario di Stato Mariella Mularoni: Partirei con la prima comunicazione sul Comitato esecutivo e faccio riferimento alle delibere di nomina del Comitato esecutivo, le delibere del 7 maggio, la numero 19, del 23 maggio la numero 31 e 32, in base ai quali sono stati nominati i tre membri del Comitato esecutivo, rispettivamente il dottor Claudio Vagnini, direttore generale dell'ISS, con un periodo di prova della durata di 4 mesi a partire dal 2 giugno, giorno di presa di servizio; l'avvocato Manuel Canti, direttore amministrativo, con un contratto per un periodo di prova fino al 31 luglio 2025; e il dottor Alessandro Stefano Bertolini, direttore delle attività sanitarie e sociosanitarie dell'ISS, anche lui con contratto sottoscritto in data 5 giugno 2025, che ha previsto un periodo di prova di 4 mesi. Nella seduta di ieri del Congresso di Stato i Segretari di Stato hanno preso atto delle relazioni dei membri del Comitato esecutivo, comprensive di tutti gli obiettivi raggiunti, e il Congresso di Stato, valutate le relazioni dei tre direttori del Comitato esecutivo, ha disposto e ha preso atto del superamento con esito favorevole del periodo di prova previsto per i membri del Comitato esecutivo secondo i termini contrattuali. In questo momento il Comitato esecutivo e la Segreteria di Stato stanno lavorando, proseguono gli obiettivi che sono stati contenuti nel programma di governo per la legislatura, e il Comitato esecutivo ha avviato, di intesa con la Segreteria, una nuova fase nella gestione delle risorse umane, caratterizzata da una maggiore efficienza, maggiore flessibilità e un lavoro molto attento fatto in sinergia con tutte le componenti dell'Istituto, con le direzioni sanitarie e le organizzazioni sindacali, per portare maggiori benefici ai servizi. Sono in atto nuove procedure aziendali. Abbiamo recentemente deliberato alcuni decreti delegati che comportano anche un cambiamento nell'organizzazione degli orari, delle procedure interne, nuove regole interne al personale, nuovi orari di servizio, per efficientare le prestazioni sanitarie e per portare a una maggiore flessibilità sulla base delle esigenze dell'Istituto, perché sappiamo che il nostro ospedale spesso nel pomeriggio è completamente sottoutilizzato e abbiamo professionisti che svolgono attività in altre strutture. Quello che vogliamo fare è riportare le attività all'interno del nostro ospedale. Stanno già modificando alcuni orari per quanto riguarda la radiologia e in questo momento stanno svolgendo attività anche il sabato mattina per le risonanze e per le ecografie, per abbattere le liste di attesa. In questo momento stiamo anche lavorando, lo comunico e lo depositeremo a breve, alla norma in materia di libera professione che ormai non è più rinviabile. È un intervento che serve per migliorare il sistema, per attrarre nuove professionalità, per ammortizzare i costi degli investimenti. Stiamo collaborando con le realtà limitrofe italiane per lo scambio e la cooperazione di prestazioni in materia sanitaria, confermato dalla sottoscrizione del piano d'azione triennale con il Ministro della salute. Questo è fondamentale. Si continua a lavorare sulla medicina territoriale, sul rapporto del paziente col medico, sulla presa in carico degli anziani che sta diventando una problematica impellente, perché sappiamo che il numero degli anziani aumenta. La presa in carico domiciliare è fondamentale. Ci sono tantissimi altri progetti a cui il Comitato esecutivo sta lavorando: il progetto "Dopo di noi", che sta prendendo vita in queste settimane; il progetto che viene realizzato all'interno del Colore del Grano e dove ci sarà la possibilità per alcuni assistiti di fare questa esperienza al di fuori della famiglia. È già



stato predisposto tutto. Stiamo lavorando anche sulla gestione oculata delle risorse, perché saranno necessarie risorse finanziarie per sostenere la spesa sanitaria e per continuare a garantire un sistema universale e dare continuità alle terapie. Sappiamo quanto incida la spesa farmacologica oggi sul bilancio dell'ISS. Il Comitato esecutivo in questo momento sta cercando di tracciare una direzione per i prossimi anni per creare le condizioni affinché il nostro Ospedale di Stato possa continuare a fornire servizi adeguati e soprattutto anche a migliorarli, per cercare di andare incontro alle esigenze di tutti i sammarinesi.

Matteo Casali (RF): Intervengo sul tema trattato dal segretario. Probabilmente chi di dovere sapeva già l'aumento dei costi in ambito sanitario, in particolare per quel che riguarda il capitolo di fondo di dotazione per assistenza sanitaria e sociosanitaria in capo all'ISS. Un aumento che veniva assestato nel novembre scorso a 98 milioni, con un aumento di ben più del 15% in quattro anni. A me ha colpito un comunicato da parte del governo dove si diceva da un lato che questa spesa serve anche per mantenere gratuito il nostro sistema sanitario nazionale. Questa è una spiegazione che a mio modo di vedere non è accettabile, è una leva che non trovo corretta, perché il sistema sanitario nazionale è gratuito in virtù della legge del '55, non per concessione di nessuno. Questa è un'argomentazione che deve essere espunta ed è un'argomentazione che è stata cavalcata anche in Consiglio Grande e Generale, con qualcuno che ci ha detto che addirittura noi dobbiamo essere contenti perché investiamo 100 milioni in sanità. Erano state fatte delle valutazioni sulla scelta sammarinese o non sammarinese dei vertici della nostra sanità, ma anche in generale dell'amministrazione. C'è stata una levata di scudi per il CE appena nominato. Il CE entra in corsa sul bilancio 2025, quindi tutto sommato non si erano fatti rilievi in questo senso. Diciamo che il CE non abbia responsabilità per il 2025? Non lo so, perché tutto sommato entra l'attuale CE a metà del 2025. Ho capito però la levata di scudi sull'assestamento, perché nel previsionale 2026 quel dato è stato confermato: 98 milioni. Anzi, pare addirittura che i 98 milioni siano stati uno stop dato probabilmente dall'esecutivo rispetto a richieste che erano anche superiori. Quindi sul 2026 il CE stavolta ci entra con tutte le scarpe, ammesso e non concesso che non c'entrasse nel 2025. Un CE che evidentemente non riesce a intervenire sulla struttura della spesa della sanità. Attenzione: un CE che non è composto da tre persone, ma da quattro persone. Noi abbiamo anche il consulente Bevere, *promoveatur ut amoveatur*. Secondo me i CE e i direttori generali molto spesso sono stati presi come capri espiatori, perché Bevere è stato identificato come la fonte di tutti i mali. Ricordo anche le parole di apprezzamento del segretario per il lavoro svolto da Bevere. Io non voglio né incensare Bevere né condannarlo. Credo che tutti i direttori generali siano stati bruciati, perché era sempre colpa loro, da Bevere in giù, da parecchi anni a questa parte. La politica ha un ruolo di indirizzo e di controllo. Questa Commissione potrebbe avere e dovrebbe avere questo ruolo. Io ricordo che il decreto 72/2025 prevede che entro il 20 di questo mese, ai membri del CE fossero dettati i famosi obiettivi annuali. Sono stati dettati? Quali sono? Assistiamo a uno scollamento rispetto a quelli che sono gli indirizzi, a un piano sanitario molto generico, e a quello che poi è il reale operato degli incaricati. In generale, abbiamo assistito in quest'anno e mezzo a un approccio estremamente caotico alla sanità. Abbiamo prima approvato un atto organizzativo, il fabbisogno, il 12 novembre 2024. Ricordo esattamente dai banchi di maggioranza che si diceva: "Questo è provvisorio". È passato un anno. Poi mille mal di pancia per approvare quello. Poi è stato cacciato Bevere. Il suo contratto era blindato. Spendiamo dei denari per tenerlo sotto la teca. Poi c'è stata la nomina del CE nei primi di giugno del 2025. Poi l'approvazione del piano sanitario, che doveva in realtà venire prima del fabbisogno e dell'atto organizzativo, ma ci è stato detto che quel fabbisogno faceva riferimento al piano sanitario che c'era prima. L'abbiamo visto nella scorsa sessione del Consiglio Grande e Generale, con profili di ruolo presenti che non vengono attivati, probabilmente perché sono stati in sede di emendamento proposti e accettati dalla maggioranza, con delle procedure per la non attivazione descritte dal segretario facente funzione, dal segretario Canti, che non hanno convinto nessuno. E *dulcis in fundo*, due parole in conclusione sull'ospedale. L'ospedale probabilmente va rifatto per tutti i motivi che ci siamo detti. Ricordo denari spesi nel corso della scorsa legislatura: 136.000 euro per cercare degli investitori. Com'è andata a



finire? Dove sono andati? 300.000 euro per una vulnerabilità sismica che non ha aumentato di un grado la sicurezza dell'ospedale, una struttura che doveva essere abbattuta. Poi il finanziamento degli arabi: dovevamo fare l'ospedale con il resto dell'aviosuperficie, però prima l'aviosuperficie, poi la finanza di progetto. La finanza di progetto significa finanziare un'opera in concorso con il privato. Allora, ci dovete spiegare quali sono i proventi che intendete tirare fuori dall'ospedale. Durante l'IGR è venuto fuori che l'IGR serviva per fare l'ospedale. Intanto il piano particolareggiato l'abbiamo fatto sull'ospedale, poi però arrivano in CPT delle richieste di disattendere quel piano particolareggiato. Questa è l'assurdità nella quale si muove il nostro Paese. In un anno e mezzo la nostra sanità non è migliorata, anzi abbiamo visto da bilancio che ci sono preoccupanti aumenti della spesa, probabilmente, a mio modo di vedere, dovuti a divisioni in maggioranza. Non è tanto l'operato del governo e del segretario, ma c'è un problema di maggioranza che sta sotto la sanità. Concludo dicendo che l'ultimo comunicato di Libera dice che in sanità quello che abbiamo fatto in un anno e mezzo è stato cacciare la dirigenza. Mi sembra che questo sia poco nell'identificazione di un nuovo modello che coniughi gratuità, qualità e sostenibilità, che è quello di cui abbiamo bisogno.

Francesca Civerchia (PDCS): Vorrei rispondere in qualche modo al commissario Casali, perché parla di capri espiatori. I capri espiatori non sono altro che un meccanismo per dare la colpa a qualcuno e molto spesso mi risulta che sia proprio anche una strumentalizzazione che parte dall'opposizione, quella di creare capri espiatori. Mi sono resa ben conto di come la politica sia in grado di creare dei mostri, cioè di prendere di punta una persona che ricopre un ruolo e di renderla o una divinità oppure il mostro a cui attribuire tutte le responsabilità dei mali del mondo. Dobbiamo essere anche un po' onesti intellettualmente e capire che certamente è il gioco delle parti, però bisogna cercare di spersonalizzare quanto più possibile le persone che ricoprono dei ruoli e che cercano di fare, in un modo o nell'altro, il bene del nostro Paese. Bisogna riconoscergliene i meriti; se fanno male si dovranno invece porre dei correttivi. Però bisogna cominciare a far lavorare le persone, i professionisti, e dar loro modo di portare avanti gli obiettivi che gli sono stati assegnati, senza mistificare ogni occasione. Ricordiamo anche, per onestà intellettuale, che i costi maggiori della sanità sono determinati dal personale e un grande aumento si è verificato con la legge sulla dirigenza dei medici. Lì c'è stato veramente un aumento esponenziale, ma in quel momento — e ricordo che la Democrazia Cristiana, peraltro, era all'opposizione — venne fatta questa scelta perché c'era la fuga dei medici. Per cui, se si vogliono avere dei medici qualificati, di livello, è inevitabile che questi medici si debbano pagare. Poi tutte le spese superflue sicuramente devono essere vagliate, razionalizzate e tagliate. Però quando si fa un ragionamento sulla sanità bisogna, secondo me, andarci sempre un po' con i guanti di velluto, perché non bisogna mai estremizzare. Dobbiamo veramente fare i conti della serva e verificare quali sono stati i motivi reali per cui c'è stato un aumento, che non riguarda solo questa legislatura: la precedente. Non credo che sia nell'interesse dei cittadini sammarinesi dover andare fuori territorio per fare delle visite specialistiche. Mi sembra che quest'aula consiliare, e in tutti i dibattiti che sono stati affrontati per quel che riguarda la sanità, si sia sempre convenuto che il nostro ospedale dovesse avere quante più possibilità da offrire ai nostri cittadini in tutti gli ambiti. E per poterlo fare, la sanità costa. Semplicemente è una scelta politica quella di cercare di dare un'eccellenza, perché è un diritto la sanità. Sappiamo che anche i settori della sanità sono sempre in evoluzione, quindi anche le specializzazioni, la strumentazione, sono una spesa importante. È altrettanto vero che nel pomeriggio sicuramente il nostro ospedale è un po' una cattedrale nel deserto, perché i medici non ci sono, perché vanno a farsi la libera professione. Credo che il Comitato esecutivo lo abbia detto in maniera molto chiara, che contrasterà questo genere di fenomeno al fine di garantire la presenza dei medici e quindi le prestazioni, e quindi lo snellimento delle liste d'attesa, con una pianificazione di attività che andrà a contrastare questo fenomeno, che anche noi come politica abbiamo messo ai primi punti all'interno del programma di governo.

Paolo Crescentini (PSD): Abbiamo sentito dal Segretario di Stato per la Sanità che ieri in Congresso è arrivata l'approvazione del superamento di prova. Questo sicuramente è un dato molto importante,



ne prendiamo atto favorevolmente, così come ci fa piacere che ci sia un nuovo disegno per quanto riguarda l'attività all'interno dell'ospedale, con orari di lavoro diversi, con la possibilità di fare degli esami anche il sabato, che solitamente non era giorno di esami, e già questo è un primo segnale di un notevole cambiamento. Questo naturalmente è importante perché veramente si riporta la sanità a un punto di eccellenza, con l'abbattimento di quelle che sono le cosiddette code per gli esami. Sicuramente è un passo importante verso un servizio che già era efficiente, ma che lo diventerà ancor di più con queste nuove disposizioni. Ringrazio il segretario per questa bella notizia del superamento di prova del Comitato esecutivo e finalmente si cambia pagina e si va verso un miglioramento anche di quella che è la sanità, così come noi tutti — e non soltanto in quest'aula, ma noi tutti i cittadini sammarinesi — naturalmente vogliamo.

Vladimiro Selva (Libera): Io sono lieto di avere appreso che il Comitato esecutivo ha superato il periodo di prova. Mi auguro che da oggi, da questo momento, faccia il proprio mestiere nella maniera più efficace possibile, perché è chiaro che questa spada di Damocle del superamento del periodo di prova, era da un po' che sembrava minarne l'autorevolezza. Noi abbiamo audito i dirigenti qui circa quattro mesi fa, e devo dire che le linee che avevano proposto sono assolutamente condivisibili. Mi auguro che si possa, di qui a breve, iniziare a vedere degli effetti. Questo va detto: quando una persona a San Marino è ammalata, la cura è puntuale e tempestiva. Se diciamo qualcosa di diverso non stiamo guardando la realtà, perché quando una persona è malata il nostro sistema sanitario funziona: o in territorio o fuori territorio, le cure ci sono. Qual è secondo noi la parte su cui dobbiamo migliorare e dobbiamo investire per ricavare poi dei risparmi nella seconda fase, quella della cura della malattia? È la cura della salute, è quella fase legata alla promozione degli stili di vita, alla diagnosi precoce qualora la malattia stia insorgendo, a tutta una serie di esami e attenzioni che il sistema sociosanitario deve avere nei confronti del cittadino sano per promuovere la salute. Se noi riusciamo a mettere in campo effettivamente e promuovere questi aspetti, si ridurranno anche i costi. Detto che i costi e le spese fatte nella sanità pubblica non vanno visti necessariamente come soldi buttati; anzi, noi stiamo investendo sul benessere della nostra popolazione, che credo sia la cosa più importante che dobbiamo fare. Quello che ci preoccupa è vedere che c'è un meccanismo di crescita costante a fronte però di situazioni che non sono così migliorate. Se guardiamo dagli anni 2014, 2015, 2016 ad oggi, c'è stato un aumento di quasi un terzo della spesa in sanità, e questa cosa continua a crescere a fronte di percezioni di situazioni che non sono così efficienti. Questo spinge i nostri cittadini a spendere dei soldi, chi se lo può permettere, nella sanità privata. Su quello dobbiamo lavorare. Come farlo? In linea di massima, bisognerebbe concentrare a San Marino le attività che possiamo giustificare sul piano tecnico ed economico, perché quando diciamo che vogliamo fare tutto a San Marino... dipende. Se il costo è troppo alto per mantenere a San Marino delle prestazioni, bisogna avere il coraggio di dire ai nostri cittadini: "Conviene andarla a fare dove le casistiche, i numeri, ti consentono di farle a costi più bassi e con una maggiore qualità". Dipende se è sostenibile il costo: se è sostenibile, ben venga; ma se no, è propaganda dire "bisogna far tutto a San Marino". Cosa diversa invece quando abbiamo i numeri e la potenzialità per farla a San Marino: ben venga, e magari essere anche qui talmente bravi da poter portare qui degli assistiti che non sono sammarinesi, ma pazienti italiani che vengono a San Marino perché siamo in grado di fare le cose al meglio. Ci vuole un giusto equilibrio, però non si può essere dogmatici, non si può guardare la spesa della sanità solo come positiva né solo come negativa. Per quanto riguarda l'ospedale: questo è un tema serio. È chiaro che ci vuole un progetto equilibrato e su misura per San Marino. Qualcuno l'ha fatto diventare quasi uno slogan: è chiaro che noi, prima di progettare un ospedale per San Marino, dobbiamo avere chiaro in mente cosa si fa a San Marino. E qui vedo anche nella stessa maggioranza posizioni un po' diverse. Questo è un passaggio politico necessario ed è un chiarimento che ha molto di tecnico: non tanto tecnico delle strutture dell'ospedale o di progettazione, ma tecnico di chi sta a gestire la sanità e guardare i numeri, capire qual è il modello giusto per San Marino. Dopodiché, se serve e si ritiene che serva, bisogna trovare anche le modalità giuste per finanziarlo. Se non è la finanza pubblica, può essere una legge speciale, può essere anche una sottoscrizione di titoli specifici per finanziare



l'ospedale, dove magari si danno rendimenti certi a chi li sottoscrive. Ci sono tanti modi che potrebbero essere utilizzati per raccogliere le risorse necessarie su un investimento che però sappiamo si ripaga da solo, perché con i costi che abbiamo nella gestione dell'attuale struttura, quell'investimento in una decina d'anni si ripaga da solo.

Miriam Farinelli (RF): La sanità costa, costa molto. Questo è un dato. Nessuno può pensare di fare economia in sanità, perché la tecnologia costa, perché il personale costa, perché tutto costa, perché i farmaci costano. Quindi la sanità costa molto a fronte anche di un buon servizio, perché se il servizio erogato mette riparo a tutto quello che abbiamo detto — la medicina di base, le liste d'attesa, la libera professione e tutto quello che ci siamo detti qui dentro, che sono i difetti della sanità attuale — ecco che il fatto di spendere molto viene anche attutito dal fatto di avere una medicina di buona qualità e situazioni di buona qualità. Io aspetto veramente con grande premura il fatto che il nostro ospedale sia popolato la mattina e il pomeriggio, che ci sia la possibilità di fare prestazioni la mattina e il pomeriggio, magari anche il sabato mattina. Il sabato mattina è un giorno come un altro. Ci sono tante cose, a mio avviso, da mettere a posto e sicuramente urgente è la questione della regolamentazione della libera professione. Abbiamo visto che, quando avevamo degli stipendi inferiori o non accattivanti, i medici a San Marino venivano poco. Ancora abbiamo grandi difficoltà; abbiamo dei settori dove il numero dei medici è limitatissimo e a fatica arrancano per coprire servizi 24 ore su 24. Parlo della ginecologia, parlo della pediatria: sono servizi veramente in crisi per il numero dei medici. Quindi creare delle condizioni ottimali: occupazione in tutto l'arco della giornata, libera professione, stipendi adeguati. Costano anche gli infermieri, costano gli OSS, costano le macchine che i medici usano tutti i giorni per fare diagnosi. Costa il robot, ad esempio. È vero: sarebbe ottimale far arrivare persone da fuori, far sì che il nostro ospedale fosse considerato un punto di eccellenza o di buona chirurgia o di buona medicina per attirare persone che vengono da fuori. Però voi sapete che la medicina costa molto. Quindi un cittadino italiano che ha già una buona medicina a casa sua difficilmente viene a San Marino a pagarsi le prestazioni, perché può avere tutto quello che vuole in Italia, con magari un po' più di attesa per quel che riguarda le prestazioni ambulatoriali. Io faccio un salto indietro, a quando ho cominciato a lavorare io, nel 1980. Se vi ricordate avevamo medicina, chirurgia, pediatria, radiologia, un servizio laboratorio. Fine. Il nostro ospedale era questo. Poi una mente illuminata ha cominciato a portare professionisti all'interno del nostro ospedale. Abbiamo cominciato con consulenti a trattare pazienti, senza farli andare fuori territorio. E quello, per noi professionisti ma anche per i pazienti e per le loro famiglie, fu un grande successo, perché non avevano più bisogno di fare gli emigranti, di prendere la valigia, di andarsene. Noi oggi siamo in grado, come ospedale, come Istituto, di dare veramente tanto e prestazioni di buona qualità. È vero: parliamo di nuovo ospedale da dieci anni. Sappiamo che il vecchio ospedale, pur con tutti i “restyling” del caso, è fonte di una grandissima spesa perché ha bisogno di manutenzioni continue. Già si è deciso che il vecchio ospedale non è più adeguato. Se abbiamo deciso che il nuovo ospedale deve essere, che il nuovo ospedale sia. Troviamo le risorse, perché sappiamo trovare le risorse, e facciamo questa struttura per la salute e per il sostegno dei nostri cittadini.

Emanuele Santi (Rete): Rispetto al Comitato esecutivo ci cominciavamo a preoccupare, perché eravamo a conoscenza che il tempo di prova era scaduto già da qualche mese. E ci cominciavamo a interrogarci se ci fossero problemi. E il fatto che il Comitato esecutivo abbia superato il periodo di prova è una constatazione e di fatto ci dà la possibilità di richiedere un'audizione, un riferimento. Credo che questo vada fatto, a mio avviso, prima del bilancio dello Stato, quindi entro il 15 di dicembre, perché da una parte c'è tutto l'aspetto economico che tratterò, dall'altra c'è tutta la parte sanitaria di proposta. Io non posso che ribadire: c'è stato un gruppo oggi in maggioranza, che è Libera, che ha fatto la campagna elettorale sull'emergenza sanitaria. Il segretario Mularoni sa bene come la penso: emergenza non era. L'ISS ha dei problemi strutturali veri, quindi non c'era un'emergenza, c'era da risolvere alcune questioni. Però oggi, di fatto a un anno e mezzo di insediamento di questo nuovo governo, quello che c'era sul tavolo prima, per mille vicissitudini, è



ancora rimasto sul tavolo: liste d'attesa, medicina territoriale, etc. A mio avviso il problema non è l'ospedale. L'emergenza riguarda la politica che vuol mettere troppo il becco dentro l'ospedale. E se continuiamo a mettere il becco su tutto all'ospedale, l'ospedale non può che non funzionare, soprattutto dove dovrebbe servire. Quindi è inutile che continuiamo a portare direttori generali, direttori sanitari, direttori amministrativi, se poi non gli consentiamo di fare, in maniera scevra da interessi politici, il loro mestiere. Si fa l'atto organizzativo, si fa il fabbisogno "provvisorio" che poi diventa quello definitivo e dove le logiche non sono quelle di convenienza per la cittadinanza, ma di spartizione politica, di convenienza partitica. E ci ritroviamo oggi — e qui lo voglio dire soprattutto ai colleghi di Libera — che i problemi non vengono risolti. Ma non vengono risolti non perché c'è un'emergenza, come gridavano, o un capro espiatorio da mettere in croce: il problema serio che dovete affrontare, soprattutto adesso che siete in maggioranza, è la questione che la politica è troppo presente dentro l'ospedale. La questione del bilancio: io credo che sia importante a brevissimo fare un'audizione col Comitato esecutivo. A fronte di un assestamento per il bilancio 2025 che portava lo stanziamento dello Stato da 87 a 98 milioni, leggo nella relazione del dottor Canti al bilancio previsionale 2026 che lo stanziamento richiesto dall'ISS per il 2026 è stato di 105 milioni. Ecco, allora io penso che un riferimento su questo dato vada fatto, perché noi abbiamo in questi anni avuto bilanci in cui lo Stato ha contribuito per la parte sociosanitaria per 86–87 milioni, e sono rimasti stabili negli ultimi cinque anni. Nel 2025 da 87 andiamo a 98 e ci dicono già che per il 2026 arriviamo a 105. Quindi in due anni aumenta la spesa, aumenta la contribuzione dello Stato di 18 milioni. Ecco, questo elemento, a mio avviso, va capito: se i costi sono aumentati perché l'ospedale ha investito anche in risorse umane per dare maggiori servizi, maggiore fruibilità ai nostri pazienti, se abbiamo fatto un investimento sulla salute dei cittadini, non abbiamo nulla da disquisire. Io, dai dati che ho visto, non posso accettare che l'appalto delle pulizie passi da 1 milione a 2 milioni e 300.000 euro. Non posso accettare che le spese postali nel 2026 aumentino di 100.000 euro. Non posso accettare che le spese telefoniche nel 2026 aumentino di 100.000 euro. Questi sono dati, non sono la spesa medica, questi sono costi amministrativi: mezzo milione solo lì. I farmaci: io capisco che diamo tutti i farmaci, però ci può essere uno scostamento di oltre, quasi 3 milioni di euro tra il preventivato e quello che viene fuori alla fine? Da 18 si passa a 21 milioni di spesa per i medicinali. Segretario, se c'è la sua disponibilità, prima del bilancio 2026, ad ascoltare il CE, io credo si possa fare. In quell'occasione, io penso che bisogna fare anche una riflessione anche sul Casale la Fiorina. Casale la Fiorina è una struttura che esula dalla gestione dell'ISS perché è affidata a una società. Anche lì bisogna capire come girano le assunzioni, ad esempio, e i costi. Quindi io chiedo, se possibile, entro il 15 di dicembre, di fare un'audizione con il Comitato esecutivo e il Collegio sindacale. Faccio la domanda alla maggioranza. Nella stessa situazione dell'ISS, che oggi è stata risolta, abbiamo il direttore dell'AASS, dell'Azienda autonoma di Stato per i servizi, che è in prorogatio. Il direttore dell'AASS quando viene nominato? C'è un nome, c'è un bando?

Aida Maria Adele Selva (PDCS): Anch'io ringrazio il segretario per le comunicazioni fatte e anch'io mi congratulo, mi associo con gli altri colleghi per la conferma del CE. Mi permetto di precisare: è una conferma che è avvenuta nei termini di legge. Alcune considerazioni. Certamente bisogna contenere i costi, l'abbiamo detto in Consiglio, non solo contenere i costi per la sanità, ma in tutti i settori, in tutti gli ambiti dello Stato. Però, come ha ricordato il consigliere Farinelli, la sanità costa. In Consiglio non è stato detto che la sanità deve essere ritenuta un favore per i cittadini. È dovere dello Stato garantire una sanità gratuita e universale. I costi della sanità sono diventati col passare del tempo sempre più alti. Bisogna contenere gli sprechi e le spese improduttive, sì; ma non è che si possono tagliare i costi delle prestazioni. Andando avanti, siccome la scienza va avanti, i progressi ci sono, la sanità sarà più costosa. Nel comunicato stampa della Segreteria è stato evidenziato qual è stato l'aumento dei costi della sanità. Innanzitutto l'assestato del 2024 era 89.700.000 euro, anche se il bilancio di previsione era più basso: era 87 nel bilancio di previsione del 2025. Si è voluti essere forse ottimisti, ma poi l'assestato nel 2024 è stato 89.700.000. Un'altra cosa: è vero che nella relazione di accompagnamento al bilancio del direttore amministrativo c'è scritto esattamente nella



prima pagina che erano stati chiesti più soldi, però spiega anche perché. Tale importo è stato determinato tenendo conto del previsto aumento del costo del personale in ragione della percentuale del 2%, ciò in vista, oltre che degli aumenti ordinari fisiologici legati alla maturazione di scatti, anche delle eventuali dinamiche di contrattazione collettiva. È ovvio che in un previsionale si devono considerare queste cose e quindi l'aumento è, in questo caso, quasi fisiologico. Poi un'altra cosa che bisogna tenere presente: l'invecchiamento della popolazione. Qualcuno ha parlato di Casale Fiorina. La popolazione sammarinese è sempre più vecchia: c'è la cronicizzazione delle malattie, con dei costi elevati. Detto questo, come possiamo pensare ai costi? Ovviamente ridurre gli sprechi, ridurre le spese improduttive, razionalizzare, efficientare, ma cerchiamo di essere realisti, perché i costi della sanità stanno aumentando un po' dappertutto. Poi il bilancio proposto per il triennio ricomprende queste spese, che se ci saranno devono essere coperte. Un'altra cosa: ringrazio il segretario perché, come è anche nel programma di governo, la legge sulla libera professione. Anch'io penso che, per efficientare il nostro ospedale, per aumentare la casistica, la professionalità e, come ha detto qualcuno, attrarre anche gli assistiti non solo sammarinesi ma anche esterni, il progetto di legge sulla libera professione possa essere un valido strumento. Me lo auguro veramente e penso sia, come ha comunicato la Segreteria, in fase di redazione del progetto e di discussione.

Guerrino Zanotti (Libera): Innanzitutto anch'io voglio dire che sono contento che il periodo di prova del Comitato esecutivo sia stato superato positivamente e che quindi ci possa essere adesso continuità nella loro attività ai vertici della sanità pubblica. Voglio dire anch'io che c'è l'auspicio che ci sia sempre meno politica all'interno della gestione della sanità pubblica. Non prendiamo parte a un dibattito spinti da quelle che sono le nostre appartenenze politiche, che possono aver visto di volta in volta la nomina di uno o dell'altro direttore generale o Comitato esecutivo dell'ISS. Focalizziamoci su quelli che sono i risultati che gli amministratori dell'Istituto per la Sicurezza Sociale sono in grado di portare a termine. C'è stato un periodo nel quale il nostro partito aveva in qualche modo focalizzato la propria attenzione sulle inefficienze, sulle criticità che stava attraversando e sta attraversando ancora l'Istituto per la Sicurezza Sociale e la nostra sanità. E noi non abbiamo fatto una caccia alle streghe perché ritenevamo che fosse il dottor Bevere quello che determinava la "mala sanità". Semplicemente abbiamo detto in quel periodo, e lo abbiamo ribadito più volte che, per quanto ci riguardava, la politica che in quel momento esprimeva il direttore generale, rispetto a quelle che erano e che sono ancora oggi la nostra visione di quello che significa garantire la salute nella Repubblica di San Marino, andava all'opposto. Noi abbiamo sempre detto che il potenziamento della prevenzione doveva essere alla base di ogni politica sanitaria. L'ex direttore Bevere era un fortissimo promotore dell'acquisto del robot chirurgico. Noi riteniamo che anche con questo tipo di attività si stesse percorrendo una strada che andava all'opposto. Cioè, abbiamo investito 3 milioni per l'acquisto di un robot chirurgico che sappiamo, dai riscontri che abbiamo recentemente, essere sottoutilizzato. Non solo: quando abbiamo acquistato il robot chirurgico si era detto "Ma questo sapete che comporterà un risparmio di spesa nella mobilità passiva, cioè nelle prestazioni esterne effettuate su pazienti iscritti al nostro sistema sanitario, di svariati milioni". Anche in questo caso, invece, non solo non c'è stata una diminuzione della spesa per le prestazioni esterne, ma è aumentata. Quindi il tema è anche questo: noi avevamo detto "puntiamo tutto sulla prevenzione, sul potenziamento della medicina di vicinanza, territoriale, domiciliare". Noi dicevamo: la politica sanitaria di questi anni è quella di cercare di potenziare i centri sanitari, anche perché la popolazione invecchia, quindi le malattie croniche sono sempre più frequenti e noi crediamo che, in questo senso, la medicina di base possa e debba essere assolutamente utilizzata per raggiungere i nostri scopi, mentre invece con il precedente Comitato esecutivo si era presa una strada completamente diversa. Allora, noi diciamo: non si tratta di Bevere, non si tratta di Vagnini, si tratta di lavorare affinché si vada verso la direzione che anche questo governo ha tracciato all'inizio del mandato, che è appunto quella del potenziamento della medicina preventiva. È chiaro: sono quattro mesi che hanno appena finito il periodo di prova, saremo qui a verificare, saremo qui a vigilare affinché le indicazioni che il governo e la maggioranza hanno dato rispetto alle politiche sanitarie da intraprendere, da percorrere, vengano seguite. Rispetto



all'utilizzo delle strutture ospedaliere per le visite specialistiche, per le visite diagnostiche, la strada intrapresa è quella corretta, cioè quella di aumentare il tempo dedicato alle visite della popolazione, degli utenti e quindi dei pazienti. Abbiamo la necessità di lasciare un tempo a disposizione al nuovo Comitato esecutivo per poter impostare le politiche che noi auspichiamo. Lasciamo il tempo necessario. Anche rispetto alla spesa: io non credo che un Comitato esecutivo che è entrato operativamente, ha iniziato la propria attività a giugno, possa intervenire in qualche modo nel ridurre drasticamente la spesa sanitaria, anche perché abbiamo visto come si è generato quell'aumento di spesa. Se non vado errato, quasi la metà sono costi del personale. Io credo che ciò che conta sia la qualità del servizio garantito, che questo venga garantito a Cailungo, all'Ospedale di Stato o a Rimini. Io credo che il tema non sia che chi ha la necessità di rivolgersi a questi servizi lo voglia fare a Cailungo; credo che lo voglia fare in un posto dove possono garantirgli anche il risultato, non solo la vicinanza in fatto di distanza chilometrica.

Andrea Ugolini (PDCS): Parto dall'ultimo intervento, quello del commissario Zanotti, in riferimento alla chirurgia robotica. L'investimento fatto fu scelta politica. Io ricordo tante serate pubbliche di spiegazione su ciò che andava poi a giustificare l'acquisto del robot, che nasce in riferimento alla chirurgia urologica e ginecologica, perché il robot nasce prevalentemente per questi due tipi di chirurgia. Ed è un investimento politico, un sostegno che la politica ha deciso di dare soprattutto alla popolazione maschile per quanto riguarda la chirurgia urologica, laddove si può permettere, in certi tipi di interventi, una qualità della vita post-intervento migliore. Per esempio, nella prostatectomia radicale, dove in un intervento tradizionale si può perdere la capacità sessuale, nel 90% dei casi con la chirurgia robotica questa viene garantita. L'utilizzo del robot in termini di spreco per interventi non appropriati era messo in preventivo, a mio avviso, come fase di training dei medici che vanno a utilizzare il robot. Ora credo che il Comitato esecutivo, quando verrà ascoltato in audizione, ci porterà riferimenti su come rendere più appropriato l'utilizzo al termine del periodo di training della chirurgia robotica, magari riservandolo a quella che possiamo definire chirurgia oncologica. Per quanto riguarda il fabbisogno a cui aveva accennato il commissario Matteo Casali, ricordo che durante il grande dibattito sull'approvazione dell'atto organizzativo si era confermato che, in riferimento al precedente fabbisogno che durò 15 anni, questo nuovo fabbisogno sarebbe andato incontro a continue revisioni, perché la sanità è in continua evoluzione. Pensate all'invecchiamento della popolazione, alla natalità, quindi all'esigenza di ruotare all'interno delle nostre strutture territoriali e ospedaliere le risorse, per bilanciare i cosiddetti carichi di lavoro. E' uno degli obiettivi del nuovo Comitato esecutivo: verificare questi aspetti non per risparmiare, attenzione, ma per utilizzare al meglio le risorse, soprattutto in termini di personale, ed evitare gli sprechi ospedale-verso-territorio o territorio-verso-ospedale. Per quanto riguarda la riorganizzazione, è fondamentale intervenire sulla prevenzione e su quella medicina di prossimità che intercetta le malattie, e quindi scarica l'ospedale da ciò che è un sistema di ingolfamento dei ricoveri, delle liste d'attesa e tutto ciò che ne consegue quando non si intercettano determinate situazioni sul territorio. Ecco perché la vera scommessa è la sua esperienza nel revisionare, aggiornare, modernizzare tutta l'organizzazione del territorio per rispondere ai nuovi bisogni di salute che stanno emergendo. Ritengo utile e fondamentale l'audizione con il Comitato esecutivo, perché loro ci spiegheranno nel dettaglio quali sono i costi che andremo a sostenere e che ci dobbiamo aspettare per il futuro. Costi che, se sono spiegati, condivisi e giustificati, politica, organizzazioni sindacali e cittadinanza riusciranno a comprendere. Non sono d'accordo con chi ha detto che i soldi aumentano e diamo gli stessi servizi negli anni. Magari qui mi tolgo la giacca del commissario e indosso quella del professionista: lavoro in ospedale da 31 anni e non è vero che negli anni eroghiamo sempre gli stessi servizi. I servizi aumentano. E il fatto di decidere se esternalizzare alcuni servizi perché non abbiamo i numeri, forse non è un dato tecnico, ma ritengo che sia una scelta politica. Ne possiamo discutere, ma faccio un esempio: chiudere la pediatria o chiudere l'ostetricia-ginecologia, perché con la natalità non abbiamo più i numeri di 10-15 anni fa, è una scelta politica coraggiosa, ma una scelta politica, non prettamente tecnica. Ci sono altri servizi: la cardiologia interventistica dell'ospedale di Rimini è un'eccellenza. Noi ce l'abbiamo a un quarto d'ora



di ambulanza. Quindi il collega Zanotti ha centrato l'esempio. Se il discorso va ampliato, è ovvio che è necessaria un'analisi politica, una valutazione economica e una risposta a ciò di cui i nostri cittadini hanno bisogno e che magari preferiscono anche nelle loro scelte.

Gian Carlo Venturini (PDCS): I colleghi intervenuti prima di me hanno già evidenziato le varie tematiche della sanità. Anch'io ovviamente mi compiaccio della comunicazione relativa alla conferma del superamento del periodo di prova del comitato esecutivo, che è stata attuata quantomeno nei termini di legge, e quindi oggi sono pienamente in condizioni di svolgere appieno tutte le funzioni alle quali già hanno assolto in questi mesi e proseguire il loro lavoro di riordino della sanità. Le spese. Intanto io credo che dobbiamo essere fieri del nostro Istituto che quest'anno ha celebrato il 70° anno della sua costituzione, perché è riuscito a garantire da una parte un sistema previdenziale, dall'altra un sistema di tutela e di sicurezza delle prestazioni sanitarie a tutti. Questo ci deve rendere fieri. Questo non vuol dire sprecare soldi. L'utilità di avere questa struttura l'abbiamo riscontrata anche con il Covid. Se non avessimo avuto la struttura, non so quanti decessi ci sarebbero stati, con tutte le problematiche connesse anche nel circondario. Io credo che da una parte dobbiamo essere meticolosi ed eliminare le possibili aree di spreco nella gestione ordinaria delle attività sanitarie. Ma questa spesa e il trasferimento dello Stato, avranno inevitabilmente incrementi — contenuti, auspichiamo — e forse ci possono essere anche incrementi di entrate, se svolgiamo un'altra politica per portare qui professionisti: avere risorse che possono ammortizzare meglio le nostre strutture, i nostri reparti, le nostre attrezzature, il nostro personale. In passato c'è stato un tentativo di sminuire questa struttura. Oggi, invece, da 20-30 anni a questa parte abbiamo aperto servizi e strutture interne nostre. Lo ricordava il collega Ugolini: l'ortopedia, il reparto di terapia intensiva, la cardiologia. Certo, dobbiamo razionalizzare dove possibile e, dove non è conveniente, possiamo anche andare fuori. Ma non dobbiamo partire dal presupposto che “non vuol dire buttare i soldi”, bensì dare un servizio di qualità ai nostri utenti. Sul bilancio: come dicevo prima, la spesa sarà sempre leggermente in aumento, se non riusciamo a invertire la rotta portando qui delle attività dell'Area Vasta o attività assicurative. Per fare questo serve una struttura accreditata, una struttura che possa svolgere le funzioni richieste anche dalle compagnie assicurative. E sicuramente in questo potrà aiutarci un nuovo ospedale, sul quale dovremmo cominciare a ragionare concretamente. Io credo che sia un investimento importante. Le spese, come dicevano i colleghi, sono in aumento: aumenta l'età della nostra popolazione, quindi aumentano le necessità di servizi, di assistenza, di accompagnamento; aumentano i costi sociali connessi. Non può essere escluso il costo dell'adeguamento delle retribuzioni dei medici, del personale sanitario e parasanitario; e hanno un effetto anche le stabilizzazioni periodiche, il rinnovo dei contratti di lavoro, l'aumento della spesa farmaceutica. Certo, dobbiamo essere oculati nel valutare se una prestazione o un'erogazione abbia prodotto distorsioni o sprechi, ma questo non vuol dire non riconoscere alla nostra popolazione il diritto di avere prestazioni di qualità, possibilmente valutando costi e benefici, e se si può continuare a svolgerle all'interno del nostro territorio.

Marinella Loredana Chiaruzzi (PDCS): Volevo fissare l'attenzione sul discorso delle strategie che l'Istituto Sicurezza Sociale anche in considerazione della delibera che è stata adottata a fine settembre sta cercando di affrontare, adeguando le emergenze; all'interno di questa delibera sono già indicate alcune strategie significative oltre a una premessa legata alla nuova struttura ospedaliera che dovrà assolutamente essere valutata come sistema Paese. Quindi è una scelta strategica che, se verrà effettuata, deve tenere conto di tutte le forze politiche, di un ampio confronto, perché sono investimenti significativi che devono essere approfonditi. Non è questione di maggioranza o opposizione. La scelta di costruire una nuova struttura ospedaliera deve passare attraverso dati certi di inadeguatezza, di recuperabilità, di servizi, di strutture. Partiamo dalle sale operatorie come da altri servizi essenziali, per cui il nostro ospedale, che comincia ad avere tanti anni alle spalle, forse può essere inadeguato, e quindi grande sostegno al governo, auspicando un ampio confronto. Inoltre ci sono tutta una serie di proposte che il comitato esecutivo si trova a dover affrontare anche in tempi



veloci, come lo spostamento di strutture significative per un discorso di risparmio, dove magari abbiamo possibilità di riorganizzare i servizi lasciando luoghi in affitto per poi utilizzare la nostra struttura ospedaliera. C'è l'ipotesi di attivare in tempi brevi un servizio di assistenza per la lungodegenza, che è estremamente critico ed essenziale in questo momento. Un'altra situazione che mi preme segnalare è che è già quasi un anno che il contratto di lavoro è scaduto per tutta la pubblica amministrazione. Ancora, che io sia a conoscenza, tavoli aperti sul rinnovo del contratto scaduto il 31 dicembre non ce ne sono. È vero, è stato fatto un fabbisogno con figure professionali nuove, riorganizzate; alcuni bandi e percorsi sono già stati attivati, però il fabbisogno, a integrazione di tutti gli altri interventi che il governo sta facendo, è fondamentale. Quindi non vogliamo pensare di aspettare altri dieci anni per avere un rinnovo del fabbisogno, anche perché, come avete detto in parecchi, le situazioni cambiano velocemente, le esigenze del territorio cambiano velocemente. Infatti la scadenza è triennale proprio per questi motivi. Anche ai sensi dell'Accordo di Associazione, la parte amministrativa dell'ISS avrà bisogno di ampliare tutta una serie di risposte verso quelle che saranno implementazioni verso l'Europa. Altro aspetto da tenere in conto, secondo le mie conoscenze, è l'aumento importante che c'è stato sui frontalieri. Nell'accordo fra Italia e San Marino, rispetto alle reciprocità dei costi, noi dobbiamo all'Italia una serie di importi. Hanno superato gli 8.000 le figure fondamentali dei nostri frontalieri. Però il bilancio è formato da tanti costi, e non dimentichiamo che siamo tenuti, ai fini degli accordi bilaterali, a corrispondere importi significativi.

Presidente della Commissione Denise Bronzetti (AR): Mi permetto di esprimere alcune considerazioni anche per quanto riguarda il gruppo di Alleanza Reformista. Intanto una considerazione che mi sento di condividere: è vero che la politica, quando entra troppo nel merito di alcune questioni non fa mai bene. Altro invece sono le scelte politiche alle quali si riferiva il collega Ugolini e sulle quali occorre ragionare, soprattutto quando parliamo di che cosa deve diventare la nostra sanità, che tipo di sanità noi vogliamo erogare. In questo senso ci dovrà venire in aiuto anche quello che sarà il prossimo Piano sociosanitario nazionale. Si è detto anche dei costi, si è parlato tanto dei costi. Intanto, stiamo cercando di individuare una data imminente per una prossima seduta della Commissione nella quale audire certamente il Comitato esecutivo e anche il Collegio sindacale. Compatibilmente con la sala già impegnata per tante altre commissioni, sarà mio compito individuare e comunicarvi nel più breve tempo possibile quali spazi è possibile trovare per una prossima convocazione. I costi: si è detto tanto dei costi. È ovvio che la sanità costi. Ma questi costi, che sono stati anche addebitati nel tempo a scelte politiche che sono state fatte, devono però necessariamente tenere conto di alcuni aspetti. E cioè, per esempio, il rapporto paziente-personale sanitario, che non sfugge a nessuno, è certamente più alto rispetto a quanto avviene nelle altre strutture sanitarie del circondario. E forse anche su questo un ragionamento la politica dovrà necessariamente farlo. Se è vero che la sanità costa e quindi ci aspettiamo anche per gli anni prossimi una voce di bilancio in aumento, è vero anche che a questa devono essere affiancati interventi migliorativi rispetto all'organizzazione e anche il taglio di quello che sono gli sprechi. A questo si affiancano ragionamenti che, dal mio punto di vista, bisogna fare per forza. Intanto la difficoltà nel reperire medici, che è una difficoltà che non riguarda solo la Repubblica di San Marino, ma riguarda in particolar modo la Repubblica di San Marino perché siamo una realtà piccola, con un ospedale che è un ospedale sì di Stato, ma con una casistica limitata. E qui per forza il richiamo non può che essere fatto alla legge sulla libera professione, che ahimè giace da tempo nei cassetti dell'ISS. E' assolutamente ora di procedere anche celermente su questo intervento normativo, su cui mi pare che il Segretario abbia già detto che ci siamo e che dovremo vagliare in particolar modo anche all'interno di questa Commissione. Qui mi aspetto che, di fronte a questo intervento così importante, la politica non si faccia trovare impreparata e sappia valutare quale possa essere il migliore intervento normativo.

Segretario di Stato Mariella Mularoni: Ringrazio tutti quelli che sono intervenuti. È vero, abbiamo parlato tanto di conti pubblici e, se vogliamo continuare a garantire un sistema sanitario universale, solidale, gratuito, dovremo avere nei prossimi anni una gestione molto oculata delle risorse pubbliche.



Voglio però rilevare che il Comitato esecutivo, in questi primi quattro mesi di attività, ha già messo in atto alcuni interventi in alcuni ambiti dal punto di vista della razionalizzazione della spesa. In particolare si sta lavorando per alcune esternalizzazioni, per ridurre i contratti di locazione, e si sta cercando di aumentare anche le entrate della UOC Servizio Farmaceutico. Ci sono stati incontri e accordi anche con la Regione Emilia-Romagna per cercare, nell'ambito dell'approvvigionamento dei farmaci, di avere le stesse condizioni e gli stessi benefici anche per la Repubblica di San Marino. Stiamo mettendo in atto anche un'organizzazione di vendita all'interno delle farmacie di alcuni prodotti e di fare delle promozioni, vendite online, proprio per aumentare le entrate. Si è parlato anche tanto di sprechi. Quello che abbiamo rilevato, e l'abbiamo detto anche nei nostri comunicati stampa riguardo l'assestamento di bilancio e la richiesta di trasferimento dei fondi, riguarda spese che garantiscono l'assistenza sanitaria ospedaliera e ambulatoriale. Riguardo l'assestamento di bilancio, le risorse sono state richieste per coprire le spese essenziali, spese che non possiamo comprimere, non possiamo ridurre. Oggi paghiamo all'Italia cinque milioni e mezzo per l'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale. Oggi sosteniamo anche le spese per l'inserimento degli anziani, che sono in continuo aumento, nelle strutture esterne, per quasi cinquecentomila euro. Abbiamo spese per inserimenti di riabilitazione e potrei farvi un elenco lunghissimo. Quello che incide moltissimo è il costo per il personale dipendente e convenzionato. Il sistema sanitario dovremmo cercare di gestirlo in maniera veramente oculata, evitando gli sprechi ma cercando di garantire comunque un'assistenza e un sistema sanitario gratuito. Ci tengo a rimarcare che in questa gestione, a differenza di quanto avvenuto negli anni precedenti con altri governi, i sindaci sono tornati a firmare i bilanci, cosa che non veniva fatta prima. Quindi massima trasparenza, e stiamo lavorando proprio per cercare di migliorare, fare gli investimenti e dare comunque un'assistenza adeguata. Per quanto riguarda il nuovo ospedale, vi ricordo che l'ultima delibera del 30 settembre, numero 19 del 2025, ha dato mandato alla realizzazione del nuovo ospedale e all'ampliamento della RSA La Fiorina. Il Congresso di Stato ha scelto come modalità la concessione dei lavori pubblici con finanza di progetto per dare maggiore trasparenza. È stato istituito un gruppo di progetto proprio per produrre uno studio di fattibilità: avrà sei mesi di tempo per relazionare e presentare un provvedimento che dovrebbe poi portare in tempi molto brevi alla realizzazione. Questa delibera, ci tengo a precisare, riconosce l'infrastruttura strategica con tutta una serie di interventi immediati ai quali stanno già dando seguito con gli appalti. Il primo, di rilevanza fondamentale per il nostro ospedale, è la riqualificazione della parte dell'oncologia, dell'Unità Operativa Complessa di Oncologia; lo spostamento della farmacia nei locali al piano sotto, ex filiale della Cassa di Risparmio; l'ampliamento della Medicina Trasmfusionale, ormai non più rinviabile; e la realizzazione della lungodegenza e dell'hospice, diventato un supporto fondamentale per i malati oncologici. Qualcuno ha chiesto che fine abbia fatto la consulenza di Bevere. Bevere, dal momento che siamo ormai in procinto di firmare l'Accordo di Associazione, sta lavorando in accordo con la Segreteria di Stato alla Sanità, l'Istituto e la Segreteria di Stato per gli Affari Esteri, in un gruppo di lavoro interdipartimentale per potenziare la normativa e il cosiddetto contact per l'attuazione dell'Accordo di Associazione. Questo ci consentirà di portare nuove opportunità ai cittadini sammarinesi che, entrando in relazione con gli altri Paesi europei, potranno usufruire della libera circolazione, dei benefici dal punto di vista previdenziale e dal punto di vista assicurativo. Il gruppo di lavoro dovrà relazionare su queste nuove opportunità che verranno offerte ai cittadini sammarinesi con la firma dell'Accordo di Associazione, che potranno liberamente circolare dal punto di vista assicurativo, previdenziale e godere dei benefici dei cittadini europei.

Comma 2. Riferimento del Segretario di Stato per la Sanità in merito all'attuazione della Legge n.127/2022 (Regolamentazione dell'interruzione volontaria di gravidanza) ed i suoi effetti, anche in riferimento alle misure di prevenzione

Segretario di Stato Mariella Mularoni: Nella presente relazione sono illustrati i dati raccolti ai sensi delle disposizioni dell'articolo 12 comma 1 e comma 3 della legge numero 127/2022, acquisiti in forma anonima, analizzati dal Comitato esecutivo dell'ISS e presentati annualmente tramite apposita



relazione alla Segreteria di Stato per la Sanità e all'Authority sanitaria, finalizzata alla verifica dell'attuazione della legge e delle norme per la tutela sociale della maternità.

Il monitoraggio avviene a partire dai contenuti della modulistica specificatamente dedicata, compilata in occasione di ciascuna richiesta di IVG. Anche sul sito dell'ISS, nella sezione IVG, è possibile reperire la modulistica del consenso informato, i moduli per consenso informato per IVG farmacologica e IVG chirurgica, i certificati medici rilasciati da ginecologo non obiettore per accedere alla procedura per IVG, le principali informazioni in costante aggiornamento relative proprio all'interruzione volontaria di gravidanza. Per opportuna conoscenza si partecipa che, rispettivamente in data 2 agosto 2024 e 24 giugno 2025, sono state trasmesse alla Segreteria istituzionale le relazioni relative all'attuazione della legge numero 127/2022 riferite al 2023 e al 2024.

Anno 2023 (dati 7 settembre 2022 – 6 settembre 2023). Si ritiene opportuno riferire innanzitutto in merito al primo anno dell'entrata in vigore della legge, durante il quale 24 assistite hanno richiesto interruzione volontaria di gravidanza. Di queste, quattro richieste pervenute prima dell'approvazione della procedura aziendale, approvata dal Comitato esecutivo in data 12 dicembre 2022, sono state inviate all'ospedale di Rimini con modello ISS-MAR 8 bis. Sedici assistite sono state prese in carico dallo staff del Centro Salute Donna – Consultorio e sono state avviate al percorso codificato: 14 IVG farmacologiche, una IVG chirurgica effettuata presso l'ISS e una IVG chirurgica inviata fuori territorio. Due assistite, dopo aver manifestato la necessità di procedere con IVG, sono andate incontro ad un aborto spontaneo. Due assistite che avevano presentato richiesta, dopo essere state prese in carico dallo staff Centro Salute Donna, hanno rivisto le proprie decisioni, interrompendo il percorso per IVG. L'età media delle assistite che hanno fatto richiesta è stata di 29,25 anni, con un range dai 19 ai 38. Il numero medio mensile di richieste di IVG in questo primo anno è stato di 2 al mese. Il numero medio mensile di procedure di IVG effettuate complessivamente, tra quelle in territorio e quelle fuori territorio, è stato di 1,67 al mese. Nel 2023, come si evince dalla nota della Direzione sanitaria e sociosanitaria, sono state effettuate 18 interruzioni volontarie di gravidanza. Di queste, 16 sono state realizzate all'interno del territorio sammarinese e 2 presso l'ospedale di Rimini. Il tasso di abortività, numero di IVG per 1000 donne comprese fra i 16 e i 50 anni, pari a 16,50, risulta pari al $2,49 \times 1000$. Il rapporto di abortività risulta pari al $94,24 \times 1000$ nati vivi, corrispondenti a circa il 9,42% dei nati. Si partecipa inoltre che sono stati registrati 31 casi di aborto spontaneo.

Nell'anno 2024 sono state effettuate 22 interruzioni volontarie di gravidanza. Si sono registrate ulteriori 2 richieste, successivamente ritirate per ripensamento, con conseguente prosecuzione della gravidanza. Di queste 22 IVG, 18 sono state farmacologiche, una chirurgica, due chirurgiche a seguito del fallimento dell'IVG farmacologica e una risoltasi con aborto spontaneo.

Riguardo l'età delle richiedenti IVG si riportano i seguenti dati: meno di 18 anni: numero 2; dai 18 ai 25 anni: numero 6; dai 26 ai 35 anni: numero 6; dai 36 anni in su: numero 8. Età media: 32 anni. Il tasso di abortività, numero di IVG per 1000 donne comprese tra i 16 e i 50 anni, risulta pari al $3,06 \times 1000$, con un aumento di circa il 18%. Il rapporto di abortività risulta pari al $152,7 \times 1000$ dei nati vivi. Si comunica che sono stati registrati 38 casi di aborto spontaneo. I 38 casi di aborto spontaneo, in aumento rispetto ai 31 registrati nel 2023, rappresentano un dato per il quale è essenziale mantenere il monitoraggio e l'analisi, per comprendere le cause sottostanti e migliorare continuamente l'assistenza sanitaria e il supporto alle donne, anche in ragione della già bassa natalità registrata in Repubblica. Il numero di casi di aborto spontaneo è attribuibile prevalentemente a fattori cromosomici e genetici. A questi si aggiungono fattori correlati allo stile di vita quali l'obesità, il fumo, l'assunzione di sostanze stupefacenti. Riguardo alle caratteristiche delle donne che nel 2024 hanno fatto ricorso all'IVG per classi di età, si rileva che i tassi di abortività più alti riguardano le donne di età superiore ai 36 anni.



Nel 2024 le donne di età inferiore ai 18 anni che hanno effettuato un'IVG sono state 2, pari complessivamente al 9,1% di tutti gli interventi praticati. Non sono stati riportati i dati IVG per stato civile, cioè la percentuale di donne nubili che ha effettuato un aborto volontario. Parimenti non sono note le IVG per titolo di studio, cioè il numero di IVG effettuati da donne con licenza media superiore o inferiore o diploma di laurea. Anche per IVG per stato occupazionale non sono stati indicati i dati, pertanto non si conosce, tra le donne che hanno eseguito IVG nel 2024, quale percentuale risultasse occupata. Sarà necessario conoscere le IVG di donne straniere, le IVG per numero di nati precedenti (se l'IVG è stata effettuata da donne senza figli o con figli), le IVG ripetute (la percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva), oltre ai dati relativi all'epoca gestazionale, ai tempi di attesa e se vi sono state procedure d'urgenza. La conoscenza approfondita di un fenomeno necessita di avvalersi, nel rispetto della tutela della privacy, del maggior numero possibile di dati specifici, al fine di seguire l'evoluzione dell'aborto volontario, fornire risposte a quesiti peculiari e suggerimenti per la ricerca di approfondimento. L'implementazione delle informazioni che si acquisiranno consentirà di mettere in atto strategie e modelli operativi per la prevenzione dell'IVG, la promozione della salute sessuale e riproduttiva, per il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi coinvolti e per valutare l'efficacia dei programmi di prevenzione. Il miglioramento della qualità e quantità dei dati è condizione imprescindibile per indagare appropriatamente il fenomeno.

Nel 2024 hanno prestato servizio presso l'UO Salute Donna due medici ginecologi, tre ostetriche, due infermiere e una psicologa. L'Unità complessa Ginecologia e Ostetricia e anche l'UO semplice Salute Donna hanno elaborato insieme e condiviso la procedura aziendale, le istruzioni, i documenti operativi per le richiedenti IVG. Ai sensi della legge, la prima accoglienza per le richiedenti viene fatta presso l'UO Salute Donna. A tutte le 22 richiedenti è stato effettuato il counseling sulla normativa IVG, informazioni su IVG farmacologica e chirurgica, consegna del consenso informato, informazioni dettagliate sulla contraccezione post-IVG, nota informativa sulle procedure indicate in base alla situazione clinica, eseguita visita ed ecografia ginecologica con prescrizione esami, consegna primo farmaco per IVG farmacologica come previsto dal protocollo, stabiliti contatti ed appuntamenti con l'Unità complessa di Ostetricia per percorso farmacologico o chirurgico ed accesso in day-surgery per il completamento della procedura farmacologica o per effettuare eventuale accesso in sala operatoria ove clinicamente indicato, offerta di consulenza psicologica, fissato appuntamento per controllo clinico ed ecografico post-IVG ad un mese. Ogni accesso per le richiedenti IVG viene effettuato rispettando rigorosamente la legge, con riservatezza accogliente e immediata, dopo contatto telefonico o accesso diretto presso l'UO Salute Donna, offrendo nel contempo, qualora venisse richiesto, anche un intervento da parte dello psicologo in servizio presso Salute Donna. Il percorso documentale a carattere tecnico-organizzativo è descritto in modo dettagliato nelle procedure aziendali e nelle istruzioni operative.

L'articolo 4 comma 6 dice: "L'ISS organizza momenti di formazione periodica, confronto e aggiornamento per tutti gli operatori sanitari e non sanitari coinvolti nelle varie fasi connesse all'interruzione volontaria di gravidanza". Il personale dell'Unità, in accordo con il PAS 2024, ha organizzato o partecipato a vari incontri di aggiornamento. Si segnalano, tra gli altri, l'incontro con la dottoressa Paola Garutti dell'Università di Parma, membro della direzione GISCI, che è il Gruppo italiano per lo screening del cervico-carcinoma, per un aggiornamento sulla vaccinazione anti-papillomavirus, discussione di casi clinici complessi ed un'anticipazione delle nuove direttive per la gestione dello screening e delle direttive del manuale di secondo livello. Si rappresenta inoltre che, in data 23/09/2024 e 27/11/2024, si sono svolti incontri con genitori e ragazzi presso la sala riunioni Salute Donna per promuovere la vaccinazione anti-HPV. In data 21/10/2024 e 12/2024 si sono tenuti gli Open Day vaccini anti-HPV. Dal 2000, dal 1994, è attivo un ambulatorio ginecologico rivolto alle adolescenti. Hanno accesso le ragazze fino ai 20 anni di età, sia senza richiesta sia previo appuntamento. In caso di necessità l'accesso è libero, dopodiché vengono dimesse ed indirizzate ad altro ambulatorio.



Nel 2024 sono state accolte 252 pazienti, di cui 10 urgenti. Sono stati eseguiti esami ecografici a 170 ragazze ed effettuate 170 visite ginecologiche ordinarie e 9 visite urgenti. Il personale infermieristico ha educato all'uso del contraccettivo 97 ragazze e 36 ragazze all'uso di terapia locale endovaginale. Nell'ambito delle iniziative per l'età adolescenziale, in accordo con le direttive e nell'ambito del progetto "Educazione alla salute e il corpo e la mente cambiano", rivolto agli studenti della scuola media inferiore, nel 2024 si sono tenuti 17 incontri di due ore ciascuno nelle classi terze, per un totale di 300 studenti. Nella scuola secondaria superiore – Centro di Formazione Professionale – si sono svolti incontri su temi inerenti alla sessualità, alla contraccezione e alla fertilità con gli studenti delle seconde classi. Gli operatori hanno incontrato anche classi della quinta elementare. L'ultima parte riguarda l'obiezione o non obiezione del personale. Come riferito dalla Direzione delle attività sanitarie e sociosanitarie dell'ISS, i sanitari e non sanitari che hanno comunicato la propria scelta riguardo all'obiezione di coscienza al primo agosto 2024 sono 67. La Direzione informa altresì che tali comunicazioni afferiscono esclusivamente al personale sanitario e non sanitario non direttamente coinvolto nel percorso dell'IVG, in quanto è stata palesata l'esigenza di compatibilità con la normativa vigente in materia di tutela della privacy. Le informazioni relative al personale sanitario e non sanitario dell'UOC Ostetricia Ginecologia e del Consultorio, come previsto dall'articolo 15 comma 10, sono rese disponibili alle assistite che ne possono fare richiesta. È comunque garantita la presenza di un ginecologo non obiettore, in modo tale da completare entro i 7 giorni previsti dalla legge il percorso dell'IVG.

Miriam Farinelli (RF): Mi sarebbe piaciuto che nei nostri questionari di gradimento fosse riportata anche la motivazione. Sono questionari non nominali, per cui la privacy della donna è assolutamente garantita, e la motivazione che porta una donna a interrompere una gravidanza in evoluzione, secondo me, è fondamentale per permettere a noi che facciamo politica, che facciamo le leggi, di fare le cose migliori per cercare che l'interruzione di gravidanza sia davvero l'ultimo step al quale la donna debba afferire. Sulla formazione, sulla carta facciamo un sacco di cose. Anche qui mi piacerebbe sapere se quello che noi facciamo, quello che l'Istituto eroga, sia adeguato a quelle che sono le esigenze delle donne. E quindi, nell'ambito dei questionari, avere menzione della motivazione che ha portato la donna all'interruzione di gravidanza e cosa pensa dell'accoglienza al Centro Salute Donna, proprio per fare formazione sulla contraccezione, perché l'interruzione di gravidanza deve essere sempre l'ultima opzione. Noi abbiamo questo compito, che è un compito importante, perché siamo i depositari della legge, e questo ci deve mettere nelle condizioni, con tutti i dati che abbiamo raccolto e che raccogliamo, di fare le cose migliori. I numeri sono numeri importanti per la nostra piccola realtà, soprattutto considerando che abbiamo un calo di natalità. Dobbiamo fare la legge migliore che si può e le cose migliori che si possono fare. È quello che la politica deve dare sempre, nell'ambito dell'assoluta libertà della donna di interrompere la gravidanza, questo nella maniera più assoluta. Però noi dobbiamo dare il massimo per far sì che la donna abbia tutte le cose, tutte le opzioni, per decidere come vuole e quando vuole, però dati alla mano e non solamente i nostri numeri.

Aida Maria Adele Selva (PDCS): La prima cosa che dico è che ho un grande dolore a leggere questi dati. Non è una questione polemica, né devo convincere nessuno, però quando si leggono queste relazioni con questi dati, di una gravità inaudita secondo me, posso solo dire che per me è una grande sofferenza. La cosa che voglio sottolineare, leggendo l'anno 2024, è che ci sono 22 IVG, di cui 18 farmacologiche: anche qui, secondo me, c'è un problema grave. Perché il fatto di prendere la famosa pillola RU486, è stato sponsorizzato per motivi economici e non certo per tutelare la salute della donna. Gli ultimi studi scientifici danno dei dati spaventosi. Bisognerà che le donne siano informate su questo fatto per la tutela della loro salute. Allora, pongo l'attenzione affinché chi di dovere, in questo caso penso il consultorio, faccia in modo che la donna non si ritrovi a dover scegliere se abortire o no. Perché l'aborto farmacologico è molto peggio per la salute della donna rispetto a quello chirurgico. È stato presentato come un'operazione semplice e sicura, come se si andasse in farmacia a



prendere un calmante, quando invece ci sono emorragie, gravi infezioni, dolori intensi e conseguenze psicologiche devastanti. Un aborto chimico tra la sesta e la nona settimana: il concepito ha già i tratti umani. La donna, quando lo espelle da sola a casa, molte volte anche nel bagno, lo vede. Secondo voi questo non ha effetti devastanti su una donna? Non si può lasciarle sole. Non sto accusando nessuno, sto dando vigore a quello che dico perché, secondo me, una donna che sceglie l'aborto chimico deve essere avvisata e informata per la propria salute. Come si fa ad analizzare un fenomeno se non si hanno i dati? Occorre che il modulo nostro, che mi auguro venga aggiornato da chi di competenza, sia conforme a quello italiano, come avviene per l'Istat, in modo che ci siano i dati: stato civile, titolo di studio, se è la prima volta, se è la seconda, lo stato occupazionale. È importante saperli, nel rispetto della privacy, per la salute della donna. È necessario avere i dati. Le IVG ripetute: questa società non ha la cultura della vita, ma la cultura della morte, perché ha fatto passare il messaggio che abortire è come andare a fare una passeggiata. Non è così. Tuteliamo le donne, prima di tutto, per prevenire gravidanze indesiderate e per far sì che, qualora decidano di abortire, lo facciano in sicurezza. Il problema della denatalità: tutti ci stupiamo della denatalità, però se non si dà valore alla vita, questa forse è una delle conseguenze. L'altro dato che penso necessiti di un'indagine scientifica: non so se è normale che i casi di aborto spontaneo siano così frequenti nella nostra società a San Marino. Sono 38 casi nel 2024, in aumento rispetto ai 31 del 2023. Anche qui, come la relazione consiglia, bisognerà indagare le cause.

Emanuele Santi (Rete): Credo che ci siano elementi che debbano portare alcune riflessioni. I dati che ci vengono proposti sono dati che certificano il fatto che questa legge, a San Marino, serviva. Serviva perché eravamo indietro di tanti anni. Prima le ragazze, le donne, andavano ad abortire nelle segrete stanze a pochi chilometri da qua, a Rimini. Oggi lo possono fare sotto la tutela dell'ISS qua a San Marino. Su questo aspetto io credo che abbiamo fatto un grosso passo di civiltà. I numeri sono importanti se li rapportiamo ai numeri dei nuovi nati e di fatto siamo a un rapporto quasi del 15%. Questo è un dato sul quale credo sia necessario riflettere. Sulla questione dei dati, anche io rilevo, a mio avviso, attraverso il consultorio o comunque attraverso le pratiche prese in carico, che un maggior dettaglio delle motivazioni, dello stato civile della persona, del titolo di studio, dello stato occupazionale, eccetera, sia importante. Indipendentemente dal fatto che deve rimanere chiaro il principio che la donna deve essere libera di scegliere, noi come politica dobbiamo capire per quali ragioni ci sono donne che decidono di abortire. Noi dobbiamo cercare di dare strumenti per intervenire, se ci sono ad esempio situazioni di difficoltà. Parliamo tanto di denatalità, e dobbiamo interrogarci sul motivo per cui le donne decidono di abortire: perché in una fase della vita non se lo possono permettere economicamente, per ragioni di lavoro, di studio, per mille ragioni. Per quale motivo? Noi dobbiamo farlo facendo salvo il fatto che la donna deve essere libera di scegliere il motivo per cui decide di abortire. Quindi credo che questa relazione, segretario, debba contenere anche questo aspetto, che ci possa dare spunti per migliorare il nostro welfare, perché lì parliamo davvero di natalità. Le motivazioni possono essere tante e credo che debbano essere messe a fuoco. Il dato che mi ha invece davvero allarmato è quello degli aborti spontanei. Il dato degli aborti spontanei dovuti a cause di stili di vita, diciamo così. Anche questo ci impone delle riflessioni, perché qui siamo di fronte forse a persone che, al contrario, vorrebbero una gravidanza, ma per una serie di motivi derivanti dagli stili di vita non riescono a portarla avanti. Su questo noi come politica e l'ISS dobbiamo garantire politiche e interventi che possano migliorare lo stile di vita, per garantire magari a chi vorrebbe avere figli e non li può avere, o deve purtroppo avere aborti spontanei, condizioni migliori. Lo stile di vita lo si migliora con la comunicazione, con la formazione e con l'informazione. In Italia in questo periodo c'è un dibattito molto acceso sulle ore di educazione sessuale a scuola. Penso che sia arrivato il momento, anche a San Marino, di cominciare a parlare di educazione sessuale e affettiva. Per cercare di far comprendere ai nostri ragazzi fin dalla giovane età l'importanza di un'educazione affettiva e sessuale sana, libera da pregiudizi e da oscurantismi che ormai sono anacronistici. Io penso che un passo importante, per comprendere le situazioni e per migliorare i rapporti tra i nostri ragazzi di ambo i sessi.



Guerrino Zanotti (Libera): Certo, i numeri preoccupano, e non credo ci sia nessuno all'interno dell'aula, neanche fra chi è stato un fermo sostenitore dell'introduzione di questa legge, che possa leggere questi dati senza riflettere profondamente sulla portata di questa realtà. Però non possiamo esprimere giudizi sulla dimensione del fenomeno perché non conosciamo ciò che accadeva prima, nella disinformazione più totale, e soprattutto nel fatto che le donne venivano in qualche modo abbandonate al loro destino, senza tutta l'attività di supporto che l'introduzione della legge 127 del 2022 prevede. Quindi sì, sono dati preoccupanti; tant'è che nella relazione si fa riferimento alla necessità di implementare negli anni una serie di informazioni — sempre nel rispetto della privacy e dell'anonimato — relative ad alcuni tratti caratteristici delle donne che decidono per un'interruzione volontaria di gravidanza. Avere dunque, oltre all'età, informazioni sulla condizione sociale, economica e sulle reali motivazioni credo sia molto utile per analizzare questa realtà, che non esiste solo da due anni, da quando la legge è in vigore, ma esiste da sempre. Devo dire la verità: quello che mi lascia abbastanza perplesso è il fatto che tra le donne che hanno deciso di interrompere una gravidanza ci siano donne appartenenti a una fascia d'età elevata. Si dà spesso per scontato che dovrebbero essere persone consapevoli, che hanno fatto un percorso di vita, che magari hanno rapporti più stabili, condizioni sociali ed economiche più solide. Un altro dato che chi mi ha preceduto ha sottolineato è quello degli aborti spontanei, un numero davvero preoccupante, e anche le concause riportate. Qui torniamo a ciò che dicevamo in comma comunicazioni: il principale obiettivo e la principale attività di un sistema sanitario è la prevenzione. Gli stili di vita corretti possono evitare di arrivare a condizioni patologiche come l'obesità o stili di vita scorretti come abuso di alcol, droghe e quant'altro. Questo è uno dei principali obiettivi di chi gestisce la sanità. È anche per questi motivi che abbiamo puntato tanto su un cambio di rotta che andasse proprio nella direzione del potenziamento della prevenzione. Al di là dei numeri preoccupanti, devo dire che sono soddisfatto del fatto che ci venga presentata una situazione che ci dà il quadro di ciò che la legge prevedeva e che sembra essere applicato in maniera corretta ed efficiente da parte dell'Istituto per la Sicurezza Sociale. Viviamo in una realtà piccolissima e sappiamo quanto sia importante il rispetto della privacy: in questo senso mi pare che sia garantito. Ripeto, al di là dei numeri che devono preoccuparci e far alzare la nostra attenzione, credo che possiamo essere soddisfatti di come venga garantito un percorso corretto, con il giusto sostegno da parte dell'ISS, alle donne che decidono di interrompere la gravidanza.

Presidente della Commissione Denise Bronzetti (AR): Segretario, credo che l'attenzione che si pone in particolar modo sull'implementazione dei dati, ancorché in questionari o comunque in situazioni che devono garantire l'anonimato, sia una considerazione importante perché credo che avere maggiori dati consenta poi di fare ragionamenti più completi rispetto a un tema veramente delicato, sia per quanto attiene alle campagne di sensibilizzazione, sia per quanto attiene al supporto della donna che incorre in interruzione volontaria di gravidanza. Il tema dei dati, che devono necessariamente essere implementati, va portato all'attenzione di chi oggi questi dati deve raccoglierci e poi anche di chi successivamente dovrà elaborarli. E, consigliere Selva, mi permetta una considerazione. Ho ascoltato bene quello che lei ha detto. Chi le parla ha sempre posto un'attenzione personale molto particolare nei confronti di questo tema, ma non si può mai mettere in discussione l'autodeterminazione della donna nel fare una scelta del genere. Lei ha detto “è stata fatta purtroppo la scelta della donna di autodeterminarsi”. Io per prima avrei certamente delle difficoltà nel fare una scelta del genere, ma ciò non toglie che il diritto di autodeterminarsi della donna, di fronte a una scelta del genere, debba essere sempre e comunque garantito.

Segretario di Stato Mariella Mularoni: Condivido quanto è stato detto anche dal consigliere Farinelli: dobbiamo chiederci perché si ricorre a IVG, perché molte donne arrivano a questa alternativa, che dovrebbe essere ormai l'ultima opzione. Siamo disponibili a integrare i dati e il questionario che viene sottoposto. I numeri sono importanti, l'abbiamo detto tutti, sono importanti per



una realtà piccola come la nostra. Questo ci dovrà far riflettere anche per tutte le problematiche della denatalità. Mi ha fatto riflettere il dato dei tassi di abortività che riguardano le donne in età superiore ai 36 anni. Questo è un dato che forse ci deve far riflettere e vedere anche di intervenire con monitoraggio, con la formazione e con la parte informativa, attraverso interventi adeguati.

Miriam Farinelli (RF), replica: Nella maniera più assoluta l'aborto chirurgico non è da preferire all'aborto farmacologico, proprio per l'impatto che l'aborto chirurgico ha nei confronti del corpo umano rispetto all'aborto farmacologico. È chiaro che qualsiasi cosa noi facciamo comporta dei rischi: ci sono complicanze sia per l'aborto farmacologico che per quello chirurgico. Il tasso di abortività è ovviamente preoccupante, assolutamente. Nel tempo abbiamo avuto sempre un tasso di abortività molto alto. Ci tengo a dire che le donne che sono affette da poliabortività sono tutte sottoposte a controlli particolari, di tipo cromosomico e di tipo coagulativo, che sono i due settori dove frequentemente ci si gioca la partita. Però bisogna sempre tenere alta la guardia, perché ancora sono poche le donne che hanno problemi cromosomici tali da giustificare una poliabortività rispetto alle altre. Cosa fare? Bisogna giocare su altri fronti: condotte di vita, ambiente. Bisogna tenere in grossa considerazione questo numero, che è preoccupante.

Aida Maria Adele Selva (PDCS): Solamente per chiarire che per me sarebbe bene che non ci fosse né l'aborto chimico né quello chirurgico. Quindi non è questa la questione. Non volevo far pensare che preferisca qualcosa. Ho voluto solo sottolineare che gli ultimi dati delle pubblicazioni scientifiche e gli studi evidenziano questi problemi, perché lasciare a casa sole le donne, da un punto di vista non solo fisico ma anche psicologico, è micidiale. Le mie considerazioni sono state fatte per tutelare le donne, non certo per condannare qualcuno. Io dico che l'azione di abortire — parlo dell'azione — per me è sbagliata, perché prevale il diritto alla vita. Io non posso autodeterminarmi sopprimendo la vita di mio figlio, perché sì, è mio figlio, ma non ho il diritto di annullare una vita. L'ho detto tante volte: per me prevale il diritto alla vita. Poi ognuno sceglie ciò che ritiene opportuno. Questo è ciò che penso io; non voglio entrare in polemica con nessuno. Per me prevale il diritto alla vita, quindi è superiore all'autodeterminazione. Solo questo. Non condanno nessuno. Anzi, mi dispiace che si debba arrivare ad avere numeri così elevati di aborti nella nostra realtà, quando si potrebbe evitare e prevenire questi dolorosi accadimenti.

Vladimiro Selva (Libera): Ciò di cui discutiamo non è ciò che ognuno pensa sia giusto o sbagliato: è ciò che si vuole imporre agli altri con una legge che vale per tutti. Tra l'altro, nella valutazione sull'opportunità o meno di aver fatto quella legge, credo pesi molto il fatto che prima della legge le cittadine sammarinesi che volevano abortire, abortivano esattamente come fanno oggi. Ma oggi lo Stato non le rifiuta, non le colpevolizza, non le condanna come reato penale: oggi ha la possibilità di valutare qualcosa in più su chi sono, non come nome e cognome, ovviamente, ma come categorie, fasce d'età, fasce di reddito, problematiche che le hanno portate a quella scelta. E questo magari ci permette di impostare politiche per andare concretamente a fare ciò che lei enuncia sul piano teorico: evitare l'aborto. Detto ciò, secondo me resta un diritto della donna quello di autodeterminarsi. Quello che ci permette questa relazione è di impostare politiche che diano la possibilità di arrivare invece ad avere un figlio e realizzare la propria vita nel miglior modo possibile.

Emanuele Santi (Rete): L'ultima cosa che volevo dire è che è chiaro quanto sia importante comprendere le motivazioni che spingono le donne ad abortire. Credo che nel 2025 sia importante poter analizzare questi aspetti, perché ci può dare la possibilità di mettere in campo politiche per evitare l'aborto, fatto salvo che per noi è un diritto inviolabile quello di poter decidere se tenere un figlio o meno. L'ultimo aspetto riguarda il consultorio. Il consultorio si chiama "Salute Donna": quando era stato pensato e istituito, era un consultorio, aperto a tutti. Chiedo se siano stati fatti corsi o formazione per dare risposte anche alle persone LGBT, e soprattutto ai ragazzi. Ci sono tanti ragazzi a San Marino che fanno domande ma purtroppo non hanno risposte, o comunque vivono situazioni in



cui non possono esprimersi in maniera aperta. Quindi chiedo se il personale sia stato formato, se si riescono a dare risposte, e soprattutto quanti accessi ci siano stati. Anche questo sarebbe importante: capire se casi sono stati seguiti, quanti e come. Io so di ragazzi, anche minorenni, che nel tempo hanno avuto bisogno di certe risposte e non hanno trovato nell'ISS un servizio che potesse dare completamente quelle risposte.

Segretario di Stato Mariella Mularoni: Commissario Santi, se ci sono chiarimenti o informazioni richieste, ci attiviamo per averle magari nella prossima Commissione. Però il consultorio è aperto a tutti.

Comma 3. Riferimento del Segretario di Stato per la Sanità in merito all'applicazione della Legge n.24/2024 “Norme a tutela dei soggetti affetti da fibromialgia” a seguito di approvazione, da parte del Consiglio Grande e Generale, di Ordine del Giorno nella seduta consiliare del 12 giugno 2025

Segretario di Stato Mariella Mularoni: Il riferimento è stato elaborato anche sulla base di una relazione inviata dal Direttore delle Attività Sanitarie, in ottemperanza all'ordine del giorno approvato dal Consiglio Grande Generale nella seduta del 12 giugno 2025, in merito all'applicazione della legge 24 gennaio 2024 n. 10, “Norme a tutela dei soggetti affetti da fibromialgia”. Nel 1992 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto la fibromialgia come patologia, includendola nell'International Statistical Classification of Diseases Related. Nel 2024 San Marino è diventato uno dei primi Stati al mondo dotato di una norma specifica. La legge n. 10/2024 riconosce la fibromialgia come malattia caratterizzata da dolore cronico diffuso associato a stress emotivo, disagio, con limitazioni somatiche e psicologiche, e, al fine di garantire un alto livello di tutela della salute e migliorare le condizioni di vita delle persone affette, garantisce la tutela sanitaria, la diagnosi precoce, l'accesso alle cure mediche e terapeutiche multidisciplinari, la formazione del personale medico, gli studi e le campagne di sensibilizzazione. Nella vicina Italia, solo nell'ottobre 2025 è stato previsto un aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che include la fibromialgia limitatamente alle forme cosiddette “severe”. In merito agli adempimenti previsti dalla legge, l'Istituto per la Sicurezza Sociale riferisce quanto segue. Per quanto riguarda le disposizioni per la cura e la tutela dei soggetti affetti da fibromialgia, di cui all'articolo 3, l'ISS ha emesso il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) Fibromialgia, aggiornato al 10 giugno 2024 e tutt'oggi in vigore, che individua le figure coinvolte nella diagnosi e nella cura della fibromialgia e i relativi protocolli terapeutici redatti dall'équipe multidisciplinare. La spesa farmacologica è garantita agli assistiti ISS secondo quanto previsto dal Prontuario Farmacologico. Il Comitato Esecutivo ISS, con delibera n. 18 del 28 novembre 2024, ha approvato la proposta del Collegio di Direzione (deliberata il 15 maggio 2024) relativa al riconoscimento di un rimborso forfettario di 150 euro all'anno a favore di ciascun assistito affetto da fibromialgia, per prestazioni di psicoterapia e/o ginnastica dolce in acqua prescritte dal medico curante. A fini statistici è stato inserito il codice ICD9-CM relativo alla fibromialgia nella cartella sanitaria di ciascun paziente affetto dalla patologia. Ad oggi sono 319 i soggetti cui è stata diagnosticata la fibromialgia. Il Direttore delle Attività Sanitarie e Sociosanitarie ha riferito che idonei corsi di formazione per la diagnosi e per i relativi protocolli terapeutici saranno considerati nell'ambito della definizione del Piano Annuale Formativo (PAF) 2026. L'équipe multidisciplinare garantisce le best practices attraverso l'aggiornamento periodico del PDTA sulla base delle eventuali nuove evidenze. È in corso una procedura di revisione del PDTA alla luce delle più recenti linee guida internazionali e dei LEA italiani, nell'ottica di prevedere piani riabilitativi complementari oltre ad adeguata terapia farmacologica. Sul sito ISS sono disponibili informazioni e link utili sulle nuove acquisizioni scientifiche, con particolare riferimento ai problemi concernenti la diagnosi precoce e alle problematiche correlate. Sono in corso iniziative di informazione e sensibilizzazione nell'ambito del progetto “Un minuto per la tua salute”, che propone contenuti brevi e utili su educazione, prevenzione e tutela della salute. Sono pervenute alla Segreteria note da parte dell'Associazione Fibromialgia San



Marino, dell'USL e della CS, contenenti richieste riguardanti gli adempimenti previsti dalla legge. Un aspetto segnalato da più parti — e non riferito solo alla fibromialgia — è quello relativo ai farmaci che precludono la guida di autoveicoli o l'uso di macchinari. In merito alla richiesta di documenti di manleva, il dirigente del Dipartimento Sociosanitario ha chiarito che, su richiesta dell'interessato e per gli usi consentiti dalla legge, il medico può rilasciare una certificazione che documenta la prescrizione di uno o più farmaci potenzialmente incidenti sull'idoneità alla guida, senza citare la diagnosi. Tale documento non rappresenta mai una licenza alla guida né un'esenzione di responsabilità. La normativa vigente sulla patente ha come scopo primario la tutela della sicurezza pubblica e dell'incolumità fisica dei cittadini. Nella seduta del Consesso di Stato del 26 agosto 2025, è stata adottata la delibera n. 36 che dispone la costituzione di un gruppo di lavoro per la dignità lavorativa nei casi di fibromialgia, depressione e altre patologie croniche che generano esclusione sociale. Il gruppo dovrà presentare una prima relazione entro 90 giorni dalla costituzione (8 gennaio 2026), mappare le criticità esistenti, proporre strumenti di supporto psicologico e legale, meccanismi di flessibilità contrattuale o tutela specifica anche nel settore pubblico allargato, elaborare eventuali proposte di revisione normativa e proporre campagne informative contro lo stigma. Dall'incontro dell'8 ottobre 2025 non sono emerse segnalazioni significative di discriminazione lavorativa, salvo il caso di una persona che, a causa delle terapie assunte, non può condurre il muletto. Le associazioni datoriali e sindacali ritengono che la normativa vigente preveda già tutte le tutele in caso di idoneità limitata o non idoneità. Come previsto dall'ordine del giorno approvato dal Consiglio Grande Generale nella seduta del 12 giugno, saranno debitamente convocate le associazioni di rappresentanza delle persone affette da fibromialgia per raccogliere osservazioni e proposte migliorative.