

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

Martedì 29 settembre 2026, mattina

L'audizione dei vertici ISS al centro della seduta mattutina della Commissione Consiliare Permanente Igiene e Sanità, Previdenza e Sicurezza Sociale, Politiche Sociali, Sport, Territorio, Ambiente e Agricoltura. Un confronto ampio, aperto dalle comunicazioni con Matteo Casali di Repubblica Futura, che concentra l'intervento sulle "emergenze architettoniche" del Paese: dall'ex Istituto Musicale al Cinema Turismo, dalla Salita Malagola al Teatro di Dogana, dall'ex Tiro a Volo al Nido del Falco fino al Kursaal. Per Casali il problema è l'"assenza di una progettualità complessiva". Sull'ex Istituto Musicale chiede quale sia la destinazione futura dell'immobile, mentre sul Cinema Turismo sollecita chiarimenti sui costi e sull'evoluzione progettuale dopo il mancato proseguimento dell'incarico originario. Critiche anche alla sistemazione di Borgo e ai tempi degli altri cantieri: "È inutile propagandare i massimi sistemi", afferma, contrapponendo alla pianificazione strategica quella che definisce la "politica del fare", che a suo giudizio rischia di limitarsi a opere ordinarie senza incidere sullo sviluppo complessivo del Paese.

Gaetano Troina di Domani-Motus Liberi condivide la necessità di intervenire sul centro storico, ma sposta poi il confronto soprattutto sul tema della casa. Riconosce al Segretario Ciacchi gli interventi sull'edilizia sovvenzionata, sottolineando però che "il problema della casa non è affatto risolto". Secondo Troina, l'aumento dei prezzi porta sempre più sammarinesi a cercare immobili e mutui fuori territorio, mentre le nuove costruzioni interne raggiungono in alcuni casi valori difficilmente accessibili alle famiglie e ai giovani. "Se non trovano casa, se non riescono a sostenere i costi della vita di oggi – osserva – è inevitabile che cerchino lavoro fuori, cerchino casa fuori e finiscano per costruire la propria famiglia fuori". Sul fronte carburanti propone inoltre di valutare una maggiore differenziazione dello sconto SMAC a favore dei residenti e di chi lavora in Repubblica.

Sulle condizioni del territorio interviene anche Miriam Farinelli di Repubblica Futura, che richiama in particolare le situazioni di Villa Malagola, Nido del Falco, Istituto Musicale e Cinema Turismo. Per Farinelli si tratta di luoghi che incidono direttamente sull'immagine del Paese: "Sono tutti elementi che sottolineano la mancanza di cura del nostro territorio". Da qui la richiesta di fissare priorità accompagnate da "date precise entro le quali portare a termine i lavori", evitando che cantieri e immobili restino per anni in condizioni di degrado o abbandono.

Emanuele Santi di Rete torna invece sul caro carburanti e sul costo dell'abitare. Con la benzina indicata intorno a 2,25 euro al litro, giudica non più sufficiente l'intervento attraverso la SMAC e invita il Governo a valutare ulteriori misure: "Oggi fare benzina è diventato veramente un'impresa, in tutti i sensi". Anche sulla casa, Santi parla di una situazione non più sostenibile per giovani e famiglie, indicando la necessità di affrontare le ragioni strutturali dell'aumento dei prezzi. A suo giudizio occorre "qualche intervento più incisivo", anche verificando il peso della concentrazione degli immobili e le dinamiche che mantengono bassa l'offerta. L'opposizione, aggiunge, è disponibile a "sedersi a un tavolo" per cercare soluzioni condivise.

Nella replica, il Segretario di Stato al Territorio Matteo Ciacchi riconosce la centralità del caro vita e della questione abitativa. "Oggi con 1.500, 1.600 o 1.700 euro al mese si fa fatica ad arrivare alla fine del mese", afferma, indicando la necessità di soluzioni strutturali e richiamando, per gli affitti, il tema del canone calmierato. Ciacchi accoglie anche la disponibilità al confronto manifestata dalle opposizioni. Più marcata la distanza sulle opere pubbliche. Alle accuse di mancanza di progettualità risponde che "progettare significa fare le cose, significa arrivare a realizzarle", rivendicando gli interventi avviati e programmati.



Il Segretario entra quindi nel merito dei singoli cantieri. Per il parcheggio della Baldasserona indica il 2027 come anno di conclusione dell'intervento; per la Salita Malagola l'obiettivo è arrivare a Pasqua 2027 con il recupero del parco e dell'area. Sul Cinema Turismo riferisce che il progetto viene portato avanti dall'AASLP, mentre sull'ex Istituto Musicale è in corso una progettazione della stessa azienda. Quanto a Villa Malagola, Ciacci ricorda che l'immobile è della Banca Agricola Commerciale e pone il tema delle priorità di investimento, indicando per il 2027 lo studentato nell'ex Excelsior come una delle scelte principali. "Questa si chiama programmazione", ribadisce, respingendo l'idea di cantieri aperti "a vanvera" e ricordando, fra gli altri interventi, Palazzo Begni, pattinaggio, trenino, marciapiedi, cimiteri e infrastrutture di telecomunicazione.

Il cuore della mattinata si sposta quindi sulla sanità con l'audizione del Comitato Esecutivo ISS. Il Segretario di Stato Massimo Andrea Ugolini inquadra il lavoro nella necessità di costruire un sistema "sempre più centrato sulla persona, sui suoi bisogni e sulle sue necessità". Tra le priorità indica prevenzione, riduzione delle liste d'attesa, digitalizzazione, rafforzamento della medicina territoriale e semplificazione nell'accesso ai servizi. Sono in corso l'ammodernamento del portale ISS, lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dell'app SM Salute, l'introduzione della firma elettronica e una maggiore centralizzazione delle prenotazioni attraverso il CUP.

Ugolini annuncia inoltre una serie di interventi logistici e strutturali: da novembre sarà regolamentata con un limite di tre ore la sosta nei parcheggi davanti all'ospedale e all'ex Casa di Riposo; la nuova farmacia sarà collocata al livello del parcheggio, mentre il punto prelievi verrà trasferito nella palazzina dell'ex Casa di Riposo. Previsti anche l'ammodernamento della sala d'attesa del Pronto Soccorso e la ristrutturazione della camera mortuaria. Sul nuovo hospice viene sottolineato il contributo dell'Associazione Oncologica Sammarinese, mentre ASLEM sostiene il completamento del reparto di oncoematologia.

Il Segretario Ciacci illustra il piano delle strutture sanitarie e sociosanitarie: nuovi centri sanitari di Borgo Maggiore e Murata, ampliamento del Casale La Fiorina e nuova RSA convenzionata nell'ex Karnak di Chiesanuova. L'impostazione, spiega, è quella di una rete capace di "accompagnare la persona in tutte le fasi della vita". Per l'oncologia l'obiettivo è chiudere i lavori entro il 31 dicembre; i lavori della nuova farmacia partiranno il 12 ottobre, mentre per area prelievi e camera mortuaria vengono indicate tempistiche nell'ordine dei sei mesi. A Borgo Maggiore i lavori del centro sanitario sono conclusi e il passaggio successivo sarà Murata.

Alla Fiorina il progetto prevede circa 59 nuovi posti per anziani non autosufficienti, oltre all'hospice; nell'ex Karnak di Chiesanuova si ragiona invece su una RSA convenzionata da 76 posti letto, destinata prevalentemente a persone con maggiore autonomia. "Dietro non ci sono singoli interventi scollegati, c'è un disegno complessivo", sottolinea Ciacci, descrivendo una rete che parte dall'ospedale, passa per i presidi territoriali e arriva all'assistenza dell'anziano e al fine vita.

Il Direttore generale dell'ISS Claudio Vagnini presenta quindi un quadro articolato delle attività avviate dal Comitato Esecutivo. La prevenzione occupa una parte centrale della relazione: dal programma Cardio 40 allo screening del colon-retto anticipato a 45 anni, fino allo screening gratuito per l'epatite C. "La prevenzione" è uno degli ambiti sui quali, osserva Vagnini, si produce ancora "molto meno di quanto si dovrebbe". Tra i progetti richiamati anche le campagne contro le infezioni sessualmente trasmesse e il fumo, le vaccinazioni, la sensibilizzazione sull'antibiotico-resistenza e il corso gratuito rivolto ai caregiver.

Ampio spazio anche alla medicina territoriale. Il progetto "Verso le cure di prossimità" punta su infermieri di famiglia e comunità, équipe multiprofessionali, assistenza domiciliare, telemedicina e integrazione fra ospedale e territorio. Vagnini illustra inoltre gli interventi per disabilità e tutela minori, il rafforzamento della collaborazione con le associazioni e il tema dell'umanizzazione delle cure, dal "taglio cesareo dolce" alla rilevazione della qualità percepita fino al progetto "Musica in corsia".



Sul personale, il Direttore generale riferisce di procedure attive per numerosi profili sanitari e sociosanitari e richiama il progetto di attività aggiuntiva per la riduzione delle liste d'attesa. Tra le iniziative illustrate anche un progetto di revisione della terapia farmacologica negli anziani: secondo i dati riferiti in Commissione, la medication review e il deprescribing hanno prodotto nel progetto pilota una riduzione superiore al 50% dei ricoveri a trenta giorni. “Sappiamo che l'associazione di molti farmaci può diventare, in determinati casi, un problema invece che un vantaggio”, osserva Vagnini.

Il Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie Alessandro Bertolini entra nel dettaglio dell'organizzazione clinica. Tra le novità annuncia per il 6 ottobre la presentazione del rilancio di Salute Donna e riferisce del rafforzamento dell'Otorinolaringoiatria: tre specialisti a tempo pieno e uno part-time hanno consentito, secondo i dati presentati, di portare l'attesa a circa quattro giorni e di interrompere la consulenza esterna con Rimini. Il 23 novembre sarà inoltre presentato il programma di screening per il tumore del polmone, mentre al Dipartimento di Prevenzione verrà progressivamente affidata la gestione e il monitoraggio dei dati degli screening.

Bertolini riferisce anche dell'avvio dal 1° ottobre delle visite pediatriche domiciliari per i pazienti fragili tra zero e quattordici anni e della medicina proattiva dei medici di base, che alla fine di agosto avrebbe fatto registrare un incremento del 53% delle visite domiciliari rispetto allo storico dell'anno precedente. Quanto alle liste d'attesa, delle 47 tipologie che l'ISS deve pubblicare, 30 sono indicate entro i tempi e 17 fuori standard. Dieci riguardano visite specialistiche e sette prestazioni diagnostiche. Per ridurre i tempi sono già partite prestazioni aggiuntive in gastroenterologia, radiologia e ortopedia, con ulteriori servizi pronti ad aderire. “Se aumentiamo gli slot disponibili, abbassiamo le liste d'attesa”, sintetizza Bertolini.

Il Direttore amministrativo Manuel Canti concentra invece l'intervento sulla riorganizzazione gestionale dell'Istituto. Tra gli obiettivi indica la riduzione del ricorso a singole delibere e la costruzione di cornici regolamentari stabili, citando il regolamento sulle prestazioni aggiuntive e quello relativo a prestazioni e rimborsi. “Il cittadino deve sapere che cosa garantisce il sistema sanitario e sociosanitario”, afferma, sottolineando l'esigenza di maggiore trasparenza. Sul personale vengono richiamati il Piano Generale delle Assegnazioni, aggiornato tendenzialmente ogni due settimane, la revisione dei sistemi di valutazione e gli strumenti per la mobilità. Per i medici, il nuovo modello collega metà della valutazione agli obiettivi di budget e metà alla qualità della prestazione e alle capacità professionali e gestionali.

Sul fronte economico e organizzativo Canti riferisce inoltre di circa 150 mila euro di risparmi già ottenuti su alcune commesse precedentemente affidate all'esterno e affronta il tema della libera professione, indicando la necessità di tariffe competitive rispetto alle strutture vicine. La prima sperimentazione organizzativa dovrebbe riguardare l'oculistica, concentrando le prestazioni libero-professionali in giornate definite per ottimizzare l'impiego delle équipe.

Alle relazioni del Comitato Esecutivo seguono le domande dei consiglieri, con il confronto che torna su alcuni dei nodi più politici. Emanuele Santi chiede anzitutto “che fine ha fatto” il progetto del nuovo ospedale e se sia ancora questa la direzione strategica, alla luce degli investimenti in corso sulla struttura esistente. Sollecita poi una valutazione sull'atto organizzativo del 2024, sulle modalità con cui si intendono abbattere le liste d'attesa e sulla crescita del fabbisogno finanziario dell'ISS. Sullo screening mammografico, passato nel dibattito pubblico da una cadenza annuale a una biennale, Santi chiede se la scelta sia stata rivista e se abbia avuto motivazioni economiche, precisando di auspicare che “la direzione non sia quella del taglio dei servizi”. Infine domanda ai vertici dell'Istituto se siano messi nelle condizioni di lavorare “serenamente” rispetto alla pressione della politica.

Matteo Casali riprende il tema del modello sanitario e del rapporto fra universalità, qualità e sostenibilità, chiedendo quale contributo venga richiesto al Comitato Esecutivo nella definizione della sanità futura e quale sia il collegamento con l'eventuale nuovo ospedale. Anche Casali insiste sul caso



dello screening mammografico e sugli obiettivi di budget, chiedendo di chiarire se il passaggio alla cadenza biennale rappresentasse l'allineamento a un criterio clinico o una riduzione di uno standard più cautelativo per ragioni di spesa. Ma il passaggio più critico riguarda la distanza tra i progetti illustrati e l'esperienza quotidiana degli utenti. Casali cita casi di anziani rimasti per sette o otto ore in Pronto Soccorso prima di trovare una sistemazione e invita a "non confondere mai i progetti, le cose che sono in itinere e i desideri con la realtà dei fatti che il cittadino incontra oggi".

Sul Pronto Soccorso insiste anche Gaetano Troina, chiedendo se i dati dell'ISS confermino la percezione di un forte sovraccarico e di attese prolungate anche in situazioni di una certa criticità. Il commissario domanda inoltre di acquisire agli atti eventuali relazioni scritte del Comitato Esecutivo, alla luce della quantità di dati forniti, e chiede chiarimenti sulla ricognizione del personale: in particolare, se siano state riscontrate situazioni di sovrannumero o assegnazioni non corrispondenti a effettive esigenze delle Unità Operative. Ultimi temi, l'esternalizzazione delle cucine e l'organizzazione della mensa dell'ISS, con la richiesta di chiarire sia la collocazione del personale rimasto in capo all'Istituto sia le criticità segnalate sui tempi di accesso e sulla contemporanea presenza di personale sanitario e utenza civile negli stessi spazi.

Il dibattito proseguirà nel pomeriggio a partire dalle 15.

Di seguito un estratto dei lavori

Comma 1 - Comunicazioni

Matteo Casali (Rf): Nei mesi scorsi si è parlato molto di pianificazione territoriale, molto e purtroppo, secondo me, anche un po' a sproposito, visti poi gli esiti. Io vorrei cercare, in questa sede, di sottoporre alcune considerazioni ribaltando un pochino il punto di vista, cioè vorrei parlare di territorio dal punto di vista delle emergenze architettoniche, che in questo Paese purtroppo assumono semanticamente un doppio ruolo, un doppio significato: non soltanto quello di elemento notevole che spicca nel contesto urbano e che può indirizzare lo sviluppo, dal polo funzionale al landmark, lo possiamo chiamare come vogliamo, ma a San Marino purtroppo l'emergenza architettonica è semanticamente più affine al significato di caso irrisolto. E vedremo che, purtroppo, anche affrontando il tema da questo punto di vista, da quello che qualcuno definisce, a proposito o a sproposito, come la politica del fare, il risultato finale non cambia. Parto da un oggetto che è sparito completamente dai radar e dalle cronache, l'ex Istituto Musicale. Bisognerebbe fare una breve storia triste di questo edificio, anche se in realtà la storia è piuttosto lunga. Si parte con un concorso di idee nei primi anni Duemila e con un appalto che parte, a mio modo di vedere, per un'ingerenza politica, nel senso che probabilmente quell'appalto non era ancora maturo per partire, ma c'era qualche scadenza politica per cui si riteneva che dovesse essere avviato. Si accumula poi in capo a un'unica impresa una serie di progetti e di appalti assegnati per somme complessivamente ingenti. Arrivano problemi autorizzativi dopo l'appalto, la politica interviene ancora e richiede una variante esagerata, che sarebbe costata più della metà dell'opera iniziale, poi cambia il Governo, arriva il forfait definitivo dell'impresa proprio quando il Governo ritorna sui propri passi. All'AASLP e alla sua amministrazione rimane un lavoro immane per la chiusura di tutti i contenziosi aperti con quell'impresa e, all'inizio della scorsa legislatura, si pensa bene di rinchiudere l'ex Istituto Musicale dentro un bel sudario, anche con una certa spesuccia. Sono passati sei anni, il sudario è ormai stracciato, l'Istituto Musicale si trova altrove perché lo spostamento era un'emergenza architettonica, non un'emergenza organizzativa o scolastica, e fra l'altro qualcuno ha chiuso un istituto scolastico dopo aver fatto propaganda esattamente nella direzione opposta, perché qualcun altro, nella legislatura ancora precedente, aveva pensato per un anno di non organizzare una classe prima a Murata, però quando poi è stato al Governo ha chiuso di botto un istituto scolastico e allora andava bene. Ma tant'è, l'ex Casa Martelli è ancora lì. La domanda è molto semplice: che cosa intendiamo farci? Qual è la sua destinazione d'uso? Non si può fare l'ascensorino e dare a intendere che Borgo abbia cambiato



faccia quando, duecento metri dopo, sotto il vestito non c'è ancora niente. Un ascensorino che, secondo me, è anche abbastanza discutibile dal punto di vista estetico, perché mi sembra un'opera pensata un po' poco dal punto di vista paesaggistico, diciamo così. E non parliamo poi della piazza di Borgo, del progetto di pavimentazione con il quale forse da troppi anni si illudono i borghigiani. Quell'asfaltatura è ancora lì da decenni e io temo che anche lo stradone asfaltato, eventualmente con un conglomerato bituminoso colorato, possa fare più o meno la stessa fine.

Un'altra emergenza architettonica è il Cinema Turismo di Città. I lavori sono iniziati, sono stati inaugurati dai Segretari in televisione due o tre volte. Io ricordo Belluzzi addirittura commosso, con le lacrime agli occhi, che diceva: "È il posto della mia gioventù", e via dicendo. Sul cantiere si sono succeduti un paio di cartelli, poi sono arrivate le voci sulla lievitazione dei costi rispetto agli originari sei milioni di euro, poi la scomparsa del Cinema Turismo dagli elenchi mirabili di Ciacci, poi la nostra interpellanza, semplice semplice, che ha impiegato sei mesi per ottenere una risposta. E quando la risposta è arrivata, sei mesi dopo, ci è stato detto che il progetto non c'era ancora, nonostante parlassimo di un cantiere inaugurato due, tre, quattro volte e di sei milioni di euro di costi, peraltro escludendo tutta la sistemazione del Parco della Pasquella. Quindi, in realtà, parliamo di costi ulteriormente lievitati. Adesso c'è una delibera del 23 giugno scorso, quindi di un paio di mesi fa, dalla quale apprendiamo che il capoprogetto non ha accettato determinate condizioni e che il progetto viene portato avanti e chiuso dall'Azienda Autonoma di Stato per i Lavori Pubblici. Non sappiamo se questo avverrà entro gli stessi tempi e io credo che sarebbe il caso che il Segretario di Stato ci riferisse sulla composizione della vicenda con l'architetto non confermato, sui costi finali dell'operazione, anche dal punto di vista progettuale, e, a mio modesto parere, anche sulla possibilità di portare avanti sic et simpliciter un progetto che non era in fase preliminare e che, fino a prova contraria, è proprietà intellettuale di qualcun altro. Quindi ci sono temi che non sono affatto banali. In ogni caso, il Cinema Turismo inaugurato due o tre volte è ancora di là da venire.

Apro poi una parentesi sulla Salita Malagola. Anche questa è stata una grande fiammata di propaganda, ma i lavori paiono fermi da tempo e certamente non mi sembra che il cantiere sia avanzato. Io ho avuto modo di buttare un occhio al cantiere e, durante l'estate, non credo che si sia mosso granché, se non nulla. Adesso andiamo incontro a una stagione che forse è la meno indicata per fare determinati lavori e io guardo soprattutto alla sorte del parco, del giardino e della piscina tutelati dalla Legge n.147 del 2005.

Potrei andare avanti con altri esempi, quasi a nastro, di emergenze architettoniche. Il Teatro di Dogana, l'unica sede che abbiamo per eventi di un certo tipo, che da anni ha bisogno di interventi sostanziali o comunque di una decisione. L'ex Tiro a Volo: bene tenerlo in piedi, e ricordo che a inizio legislatura il Segretario Ciacci aveva anche destinato qualche fondo, ma, al di là del deturpamento provocato dalla seconda antenna nel parco, perché la prima è qui e la seconda è quella, un'idea di utilizzo e di sviluppo non c'è. L'ex Nido del Falco: facciamo la battaglia contro il degrado e poi lo Stato è il primo a dare un esempio di degrado in pieno centro storico. Che cosa ne facciamo? E che cosa facciamo anche del Kursaal, di questa sede? Perché anche questo è un tema. Si parla della sede per San Marino RTV, tirata fuori dal direttore Sergio, e questo dopo il deturpamento della prima antenna, perché la seconda antenna è quella che ho citato prima, poi c'è anche la prima. Non parliamo poi dell'ospedale di Loch Ness, perché di quello parleremo fra un po'. Insomma, nel palmarès ciacciano, che sicuramente il Segretario ci elencherà, oltre all'immarcescibile pattinaggio, rimane il trenino biancoazzurro, con lavori che disattendono gli indirizzi della Commissione per le Politiche Territoriali e con uno studio di fattibilità che ancora non ci è stato fornito, nonostante ci fosse stato promesso. Prima non c'era, poi c'era, poi è stato trovato in un cassetto, insieme ai denari buttati nel parcheggio della Baldasserona. In definitiva, anche prendendo il problema dal verso delle emergenze territoriali e architettoniche, emerge chiaramente, in tutta la sua drammaticità, l'assenza di una progettualità complessiva. A mio avviso è inutile propagandare i massimi sistemi. Da un lato abbiamo la pianificazione strategica che non affronta i problemi, con il PRG che è tutto lì, dall'altro abbiamo la politica del fare, quando questo "fare" finisce per esaltare opere del tutto ordinarie, come l'ascensorino di Borgo, e per bearsi di piccoli passi, talmente piccoli che il Paese, dal punto di vista dello sviluppo, non si muove di un millimetro.



Gaetano Troina (D-ML): Il collega Casali svolge sempre puntualmente un'approfondita disamina della situazione del nostro territorio e ci ricorda quante questioni siano ancora aperte e abbiano bisogno di soluzioni. Io ricordo molto bene anche quando abbiamo trattato il tema del centro storico di Città. Era stato approvato un ordine del giorno, se non sbaglio al momento dell'approvazione del bilancio dello scorso dicembre, con il quale ci si prendeva un impegno preciso. Io penso che sia nell'interesse di tutti vedere riqualificato il nostro centro storico, che è la vetrina che presentiamo ai turisti quando visitano il nostro Paese, e obiettivamente negli ultimi anni ci sono alcuni angoli del centro storico che sono stati abbastanza abbandonati. Io capisco che ci siano sempre mille priorità, mille questioni alle quali badare, però quello è ciò che un turista vede a colpo d'occhio quando visita la nostra Repubblica e, obiettivamente, è da troppo tempo che sembra tutto fermo. Detto questo, volevo trattare altri due temi. Non tocco il tema sanitario, visto che successivamente abbiamo un comma dedicato proprio a quello, e mi concentro quindi su altre questioni. La prima l'ho già affrontata nella Commissione Finanze della scorsa settimana, ma penso sia opportuno trattarla anche qui, ed è il tema della casa. Io riconosco al Segretario Ciacci di essersi fatto parte attiva all'inizio di questa legislatura e, obiettivamente, la legge sull'edilizia sovvenzionata ha visto delle modifiche che sicuramente hanno dato un aiuto ad alcuni cittadini. Però il problema della casa non è affatto risolto. E lo voglio sottolineare perché, altrimenti, si finisce sempre per attribuire la responsabilità al singolo Segretario: la questione della casa non è una responsabilità del solo Segretario Ciacci, è un tema che deve essere affrontato a trecentosessanta gradi. Io ho sottolineato l'altro giorno in Commissione Finanze che, per quanto ci risulta come forza politica, diversi nostri concittadini in questo momento, non potendosi permettere l'acquisto di un appartamento nella Repubblica neppure con l'aiuto dello Stato, a causa dell'eccessivo costo delle abitazioni ma anche dell'elevato tasso di interesse dei mutui, devono necessariamente, quando ci riescono, guardare all'Italia. Comprano appartamenti fuori confine e chiedono mutui in Italia, e questo crea almeno un doppio problema. Da un lato c'è il fatto che aumentano inevitabilmente anche i prezzi nel circondario, perché ormai sanno che i nostri concittadini stanno cercando casa fuori San Marino e quindi, mi dicono, stanno lievitando anche i prezzi nelle zone circostanti, soprattutto nella zona di Verucchio. Dall'altro lato c'è un problema ulteriore, che rappresenta una distorsione collaterale della situazione, ed è il tema delle residenze, perché ci sono diversi cittadini, anche dipendenti pubblici, che formalmente devono risiedere a San Marino ma che, in realtà, non risiedono effettivamente a San Marino. E anche questo diventa un problema che dobbiamo affrontare. Non solo. Mi viene detto che le nuove costruzioni, il nuovo edificio che si sta realizzando in questo momento, soprattutto nella zona di Borgo ma non soltanto lì, viene considerato edificio di lusso. Si stanno costruendo appartamenti di pochi metri quadrati, ottanta o cento metri quadrati al massimo, con prezzi che arrivano vicino al milione di euro. Parliamo di un milione di euro per ottanta metri quadrati. Io vi chiedo: chi, a San Marino, in questo momento, si può permettere di comprare un appartamento da un milione di euro, se non magari i residenti atipici? Io capisco che ci sia il desiderio di attirare capitali a San Marino e noi, come forza politica, nella scorsa legislatura non abbiamo contrastato questo principio in quanto tale, ma è da tempo che sottolineiamo la presenza di distorsioni importanti. Non basta limitare il numero delle residenze, bisogna fare in modo che il mercato in qualche maniera si autoregoli diversamente, perché così non funziona più e le persone non riescono a trovare casa. Poi non possiamo lamentarci, perché questa è un'altra conseguenza collaterale, se i nostri giovani se ne vanno. Se non trovano casa, se non riescono a sostenere i costi della vita di oggi, se non riescono a trovare un contesto favorevole che permetta loro di rimanere a San Marino, è inevitabile che cerchino lavoro fuori, cerchino casa fuori e finiscano per costruire la propria famiglia fuori. È per questo che dico che non basta intervenire sul singolo provvedimento. Non basta aggiungere, con una legge sulla natalità e sulla maternità, qualche bonus in più o qualche aiuto in più, che sicuramente fanno bene e che abbiamo riconosciuto tutti come positivi, ma che non sono sufficienti se poi manca tutto il resto. Perché se oggi il costo di un affitto, per un buco di settanta metri quadrati, è di ottocento euro al mese, una persona che ha uno stipendio medio, oppure un giovane che deve iniziare a lavorare, che non ha ancora esperienza e che avrà uno stipendio, se va bene, di circa millecinquecento euro al mese, come può permettersi un affitto di questa portata se non



lo condivide con qualcuno? E come può, insieme a quell'affitto, pagare le bollette e sostenere un costo della vita che sta raggiungendo livelli assurdi? Sono costi che da due anni continuano costantemente ad aumentare. L'ultimo tema che tocco, nel poco tempo che mi rimane, è quello della benzina. Io riconosco al Governo che è stato rinnovato lo sconto, la scontistica SMAC, e che continua a essere rinnovata per chi si rifornisce sul nostro territorio utilizzando la carta SMAC. Il problema è che mi viene segnalato che tantissimi italiani, stranieri o comunque persone non residenti sul nostro territorio vengono a San Marino, fanno la carta SMAC e, pur non risiedendo nella nostra Repubblica e pur non svolgendo un'attività lavorativa nel nostro territorio, ottengono ugualmente la scontistica SMAC sulla benzina. Così abbiamo, come è noto, le file ai nostri distributori di carburante, ma sappiamo anche molto bene che abbiamo una quantità contingentata di carburante. Quindi io pongo una domanda: non è forse arrivato il momento di valutare e trovare una modalità che consenta di garantire a chi risiede a San Marino e a chi lavora nel nostro territorio una scontistica maggiore, introducendo eventualmente anche una limitazione nella concessione delle carte SMAC quando queste vengono utilizzate in maniera impropria o abusiva, considerata la situazione che stiamo vivendo? È una valutazione che, secondo me, merita di essere fatta.

Miriam Farinelli (Rf): Io mi associo a tutto quello che hanno detto i colleghi Casali e Troina, perché sono argomenti reali, argomenti che tocchiamo con mano tutti i giorni. Partiamo dal degrado del territorio e, in particolare, da San Marino Città, ma anche da Borgo Maggiore e dai Castelli più vicini alla superstrada, perché sono quelli che per primi vede il turista e sono, a tutti gli effetti, il nostro biglietto da visita.

Partiamo da Città. L'altra sera passeggiavo per il centro, io abito a Città, e guardavo oltre le paratie di Villa Malagola. Io invito tutti a fermarsi e a guardare. È stata eliminata quella boscaglia che c'era nel giardino di Villa Malagola, sono stati fatti dei mucchi di terra sotto i quali, per esempio, è stata sepolta anche la piscina di Villa Malagola e una parte del giardino. Per togliere le erbacce si è intervenuti in questo modo, poi però il tempo è passato e, nel frattempo, tutto sta tornando nuovamente a uno stato fatiscente, degradato e triste. E parliamo di uno stabile che purtroppo rappresenta una delle prime immagini che vede il turista, ma che vede anche il normale cittadino quando passeggia per Città.

Poi possiamo parlare, per esempio, del Nido del Falco, un'altra cattedrale nel deserto lasciata morire. Anche quello è un altro biglietto da visita triste che presentiamo. Allora io dico: che cosa vogliamo fare? Se vogliamo stabilire delle priorità, stabiliamole davvero, però devono essere priorità accompagnate da date precise entro le quali portare a termine i lavori. Perché ci sono interventi che, secondo me, sono prioritari rispetto a tantissime altre situazioni.

Prendiamo l'Istituto Musicale di Borgo. Arriviamo a Borgo Maggiore e da anni abbiamo questa impalcatura montata, ormai fatiscente essa stessa. Sono tutti elementi che sottolineano la mancanza di cura del nostro territorio, soprattutto proprio in quelle parti così fondamentali che rappresentano davvero il biglietto da visita del nostro Paese. Io credo che sia arrivato il momento di prendere seriamente in mano il problema e di cercare una soluzione, perché così non è più possibile continuare. Lo stesso vale per il Cinema Turismo: un altro stabile che appare fatiscente, brutto da vedere, lasciato andare, anche questo nel pieno centro storico. Sono tutti elementi che, secondo me, sottolineano chiaramente come sia arrivato il momento di portare a termine certi lavori. Non si può continuare a lasciare queste situazioni sospese per anni, perché così il Paese finisce davvero per dare una brutta immagine di sé, un'immagine che io spero non corrisponda a quello che il nostro Paese è e a quello che vogliamo che sia.

Emanuele Santi (Rete): Anch'io vorrei rimarcare, in questo comma Comunicazioni, alcune delle priorità che vediamo in questo momento. L'altro ieri mi è capitato di andare a fare gasolio, come capita a tutti noi di andare a fare benzina. La benzina è arrivata a circa 2,25 euro al litro, centesimo più, centesimo meno, e in Italia siamo sopra i 2,30 euro. Io credo che su questo tema il Governo debba fare di più, perché, a mio avviso, non basta quello che è stato fatto in questi mesi. È vero che l'aumento di



dieci centesimi sulla SMAC è stato un intervento importante e significativo, però oggi è evidente che non è più sufficiente.

È vero che alla pompa è necessario mantenere un prezzo che sia più o meno allineato con quello italiano, ma è anche vero che in Italia, fino a qualche giorno fa, avevano ridotto le accise di quattordici centesimi, mentre noi ci siamo fermati a dieci centesimi. Quindi, a mio avviso, un intervento ulteriore, anche attraverso un ricalcolo sulle accise e un ulteriore aumento della percentuale o dell'importo della ricarica SMAC, in questo momento, soprattutto con il prezzo della benzina arrivato a 2,25 euro al litro, è ormai dovuto. Oggi fare benzina è diventato veramente un'impresa, in tutti i sensi. Parliamo di oltre cento euro per un pieno, cento o centocinquanta euro a seconda del tipo di macchina che uno possiede, e siamo arrivati a livelli che non sono più sostenibili. Poi è chiaro che noi scontiamo gli effetti di una crisi a livello mondiale, anche se io credo che, più che di sola crisi, si debba parlare anche di molta speculazione, perché il prezzo del petrolio al barile non è che sia triplicato in questi mesi. Probabilmente c'è chi, sulla guerra e sulla questione dello Stretto di Hormuz, sta speculando alla grande, almeno a mio avviso. Però noi, come Paese, indipendentemente da tutto questo, dobbiamo fare un intervento più incisivo. Se non lo possiamo fare direttamente sul prezzo alla pompa perché abbiamo degli obblighi e dei contratti bilaterali, allora lo si può fare sicuramente attraverso la SMAC. Il collega diceva di riservare una percentuale di sconto maggiore ai cittadini residenti e a chi lavora sul territorio. Queste sono valutazioni da fare, io non so se tecnicamente si possa introdurre questa distinzione attraverso la SMAC, però credo che un intervento si possa fare. Anziché fermarsi magari a venti centesimi al litro, si potrebbe portare la ricarica a trenta o quaranta centesimi al litro. Sarebbe un intervento che va nella direzione di mantenere il prezzo più abbordabile. Oggi, veramente, benzina e diesel sono diventati due beni quasi non più sostenibili per tante famiglie. Sul tema della casa, non potendo trattare adesso i temi relativi alla sanità perché li affronteremo dopo, credo anch'io che vada rilevato come ancora oggi, purtroppo, acquistare una casa oppure prendere una casa in affitto sia diventato e sia rimasto un'impresa. Nessuno ha la bacchetta magica e nessuno ha soluzioni miracolose, però il dato di fatto è che i prezzi non solo non sono diminuiti, ma stanno continuando a crescere, sia sul nuovo, sia sull'usato, sia per quanto riguarda gli affitti. E allora poi non lamentiamoci se i nostri ragazzi e i nostri giovani hanno enormi difficoltà a mettere su famiglia e a fare figli. Questo è il punto. Io penso che quello che è mancato in questi anni sia stato anche un po' di coraggio. È mancato un confronto che andasse davvero a fondo sulle cause reali di questa crisi e di quella che, secondo me, è ormai diventata un'emergenza speculativa. A mio avviso, anche qui a San Marino siamo pienamente in preda a una forma di speculazione. Io penso che molti di quegli appartamenti che risultano dalle analisi catastali siano in mano a pochi soggetti, a un'élite di pochi proprietari che li immettono sul mercato con il contagocce. Di conseguenza l'offerta rimane bassa e i prezzi rimangono alti, se non altissimi. Anche su questo io penso che si debba e si possa fare un intervento vero e coraggioso, intervenendo sulle cause reali per cui i nostri ragazzi hanno difficoltà a mettere su famiglia e ad avere un appartamento proprio. Con prezzi di questo tipo, con affitti di ottocento o mille euro al mese per una persona che guadagna 1.500, 1.600 o 1.700 euro, capiamo benissimo che non è assolutamente sostenibile. Quindi anche qui bisognerebbe avere il coraggio di mettere in campo qualche intervento più incisivo. Noi siamo disponibili anche a sederci a un tavolo. Alcune proposte le abbiamo già fatte, però io credo che, in questo momento, quella della casa sia una delle emergenze più serie che abbiamo a San Marino e credo che siamo anche di fronte a una speculazione vera. Negli ultimi giorni e nelle ultime settimane ho avuto modo di confrontarmi con persone che lavorano direttamente sul campo, che conoscono il mercato, e ormai è un dato abbastanza conosciuto che qualche appartamento in più da mettere sul mercato ci sarebbe. Però, probabilmente, con queste modalità di concessione anche delle residenze qualificate e, più in generale, con queste modalità che consentono di mantenere molto controllato l'accesso alla casa, si riesce a creare una sorta di cartello e a mantenere prezzi veramente esorbitanti. Io penso quindi che questi siano due dei temi che, in questo momento, i nostri cittadini sentono maggiormente: il costo dei carburanti e il costo della casa, dentro un problema più ampio di caro vita. Ed è proprio su questi temi che credo che la politica e il Governo debbano dare delle risposte più incisive.



Segretario di Stato Matteo Ciacchi: Vado alle considerazioni che faceva Emanuele Santi e devo dire che concordo praticamente con tutto il suo intervento per quanto riguarda il caro vita, che inevitabilmente si riverbera sul caro affitti e sul tema dei carburanti. Credo che questo sia un tema di grandissima attualità, non soltanto nel nostro territorio ma un po' dappertutto.

Se oggi abbiamo il diesel a circa 2,10 euro al litro, con un costo dei carburanti che sostanzialmente è raddoppiato, è evidente che poi il costo degli affitti e il costo del carrello della spesa vengono di conseguenza. Penso che il Governo, e ne abbiamo parlato anche in Congresso di Stato, debba intervenire con soluzioni funzionali, utilizzando gli strumenti che abbiamo a disposizione. Dobbiamo mettere mano con forza non soltanto al potere d'acquisto, e quindi a tutta la politica dei contratti, ma affrontare con impegno e determinazione quella che oggi è veramente la questione delle questioni, cioè il caro vita.

Oggi con 1.500, 1.600 o 1.700 euro al mese si fa fatica ad arrivare alla fine del mese. Questo è un fatto. Si può lavorare e, con quel salario, non riuscire comunque a fare la spesa, pagare l'affitto e sostenere tutte le spese familiari, soprattutto quando si ha una famiglia. Questo è un dato di fatto dal quale dobbiamo partire. È evidente che sul tema della casa la propensione verso il mutuo per l'acquisto della prima casa è aumentata anche grazie agli interventi che oggi concediamo in termini di rimborso delle quote interessi. Sul tema degli affitti, invece, bisogna certamente fare di più e su questo sarà mio impegno confrontarmi con tutti gli altri colleghi, perché queste politiche le portiamo avanti tutti insieme, cercando di trovare una soluzione che sia strutturale. Mi fa piacere anche la disponibilità manifestata dalle forze di opposizione e, in particolare, da Emanuele Santi, a cercare insieme una soluzione un po' più strutturale. Noi avevamo introdotto il tema del canone calmierato e, secondo me, da lì si può partire, come avevamo già detto, per poi mettere in campo politiche ancora più incisive.

Quindi, sul tema casa concordo: insieme al tema più generale del caro vita dobbiamo trovare soluzioni strutturali e dobbiamo farlo nel più breve tempo possibile. Per quanto riguarda invece le opere pubbliche, quando sento parlare di assenza di progettualità, non vorrei essere sgarbato, ma per me progettare significa fare le cose, significa arrivare a realizzarle, e non buttare via i soldi o dare incarichi che poi rimangono sulla carta, come è accaduto in passato. Quindi permettetemi questa considerazione. Capisco che magari non siano grandi argomenti e allora si cerca di dire che manca la progettualità, ma la progettualità si misura anche sulla capacità di essere concreti rispetto alle cose che vengono fatte.

Allora, sul parcheggio della Baldasserona abbiamo messo in campo una politica di rifacimento dei piazzali e di sistemazione dell'area che nel 2027 ci porterà a inaugurare l'intervento. Sull'ospedale di Loch Ness non so esattamente cosa significhi questa definizione, ne parleremo dopo. Sulle antenne, io posso dire una cosa molto semplice: a Domagnano i telefoni funzionano, a Murata e a Fiorentino i telefoni funzionano. Questo è un fatto. Io stesso ricordo situazioni in cui mi cadeva continuamente la linea, oggi non succede più. Quindi sì, le antenne le mettiamo, perché servono anche a questo.

Sul Kursaal e sulla sede di San Marino RTV, io non so quale sia esattamente il problema che viene posto. Sull'antenna, vi ricordate che Roberto Sergio aveva detto che ci sarebbero stati problemi per la televisione? A me sembra che San Marino RTV continui a funzionare. Sul Cinema Turismo c'era stato un incarico e oggi c'è Filippo Tamagnini, che è la persona che sta portando avanti il progetto e che finalmente, secondo me, lo sta portando avanti con un senso. Qui la vena critica la devo utilizzare anch'io, perché troppe volte in passato abbiamo fatto progetti sulla carta che poi non sono stati realizzati. Per quanto riguarda la Scala Malagola, la mettiamo a posto entro il 2027. L'obiettivo è arrivare a Pasqua del 2027 e restituire finalmente ai nostri bambini, alle nostre famiglie e a tutti i cittadini il parco e la Scala Malagola. Poi leggo anche della Villa Malagola. La Villa è della Banca Agricola Commerciale e bisogna trovare un accordo con la Banca se vogliamo intervenire. Ma anche qui dobbiamo dirci le cose con chiarezza: da quanti anni parliamo di quella situazione? Se vogliamo comprare Villa Malagola dobbiamo fare delle scelte. Se vogliamo comprare l'ex Excelsior in Città per realizzare lo studentato oppure comprare Villa Malagola, dobbiamo decidere quali priorità darci, perché i soldi non sono infiniti. A meno che non si voglia fare debito su debito, cosa che non credo sia l'obiettivo di nessuno. Bisogna battezzare alcune priorità. Adesso ci stiamo concentrando sull'ex Excelsior in Città per realizzare 24 camere destinate agli studenti. Per me, in questo momento, è più importante dare priorità a quello piuttosto che a Villa Malagola, pur comprendendo perfettamente che anche Villa Malagola sia un tema



che deve essere affrontato. Questa si chiama programmazione. Se per il 2027 puntiamo sullo studentato, non possiamo contemporaneamente avere risorse infinite da investire anche su Villa Malagola. Dobbiamo fare le cose gradualmente.

Anche l'auditorium va fatto, ma va realizzato con un senso logico. Non basta dire "facciamo l'auditorium", bisogna costruire un progetto coerente. E devo dire che il lavoro che sta portando avanti l'Azienda Autonoma di Stato per i Lavori Pubblici è veramente un lavoro impeccabile, perché bisogna ragionare contemporaneamente sul contenuto e sul contenitore. Poi sento parlare degli asfalti di Borgo. Sugli asfalti abbiamo messo circa due milioni di euro, anche quest'anno mettiamo risorse importanti e ne metteremo altrettante anche il prossimo anno. Gli asfalti, una volta, si facevano normalmente in campagna elettorale; noi li stiamo facendo tutti gli anni. Sull'Istituto Musicale anche lì è in corso una progettazione da parte dell'Azienda dei Lavori Pubblici, con una serie di interventi legati all'ex Casa Martelli. Però, permettetemi, mi fa un po' sorridere sentir parlare dell'ex Istituto Musicale Sammarinese e poi dimenticarsi tutto il resto: Palazzo Begni, gli interventi di pulizia e sistemazione, il pattinaggio di Città, gli interventi su altre strutture, il trenino, i marciapiedi, Chiesanuova, Montegiardino, la programmazione, le antenne che finalmente funzionano, il cimitero di Fiorentino e quello di Domagnano. Ogni volta il ragionamento diventa: dovrete fare anche questo, dovrete fare anche quest'altro. Va bene, sono d'accordo, facciamo tutto, ma qualcosa è stato fatto e continueremo a fare. Quindi, quando parliamo di progettualità, evidentemente abbiamo un'idea diversa di che cosa significhi. Sul tema della casa, invece, capisco perfettamente le critiche e credo che questa sia una critica forte che dobbiamo cercare di contestualizzare e affrontare ancora meglio, perché sul tema della casa siamo tutti infastiditi quando vediamo annunci di appartamenti in affitto a prezzi ancora troppo alti o immobili che, anche a Dogana, arrivano a costare quattrocentomila euro pur avendo determinate caratteristiche. In altre zone siamo un po' più bassi, ma comunque le cifre rimangono quelle. Oggi c'è una propensione all'acquisto, ma questa possibilità è ancora riservata a pochi e quindi dobbiamo essere sicuramente più incisivi. Sul tema delle opere pubbliche, invece, io dico che stiamo cercando di utilizzare quello che abbiamo, di portare avanti gli interventi in maniera concreta e di non aprire cantieri a vanvera buttando via risorse. Questa è la nostra progettualità.

Comma 3: Audizione Comitato Esecutivo ISS

Segretario di Stato Massimo Andrea Ugolini: Apriamo questo comma, che rappresenta un po' la continuità dell'audizione che abbiamo fatto qualche mese fa su tutta una serie di aspetti programmatici che riguardano le strategie di carattere sanitario e gli obiettivi che vogliamo raggiungere dal punto di vista della sanità sammarinese. L'Organizzazione Mondiale della Sanità richiama la necessità di un cambiamento sostanziale nell'organizzazione, nella gestione e nell'erogazione dei servizi sanitari, passando da sistemi costruiti principalmente intorno alle malattie e alle strutture a un sistema sanitario sempre più centrato sulla persona, sui suoi bisogni e sulle sue necessità. Su questa base vengono individuati gli obiettivi strategici di medio e lungo periodo, che rappresentano le direttrici di sviluppo del sistema sanitario sammarinese e gli strumenti attraverso i quali tradurre concretamente il principio della centralità della persona in politiche, servizi e modalità di presa in carico sempre più rispondenti alle esigenze dei cittadini.

La prevenzione rappresenta quindi uno dei principali obiettivi e una delle direttrici sulle quali dobbiamo investire nel breve e nel medio periodo. Dobbiamo continuare a rafforzare le attività di prevenzione e di promozione della salute, intervenendo precocemente sui principali fattori di rischio e promuovendo corretti stili di vita. Nell'ottica di breve periodo ci sono poi una serie di interventi di carattere organizzativo sui quali ci siamo concentrati e sui quali continuiamo a lavorare, insieme a interventi concreti di carattere tecnologico. L'obiettivo è rendere progressivamente il sistema sanitario più accessibile, più efficiente e più vicino alle esigenze delle persone, intervenendo tanto sugli strumenti digitali quanto sull'organizzazione dei servizi, sulla prevenzione, sull'assistenza territoriale e, più in generale, sulla qualità dell'esperienza del cittadino all'interno del sistema sanitario.



Per questo stiamo lavorando in maniera molto intensa con il Comitato Esecutivo e con tutte le strutture, cercando di modernizzare anche gli aspetti di carattere tecnologico. Penso, per esempio, al sito internet dell'Istituto per la Sicurezza Sociale, che vogliamo rendere maggiormente intuitivo e accessibile. È già stata avviata la gara d'appalto per ammodernare il portale, che può fornire tantissime informazioni e può rendere molte di queste informazioni più facilmente accessibili e maggiormente leggibili. Penso, per esempio, a tutto l'aspetto delle liste d'attesa: non vogliamo limitarci a fornire un dato freddo, ma arrivare a statistiche più puntuali non soltanto sui tempi d'attesa, ma anche sul numero delle prestazioni erogate, che è molto elevato, in modo che il cittadino abbia una rappresentazione più completa di ciò che il sistema fa.

C'è poi l'aggiornamento del Fascicolo Sanitario Elettronico, con l'obiettivo di ampliare sempre di più le informazioni disponibili e le funzionalità a disposizione del cittadino. C'è l'applicazione SM Salute, che verrà ulteriormente sviluppata attraverso l'introduzione di nuove funzionalità, in particolare strumenti che consentano un rapporto più semplice e diretto fra il cittadino e i servizi sanitari, con particolare attenzione alla facilità di accesso ai servizi digitali, alla medicina di base e a tutti i servizi territoriali dislocati sul territorio. C'è poi l'introduzione della firma elettronica e digitale, che permetterà una progressiva eliminazione non soltanto dell'invio della documentazione cartacea al domicilio, ma anche una più facile accessibilità, da parte dell'utenza, a tutti i referti prodotti dai professionisti. Quindi meno carta che gira all'interno delle strutture, meno burocrazia e maggiore semplicità per il cittadino. Sono tutti strumenti di carattere organizzativo e tecnologico che possono facilitare concretamente l'accesso della cittadinanza ai servizi.

L'altro tema sul quale ci siamo concentrati anche nelle passate audizioni riguarda la riduzione delle liste d'attesa. Poi il dottor Bertolini potrà dare uno spaccato più ampio rispetto a tutte le attività che sono state messe in campo e che continuiamo a portare avanti per cercare di avere una sanità sempre più rispondente alle esigenze della collettività. È chiaro che non è concepibile una misura generalizzata e identica per tutti i servizi. Bisogna intervenire servizio per servizio, cercando di comprendere quali siano le criticità che ogni singolo servizio specialistico può presentare e, sulla base di quelle criticità, intervenire per abbattere il più possibile i tempi e dare risposte concrete.

Da questo punto di vista, quindi, l'obiettivo non è soltanto ridurre i tempi di attesa, ma rendere il sistema più prevedibile, più trasparente e maggiormente orientato al cittadino, intervenendo soprattutto sulle prestazioni che presentano le maggiori criticità. In quest'ottica il CUP dovrà disporre di una piena visibilità delle agende di prenotazione dei diversi servizi. Oggi questo non accade in maniera uniforme: alcuni servizi rendono disponibile l'agenda con una programmazione temporale più ampia, altri meno. Credo quindi sia importante omogeneizzare questa tipologia di approccio, dare una proiezione temporale più uniforme per tutti i servizi e offrire anche la possibilità di una prenotazione maggiormente accentrata, eventualmente anche attraverso la medicina di base, in modo da evitare che l'utente debba rimbalzare da un ufficio a un altro o da un servizio a un altro.

Un altro tema riguarda il rafforzamento di tutti i servizi territoriali. Il Comitato Esecutivo e la politica in generale stanno lavorando in maniera molto forte per rafforzare tutta la medicina di base. Sono stati messi in campo diversi progetti per un'assistenza domiciliare integrata che possa prevedere l'intervento di più professionalità e che possa quindi rispondere in maniera più organica alle esigenze delle persone sul territorio. C'è poi la necessità di ampliare la disponibilità dei posti presso la residenza anziani e qui il collega Ciacci potrà dare un quadro più ampio delle possibilità che si sono aperte. Ci sono tutti i servizi per le persone con disabilità, sui quali si sta facendo un lavoro enorme per cercare di ampliare il più possibile le risposte. Sono tutte attività che continuiamo a mettere in campo e a rafforzare per dare maggiori risposte ai nostri assistiti.

Per quanto riguarda invece il Servizio Tutela Minori, come ha previsto il Presidente nell'ordine del giorno, avremo un comma specifico, proprio per poter guardare in maniera più focalizzata a quell'aspetto. Ci sono poi tutta una serie di priorità legate a opere anche relativamente piccole, ma che possono facilitare concretamente il rapporto fra i servizi e la cittadinanza. Il collega Ciacci avrà modo di approfondire tutte le opere che sono già state messe in cantiere. Sono tante, riguardano sia la struttura ospedaliera e sanitaria sia tanti piccoli interventi dislocati sul territorio. La volontà è quella che dicevo



all'inizio: semplificare la fruizione dei servizi da parte della cittadinanza, perché i servizi sanitari sono tanti e spesso anche un intervento apparentemente semplice può cambiare concretamente l'esperienza dell'utente.

Porto qualche esempio. Da novembre inizierà una regolamentazione della sosta con limite di tre ore per tutti i parcheggi che si trovano davanti agli ingressi dell'ospedale e dell'ex Casa di Riposo, proprio per cercare di fare in modo che chi deve usufruire dei servizi ospedalieri possa trovare con maggiore facilità un posto auto. Avremo poi la nuova farmacia, che verrà collocata al livello del parcheggio, nei locali dove una volta c'era la Cassa di Risparmio, in modo da garantire una maggiore facilità di accesso ai servizi della farmacia. Il punto prelievi del sangue verrà spostato nei locali dove venivano effettuate le vaccinazioni Covid, sempre nella palazzina dell'ex Casa di Riposo. Siccome si tratta di un servizio con un forte afflusso quotidiano, questo permetterà di avere un accesso immediato, più semplice e più comodo per l'utenza. Ci sarà poi la nuova sala d'attesa del Pronto Soccorso, che verrà ammodernata, così come è prevista la ristrutturazione della camera mortuaria, della morgue. Sappiamo che anche quella struttura, proprio nei momenti più dolorosi che una famiglia può vivere, necessita da tempo di una ristrutturazione e di una sistemazione, e quindi l'intervento è stato messo in cantiere.

C'è poi il nuovo hospice e tutte le tematiche che il collega Ciacci potrà approfondire. Proprio su questo credo sia fondamentale continuare un lavoro di forte sinergia con le associazioni, che in questo periodo ci hanno dato un sostegno importante. Penso, per esempio, all'Associazione Oncologica Sammarinese, che ci sta dando un contributo molto importante per realizzare il nuovo hospice. Allo stesso modo ASLEM ha dato un contributo per completare e finanziare il nuovo reparto di oncoematologia. Con l'associazione dei volontari del sangue stiamo invece lavorando per accreditare il nuovo Servizio Trasfusionale, in modo da poter avere una maggiore continuità nella raccolta del sangue e, nel caso in cui vi sia sangue in eccedenza, poterlo mettere a disposizione attraverso accordi con le regioni limitrofe, come Emilia-Romagna e Marche.

Queste sono, in sostanza, le macro-tematiche sulle quali ci stiamo concentrando. Considerata la quantità di lavori strutturali che abbiamo in corso, va riconosciuto anche lo sforzo molto importante che sta mettendo in campo l'Azienda Autonoma di Stato per i Lavori Pubblici per cercare di portare a compimento tutte queste opere. Possono anche sembrare opere piccole, ma in realtà incidono direttamente sull'accesso dell'utenza, semplificano l'attività e rendono più funzionale il rapporto con i servizi. Nei prossimi mesi continueremo in questa direzione. Ieri abbiamo avuto un sopralluogo, insieme al collega Ciacci e al Comitato Esecutivo, presso il Centro Sanitario di Borgo Maggiore. Una volta aperto quello, chiaramente potremo mettere mano anche al Centro Sanitario di Murata. Sono tutte opere che, nel momento in cui riusciamo a inserirle all'interno di una programmazione coerente e a portarle concretamente in cantiere, vanno nella stessa direzione: semplificare l'attività, ampliare i servizi e avvicinarli sempre di più ai nostri assistiti e alla nostra collettività.

Segretario di Stato Matteo Ciacci: Partirei dalle cosiddette piccole opere dell'ISS, dai nuovi centri sanitari di Borgo Maggiore e di Murata, dall'ampliamento del Casale La Fiorina e anche dall'impostazione che stiamo predisponendo per una nuova RSA convenzionata nell'ex Karnak, a Chiesanuova. Sono quattro interventi diversi ma che vanno tutti nella stessa direzione: costruire una sanità sempre più vicina ai cittadini e una rete di servizi capace di accompagnare la persona in tutte le fasi della vita.

Prima ancora di parlare dei cantieri o dei singoli progetti, però, vorrei parlare del metodo, perché secondo me questa è una delle novità più importanti. Abbiamo costituito un gruppo di lavoro permanente fra Direzione ISS, servizio tecnico dell'ISS, Dipartimento Prevenzione e strutture tecniche coinvolte, con un compito molto preciso: individuare le priorità, verificare la fattibilità degli interventi, definire i bisogni sanitari e sociosanitari ai quali le opere devono rispondere e monitorare tempi, avanzamento e possibili variazioni. Quindi si lavora insieme. Con il Segretario di Stato alla Sanità abbiamo dato questa impostazione e, all'interno del programma dei lavori dell'ISS, abbiamo fatto una scelta precisa, cioè dare priorità anche alle piccole opere, perché spesso sono proprio queste a cambiare concretamente la qualità del servizio.



Ne cito alcune, molte delle quali sono già state ricordate e verranno realizzate in tempi brevi. C'è il cantiere dell'oncologia, che poi tanto piccola come opera non è. I lavori sono in fase avanzata, stiamo aggiornando i progetti anche per tutti gli adempimenti necessari e l'obiettivo è chiudere tutto entro il 31 dicembre di quest'anno. Questo significa avere nuovi spazi per i pazienti oncologici e per le loro famiglie, in uno degli ambiti nei quali la qualità dell'ambiente conta di più.

Per quanto riguarda la nuova farmacia, siamo ormai alla partenza. Gli appalti sono stati assegnati, i locali sono già stati liberati e i lavori inizieranno il 12 ottobre. C'è poi l'area prelievi, che è uno dei servizi che tocca il maggior numero di cittadini in assoluto, perché prima o poi passiamo un po' tutti da lì. Il progetto è in corso e adesso il passaggio necessario è l'affidamento dell'incarico per la progettazione degli impianti. La tempistica stimata è di circa sei mesi.

C'è la nuova camera mortuaria. Su questo tema c'era stata anche un'istanza, un ordine del giorno, credo addirittura un ordine del giorno bocciato. Le soddisfazioni, però, le diamo dopo, non tutte subito. Al di là della battuta, anche qui la progettazione è in corso, deve essere affidato l'incarico per gli impianti e anche in questo caso la tempistica è di circa sei mesi. È un intervento atteso da tempo e riguarda il rispetto che dobbiamo alle persone defunte e alle loro famiglie.

Amplieremo poi la sala d'attesa del Pronto Soccorso e inseriremo formalmente questo intervento nel programma delle piccole opere. Parliamo della porta d'ingresso dell'ospedale, quindi di un luogo che ha un'importanza evidente e sul quale poi potranno raccontare meglio sia il dottor Vagnini sia il dottor Bertolini, oltre al Direttore Amministrativo. Per quanto riguarda l'endoscopia, realizzeremo una nuova sala di risveglio, cioè uno spazio nel quale il paziente possa essere seguito in sicurezza dopo l'esame prima di tornare a casa. Questo significa avere percorsi più ordinati e più sicuri per i pazienti e, nello stesso tempo, condizioni di lavoro migliori per il personale.

A questi interventi aggiungiamo altre opere. C'è il ragionamento sull'hospice provvisorio, che secondo noi può e deve essere portato avanti. La cucina della RSA è in collaudo, così come gli impianti. I pavimenti esterni della RSA sono in fase di completamento. La cabina elettrica e l'area dei gas medicinali sono in fase di progettazione esecutiva. C'è poi la regolamentazione oraria dei parcheggi, già ricordata dal collega, sulla quale andremo avanti. Resta un punto sul quale dobbiamo accelerare, ed è quello della culla termica. La progettazione deve essere avviata il prima possibile. Questo, diciamo, è il primo capitolo.

Poi abbiamo i centri sanitari. Ieri siamo andati a fare un giro a Borgo Maggiore e i lavori, come abbiamo potuto vedere, sono conclusi. Non so se avete visto anche il servizio, ma ci saranno sette ambulatori destinati ai medici di medicina generale. Fra l'altro c'è un aspetto molto interessante legato al ruolo degli infermieri, sul quale dopo parlerà meglio il dottor Vagnini. È una scelta che ci ha sorpreso piacevolmente, o meglio, è un'impostazione che ci è piaciuta molto e che arriva proprio dalla parte sanitaria del Comitato Esecutivo. Dopo Borgo Maggiore partirà Murata. Anche qui la scelta è molto chiara: non cambiamo idea, non cambiamo direzione, niente piroette, niente giravolte e niente finte esigenze tecniche che magari finiscono per mascherare interessi diversi. Andiamo avanti con la riqualificazione della struttura esistente in via Plicaria. Anche qui non costruiamo da zero, ma miglioriamo quello che già c'è. Andremo avanti lungo questo percorso perché la medicina di base, sulla quale anche il Segretario Ugolini ha puntato tantissimo, parte anche dalla disponibilità di spazi adeguati. Naturalmente prima viene il contenuto, ma anche il contenitore deve essere all'altezza. Il Centro Sanitario di Murata diventa quindi il secondo tassello importante di questa impostazione.

Veniamo poi agli ultimi due passaggi. Il primo è il Casale La Fiorina. Abbiamo assunto recentemente una decisione che, secondo me, è molto importante: nella zona servizi della Fiorina partirà l'ampliamento del Casale La Fiorina, per realizzare circa 59 nuovi posti destinati ad anziani non autosufficienti. Sapete che il Casale La Fiorina ha aree con caratteristiche diverse, fra cui quelle che ospitano le persone che presentano maggiori difficoltà e che quindi hanno un livello di non autosufficienza più elevato. In accordo con l'ISS abbiamo valutato di ampliare proprio quest'area, anche tenendo conto del fatto che parliamo di una zona servizi sulla quale è già possibile intervenire dal punto di vista urbanistico, perché abbiamo già una convenzione in essere. Quello che manca è sostanzialmente la progettazione, che stiamo già mettendo a punto. Dobbiamo ancora valutare lo strumento più adeguato,



se procedere attraverso un'operazione di finanza di progetto oppure attraverso una progettazione totalmente in carico all'Eccellentissima Camera.

Al di là dello strumento che sceglieremo, il punto è che andiamo ad ampliare una struttura che già funziona e che dispone già di servizi e di un'organizzazione esistente, che io considero davvero di eccellenza. A questo ampliamento del Casale La Fiorina affiancheremo l'hospice. Qui voglio riconoscere il contributo dell'Associazione Oncologica Sammarinese, che finanzia l'intervento attraverso una donazione. Quindi alla Fiorina avremo l'hospice e avremo anche l'ampliamento della RSA, della struttura protetta dedicata ai soggetti non autosufficienti. L'ampliamento viene fatto proprio per loro.

Credo che questa sia una scelta importante per diversi motivi. Prima di tutto perché utilizziamo un'area che abbiamo già a disposizione e che è già destinata a questo tipo di servizi. Lì esiste già un'area servizi importante che può essere sfruttata. In secondo luogo perché riteniamo che l'invecchiamento della popolazione sia un tema che non può essere sottovalutato, ignorato o trattato come se fosse marginale. Considerate che nel nostro territorio un cittadino su quattro ha più di 65 anni e che circa mille persone sopra i 75 anni vivono sole. Sono dati che ci sono stati forniti e sono dati che meritano un'attenzione molto seria, perché ci dicono con chiarezza quale sarà il bisogno assistenziale dei prossimi anni.

Infine stiamo lavorando al progetto di una nuova RSA convenzionata con l'ISS attraverso la riqualificazione del fabbricato ex Karnak a Chiesanuova. Qui parliamo di 76 nuovi posti letto. Lo dico con la dovuta prudenza, perché diversi aspetti devono ancora essere definiti e valutati nel dettaglio, ma il percorso è stato impostato e la direzione è chiara. L'idea complessiva è costruire una rete con strutture che possano rispondere a bisogni diversi. Alla Fiorina vogliamo rafforzare in particolare la risposta per gli anziani che stanno meno bene, per le persone non autosufficienti. A Chiesanuova, attraverso la riqualificazione di un edificio esistente, stiamo ragionando su una struttura convenzionata che possa svolgere maggiormente la funzione di casa protetta per persone che hanno condizioni di maggiore autonomia. È ancora un ragionamento in corso, quindi va definito nei dettagli, ma l'impostazione è questa. Il gruppo di lavoro che abbiamo costituito sarà costantemente impegnato a tenere sotto controllo tutti questi interventi e a verificare e monitorare con attenzione la road map che ci siamo dati. Dietro non ci sono singoli interventi scollegati, c'è un disegno complessivo che parte dall'ospedale, passa per i presidi sanitari nei Castelli, arriva alle esigenze assistenziali della persona anziana e fragile e arriva fino all'accompagnamento nel fine vita. L'obiettivo è costruire una rete nella quale non sia la persona a dover rincorrere i servizi, ma siano i servizi a incastrarsi e organizzarsi intorno alle esigenze del singolo. È un obiettivo che abbiamo condiviso con il Comitato Esecutivo e credo che far dialogare la parte sociosanitaria con il territorio, con l'Azienda dei Lavori Pubblici e con la Segreteria di Stato alla Sanità sia il modo migliore per costruire progetti che abbiano senso sia dal punto di vista tecnico sia dal punto di vista territoriale.

Claudio Vagnini, Direttore Generale ISS: Questo Comitato Esecutivo è composto da tre professionisti che prima non si conoscevano e che non avevano mai avuto occasione di lavorare insieme. Ci è voluto del tempo per trovare un'intesa, com'è naturale che sia, ma una volta raggiunto un buon livello di collaborazione abbiamo prodotto molto. Ognuno ha lavorato nella propria area di competenza, ma sempre con un obiettivo comune, che è quello di migliorare l'assistenza sociale, sanitaria e previdenziale di questo Stato. Il vero rimpianto, se posso definirlo così, è non essere ancora riusciti a rendere sufficientemente visibile e conosciuto tutto il lavoro che l'ISS produce ogni giorno. È tanto, anzi è tantissimo. Il rafforzamento del servizio di informazione e stampa dovrà servire anche a questo, cioè a far conoscere meglio le tante eccellenze dell'Istituto, ma anche le carenze che, per motivi diversi, i cittadini legittimamente ci segnalano.

Stiamo tracciando la strada per una nuova assistenza sanitaria e sociale. Ci vorrà del tempo, soprattutto se vogliamo farlo bene. I temi che ho inserito all'interno di questo documento sono dodici o tredici e sono tutti temi importanti e sostanziosi. Si parte dalla prevenzione, dall'assistenza territoriale, dalla disabilità, dalla tutela dei minori, dall'umanizzazione dei percorsi assistenziali, dalle cure palliative e dall'hospice, per arrivare alla digitalizzazione, al personale, all'organizzazione, alle strutture, quindi a



tutta quella parte che i Segretari di Stato hanno già in parte illustrato, alle tecnologie, ai lavori, alle attrezzature, alla formazione, alla qualità e all'appropriatezza, alle farmacie e ai rapporti istituzionali. Vorrei però partire da un punto che riguarda proprio quest'ultimo aspetto, cioè gli approvvigionamenti e la collaborazione con l'Emilia-Romagna. Nell'agosto 2026 è diventato operativo il protocollo fra ISS, Regione Emilia-Romagna e Intercent-ER, che consente all'Istituto di utilizzare, quando lo ritiene conveniente, anche le procedure della centrale acquisti regionale per farmaci, dispositivi medici e presidi sanitari, mantenendo naturalmente la propria autonomia decisionale. Il protocollo completa un percorso di collaborazione precedente e rappresenta soprattutto il raggiungimento della piena operatività di uno strumento che era rimasto a lungo in fase di definizione. È un risultato particolarmente interessante sul piano amministrativo perché riesce a coniugare alcuni aspetti che considero fondamentali: cooperazione istituzionale, qualità delle forniture, maggiore capacità negoziale e sostenibilità della spesa. Quindi questo rappresenta davvero un valore aggiunto del lavoro portato avanti in questi mesi.

Il documento che presentiamo offre una ricognizione organica delle principali attività, iniziative e progettualità sviluppate dall'Istituto per la Sicurezza Sociale a partire dall'insediamento del nuovo Comitato Esecutivo, avvenuto nel giugno 2025, e nel corso del primo anno di mandato del Direttore Generale. La relazione vuole offrire un quadro sintetico ma complessivo delle principali linee di intervento, evidenziando le iniziative avviate o consolidate nel periodo, gli sviluppi organizzativi e assistenziali, gli investimenti, le collaborazioni istituzionali e il rafforzamento dei rapporti con il territorio.

Partirei da un tema che fa parte della mia vita professionale e sul quale si parla molto, ma a mio avviso si produce ancora molto meno di quanto si dovrebbe: la prevenzione.

Uno degli ambiti che maggiormente hanno caratterizzato l'attività istituzionale di questo periodo è proprio la prevenzione, attraverso l'avvio o l'ampliamento di programmi strutturati di screening e di iniziative finalizzate alla diagnosi precoce. Vorrei che la Commissione tenesse particolarmente presenti gli aspetti che sto per elencare, perché su alcune di queste cose posso dire serenamente che la stragrande maggioranza dei Paesi non mette in campo interventi di questo livello.

Comincio da Cardio 40. Nel luglio 2025 è stato presentato Cardio 40, un programma di screening cardiovascolare rivolto ai cittadini che compiono quarant'anni. Il progetto rappresenta l'evoluzione dell'esperienza che era stata precedentemente sviluppata sulla popolazione cinquantenne e introduce un approccio di valutazione precoce del rischio cardiovascolare, con il coinvolgimento delle strutture di cardiologia, cure primarie, medicina trasfusionale e patologia clinica.

La letteratura ha evidenziato un aumento dell'incidenza di eventi cardiologici anche in età più giovane e i principali fattori di rischio sono quelli che conosciamo: fumo di tabacco, obesità e sovrappeso, ipertensione, dislipidemia, in particolare valori elevati di LDL, diabete, sedentarietà, alimentazione non equilibrata, familiarità per cardiopatia precoce, uso di cocaina e di altre sostanze, fattori psicologici e psicosociali, stress, alcune condizioni infiammatorie, autoimmuni e trombofiliche.

Inoltre, negli under 50 una quota maggiore di eventi può essere legata anche a meccanismi non esclusivamente aterosclerotici, come il vasospasmo coronarico, la dissezione coronarica, gli stati di ipercoagulabilità o altre condizioni meno frequenti. Quindi l'iniziativa non vuole essere soltanto una campagna di sensibilizzazione, ma un ampliamento strutturato dell'attività preventiva rivolto a una fascia di popolazione più giovane.

Un altro punto molto importante riguarda lo screening del colon-retto, che abbiamo anticipato ai 45 anni. Il tumore del colon-retto è oggi il terzo tumore più frequente al mondo e rappresenta circa il 10% di tutte le diagnosi oncologiche. È inoltre una delle principali cause di morte per tumore a livello mondiale. L'incidenza aumenta fortemente con l'età e la maggior parte dei casi si verifica dopo i cinquant'anni. Negli ultimi anni, tuttavia, è stata osservata una crescita preoccupante dei casi nelle fasce di età più giovani, in particolare tra i 30 e i 50 anni.



Quando parliamo di early-onset colorectal cancer ci riferiamo proprio ai tumori diagnosticati prima dei cinquant'anni. Fra i fattori potenzialmente modificabili associati a un aumento del rischio vengono indicati, fra gli altri, il consumo di alcol, una maggiore adiposità e livelli elevati di insulina a digiuno. Il carcinoma del colon-retto ha però una caratteristica che lo rende particolarmente adatto alla prevenzione secondaria. Una quota importante dei carcinomi deriva infatti da lesioni precancerose, in particolare gli adenomi, che possono essere identificate e rimosse prima che avvenga la trasformazione maligna. Si stima che una quota molto elevata dei carcinomi del colon-retto insorga proprio a partire da lesioni precancerose e questo rende ancora più importante lo screening.

Significa che lo screening non svolge soltanto una funzione di diagnosi precoce, ma può avere una vera e propria funzione di prevenzione dell'insorgenza del tumore, perché permette di identificare e asportare le lesioni prima che diventino maligne.

Dal 1° settembre 2025 è stata quindi avviata la campagna “Screening 45, gioca d'anticipo”, con l'estensione dello screening del colon-retto anche alla popolazione compresa tra i 45 e i 49 anni. Questa iniziativa rappresenta, secondo me, uno degli elementi distintivi del sistema sammarinese di prevenzione.

Un altro tema importantissimo è lo screening per l'epatite C, che rappresenta uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo della cirrosi e delle patologie tumorali del fegato. Per l'epatite C non esiste un vaccino, ma oggi l'infezione può essere curata e l'identificazione delle persone infette permette di interrompere la progressione della malattia e di ridurre anche il rischio di trasmissione.

Dal marzo 2026 abbiamo avviato “Facciamoci il test”, un nuovo programma gratuito di screening per l'HCV, accompagnato da un percorso dedicato di presa in carico delle eventuali positività. L'intervento si inserisce nel lavoro che San Marino conduce da anni sul contrasto alle epatiti virali e introduce una nuova fase di ricerca attiva della popolazione interessata, anche attraverso l'invio al domicilio di una lettera per invitare i cittadini a partecipare allo screening.

L'epatite C è una malattia particolarmente adatta a una strategia di test and treat: testare le persone potenzialmente infette, identificare l'infezione anche quando non sono presenti sintomi, confermare l'infezione attiva, trattarla precocemente con antivirali ad azione diretta, prevenire la cirrosi, il tumore epatico e nuove trasmissioni. I nuovi antivirali ad azione diretta consentono di guarire la grandissima maggioranza delle persone trattate. Quindi il trattamento non è soltanto terapeutico, ma diventa esso stesso uno strumento di prevenzione della trasmissione. Le persone positive vengono poi indirizzate verso il centro dedicato alla diagnosi e alla terapia avanzata delle malattie epatiche e biliari.

Accanto a questi screening ci sono poi tutte le campagne di prevenzione che abbiamo portato avanti attraverso la sanità pubblica: la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse, la campagna “Previeni, la fortuna non aiuta”, per la quale abbiamo anche uno spazio web dedicato, la campagna “Conoscere per prevenire”, gli interventi collegati alla gravidanza, il contrasto al gioco patologico, le campagne vaccinali con un focus specifico sull'influenza, le iniziative contro il fumo, la prevenzione delle malattie trasmesse da insetti vettori e la sensibilizzazione sull'antibiotico-resistenza.

Siamo andati nelle scuole e continueremo ad andare nelle scuole a parlare dell'uso e dell'abuso degli antibiotici, perché è un tema sul quale dobbiamo costruire consapevolezza fin da giovani. Ci sono poi le attività legate alle principali giornate mondiali dedicate alla salute.

Abbiamo anche il corso per caregiver e le serate di educazione rivolte alla cittadinanza. Il progressivo aumento delle condizioni di non autosufficienza, delle patologie croniche, delle demenze e delle situazioni di fragilità rende sempre più importante sostenere le persone che ogni giorno prestano attività di cura e assistenza al domicilio. Il tema del caregiving è stato affrontato anche nella nuova legge e finalmente è un tema che trova uno spazio specifico per essere discusso e affrontato. Il caregiver familiare rappresenta una risorsa fondamentale per la persona assistita e per l'intero sistema sociosanitario, ma spesso si trova ad affrontare questo ruolo senza una preparazione adeguata, con il rischio di sviluppare stress, isolamento, affaticamento fisico ed emotivo e difficoltà nella gestione delle situazioni assistenziali. Io aggiungerei anche il rischio della perdita del lavoro, perché molti caregiver, purtroppo, per riuscire a gestire situazioni complesse al domicilio finiscono per dover ridurre o



abbandonare l'attività lavorativa. Il progetto prevede quindi l'attivazione di un percorso informativo e formativo gratuito, in presenza e aperto alla cittadinanza, rivolto non esclusivamente ai caregiver formalmente riconosciuti, ma a tutte le persone che, a diverso titolo, assistono una persona al domicilio. La finalità è fornire conoscenze semplici, concrete e immediatamente utilizzabili nella vita quotidiana, in modo da affrontare con maggiore consapevolezza il ruolo di caregiver. Il percorso non vuole formare operatori sanitari e non vuole in alcun modo sostituire le competenze dei professionisti dell'ISS. Questo deve essere chiarissimo, perché noi abbiamo un ruolo e i caregiver ne hanno un altro. È altrettanto vero, però, che i caregiver contribuiscono ogni giorno a mantenere un certo livello di assistenza e quindi è nostro interesse metterli nelle condizioni di farlo nella maniera più corretta possibile.

L'obiettivo è aiutarli a comprendere i bisogni della persona assistita, riconoscere le situazioni a rischio, conoscere le principali modalità di assistenza domiciliare, prevenire incidenti e complicanze, conoscere correttamente i servizi sanitari e sociosanitari disponibili, migliorare la comunicazione con la persona assistita, affrontare le principali problematiche legate all'invecchiamento e alla non autosufficienza, riconoscere i segnali di stress e burnout, sapere quando e a chi chiedere aiuto e collaborare in maniera più efficace con i professionisti sanitari e sociali. Questa è, in sintesi, la prima parte che riguarda la prevenzione.

Il secondo punto riguarda la medicina territoriale e di questo parlerà in maniera più specifica il dottor Bertolini, soprattutto per quanto riguarda la medicina proattiva. Il progetto "Verso le cure di prossimità" richiama in parte quello che ha detto il Segretario di Stato Ciacci rispetto ai nuovi ruoli in ambito infermieristico. Uno dei segnali più concreti è quello che abbiamo visto ieri a Borgo Maggiore, dove sono stati previsti tre locali dedicati ad attività infermieristiche specialistiche, sostanzialmente autonome rispetto all'attività dei medici di medicina generale. Questo ha un significato importante, perché vuol dire sviluppare sempre di più il ruolo e le competenze dei nostri infermieri.

Nel marzo 2026 l'ISS ha avviato un articolato percorso formativo sulle cure di prossimità, con il coinvolgimento di professionisti sammarinesi e di realtà sanitarie e universitarie italiane. Il percorso è stato concepito in più fasi.

La prima fase è stata il convegno "Verso le cure di prossimità", che abbiamo svolto il 13 e 14 marzo di quest'anno. A seguire è partita la formazione del personale afferente ai servizi territoriali, con tre giornate complete distribuite da aprile a ottobre. Abbiamo poi avviato una prima sperimentazione pilota con chiamate attive alle persone in dimissione protetta e con la promozione dell'integrazione socioassistenziale, attività che abbiamo portato avanti nei mesi di luglio e agosto. Da ottobre 2026 partirà poi una formazione specifica per ambito professionale insieme alla riorganizzazione dei centri sanitari.

Il progetto è stato esplicitamente collegato al Decreto Ministeriale italiano n.77 del 2022, assunto come riferimento organizzativo per la revisione dell'assistenza territoriale. Sulla base di quanto contenuto in quel modello e in seguito alle indicazioni ricevute attraverso l'ordine del giorno della Commissione Quarta di febbraio, sono stati avviati i lavori finalizzati a promuovere una riorganizzazione dei servizi territoriali con particolare riguardo alla fragilità e alla gestione della cronicità.

Le principali direttrici sono diverse. La prima è la sanità di prossimità, cioè avvicinare i servizi al cittadino, rafforzare il centro sanitario come luogo di coordinamento e garantire accessibilità, continuità e integrazione fra servizi sanitari e sociosanitari. Il secondo passaggio è la presa in carico della persona e non soltanto della malattia. Significa passare da interventi episodici a percorsi assistenziali continuativi, con un'attenzione particolare a cronicità, fragilità, disabilità e non autosufficienza. Significa anche costruire una vera integrazione fra assistenza primaria, specialistica, ospedale e servizi sociali. Ognuno di questi aspetti avrebbe bisogno di un approfondimento molto ampio, ma naturalmente potremo farlo su richiesta.

Il terzo passaggio riguarda le équipe multiprofessionali. Anche questo rappresenta un cambiamento culturale significativo, perché la multiprofessionalità modifica il modo con cui si affronta la gestione delle malattie e, più in generale, dello stato di salute della persona, anche dal punto di vista sociale. Significa una maggiore collaborazione fra medici di medicina generale, pediatri, specialisti, infermieri, professionisti della riabilitazione e altri operatori. Significa anche valorizzare sempre di più l'infermiere



di famiglia e di comunità come figura di riferimento sul territorio. Il quarto passaggio riguarda i centri sanitari, che devono diventare i principali presidi fisici della sanità di prossimità, luoghi facilmente accessibili nei quali concentrare e coordinare servizi sanitari e sociosanitari, favorendo la presa in carico della comunità. Ed è anche per questo che dobbiamo far partire i lavori di Murata e fare in modo che siano il più possibile rapidi.

Il quinto passaggio riguarda il rafforzamento dell'assistenza domiciliare. La casa deve essere considerata un vero e proprio luogo di cura, soprattutto per gli anziani, per le persone fragili e per i pazienti cronici. L'obiettivo è riuscire a fornire al domicilio prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative in maniera integrata. Il sesto passaggio è rappresentato dalla digitalizzazione: televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza e teleriabilitazione devono diventare strumenti che rendano possibile una presa in carico più continua, soprattutto per i pazienti cronici e domiciliari. C'è poi l'integrazione ospedale-territorio. L'ospedale non deve essere un'entità isolata rispetto al resto del sistema. Il modello che vogliamo costruire prevede una rete nella quale ospedale, territorio, domicilio e servizi sociosanitari comunichino fra loro. Infine ci sono la prevenzione e la promozione della salute. La prospettiva non può essere soltanto quella di curare la malattia quando si presenta. Dobbiamo intercettare precocemente i bisogni, prevenire l'aggravamento delle condizioni croniche e promuovere salute nella comunità. In sostanza, il DM 77 propone un'evoluzione del modello assistenziale verso una sanità di prossimità nella quale la persona viene presa in carico in modo continuativo attraverso una rete integrata di servizi territoriali, domiciliari, sociosanitari e ospedalieri, sostenuta da équipe multiprofessionali, nuove strutture, nuove funzioni di coordinamento e strumenti di telemedicina. È una sintesi di ciò che ho detto fino adesso.

Il nostro obiettivo è analizzare questo modello, adattarlo alla realtà sammarinese e attuare quelle evoluzioni funzionali che possono migliorare la qualità complessiva dell'assistenza territoriale del nostro Paese.

Passo ora a un campo completamente diverso, ma che evidentemente ha a che fare con il nostro livello assistenziale e contribuisce a qualificare ulteriormente l'Istituto per la Sicurezza Sociale: l'area della disabilità. La disabilità rappresenta uno dei settori nei quali si registra una particolare concentrazione di progettualità. Nel corso dell'ultimo periodo abbiamo dato conto di un percorso di consolidamento e ampliamento dell'Unità Operativa Complessa Disabilità, che comprende l'integrazione della presa in carico di minori e adulti, l'introduzione di nuove figure professionali, un nuovo centro diurno per minori, il sostegno psicologico e familiare e il lavoro finalizzato a nuove progettualità educative e di autonomia.

In questo periodo abbiamo cercato di dare maggiore visibilità anche alle attività del centro diurno, alla teleassistenza domiciliare e, più in generale, ai servizi territoriali dedicati agli anziani, alle persone fragili e alle famiglie. La visita della Reggenza nel giugno 2026 ha inoltre consentito di evidenziare i recenti investimenti destinati alle strutture territoriali e sociosanitarie per le persone con disabilità.

Uno di questi investimenti riguarda la stanza multisensoriale Snoezelen, una struttura che molte persone probabilmente non conoscono ma che può aiutare a mantenere e stimolare la sensibilità e le capacità percettive delle persone con disabilità. Può essere utile anche per gli anziani e, in particolare, per persone che presentano problemi di demenza.

Nel maggio 2026 è stata inaugurata al Colore del Grano una nuova stanza multisensoriale Snoezelen, inserita all'interno di un percorso più ampio di aggiornamento degli ambienti e dei servizi destinati alle persone con disabilità. La realizzazione è stata possibile anche attraverso una donazione di Marlù e Gabry Ponte. Nel giugno 2026 è stato poi inaugurato al Colore del Grano il progetto "Il Re", un percorso sperimentale di autonomia abitativa rivolto a giovani adulti con disabilità intellettiva e costruito attraverso progetti individualizzati. È importante ricordare che questo progetto ha una storia progettuale antecedente al giugno 2025: nel periodo oggetto di questa relazione siamo arrivati alla sua attivazione concreta. Sul tema dell'affettività e dell'autodeterminazione, nell'ambito del progetto "The Power of Love", nel 2026 si è sviluppato "The Weekend of Love", un percorso dedicato all'affettività, alle relazioni sociali e all'autodeterminazione delle persone con disabilità e delle loro famiglie. A questo si



aggiungono la collaborazione con la cooperativa In Volo, la partecipazione a Expo Aid e tutte le iniziative collegate all'attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Il quarto punto riguarda la tutela dei minori. Nel corso del periodo di riferimento è proseguito il percorso di consolidamento e potenziamento del Servizio Tutela Minori, avviato con la riorganizzazione prevista dalla Legge n.129 del 2022 e progressivamente sviluppatosi attraverso una distinzione più chiara fra le funzioni di tutela, valutazione e monitoraggio e gli interventi di sostegno alla genitorialità e di supporto psicologico. Questo modello ha consentito di rafforzare la specializzazione e le professionalità coinvolte e, contemporaneamente, di garantire una presa in carico maggiormente strutturata e multidisciplinare delle situazioni di vulnerabilità. Un passaggio particolarmente significativo è stato il consolidamento dell'assetto organizzativo della Tutela Minori, con la copertura, dal 1° agosto 2026, del ruolo di responsabile del servizio, che era rimasto vacante per un periodo prolungato, e con il trasferimento, nel luglio 2026, in una sede dedicata e maggiormente idonea a garantire riservatezza, autonomia organizzativa e adeguate condizioni operative. In sostanza abbiamo cercato di rimettere in moto il servizio e di dargli una struttura più stabile. Il nuovo assetto ha inoltre consentito di avviare percorsi per la definizione di protocolli operativi con i diversi servizi sanitari e sociosanitari coinvolti nella presa in carico dei minori e dei nuclei familiari.

Particolare attenzione è stata dedicata al rafforzamento del lavoro di rete e della collaborazione interistituzionale. Sono stati riattivati i tavoli di confronto e avviati percorsi per la definizione di protocolli condivisi con la pediatria, con i servizi minori, con la salute mentale, con la disabilità, con il Dipartimento Istruzione e con l'équipe che si occupa della promozione del benessere a scuola. Queste attività servono a rendere più chiari i rispettivi ambiti di competenza, migliorare le procedure di segnalazione e di presa in carico, favorire uno scambio tempestivo di informazioni e garantire una maggiore continuità e integrazione degli interventi.

Nell'ambito della prevenzione e della promozione del benessere dei minori, da settembre 2026 il servizio è stato nuovamente inserito nel tavolo istituzionale Scuola-Salute, rafforzando il proprio contributo alle attività di sensibilizzazione, prevenzione e individuazione precoce delle situazioni di vulnerabilità. A questo proposito voglio aggiungere che, da quando siamo arrivati, il lavoro di inserimento dei servizi all'interno del tavolo Scuola-Salute è stato costante e continuo. Siamo sempre presenti con servizi diversi e proponiamo continuamente attività che possano interessare i ragazzi, differenziandole a seconda delle fasce di età coinvolte. Questa impostazione ha incontrato anche l'interesse di molti direttori didattici, che hanno partecipato e collaborato tutte le volte in cui abbiamo chiesto loro di essere vicini al lavoro che stavamo portando avanti.

Un ulteriore elemento di sviluppo ha riguardato il rafforzamento delle collaborazioni esterne, con la riattivazione del rapporto con il Centro Affidi di Rimini, la predisposizione di un protocollo operativo per la gestione degli affidamenti familiari che riguardano famiglie sammarinesi e la definizione delle modalità di accesso al registro delle famiglie affidatarie. L'obiettivo è qualificare ulteriormente il percorso dell'affidamento e assicurare un adeguato accompagnamento alle famiglie coinvolte.

Nel complesso, le azioni intraprese hanno contribuito, come richiesto anche dagli ordini del giorno del 27 febbraio 2026 e del 7 maggio 2026 nell'ambito della Commissione Quarta, a consolidare un modello di tutela fondato sulla collaborazione tra professionalità e istituzioni, sulla condivisione delle informazioni, sull'integrazione degli interventi e sul rafforzamento dei raccordi con i servizi dell'ISS, con il sistema scolastico, con l'autorità giudiziaria, con le forze dell'ordine e con tutti gli altri soggetti istituzionali coinvolti. Questo permette di costruire, attorno alle situazioni di maggiore complessità, una rete di intervento coordinata e orientata alla tempestività, alla continuità assistenziale e soprattutto alla centralità del minore e del suo contesto familiare. Il quinto tema, al quale tengo moltissimo anche per la mia esperienza professionale, è quello dell'umanizzazione delle cure. Negli ultimi anni ho lavorato molto su questo aspetto perché credo che sia importante garantire la qualità dell'assistenza non soltanto sul piano biologico, ma anche su quello psicologico, sociale, culturale e, quando è rilevante per la persona, anche religioso.

Quando parlo di umanizzazione, quindi, parlo di un modo diverso di concepire l'intero sistema di cura. Una delle principali direttrici dell'ultimo anno, che ritorna con continuità in molti dei nostri interventi,



è proprio il tema dell'umanizzazione, declinato non soltanto come principio astratto ma anche attraverso iniziative concrete.

Faccio alcuni esempi. Il primo è il taglio cesareo dolce. Nel marzo 2026 abbiamo comunicato l'introduzione del taglio cesareo dolce e, al momento della presentazione, erano già stati effettuati sei interventi. La metodica mira a rendere maggiormente partecipata l'esperienza della nascita, favorendo il contatto precoce fra madre e neonato e, quando possibile, la presenza del partner. A questo proposito la ginecologia ha predisposto una specifica procedura.

Il secondo esempio riguarda la qualità percepita. Dall'aprile 2026 l'ISS ha avviato un nuovo sistema strutturato di rilevazione della qualità percepita attraverso questionari rivolti agli utenti dei reparti di degenza, degli ambulatori e degli uffici amministrativi. Il progetto introduce uno strumento permanente di ascolto dell'utenza, che deve essere collegato al miglioramento organizzativo e alla valutazione dei servizi.

Un altro grande capitolo è quello della collaborazione con le associazioni. In questo periodo abbiamo costruito una collaborazione articolata con il mondo associativo, che ha contribuito allo sviluppo di iniziative assistenziali, relazionali e di sensibilizzazione.

Il coinvolgimento del terzo settore rappresenta una componente strategica di un sistema sanitario moderno, orientato alla prossimità, alla partecipazione e alla centralità della persona. Le associazioni e gli enti del terzo settore, grazie alla loro presenza capillare nella comunità e alla conoscenza diretta dei bisogni delle persone e delle famiglie, possono contribuire in maniera significativa alla costruzione di risposte assistenziali più appropriate, inclusive e personalizzate.

Il loro apporto è particolarmente importante nei percorsi dedicati alla cronicità, alla disabilità, alla fragilità, alla salute mentale, alla prevenzione e al sostegno dei caregiver, perché in questi ambiti la dimensione sanitaria si intreccia inevitabilmente con quella sociale e relazionale.

Il rapporto fra sistema sanitario e terzo settore deve quindi evolvere da una collaborazione occasionale verso forme più strutturate di ascolto, coprogettazione e corresponsabilità, nelle quali le competenze professionali, l'esperienza dei servizi e la conoscenza del territorio possano integrarsi.

In questa prospettiva il terzo settore non costituisce soltanto un supporto alle attività sanitarie, ma può diventare un vero partner della rete di salute della comunità, aiutando il sistema a intercettare precocemente i bisogni, favorire l'adesione ai percorsi di cura, contrastare le disuguaglianze e promuovere una cultura condivisa della salute.

Il rapporto costruito con le associazioni ha anche prodotto numerose donazioni e interventi concreti: attrezzature per l'oncoematologia da parte di ASLEM, televisori destinati al reparto di oncoematologia, apparecchiature diagnostiche e interventistiche per la senologia attraverso ASDOS, tre gazebo destinati agli ospiti della casa di riposo grazie al contributo della Croce Rossa, della Fondazione Simoncini Galluzzi e del Vespa Club, misuratori professionali di pressione per il Centro Sanitario di Chiesanuova, il contributo di Marlù e Gabry Ponte per la stanza Snoezelen, l'attività del Banco Farmaceutico e la collaborazione con l'Associazione Oncologica Sammarinese sul progetto Yoga per il benessere e sul progetto dell'hospice. Queste non sono semplicemente singole iniziative, ma descrivono un modello di partecipazione della comunità al miglioramento dei servizi e alla tutela della salute collettiva.

Io credo che la ricchezza che abbiamo nel mondo del volontariato possa partecipare a pieno titolo al lavoro che l'ISS svolge ogni giorno. Non nel senso di sostituirsi all'ISS, ma nel senso di collaborare con noi e aiutarci a capire meglio come arrivare alle persone. È anche per questo che presenterò un progetto per l'istituzione del Comitato Consultivo Misto, naturalmente dopo averlo valutato in tutti i suoi aspetti. Credo che questo possa rappresentare uno dei prossimi percorsi nell'ambito della collaborazione strutturata con il mondo associativo e territoriale. Mi fa piacere ricordare anche l'attività avviata nell'ambito della neurologia e nelle sale d'attesa attraverso la collaborazione con la scuola di formazione cinofila di Morciano e con le associazioni impegnate sul territorio. C'è poi l'Associazione Sclerosi Multipla. L'Associazione Oncologica Sammarinese ha avviato il percorso di yoga per i pazienti oncologici, molto apprezzato, che riprenderà in ottobre. E la stessa associazione si è resa disponibile alla realizzazione dell'hospice, che verrà successivamente donato allo Stato e realizzato a proprie spese. Parliamo quindi di una donazione davvero molto importante.



C'è poi il lavoro dell'ASPIC insieme alla neurologia sul tema delle demenze, l'attività dell'associazione Batticinque nell'ambito della disabilità, in particolare per i bambini con disturbo dello spettro autistico e con problematiche del neurosviluppo, e il contributo di ASLEM, che ha donato le apparecchiature necessarie alla nuova Unità Operativa di oncoematologia dell'ospedale.

Questo percorso, con tutta probabilità, verrà completato entro la fine di quest'anno e il nuovo centro oncologico dovrebbe entrare pienamente in attività nei primi mesi del 2027. Un'altra cosa alla quale tengo moltissimo è il rapporto con l'Istituto Musicale Sammarinese. Nel luglio 2026 è stato avviato il progetto "Musica in corsia", nato dalla collaborazione fra ISS e Istituto Musicale Sammarinese con l'obiettivo di portare momenti musicali nei reparti ospedalieri, a partire dalla geriatria, e successivamente nelle strutture territoriali dell'ISS, grazie naturalmente anche alla disponibilità degli allievi. La musica rappresenta uno strumento di particolare interesse nell'ambito della promozione del benessere e della presa in carico della persona anziana e, in determinati contesti, può configurarsi come un intervento non farmacologico complementare ai percorsi assistenziali e terapeutici. Questo è un esempio tipico di ciò che intendo quando parlo di umanizzazione delle cure.

La letteratura scientifica evidenzia infatti come le attività musicali, sia attraverso l'ascolto sia attraverso una partecipazione attiva con il canto o l'esecuzione musicale, possano contribuire a sostenere il benessere psicologico, la socializzazione e la qualità della vita, con una particolare rilevanza nelle persone affette da demenza. Nel caso delle demenze, la musica assume inoltre una specifica valenza sul piano relazionale ed emotivo. Melodie conosciute e significative per la storia individuale della persona possono favorire l'espressione delle emozioni, la relazione con i familiari e con gli operatori e il mantenimento di elementi dell'identità personale anche in presenza di un progressivo deterioramento delle funzioni cognitive.

Le evidenze disponibili suggeriscono anche possibili effetti favorevoli sulla gestione di alcuni sintomi comportamentali e psicologici della demenza. Alcune revisioni hanno rilevato una riduzione dell'agitazione associata agli interventi di musicoterapia e possibili benefici sull'ansia, sui sintomi depressivi, sulle funzioni cognitive e sulla qualità della vita. È per questo che abbiamo iniziato dalla geriatria e abbiamo già realizzato più momenti musicali all'interno della sala di riabilitazione geriatrica. Queste evidenze presentano naturalmente livelli di certezza diversi e la musica non deve essere considerata una terapia sostitutiva rispetto ai trattamenti clinici. Può però essere una componente utile di interventi non farmacologici più ampi e centrati sulla persona. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce il ruolo delle strategie non farmacologiche nella gestione della demenza e ricomprende la musicoterapia fra gli interventi che possono contribuire al miglioramento di alcuni esiti, fra cui i sintomi depressivi, mentre le evidenze sulla funzione cognitiva sono più limitate.

La valorizzazione della musica all'interno dei servizi sanitari e sociosanitari e nelle strutture dedicate alle persone anziane può contribuire quindi a un modello di assistenza maggiormente orientato alla persona, alla sua storia, alle sue preferenze e alla dimensione relazionale della cura. La costruzione di interventi musicali personalizzati, anche attraverso repertori legati alla biografia e alle esperienze della persona, può rappresentare un'ulteriore opportunità per promuovere inclusione, partecipazione e benessere, integrando la dimensione clinico-assistenziale con quella sociale e umana della cura.

Questa iniziativa si aggiunge alla collaborazione già consolidata nell'ambito del progetto "Noi in crescendo", coordinato dall'Unità Operativa di Pediatria, che prevede il coinvolgimento delle donne in gravidanza e delle famiglie nei primi mille giorni di vita del bambino. Stiamo anche discutendo con la pediatria un progetto che potrebbe coinvolgere le future mamme, cioè le donne in gravidanza, attraverso un percorso di avvicinamento alla musica e la possibilità, per il bambino ancora nel grembo materno, di essere esposto all'ascolto di musiche diverse. Un'altra iniziativa importante è il progetto "Spazi di Salute", promosso dal Rotary di Rimini con la collaborazione del Rotary di San Marino. Il progetto ha l'obiettivo di valorizzare l'esercizio fisico come parte integrante della cura nei percorsi riabilitativi e oncologici, sostenendo in maniera strutturata la medicina riabilitativa dei cinque ospedali della provincia di Rimini e della Repubblica di San Marino.

Il progetto prevede la donazione, da parte del Rotary, di macchinari e attrezzature utili alla riabilitazione e anche una collaborazione per eventi formativi con l'AUSL Romagna.



Per quanto riguarda l'hospice, poi il dottor Alessandro Bertolini entrerà più specificamente nel merito, ma abbiamo già detto due cose che considero importanti. L'hospice definitivo verrà realizzato con il contributo dell'Associazione Oncologica Sammarinese e naturalmente parliamo di un intervento che richiederà alcuni anni, perché strutture di questo tipo non si realizzano in pochi mesi. Nel frattempo avvieremo un hospice temporaneo all'interno delle strutture esistenti, che sarà temporaneo dal punto di vista logistico ma avrà tutte le caratteristiche assistenziali per essere considerato un hospice a tutti gli effetti.

Un altro grande capitolo riguarda la digitalizzazione e la semplificazione dei rapporti con i cittadini. Dal 1° gennaio abbiamo avviato il progressivo superamento dell'invio postale della documentazione a favore dei servizi digitali. Dal 12 gennaio il Fascicolo Sanitario Elettronico dispone della nuova sezione dedicata alle impegnative. Dal 1° maggio è entrato in vigore il nuovo regolamento relativo ai rimborsi, alle protesi, ai presidi e agli altri dispositivi.

La digitalizzazione ha evidentemente a che fare anche con tutto il capitolo dell'assistenza e su questo dovremo fare un approfondimento molto serio, perché nel momento in cui avviamo un nuovo percorso assistenziale territoriale tutta la parte di teleassistenza diventerà parte integrante del sistema. Dobbiamo quindi dotarci di sistemi informatici che siano realmente in grado di gestire questa partita.

Vengo poi al personale, al reclutamento e all'organizzazione. La documentazione disponibile evidenzia una significativa attività di reclutamento, di selezione e di organizzazione del personale. Nel 2026 risultano attive procedure per il reclutamento di numerosi profili sanitari, sociosanitari e tecnico-sanitari: dirigenti medici in diverse specialità, infermieri, psicologi, psicoterapeuti, fisioterapisti, logopedisti, veterinari, optometristi, ortottisti, tecnici di neurofisiopatologia e diversi altri profili. Non vi faccio tutto l'elenco, perché sarebbe molto lungo, ma questo dà un segnale preciso della volontà del Comitato Esecutivo di portare avanti il reclutamento all'interno dell'ISS e di farlo a trecentosessanta gradi.

C'è poi tutto il tema dell'organizzazione, della valutazione e dell'accreditamento. È una parte importantissima della quale, secondo me, si parla troppo poco. Un esempio è il progetto di attività interna temporanea finalizzato alla riduzione delle liste d'attesa, cioè quelle attività aggiuntive delle quali poi parlerà in maniera più dettagliata il Dr. Alessandro Bertolini. Sul fronte delle strutture, dei lavori, delle tecnologie e delle attrezzature abbiamo già detto diverse cose. Il nuovo spazio oncologico verrà completato entro la fine dell'anno. I lavori del Centro Sanitario di Borgo Maggiore sono conclusi e l'apertura è prevista entro novembre. Abbiamo avviato una serie di investimenti e di gare importanti, fra cui quella relativa ai sistemi analitici cromatografici destinati al laboratorio centralizzato.

Abbiamo inoltre attivato numerosi percorsi formativi, alcuni dei quali, secondo me, sono davvero di grande qualità. A ottobre partirà, in collaborazione con l'Università degli Studi della Repubblica di San Marino, un corso di formazione dedicato alla comunicazione e rivolto soprattutto agli operatori che si occupano di cronicità, quindi agli operatori della geriatria e della medicina di base. Vogliamo fare in modo che queste persone possano essere formate su una comunicazione che non riguarda soltanto il rapporto fra operatori, ma anche il rapporto fra operatore e paziente e quello fra operatore e caregiver. Può sembrare una banalità, ma non lo è affatto. La capacità di comunicare fra professionisti, con il paziente e con chi lo assiste cambia profondamente la qualità del percorso assistenziale. Più siamo capaci di fare questa cosa, più è probabile che il percorso proceda in maniera adeguata. Abbiamo poi attivato un ambulatorio dedicato ai tumori familiari. Il percorso sta procedendo con una serie di iniziative importanti e nei prossimi giorni ne vedrete altre. Per l'Ottobre Rosa abbiamo un mese pieno di attività e di momenti formativi ed educativi rivolti prevalentemente alla popolazione femminile. Devo però dire che la mia speranza è che nel giro di non molto tempo si possa avviare un percorso di prevenzione strutturato anche per quanto riguarda i tumori maschili, soprattutto il tumore della prostata. Mi sembra un tema del quale si parla ancora troppo poco. In realtà avviare un percorso di prevenzione per il carcinoma della prostata non sarebbe particolarmente complicato e potrebbe significare strutturare uno screening che preveda visite urologiche e gli approfondimenti diagnostici ritenuti appropriati. In questo modo potremmo favorire la diagnosi precoce e tutto ciò che ne consegue, anche perché gli interventi chirurgici legati a queste patologie possono essere molto impegnativi non soltanto sul piano



fisico, ma anche su quello psicologico. C'è poi la riorganizzazione del Servizio di Pediatria. La pediatria deve progressivamente andare verso il territorio. Cominceremo dai pazienti più fragili e procederemo gradualmente, facendo in modo che i pediatri possano uscire sempre più dall'ambito strettamente ospedaliero e arrivare, quando necessario, anche al domicilio dei pazienti.

Stiamo lavorando poi sui PDTA, sui percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e sulla loro governance. C'è infine una cosa che considero importantissima e che vorrei sapeste, perché è una delle tante cose che vengono fatte ma delle quali spesso non si sa nulla. L'invecchiamento della popolazione ha aumentato la prevalenza di fragilità, multimorbilità e polifarmacoterapia. Tutti conosciamo il problema della polifarmacoterapia, ma secondo me non ne parliamo abbastanza. Nell'anziano l'utilizzo contemporaneo di molti farmaci comporta un maggiore rischio di reazioni avverse, di interazioni farmaco-farmaco, di cascata prescrittiva e di nuovi ricoveri. Lo scopo del progetto che abbiamo avviato è valutare l'efficacia di un programma di medication review e deprescribing nel ridurre la polifarmacoterapia e i ricoveri successivi nei pazienti di età maggiore o uguale a settant'anni ricoverati presso la geriatria dell'Ospedale di Stato.

Il progetto pilota dimostra che una medication review sistematica e un'attività di deprescribing possono essere utili, sicure ed efficaci nel ridurre la polifarmacoterapia e i ricoveri negli anziani fragili. C'è un dato che considero particolarmente importante: la riduzione di oltre il 50% dei ricoveri a trenta giorni suggerisce un impatto clinico molto rilevante, con un miglioramento sia della sicurezza sia della sostenibilità delle cure. Questo progetto potrebbe quindi rappresentare una base solida per estendere questa pratica anche ad altri ambiti ospedalieri e successivamente al territorio. Sarà importante potenziare la collaborazione con i farmacisti clinici e strutturare il follow-up dei pazienti, magari attraverso l'attivazione di un ambulatorio dedicato al deprescribing e alla riconciliazione terapeutica dopo la dimissione. Questo progetto è stato selezionato per il 71° Congresso Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, che si terrà nel prossimo mese di novembre, e questo dimostra anche l'interesse scientifico e l'attualità del tema trattato. In termini molto semplici significa che il lavoro che stanno facendo i geriatri per valutare le prescrizioni farmacologiche e, quando possibile, ridurre il numero dei farmaci prescritti, può evitare che una persona anziana si trovi a dover gestire quindici o venti farmaci diversi ogni giorno senza che nessuno abbia rivalutato nel tempo l'effettiva necessità di ogni trattamento. Sappiamo che l'associazione di molti farmaci può diventare, in determinati casi, un problema invece che un vantaggio. Portare questa impostazione anche sul territorio potrà quindi produrre benefici importanti in futuro. Poi ci sono il rilancio delle farmacie pubbliche, i rapporti istituzionali e molte altre attività. In questi mesi abbiamo cercato di lavorare in maniera trasversale su tutti i settori nei quali era possibile intervenire e, da Direttore Generale, devo dire che sono molto orgoglioso del lavoro che siamo riusciti a realizzare fino a questo momento.

Dr. Alessandro Bertolini – Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie ISS: Mi sono fatto una serie di appunti per non essere ripetitivo rispetto alla relazione molto ampia che ha fatto il dottor Vagnini, quindi provo a integrare alcune informazioni e lo farò necessariamente un po' in ordine sparso. La prima notizia è che il 6 ottobre il Primario della Ginecologia presenterà pubblicamente il programma di rilancio di Salute Donna. Ha atteso questa data perché la settimana scorsa abbiamo fatto il concorso e, se non fossero arrivate tre nuove forze, sarebbe stato difficile riuscire a potenziare questo servizio. Salute Donna è un consultorio, ha una sua dignità, una sua attività e il dottor Lorè ha studiato una serie di interventi proprio per rilanciarlo.

È già stato fatto anche un accenno alla Breast Unit. Aggiungo che abbiamo nominato un coordinatore, quindi oggi c'è un collega che si occupa specificamente di coordinare la Breast Unit, che è riuscito anche a chiudere la partita del PDTA della senologia e a dare quello slancio che serve per mantenere attiva e strutturata questa tipologia di prestazione.

È già stato detto che abbiamo nominato il responsabile della Tutela Minori, ma quella non era l'unica struttura che era rimasta senza responsabile. Avevamo una situazione analoga anche nell'Otorinolaringoiatria e, nell'ultimo Comitato Esecutivo, abbiamo nominato il responsabile anche di



questa attività. Con questa nomina abbiamo completato tutte le nomine previste dalla 171 del novembre 2024. Siamo andati un po' lunghi sulle ultime due, questo è vero, però alla fine ci siamo arrivati.

Parlo del responsabile dell'Otorinolaringoiatria perché proprio l'otorino è un esempio emblematico per spiegare quello che dirò anche successivamente sulle liste d'attesa. L'Otorinolaringoiatria aveva liste d'attesa importanti. Avevamo un solo otorino strutturato e poi due consulenti che arrivavano da Rimini e ci davano il loro supporto, con un costo mensile di circa 4.800 euro. Nonostante questa organizzazione, le liste d'attesa c'erano ed erano significative.

Per superare questo problema abbiamo investito sul servizio e oggi la situazione è completamente diversa. Abbiamo tre otorini stabilizzati, compreso il responsabile, e un ulteriore otorino stabilizzato part-time. Quindi, sostanzialmente, abbiamo tre otorini e mezzo. Questo ci ha permesso di interrompere il rapporto di consulenza con Rimini e, nello stesso tempo, di ridurre fino praticamente ad azzerare le liste d'attesa, che oggi sono nell'ordine di quattro giorni. A questo punto ho chiesto ai colleghi dell'Otorinolaringoiatria che, una volta ridotte così tanto le liste d'attesa, utilizzino il tempo professionale che si è liberato per offrirci anche ulteriori attività.

C'è poi un'altra questione che secondo me va considerata. I colleghi dell'Otorinolaringoiatria sono reperibili 24 ore su 24, 7 giorni su 7, per le urgenze, e non è affatto una reperibilità sprecata. Un sanguinamento importante a livello nasale impressiona chiunque, sia l'operatore sia il paziente, e avere un professionista che sia in grado di intervenire e tamponare immediatamente un'emergenza di questo tipo, permettetemi di dirlo, è grasso che cola, anche perché l'alternativa sarebbe caricare il paziente su un'ambulanza e mandarlo in urgenza a Rimini.

Quindi l'organizzazione dell'Otorinolaringoiatria che abbiamo messo in piedi in questi mesi ci ha dato una serie di vantaggi e credo che questo modello, con i dovuti adattamenti, possa essere utilizzato anche in altre attività specialistiche.

Il dottor Vagnini ha parlato molto di screening e di prevenzione. A questo aggiungo un'altra novità importante. Il 23 novembre faremo una conferenza stampa per spiegare alla popolazione che partirà lo screening per il tumore del polmone. È un programma ambizioso. A San Marino vogliamo svilupparlo prendendo come riferimento scientifico ciò che è già stato fatto in Lombardia e in una serie di ospedali italiani che lavorano insieme proprio sulla prevenzione del tumore del polmone. L'obiettivo è intercettare precocemente i soggetti maggiormente a rischio una volta individuata con precisione la categoria di popolazione interessata.

Vogliamo metterci alla pari con quanto stanno già facendo la Lombardia e questi diciotto ospedali che fanno parte di una rete dedicata alla prevenzione del tumore del polmone, ma noi avremo anche una possibilità in più legata alle caratteristiche del nostro Paese. Negli altri contesti l'adesione avviene sostanzialmente su base volontaria. Noi, invece, possiamo rivolgerci direttamente a tutti i cittadini sammarinesi che rientrano nella categoria a rischio per età e chiedere loro di compilare un questionario. Coloro che, sulla base di quel questionario e delle condizioni cliniche, saranno considerati maggiormente a rischio potranno entrare in un protocollo di sorveglianza attiva.

È evidente che una cosa di questo tipo, con questa capacità di raggiungere direttamente la popolazione interessata, è molto più difficile da organizzare in Italia, in Lombardia o negli altri centri che ho citato, proprio per la dimensione della popolazione. Abbiamo inoltre deciso di riportare al Dipartimento di Prevenzione, come normalmente dovrebbe avvenire, tutto ciò che riguarda il coordinamento degli screening. Nelle organizzazioni sanitarie strutturate è infatti il Dipartimento di Prevenzione a rappresentare il collettore finale dei programmi di prevenzione.

Di programmi di prevenzione noi ne abbiamo tanti e il dottor Vagnini ne ha già ricordati diversi. Partiremo assegnando al Dipartimento di Prevenzione la gestione dei dati del futuro screening del tumore del polmone. È importante chiarire che non parlo della prestazione clinica, perché quella sarà fatta dai clinici coinvolti nel progetto. Parlo della gestione del dato. Dobbiamo arrivare a una situazione nella quale sia possibile sapere in tempo reale qual è il tasso di adesione allo screening, qual è il tasso di positività, quante persone vengono avviate a un secondo livello diagnostico e come sta procedendo complessivamente il programma. Questo ufficio per noi è fondamentale. E dovrà diventare fondamentale anche per tutti gli altri programmi di screening, in modo che il Comitato Esecutivo possa,



banalmente anche alzando il telefono, chiedere all'ufficio come sta andando lo screening del colon-retto, come sta andando Cardio 40, come sta andando lo screening per il tumore della cervice uterina e avere immediatamente un quadro aggiornato e attendibile.

Abbiamo pensato quindi a un ufficio che abbia precisamente questa funzione di raccolta, governo e monitoraggio dei dati. Vi do anche un'altra buona notizia. Il mese scorso la Polizia Civile ha elevato la prima sanzione per violazione del divieto di fumo in ospedale. Questo significa che il progetto "Ospedale No Smoke" sta cominciando a funzionare concretamente e che la Polizia Civile sta svolgendo il proprio lavoro di sorveglianza. Abbiamo poi nominato un nuovo responsabile del Risk Management, anche per rispondere ad alcune difficoltà che erano state segnalate recentemente dall'Authority. Non perché chi si occupava precedentemente del Risk Management non fosse in grado di svolgere il lavoro, ma perché quella persona aveva contemporaneamente due incarichi estremamente impegnativi e uno di questi riguarda, fra l'altro, un'attività che cuba circa 11 milioni di euro.

D'accordo con la precedente responsabile abbiamo quindi ritenuto opportuno individuare una figura che potesse occuparsi specificamente del Risk Management, in modo da dare risposte più puntuali e strutturate rispetto agli incidenti e agli eventi che possono inevitabilmente verificarsi quando si svolge attività sanitaria. Abbiamo inoltre concluso il corso manageriale per i direttori di Unità Operativa Complessa. Lo segnalo perché il 15 ottobre saranno presentati quattro project work realizzati da quattro gruppi di colleghi che hanno partecipato al corso. Sono lavori orientati soprattutto all'efficientamento e al miglioramento organizzativo. Quindi, a conclusione del corso manageriale, contiamo di ricavare indicazioni concrete e stimoli utili per migliorare ulteriormente la nostra organizzazione.

Abbiamo anche messo ordine al PAF, il Piano Annuale di Formazione. Il PAF aveva già un budget, e oggi dispone di un budget significativo, ma occorreva finalizzarlo maggiormente a una serie di interventi precisi. Uno degli obiettivi è accreditare, ogni volta che è possibile e opportuno, i percorsi formativi ai fini ECM e riconoscere nella formazione svolta dagli specialisti quei crediti che anche a San Marino sono richiesti per poter esercitare correttamente le professioni sanitarie, mediche, infermieristiche e tecnico-sanitarie.

Su questo abbiamo avuto anche un momento di allarme, perché risultava che diversi professionisti non avessero correttamente registrato i crediti formativi. A un certo punto, verso giugno, devo dire che mi si è gelato un po' il sangue, perché dai dati iniziali risultavano circa quattrocento professionisti su seicento non in regola rispetto a quanto richiesto nei due trienni precedenti, dal 2020 al 2025. Poi, naturalmente, approfondendo il dato, quei quattrocento sono diventati dodici, perché nella grande maggioranza dei casi si trattava di errori nella trascrizione o nell'invio dei crediti. Di questi dodici, tre nel frattempo sono andati in pensione. Ne rimangono quindi nove e, per questi nove, dovremo chiedere, in osservanza della legge, un riferimento da parte del rispettivo responsabile di servizio.

Se fossero stati davvero 400 professionisti non in regola sarebbe stata una notizia enorme. Fortunatamente non è così. Mettere mano al PAF significa però anche evitare che situazioni di questo genere si ripetano. Governando direttamente il Piano Annuale della Formazione e cercando di accreditare ai fini ECM il maggior numero possibile di corsi per le strutture e le professionalità che ne hanno necessità, siamo in grado di fornire ai clinici, agli infermieri e agli altri professionisti quei crediti che servono per garantire la continuità del loro percorso formativo. Sempre nell'ambito degli obiettivi di budget abbiamo cercato di governare anche l'appropriatezza prescrittiva. Abbiamo cercato di spiegare un concetto molto semplice: due prescrizioni non sono necessariamente meglio di una. Le prescrizioni devono essere fatte quando servono e devono rispondere a un preciso senso clinico. Da parte dei colleghi c'è stata una risposta. Negli anni precedenti assistevamo a un trend costantemente crescente delle richieste, sia per gli esami del sangue sia per la radiologia. Avevamo sostanzialmente una linea che continuava a salire ogni anno.

I primi conteggi che abbiamo fatto nella prima metà di questo mese ci dicono che almeno per gli esami del sangue abbiamo raggiunto un plateau prescrittivo, quindi la crescita si è stabilizzata. Per la radiologia, invece, abbiamo addirittura registrato una riduzione delle richieste. Io interpreto questo risultato come un esempio di good clinical practice, di buona pratica clinica, che è poi esattamente ciò



che tutti noi, politici, amministratori e professionisti sanitari, dovremmo perseguire per garantire un servizio sanitario che sia il più possibile efficace e appropriato.

Sempre nell'ambito degli obiettivi di budget abbiamo chiesto qualcosa di importante anche ai pediatri, come ha già ricordato il dottor Vagnini. Abbiamo chiesto ai pediatri ospedalieri di uscire progressivamente dall'ospedale e di farsi carico maggiormente dei bisogni degli utenti anche al domicilio, avvicinandosi quindi a una logica territoriale.

Il progetto è stato scritto dal dottor Ranieri, Primario della Pediatria, una persona che stimo moltissimo, e ha costruito un percorso specifico che intercetta la fragilità pediatrica nella fascia da zero a quattordici anni. Per questo segmento di pazienti fragili, dal 1° ottobre partirà un servizio di visite pediatriche domiciliari organizzato sulla base del progetto predisposto dai colleghi. Credo che questo sia un risultato molto importante, perché significa cominciare concretamente a portare anche la pediatria fuori dall'ospedale quando le condizioni del paziente e della famiglia richiedono una risposta di prossimità. Abbiamo monitorato anche gli altri obiettivi di budget e devo dire che, complessivamente, sono in linea con le richieste che avevamo formulato. Abbiamo poi chiuso definitivamente la COT, o comunque quel servizio che nell'ultimo periodo aveva assunto una diversa denominazione, riorganizzando il modo in cui viene gestito il primo contatto con i centri sanitari. Il primo centro sanitario nel quale abbiamo applicato questo modello è stato quello di Borgo Maggiore e, entro la fine del mese, completeremo la riorganizzazione anche negli altri centri.

Abbiamo tolto da questa attività alcuni professionisti sanitari perché di quei professionisti abbiamo un bisogno fondamentale in altri ambiti assistenziali e li abbiamo sostituiti, nelle funzioni che possono essere svolte senza competenza sanitaria, con personale amministrativo. Il personale amministrativo risponde direttamente all'utente quando la domanda ha un contenuto amministrativo. Se invece emerge una richiesta che ha una valenza sanitaria, la chiamata viene immediatamente trasferita all'infermiere di famiglia, cioè all'infermiere che opera accanto allo studio del medico di medicina generale. In questo modo evitiamo il doppio triage, evitiamo il meccanismo del "la richiameremo, ci sentiamo fra sette ore" e tutti quei passaggi che rischiano di allontanare la risposta dal bisogno reale della persona. Cerchiamo invece di riportare il problema direttamente al professionista giusto e di dare all'utente una risposta coerente con la natura della sua richiesta.

Stiamo lavorando anche sulle farmacie, con percorsi di formazione e di riorganizzazione. Una parte dei cittadini oggi esce dal territorio anche per acquistare parafarmaci e, quando questo accade, significa che risorse economiche escono da San Marino e vanno verso farmacie italiane. Abbiamo quindi iniziato un lavoro di formazione che può riguardare anche aspetti apparentemente banali, ma che banali non sono, come il modo di esporre i prodotti, il percorso che si propone all'utente all'interno della farmacia e la capacità di dare consigli utili e orientarlo correttamente. Non dico che l'aumento sia già necessariamente l'effetto diretto del percorso formativo, perché sarebbe prematuro dirlo, ma quest'anno abbiamo registrato un incremento delle vendite di parafarmaci nelle nostre farmacie del 13%. Non è un dato trascurabile, soprattutto se consideriamo che sono risorse che rimangono all'interno dell'ISS e che possono quindi essere riutilizzate per le attività assistenziali e cliniche che svolgiamo ogni giorno.

Abbiamo appena avviato anche la campagna per la vaccinazione antinfluenzale del 2026 e partiranno adesso le vaccinazioni su larga scala.

L'anno scorso abbiamo inoltre predisposto il piano sanitario per Rally Legend, proprio per evitare di trovarci scoperti nel caso di emergenze durante una manifestazione di quelle dimensioni. Lo stesso piano verrà rimesso in campo per il Rally Legend che si terrà fra una decina di giorni. Quel modello organizzativo è stato utilizzato anche in occasione della visita del Santo Padre. Quindi l'organizzazione che abbiamo costruito per Rally Legend si è dimostrata utile anche per altre circostanze nelle quali era necessario predisporre una risposta sanitaria straordinaria.

Ritorno un attimo alla Pediatria perché c'è un'altra questione sulla quale abbiamo lavorato insieme al Primario. Gli ho chiesto un favore importante, perché la nostra organizzazione aveva la necessità di dare una risposta rapida ai cittadini e questa risposta riguarda la realizzazione dell'hospice. Avevamo inizialmente studiato l'ipotesi di un hospice temporaneo che potesse accompagnarci fino alla realizzazione dell'hospice definitivo dell'Associazione Oncologica, che verrà costruito nella zona della



Fiorina. Nella prima ipotesi, però, l'hospice temporaneo avrebbe comportato una spesa importante per le casse dell'ISS. Non sarebbe stata necessariamente una spesa inutile, perché una parte degli interventi avrebbe potuto essere riutilizzata successivamente per altre attività, ma comunque si sarebbe trattato di un investimento significativo.

Soprattutto, quella soluzione non ci avrebbe consentito di avere l'hospice pronto prima della fine della prossima estate. Abbiamo quindi chiesto al Primario della Pediatria se fosse disponibile a concederci l'utilizzo di una parte degli spazi pediatrici, in maniera da poter anticipare enormemente i tempi.

Quando l'Oncologia lascerà l'attuale degenza pediatrica e si trasferirà nei nuovi locali, in quegli spazi realizzeremo l'hospice. Questo significa che, se l'Oncologia entrerà nei nuovi locali entro la fine di gennaio, alla fine di gennaio potremo avere anche l'hospice all'interno dell'ospedale. Io credo che i colleghi pediatri debbano essere riconosciuti per questa disponibilità, perché rinunciano a una parte dei propri spazi e fanno una scelta nell'interesse di una fascia importantissima e particolarmente sofferente della popolazione, consentendo a queste persone di ricevere cure adeguate in una struttura adeguata.

Abbiamo fatto anche un lavoro molto importante per attivare il Registro Tumori. In un Paese piccolo come il nostro è quasi paradossale non avere ancora un Registro Tumori pienamente operativo, ma attraverso una serie di riunioni siamo finalmente riusciti a far partire questo progetto. Il progetto è diretto dal dottor Gualtieri e avremo un'ulteriore riunione l'8 ottobre per verificare a che punto siamo. Su questo sono molto fiducioso, perché vedo un'evoluzione positiva e credo che finalmente riusciremo a dotarci di uno strumento fondamentale per conoscere con precisione l'andamento delle patologie oncologiche nel nostro Paese.

Da marzo abbiamo poi organizzato la medicina proattiva, attraverso visite domiciliari dei medici di medicina generale che escono volontariamente e non soltanto quando vengono chiamati, proprio per andare a vedere e monitorare i pazienti fragili. Ogni medico di base ha censito il numero di pazienti fragili che segue e organizza le visite domiciliari con una cadenza settimanale, quindicinale o diversa a seconda del bisogno della singola persona. Qualcuno mi ha raccontato: "Sono andati da mio papà, sono andati da mio nonno e alla fine hanno bevuto il caffè insieme". Ma questo fa parte esattamente della medicina proattiva. Io esco, vado a vedere un paziente che ho classificato come fragile, verifico che stia bene e, se sta bene, magari lo rivedo dopo quindici giorni. Perché facciamo tutto questo? Perché se il paziente fragile viene monitorato in maniera stretta, se viene "marcato a uomo", per usare un'espressione calcistica, è molto probabile che riusciamo a intercettare una complicanza prima che diventi grave e, magari, a evitare anche un'ospedalizzazione. Questo percorso ci ha portato, alla fine di agosto, a registrare un incremento del 53% delle visite domiciliari effettuate dalla medicina di base rispetto allo storico dell'anno precedente. Quindi i medici di base stanno facendo il loro lavoro e questi numeri ce lo dimostrano in maniera abbastanza chiara.

Prima di parlare delle liste d'attesa voglio darvi anche alcuni dati sulla rilevazione dei carichi di lavoro dell'ISS. Abbiamo effettuato questa rilevazione nella settimana dal 2 all'8 marzo. In questo momento abbiamo elaborato soprattutto il dato globale, senza entrare ancora nel dettaglio di ogni singola Unità Operativa. Vi do qualche numero. In quella settimana abbiamo retribuito complessivamente circa 29.000 ore di lavoro. Di queste, circa il 18%, quindi più o meno 5.000 ore, era rappresentato dalle diverse tipologie di assenza previste. Abbiamo quindi cercato di capire come fossero state utilizzate le ore effettivamente lavorate e come fossero distribuite fra le diverse attività. Alle attività di sala operatoria sono state dedicate 1.049 ore, pari a circa il 4% del totale, mentre una quota molto significativa, circa il 41%, è stata dedicata alle attività ambulatoriali.

La rilevazione dei carichi di lavoro che abbiamo fatto ha riguardato il personale sanitario, quelli che per capirci possiamo chiamare i "camici bianchi". Non abbiamo quindi intercettato, in questa prima analisi, tutta la quota di dipendenti ISS che svolge funzioni prevalentemente amministrative. Parliamo di circa 650-700 persone appartenenti alle diverse professionalità sanitarie considerate nella rilevazione. All'interno delle loro ore lavorate emerge anche una quota dedicata ad attività amministrative, che rappresenta circa l'11%. Anche questo è un dato importante, perché ci fa capire quanta parte del tempo dei professionisti sanitari venga inevitabilmente assorbita da attività che non sono direttamente cliniche. Se prendiamo poi le ore dedicate alle attività ambulatoriali e le rapportiamo alle ore mediche lavorate,



emerge un altro dato interessante: mediamente un medico dedica circa diciotto minuti a ogni prestazione. Naturalmente parliamo di una media. Abbiamo prestazioni che risultano durare tre minuti, e in tre minuti probabilmente non fai neppure in tempo a guardare bene in faccia il paziente, e ne abbiamo altre che arrivano anche a cinquanta minuti. La media, però, è di diciotto minuti per prestazione, che è un dato assolutamente confrontabile con quello italiano, dove una visita medica specialistica viene normalmente valorizzata intorno ai venti minuti di impegno professionale. Cito questi numeri perché ogni tanto sentiamo dire che i medici non fanno niente o che il personale sanitario non lavora abbastanza. I numeri non dicono questo. I numeri ci dicono che esiste un volume importante di attività e che i nostri clinici, complessivamente, fanno il loro lavoro. Se dividiamo il dato complessivo fra i tre Dipartimenti, vediamo inoltre che le assenze dal lavoro incidono più o meno con la stessa percentuale in ognuno di essi. Questo significa che riconosciamo a chi lavora nei diversi Dipartimenti le medesime tipologie di assenza, quindi ferie, malattia, congedi formativi e tutto ciò che è previsto.

È ovvio che poi le attività cambiano in funzione del Dipartimento. Nel Dipartimento di Prevenzione, per esempio, non troveremo ore dedicate ai ricoveri, perché semplicemente non è quella la sua funzione. Vi do però un ultimo dato sul quale credo valga la pena riflettere. Nel Dipartimento Sociosanitario, se guardiamo alle attività ambulatoriali, queste rappresentano circa il 49% delle ore utilizzate dal Dipartimento. In questo ambito il tempo medio medico è di circa dodici minuti per prestazione. Parliamo in particolare anche dei medici di medicina generale e delle risposte che danno ai bisogni dell'utente. Nelle prestazioni considerate non c'è soltanto la visita in presenza, ma anche il colloquio telefonico e tutta una serie di altre attività che impegnano comunque il medico. Mediamente parliamo di circa dodici minuti a prestazione. Anche qui, quindi, dire che i medici di medicina generale non fanno nulla sarebbe semplicemente scorretto dal punto di vista dei dati.

Arrivo alle liste d'attesa, perché anche su questo c'è molto da dire. Noi abbiamo l'obbligo per legge di pubblicare 47 tipologie di liste d'attesa, che riguardano visite specialistiche oppure prestazioni diagnostiche. Di queste 47 tipologie, 17 risultano oggi fuori dalla tempistica prevista, mentre 30 sono all'interno dei tempi stabiliti. Sarebbero state 29 se non fossimo riusciti a dare all'Otorinolaringoiatria la risposta che vi ho descritto prima. Quindi, grazie alla riorganizzazione dell'otorino, una lista che prima sarebbe stata fuori standard è rientrata nei tempi. Delle 17 liste che rimangono fuori tempistica, 10 riguardano visite specialistiche e 7 riguardano procedure diagnostiche. Anche qui, però, dobbiamo guardare quanto sono fuori dai tempi previsti, perché dire semplicemente "fuori lista" o "fuori standard" non racconta tutto. Per le prime visite specialistiche la legge prevede che si debba fornire una risposta entro trenta giorni. Prendiamo l'urologia: oggi siamo a circa 43 giorni, quindi siamo fuori di tredici giorni rispetto allo standard. Attualmente abbiamo due urologi, mentre dovremmo averne tre. Il terzo urologo arriverà il 1° dicembre. A quel punto avremo tre professionisti e possiamo ragionevolmente aspettarci che i 43 giorni di attesa scendano in maniera significativa, proprio perché avremo una forza lavoro aggiuntiva e una capacità maggiore di erogare prestazioni.

Abbiamo alcune liste d'attesa che sono numericamente definite in giorni, poi ne abbiamo altre che sono talmente fuori dai parametri previsti che non viene neppure indicato il numero dei giorni e compare semplicemente la dicitura "lista d'attesa". Complessivamente, come vi ho detto, sono 17. Per esempio, l'urologia uscirà con ogni probabilità da queste liste dal 1° gennaio dell'anno prossimo, perché avremo una forza lavoro maggiore. Che cosa abbiamo pensato di fare per cercare di porre un freno a questo problema? Al di là di quello che vi ho già raccontato per l'Otorinolaringoiatria, siamo partiti con le prestazioni aggiuntive in gastroenterologia, radiologia e ortopedia. In pratica finanziamo, su base volontaria, delle ore di lavoro aggiuntive per medici e infermieri, in modo che possano mettere a disposizione ulteriori slot CUP rispetto a quelli normalmente previsti. Queste attività vengono finanziate sulla base di un regolamento e con una valorizzazione economica che riteniamo compatibile con quella applicata da anni nel Nord Italia. Si era cercato anche di introdurre una forma di detassazione per questa attività, come avviene ormai da due anni in Lombardia, ma al momento non è stato possibile. Mi dicono però che si sta continuando a lavorare anche su questo aspetto. Il principio, comunque, è molto semplice: se aumentiamo gli slot disponibili, abbassiamo le liste d'attesa. L'ortopedia è già partita. La radiologia, per quanto riguarda le ecografie, è partita con la disponibilità di tre radiologhe a svolgere sei ore di



attività aggiuntiva. In sei ore vengono effettuate 18 prestazioni in più, quindi tre prestazioni ogni ora, e le professioniste vengono remunerate sulla base dell'attività aggiuntiva effettivamente svolta. Io confido che, attraverso questo sistema, le 17 prestazioni che oggi sono fuori dai parametri possano progressivamente diminuire. Vi ho già indicato tre servizi che sono partiti, ma ce ne sono altri quattro pronti a partire.

La filosofia delle prestazioni aggiuntive è questa: tu professionista magari oggi vai fuori territorio a svolgere attività libero-professionale, con tutto quello che comporta in termini di tempo, spostamenti, utilizzo dell'automobile e responsabilità, magari anche soltanto per effettuare una visita. Noi cerchiamo di offrirti la possibilità di svolgere qui un'attività aggiuntiva, a condizione che questo ci aiuti concretamente ad abbattere le liste d'attesa. Per l'utente non cambia nulla dal punto di vista economico, perché non paga niente in più. Semplicemente trova un ambulatorio aggiuntivo, reso possibile dal fatto che il professionista si rende disponibile a lavorare ulteriormente. In questo modo possiamo intervenire anche su prestazioni che oggi sono sul filo dei tempi previsti. Penso, per esempio, alla visita ortopedica, che è arrivata intorno ai 52 giorni: attraverso questo sistema possiamo lavorare per ridurre in maniera significativa anche quel tempo di attesa.

Avv. Manuel Canti - Direttore amministrativo ISS: Cercherò di essere abbastanza sintetico, perché i miei colleghi hanno già esposto in maniera molto puntuale le principali azioni intraprese dal Comitato Esecutivo. Vorrei partire con una breve considerazione sulla figura del Direttore Amministrativo, anche per suscitare magari una riflessione in vista di possibili modifiche dell'assetto organizzativo e della struttura gestionale. Il Direttore Amministrativo, infatti, è una figura che assume competenze molto diverse. A differenza dei colleghi, che sostanzialmente svolgono funzioni dirigenziali di indirizzo e controllo e non hanno un'attività operativa diretta rispetto ai singoli uffici, il Direttore Amministrativo è anche, di fatto, un capo ufficio. Svolge attività dirigenziale, firma pratiche concrete e rappresenta il supporto tecnico dell'ufficio di riferimento. Questo significa che si trova a gestire una mole considerevole di attività ordinaria. Una cosa è svolgere il ruolo del dirigente apicale, lavorare sull'indirizzo, sul controllo e sugli obiettivi, un'altra cosa è dover contemporaneamente gestire anche i singoli uffici. Arriva il funzionario, chiede un chiarimento, bisogna entrare nella singola pratica, verificare gli atti, dare una risposta. Inevitabilmente una parte molto consistente del tempo del Direttore Amministrativo viene assorbita da questa attività. A questo si aggiunge il fatto che il Direttore Amministrativo è anche dirigente dell'intero settore previdenziale e, recentemente, è diventato anche membro del Comitato Direttivo della Funzione Pubblica. Quindi, dal punto di vista dell'operatività concreta, si sommano diverse funzioni. Nella gestione di queste attività, che inevitabilmente assorbono gran parte del tempo, la prima cosa che ho cercato di fare sulla base della mia esperienza è stata introdurre internamente un sistema di deleghe che permettesse di recuperare tempo lavorativo per l'attività di programmazione e progettazione. È evidente che questo sistema di deleghe non potrà mai essere completo, perché non abbiamo dirigenti amministrativi intermedi ma soltanto funzionari. Quindi la funzione dirigenziale rimane comunque in capo al Direttore Amministrativo. Però, per quanto possibile, abbiamo cercato di riorganizzare internamente l'attività.

L'impostazione che abbiamo dato si muove sostanzialmente lungo due direttrici. La prima è creare gli strumenti che consentano la gestione delle attività e che siano utili anche ai miei colleghi. La seconda è oggettivizzare il più possibile l'operatività dell'ISS. Che cosa intendo quando dico "oggettivizzare"? Gran parte delle decisioni dell'ISS venivano assunte attraverso singole delibere del Comitato Esecutivo. Si presentava un problema, si andava in Comitato Esecutivo e si adottava una delibera, oppure il Direttore Generale autorizzava la singola pratica. Questo modo di operare ha prodotto nel corso degli anni una quantità enorme di delibere e di atti di indirizzo del Comitato Esecutivo che, certamente, possono essere molto veloci dal punto di vista della gestione del singolo caso, ma finiscono per creare una forte incertezza operativa nel sistema. L'intervento sul quale ci siamo mossi è quindi quello di creare cornici normative, di diverso rango, che permettano alla gestione dell'ISS di essere il più possibile oggettiva e prevedibile. Faccio l'esempio delle prestazioni aggiuntive. Come si sarebbe operato precedentemente? Probabilmente con una delibera del Comitato Esecutivo. Si sarebbe stabilito



un compenso e si sarebbe andati avanti sulla base di quella singola deliberazione. Io non credo che questa sia la modalità corretta di funzionamento per un istituto come l'ISS. Che cosa abbiamo fatto? Inizialmente abbiamo avviato una fase di negoziazione con le organizzazioni sindacali per cercare di costruire una cornice condivisa. Quella strada non si è dimostrata efficace. A quel punto, invece di limitarci a una semplice delibera del Comitato Esecutivo, abbiamo creato una vera cornice normativa attraverso il Regolamento n.16 del 2026. Questo significa che da oggi in avanti esiste uno strumento che rimane a disposizione anche di chi verrà dopo di noi. Se la procedura non dovesse dimostrarsi sufficientemente efficace, si interviene sul regolamento e lo si modifica. Questo è il primo tassello.

Un secondo esempio riguarda le prestazioni, i rimborsi e le prestazioni esterne. È un tema importantissimo, perché ha un impatto rilevante sul bilancio dell'ISS. Parliamo sia delle prestazioni erogate direttamente presso strutture esterne sia delle prestazioni indirette rimborsate all'utente. Se guardate il bilancio, vedete che questa voce incide in maniera significativa. Come era regolata? Probabilmente attraverso 50 o 60 delibere del Comitato Esecutivo che, nel corso del tempo, avevano individuato quali prestazioni esterne fossero oggetto di rimborso oppure di erogazione diretta. Cambiava il Comitato Esecutivo e potevano cambiare anche le prestazioni individuate. Su questo abbiamo ritenuto necessario fare prima di tutto pulizia. Non è possibile che esistano delibere che, sostanzialmente, bisogna andare a cercare nei cassetti. Abbiamo trovato addirittura vecchie delibere del Consiglio di Amministrazione dell'ISS. È stato quindi effettuato un importante lavoro di ricognizione, pulizia e razionalizzazione delle prestazioni che possono essere erogate all'esterno ed è stato predisposto il Regolamento n.6 del 2026. È naturalmente un primo tentativo, ma costituisce uno schema di regolamentazione che successivamente dovrà confluire nella definizione dei LEA, cioè dei livelli essenziali di assistenza. Dobbiamo arrivare a una razionalizzazione chiara di quello che il sistema sanitario e sociosanitario sammarinese garantisce direttamente oppure indirettamente. Questa attività di razionalizzazione, secondo me, è assolutamente rilevante anche perché serve a mettere tutti i cittadini sullo stesso piano. Il cittadino deve sapere che cosa garantisce il sistema sanitario e sociosanitario. Non può esistere una delibera conservata in qualche cassetto della quale qualcuno è a conoscenza e qualcun altro no. La trasparenza diventa fondamentale in questo settore e permette anche al decisore politico di avere davanti un quadro ordinato sul quale intervenire. Se la politica decide di aumentare le prestazioni garantite, può intervenire sul regolamento di riferimento. L'esigenza di perseguire questa trasparenza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie è stata, secondo me, affrontata con gli strumenti che abbiamo introdotto. Naturalmente sono strumenti in continua evoluzione, perché sulla base delle linee guida internazionali, dell'evoluzione scientifica e di quello che fanno le realtà a noi vicine devono essere continuamente aggiornati. Il secondo grande punto riguarda gli strumenti di gestione del personale. Uno dei problemi che avevamo nella gestione del personale era che risultava perfino difficile capire con precisione quante persone lavorassero all'interno di un determinato servizio. E se non si ha un quadro preciso del personale presente, diventa molto difficile fare politiche organizzative, definire i carichi di lavoro e programmare le assunzioni.

Che cosa abbiamo introdotto? Innanzitutto il Piano Generale delle Assegnazioni, che viene aggiornato tendenzialmente ogni due settimane e dà un quadro preciso delle risorse lavorative in servizio presso l'ISS e nei diversi settori. Su questa base si riescono a osservare le dinamiche di effettiva occupazione dei posti. Un altro strumento è il Regolamento n.14 del 2025, che a breve sarà oggetto di rinegoziazione con le organizzazioni sindacali sul tema della mobilità. La mobilità è un grande tema di gestione sia nella Pubblica Amministrazione sia nell'ISS, soprattutto per quanto riguarda le figure professionali trasversali, in particolare OSS e personale infermieristico. Siamo intervenuti sulla mobilità temporanea. Quello che ancora manca è un intervento strutturato sulla mobilità di medio e lungo periodo, proprio per cercare di ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Un altro intervento riguarda il Decreto Delegato n.12 del 2026 sulla revisione delle schede di valutazione del personale medico. Non è semplicemente una modifica burocratica di una scheda. È un ripensamento del sistema di valutazione e di valorizzazione del medico e rappresenta anche uno strumento gestionale a disposizione dei Direttori di Dipartimento e dei Direttori delle Unità Operative.



Qual è la principale novità? Vengono individuate due componenti sostanziali nella valutazione della prestazione del medico. La prima è il raggiungimento degli obiettivi di budget, che pesa per il 50%. Si assegna un obiettivo specifico: può essere la razionalizzazione delle liste d'attesa, può essere una maggiore attenzione all'appropriatezza prescrittiva oppure un altro obiettivo definito sulla base delle esigenze dell'Unità Operativa. L'altro 50% della valutazione viene invece collegato alla qualità della prestazione, quindi ad aspetti come la proattività, la capacità di presentare progetti e, per le figure che ricoprono incarichi organizzativi, la capacità gestionale e organizzativa. Il decreto ha inoltre corretto un meccanismo che, a mio avviso, presentava delle evidenti criticità. In precedenza la retribuzione di risultato del personale medico funzionava sostanzialmente a cascata: se l'Unità Operativa raggiungeva l'obiettivo, tutti i dirigenti professionali assegnati a quella struttura percepivano la retribuzione di risultato al 100%, indipendentemente dal contributo individuale. Con il nuovo modello si offre invece uno strumento gestionale importante al Direttore di Unità Operativa. Naturalmente al cittadino interessa prima di tutto la capacità tecnica del professionista sanitario e questo è indiscutibile. Però il Direttore di Unità Operativa Complessa deve esprimere anche una capacità gestionale. Ed è proprio su questo che stiamo lavorando anche attraverso i corsi manageriali. Passare dall'idea tradizionale del "primario" alla figura di un professionista che ha anche compiti concreti di gestione è un cambiamento culturale molto difficile, ma necessario. Non può essere soltanto il Comitato Esecutivo a gestire tutto. Se qualsiasi questione deve arrivare al Comitato Esecutivo, il sistema non può funzionare. La gestione deve essere articolata a cascata e i Direttori di Dipartimento e i Direttori delle Unità Operative Complesse devono assumere una componente gestionale significativa.

Con questo decreto cerchiamo quindi di fornire strumenti ulteriori. La stessa impostazione vale per le schede di valutazione del personale sanitario e sociosanitario. Anche quelle non rappresentano un semplice esercizio burocratico, ma devono diventare veri strumenti di valorizzazione del personale, attraverso i quali chi ha responsabilità gestionali possa orientare le condotte, individuare il merito e valorizzarlo. Un altro intervento che ritengo rilevante è il Regolamento n.18 del 2025, con la modifica delle funzioni e, in particolare, un lavoro concentrato sulle Unità Organizzative amministrative. Questo percorso deve ancora essere completato, perché entro l'anno dovrà riguardare anche le Unità Operative sanitarie e sociosanitarie. L'obiettivo è avere finalmente un documento interno, a completamento dell'atto organizzativo, che individui chiaramente le funzioni principali delle diverse aree e delle singole strutture organizzative. Oggi non abbiamo un vero equivalente dell'Allegato A che esiste nella Pubblica Amministrazione, dove a ogni ufficio sono associate specifiche funzioni. È invece importante arrivare a un documento nel quale ogni struttura abbia un'individuazione chiara delle proprie funzioni, anche perché soltanto su questa base è possibile costruire un fabbisogno ragionevole di personale. Prima individuo le funzioni, poi stabilisco quali risorse servono per svolgerle. Sempre per fornire strumenti di gestione più efficaci, è stata apportata una prima modifica ai PDR sanitari per implementare alcune prestazioni del personale infermieristico e del personale che ricopre il PDR di strumentista. Credo che proprio oggi sia stato discusso in Congresso di Stato anche un Decreto Delegato relativo alla variazione dei PDR, in particolare con riferimento alla figura del biologo. Perché interveniamo? Non per fare un esercizio formale, ma perché l'accrescimento della professionalità del biologo può permetterci di intervenire anche sul fabbisogno. Sapete, per esempio, che nel laboratorio analisi un biologo con una determinata specializzazione può svolgere alcune funzioni che, pur restando distinte, possono essere assimilabili ad alcune attività che oggi richiedono l'intervento del medico. Questo significa riconoscere una maggiore autonomia professionale e utilizzare in maniera più appropriata le diverse competenze. Un altro decreto portato avanti riguarda la revisione dei contratti di formazione specialistica. Il decreto del 2017 aveva bisogno di essere aggiornato, anche perché era nato in un contesto nel quale gli specializzandi potevano essere inseriti utilmente nell'attività lavorativa soltanto dal quarto anno. Nel frattempo la normativa è cambiata e oggi gli specializzandi possono essere inseriti da subito, a parametro zero, nell'ambito della struttura organizzativa dell'ISS. Il nuovo decreto consente quindi di razionalizzare e armonizzare la prestazione degli specializzandi, anche con riferimento all'assunzione a tempo determinato, e prevede inoltre alcune semplificazioni in materia di concorsi. I colleghi mi hanno fatto notare un dato che condivido pienamente: nel reclutamento del personale medico i tempi sono



fondamentali. Detto in maniera molto semplice, ci contendiamo questi professionisti con tantissime altre strutture. È una risorsa professionale molto richiesta. Se una procedura concorsuale richiede tre, quattro o cinque mesi, può accadere facilmente che il dirigente medico che inizialmente aveva presentato la candidatura, al momento della conclusione della procedura, non sia più interessato perché nel frattempo ha accettato un'altra proposta. Con questo decreto cerchiamo quindi di velocizzare il più possibile le procedure di reclutamento del personale medico. Un ulteriore intervento, secondo me rilevante, riguarda il regolamento per la copertura dei posti, che sarà oggetto di confronto con le organizzazioni sindacali. Anche qui oggi ci sono tempi e difficoltà gestionali che dobbiamo superare. La finalità è migliorare l'attività di gestione del personale sanitario, in particolare infermieri e OSS, utilizzando criteri più flessibili, in parte analoghi a quelli già utilizzati nella gestione del personale amministrativo.

Oggi il conferimento di una semplice sostituzione o di determinati incarichi non è sempre efficace. Abbiamo bisogno di strumenti più flessibili, anche perché spesso dobbiamo rivolgerci al mercato esterno e il mercato esterno è concorrenziale. Faccio un esempio molto semplice. Se reclutiamo un infermiere dall'esterno e gli diciamo che gli offriamo una sostituzione fino al rientro del titolare, senza sapere precisamente quando questo avverrà, è evidente che quella persona molto probabilmente non accetterà di venire a lavorare a San Marino. Abbiamo bisogno di strumenti che diano maggiori certezze. Questo regolamento cercherà di affrontare il problema, insieme a una proposta che sicuramente richiederà una negoziazione complessa con le organizzazioni sindacali sulla gestione del personale infermieristico sulla base di blocchi funzionali omogenei. Il modello introdotto con l'atto organizzativo dell'area dipartimentale ha una sua efficacia per alcune figure, ma non ha la stessa efficacia per il personale infermieristico. Noi abbiamo bisogno di una mobilità maggiore e della possibilità di gestire queste risorse all'interno di macrostrutture più ampie rispetto alla singola area dipartimentale. Credo quindi che questa impostazione possa diventare uno strumento importante per rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse infermieristiche.

Naturalmente sarà oggetto di negoziazione con il sindacato, perché costituisce anche l'attuazione di un impegno assunto nell'ultimo contratto collettivo e non ancora concretizzato. E naturalmente bisognerà ragionare anche sulle risorse e sui riconoscimenti differenziati a seconda dei diversi blocchi funzionali omogenei. Un altro capitolo riguarda gli strumenti di pianificazione. L'anno scorso, in previsione del bilancio 2026, abbiamo corredato il bilancio con una serie di documenti di pianificazione. Uno è il Piano degli Investimenti, nel quale vengono individuati su base triennale gli investimenti da effettuare. Naturalmente viene aggiornato ogni anno, un po' come accade per il bilancio di previsione dello Stato, ma ci permette di avere una vera programmazione pluriennale delle risorse destinate agli investimenti. Abbiamo poi il Piano delle Assunzioni.

Sulla base delle risorse disponibili in bilancio e delle esigenze ritenute maggiormente prioritarie programiamo le assunzioni da effettuare nell'anno successivo, sia per il personale amministrativo sia per quello specialistico e sanitario. Questi documenti diventano quindi una cornice di riferimento anche per i singoli dirigenti e per la Direzione Generale, perché danno un quadro rispetto al quale costruire i piani di reclutamento. Un altro piano importante, che richiama anche il dottor Bertolini, è il Piano della Formazione. È uno strumento già in parte ottimizzato, ma sul quale dobbiamo ancora fare un lavoro importante. Se vogliamo avere una mobilità efficace, dobbiamo costruire anche una formazione trasversale che permetta alla risorsa di essere utilizzata in strutture e Unità Organizzative diverse, almeno per quella parte di competenze che può essere comune a più servizi. Abbiamo poi ottenuto buoni risultati anche da alcuni interventi di gestione. Quest'anno, per esempio, abbiamo già risparmiato circa 150.000 euro rispetto ai circa 350.000 che tendenzialmente spendevamo ogni anno per affidare determinate commesse a un soggetto esterno.

Un altro intervento è quello relativo al percorso di esternalizzazione delle cucine, che a mio avviso è importante. Come tutti gli interventi, però, deve essere continuamente verificato e, se necessario, ricalibrato. Guardando anche agli indirizzi contenuti nell'ordine del giorno del 27 febbraio 2026, dobbiamo lavorare ulteriormente sulla parte relativa al bilancio sociale, che è in fase di predisposizione, e sulla libera professione. Su questo faccio un breve inciso, naturalmente in attesa delle decisioni che



competono al decisore politico. Abbiamo recentemente adottato una delibera e uno degli sforzi che stiamo facendo riguarda innanzitutto la revisione delle tariffe. La libera professione può essere anche uno strumento per attrarre utenza dall'esterno. Se però noi abbiamo una determinata prestazione che costa 1.000 euro in più rispetto alla stessa prestazione offerta a 30 chilometri da qui, evidentemente abbiamo un problema di competitività. Oggi la tariffa viene sostanzialmente costruita dal basso. C'è un regolamento, ci sono le singole voci che compongono la prestazione, si sommano tutte quelle voci e il risultato diventa la tariffa finale. Io non credo che questo sia il procedimento più corretto. Dovremmo fare il ragionamento opposto: prima individuare una tariffa ragionevole che ci permetta di stare sul mercato, che sia remunerativa per l'ISS e nello stesso tempo gratificante per i professionisti, e poi costruire all'interno di quella tariffa la distribuzione delle diverse componenti. Nell'attesa di poter intervenire in maniera più complessiva stiamo lavorando su un modello organizzativo diverso.

Dovremmo partire a breve, per esempio, con l'oculistica, cercando di centralizzare le prestazioni libero-professionali in determinate giornate. In questo modo il personale di supporto, gli anestesisti e gli infermieri possono concentrare l'attività di équipe in uno specifico arco temporale. L'idea è che il professionista principale venga remunerato sulla base della prestazione, mentre i professionisti che supportano l'attività principale come componenti dell'équipe vengano remunerati sulla base del tempo dedicato. Questo sistema può funzionare soltanto se, attraverso l'organizzazione interna, le prestazioni vengono concentrate in un periodo predefinito. Vogliamo partire prioritariamente dall'oculistica e, se il modello funzionerà, secondo me potrà diventare un riferimento importante anche per altri settori. Sulla libera professione, infatti, credo ci siano margini di crescita sia dal punto di vista organizzativo sia dal punto di vista del bacino di utenza che possiamo intercettare.

Emanuele Santi (Rete): Mi limiterò a fare alcune domande su aspetti che sono stati trattati soltanto marginalmente e sui quali, secondo me, c'è bisogno di qualche approfondimento. Il dibattito politico lo faremo successivamente. Anche perché veniamo dall'audizione della scorsa settimana con Banca Centrale, nella quale i membri della Commissione hanno fatto anche interventi di 20 minuti, però in questa fase cerco di limitarmi alle domande. Il primo aspetto riguarda il nuovo ospedale. Che fine ha fatto? Si farà oppure no? Ho ascoltato che sono previsti ampliamenti e soluzioni anche importanti: l'oncologia, la farmacia e diversi interventi di modifica e miglioramento della struttura attuale. La struttura attuale costa però molti soldi, anche soltanto in manutenzione. È evidente che, se il progetto è quello di realizzare un nuovo ospedale, una parte di quelle risorse dovrebbe essere destinata alla nuova struttura invece che continuare a ristrutturare e rifare quella esistente. Io credo quindi che siamo ormai arrivati a una fase nella quale bisogna fare una scelta. Ci sarà un nuovo ospedale? Si punterà realmente su quello? Quali sono le tempistiche? Questa è la prima domanda. Il secondo aspetto, forse più politico ma non per questo secondario, riguarda l'atto organizzativo. Nel settembre 2024 è stato approvato un atto organizzativo che ha modificato diversi aspetti della gestione dell'ISS. Oggi, sulla base dell'esperienza che avete maturato nei mesi nei quali siete stati alla guida dell'Istituto, vorrei capire se ritenete che quell'atto organizzativo debba essere rivisto e quale sia la vostra valutazione complessiva rispetto al modello introdotto. Il terzo aspetto riguarda le liste d'attesa. Abbiamo ascoltato dal Direttore Sanitario i numeri e sappiamo che ci sono ancora alcuni servizi nei quali è necessario intervenire. Ci è stato spiegato, per esempio, che per l'Otorinolaringoiatria si è intervenuti assumendo personale e che questo ha permesso di ridurre fortemente i tempi d'attesa. Vorrei quindi capire quale sia l'indicazione del Comitato Esecutivo rispetto agli altri servizi che ancora oggi presentano liste d'attesa problematiche. Si pensa di intervenire soprattutto attraverso il reclutamento? Attraverso le prestazioni aggiuntive? Con quali priorità? Un altro aspetto riguarda il bilancio e qui mi rivolgo soprattutto al Direttore Amministrativo. Ci ha indicato alcune linee di intervento e anche alcuni risparmi che sono già stati ottenuti. Sappiamo naturalmente che molte delle condizioni che avete trovato non dipendono da voi e che avete ereditato una situazione pregressa. Il dato, però, è che il bilancio 2026 presentava un incremento molto significativo del fabbisogno e del contributo a carico dello Stato. Vorremmo quindi capire nello specifico se ci siano linee di intervento strutturali per affrontare questo problema. Faccio anche una considerazione politica, pur sapendo che il dibattito politico vero e proprio lo faremo



successivamente: mi auguro che la direzione non sia quella del taglio dei servizi. In quest'Aula abbiamo trattato in maniera non marginale un tema che ci ha preoccupato molto. Qualche mese fa è arrivata all'onore delle cronache la questione dello screening mammografico, con il passaggio della mammografia da una cadenza annuale a una cadenza biennale. Mi auguro che quella decisione non fosse e non sia collegata a una volontà di risparmiare proprio sulla prevenzione. Ho ascoltato invece favorevolmente tutto quello che ci avete illustrato sulla cardiologia e sugli altri programmi preventivi che state portando avanti. Credo che la prevenzione debba essere uno degli elementi qualificanti di qualsiasi gestione sanitaria. Vorrei quindi capire se sulla questione della mammografia si sia tornati indietro, quale sia oggi l'indicazione effettiva e quale posizione abbia assunto il Comitato Esecutivo. L'ultima domanda la voglio fare adesso perché riguarda direttamente la vostra gestione. In passato, rispetto all'ospedale e all'ISS, abbiamo avuto la sensazione di una presenza politica molto forte. Vi chiedo quindi se oggi siete messi nelle condizioni di lavorare serenamente oppure se la pressione politica rimane costante e molto rilevante. Sentire la risposta direttamente dalla vostra voce, secondo me, è un elemento importante anche ai fini del dibattito che faremo successivamente quando avremo concluso l'audizione. Non perché ci sia alcuna difficoltà a fare considerazioni politiche davanti a voi, ma perché in questa fase voglio limitarmi alle domande e lasciare il resto della discussione politica al momento successivo.

Matteo Casali (Rf): Le domande da fare sarebbero tante, anche perché i temi che avete trattato sono veramente numerosi. Servirebbe un po' di tempo per far sedimentare tutte queste informazioni, altrimenti si corre il rischio di fare come al ristorante, dove alla fine si ordina sempre l'ultima cosa che è stata proposta perché è quella che si ricorda meglio. Io avevo alcune domande da fare. Qualcuna probabilmente sfocerà un po' anche sul terreno politico, ma cercherò di limitarmi a brevissimi accenni, visto che poi più tardi non avrò modo di tornare su tutti questi aspetti. Il primo tema è questo. L'ultima volta che ci siamo incontrati avevo chiesto se il Comitato Esecutivo potesse aiutare la politica nell'elaborazione di quel modello di sanità sul quale, a mio modo di vedere e a nostro modo di vedere, il Paese è chiamato a lavorare. Bisogna in qualche maniera riuscire a coniugare il famoso principio di universalità del 1955 con gli altri due pilastri, che sono la qualità e la sostenibilità. La sostenibilità di bilancio, purtroppo o per fortuna, è un elemento con il quale dobbiamo necessariamente fare i conti. Io non riesco ancora a capire se si stia effettivamente lavorando alla costruzione di questo modello di sanità, dal quale poi dovrebbe discendere anche la scelta relativa al nuovo ospedale. Fortunatamente comincio a sentire dire anche a livello politico che, prima di costruire il contenitore, bisogna ragionare sul contenuto. E questo non lo diciamo più soltanto noi come forza di opposizione. Non so se di questo contenuto si stia già parlando in determinate sedi, se ci siano tavoli nei quali si stia lavorando sul modello, sulla distinzione tra servizi core e non core, sull'eventuale esternalizzazione di determinate attività e su tutto il resto, oppure se in realtà questo confronto non sia ancora iniziato. Mi viene da dire che, purtroppo, qualunque delle due cose stia succedendo, c'è comunque un problema. Se se ne sta parlando, evidentemente se ne parla soltanto in determinati ambiti, mentre persino una forza di maggioranza ha sollevato la necessità di un tavolo più ampio, che coinvolga maggiormente la società civile e la comunità. Se invece non se ne sta parlando, il problema è ancora più evidente. Vorrei quindi sapere quale contributo vi viene chiesto oggi, in maniera proattiva, nell'elaborazione di questo modello sanitario e in quale misura il Comitato Esecutivo sia effettivamente coinvolto nella sua costruzione. Dopodiché anch'io chiederei un chiarimento su una vicenda che, capisco bene, rappresenta soltanto un tassello all'interno di un problema molto più ampio, ma che ha prodotto un dibattito piuttosto acceso anche in Aula: il famoso screening mammografico. Anch'io sarei curioso di capire esattamente come sono andate le cose. In particolare mi interessa il rapporto con i famosi obiettivi di budget. Il Direttore Amministrativo ci ha spiegato che il raggiungimento degli obiettivi di budget contribuisce per il 50% alla determinazione del compenso di risultato e che l'altro 50% riguarda invece la qualità della prestazione. È un meccanismo interessante, perché io capisco perfettamente la necessità di tenere insieme le due cose, ma in qualche maniera è come dire che per il 50% devi correre forte e per l'altro 50% devi cercare di risparmiare sulle scarpe. Ci sono delle contraddizioni che probabilmente sono



inevitabili e io non ne faccio una colpa a nessuno. È una contraddizione interna a un sistema che deve necessariamente tenere insieme qualità, costi e meccanismi di remunerazione. Però credo sia molto importante capire che cosa sia accaduto realmente nel caso della mammografia. Il dottor Vagnini ha parlato anche della necessità di migliorare la comunicazione. Io credo che proprio in quel caso una difficoltà nella comunicazione sia già stata chiaramente riscontrata. Non si è ancora capito, almeno dal dibattito pubblico, se quegli obiettivi di budget, quelle schede e quei numeri fossero stati preventivamente condivisi con i professionisti oppure no. E soprattutto non si è ancora capito quale delle due rappresentazioni che sono emerse sia quella corretta. San Marino negli anni precedenti ha effettuato uno screening troppo frequente, arrivando magari perfino a sottoporre le donne sammarinesi a un'esposizione non necessaria? Oppure avevamo semplicemente uno standard più elevato e maggiormente cautelativo, che per ragioni di budget si è pensato di ridurre? Sono due ricostruzioni molto diverse e credo sia importante avere un chiarimento definitivo. Chiudo con una notazione più generale. Sarebbe molto difficile entrare punto per punto in tutto quello che avete raccontato e lo dico con il massimo rispetto, per almeno due ragioni. La prima è il rispetto personale che si deve al lavoro degli altri. La seconda, consentitemi la battuta, è una specie di sindrome di Stoccolma che abbiamo spesso nei confronti dei medici e dei giudici: c'è sempre un certo sussiego. Io poi un medico l'ho anche sposato, quindi potete immaginare quanto sussiego possa avere nei confronti della classe medica. Noi oggi abbiamo ascoltato una relazione complessiva che dipinge, mi sembra di poter dire, una situazione della sanità sostanzialmente positiva. Se una persona ascolta tutto quello che avete detto e, al di là delle singole parole, ascolta la musica, come si suol dire, la sensazione complessiva che ne ricava è quella di una situazione positiva, con molti progetti, molte iniziative e molto lavoro in corso. Io però non posso tacere un altro aspetto. Con tutto il rispetto per questa rappresentazione e per il lavoro che sta andando avanti, qualche volta ho la sensazione che i progetti, le cose in itinere e quello che si vuole fare finiscano per confondersi un po' con la realtà concreta che il cittadino vive oggi. Perché poi può capitare di portare al Pronto Soccorso una persona molto anziana e di dover aspettare sette ore prima che una necessità di ricovero, già certificata, trovi una sistemazione. Può capitare che, per sette ore, qualcuno debba fare aria con un ventaglio a quella persona anziana perché magari non c'è neppure l'aria condizionata. E non parliamo necessariamente di un caso isolato. Può capitare un'altra volta con un altro anziano, aspettando magari otto ore in una barella del Pronto Soccorso, con una persona molto anziana che, ogni minuto che passa in quella situazione, perde lucidità, tranquillità e orientamento. Può capitare di fare una telefonata perché si ha a casa una persona fragile da assistere e di scoprire che l'unica vera alternativa, quando la situazione peggiora, rimane prendere quella persona e portarla al Pronto Soccorso. Qualcuno magari andrà effettivamente a prendere il caffè a casa di un paziente fragile nell'ambito della medicina proattiva, e va benissimo, ma poi alla fine ci sono ancora situazioni nelle quali l'organizzazione concretamente non funziona come dovrebbe. Io non posso tacere questo tipo di realtà davanti all'altra rappresentazione. Riconosco certamente tutti i meriti di un progetto in itinere e di tutto quello che state facendo, ma per una questione di coscienza credo di dover sottolineare anche ciò che le persone continuano a sperimentare direttamente sulla propria pelle. Altrimenti rischiamo di uscire da quest'Aula con una visione molto edulcorata di una situazione che, invece, continua a presentare criticità importanti. Il mio suggerimento, che faccio in maniera molto sentita, è quindi quello di non confondere mai i progetti, le cose che sono in itinere e i desideri con la realtà dei fatti che il cittadino incontra oggi.

Gaetano Troina (D-ML): È la prima volta che incontro due terzi del Comitato Esecutivo e quindi è anche la prima volta che vi sento rappresentare direttamente la situazione del nostro Istituto, perché precedentemente non ero membro di questa Commissione. Prendo atto del lavoro che si sta facendo sul tema della prevenzione e sul potenziamento di determinate aree dell'ospedale. Non posso però non accodarmi ad alcune delle questioni rilevate dai colleghi e quindi anch'io vorrei porre alcune domande. Parto proprio dal tema appena toccato dal collega Casali, cioè la situazione del Pronto Soccorso. Da quello che ci viene riferito, in questo momento, anche nell'ambito della fase di riorganizzazione dei centri sanitari e di quello che precedentemente era il sistema della COT, c'è una certa difficoltà da parte dell'utenza a ottenere una risposta in tempi brevi. Ci viene rappresentata una situazione di forte



sovraccarico del Pronto Soccorso e, di conseguenza, anche la difficoltà, per situazioni particolarmente complicate, di riuscire ad accedere tempestivamente all'assistenza dei sanitari. Sappiamo che al momento dell'accesso al Pronto Soccorso viene attribuito un codice di priorità, che dovrebbe consentire di trattare prima le situazioni maggiormente urgenti. Quello che ci viene riferito, però, è che in alcuni casi i tempi d'attesa rimangono comunque molto lunghi anche per situazioni che presentano una certa criticità. Vorrei quindi capire se avete contezza di questo problema, se i dati a vostra disposizione confermano questa percezione e se sia già in corso qualche valutazione o qualche intervento per cercare di risolverlo. Prima di dimenticarmene, vorrei chiedere anche un'altra cosa rispetto alle vostre esposizioni, comprese quelle dei Segretari di Stato. Qualora abbiate predisposto delle relazioni scritte, sarebbe molto utile poterle acquisire agli atti della Commissione, perché avete fornito moltissimi dati interessanti e avete descritto situazioni che meritano certamente anche un approfondimento nell'ambito del dibattito pubblico. Per noi sarebbe utile poter condividere questo materiale anche con le rispettive forze politiche e poterlo valutare con maggiore attenzione, senza doverci basare soltanto su quanto siamo riusciti ad annotare durante l'audizione. Tocco poi altri due o tre temi. Il primo era stato anche oggetto di una nostra interpellanza all'inizio della legislatura e oggi, in qualche maniera, ho trovato una conferma nelle parole del Direttore Amministrativo. È stato necessario effettuare una ricognizione del personale effettivamente in servizio all'ISS. Questo significa che fino a oggi mancava, evidentemente, un quadro sufficientemente aggiornato e puntuale e noi avevamo più volte evidenziato questa criticità anche durante la scorsa campagna elettorale. Avevamo segnalato, come questione politica, che ci risultavano situazioni nelle quali persone arrivavano all'ISS, ma non soltanto all'ISS, dicendo sostanzialmente che era stato loro promesso un posto di lavoro, senza che quel posto risultasse effettivamente previsto sulla base di un fabbisogno. Vi chiedo quindi, nell'ambito della ricognizione che avete effettuato, se vi siate trovati davanti anche a situazioni di questo tipo. In altre parole, avete rilevato personale sovranumerario oppure persone collocate in determinate strutture senza che quella presenza fosse realmente necessaria alla funzionalità della singola Unità Operativa? E, nel caso, avete avuto la sensazione che alcune di queste collocazioni non rispondessero a effettive esigenze di fabbisogno? Mi rendo perfettamente conto che questa sia una domanda scomoda e difficile alla quale rispondere, ma segue un po' anche il ragionamento che faceva prima il collega Santi sul rapporto fra gestione tecnica e politica. Gli ultimi due temi che vorrei toccare, molto brevemente, riguardano le cucine e la mensa dell'ISS. Da un lato ci risulta che il servizio cucina direttamente gestito dall'ISS fosse in corso di dismissione, con il conseguente subentro di CAMST nella gestione della mensa. Ad oggi, però, se ho compreso correttamente, o il servizio non è stato ancora completamente dismesso oppure ci sono ancora persone che risultano dipendenti dell'ISS e continuano a lavorare nelle cucine nonostante l'esternalizzazione del servizio. Credo quindi che possa esserci una problematica relativa alla gestione di questo personale che è rimasto in capo all'ISS e vorrei capire come venga affrontata. C'è poi il tema della mensa. Avevamo già sollevato la problematica in una delle precedenti sedute della Commissione per quanto riguarda l'accesso alla mensa da parte sia del personale ISS sia dell'utenza civile. Alcuni sanitari ci segnalano innanzitutto che, avendo una pausa pranzo molto breve, spesso si trovano a dover affrontare lunghe file per riuscire ad accedere al servizio e quindi fanno fatica a consumare il pasto nei tempi disponibili. C'è poi un altro aspetto, che pongo soprattutto come richiesta di chiarimento, relativo alla gestione degli spazi dal punto di vista igienico-sanitario. Non sto parlando dell'accesso in mensa indossando la divisa sanitaria, perché naturalmente non è questo il punto. Parlo semplicemente del fatto che gli stessi spazi vengono utilizzati promiscuamente dal personale sanitario e dagli utenti civili, spesso negli stessi momenti della giornata. Ci è stato rappresentato che questa promiscuità degli spazi potrebbe non essere la soluzione migliore dal punto di vista organizzativo e igienico-sanitario. Naturalmente questo è quello che viene riferito a noi. Se la rappresentazione è sbagliata o se esistono misure che rendono questa situazione assolutamente sicura, vorrei semplicemente avere un chiarimento.

I lavori vengono sospesi verso le 13:00 e riprenderanno alle 15:00