

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

Martedì 29 settembre 2026, pomeriggio

Nella seduta pomeridiana della Commissione IV è continuato il dibattito sulla sanità sammarinese con l'audizione dei vertici ISS.

In apertura Miriam Farinelli di Repubblica Futura apre il confronto sottolineando anzitutto la necessità di migliorare la comunicazione dell'Istituto. "La popolazione deve sapere che cosa facciamo e che cosa viene fatto", afferma, richiamando l'esigenza di un sito aggiornato e di una maggiore valorizzazione dei servizi. Farinelli si dice inoltre favorevole alla libera professione dei sanitari, purché inserita "in un quadro di assoluta trasparenza", e invita a rivedere tariffe oggi giudicate poco competitive rispetto alle strutture esterne. Sollecita infine la realizzazione della culla termica, l'ampliamento del Casale La Fiorina e soprattutto dell'hospice: "Portiamo finalmente a casa questo benedetto hospice".

Il Direttore amministrativo Manuel Canti conferma che l'hospice rappresenta una priorità e riferisce che per la struttura definitiva, da realizzare con la collaborazione dell'Associazione Oncologica Sammarinese, si punta a utilizzare le procedure previste per le opere strategiche, riducendo i tempi amministrativi. Le indicazioni ricevute dal progettista parlano di circa dodici-diciotto mesi dall'affidamento del terreno. Quanto all'assetto dell'ISS, Canti distingue tra atto organizzativo e fabbisogno di personale: sul primo non sarebbero emerse particolari criticità, mentre resta da completare la definizione delle funzioni delle nuove unità organizzative; sul secondo l'obiettivo è ricondurre la programmazione dell'Istituto all'interno del fabbisogno complessivo del settore pubblico allargato.

Sul bilancio, Canti respinge l'idea che gli obiettivi assegnati ai dirigenti siano finalizzati a tagliare i servizi. "I servizi non li vuole tagliare nessuno", afferma, osservando che l'ampliamento dell'offerta comporta inevitabilmente nuovi costi. Circa il 70% della spesa dell'ISS, spiega, è concentrato in poche grandi voci, tra personale, farmaci e consulenze, mentre gli adeguamenti contrattuali sono destinati ad aumentare ulteriormente il fabbisogno. Accanto a questa dinamica vengono rivendicati interventi di razionalizzazione: circa 200 mila euro di riduzione della spesa attraverso la centralizzazione dei trasporti e risparmi ancora maggiori sul servizio cucina. Il trasferimento dello Stato previsto per il 2027 sarà comunque superiore rispetto al 2025, anche per effetto di costi strutturali difficilmente comprimibili.

Canti chiarisce inoltre che al momento dell'insediamento non è stato trovato personale numericamente superiore al fabbisogno approvato nel 2024. Il problema riguardava piuttosto la mancanza di uno strumento aggiornato per conoscere l'effettiva collocazione delle risorse. Il nuovo sistema, aggiornato ogni due settimane, dovrebbe consentire un monitoraggio più preciso. Interventi sono stati avviati anche sul personale sanitario trasferito per motivi di salute ad attività amministrative e sulle modalità di reclutamento del personale esterno.

Sul tema della mensa ospedaliera, il Direttore amministrativo riferisce che è stata introdotta una disposizione che impone al personale di non accedere con l'abbigliamento utilizzato nei reparti. La prospettiva resta quella di arrivare a una mensa aziendale, separando progressivamente l'utenza esterna. Quanto alle cucine, l'esternalizzazione ha assunto una formula mista: cinque lavoratori ISS



sono rimasti nel servizio, rispetto ai dodici precedenti, operando sotto le direttive organizzative dell'impresa appaltatrice.

Il Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie Alessandro Bertolini affronta quindi nel dettaglio il nodo delle liste d'attesa. La strategia, spiega, cambia a seconda delle cause: assunzioni quando manca personale, prestazioni aggiuntive quando occorre ampliare gli slot, interventi strutturali quando il limite è logistico. In Otorinolaringoiatria l'aumento degli specialisti ha ridotto fortemente le attese; in Urologia è previsto un nuovo medico dal 1° dicembre, mentre in Pneumologia entrerà in servizio una nuova professionista entro fine anno. Più articolate le situazioni di Dermatologia e Radiologia, dove per alcune risonanze del rachide una sola specialista possiede attualmente le competenze necessarie. In Gastroenterologia, invece, il collo di bottiglia è rappresentato dalla mancanza di una seconda sala di risveglio. "Ogni reparto ha motivazioni differenti e, una volta individuata la causa specifica, cerchiamo di intervenire su quella", sintetizza Bertolini.

Un altro passaggio riguarda il Pronto Soccorso, che registra circa 18 mila accessi all'anno, pari a una media di 49 al giorno. Bertolini sottolinea il peso dei codici bianchi e ricorda che, dopo il triage, il paziente è comunque preso in carico dalla struttura anche quando l'attesa si prolunga. Rispondendo alle criticità sollevate nella precedente fase del dibattito, invita a segnalare puntualmente all'URP eventuali episodi problematici: "Una segnalazione seria non ci disturba affatto, anzi ci è utile", perché consente di verificare comportamenti e organizzazione interna.

Più acceso il confronto sullo screening mammografico. Bertolini difende l'allineamento alle linee guida internazionali e precisa che il tema non è economico ma clinico. La medicina, afferma, deve basarsi sulle evidenze e sul rapporto tra benefici e rischi delle esposizioni radiologiche. Quanto all'ipotesi di un legame tra mammografie e tumori della tiroide, chiarisce espressamente di non trarre alcuna conclusione dai pochi dati raccolti: "Questo dimostra qualcosa? No. Potrebbe essere semplicemente un caso". L'eventuale relazione, aggiunge, potrebbe essere verificata soltanto attraverso uno studio epidemiologico.

Il Direttore generale Claudio Vagnini interviene a sua volta per respingere l'interpretazione secondo cui il Comitato avrebbe presentato soprattutto progetti futuri. "Non è un libro dei sogni", puntualizza: la relazione riguarda attività già realizzate o concretamente avviate negli ultimi quindici mesi. Vagnini richiama quindi i volumi di prestazioni dell'ISS: nel 2025, su una popolazione di circa 35 mila persone, vengono indicate circa 450 mila visite specialistiche, 1,2 milioni di esami di laboratorio e 90 mila esami radiologici. Numeri che, a suo giudizio, impongono una riflessione sull'appropriatezza prescrittiva e sull'utilizzo responsabile dei servizi. Sulla mammografia ribadisce che "non stiamo dicendo che dobbiamo ridurre il numero perché vogliamo risparmiare": il problema è governare il sistema secondo criteri clinici e di sostenibilità.

Dalla maggioranza Luca Lazzari del Psd riconosce una continuità tra gli indirizzi dati dalla Commissione nel febbraio scorso e gli interventi illustrati dal Comitato Esecutivo. Medicina territoriale, visite domiciliari, pediatria a domicilio, reclutamenti, liste d'attesa e razionalizzazione della spesa vengono indicati come settori nei quali "diverse questioni che allora rappresentavano degli obiettivi oggi sono partite". Lazzari pone però il tema politico del nuovo ospedale con una domanda netta: "Nuovo ospedale sì o nuovo ospedale no?". Chiede inoltre chiarimenti sulla finanza di progetto, sulle situazioni più critiche delle liste d'attesa, sui risultati delle prestazioni aggiuntive, sull'appropriatezza prescrittiva e sulla possibilità per l'ISS di erogare attività diagnostiche a pagamento senza sottrarre risorse al servizio pubblico.

Vagnini risponde che l'orientamento è favorevole a una nuova struttura. "Credo che tutti noi vogliamo una nuova struttura ospedaliera", afferma, rilevando i limiti di un edificio con più di cinquant'anni ma sottolineando al tempo stesso la necessità di mantenerlo pienamente funzionale fino all'apertura di



quello futuro. Il nuovo ospedale dovrebbe essere organizzato secondo l'intensità di cura e costruito intorno a percorsi assistenziali più moderni. Resta però aperto il tema dei tempi, del finanziamento e delle professionalità da coinvolgere nella progettazione. "In questo momento non sono in grado di indicarvi una tempistica precisa", conclude.

Canti aggiunge che l'indeterminatezza sui tempi del nuovo ospedale rende più difficile anche programmare gli investimenti sull'edificio attuale. Un orizzonte di quattro, cinque o sei anni consentirebbe, osserva, di distinguere gli interventi strutturali da quelli transitori. Quanto alla finanza di progetto, precisa che lo strumento può assumere forme molto diverse e non comporta necessariamente l'affidamento di servizi sanitari al privato. La normativa sammarinese, risalente al 2011, viene giudicata rigida rispetto ai modelli più recenti.

Sulla libera professione, il Direttore amministrativo chiarisce che oggi i medici dipendenti non possono erogare ai propri assistiti ISS, a pagamento, le stesse prestazioni garantite dal sistema pubblico. Esiste invece margine per rendere più competitiva l'offerta ai non assistiti, rivedendo tariffe e organizzazione. L'oculistica è il settore nel quale il lavoro è più avanzato. Parallelamente sono in corso interlocuzioni con l'Emilia-Romagna per consentire all'ISS di erogare prestazioni a pazienti del Servizio sanitario italiano, compensando così almeno in parte quelle acquistate fuori territorio per gli assistiti sammarinesi.

Bertolini chiarisce che le prestazioni aggiuntive sono partite soltanto da pochi giorni e non è quindi ancora possibile misurarne gli effetti. Un primo aggiornamento potrà arrivare entro fine novembre. Canti specifica che il meccanismo non remunera semplicemente ore ulteriori, ma lega il compenso a un numero determinato di prestazioni, accompagnando lo strumento con un obbligo di analisi organizzativa da parte dei reparti interessati.

Rispondendo ancora a Lazzari, Bertolini individua come più critiche le liste nelle quali non è neppure possibile indicare una data e compare genericamente la dicitura "lista d'attesa". Per le prestazioni oggi collocate tra circa 40 e 60 giorni, l'obiettivo è invece riportarne diverse entro lo standard dei trenta giorni. "Delle 17 prestazioni oggi fuori standard, credo che nell'arco di un mese potremmo arrivare ad averne magari soltanto sette o otto", afferma, pur avvertendo che domanda e offerta sanitaria sono variabili. Sul fronte dell'appropriatezza, riferisce una riduzione di circa il 3% delle prestazioni radiologiche e un aumento limitato allo 0,6% degli esami di laboratorio, a fronte di una crescita precedente più marcata.

Sull'ipotesi di prestazioni a pagamento richieste volontariamente dagli assistiti, Canti apre a una sperimentazione sul laboratorio analisi. L'idea è distinguere ciò che è clinicamente necessario, e deve continuare a essere garantito dal servizio pubblico, da controlli richiesti autonomamente dal cittadino senza un'indicazione medica: in quest'ultimo caso si valuta la possibilità di consentire comunque l'esame presso l'ISS, dietro pagamento, anziché spingere l'utente verso strutture esterne.

Guerrino Zanotti di Libera si dice soddisfatto delle risposte ricevute a sette mesi dall'ordine del giorno approvato dalla Commissione. Per Zanotti, molte delle indicazioni allora formulate sono state tradotte in interventi concreti, mentre altre richiedono necessariamente tempi più lunghi. Il consigliere insiste soprattutto sulla medicina territoriale e sulla prevenzione, sostenendo che il contenimento della spesa debba passare dalla capacità di "anticipare l'insorgenza della malattia" e intercettare precocemente fragilità e fattori di rischio. Chiede inoltre come rafforzare il rapporto con il terzo settore e quali siano le cause dell'emergere di alcune patologie anche nelle fasce più giovani della popolazione.

Il Segretario di Stato alla Sanità Massimo Andrea Ugolini conferma l'indirizzo verso un rafforzamento deciso della medicina territoriale, a partire dal Centro Sanitario di Borgo Maggiore, che si punta ad aprire nel mese successivo. Allo stesso tempo, afferma, il problema del nuovo ospedale non può più



essere rinviato: “Continuare a far finta che il problema del nuovo ospedale non esista non sarebbe responsabile nei confronti delle future generazioni”. Resta da costruire la soluzione finanziaria, valutando finanza di progetto, collaborazioni pubblico-pubblico o pubblico-privato e altre formule.

Denise Bronzetti di Alleanza Riformista richiama la necessità di distinguere l'aumento della spesa dovuto al miglioramento dei servizi dalle “sacche di spreco” che, a suo giudizio, devono essere individuate. Chiede controlli più puntuali sugli acquisti, chiarimenti sui costi degli interventi edilizi e sulle ragioni per cui alcune prestazioni libero-professionali risultano fuori mercato. Sul Pronto Soccorso sottolinea il ruolo che deve avere la medicina territoriale nel ridurre gli accessi impropri e pone anche il tema politico di eventuali prestazioni a pagamento per chi richiede ripetutamente esami senza indicazioni cliniche. Sullo sfondo, indica un unico percorso che dovrebbe tenere insieme “Piano sanitario, nuovo ospedale e fabbisogno”.

Paolo Crescentini del Psd esprime apprezzamento per il lavoro del Comitato Esecutivo, definendo l'audizione particolarmente utile e chiedendo soprattutto come l'ISS intenda migliorare la comunicazione verso i cittadini. Solleva inoltre il problema delle mancate disdette delle visite, osservando che comunicare per tempo l'impossibilità a presentarsi dovrebbe essere “semplicemente un dovere di ogni cittadino”.

Vagnini annuncia il rafforzamento dell'Ufficio Stampa, un nuovo sito aziendale e ulteriori iniziative con San Marino RTV. Sul fenomeno dei no-show riferisce che le mancate presentazioni senza disdetta non sono numericamente enormi, ma possono incidere su alcune liste d'attesa. In questo quadro viene richiamata anche l'ipotesi di una penalizzazione economica. Il Direttore generale torna poi sulla centralizzazione delle prenotazioni al CUP e sulla necessità di responsabilizzare maggiormente la medicina territoriale per evitare ricorsi impropri al Pronto Soccorso.

Sul versante della prevenzione, Vagnini e Bertolini concordano sull'esigenza di partire dalle fasce più giovani e dalle scuole. Vagnini richiama il peso crescente di patologie oncologiche e cardiovascolari anche in età relativamente giovane e propone una presenza più strutturata dell'ISS nei percorsi educativi. Bertolini distingue tra prevenzione primaria, che mira a evitare l'insorgenza delle malattie lavorando sugli stili di vita, e prevenzione secondaria, basata sulla diagnosi precoce. “L'educazione sanitaria costa relativamente poco, ma rappresenta un investimento enorme”, sottolinea.

Sul tema delle mancate presentazioni Canti precisa che un intervento normativo esiste già: il Regolamento n.16 del 2026 prevede un diritto di pratica di 50 euro per chi non comunichi almeno due giorni prima l'impossibilità a presentarsi. Il sistema non è ancora concretamente operativo perché deve essere completata l'implementazione informatica e definita la gestione dei dati nel rispetto della privacy.

Il Direttore amministrativo torna quindi sui costi della libera professione, spiegando che l'attuale tariffario nasce dalla somma delle singole componenti e può così produrre prezzi superiori al mercato. L'obiettivo è invertire il criterio: partire da una tariffa competitiva e distribuire poi al suo interno i compensi. Sugli acquisti, Canti illustra il Piano degli Investimenti, la centralizzazione delle richieste e la responsabilizzazione dei direttori chiamati a controllare l'esecuzione delle commesse. Per gli interventi strutturali sull'ospedale, il coordinamento con AASLP e Authority dovrebbe consentire anche misure compensative per evitare costi sproporzionati nelle opere destinate a essere transitorie. Per la nuova sala prelievi, cita ad esempio un preventivo iniziale nell'ordine di 150 mila euro che sarebbe potuto salire a circa 250 mila con l'applicazione rigida di tutti i requisiti previsti per una nuova struttura.

Francesca Civerchia del Pdcs concentra il proprio intervento sull'epidemiologia, chiedendo se sia possibile costruire una banca dati più strutturata per comprendere la reale diffusione delle patologie oncologiche e di altre malattie nella popolazione sammarinese. “Mi sembra che sia stato un dibattito assolutamente costruttivo”, osserva, sottolineando come la dimensione del Paese possa agevolare il



rapporto diretto tra servizi e cittadinanza. Bertolini riconosce una lacuna nella disponibilità di dati epidemiologici organici. Il Registro Tumori, riferisce, si era di fatto fermato nel 2014 e ora si sta lavorando per riattivarlo. La dimensione della popolazione rende però più difficile trarre conclusioni statisticamente solide, perché pochi casi possono modificare fortemente le percentuali. “Prima di fare inferenza statistica dobbiamo almeno avere una buona epidemiologia descrittiva”, afferma, indicando proprio nel Registro Tumori il primo passo verso una conoscenza più precisa dello stato di salute della popolazione.

Aida Maria Adele Selva del Pdcs richiama la continuità tra le decisioni assunte dal Comitato Esecutivo e gli indirizzi formulati negli ultimi mesi, sottolineando gli interventi su organizzazione, acquisti, personale e collaborazione con l'Emilia-Romagna. Si sofferma anche sulla prevenzione e sul terzo settore, quindi chiede informazioni su un farmaco innovativo per il tumore del pancreas. Bertolini risponde che l'ISS si è già attivato per valutarne l'acquisizione, precisando però che il farmaco non è ancora approvato dall'ente regolatorio europeo, ha un costo indicativo di circa 31 mila euro per una confezione mensile e può essere utilizzato soltanto per pazienti con specifiche caratteristiche molecolari e cliniche.

Vagnini annuncia infine che le iniziative dell'Ottobre Rosa saranno dedicate all'ex Segretario di Stato per la Sanità Mariella Mularoni. Il Segretario Ugolini, nelle conclusioni, rivendica il carattere “tangibile e concreto” del lavoro svolto dal Comitato Esecutivo e indica nel nuovo Piano Sanitario e Sociosanitario post-2026 il prossimo passaggio strategico. La medicina territoriale, afferma, rappresenta ormai “un orientamento condiviso da tutto l'arco parlamentare” e dovrà costituire una delle architravi della sanità futura.

Nelle battute conclusive Gaetano Troina di D-ML precisa che le proprie perplessità sul personale riguardavano la fase precedente al nuovo fabbisogno del 2024 e, sul nuovo ospedale, critica le “fughe in avanti” del passato in assenza di un modello già definito. Sul diritto di pratica per le mancate disdette chiede invece una comunicazione preventiva molto chiara ai cittadini e una verifica della base normativa. Canti replica che il provvedimento deriva da un regolamento del Congresso di Stato, fondato su una norma primaria, e assicura che prima dell'applicazione sarà avviata un'adeguata campagna informativa.

Farinelli torna infine sull'accesso alle prestazioni a pagamento, chiedendo se un assistito che si rivolga privatamente a un medico fuori territorio possa effettuare nell'ISS, sostenendone direttamente il costo, gli esami prescritti. Canti prende atto dell'apertura emersa sia nella Consulta sia in Commissione e annuncia un approfondimento: “Se un assistito decide comunque di sostenere personalmente il costo di una prestazione e l'alternativa è che debba recarsi fuori territorio credo sia ragionevole domandarsi se non sia preferibile gestire quella prestazione direttamente all'interno dell'ISS”.

In chiusura di seduta i lavori sono stati sospesi per trovare la convergenza su un ordine del giorno conclusivo che verrà discusso nella seduta serale.

Di seguito un estratto dei lavori

Comma 3: Audizione Comitato Esecutivo ISS

Miriam Farinelli (Rf): Faccio mie le parole del Direttore quando, all'inizio del suo intervento, diceva di essere rammaricato perché il lavoro dell'ISS non è sufficientemente visibile. È un'espressione che mi trova d'accordo, perché non sempre siamo riusciti a comunicare bene quello che viene fatto e il lavoro dell'ISS non è stato sufficientemente pubblicizzato. È un po' come cadere in un burrone insieme



a un amico, fare una fatica enorme per riuscire a risalire, arrivare finalmente in superficie e poi non dire niente a nessuno: alla fine è quasi come se quello sforzo non fosse mai stato fatto, mentre invece magari siamo stati anche bravi. Quindi la comunicazione deve entrare a far parte del lavoro, inteso nel vero senso della parola, perché la popolazione deve sapere che cosa facciamo e che cosa viene fatto. Io conosco molto bene l'ospedale, ci ho lavorato per 43 anni e quindi lo conosco da tantissimo tempo. Conosco invece meno bene, per esempio, il settore sociosanitario, perché non ho mai lavorato in quel settore. Oggi ho conosciuto tanti aspetti di questa realtà che prima conoscevo meno e credo sarebbe importante che anche il cittadino comune sapesse quali servizi esistono, che cosa può ottenere dalla struttura e a quali prestazioni ha diritto, perché se una persona non sa che un servizio esiste è quasi come se quel servizio non ci fosse. Tantissimi anni fa era stato realizzato un sito informativo dell'Istituto, ma poi non ha avuto una manutenzione e un aggiornamento adeguati e, progressivamente, ha smesso di essere realmente utile. Quindi il fatto di avere un sito dell'Istituto ben strutturato e aggiornato permette al cittadino di sapere che cosa viene fatto, e non soltanto al cittadino sammarinese residente, ma anche a chi vive fuori confine e magari guarda con interesse alla nostra struttura. Passo alla libera professione, perché è un tema che mi sta particolarmente a cuore. Io sono assolutamente favorevole alla libera professione dei sanitari, dei medici e degli infermieri. La libera professione nel nostro territorio ha sicuramente bisogno di una revisione delle tariffe, perché oggi siamo fuori mercato. È molto difficile che un cittadino non residente venga a San Marino per effettuare una prestazione, soprattutto una prestazione chirurgica, se i nostri prezzi non sono competitivi rispetto a quelli delle strutture esterne. Se vogliamo incentivare e implementare questo settore dobbiamo necessariamente rivedere le nostre tariffe, sia per quanto riguarda la remunerazione degli operatori sia per quanto riguarda i costi della struttura e della parte amministrativa, cercando di diventare realmente competitivi rispetto alle realtà esterne. Io sono convinta che i nostri operatori siano ottimi professionisti e che a San Marino venga fatta una medicina di qualità, che ha tutto il diritto di essere valorizzata. La libera professione può essere proprio uno degli strumenti attraverso i quali valorizzare i nostri professionisti, naturalmente in un quadro di assoluta trasparenza. Il libero professionista, inoltre, è un professionista che è quasi obbligato a formarsi continuamente, perché se non è aggiornato, se non è informato e se non mantiene un livello professionale elevato, nella libera professione semplicemente non trova spazio. Anche da questo punto di vista può quindi diventare uno strumento importante. C'è poi un'altra considerazione: la nostra struttura e il nostro Paese lavorano inevitabilmente su numeri piccoli. Per costruire una casistica significativa bisogna lavorare in ospedale, ma anche poter svolgere libera professione può permettere al professionista di aumentare la propria esperienza e la propria casistica. Questo può produrre un grande vantaggio professionale e può produrre anche un vantaggio economico per gli operatori. I soldi fanno comodo a tutti, diciamolo, e quindi anche il vantaggio economico può essere uno stimolo importante, purché inserito in un sistema trasparente, orientato alla formazione e alla crescita professionale. Ma la libera professione può rappresentare anche un vantaggio economico per l'ISS, perché anche l'ISS ha bisogno di entrate. Quindi credo sia un settore che dobbiamo assolutamente implementare. Ho sentito parlare poi della culla termica. La culla termica che avevamo precedentemente individuato ormai è stata dismessa e quindi non è più utilizzabile nemmeno per essere collocata in un ambiente idoneo e diventare un punto sicuro nel quale poter lasciare un bambino non desiderato. Questo è un tema sul quale il Consiglio Grande e Generale si è trovato sostanzialmente d'accordo e sul quale si sono trovate d'accordo moltissime, se non tutte, le forze politiche. È un obiettivo che dobbiamo portare a casa, perché proprio su questi temi dimostriamo concretamente la nostra sensibilità nei confronti delle fragilità, in particolare nei confronti di una donna in una situazione di estrema difficoltà, che non può o non riesce a tenere con sé il bambino, e nei confronti di quel bambino, che ha il sacrosanto diritto di essere accolto, accudito e magari successivamente adottato da una famiglia. Ho ascoltato poi con molto interesse quanto è stato detto sull'ampliamento del Casale La Fiorina. La popolazione anziana è sempre più numerosa, ma stanno aumentando anche gli anziani malati e non autosufficienti che hanno bisogno di assistenza. Molte volte la famiglia, nonostante tutta la buona volontà, non riesce materialmente a far fronte a questi bisogni e quindi la casa di riposo o la RSA diventano, purtroppo, molto spesso l'ultima possibilità disponibile. Ben venga quindi l'individuazione di ulteriori ambienti e di ulteriori posti alla



Fiorina, se quelli attualmente presenti al Casale non sono sufficienti per rispondere a tutte le necessità. E poi, soprattutto, mi raccomando, portiamo finalmente a casa questo benedetto hospice. L'hospice è quella struttura che accompagna la persona verso la morte, verso il fine vita, e oggi è qualcosa che manca al nostro sistema. Ma soprattutto è qualcosa che manca al cittadino, che ha tutto il sacrosanto diritto di poter vivere le ultime ore o gli ultimi giorni della propria vita all'interno di un ambiente idoneo, adeguato, protetto, vicino ai propri cari e capace di garantirgli tutto il rispetto e tutta la serenità possibili.

Avv. Manuel Canti, Direttore amministrativo ISS: Mi sono segnato alcune delle domande che sono state fatte e provo ad aggregarle per tematiche omogenee e per ambiti di mia competenza. Parto dall'ultima questione, quella relativa all'hospice. Siamo assolutamente consapevoli del fatto che l'hospice rappresenti una delle priorità. Per quanto riguarda l'hospice definitivo, cioè quello che sarà realizzato con la collaborazione dell'Associazione Oncologica Sammarinese, abbiamo avuto un incontro anche ieri e cercheremo, nell'ambito del protocollo che dobbiamo definire fra ISS e AOS, di utilizzare tutti gli strumenti normativi che ci permettano di velocizzare i tempi. L'opera verrà individuata come opera strategica e questo consente di dimezzare i tempi burocratici previsti per l'approvazione. Esiste già un Decreto Delegato che permette l'utilizzo di questi strumenti, quindi cercheremo evidentemente di adottare le procedure amministrative più rapide possibili per chiudere velocemente sia la parte relativa al piano particolareggiato sia quella relativa alla concessione. Per quanto riguarda invece la progettazione edilizia, abbiamo già incontrato anche il progettista individuato dall'AOS e, da quello che ci è stato riferito, le tempistiche sono assolutamente ragionevoli. Ci è stato indicato un periodo di circa dodici-diciotto mesi a partire dall'affidamento del terreno. Quindi parliamo di tempi relativamente rapidi e proprio per questo la soluzione intermedia deve essere considerata realmente come una soluzione tampone, sulla quale giustamente abbiamo scelto di non investire risorse eccessive, perché la prospettiva è quella di arrivare in tempi ragionevoli alla struttura definitiva. Vengo poi alla parte organizzativa e, se non ricordo male, alla domanda del commissario Santi sull'atto organizzativo e sul fabbisogno. Sono due concetti distinti. L'ultimo decreto del novembre 2024 li ha sostanzialmente accorpati, ma in realtà dobbiamo tenere separate le due questioni. Una cosa è l'atto organizzativo, che fino al 2024 infatti veniva disciplinato attraverso un atto normativo distinto, un'altra cosa è il fabbisogno di personale. Per quanto riguarda l'atto organizzativo, noi non abbiamo riscontrato particolari criticità, salvo naturalmente le eventuali integrazioni che potranno fare i miei colleghi. Il vero elemento sul quale bisogna lavorare è completarne l'attuazione, soprattutto per quanto riguarda le Unità Organizzative di nuova costituzione. Diventa fondamentale predisporre i funzionigrammi, cioè definire in maniera organica quali siano le competenze e le funzioni attribuite alle singole Unità Organizzative. Questo è un elemento che oggi manca e sul quale bisogna intervenire. Diverso è il tema del fabbisogno, cioè della dotazione di personale assegnata alle singole strutture organizzative. Su questo esiste già un accordo sottoscritto dal Governo nell'ambito del rinnovo contrattuale, nel quale viene previsto che il rinnovo proceda parallelamente alla definizione del nuovo fabbisogno. Anche all'interno del Comitato Direttivo della Funzione Pubblica l'orientamento è quello di ripristinare sostanzialmente il modello precedente al 2024, cioè considerare il fabbisogno come fabbisogno complessivo del settore pubblico allargato. All'interno di questo ragionamento generale dovrà quindi confluire anche il fabbisogno dell'ISS. L'intervento del 2024, che ha in qualche modo incorporato il fabbisogno dell'ISS da quello generale, rappresenta sotto questo profilo un'anomalia. Ripeto, sono due piani distinti: una cosa è l'organizzazione, un'altra cosa è la dotazione del personale. Spero di essere stato sufficientemente chiaro su questo punto. Peraltro esiste già un impegno assunto dalla delegazione di Governo affinché il rinnovo contrattuale e la definizione del fabbisogno complessivo del settore pubblico allargato procedano di pari passo. Vengo al tema del bilancio e, prima ancora, alla questione che è stata sollevata sul possibile taglio dei servizi. Voglio chiarire un elemento: fra gli obiettivi che abbiamo definito con la dirigenza medica non me ne viene in mente nemmeno uno che sia collegato direttamente alla riduzione della spesa. Non abbiamo dato ai dirigenti obiettivi legati alla riduzione dell'indicatore economico di competenza o alla diminuzione degli stanziamenti sui capitoli. Quindi associare automaticamente il modello di definizione degli obiettivi dirigenziali al concetto di taglio



della spesa non corrisponde alla realtà. Anzi, siamo perfettamente consapevoli che alcuni degli obiettivi che abbiamo assegnato comportano un aumento delle risorse, perché sono finalizzati ad ampliare i servizi erogati. Su questo ogni tanto si crea un corto circuito nel dibattito: da un lato ci viene chiesto di incrementare i servizi, dall'altro ci viene chiesto contemporaneamente di contenere la spesa. Dobbiamo capirci, perché ogni nuovo servizio ha inevitabilmente un costo. Faccio un esempio. Abbiamo attivato recentemente il progetto "Il Re", una struttura molto bella e un servizio aggiuntivo che viene offerto alla popolazione. Naturalmente quel servizio non funziona da solo: servono sei operatori sociosanitari in più, due educatori in più e tutte le risorse necessarie a mantenerlo operativo. Questo non toglie che il nostro compito, come gestori, sia ottimizzare l'allocazione delle risorse e su questo dobbiamo lavorare. Il ragionamento che facevo prima sulla mobilità, sulla flessibilità dell'articolazione oraria e sull'organizzazione del personale va proprio in questa direzione. Questo è il nostro dovere di buoni amministratori. Però dobbiamo anche essere consapevoli che ogni volta che implementiamo un servizio aumentiamo contemporaneamente la qualità e il livello della risposta che garantiamo ai cittadini. I nostri cittadini, peraltro, sono abituati a standard molto elevati, anche nel rapporto fra operatori e assistiti. Abbiamo recentemente effettuato un sopralluogo e avviato contatti con possibili interlocutori che potrebbero diventare partner nella realizzazione di una nuova casa protetta, quindi di una struttura con un livello assistenziale relativamente basso. Nel momento in cui abbiamo iniziato a costruire la possibile proposta economica abbiamo fornito i numeri che utilizziamo noi per gestire le nostre strutture. Sulla base di quei numeri ci è stata formulata una proposta di tariffa giornaliera che è impressionante. Questo perché il rapporto che noi garantiamo fra OSS, infermieri e assistiti è estremamente elevato. Abbiamo standard assistenziali molto alti. Ecco perché diventa difficile parlare genericamente di contenimento dei costi. Il bilancio dell'ISS, inoltre, è un bilancio molto rigido. Circa il 70% della spesa è concentrato in pochissime voci. Una quota molto rilevante riguarda il personale, un'altra riguarda i farmaci e poi ci sono le consulenze. Tutto il resto dei servizi si distribuisce sul restante 30%. Naturalmente il nostro impegno deve essere quello di ottimizzare la gestione di queste voci, ma faccio un altro esempio: la spesa del personale pesa già moltissimo e l'ultimo rinnovo contrattuale comporta inevitabilmente ulteriori incrementi. Abbiamo un riconoscimento del 3% per il 2025, un anticipo del 2% per il 2026, che ancora non è chiuso, e sul 2027 ci sarà un ulteriore anticipo. Quando la base retributiva complessiva è nell'ordine di decine di milioni di euro, gli spazi di razionalizzazione non possono compensare integralmente questi aumenti strutturali. Prima richiama la centralizzazione del servizio trasporti e l'ottimizzazione del servizio cucina. Se li guardiamo dal punto di vista puramente tecnico sono interventi positivi, perché producono risparmi: la centralizzazione dei trasporti, per esempio, determina una riduzione della spesa nell'ordine di circa 200.000 euro e sulle cucine l'effetto è ancora più rilevante. Però, contemporaneamente, la spesa del personale cresce per dinamiche fisiologiche collegate al mercato del lavoro e agli adeguamenti contrattuali. Nel bilancio di previsione 2027 vedrete quindi inevitabilmente un trasferimento dal bilancio dello Stato superiore rispetto a quello del 2025, proprio perché parliamo di dinamiche che incidono su componenti di spesa sostanzialmente fisse. Per questo è importante quello che diceva anche il commissario Farinelli: se abbiamo una componente significativa di spesa fissa dobbiamo cercare di ottimizzarne la gestione, non necessariamente riducendo i servizi, ma cercando anzi di offrire più servizi e, laddove possibile, trasformando alcune attività anche in una fonte di entrata. La libera professione, sotto questo profilo, può essere una fonte importante. Sui farmaci possiamo fare di più? Sicuramente sì. È vero però che, come è già stato ricordato, nell'ultimo anno si è registrato anche un aumento importante delle entrate legate alle farmacie e questo non è un dato trascurabile. Per il prossimo anno cercheremo di negoziare ulteriori margini e di migliorare ancora questa componente, perché su quella parte più propriamente commerciale possiamo certamente lavorare. Però dobbiamo essere consapevoli anche dell'altro lato della medaglia. Se decidiamo di convenzionare un'altra struttura residenziale per anziani oppure di ampliare il Casale La Fiorina, non stiamo parlando soltanto di costruire un edificio. Quella struttura poi deve essere gestita e gestirla significa assumere e impiegare altro personale. Il problema della crescita della spesa sanitaria non è un problema specificamente sammarinese, è un tema internazionale. La popolazione invecchia, i bisogni assistenziali aumentano, i servizi richiesti crescono e di conseguenza cresce anche la spesa.



Torno quindi all'osservazione del commissario Santi: da una parte si richiama l'attenzione sull'aumento della spesa, dall'altra giustamente si chiede di non tagliare i servizi. I servizi non li vuole tagliare nessuno e, anzi, dalla relazione molto dettagliata che è stata presentata dal Direttore Generale e dal Direttore delle Attività Sanitarie e Sociosanitarie emerge chiaramente che stiamo lavorando per ampliarli. Nel bilancio ci sono poi questioni tecniche specifiche che incidono in maniera importante sul risultato finale. Una di queste riguarda gli accantonamenti e il tema del forfait con l'Italia in applicazione della convenzione in materia di sicurezza sociale. A seconda dell'entità dell'accantonamento effettuato nell'anno finanziario di riferimento, la risultanza finale del bilancio può cambiare in maniera significativa. Quindi una parte degli scostamenti importanti che vedete deriva anche dalle modalità con cui vengono gestiti questi accantonamenti.

Questo sarà peraltro uno dei temi centrali dei prossimi anni, perché con l'Accordo di associazione cambierà in prospettiva la cornice all'interno della quale vengono disciplinati questi rapporti: non avremo più soltanto il rapporto bilaterale, ma entreranno in gioco i regolamenti e le direttive europee di riferimento. Sarà un momento molto importante per ridefinire anche tutti i rapporti collegati al frontalierato. Il Governo ha giustamente già avviato un tavolo sul tema, perché il frontalierato deve essere affrontato nella sua complessità: accesso al lavoro, previdenza, sanità e tutte le altre questioni collegate. Vengo poi alla domanda sul personale sovranumerario. Credo che ci sia stato un piccolo equivoco rispetto a quello che avevo detto prima. Noi, al nostro insediamento, non abbiamo trovato personale assunto in numero superiore rispetto al fabbisogno approvato nel 2024. Faccio un esempio: se il fabbisogno prevedeva 307 infermieri, non è che noi ne abbiamo trovati 350 in servizio. Anzi, spesso eravamo al di sotto delle previsioni. Quello che mancava era uno strumento di monitoraggio puntuale dell'allocazione del personale, cioè sapere con chiarezza dove fossero effettivamente collocate le singole risorse. Poteva capitare di scoprire che un infermiere era stato spostato da una struttura all'altra senza che esistesse uno strumento aggiornato capace di fotografare immediatamente la situazione. Attraverso i piani che aggiorniamo ogni due settimane oggi abbiamo invece una rappresentazione molto chiara e questo è uno strumento organizzativo estremamente utile.

Un altro intervento sulla gestione del personale, che forse si avvicina maggiormente al concetto che veniva indicato come sovrannumero, riguarda il personale sanitario e sociosanitario trasferito ad altre mansioni per motivi di salute. Esiste una normativa specifica che, dopo un determinato numero di anni di servizio, consente in alcuni casi di chiedere il trasferimento definitivo da una mansione sanitaria a una mansione amministrativa. C'è poi tutto il tema dei trasferimenti temporanei per motivi di salute, che in una struttura ospedaliera rappresenta una questione di non poco conto. Quel personale, una volta trasferito da attività sanitarie o sociosanitarie ad attività amministrative, veniva sostanzialmente considerato come personale aggiuntivo. Noi abbiamo cercato di ricondurre queste risorse all'interno dei posti effettivamente necessari. Se, per esempio, posso utilizzare stabilmente un infermiere che è stato trasferito per motivi di salute in un'attività amministrativa, quella persona deve coprire un posto amministrativo: non può essere considerata un extra mentre contemporaneamente assumo un'altra persona per coprire quello stesso posto. Questo è stato un importante lavoro di riallocazione delle risorse provenienti dal settore sanitario e sociosanitario e successivamente destinate ad attività amministrative. Un altro intervento di razionalizzazione riguarda il personale esterno. Sapete che, a differenza di quanto avviene normalmente nell'Amministrazione, per il personale straniero, per esempio OSS non cittadino e non residente, lo strumento utilizzato era spesso quello del contratto. Per il personale cittadino e residente venivano invece adottati provvedimenti di incarico. Questa differenza creava uno sbilanciamento, perché il personale interno assunto con incarico veniva immediatamente associato a un posto previsto in organico, mentre il personale a contratto non aveva una correlazione altrettanto stretta con uno specifico posto. Abbiamo modificato il sistema: oggi, per tutto il personale, interno o esterno, si utilizza lo stesso tipo di provvedimento amministrativo e ogni assunzione viene associata a un posto previsto nel fabbisogno. In questo modo eliminiamo il rischio di creare assunzioni aggiuntive rispetto al fabbisogno.

Vengo alla mensa ospedaliera. Il problema igienico-sanitario più concreto era probabilmente quello che ricordava Alessandro, cioè il fatto che, essendo la mensa utilizzata sia dal personale ISS sia da soggetti



esterni, in passato poteva accadere che alcuni operatori sanitari vi accedessero con lo stesso abbigliamento utilizzato nei reparti. Questo aspetto è stato superato attraverso una disposizione interna molto chiara: quando il personale va in mensa deve togliere l'abbigliamento utilizzato in reparto. Per quanto riguarda invece la promiscuità fra personale e utenti esterni, il progetto originario era effettivamente quello di creare una mensa aziendale e interrompere progressivamente l'accesso degli esterni alla mensa ospedaliera. Il problema è che riversare tutta l'utenza esterna su altre mense disponibili rischiava sostanzialmente di intasarle. Per questo ci siamo temporaneamente fermati e stiamo cercando un'altra soluzione che possa sostituire quella ospedaliera per gli utenti esterni. Non è semplicissimo, perché bisogna individuare una collocazione e un immobile adeguati, ma quella rimane la direzione che stiamo cercando di perseguire: la volontà è comunque arrivare a una vera mensa aziendale. Per quanto riguarda infine l'esternalizzazione della cucina, è importante chiarire che quello che abbiamo non è un appalto puro. Nel contratto con l'impresa appaltatrice quest'ultima si obbliga a garantirci la prestazione finale, cioè l'erogazione del pasto, ed è quindi responsabile della qualità del prodotto finale, con tutte le clausole tipiche previste per gli appalti. Però, nel costruire la giornata alimentare, si è previsto che una parte della forza lavoro fosse messa a disposizione direttamente dall'ISS. In particolare sono rimaste cinque figure professionali dell'ISS che lavorano nel servizio, ma operano sotto le direttive organizzative dell'impresa appaltatrice, perché è l'impresa che deve garantire la qualità del prodotto e quindi impartisce le indicazioni operative. È una formula mista che è stata scelta anche per ragioni di risparmio. Un'esternalizzazione completamente integrale avrebbe avuto costi diversi. Siamo comunque passati da dodici cuochi in servizio a cinque. La gestione delle assenze, delle ferie, delle malattie e dei permessi rimane naturalmente un elemento complesso, perché bisogna garantire la continuità di un servizio che non può interrompersi. In questa prima fase, però, non abbiamo avuto particolari problemi organizzativi, perché il contratto prevede che l'impresa appaltatrice metta a disposizione proprio personale nel caso di assenza del personale pubblico. Se però le assenze del personale pubblico dovessero diventare strutturali, allora evidentemente dovremo fare una riflessione anche sulla sostenibilità futura di questa formula contrattuale mista.

Dr. Alessandro Bertolini – Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie ISS: Rispondo innanzitutto alla domanda sulle liste d'attesa. Forse nella mia precedente relazione sono stato troppo sintetico e quindi provo a fare un rapido riepilogo. Le liste d'attesa non hanno tutte la stessa origine, ma possono derivare da problemi molto diversi. Nei casi nei quali abbiamo verificato che il problema era essenzialmente la carenza di personale, siamo intervenuti sul personale. L'Otorinolaringoiatria è un esempio evidente, ma non è l'unico. Abbiamo assunto anche un urologo e dal 1° dicembre, con l'arrivo di questa nuova forza, le liste d'attesa dell'urologia cambieranno sensibilmente. Abbiamo inoltre svolto un concorso per una pneumologa che prenderà servizio entro la fine dell'anno e anche in pneumologia ci aspettiamo quindi una riduzione dei tempi. In altri casi abbiamo cercato di convincere i professionisti ad aprire un maggior numero di slot. Per esempio, per la visita ortopedica generale siamo ancora fuori dai parametri, mentre per la visita ortopedica della mano siamo rientrati completamente nei tempi previsti. Per la visita ortopedica generale abbiamo quindi attivato le risorse aggiuntive, chiedendo agli ortopedici di svolgere ulteriori ambulatori attraverso ore aggiuntive retribuite, in modo da aumentare il numero delle prestazioni disponibili. Poi abbiamo la lista d'attesa della gastroenterologia e questo è un esempio classico di lista d'attesa determinata da un problema strutturale. La gastroenterologia, dove vengono effettuate gastroscopie, colonscopie e altre prestazioni endoscopiche, opera in ambienti che negli ultimi anni non sono stati strutturati per permettere di lavorare contemporaneamente su due pazienti, perché manca una seconda sala di risveglio. Gli endoscopisti quindi, anche se sono disponibili, non possono lavorare realmente in parallelo perché hanno una sola sala nella quale seguire il paziente dopo l'esame. Con l'aiuto dell'ingegner Renzi dell'AASLP abbiamo individuato una soluzione relativamente economica per ricavare all'interno dei locali dell'endoscopia una seconda sala di risveglio. Quando questa seconda sala sarà operativa, probabilmente non avremo più neppure la necessità di ricorrere alle prestazioni aggiuntive degli endoscopisti, perché avremo risolto il collo di bottiglia strutturale che oggi limita l'attività. Abbiamo poi una lista d'attesa in diabetologia che, però,



è molto contenuta e credo possa essere recuperata con uno sforzo relativamente limitato. Più complesso è il problema della dermatologia. Abbiamo tre professionisti strutturati, uno dei quali però lavora part-time. Questa settimana abbiamo fatto un concorso dal quale è emersa una seconda persona utile collocata in graduatoria, perché la prima classificata è già dipendente dell'ISS. Oggi, con l'organico attuale e con l'aiuto di due consulenti che arrivano da Rimini, non riusciamo comunque a contenere sufficientemente le liste d'attesa. Se riuscissimo a fare un'operazione simile a quella realizzata in Otorinolaringoiatria, quindi riducendo progressivamente il ricorso alle consulenze e assumendo stabilmente a 38 ore la persona che è risultata utile collocata nell'ultimo concorso, probabilmente potremmo risolvere anche questo problema. Avevamo inoltre una situazione relativa all'allergologia nella quale la spesa era arrivata, lo scorso anno, a circa 160.000 euro, una cifra che non era giustificata dal bacino epidemiologico del nostro territorio. Oggi abbiamo un unico specialista che svolge diciotto ore settimanali e direi che, per quanto riguarda l'allergologia, la situazione è diventata assolutamente più equilibrata. Abbiamo invece ancora problemi con la risonanza magnetica. Il problema è legato al fatto che disponiamo di undici radiologi strutturati e quattro consulenti, quindi complessivamente quindici professionisti che lavorano in radiologia, ma abbiamo una sola collega in grado di leggere determinate risonanze del rachide. Una sola. E quando dico "poveretta" non lo dico per scherzare, ma perché effettivamente per un anno questa collega ha messo a disposizione anche il sabato, nell'ambito delle prestazioni aggiuntive che avevamo attivato, e arrivava a refertare circa 53 risonanze in un mese. È stata una soluzione che ha funzionato facendo però affidamento quasi completamente sulla sua disponibilità personale. Dopo un anno, comprensibilmente, ci ha detto che aveva anche bisogno di respirare. Adesso quindi stiamo cercando soluzioni alternative. È evidente però che, se abbiamo quindici radiologi complessivi e soltanto uno è in grado di leggere una determinata tipologia di risonanza del rachide, il sistema diventa estremamente fragile: basta che quella collega si ammali o sia assente e inevitabilmente si crea un blocco. Ci stiamo lavorando. Abbiamo ridotto anche le liste d'attesa della neurologia e abbiamo modificato in parte il modello organizzativo, perché avevamo individuato anche alcune liste che, in qualche modo, venivano autoprodotte dal sistema. Ve lo segnalo semplicemente perché quando vedrete i report noterete che alcune voci sono scomparse. In generale, sulle liste d'attesa il metodo è questo: ogni reparto ha motivazioni differenti e, una volta individuata la causa specifica, cerchiamo di intervenire su quella, in maniera da dare ai cittadini una risposta il più possibile tempestiva rispetto ai loro bisogni. Rimane poi una lista d'attesa particolarmente importante, quella delle ecografie. Come vi dicevo, abbiamo quindici radiologi e sei di questi fanno anche attività ecografica, ma nonostante questo abbiamo ancora una domanda molto elevata. L'ecografia viene percepita come un esame sostanzialmente innocuo, e quindi spesso il ragionamento diventa: una non fa male, allora forse è meglio farne due. In questo modo si crea inevitabilmente un eccesso di domanda. Anche con sei radiologi che effettuano ecografie diventa difficile stare dietro a tutte le richieste. Tre di questi sei radiologi hanno dato la propria disponibilità a fare sei ore settimanali aggiuntive e questo ci consentirà di ottenere altre diciotto ecografie per ogni blocco di sei ore, quindi un numero significativo di prestazioni in più ogni settimana. D'altra parte l'ecografia è un esame che dipende sia dalla macchina sia dall'operatore e non può essere improvvisato o svolto da chiunque. Serve l'ecografo, serve un ambiente adeguato e serve un professionista preparato. Per effettuare correttamente un'ecografia servono circa venti minuti: il paziente entra, si prepara, si sdraia, viene applicato il gel, viene eseguito l'esame e poi bisogna completare tutta la procedura e la refertazione. Più di tre ecografie all'ora, realisticamente, non si possono fare. L'altra strada sarebbe cercare di ridurre l'eccesso di richieste attraverso una maggiore appropriatezza prescrittiva, ma questo è un altro discorso che va oltre la domanda che mi avete posto. Passo al Pronto Soccorso. Il Pronto Soccorso effettua circa 18.000 prestazioni all'anno. Divise per 365 giorni significano più o meno 49 accessi al giorno. Se poi dividiamo ulteriormente sulle ventiquattro ore vediamo che il numero medio orario non è enorme, ma naturalmente il problema non è soltanto quantitativo, perché bisogna guardare alla qualità e alla priorità delle richieste. Al triage viene attribuito un colore e la distribuzione è sostanzialmente piramidale: abbiamo moltissimi codici bianchi, un numero inferiore di verdi, pochi gialli e naturalmente pochissimi rossi. Il Pronto Soccorso si trova quindi spesso sommerso soprattutto da richieste che alla fine vengono



classificate come codici bianchi. Questo inevitabilmente intasa il servizio. Però dobbiamo anche capire il cittadino: una persona che va in Pronto Soccorso non sa in anticipo quale codice le verrà attribuito. Quella persona, nel momento in cui decide di andare al Pronto Soccorso, pensa magari di stare vivendo il peggior problema sanitario della propria vita. Quando poi gli viene attribuito un codice bianco, probabilmente tira anche un sospiro di sollievo perché capisce che non è così grave come temeva. Però, a quel punto, deve naturalmente aspettare che vengano trattati prima i pazienti che hanno codici di priorità maggiori. Quindi un codice bianco può restare anche quattro ore, perché prima passano i pazienti con codici più urgenti. Dal momento in cui però viene fatto il triage e il paziente entra nel percorso del Pronto Soccorso, quella persona è presa in carico dalla struttura. Può rimanere su una barella all'interno del Pronto Soccorso oppure essere collocata in uno dei letti di osservazione breve che abbiamo, che sono sostanzialmente equiparabili a un ricovero ospedaliero temporaneo in Pronto Soccorso, in attesa che si liberi un posto letto nel reparto di destinazione. Non siamo nella situazione, per fare un esempio estremo, nella quale una persona rimane per sette ore su una barella fuori dal Pronto Soccorso senza che nessuno la guardi. I nostri colleghi gestiscono circa 49 richieste al giorno, molte delle quali potrebbero probabilmente trovare risposta attraverso altri percorsi e attraverso la medicina di base, ma comunque danno una risposta a tutti. Se un cittadino presenta un codice di priorità importante, viene preso in carico, effettua gli accertamenti necessari e, se ha bisogno di rimanere, viene collocato in uno dei letti di osservazione del Pronto Soccorso fino al trasferimento nel reparto appropriato. Al consigliere Casali, che adesso non è presente, direi che sarebbe molto utile per noi ricevere una segnalazione puntuale all'URP rispetto all'episodio che ha raccontato. Questo ci permetterebbe di fare un'indagine interna e, se emergessero realmente criticità o comportamenti da correggere, potremmo intervenire. Io sono anche responsabile dell'URP e leggo personalmente tutte le segnalazioni, da quelle che possono apparire più banali, come “non mi è piaciuto il vitto” o “ho aspettato troppo”, fino a quelle più importanti. Una segnalazione seria come quella raccontata dal consigliere Casali non ci disturba affatto, anzi ci è utile, perché l'URP esiste proprio per questo: non soltanto per raccogliere proteste, ma per permettere ai cittadini, attraverso le loro segnalazioni, di aiutarci a crescere e a migliorare il servizio. Vengo infine alla senologia e alla mammografia. Prima di venire a San Marino ho lavorato per ventun anni come oncologo medico, sono stato Direttore del Dipartimento di Oncologia della mia azienda e Coordinatore della Breast Unit. Credo quindi di avere una conoscenza abbastanza solida dell'argomento oncologico. L'oncologia, ma in realtà tutta la medicina, vive e si sviluppa sulla base delle linee guida e delle evidenze scientifiche, non delle impressioni personali. Le linee guida internazionali ci indicano anche quale deve essere la periodicità appropriata della mammografia. Quando, nel giugno dello scorso anno, ho scoperto che qui veniva effettuato un numero di mammografie superiore rispetto a quanto previsto dalle linee guida, la prima domanda che ho fatto è stata: avete prodotto una pubblicazione scientifica che dimostri la bontà di questa scelta? Perché la medicina funziona così. Io posso avere un'idea, ma devo metterla alla prova. Scrivo uno studio, lo sottopongo al Comitato Etico, lo realizzo e, se alla fine lo studio dimostra che la mia idea è corretta, allora posso contribuire a far avanzare la conoscenza scientifica. Questo studio qui non è mai stato fatto. Si era consolidata una sorta di comfort zone radiologica nella quale si riteneva opportuno effettuare un numero maggiore di mammografie, ma questa pratica era al di fuori delle linee guida internazionali. L'Istituto Superiore di Sanità nel 2022 ha pubblicato un documento di consenso sulla gestione dello screening mammografico in Italia che sostanzialmente ricalca quello che avviene in Europa e nel mondo occidentale. Io, da tecnico, ho semplicemente segnalato che noi eravamo al di fuori di quelle indicazioni. Se decidiamo di effettuare una mammografia al di fuori delle linee guida, secondo me la donna dovrebbe almeno essere pienamente informata del fatto che si sta sottoponendo a un percorso che non corrisponde allo standard indicato internazionalmente. Perché pongo questa questione? Perché sappiamo che esistono diverse cause di tumore. Una parte è legata ai virus. Ne abbiamo già parlato con il dottor Vagnini: facciamo prevenzione dell'epatite C, abbiamo la vaccinazione per l'epatite B e sappiamo che intervenendo correttamente sulle epatiti virali possiamo ridurre anche una parte dei tumori del fegato. Esistono poi i tumori della cervice uterina e del cavo orale correlati all'HPV e, se vacciniamo correttamente i nostri ragazzi e le nostre ragazze, possiamo ridurre drasticamente il rischio che



sviluppano queste patologie nel corso della loro vita. Quindi, quando la scienza ci dimostra che alcuni tumori sono correlati a infezioni virali, dobbiamo mettere in campo tutti gli strumenti preventivi che abbiamo. Poi abbiamo i tumori correlati a sostanze chimiche. L'esempio più evidente sono le sigarette. Una sigaretta contiene centinaia di sostanze chimiche diverse. Fumare una sigaretta occasionalmente probabilmente non produce lo stesso rischio di fumare venti sigarette al giorno per vent'anni. Ed è proprio per questo che, nello screening del tumore del polmone, individueremo precise categorie di rischio. Chi entrerà nel programma verrà anche indirizzato verso percorsi per smettere di fumare, eventualmente con il supporto farmacologico, e potrà essere sottoposto a TAC a basso dosaggio quando indicato. I criteri non li inventiamo noi: derivano dalla letteratura scientifica internazionale, che rappresenta il riferimento comportamentale per tutti i medici. In Italia, per esempio, la Legge Gelli ha rafforzato ulteriormente il principio secondo cui l'atto medico deve essere motivato e supportato dalle linee guida riconosciute. Il punto quindi non è che le linee guida siano "di San Marino" o "non di San Marino". Il punto è che, se San Marino vuole adottare un modello diverso, deve dimostrare scientificamente che quel modello produce un beneficio. Qui non è stato realizzato uno studio clinico che dimostri che effettuare una mammografia annuale per decenni sia meglio rispetto allo standard internazionale. Le donne non partecipavano a uno studio sperimentale consapevole: semplicemente venivano sottoposte a un numero maggiore di mammografie. E qui entra in gioco anche il tema delle radiazioni ionizzanti. Fra i fattori che possono contribuire allo sviluppo di tumori ci sono infatti anche le radiazioni ionizzanti. Naturalmente non voglio banalizzare e neppure creare allarmismi. La mammografia utilizza dosi basse e la singola prestazione ha un rischio molto contenuto. Ma la medicina deve sempre ragionare sul rapporto fra beneficio e rischio e quindi anche l'esposizione radiologica deve essere giustificata da un beneficio dimostrato. Vale lo stesso principio che applichiamo alla chimica. La chimica non è soltanto il fumo di sigaretta. Pensiamo anche, per esempio, a un consumo eccessivo e continuo di alimenti cotti alla brace, con la produzione di sostanze potenzialmente nocive. Il problema non è l'episodio occasionale, ma l'esposizione ripetuta. Allo stesso modo le radiazioni ionizzanti sono utilizzate in radioterapia e nella diagnostica radiologica e sappiamo che l'esposizione alle radiazioni rappresenta un fattore da utilizzare con appropriatezza. Qualcuno dice, per rendere l'idea, che una mammografia equivalga all'esposizione che si riceve durante un lungo viaggio in aereo. Io non voglio entrare in paragoni di questo tipo, ma il principio è semplice: se dobbiamo sottoporre ripetutamente una persona a radiazioni ionizzanti dobbiamo poter dimostrare che esiste un beneficio. Se abbiamo dimostrato scientificamente la bontà di una strategia e abbiamo dimostrato anche che il beneficio supera il rischio, allora quella strategia ha senso. Ma la dimostrazione deve essere scientifica. La scienza non può basarsi sulla semplice impressione. Se io ho un'intuizione e faccio ricerca clinica dimostrando che la mia idea è corretta, tanto di cappello. Ma finché quella dimostrazione non c'è, da tecnico devo affidarmi alle evidenze disponibili. Ed è per questo che dico che sottoporre una donna, dai quarant'anni fino ai settantacinque, a decine e decine di mammografie in più rispetto a quelle indicate dalle linee guida è qualcosa sul quale dobbiamo interrogarci seriamente. Ho fatto anche una valutazione esplorativa sul tumore della tiroide. La tiroide è un organo particolarmente sensibile alle radiazioni. È per questo che, in caso di un incidente nucleare con dispersione di materiale radioattivo, uno degli strumenti di protezione è lo ioduro di potassio, proprio per saturare la tiroide e ridurre l'assorbimento dello iodio radioattivo. Il nostro farmacista si è già attrezzato anche per poter produrre queste compresse in caso di necessità. Partendo da questa considerazione, ho chiesto alle colleghe dell'endocrinologia quanti tumori della tiroide fossero stati diagnosticati nel 2024, nel 2025 e in una parte del 2026. Mi è stato indicato un numero di dodici casi. Ho poi chiesto al Controllo di Gestione quanti di questi dodici pazienti avessero effettuato mammografie e la risposta è stata undici. Questo dimostra qualcosa? No. Potrebbe essere semplicemente un caso. E proprio perché potrebbe essere un caso non intendo trarne una conclusione. Quello che farò sarà eventualmente uno studio epidemiologico per verificare se esista realmente una sovrastima o un'associazione oppure se l'impressione iniziale sia completamente infondata. Esiste anche un articolo internazionale del 2012 che si poneva il problema dell'eventuale necessità di proteggere la tiroide durante la mammografia e che, sulla base dei dati analizzati, non aveva individuato una differenza statisticamente significativa tale da giustificare quella misura. Quindi, allo



stato attuale, non sto dicendo che la mammografia provochi il tumore della tiroide. Sto dicendo l'esatto contrario: la scienza richiede di formulare una domanda, raccogliere dati e verificare se l'ipotesi sia vera oppure falsa. Ma proprio per questo, quando si decide di aumentare in maniera significativa il numero delle esposizioni rispetto alle linee guida, bisogna poter dimostrare che esista un beneficio reale che giustifichi quella scelta.

Dr. Claudio Vagnini, Direttore generale ISS: Vorrei chiarire soltanto alcuni aspetti e rispondere anche ad alcune domande che sono state poste, comprese quelle della dottoressa Farinelli. Innanzitutto siamo intenzionati ad avviare, e in realtà abbiamo già concretamente avviato, una procedura per ricostruire il sito aziendale e rifarlo praticamente da zero, in modo che l'Istituto possa finalmente essere rappresentato in maniera più adeguata rispetto a quanto è avvenuto fino a oggi. La relazione che ho illustrato, inoltre, è stata messa a disposizione e quindi potrà essere consultata da chiunque ne abbia interesse. Voglio però chiarire un altro aspetto, perché mi è dispiaciuto sentire confondere ciò che è già stato realizzato o che è in fase concreta di realizzazione con una semplice lista di desideri. Non è così. Quello che ho inserito nella relazione riguarda cose che stiamo facendo o che abbiamo già fatto. Non è un libro dei sogni. È una relazione che descrive l'andamento operativo di questo Comitato Esecutivo negli ultimi quindici mesi. C'è poi un tema importante che finora non era emerso in maniera sufficientemente chiara ed è quello dei numeri delle prestazioni che vengono erogate a San Marino. Sono numeri enormi e proprio per questo dobbiamo parlare non soltanto di appropriatezza prescrittiva, ma anche di appropriatezza nell'utilizzo dei servizi e di consapevolezza da parte dei nostri cittadini rispetto a quello che significa utilizzare correttamente un sistema sanitario pubblico. Noi parliamo di una popolazione di circa 35.000 persone e nel 2025 abbiamo avuto circa 450.000 visite specialistiche. È un numero impressionante. Abbiamo avuto circa 1.200.000 esami di laboratorio e circa 90.000 esami radiologici. È evidente che all'interno di quei 90.000 esami radiologici e di quelle 450.000 visite ci sono cittadini che nell'intero anno non hanno effettuato nemmeno una visita e nemmeno un esame radiologico. Questo significa inevitabilmente che esiste anche una parte della popolazione che utilizza in maniera estremamente intensa le prestazioni specialistiche e gli esami strumentali. E questo, oltre a incidere sulle liste d'attesa, pone anche un problema di appropriatezza e di rischio. Quello che diceva il Direttore delle Attività Sanitarie è un tema del quale probabilmente non abbiamo parlato abbastanza. Una TAC, per fare un esempio, comporta un'esposizione radiologica significativa. Il fatto che nella percezione comune si possa arrivare a considerare una TAC come una cosa qualsiasi rappresenta un problema. Naturalmente chi ha bisogno di una TAC deve farla e io stesso, per problemi di salute importanti, ho dovuto sottopormi a esami di questo tipo perché non avevo alternative. Ma se una persona sviluppa l'idea di dover effettuare continuamente esami strumentali impegnativi senza un'indicazione clinica realmente appropriata, allora abbiamo bisogno anche di fare educazione alla salute. Un'altra questione importante riguarda il finanziamento. Il Direttore Amministrativo lo ha spiegato molto bene: quotidianamente, o comunque con grandissima frequenza, ci viene chiesto di aumentare le prestazioni, introdurre nuove attività e creare nuovi servizi. Tutto questo, però, costa. Sembra quasi che basti decidere di mettere in campo un'attività perché questa compaia automaticamente, senza risorse. Non è così. Servono personale, strutture e investimenti. Realizzare un hospice costa. Sistemare la sala d'attesa del Pronto Soccorso costa. Creare una nuova sala per la gastroenterologia costa. Qualsiasi nuova attività ha un costo. Pensare che a ogni voce che aumenta possa necessariamente corrispondere una voce equivalente che diminuisce è, francamente, pura utopia. E credo che su questo siamo tutti consapevoli della situazione. Più la popolazione invecchia, più aumentano i costi, perché aumentano le necessità di assistenza e aumentano i servizi di cui le persone hanno bisogno. Se diciamo che vogliamo sviluppare la medicina territoriale, allora dobbiamo finanziare la medicina territoriale. Non nasce da sola. Se vogliamo finanziare nuovi servizi dobbiamo prevedere nel bilancio risorse coerenti con quelle attività e con quel livello di impegno economico. Altrimenti rischiamo di raccontarci una cosa impossibile: diciamo contemporaneamente che dobbiamo contenere i costi e che dobbiamo creare nuovi servizi, realizzare l'hospice, migliorare il Pronto Soccorso, ampliare l'assistenza sul territorio e fare tutto il resto. Dobbiamo quindi costruire un ragionamento che sia compatibile con la realtà. E voglio anche



evitare che si crei una lettura sbagliata della questione mammografica. Il dottor Bertolini non sta dicendo che dobbiamo ridurre il numero delle mammografie perché vogliamo risparmiare. Non è questo il tema. Francamente vorrei evitare questo tipo di derive interpretative, che ho letto anche sui giornali e che trovo davvero spiacevoli. Il punto è che questo sistema deve essere governato. Governare significa mantenerlo in equilibrio e fare in modo che continui a funzionare. Se non riusciamo a governarlo e a tenerlo in asse, il sistema prima o poi implode, come è naturale che accada a qualsiasi sistema nel quale la domanda cresce indefinitamente senza alcun governo delle risorse. Quindi dobbiamo lavorare a trecentosessanta gradi, ma dobbiamo lavorare anche sull'educazione dei cittadini. Non possiamo limitarci a dire che il sistema pubblico deve garantire tutto immediatamente e senza alcun limite. Abbiamo un sistema che ha dato e continua a dare una quantità di prestazioni enorme. Proprio per questo dobbiamo ragionare sui tempi, sull'appropriatezza e sulla responsabilità nell'utilizzo dei servizi. Dobbiamo lavorare con chi prescrive, dobbiamo lavorare con le persone, dobbiamo parlare con i cittadini. Stavamo ragionando anche con il Segretario sulla possibilità di tornare nei Castelli e parlare direttamente di sanità, di servizi, di come funziona il sistema, di quello che è disponibile e anche delle responsabilità che tutti abbiamo nel preservarlo. È vero che questo significa esporsi direttamente al confronto, ma secondo me può essere molto utile anche per far comprendere meglio quali siano le esigenze che questo Comitato Esecutivo affronta ogni giorno. Noi lavoriamo quotidianamente per cercare di fare in modo che il sistema funzioni nel modo migliore possibile. Naturalmente qualcosa andrà bene e qualcosa potrà andare meno bene, ma ce la stiamo mettendo tutta. E, francamente, se leggete con attenzione la relazione, credo che emerga chiaramente che non siamo fermi e non ci stiamo limitando a raccontare quello che vorremmo fare. Stiamo svolgendo un lavoro importante e lo stiamo facendo insieme ai nostri collaboratori, a quelli più vicini e anche a quelli che operano nelle diverse articolazioni dell'Istituto.

Luca Lazzari (Psd): Rispetto all'audizione dello scorso febbraio credo sia giusto partire dal riconoscere che, in questi mesi, il lavoro portato avanti dal Comitato Esecutivo ha tenuto conto dei punti contenuti nell'ordine del giorno che avevamo approvato e che sono state date diverse risposte concrete. Diverse questioni che allora rappresentavano degli obiettivi oggi sono partite e altre stanno già producendo risultati. Penso alla medicina territoriale, all'aumento delle visite domiciliari, alla pediatria domiciliare che, come è stato detto, partirà dal 1° ottobre, al lavoro sull'appropriatezza, alle liste d'attesa, dove sicuramente rimangono ancora dei problemi ma abbiamo anche alcuni dati molto positivi, e penso al lavoro fatto sul personale, sulle procedure di reclutamento, sugli specializzandi e anche ad alcuni interventi di razionalizzazione della spesa, come quello sul trasporto protetto. Credo quindi che vada riconosciuto che fra gli indirizzi che questa Commissione aveva dato a febbraio e il lavoro che ci avete presentato oggi c'è una continuità e una coerenza importanti. Naturalmente rimangono ancora delle cose da fare e degli interrogativi aperti ed è proprio su questi che vorrei porre alcune domande. Parto dal Direttore Generale Vagnini e dal nuovo ospedale, che è forse il tema più politico. Su questo si è insistito molto sulla necessità di definire il modello di sanità che vogliamo costruire in rapporto proprio al nuovo ospedale e anche il mio partito ha assunto una posizione alcune settimane fa. Credo però che dobbiamo essere anche pragmatici e provo quindi a fare alcune considerazioni, poi correggetemi se dovessero essere sbagliate. La sanità cambia a una velocità talmente elevata che pensare oggi di poter disegnare esattamente l'ISS dei prossimi venti o trent'anni forse non è realistico, forse non lo è neppure immaginare esattamente quello dei prossimi dieci anni. Quello che sappiamo è che andiamo verso una medicina sempre più specializzata e sempre più tecnologica. Sappiamo anche che San Marino, per le sue dimensioni, dovrà continuare a scegliere quali prestazioni garantire direttamente e, rispetto ad alcune di queste, esiste anche un tema che non è soltanto economico o sanitario ma anche politico, di autonomia e di sovranità. Penso, per esempio, all'ostetricia, al fatto di poter continuare a nascere come sammarinesi sul territorio sammarinese e non dover necessariamente nascere in territorio italiano. Però sappiamo anche un'altra cosa: la struttura ospedaliera attuale ha dei limiti strutturali e continuiamo a spendere molto per mantenerla e adattarla. Benissimo gli interventi che ci avete anticipato, l'hospice, il Pronto Soccorso, la camera mortuaria e tutto il resto, però se sappiamo che la



struttura non presenta più determinate caratteristiche di base rischiamo di continuare a investire ulteriori risorse su un edificio destinato comunque a essere superato. Quindi la prima domanda è molto semplice: nuovo ospedale sì o nuovo ospedale no? E, nel caso in cui la risposta sia sì, come se lo immagina questo nuovo ospedale, quali sarebbero secondo lei i passaggi da compiere e quali potrebbero essere realisticamente i tempi? Dopodiché c'è la questione del finanziamento. Questa probabilmente è una domanda più politica e forse andrebbe rivolta soprattutto al Segretario di Stato alla Sanità. Si è parlato di finanza di progetto. Quello che vorrei capire è se la finanza di progetto rimanga lo strumento più adatto, quali vantaggi concreti potrebbe avere, quali criticità presenta e soprattutto se possiamo valutare anche modalità alternative di finanziamento. Al Direttore Sanitario Bertolini vorrei invece tornare a chiedere delle liste d'attesa. Adesso ci ha dato una risposta molto articolata e intanto voglio dire che ho apprezzato molto il fatto che oggi siano stati forniti dei numeri: si è parlato di 47 tipologie di prestazioni monitorate, 30 all'interno degli standard e 17 fuori, spiegando anche che dietro queste situazioni ci sono dinamiche molto diverse. Le chiedo quindi quali siano oggi le situazioni peggiori, anche se in parte ha già risposto, quali siano i tempi di attesa e soprattutto se pensiamo realisticamente di poter arrivare, non necessariamente fra sei mesi ma magari entro un anno, a una soluzione anche per le situazioni più critiche. Sulle prestazioni aggiuntive vorrei sapere quali risultati stanno dando, quante prestazioni in più stiamo riuscendo a fare e quanto ci stanno costando. Vorrei poi fare una domanda sull'appropriatezza. Ci ha detto che gli esami di laboratorio si sono sostanzialmente stabilizzati e che in radiologia le richieste sono diminuite. Vorrei quindi sapere di quanto sono diminuite. Sulla medicina territoriale avete dato un dato molto significativo, quello dell'aumento del 53% delle visite domiciliari. La domanda è se cominciamo già a vedere qualche effetto di questa maggiore attività territoriale sugli accessi al Pronto Soccorso, sui ricoveri o sulle riospedalizzazioni dei pazienti fragili. Poi vorrei affrontare un altro tema sul quale credo che dobbiamo iniziare a ragionare con concretezza, cioè quello dell'attività a pagamento all'interno dell'ISS. Vorrei fare una distinzione fra la libera professione vera e propria e la possibilità di utilizzare maggiormente alcune capacità diagnostiche dell'Istituto. Può succedere, per esempio, che un nostro assistito voglia fare un esame diagnostico in più, oppure voglia farlo in tempi diversi rispetto a quelli garantiti dal servizio pubblico, e che per questo vada semplicemente in una struttura privata fuori territorio. Sappiamo che questo succede abbastanza spesso e, in quel caso, l'assistito paga comunque di tasca propria. La domanda che pongo quindi al Direttore Bertolini, ma anche al Direttore Amministrativo, è questa: dal punto di vista sanitario, organizzativo e normativo, che cosa impedisce oggi all'ISS di offrire direttamente alcune prestazioni diagnostiche aggiuntive a pagamento ai propri assistiti, naturalmente senza togliere spazio e tempo all'attività istituzionale? Vorrei capire se sia possibile già oggi e, nel caso non lo sia, che cosa bisognerebbe cambiare. Al Direttore Amministrativo vorrei poi chiedere della libera professione rivolta ai non assistiti. Qui il tema mi sembra ancora più semplice: se abbiamo professionisti, tecnologie e strutture che in determinati momenti possono produrre attività aggiuntiva, credo sia ragionevole capire se possiamo portare dentro San Marino pazienti che oggi non entrano nel nostro sistema. Non soltanto per produrre nuove entrate, ma anche perché una maggiore attività può rendere alcune specialità professionalmente più interessanti e contribuire a trattenere o attrarre medici. Quindi le chiedo a che punto siamo, quanto possiamo già fare sulla base della normativa attuale senza ulteriori interventi legislativi, quali siano eventualmente gli ostacoli e soprattutto quali specialità abbiano già oggi la capacità di aumentare l'attività verso i non assistiti ISS. Sempre al Direttore Amministrativo una domanda sul personale. Abbiamo apprezzato il lavoro fatto sulla semplificazione dei concorsi e sugli specializzandi, perché risponde a un problema molto concreto: se per assumere un medico servono quattro o cinque mesi, spesso quando arriviamo alla fine della procedura quel medico ha già trovato un altro posto. Con le nuove procedure, quanto pensate di riuscire a ridurre i tempi di reclutamento e quali sono oggi le professionalità sulle quali incontriamo le maggiori difficoltà? Chiudo con una considerazione. A febbraio avevamo dato al Comitato Esecutivo parecchi compiti e credo sia giusto riconoscere che il lavoro fatto in questi mesi è tanto e si vede. Abbiamo ascoltato tre relazioni molto concrete, con progetti che sono partiti, risultati che cominciano ad arrivare e anche una capacità di intervenire su problemi che l'ISS si porta dietro da parecchio tempo. Credo vada riconosciuto anche il lavoro di squadra dei tre Direttori, perché da quello che ci avete raccontato emerge



una direzione abbastanza comune e soprattutto la volontà di far muovere una struttura che sappiamo essere estremamente complessa. Naturalmente rimangono problemi e questioni sulle quali continueremo a chiedere risposte, ma il giudizio sul lavoro che ci avete presentato oggi è certamente di apprezzamento. Il lavoro fatto fin qui va riconosciuto e adesso bisogna continuare, cercando, dove è possibile, di fare ancora di più.

Dr. Claudio Vagnini, Direttore Generale ISS: Per quanto riguarda il nuovo ospedale, credo che tutti noi vogliamo una nuova struttura ospedaliera. Sarebbe abbastanza difficile pensare che un edificio che ha più di cinquant'anni possa continuare a essere considerato pienamente adeguato alle esigenze della sanità moderna. Detto questo, all'interno della struttura attuale abbiamo una quantità enorme di attività e dobbiamo ricordare che questo non è un ospedale di zona italiano, è l'Ospedale di Stato della Repubblica di San Marino e quindi, di fatto, deve contenere quasi tutto. Per questo motivo dobbiamo mantenere la struttura attuale funzionante nel miglior modo possibile fino all'ultimo giorno nel quale sarà necessario utilizzarla. Pensare di interrompere determinati interventi oppure di lasciare degradare l'edificio con il ragionamento che quei soldi un giorno verranno utilizzati per il nuovo ospedale non avrebbe alcun senso. La struttura attuale deve essere mantenuta bene e deve continuare a funzionare più che bene. Se vediamo che ci sono parti dell'ospedale che stanno cadendo a pezzi, è evidente che dobbiamo intervenire. Se vediamo una camera mortuaria che è in condizioni non più accettabili, dobbiamo metterci mano. Noi gli interventi li stiamo facendo con i tempi che sono materialmente possibili e soprattutto con i finanziamenti che abbiamo a disposizione, perché ritorniamo sempre al problema di prima: non possiamo fare tutto contemporaneamente e senza risorse. Se decidiamo, per esempio, di trasformare alcuni locali al piano terra nel nuovo centro prelievi, c'è una ragione. Il centro prelievi attuale non è più adeguato. È uno spazio nel quale, nei momenti di maggiore afflusso, le persone si trovano ammassate e l'ambiente non è all'altezza del servizio che vogliamo offrire. Quindi vogliamo creare un centro prelievi in una zona più ampia e più funzionale. Nella stessa area vogliamo anche organizzare in maniera adeguata il Servizio Trasfusionale, realizzando un centro che ci permetta di lavorare meglio anche sulla raccolta del sangue e di rispondere in maniera più appropriata ai tanti donatori che oggi, purtroppo, qualche volta rimangono frustrati dal fatto di non essere neppure chiamati con la frequenza che sarebbe compatibile con la loro disponibilità e con le loro condizioni di salute. Abbiamo persone che potrebbero fare fino a tre donazioni all'anno e che magari vengono chiamate una sola volta. Quindi vogliamo fare un nuovo centro prelievi e, accanto, un Servizio Trasfusionale organizzato come si deve. Anche questo significa intervenire sull'edificio esistente e spendere delle risorse. Abbiamo ragionato anche sulla realizzazione di nuovi spazi per l'hospice e abbiamo dovuto rivedere alcune soluzioni perché, ogni volta che si mette mano a una struttura vecchia, emergono complessità e costi molto elevati. Chiunque abbia ristrutturato una casa sa perfettamente che cosa significa intervenire su qualcosa che esiste già invece che costruire da zero. Quindi non c'è nessun desiderio di buttare via soldi. Al contrario, l'idea è quella di continuare a garantire il funzionamento della struttura esistente mentre contemporaneamente pensiamo all'ospedale del futuro, che deve avere caratteristiche completamente diverse. Io immagino un ospedale organizzato secondo l'intensità di cura, progettato attorno a percorsi assistenziali più moderni, che non abbia una terapia intensiva collocata in una parte dell'edificio e il Pronto Soccorso da tutt'altra parte senza una logica funzionale. Bisogna mettere insieme i pezzi in maniera tale che i percorsi interni siano, passatemi il paragone, delle autostrade e non delle stradine nelle quali il paziente e il personale devono continuamente cambiare direzione. Questo per me significa costruire un nuovo ospedale: una struttura che risponda ai bisogni della popolazione dei prossimi anni e a un modello sanitario diverso. I tempi per realizzare una struttura di questo genere sono però difficili da immaginare con precisione. Possiamo ragionare sul finanziamento, su un possibile intervento del privato, su formule miste pubblico-private e su diversi strumenti, ma tutto questo richiede mesi e anni di lavoro. È quindi evidente che il nostro orientamento sia quello di arrivare a una nuova struttura. Esiste anche un'area sulla quale si può ragionare e abbiamo già un'idea secondo la quale una parte dell'attuale complesso dovrebbe essere abbattuta mentre la parte più recente potrebbe essere mantenuta e integrata in un nuovo assetto. Però serve qualcuno che prenda



concretamente in carico questa operazione, servono le risorse finanziarie e servono soprattutto competenze specifiche, perché non possiamo pensare di affidare la costruzione dell'Ospedale di Stato a una normale impresa priva di esperienza in strutture sanitarie complesse. Per fare un ospedale servono professionalità specifiche anche dal punto di vista progettuale e costruttivo. È quindi un progetto molto impegnativo, sul quale stiamo già lavorando e continueremo a lavorare per dargli un futuro concreto. In questo momento, però, non sono in grado di indicarvi una tempistica precisa.

Avv. Manuel Canti - Direttore amministrativo ISS: Sulla nuova struttura ospedaliera aggiungerei qualche elemento più tecnico. Il fatto che occorra una nuova struttura, come diceva il Direttore Vagnini, secondo me non è più realmente in discussione. Il problema vero è che, più passa il tempo, più diventa importante anche per noi che siamo chiamati a gestire l'attuale struttura avere una tempistica ragionevole e arrivare a individuare un soggetto al quale affidare concretamente la realizzazione dell'opera. Questo è fondamentale perché rappresenta anche un elemento di programmazione per gli interventi che dobbiamo effettuare nel frattempo sull'ospedale esistente. Giustamente il Direttore Generale diceva che non è che un giorno si spegne il vecchio ospedale e il giorno successivo si accende quello nuovo. Dobbiamo traghettare l'attuale struttura verso la nuova e questo passaggio potrebbe richiedere quattro, cinque o anche sei anni. Però una cosa è effettuare interventi transitori sapendo con chiarezza qual è l'orizzonte temporale, quindi sapendo, per esempio, che dobbiamo mantenere quella struttura efficiente per altri cinque anni. In quel caso possiamo calibrare gli investimenti di conseguenza. Un'altra cosa è continuare in una situazione di totale indeterminatezza, perché a quel punto diventa molto difficile programmare gli interventi. Anche una stessa esigenza può essere affrontata con livelli di spesa estremamente diversi. Possiamo fare un intervento più profondo e risolutivo oppure possiamo fare un intervento tampone che garantisca comunque gli standard necessari per l'autorizzazione e il funzionamento. Le finiture possono essere diverse, le caratteristiche dell'intervento possono cambiare e così i costi. Più rimaniamo nell'indeterminatezza rispetto alla nuova struttura, più diventa difficile decidere razionalmente quanto e come investire sulla vecchia. È un problema che dobbiamo affrontare perché continuamente i nostri servizi evidenziano necessità di intervento e noi ci troviamo a dover decidere se fare un'opera invasiva e definitiva oppure una soluzione temporanea. Più tempo passa, più questo ragionamento diventa difficile, anche perché non parliamo soltanto della logistica o degli spazi: cominciano a emergere problemi anche sull'impiantistica. Gli interventi che stiamo facendo oggi sono prevalentemente interventi transitori finalizzati a migliorare l'offerta dei servizi e nascono da esigenze sanitarie concrete. Però il tema della nuova struttura deve essere affrontato a livello di pianificazione generale. Per quanto riguarda la finanza di progetto, se guardiamo i documenti e le delibere degli ultimi anni vediamo che viene richiamata più volte come possibile strumento per realizzare il nuovo ospedale. Ma "finanza di progetto" non significa una sola cosa. È uno strumento che può essere calibrato in modi molto diversi nella concreta attuazione. Possiamo avere, per esempio, una finanza di progetto molto leggera nella quale il soggetto realizza la struttura e viene remunerato essenzialmente attraverso la manutenzione della stessa per dieci o vent'anni, senza intervenire direttamente sui servizi sanitari. Anzi, i modelli più recenti tendono proprio verso questo tipo di impostazione: io realizzo la struttura, mi viene affidata per un determinato periodo la manutenzione e vengo remunerato attraverso quella gestione, senza toccare l'erogazione dei servizi sanitari. Oppure può esserci un modello di finanza di progetto nel quale il proponente viene remunerato in parte attraverso la gestione della struttura e in parte attraverso la concessione di determinati servizi accessori. Sono scelte che possono essere fatte successivamente. Non è lo strumento in sé a definire automaticamente il contenuto del rapporto con il promotore o con il soggetto realizzatore. Per questo, secondo me, ragionare in astratto sulla finanza di progetto rischia di farci perdere di vista la questione più importante, cioè capire quale sia la soluzione concretamente funzionale alla realizzazione dell'intervento. Come strumento, la finanza di progetto è stata indicata ormai da diversi Comitati Esecutivi e in documenti prodotti anche da maggioranze politiche differenti. Quindi esiste una certa continuità nell'individuazione di questa strada. Sarà però il singolo bando a dover declinare concretamente il modello. Aggiungo un altro elemento tecnico. Lo strumento normativo sammarinese attuale sulla finanza di progetto risale al 2011 e, come avevamo già ricordato credo anche



nella precedente audizione, fu costruito sostanzialmente sulla base delle regole italiane di allora. È uno strumento piuttosto rigido nella definizione delle procedure. In Italia oggi non si opera più esattamente in quel modo e c'è una maggiore libertà nell'individuazione del proponente prima di arrivare alla successiva fase di gara. Questi modelli più flessibili sono già oggetto di riflessione anche da parte nostra. Vengo poi alla libera professione e alla domanda sui limiti attualmente esistenti. La normativa vigente, in particolare quella sulla dirigenza medica, stabilisce che le prestazioni libero-professionali non possano essere erogate nei confronti degli assistiti ISS, salvo naturalmente quelle prestazioni che non rientrano fra quelle garantite dal sistema sanitario. Quindi esiste oggi un preciso limite normativo: i nostri medici dipendenti non possono erogare in libera professione la stessa prestazione istituzionale a un assistito ISS. Il margine operativo che abbiamo nell'ambito dell'attuale normativa è quello che richiama prima e che ha sottolineato anche il commissario Farinelli: migliorare la competitività della nostra offerta nei confronti dei non assistiti. Se proponiamo una prestazione libero-professionale che costa mille o duemila euro in più, oppure il 25-30% in più rispetto alla stessa prestazione offerta nelle strutture che si trovano a trenta chilometri da San Marino, siamo inevitabilmente fuori mercato. Il primo intervento che possiamo fare senza modificare la normativa è quindi ripensare le tariffe applicate ai non assistiti e renderle competitive. Diventa poi fondamentale anche la promozione di queste attività. Nel nuovo sito dovremo prevedere uno spazio specifico e, nel frattempo, possiamo intervenire anche sul sito esistente con una pagina dedicata. Dobbiamo presentare chiaramente quali prestazioni offriamo in libera professione, quali sono i nostri professionisti e quali sono le modalità di accesso. Possiamo prevedere anche strumenti più interattivi per richiedere un preventivo. Deve diventare quasi uno sportello dedicato. Non è tecnicamente complicato, ma va fatto. Prima, però, dobbiamo definire tariffe sostenibili e competitive. E per avere tariffe competitive dobbiamo anche riorganizzare il modo in cui erogiamo la libera professione. Se riusciamo, per esempio, a concentrare le prestazioni in un determinato pomeriggio, possiamo utilizzare in maniera più razionale anestesisti, infermieri e personale di supporto. Il settore sul quale siamo più avanti in questo ragionamento è l'oculistica. Stiamo valutando, per esempio, di concentrare le prestazioni libero-professionali in un unico pomeriggio, forse il giovedì, così da organizzare anestesisti, infermieri e tutta l'équipe per un blocco definito di attività. Già questo è un intervento organizzativo che può ridurre i costi. Per quanto riguarda invece le nuove fonti di entrata, la libera professione nei confronti dei non assistiti è una strada, ma ce n'è anche un'altra molto importante: lo scambio di pazienti con i sistemi sanitari delle regioni italiane. Abbiamo già accordi quadro, in particolare con la Regione Emilia-Romagna, nei quali questa possibilità è contemplata. Abbiamo avuto anche un primo contatto con i referenti tecnici dell'Emilia-Romagna e abbiamo presentato alcune prestazioni che potremmo essere in grado di erogare a pazienti del Servizio Sanitario Nazionale italiano. Dobbiamo perfezionare il documento congiunto, ma l'interlocuzione è già iniziata. Se riusciamo ad attrarre assistiti del Servizio Sanitario Nazionale italiano, naturalmente il cittadino non ci pagherà direttamente. Le prestazioni entreranno nel sistema di compensazione esistente fra i due sistemi: noi dobbiamo remunerare l'Emilia-Romagna per le prestazioni che eroga ai nostri assistiti e loro dovranno remunerare noi per le prestazioni che erogiamo ai loro. In pratica queste attività potrebbero tradursi in minori uscite nell'ambito della compensazione complessiva. Quindi abbiamo almeno due potenziali fonti di entrata: la libera professione rivolta ai non assistiti e le prestazioni istituzionali erogate a favore di assistiti del Servizio Sanitario Nazionale italiano. Vengo infine alle procedure di reclutamento. Stiamo cercando di velocizzare al massimo i tempi anche nella parte applicativa, quindi nel modo in cui vengono organizzate le prove concorsuali. Cerchiamo di rendere il percorso più snello, privilegiando, quando possibile, una maggiore componente orale rispetto a prove scritte particolarmente lunghe, proprio per ridurre i tempi. Un'altra semplificazione, che dovrebbe essere stata approvata oggi in Congresso di Stato, riguarda il piano annuale dei reclutamenti. L'idea è sottoporre al Congresso di Stato, all'inizio dell'anno, il piano complessivo dei reclutamenti, sia per i PDR dei dirigenti medici sia per i PDR sanitari sia per il personale amministrativo. Una volta che il Congresso approva il piano e quindi autorizza la programmazione generale delle assunzioni, tutti i successivi atti del procedimento non dovrebbero più tornare ogni volta in Congresso di Stato. Questo ci permetterebbe di risparmiare molto tempo. Oggi, infatti, anche la nomina della commissione e



l'adozione della graduatoria richiedono passaggi in Congresso, con inevitabili tempi amministrativi. Il modello nuovo dovrebbe superare anche alcuni controlli preventivi che rallentano la procedura. Stiamo quindi cercando davvero di comprimere i tempi al massimo. E, secondo me, un modello di questo tipo aumenta anche l'autonomia gestionale della struttura. Una cosa è dover passare in Congresso di Stato per ogni singola fase del concorso, compresa la nomina della commissione o l'adozione della graduatoria, quindi con il passaggio ripetuto davanti a un organo politico. Un'altra cosa è che il Congresso approvi i documenti generali di programmazione e decida, sulla base delle risorse stanziare, quali PDR possono essere coperti nel corso dell'anno, lasciando poi tutta la gestione della singola procedura al livello amministrativo. Questo significa contemporaneamente tempi più brevi e maggiore autonomia gestionale, nel rispetto naturalmente dell'indirizzo politico generale.

Dr. Alessandro Bertolini – Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie ISS: Sulle prestazioni aggiuntive, alla domanda su quali risultati stiano già producendo, la risposta per il momento è: nessun risultato misurabile, semplicemente perché siamo partiti la settimana scorsa. Noi abbiamo preso servizio nel giugno dello scorso anno e veniamo da esperienze nelle quali, in Italia, le prestazioni aggiuntive sono ormai uno strumento abbastanza ordinario. Ci siamo chiesti subito se fosse possibile utilizzarle anche qui, ma per introdurre un meccanismo di questo tipo bisogna rispettare la normativa, costruire un regolamento e definire tutta la cornice necessaria. Ci è voluto del tempo, ma adesso lo strumento è operativo. Alla prossima convocazione del Comitato Esecutivo in Commissione Quarta saremo quindi sicuramente in grado di darvi dei risultati. Probabilmente potrò già darvi qualche dato alla fine di novembre, quando avremo un primo aggiornamento sui tempi d'attesa.

Avv. Manuel Canti - Direttore amministrativo ISS: Aggiungo soltanto un elemento sulle prestazioni aggiuntive. Sostanzialmente diventano una sorta di contratto fra la Direzione e le équipe mediche e sanitarie che si rendono disponibili a svolgerle. Il regolamento individua naturalmente le tariffe e la remunerazione, ma l'elemento innovativo rispetto al classico lavoro straordinario è che nel contratto vengono indicate anche le prestazioni che devono essere effettivamente prodotte. In altre parole, non ti pago semplicemente perché mi rendi disponibile un certo numero di ore, ti pago perché in quelle ore devi garantirmi un determinato numero di prestazioni. Questo è l'elemento qualificante dello strumento. Nel primo contratto che abbiamo predisposto sulla base del regolamento abbiamo inserito anche un'ulteriore previsione: entro un mese dalla stipula dell'accordo sulle prestazioni aggiuntive, i dirigenti delle Unità Operative interessate devono produrre anche un'analisi organizzativa. Noi intanto utilizziamo questo strumento perché abbiamo l'urgenza di abbattere velocemente le liste d'attesa, ma le prestazioni aggiuntive non possono diventare un modo per rinunciare a qualsiasi riflessione sull'organizzazione ordinaria. Questo non esime i Direttori delle Unità Operative dal verificare se esistano margini di riorganizzazione che permettano di aumentare la produttività anche nell'attività istituzionale. Naturalmente ci sono casi nei quali esistono problemi strutturali oggettivi o mancano professionisti con una determinata formazione e lì è evidente che non si può risolvere tutto semplicemente riorganizzando. Ma in altri settori può essere possibile recuperare attività attraverso una diversa organizzazione interna. Quindi il contratto sulle prestazioni aggiuntive contiene due elementi: da una parte la remunerazione per produrre prestazioni ulteriori e abbattere le liste d'attesa, dall'altra l'impegno a verificare se siano possibili anche interventi organizzativi strutturali.

Luca Lazzari (Psd): Rispetto alle 17 prestazioni che oggi risultano fuori standard, quali sono le situazioni più critiche e quando pensiamo realisticamente di riuscire a risolverle?

Dr. Alessandro Bertolini – Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie ISS: Abbiamo sostanzialmente due tipi diversi di liste d'attesa. Ci sono le liste nelle quali possiamo indicare con precisione quanti giorni un utente deve aspettare prima di essere preso in carico e visitato. Poi abbiamo situazioni nelle quali questo tipo di dato non può neppure essere comunicato al paziente, perché il volume delle richieste è così elevato e le agende sono talmente saturate che compare semplicemente la



dicitura “lista d’attesa”. In pratica la persona rimane lì, in attesa che qualcuno le dica quando potrà avere l’appuntamento. Dal punto di vista, diciamo così, anche mediatico, questa è la situazione più delicata. In Italia normalmente non si lascia un contenitore indistinto di persone in attesa di essere collocate in agenda. Si assegna comunque un primo appuntamento, anche se molto lontano nel tempo. Può succedere così che a una persona di novant’anni venga assegnata una visita dermatologica per ottobre 2029 e quella notizia finisca immediatamente sul giornale: “Mi hanno dato a novant’anni un appuntamento fra tre anni”. Però dietro c’è un sistema informatico che evita di perdere il paziente e che dà comunque a tutti una prima collocazione, che poi viene progressivamente anticipata ogni volta che l’organizzazione lo consente. A San Marino non abbiamo ancora esattamente questo modello. È difficile che le agende vengano aperte con due o tre anni di anticipo. Nella migliore delle ipotesi vengono aperte per l’anno in corso e alcuni reparti, proprio a causa di problemi di organico, arrivavano ad aprirle soltanto per tre mesi perché non erano nelle condizioni di garantire una programmazione di lungo periodo. Quindi le situazioni più critiche sono soprattutto quelle nelle quali compare semplicemente la voce “lista d’attesa” e non possiamo ancora dare alla persona una data precisa. Io credo che, attraverso le prestazioni aggiuntive, riusciremo a riportare sotto i trenta giorni diverse delle prestazioni che oggi hanno comunque un tempo definito e che sono, per esempio, a 52, 60, 43 o 53 giorni. Su quelle credo che ce la possiamo fare. Però vi dico anche una cosa: se un giorno arrivassimo ad avere un foglio completamente bianco, senza neppure una lista d’attesa, probabilmente il mese successivo ricomincerebbero a comparire delle criticità. Basta che aumentiamo l’offerta e, molto spesso, arriva immediatamente anche nuova domanda. Per questo dobbiamo lavorare contemporaneamente su due fronti: possiamo governare l’offerta aumentando gli slot di visita e introducendo prestazioni aggiuntive, ma dobbiamo lavorare anche sull’appropriatezza e sull’educazione degli utenti e dei prescrittori, perché la domanda è molto più difficile da governare. Quando dico educare non intendo naturalmente limitare l’accesso alle cure, intendo dare alle persone e ai professionisti gli strumenti per utilizzare il sistema in maniera appropriata. Se non facciamo questo, saremo sempre sul filo del rasoio. Delle 17 prestazioni oggi fuori standard, credo che nell’arco di un mese potremmo arrivare ad averne magari soltanto sette o otto, quindi mi aspetto un miglioramento significativo. Quello che non posso promettere è che arriveremo a una situazione definitivamente perfetta e immutabile, perché in sanità domanda e offerta cambiano continuamente.

Luca Lazzari (Psd): Sull’appropriatezza ci ha detto che gli esami di laboratorio si sono stabilizzati, mentre le prestazioni radiologiche sono diminuite. Mi interessava capire di quanto.

Dr. Alessandro Bertolini – Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie ISS: Il dato attuale è di circa il 3% in meno di prestazioni radiologiche e di un incremento dello 0,6% delle prestazioni di laboratorio. Però quest’ultimo dato va letto nel contesto. Il trend precedente degli esami di laboratorio fra il 2024 e il 2025 era in crescita di circa il 2,5%. Quello 0,6% in più è calcolato dall’inizio dell’anno, mentre il lavoro sull’appropriatezza prescrittiva lo abbiamo concordato e avviato sostanzialmente dall’inizio dell’estate. Quindi io credo che, alla fine dell’anno, quando avremo i dati definitivi, potremo consolidare il meno 3% della radiologia, forse anche migliorarlo, e potremmo vedere quello 0,6% in più del laboratorio scendere ulteriormente, magari fino a diventare un dato negativo. Se riuscissimo anche soltanto a raggiungere un plateau rispetto all’anno precedente, quindi a interrompere la crescita, significherebbe che siamo riusciti almeno in parte a governare la domanda. Stiamo parlando comunque di riduzioni dell’ordine di pochi punti percentuali, non stiamo dicendo che dimezzeremo gli esami radiologici o che passeremo da 1.200.000 esami di laboratorio a 600.000. Nessuno vuole negare prestazioni a nessuno. Vogliamo semplicemente far riflettere sull’appropriatezza. Un milione e duecentomila esami di laboratorio divisi per circa 35.000 residenti significano mediamente più di trenta parametri per residente in un anno. Naturalmente è una media statistica e non significa che ogni cittadino faccia lo stesso numero di esami, ma ci dà la misura del volume complessivo. Faccio un esempio personale. Io ho avuto un problema e avevo chiesto di fare due esami, perché mi interessava essenzialmente l’emocromo. Il collega che mi ha fatto l’impegnativa, con le migliori intenzioni del



mondo, ha pensato di controllarmi anche altri parametri, la prostata, il colesterolo, la creatinina e quindi la funzionalità renale. È stato molto gentile e così ho scoperto che da quel punto di vista andava tutto benissimo. Poi ho dovuto mettere un pacemaker, ma quella è un'altra storia. Questo per dire che molto spesso la prescrizione si allarga automaticamente. Non perché qualcuno voglia sprecare risorse, ma perché c'è l'abitudine a chiedere batterie molto ampie di esami anche quando magari il quesito clinico è più limitato. La Primaria del laboratorio mi ha raccontato, per esempio, che sono arrivati anche PSA prescritti a pazienti donne. Il PSA è un marcatore tipicamente utilizzato nel percorso diagnostico della prostata. Non credo ovviamente che il medico abbia consapevolmente deciso che una donna avesse bisogno del PSA: molto probabilmente si tratta di un errore nella selezione di una batteria preimpostata di esami, magari si clicca un profilo invece di un altro e il sistema produce automaticamente tutta la lista. Il laboratorio, avendo processi fortemente informatizzati, non sempre può verificare manualmente uno per uno tutti i parametri rispetto all'anagrafica e al sesso del singolo paziente. Può quindi capitare di ritrovarsi con un PSA negativo in una donna, il che naturalmente non ci serve a nulla. Questo vi fa capire la difficoltà di governare 1.200.000 determinazioni di laboratorio all'anno. Il nostro obiettivo non è togliere gli esami necessari, è fare in modo che vengano prescritti con intelligenza clinica. Se riusciamo a governare la domanda attraverso l'appropriatezza, possiamo ottenere un risparmio senza negare niente a nessuno.

Luca Lazzari (Psd): Avevo fatto anche un'altra domanda collegata a questo tema, cioè se sia possibile aprire alcune attività diagnostiche a pagamento anche agli assistiti ISS, senza necessariamente parlare di libera professione medica.

Avv. Manuel Canti - Direttore amministrativo ISS: Se parliamo non della libera professione del singolo medico, ma dell'erogazione da parte dell'Istituto, come struttura, di determinate prestazioni a pagamento agli assistiti, allora il ragionamento è diverso. Ne abbiamo discusso anche nell'ultima Consulta sanitaria e sociosanitaria, proprio con particolare riferimento alle prestazioni del laboratorio analisi. Il tema che ci è stato posto, anche dagli stessi membri della Consulta, è molto semplice: immaginiamo un assistito che, per una propria scelta personale completamente slegata da esigenze cliniche, voglia fare gli esami del sangue ogni mese. Oggi, se non esiste un'indicazione clinica, il sistema può negargli quella prestazione. Che cosa farà quella persona? Probabilmente andrà a pagamento in una struttura privata fuori territorio o in un laboratorio delle zone limitrofe. Questo tema ci è stato segnalato anche in Consulta e stiamo effettivamente ragionando sulla possibilità di introdurre un sistema diverso, almeno per alcune prestazioni del laboratorio analisi che esulano dall'appropriatezza clinica. Naturalmente dobbiamo distinguere molto bene i casi. Se parliamo di una persona che presenta una patologia o una condizione per la quale il medico di medicina generale ritiene clinicamente giustificati controlli periodici, quella prestazione deve continuare a essere garantita dal sistema pubblico senza alcun problema. Diverso è il caso di chi, senza una specifica necessità clinica, vuole fare autonomamente gli esami ogni mese, ogni due mesi o ogni tre mesi. In quel caso stiamo ragionando sull'introduzione di una specifica codifica, che il medico di base potrebbe utilizzare per indicare che la prestazione non è clinicamente necessaria ma è richiesta dal cittadino, e quindi permettere a quella persona di effettuarla comunque presso il nostro laboratorio pagando la tariffa prevista, invece di costringerla ad andare fuori territorio. È un ragionamento che abbiamo condiviso anche nell'ambito della Consulta e sul quale mi sembra ci sia stata una sostanziale condivisione. Quindi penso che questa attività possa partire in tempi relativamente brevi, sempre con una distinzione molto chiara fra ciò che è clinicamente giustificato e deve essere garantito dal sistema e ciò che nasce esclusivamente da una scelta individuale del cittadino e può quindi essere erogato a pagamento.

Guerrino Zanotti (Libera): A distanza di sette mesi dall'approvazione dell'ordine del giorno di fine febbraio devo dire che mi ritengo soddisfatto delle risposte che abbiamo ricevuto. Quell'ordine del giorno conteneva una serie molto ampia e molto esplicita di richieste e di indicazioni, un mandato preciso dato al Congresso di Stato e, di conseguenza, al Comitato Esecutivo perché venissero messe in



campo determinate azioni. Quello che abbiamo ascoltato oggi mi fa ben sperare anche per il futuro, perché significa che sono state prese seriamente in considerazione quelle che erano e continuano a essere le necessità della nostra sanità pubblica e mi sembra che si stia procedendo con professionalità. Su molti temi, non dico su tutti ma certamente su molti dei più importanti, abbiamo già risposte che stanno producendo risultati positivi. Altre iniziative sono ormai in dirittura d'arrivo, altre ancora partono in questo periodo o sono partite da poco e potranno produrre risultati nei prossimi mesi o nei prossimi anni. È inevitabile che sia così, perché quando si interviene su un sistema sanitario, quando lo si orienta verso una determinata direzione, non possiamo pretendere di misurare tutti i risultati nell'arco di poche settimane. È anche per questo che, rispetto a temi come il nuovo ospedale, credo che dobbiamo mantenere una certa prospettiva. Naturalmente è un'opzione che tutti abbiamo preso in considerazione e sulla quale tutti abbiamo fatto le nostre valutazioni. C'è chi è maggiormente preoccupato dal tipo di finanziamento che verrà utilizzato, chi preferisce uno strumento rispetto a un altro e su questo possono esserci sensibilità, opinioni e visioni diverse. Però credo che sia ormai abbastanza condiviso che quella sarà una prospettiva del futuro. Detto questo, se abbiamo intrapreso con decisione la strada del potenziamento della medicina territoriale e della medicina di base, io credo che dovremo anche darci il tempo di vedere quali risultati produrrà questo percorso. Noi veniamo da un periodo nel quale probabilmente il rapporto fra territorio e ospedale non è stato sufficientemente equilibrato. Mi rendo conto che in questa fase dovrei fare soprattutto domande e non un intervento politico più ampio, quindi alcune considerazioni magari le riprenderò successivamente, però credo sia inevitabile osservare che, se riteniamo la medicina di base e la medicina territoriale il fondamento sul quale costruire le politiche sanitarie dei prossimi anni, quel percorso ha bisogno di tempo. Ha bisogno anche di un lavoro di educazione della cittadinanza rispetto a ciò che ci si può aspettare dal servizio sanitario e rispetto a un utilizzo corretto delle prestazioni. E ha bisogno di un lavoro anche con i medici prescrittori, perché, come spiegava il dottor Bertolini, qualche volta può succedere che vengano richiesti esami con eccessiva facilità, senza considerare tutto il percorso e i costi che stanno dietro a ogni prestazione. Io credo però che, partendo proprio da una maggiore vicinanza alla cittadinanza, si possa cominciare davvero a parlare anche di contenimento della spesa sanitaria nel senso più intelligente del termine. Dobbiamo investire sulla capacità di anticipare l'insorgenza della malattia, sui corretti stili di vita e sulla conoscenza del paziente all'interno del suo contesto sociale, lavorativo e familiare. È da lì che bisogna partire. Se riusciamo a intercettare prima i problemi, magari possiamo evitare successivamente alcuni esami, alcuni ricoveri e alcune prestazioni più complesse e costose. Questo è il percorso che ritengo sia stato positivamente intrapreso e sul quale, come forza politica, abbiamo da sempre puntato e crediamo si debba continuare a puntare come obiettivo prioritario. Ci sono poi alcuni temi sui quali ho sentito insistere in particolare il Direttore Generale, fra cui quello dell'umanizzazione delle cure e dell'opportunità di stringere rapporti ancora più forti con il terzo settore. Io credo che, proprio nell'ambito dell'umanizzazione delle cure, il rapporto con il terzo settore possa essere determinante, perché parliamo di persone, operatori e professionisti che spesso lavorano a strettissimo contatto con i diretti interessati e con le loro famiglie. Vorrei quindi sapere se ci siano già dei modelli di collaborazione allo studio, se ci siano progetti già abbastanza definiti e, eventualmente, quando si pensa di darvi concreta attuazione. Per il resto non ho altre domande particolari, anche perché la relazione è stata veramente molto esaustiva. Sulle liste d'attesa prendiamo atto che sono state messe in campo diverse azioni che mirano, in alcuni casi, almeno ad attenuare i tempi di attesa e, in altri, sono già riuscite a risolvere determinate criticità, anche attraverso il reclutamento di nuovi professionisti. Faccio soltanto un'ultima riflessione. In apertura ci avete illustrato diverse attività di prevenzione: Cardio 40, lo screening del colon-retto, quello per l'epatite C e altri programmi che riguardano anche fasce di popolazione relativamente giovani. Questo, da una parte, è sicuramente positivo perché significa che stiamo anticipando l'intervento sanitario. Dall'altra parte, però, mi pone anche una domanda che personalmente mi preoccupa. Se diciamo che la spesa sanitaria aumenta anche perché aumenta l'età media della popolazione, e questo è comprensibile, dobbiamo però prendere atto che oggi alcuni problemi di salute cominciano a emergere anche in età meno avanzate. Vorrei quindi capire quali possano essere le cause principali di questo fenomeno. Dipende soprattutto dagli stili di vita? Ci sono



nuove patologie o fattori di rischio che stanno assumendo un peso maggiore? E, soprattutto, che cosa possiamo fare come sistema-Paese, nella nostra piccola realtà, per cercare di invertire questa tendenza e intervenire ancora prima sulle cause che stanno portando problemi di salute anche nelle fasce più giovani della popolazione?

Segretario di Stato Massimo Andrea Ugolini: Sulla scia di quello che ha detto il consigliere Zanotti, penso che la volontà di investire sul territorio sia molto chiara. Proprio ieri abbiamo fatto il sopralluogo al Centro Sanitario di Borgo Maggiore, come ricordavamo anche nell'intervento precedente, perché speriamo di poterlo aprire già il prossimo mese. Intorno a questo intervento c'è anche tutta una riorganizzazione dei servizi, con un rafforzamento importante dell'attività infermieristica come presidio territoriale. Credo che nell'impostazione che sta dando la Direzione Sanitaria ci sia proprio la volontà di cominciare progressivamente a trasferire alcune attività all'interno dei centri sanitari e della medicina territoriale, magari anche attività che oggi vengono svolte esclusivamente all'interno della struttura ospedaliera. Penso, per esempio, ad alcune attività ecografiche o ad alcune strumentazioni che potrebbero essere trasferite e utilizzate come presidio all'interno della medicina di base. Quindi c'è una volontà chiara e netta di rafforzare e investire sul territorio, così come vogliamo investire sulla RSA, sull'ampliamento dei posti disponibili, sulle strutture domiciliari dedicate alla disabilità e sull'hospice. Siamo pienamente consapevoli del fatto che l'investimento sul territorio sia fondamentale e parliamo, in molti casi, di strutture che saranno completamente nuove o quasi, quindi avremo la possibilità di intervenire in maniera molto decisa. Rimane però il tema dell'ospedale, come hanno detto il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, e non possiamo far finta che questo problema non esista. Noi vogliamo ragionare moltissimo in un'ottica di prevenzione, vogliamo rafforzare la nostra prima linea di difesa, che è sicuramente rappresentata dal territorio, dalla medicina di base e da tutto ciò che possiamo fare al domicilio attraverso un'assistenza domiciliare realmente integrata, ma è altrettanto vero che abbiamo una struttura ospedaliera che comincia a manifestare in maniera evidente tutti i problemi legati all'età e anche diverse inadeguatezze sotto molti aspetti. Continuare a far finta che il problema del nuovo ospedale non esista, secondo me, non sarebbe responsabile nei confronti delle future generazioni. Dobbiamo quindi ragionare, come ha detto molto bene il Direttore Amministrativo Canti, su quale possa essere la struttura finanziaria migliore da costruire, se utilizzare la finanza di progetto, quale tipo di bando mettere in campo, quali sinergie attivare e se possano esserci anche forme di collaborazione pubblico-pubblico o pubblico-privato. Però credo che, se vogliamo avere un minimo di prospettiva, una nuova struttura calibrata sulle necessità attuali e future debba essere realizzata. Non possiamo continuare semplicemente ad aspettare che le criticità dell'edificio attuale diventino sempre più evidenti. Avere un orizzonte temporale chiaro serve anche, come diceva giustamente il Direttore Amministrativo, a programmare gli interventi di ammodernamento sulla struttura esistente. Se abbiamo una linea di demarcazione definita e sappiamo quale può essere l'orizzonte temporale per la realizzazione del nuovo ospedale, possiamo calibrare gli interventi sull'attuale struttura e capire che cosa fare, come intervenire e quali opere abbiano realmente senso. Quando invece permane un'incertezza totale sui tempi, tutto diventa più complicato. Quindi sì, vogliamo investire sul territorio, continueremo a farlo e continueremo a portare avanti gli investimenti sulla base dell'impostazione della Direzione Generale e della Direzione Sanitaria, ma dobbiamo anche cominciare a porci seriamente la domanda su quale debba essere la risposta rispetto al nuovo ospedale. Come diceva molto bene il Direttore Generale, il nostro è un Ospedale di Stato e questo comporta che ci siano servizi che non possiamo semplicemente scegliere di non erogare. Non abbiamo naturalmente un bacino di assistiti paragonabile a quello di una regione o di una grande provincia italiana, ma per la nostra stessa natura di Stato autonomo dobbiamo comunque garantire una serie di servizi. È quindi un tema che credo dovremo necessariamente cominciare ad approfondire nei prossimi mesi, arrivando progressivamente a dare delle risposte concrete.

Denise Bronzetti (Ar): Anch'io chiedo al Comitato Esecutivo un po' di pazienza perché è vero che oggi sono nella veste di Presidente, ma sono anche l'unico esponente del mio gruppo presente in questa



Commissione e quindi svolgerò anch'io alcune considerazioni e porrò qualche domanda. Intanto mi associo ai ringraziamenti che i colleghi vi hanno rivolto fino a questo momento per la quantità di informazioni e di dati che avete offerto alla Commissione, non soltanto perché questo lavoro vi era stato in qualche modo richiesto a seguito dell'ordine del giorno di febbraio, che anche il collega Zanotti ha richiamato poco fa e che effettivamente era molto corposo, ma anche perché ritengo importante che ci siano costantemente momenti di confronto di questo tipo. La seconda parte di quell'ordine del giorno la affronteremo successivamente alla vostra audizione, quando svolgeremo la parte più propriamente politica del dibattito, anche se è evidente che le questioni tecniche, l'analisi dei dati, la programmazione e il disegno della sanità di domani si intersecano necessariamente con le scelte politiche e con gli indirizzi che dalla politica arrivano. Per questo credo sia importante avere momenti costanti di confronto, in modo da unire le forze e cercare di dare il miglior risultato possibile alla nostra cittadinanza, che sui temi della sanità è sempre particolarmente attenta, forse ancora prima che su tanti altri temi. Direttore Vagnini, lei ha detto che nessuno aveva affrontato il tema dei numeri delle prestazioni, che sono effettivamente sproporzionati per una realtà come la nostra. Io invece questo tema me lo ero segnato proprio in relazione ai tanti dati e alle tante considerazioni che avete esposto, perché da quei numeri derivano inevitabilmente alcune domande. Vorrei capire quale possa essere, secondo voi, una soluzione e che cosa dobbiamo fare perché quei numeri, laddove siano effettivamente eccessivi e non giustificati da reali necessità sanitarie, possano diminuire. Faccio una considerazione per spiegarmi meglio. A me non spaventa l'aumento della spesa sanitaria se quell'aumento deriva da un miglioramento dei servizi, da un incremento delle prestazioni o dalla necessità di rispondere ai bisogni di una popolazione che invecchia e che, diventando progressivamente più anziana, richiede inevitabilmente maggiori servizi e maggiori supporti. Una crescita della spesa dovuta a queste ragioni non mi spaventa affatto. Però, se i numeri che ci avete illustrato sono sproporzionati, vorrei capire quali correttivi possiamo introdurre insieme. Ho sentito giustamente richiamare anche la responsabilità della politica nell'educazione dei cittadini, ma credo che possano esistere dei correttivi che spettano in primo luogo anche a voi, come vertici della struttura sanitaria. Perché se da un lato non mi preoccupano gli incrementi di spesa legati a un miglior servizio, credo dall'altro che ci siano ancora delle sacche di spreco che dovrebbero essere meglio individuate e affrontate. Da incontri svolti a vario titolo con associazioni e cittadini, per esempio, ci risulta che talvolta vengano effettuati acquisti per operatori sanitari o sociosanitari che magari non ne hanno una reale necessità. La domanda è quindi se esista un presidio, un controllo, qualcuno che verifichi effettivamente, almeno per alcune tipologie di spesa, che ci sia una reale necessità di acquistare determinate dotazioni o determinati materiali. Evito di fare un elenco perché le possibili forniture sono moltissime e riguardano operatori sociosanitari, sanitari e amministrativi, ma il concetto è capire se riusciamo a focalizzarci meglio anche sulle singole spese. Un'altra domanda riguarda gli interventi strutturali di cui ci avete parlato, che in questa fase rappresentano necessariamente anche un modo per tamponare e migliorare la situazione in attesa della costruzione di un eventuale nuovo ospedale. Mi piacerebbe sapere, per esempio, quale sia il costo della nuova sala d'attesa del Pronto Soccorso e quali siano i costi preventivati degli altri interventi che oggi avete illustrato. Ve lo chiedo perché è abbastanza noto, e spesso anche facilmente verificabile, che a San Marino determinate opere hanno costi che risultano sproporzionati rispetto a quelli che vediamo nel circondario. Quindi vorrei capire non soltanto quali siano i costi inizialmente preventivati, ma anche perché a volte si producano scostamenti significativi verso l'alto rispetto alle previsioni iniziali. È un tema che abbiamo affrontato in questa Commissione, nelle altre Commissioni consiliari e nei dibattiti del Consiglio Grande e Generale. Evidentemente delle ragioni ci sono e io vorrei finalmente comprenderle in maniera chiara, proprio perché non possiamo permetterci di sprecare risorse pubbliche quando magari esistono modalità differenti e meno costose per raggiungere lo stesso risultato. Questo ragionamento si estende evidentemente agli sprechi, agli interventi strutturali e alle forniture. Un'altra domanda riguarda poi i prezzi. Perché siamo fuori mercato rispetto ai DRG o comunque rispetto alle prestazioni che possiamo offrire in libera professione? Sappiamo che il rapporto fra pazienti e personale sanitario e sociosanitario da noi è superiore rispetto a quello degli ospedali del circondario, pur essendo perfettamente consapevoli del fatto che il nostro è un Ospedale di Stato e non un normale ospedale



territoriale. Vorrei capire se questa sia l'unica ragione per cui le nostre prestazioni finiscono fuori mercato oppure se ce ne siano altre. Mi piacerebbe comprenderlo con chiarezza. Vado un po' in ordine sparso rispetto ai tanti temi che sono stati trattati. Non sono invece del tutto convinta del fatto che i pazienti, salvo naturalmente alcuni casi e penso soprattutto alle persone molto anziane, quando si recano al Pronto Soccorso non abbiano alcuna percezione del fatto che il loro problema possa essere da codice bianco oppure da un codice di maggiore gravità. Credo che spesso le ragioni dell'accesso al Pronto Soccorso siano anche altre e siano proprio quelle che voi state cercando di correggere: la necessità di avere una medicina di base che funzioni realmente, che sia capace anche di contenere, quando non necessarie, le ricette e le richieste di esami, e una medicina territoriale che costruisca un rapporto diverso con il paziente direttamente sul territorio. Questa credo sia una delle più grandi sfide che abbiamo davanti e mi sembra che la politica, senza particolari distinzioni fra maggioranza e opposizione, tenga moltissimo a questo obiettivo. È una richiesta che abbiamo rivolto più volte non soltanto a voi, ma anche a chi vi ha preceduto, e credo davvero che rappresenti una delle sfide principali. La libera professione e quanto sollevato dal collega Lazzari pongono poi interrogativi che sono inevitabilmente di ordine politico. Credo che la libera professione, soprattutto nella parte più delicata che riguarda l'eventuale apertura agli assistiti ISS, debba ricevere una risposta principalmente dalla politica. Se fino a oggi questo ragionamento è rimasto fermo sui tavoli, non credo che ciò possa essere imputato a questo Comitato Esecutivo o a quelli precedenti. È una scelta che la politica dovrà prima o poi assumersi la responsabilità di compiere. Anche perché la libera professione, così come altri ragionamenti che sono stati fatti, può determinare un aumento delle entrate per le casse dell'ISS. L'ISS e le prestazioni che eroga non devono necessariamente essere considerate esclusivamente come un centro di costo: in alcuni casi possono rappresentare anche una fonte di entrata per il bilancio dell'Istituto e, indirettamente, dello Stato. Su questo la politica dovrà necessariamente cominciare a sciogliere alcuni nodi. C'è poi un'altra riflessione che non so se abbiate già fatto, immagino di sì, e che anche la politica ha più volte affrontato senza però essere ancora riuscita a dare una risposta. Mi chiedo se, invece di far pagare indistintamente ai cittadini sammarinesi determinate prestazioni quando non sussistono motivazioni cliniche impellenti, non si possa ragionare su un sistema che monitori il numero di prestazioni richieste da ciascun soggetto e, quando queste diventano eccessive e prive di una reale giustificazione sanitaria, preveda che dalla seconda, dalla terza o comunque da una determinata soglia in poi la prestazione diventi a pagamento. È una riflessione che pongo proprio in relazione al problema dell'appropriatezza. E, a proposito delle liste d'attesa, mi chiedo anche se una parte della soluzione possa derivare da una centrale unica per tutte le prenotazioni. Una centrale unica consentirebbe, quando un assistito rinuncia per tempo alla propria prenotazione, di chiamare immediatamente la prima persona in lista d'attesa che abbia bisogno di quella stessa prestazione. Se invece ogni servizio mantiene un proprio elenco di prenotazioni, questo tipo di gestione diventa probabilmente più complicato. Magari sto dicendo una cosa che già avviene o magari sto dicendo una sciocchezza e mi correggerete. Ho capito che state progressivamente riportando tutto al CUP, ma la mia domanda è se il CUP sia effettivamente in grado, quando riceve una disdetta o si libera un posto, di individuare immediatamente chi è il primo nella lista e offrirgli quell'appuntamento. Perché, se il sistema funzionasse pienamente in questo modo, anche le liste d'attesa potrebbero ridursi attraverso una gestione più efficiente delle prenotazioni. Chiudo dicendo che vedo comunque un filo rosso che lega tutti i grandi temi dei quali stiamo parlando e le soluzioni che stiamo cercando di trovare: il nuovo Piano Sanitario e Sociosanitario, l'eventuale nuova struttura ospedaliera e il fabbisogno del personale. L'auspicio è che questa volta non si ripeta quello che, dal nostro punto di vista, è accaduto con l'ultimo fabbisogno, cioè che non si pensi prima a inserire le persone e soltanto dopo a capire di che cosa abbiamo bisogno, quali servizi vogliamo garantire, che cosa vogliamo implementare e che cosa eventualmente non è più necessario. A questo ragionamento oggi si aggiunge anche il tema del nuovo ospedale. Credo quindi che questi tre elementi debbano procedere insieme e in maniera coerente. Piano sanitario, nuovo ospedale e fabbisogno devono essere costruiti secondo una sequenza logica, perché altrimenti rischiamo di ripetere scelte che, dal nostro punto di vista, in passato non sono state fatte nel modo corretto.



Paolo Crescentini (Psd): Sarò veramente telegrafico. Desidero innanzitutto ringraziare il Comitato Esecutivo dell'ISS per questa audizione. Sono state dette cose molto interessanti e credo sinceramente che sia stata una delle audizioni più belle e più utili alle quali abbia partecipato, proprio perché è stata ricca di elementi e ci ha permesso di avere una fotografia ancora più ampia della situazione. Parto anche da una delle ultime considerazioni fatte dal collega Lazzari, quando vi ha detto “bravi”. Lo dico anch’io, perché praticamente mi ha letto nel pensiero. Avrei utilizzato esattamente la stessa parola. Avete risposto a un ordine del giorno che era davvero molto corposo e quindi credo sia giusto riconoscere il lavoro che avete fatto. Naturalmente c’è ancora moltissimo da fare, però mi sembra che la strada intrapresa sia quella giusta. Faccio soltanto due domande, in maniera quasi giornalistica, andando subito al punto. La prima nasce da una frase del dottor Vagnini che mi ha particolarmente colpito. All’inizio lei ha detto, sostanzialmente, che avete fatto tanto e state facendo tanto, però forse non riuscite ancora a comunicarlo adeguatamente. Questa affermazione mi ha colpito perché dall’audizione di oggi sono emerse tantissime cose positive che meriterebbero davvero di essere portate maggiormente a conoscenza della cittadinanza. Quindi la prima domanda è semplicemente questa: come pensate di migliorare la comunicazione e di far conoscere meglio quello che state facendo? L’altra domanda riguarda invece l’aspetto culturale e il comportamento dei cittadini sammarinesi e si collega a ciò che ha detto anche il dottor Bertolini rispetto alle liste d’attesa. Tempo fa, quando ci siamo incontrati per la prima volta, vi avevo chiesto se il fenomeno delle mancate disdette da parte degli utenti producesse un rallentamento delle prenotazioni e impedisse di utilizzare quegli spazi per altri pazienti. Vorrei quindi capire, anche alla luce della vostra esperienza in Italia, se a San Marino le mancate disdette rappresentino quantitativamente un problema importante oppure se i dati ci dicono che il fenomeno è relativamente limitato. Lo chiedo anche partendo dalla mia esperienza personale. Fortunatamente non devo fare molti esami, ma quando mi capita di avere una visita o una prestazione prenotata e so di non poter partecipare, telefono sempre con un certo anticipo per disdire. Una volta mi è stato addirittura detto “grazie per la sua telefonata” e la persona che mi rispondeva sembrava quasi sorpresa che avessi chiamato. Io ho risposto che mi sembrava semplicemente un dovere di ogni cittadino. Da questo episodio ho avuto la sensazione che forse non sia ancora così consolidata la cultura di comunicare tempestivamente la mancata partecipazione a una visita o a un esame. Credo invece che questo sia un aspetto importante, perché magari non risolverebbe da solo il problema delle liste d’attesa, ma certamente potrebbe contribuire a ridurle ulteriormente. E devo dire che, rispetto a molte realtà che conosciamo, le liste d’attesa a San Marino sono comunque contenute. Io ho sempre sostenuto che chi si lamenta in maniera generalizzata della sanità sammarinese dovrebbe forse riflettere un po’ di più prima di farlo, perché abbiamo un sistema che, pur con i problemi che ci sono, garantisce moltissimo.

Claudio Vagnini, Direttore Generale ISS: La comunicazione è effettivamente un punto sul quale dobbiamo lavorare molto. Credo che questo sia quasi un difetto storico della sanità e, più in generale, del welfare: c’è sempre stata una sorta di timore nel raccontarsi, nel comunicare all’esterno quello che viene fatto e nel descrivere in maniera comprensibile le caratteristiche del lavoro quotidiano. È una cosa sulla quale abbiamo fatto fatica anche noi a cominciare a intervenire. Attualmente abbiamo un responsabile dell’Ufficio Stampa che è sostanzialmente una sola persona e si occupa di moltissime attività. Adesso cercheremo di rafforzarlo e di affiancargli qualcuno che possa sostenerlo. Mi diceva che, rispetto al 2025, abbiamo più che raddoppiato il numero delle conferenze stampa e dei comunicati stampa dedicati alle cose che produciamo quotidianamente, però non è ancora sufficiente. È anche per questo che tutti e tre abbiamo voluto fortemente un nuovo sito aziendale che sia in grado di comunicare all’esterno in maniera molto più efficace le nostre competenze, i nostri servizi e le attività che svolgiamo. E neppure questo sarà sufficiente. Abbiamo già preso contatti e siamo già d’accordo con San Marino RTV per realizzare nuove iniziative. A me piacerebbe non limitarmi a fare iniziative nelle quali si comunica soltanto l’evento o il risultato finale. Vorrei anche costruire degli spazi nei quali si racconti concretamente che cosa fa un determinato servizio, che cosa fa un reparto, quali professionalità ci lavorano, quali prestazioni vengono erogate e quali sono le eccellenze che abbiamo. Dobbiamo raccontare ai cittadini le nostre qualità, ma dobbiamo anche far capire meglio alcuni comportamenti che



danneggiano il sistema. Fra queste qualità, purtroppo, non c'è ancora abbastanza la consapevolezza del fatto che, se una persona non disdice una visita specialistica alla quale sa di non potersi presentare, sta togliendo spazio a un altro cittadino che magari ne ha più bisogno e sta lasciando un professionista senza poter lavorare in quel tempo. Abbiamo parlato anche con il Segretario dell'ipotesi di introdurre un ticket o comunque una forma di penalizzazione per chi non si presenta senza disdire. Non siamo ancora arrivati a una conclusione e penso che questo sia un tema di natura politica, che deve essere deciso da soggetti diversi da noi tre. Però credo che un qualche segnale vada dato. Ho fatto effettuare anche un'analisi specifica dai nostri informatici. I no-show, cioè le mancate presentazioni senza disdetta, non sono numeri enormi, ma non sono neppure irrilevanti. In alcuni servizi il recupero anche soltanto di quegli appuntamenti potrebbe contribuire a risolvere o quantomeno ad alleggerire una lista d'attesa. È quindi un tema che va affrontato. Rispetto invece a ciò che diceva la Presidente, i temi sono tanti e tutti impegnativi. Parto dalla centrale unica delle prenotazioni. Quando siamo arrivati c'erano ancora molti servizi che gestivano autonomamente la propria lista d'attesa e, permettetemi di dirlo, organizzavano i pazienti secondo modalità che dipendevano molto dal singolo reparto. Portare progressivamente tutte queste attività verso un sistema centralizzato non è stato un processo completamente indolore, perché naturalmente chi era abituato a gestire direttamente la propria agenda vedeva cambiare il proprio modo di lavorare e una parte di autonomia. Però la direzione è questa. Sulla libera professione, dico la verità, stiamo aspettando ormai da circa un anno e mezzo uno strumento normativo che permetta di regolamentare meglio tutta la materia. Se non abbiamo una norma chiara rischiamo inevitabilmente di procedere in maniera poco organica, un po' per aggiustamenti successivi. Sulle ragioni dell'accesso al Pronto Soccorso, la Presidente ha perfettamente ragione nel dire che non c'è soltanto la percezione del codice. C'è anche un tema di medicina territoriale che deve responsabilizzarsi ulteriormente. Non è una banalità, perché indirizzare un paziente al Pronto Soccorso è molto comodo per il paziente ma, permettetemi di dirlo, talvolta è comodo anche per il professionista. Il Pronto Soccorso ha infatti un vantaggio evidente: una persona arriva e può fare in tempi relativamente ravvicinati una batteria di accertamenti. Invece di rivolgersi al CUP, prenotare le singole prestazioni e seguire il normale percorso, va in Pronto Soccorso e trova lì una serie di risposte. Questo non è un fenomeno che vedo soltanto a San Marino, lo vedo da molti anni anche in altre realtà sanitarie, comprese realtà che dovrebbero essere particolarmente virtuose. Le sacche di spreco esistono, questo è indubbio. E c'è poi il tema dei costi degli interventi strutturali. È inutile raccontarci storie: tutto ciò che riguarda edilizia, strutture e tecnologia all'interno degli edifici dello Stato tende ad avere costi importanti. È anche per questo che abbiamo dovuto rinunciare all'ipotesi iniziale di realizzare l'hospice temporaneo in una determinata area dell'ospedale, perché i costi che erano emersi erano davvero molto elevati. Fortunatamente, come ricordava stamattina il dottor Bertolini, siamo riusciti a riorientare la soluzione utilizzando una parte degli spazi della Pediatria e quindi potremo creare un hospice temporaneo di quattro o cinque stanze, che successivamente sarà ricollocato quando sarà pronta la struttura definitiva. Il tema dei costi è quindi un tema reale e molto impegnativo. Come facciamo invece a correggere i numeri eccessivi delle prestazioni? Mi ripeto, e so di essere ridondante, ma oltre agli interventi sugli operatori serve anche un grande lavoro di educazione nei confronti dei cittadini. E proprio questo si collega alla necessità di comunicare meglio. Dobbiamo far conoscere il sistema e far comprendere che più utilizziamo risorse in maniera non appropriata, più diventa difficile mantenere l'equilibrio complessivo. Sul tema specifico dei prezzi fuori mercato non entro perché non è un ambito del quale possiedo una conoscenza tecnica sufficientemente precisa. Vorrei invece rispondere al consigliere Zanotti rispetto ai modelli di collaborazione con il terzo settore. Il terzo settore è assolutamente centrale nella lettura dei bisogni, perché può darci un feedback molto preciso rispetto alle necessità reali della popolazione. È per questo che abbiamo bisogno di averlo vicino e di coinvolgerlo maggiormente. Anche questo però significa organizzare il sistema in maniera diversa. Voi sapete perfettamente che una quota molto consistente, direi circa due terzi della spesa sanitaria, viene assorbita dalla popolazione più anziana, in particolare dagli ultrasessantenni. È una cifra enorme e comprensibile, perché quella è la fascia nella quale si concentrano cronicità e fragilità. Il rischio, però, è che tutta l'attenzione venga assorbita dagli anziani e che perdiamo di vista ciò che sta avvenendo nelle fasce più giovani. Quando



diciamo che vogliamo fare prevenzione anche sui trentenni e quarantenni è proprio perché vediamo che in quelle fasce cominciano a manifestarsi problemi di salute che, se non intercettati, potrebbero avere conseguenze devastanti sul sistema negli anni successivi. Se aumentano in maniera significativa i tumori del colon, se crescono i tumori della prostata, se aumentano le patologie cardiovascolari in età relativamente giovane, significa che qualcosa non sta funzionando abbastanza bene. È per questo che dobbiamo insistere sulla prevenzione vera e mettere in campo tutte le attività possibili per educare diversamente la popolazione. Non è un lavoro semplice. Se conoscete, come le conosco io, le fasce di età fra i venti e i cinquant'anni, sapete che non è facilissimo convincere le persone a modificare il proprio stile di vita quando si sentono ancora giovani e in salute. La mia scommessa è quindi cercare di andare ancora più a monte, entrando in maniera forte nelle scuole. Vorrei che l'ISS fosse presente stabilmente all'interno del percorso educativo delle scuole primarie e secondarie, perché è in quella fase che possiamo provare a cambiare alcune abitudini prima che diventino consolidate. Magari non riusciremo sempre, magari riusciremo soltanto in parte, ma intervenire quando il percorso negativo è già avviato e, come si dice, i buoi sono già usciti dalla stalla serve molto meno. È per questo che abbiamo un'attenzione specifica verso questo capitolo. Non vogliamo che la stragrande maggioranza delle risorse venga indirizzata soltanto sulla popolazione anziana, che naturalmente ne ha pienamente diritto in quanto popolazione fragile. Fra le persone fragili ci sono però anche i bambini e i giovani, e anche questo va considerato. La medicina di base, la medicina territoriale, la medicina di prossimità e la capacità di dare risposte alla cronicità sono proprio ciò che ci permetterà di cambiare anche il ruolo futuro dell'ospedale. Gli ospedali devono essere sempre più orientati alla gestione delle acuzie, mentre la cronicità deve essere gestita prevalentemente fuori dall'ospedale. Per questo abbiamo bisogno di strutture intermedie, di ospedali di comunità, di strutture per anziani e anche di soluzioni abitative più semplici. Penso, per esempio, a piccoli appartamenti o monolocali destinati a persone anziane o a coppie anziane ancora sostanzialmente autosufficienti, ma che abbiano bisogno di un aiuto per l'alimentazione, per la pulizia o per alcune attività quotidiane. Non tutti gli anziani sono non autosufficienti, anzi la maggior parte mantiene una buona autonomia, e possiamo sfruttare questa condizione costruendo forme di assistenza diverse e più flessibili.

Dr. Alessandro Bertolini – Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie ISS: Sul tema del no-show, cioè delle persone che non si presentano agli appuntamenti, faccio anche un esempio personale. Dovevo fare un controllo del pacemaker e quattro giorni prima ho ricevuto sia un SMS sia una mail di promemoria. Mi dicono che questo sistema di doppio avviso venga utilizzato ormai per tutti i cittadini. Quindi oggi diventa abbastanza difficile sostenere semplicemente di essersi dimenticati. Secondo me il fenomeno del no-show deve essere in qualche modo rieducato. Sono assolutamente d'accordo sul fatto che, quando una persona avvisa per tempo di non poter venire, il posto liberato debba essere utilizzato immediatamente per un'altra persona. E in alcuni servizi questo viene già fatto, per esempio in oculistica e in dermatologia, naturalmente quando arriva la disdetta con un anticipo sufficiente. Il no-show è una delle cose più antipatiche anche per i professionisti. Se capitano tre pazienti consecutivi che non si presentano senza avvisare, possiamo avere un ortopedico o un altro specialista che rimane un'ora seduto davanti al computer senza poter visitare nessuno, mentre magari fuori abbiamo persone che aspettano da settimane. Quindi questo deve diventare veramente uno dei temi sui quali lavorare. In epoca preinformatica e prima della diffusione dei telefoni cellulari poteva essere più comprensibile che una persona si dimenticasse l'appuntamento. Oggi no, perché riceve i promemoria e ha a disposizione diversi strumenti per comunicare. Per quanto riguarda invece la domanda su che cosa possiamo fare in termini di prevenzione, bisogna distinguere fra prevenzione primaria e prevenzione secondaria. La prevenzione secondaria consiste nella diagnosi precoce di una malattia che esiste già. Se, per fare un esempio molto semplice, io faccio un test alla popolazione e individuo precocemente un diabete che la persona ancora non sapeva di avere, sto facendo prevenzione secondaria. Se invece voglio evitare che quella malattia insorga, allora devo intervenire prima, lavorando sugli stili di vita e sull'educazione della popolazione. E, come diceva giustamente il dottor Vagnini, questo lavoro deve cominciare da piccoli, quando le abitudini si stanno ancora formando, affrontando tutti gli argomenti



sanitari che possono avere un impatto sulla vita futura. L'educazione sanitaria costa relativamente poco, ma rappresenta un investimento enorme perché può evitarci problemi molto più costosi in seguito. Dobbiamo quindi incentivare al massimo la prevenzione primaria. La prevenzione secondaria rimane naturalmente fondamentale, ma interviene quando una condizione patologica è già presente e serve soprattutto ad anticiparne la diagnosi. Per questa esistono percorsi scientificamente validati che possiamo applicare. Potremmo pensare, come è stato già accennato, anche a un percorso di screening sulla prostata. Non lo abbiamo ancora attivato e, realisticamente, non potremmo farlo oggi con soltanto due urologi, perché abbiamo già liste d'attesa intorno ai 43 giorni. Se aggiungessimo immediatamente uno screening strutturato, rischieremmo semplicemente di sovraccaricarli. Quando avremo tre urologi e il servizio sarà a regime potremo invece ragionare seriamente anche su questo. Ma torno a dire che il vero punto è la prevenzione primaria. Dire alle persone "non fumate" è prevenzione primaria. Spiegare che un'alimentazione basata continuamente su determinati tipi di cottura o su determinati alimenti può aumentare i rischi è prevenzione primaria. Parlare di sovrappeso, di corretta alimentazione, di attività fisica e di tutti gli altri fattori modificabili significa prevenzione primaria. È un lavoro che dovrebbe iniziare nelle scuole. I ragazzi imparano e poi magari tornano a casa e, in qualche modo, finiscono anche per educare i propri genitori. È su questo percorso che dobbiamo investire, perché costa relativamente poco rispetto ai costi enormi che produce una patologia quando ormai si è manifestata.

Manuel Canti, Direttore amministrativo ISS: Sul tema della mancata presentazione degli assistiti agli appuntamenti senza alcuna comunicazione, in realtà una prima norma è già stata introdotta. Nel Regolamento n.16 del 2026 abbiamo previsto che, nel caso in cui l'assistito non comunichi almeno due giorni prima della prenotazione la propria impossibilità a presentarsi, sia applicato quello che abbiamo chiamato un diritto di pratica di 50 euro. Adesso stiamo implementando concretamente questo sistema a livello informatico. Anche una cosa che può sembrare banale diventa tecnicamente complessa, perché dobbiamo costruire un sistema di rilevazione della presenza che, contemporaneamente, rispetti tutte le esigenze di privacy. L'assistito viene identificato attraverso un codice che compare sul display per la chiamata, ma contemporaneamente il sistema deve registrare il dato in maniera tale da permetterci di produrre periodicamente un report sulle mancate presentazioni. Questi dati verranno poi trasmessi alla contabilità per dare concreta applicazione a ciò che abbiamo già previsto nel regolamento. Quindi il primo passaggio normativo è già stato fatto. Stiamo completando la parte tecnica insieme ai servizi informatici e, con l'ultimo aggiornamento del sistema, dovremmo essere ormai vicini alla partenza. Rimane soltanto da chiudere bene l'aspetto relativo alla privacy e poi il meccanismo potrà essere operativo. Anche questo dimostra che gli interventi normativi che abbiamo richiamato non sono fini a se stessi, ma hanno una funzione gestionale precisa. Sul tema dei prezzi fuori mercato della libera professione, avevo già illustrato in parte il problema. Attualmente il tariffario della libera professione viene costruito sulla base delle indicazioni contenute nel regolamento interno del Comitato Esecutivo, che viene periodicamente aggiornato e il cui ultimo aggiornamento, se non ricordo male, risale al 2024. Quel regolamento stabilisce sostanzialmente come costruire il prezzo: una determinata percentuale è legata ai materiali o ai prodotti utilizzati, una quota alla prestazione del medico principale, una quota al personale ausiliario e così via. Alla fine si sommano tutte le singole componenti e il risultato matematico diventa la tariffa. Il problema è che, costruendo il prezzo in questo modo, dal basso verso l'alto, possiamo arrivare a totali che sono completamente fuori mercato. Quello che viene dalla somma delle voci diventa automaticamente il prezzo, indipendentemente da quanto costa la stessa prestazione fuori San Marino. C'è poi, per esempio, anche il tema della sala operatoria, dove esiste un forfait di circa 800 euro all'ora e, se si supera anche soltanto di dieci minuti quell'ora, può scattare nuovamente l'intero importo. Sono aspetti sui quali possiamo intervenire senza dover modificare la legge. Se vogliamo diventare competitivi, dobbiamo invertire il percorso. Prima dobbiamo individuare una tariffa finale che sia concorrenziale rispetto al mercato e poi, all'interno di quella tariffa, costruire la distribuzione delle singole componenti destinate al primo operatore, agli altri professionisti e al personale ausiliario. A questo si aggiunge il tema dell'organizzazione. Se non programiamo la libera professione, ogni singola prestazione richiede di calcolare separatamente il compenso del medico, quello dell'anestesista,



quello dell'infermiere e così via, perché ogni intervento viene trattato come un caso isolato. Se invece concentriamo le prestazioni in blocchi organizzati, posso dire a un anestesista e a un gruppo di infermieri: avete cinque ore di attività libero-professionale programmate, questa è la remunerazione complessiva per quelle cinque ore. In questo modo riesco evidentemente a costruire tariffe molto più competitive. È un intervento meramente tecnico e organizzativo, per il quale non serve modificare la legge. Vengo poi alle sacche di spreco e, in particolare, agli approvvigionamenti. Anche su questo abbiamo già introdotto diversi strumenti. Quando siamo arrivati abbiamo lavorato molto sui documenti di programmazione e sui piani degli investimenti, che rappresentano alcuni dei capitoli più consistenti. Una parte degli investimenti viene finanziata direttamente con capitoli ISS e un'altra parte attraverso i capitoli in conto capitale dello Stato. Come si costruisce un Piano degli Investimenti? Raccogliamo tutte le richieste che arrivano dai servizi e, sulla base delle risorse disponibili, costruiamo una graduatoria di priorità. Se non ricordo male, quando abbiamo iniziato questo lavoro erano arrivate richieste per oltre cinque milioni di euro. È evidente che non avevamo cinque milioni disponibili per soddisfare integralmente tutte quelle richieste nell'arco del triennio. Abbiamo quindi fatto un'attività di selezione, individuando gli interventi più funzionali e urgenti e distribuendoli sui tre anni. Già questo rappresenta un primo livello di razionalizzazione. Un secondo intervento riguarda le commesse. Ogni anno predisponiamo un documento, che viene pubblicato come allegato alle delibere del Comitato Esecutivo, nel quale vengono individuate tutte le commesse: pluriennali, annuali, affidamenti diretti e procedure a bando. Per ciascuna commessa abbiamo individuato anche un Direttore dell'Esecuzione, cioè il dirigente o il responsabile che deve attestare che la prestazione effettivamente resa corrisponda a ciò che era stato commissionato. Prima questo ruolo non era sempre chiaramente individuato e quindi poteva diventare difficile capire chi fosse concretamente responsabile del controllo sull'esecuzione. Una cosa è infatti affidare una commessa, un'altra è verificare successivamente che ciò che viene fornito corrisponda effettivamente a quanto acquistato. Abbiamo quindi responsabilizzato Direttori di Unità Operativa e altri responsabili anche su questo aspetto e credo sia un ulteriore elemento di ottimizzazione. Un terzo passaggio riguarda l'acquisto dei beni e dei dispositivi. In passato esistevano sostanzialmente due canali: una parte delle richieste passava dalla Commissione Dispositivi, mentre altre arrivavano direttamente alla Direzione Amministrativa. Abbiamo cercato di centralizzare e semplificare il sistema. Gli investimenti più significativi, per esempio da 250.000, 300.000 euro o un milione, devono naturalmente rientrare nei documenti di programmazione e nel Piano degli Investimenti. Gli acquisti più piccoli e legati alla gestione corrente passano invece attraverso un unico canale, la Commissione Dispositivi. Attraverso una circolare interna abbiamo inoltre previsto che il responsabile dell'Economato informi progressivamente la Commissione sullo stato di utilizzo delle risorse presenti nei capitoli di riferimento. Anche chi autorizza un acquisto deve infatti essere responsabilizzato rispetto alle risorse residue. Se un capitolo ha, per fare un esempio, una disponibilità annuale intorno ai 420.000 euro, chi decide deve sapere progressivamente quanta parte di quei 420.000 euro è già stata utilizzata e quanta rimane disponibile. Il passo successivo sarà cercare di programmare ancora meglio anche gli acquisti correnti, per quanto possibile, perché naturalmente ci saranno sempre imprevisti che dovranno essere finanziati con i capitoli ordinari. Questo percorso è sicuramente ancora migliorabile e richiede anche un cambiamento culturale, perché bisogna responsabilizzare maggiormente il personale che ricopre incarichi gestionali sul corretto utilizzo delle risorse. Credo però che i presidi che abbiamo introdotto stiano già contribuendo a creare maggiore consapevolezza nella gestione degli approvvigionamenti.

Vengo infine alle opere transitorie. Ci siamo organizzati in accordo con la Segreteria di Stato per il Territorio perché una parte significativa di queste opere viene finanziata sui capitoli dell'Azienda Autonoma di Stato per i Lavori Pubblici. Questo coordinamento, secondo me, ci ha permesso di fare un salto in avanti nella programmazione degli interventi. Ci riuniamo periodicamente come gruppo di progetto, con il referente dell'AASLP, che conosce i contratti eventualmente già aperti dall'Azienda, con i referenti dei servizi, con il Dipartimento di Prevenzione per quanto riguarda i rapporti con l'Authority e con il nostro Servizio Tecnico, che segue concretamente lo stato di avanzamento. Mi sembra che stia diventando un sistema abbastanza efficace. Per quanto riguarda i costi, proprio perché



parliamo in molti casi di opere relativamente piccole, utilizziamo anche contratti aperti già esistenti, sia dell'AASLP sia dell'ISS, con imprese che possono intervenire sulla parte edilizia o sugli impianti. Abbiamo sostanzialmente ripartito le competenze fra ISS e Azienda. La parte principale della spesa continuerà naturalmente a gravare sul bilancio dell'AASLP, mentre alcune componenti residuali possono essere gestite direttamente dall'ISS, così da rendere più rapido ed efficiente il procedimento. Un altro strumento che stiamo cercando di utilizzare al massimo per contenere i costi è la possibilità, introdotta recentemente dalla normativa e sempre in accordo con l'Authority, di individuare misure compensative rispetto ai requisiti previsti per l'autorizzazione delle strutture sanitarie. Sapete che esiste una normativa quadro con parametri molto rigidi, anche edilizi, per gli interventi sulle strutture sanitarie e sociosanitarie. La nuova norma consente, previo parere favorevole dell'Authority, di individuare misure compensative per le strutture pubbliche, cioè soluzioni che magari non riproducono in maniera perfettamente identica tutti i parametri dimensionali o strutturali previsti per una nuova costruzione, ma garantiscono comunque pienamente gli standard essenziali di sicurezza e funzionalità. Recentemente abbiamo avuto un incontro con l'Azienda e con l'Authority proprio per verificare se, rispetto ad alcuni interventi transitori, fosse possibile utilizzare queste misure. Questo serve a rendere economicamente sostenibili opere che devono accompagnarci fino al nuovo ospedale. Faccio un esempio concreto: per la nuova sala prelievi si era inizialmente ipotizzato un preventivo nell'ordine dei 150.000 euro. Se avessimo dovuto rispettare rigidamente tutti i parametri previsti per una nuova struttura, l'intervento sarebbe potuto arrivare intorno ai 250.000 euro. Anche qui devo dire che c'è una grande collaborazione con l'Authority, che utilizza la possibilità introdotta dalla normativa per individuare soluzioni capaci di garantire pienamente la sicurezza ma anche una sostenibilità economica ragionevole. Integro infine quanto diceva il Direttore Generale sui rapporti con il terzo settore. Il terzo settore è fondamentale, ma anche qui dobbiamo mettere ordine per sfruttarne al meglio tutte le potenzialità. Dobbiamo distinguere chiaramente due situazioni. Una cosa è un'associazione o una fondazione che vuole erogare vere e proprie prestazioni sanitarie o sociosanitarie. In quel caso si tratta a tutti gli effetti di un soggetto che deve rispettare le norme in materia di autorizzazione e, quando necessario, di accreditamento. Il fatto di essere un'associazione o una fondazione non esonera nessuno dagli standard previsti per chi svolge attività sanitaria. Stiamo cercando di accompagnare questi soggetti anche con il nostro supporto tecnico lungo il percorso necessario. Un'altra cosa sono invece le attività di supporto e di volontariato. Sia la legge sull'associazionismo sia quella sulle fondazioni permettono di regolare attraverso convenzioni attività accessorie che non hanno natura sanitaria o sociosanitaria. Il lavoro che stiamo facendo, e che presenteremo a breve, serve proprio a rendere chiaramente distinti questi due binari. Se un'associazione vuole svolgere un'attività che rientra nell'ambito della normativa sanitaria, deve seguire il percorso di autorizzazione ed eventuale accreditamento previsto dalla legge. Se invece un'associazione, una fondazione o anche un singolo volontario, perché la normativa consente anche forme di volontariato individuale registrato, vuole prestare attività di supporto, può farlo attraverso un percorso diverso, con registrazione, identificazione e adeguata copertura assicurativa. Su questo faremo a breve anche una campagna di sensibilizzazione. Il volontariato e il terzo settore sono una risorsa imprescindibile, come diceva il Direttore Generale, ma dobbiamo utilizzarli in maniera coordinata, con coperture assicurative adeguate, con soggetti chiaramente identificabili e con attività coerenti con il quadro normativo. L'obiettivo è passare da interventi occasionali ed estemporanei a una collaborazione il più possibile strutturata.

Claudio Vagnini, Direttore Generale ISS: Posso aggiungere una cosa sulle convenzioni. Nel mese di ottobre rivedremo le convenzioni che, come avviene normalmente, vengono poi ratificate entro la fine dell'anno per entrare in vigore dal 1° gennaio. L'anno scorso siamo andati un po' lunghi e molte convenzioni sono state sostanzialmente definite a sanatoria, però nel frattempo abbiamo cominciato a lavorare seriamente anche su questo capitolo. Siamo riusciti a passare da una spesa per convenzionamenti che era di circa 2,2 milioni di euro fra il 2024 e il 2025 a circa un milione di euro quest'anno. Credo che ci sia ancora margine per un'ulteriore riduzione. L'anno scorso non siamo intervenuti in maniera significativa sulle convenzioni con gli enti, perché sarebbe stato difficile



riorganizzarle in poco tempo, mentre quest'anno abbiamo tutto il tempo necessario per verificare se sia effettivamente opportuno mantenere tutte le convenzioni oggi esistenti e con quali modalità. L'ideale, secondo me, sarebbe riuscire ad avere maggiormente convenzioni con enti attivabili a chiamata, in base alle effettive necessità, anziché convenzioni che prevedano un costo fisso indipendentemente dall'utilizzo. Quindi lavoreremo anche su questo versante per cercare di contenere ulteriormente i costi senza diminuire la qualità o la disponibilità dei servizi.

Francesca Civerchia (Pdcs): Rispetto all'ultima volta in cui abbiamo avuto occasione di approfondire in maniera così specifica e dettagliata i temi che riguardano il nostro sistema sociosanitario, sono passati circa otto mesi e credo sia importante rilevare come molti degli impegni assunti siano stati effettivamente mantenuti. Molti lavori e molte attività hanno preso forma e alcune stanno già dando risultati molto positivi, anche dal punto di vista del riscontro della cittadinanza, della percezione che il cittadino ha dell'ISS e delle modalità con le quali utilizza i servizi. Vorrei soffermarmi su una considerazione emersa all'inizio del dibattito e dell'audizione, se non ricordo male proprio nell'intervento del Direttore Bertolini, relativamente alla necessità di costruire una banca dati, un insieme strutturato di statistiche e informazioni sui pazienti oncologici a San Marino. Io non ricordo, e naturalmente potrei sbagliarmi, che sia mai stata effettuata una ricerca epidemiologica realmente dettagliata sulle ragioni per cui nel territorio sammarinese possano manifestarsi con maggiore frequenza determinate tipologie di tumore rispetto ad altre. Mi piacerebbe quindi conoscere la vostra opinione sulla possibilità di avviare una ricerca di questo tipo, un approfondimento che ci permetta successivamente di mettere in campo attività di prevenzione più strategiche e mirate, rivolte magari a quelle fasce di popolazione che risultassero maggiormente colpite da una determinata patologia. E non penso esclusivamente alle patologie oncologiche, ma più in generale alle patologie che ricorrono con maggiore frequenza fra i cittadini sammarinesi. Potrebbe essere un'occasione importante per lavorare in maniera molto più specifica e mirata su determinate situazioni di disagio, sofferenza e malattia. Sono molto soddisfatta anche del modo in cui si è sviluppato questo dibattito, perché mi sembra che sia stato assolutamente costruttivo. Ognuno ha portato il proprio contributo e anche chi ha voluto sottolineare aspetti che risultano ancora critici lo ha fatto, mi pare, all'interno di un'impostazione orientata alla ricerca delle soluzioni. L'atteggiamento che considero corretto è proprio quello dell'apertura, della capacità di accogliere le difficoltà e di utilizzare le criticità come uno strumento per migliorare. Il nostro Paese, per le sue dimensioni e per le sue caratteristiche, ha una peculiarità importante: la comunicazione può essere molto breve e diretta, riusciamo a raggiungere il cittadino con una rapidità che realtà più grandi difficilmente possono avere e, nello stesso modo, possiamo raccogliere molto velocemente le difficoltà che il cittadino ci rappresenta. Se utilizziamo bene questa caratteristica, possiamo efficientare il sistema e provare a dare risposte in tempi relativamente rapidi. Credo che questo rappresenti un valore significativo del nostro sistema sanitario e mi sembra di aver colto che questo Comitato Esecutivo, insieme alle strutture che a esso fanno riferimento, sia particolarmente sensibile e ricettivo rispetto alle segnalazioni provenienti dalla cittadinanza. Naturalmente queste segnalazioni non devono trasformarsi soltanto in critiche polemiche e sterili, ma, se vengono correttamente incanalate, possono realmente produrre modifiche nelle modalità operative e contribuire a migliorare i servizi. Credo che anche tutto il ragionamento che avete fatto sull'umanizzazione delle cure vada in questa direzione e possa raccogliere pienamente il senso di quello che sto cercando di dire. La domanda che pongo, quindi, è se sia possibile arrivare a comprendere meglio, attraverso dati ed evidenze epidemiologiche, perché determinate patologie si manifestino magari con maggiore frequenza tra i cittadini e i residenti sammarinesi rispetto alle aree limitrofe o ad altri territori e se, sulla base di queste informazioni, sia poi possibile costruire una rete preventiva realmente mirata ed efficace nel contrastare lo sviluppo di determinate patologie.

Dr. Alessandro Bertolini – Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie ISS: Prima di arrivare a San Marino pensavo che, per le dimensioni del Paese, avessimo una capacità di conoscere la popolazione quasi paragonabile a quella di realtà nelle quali si sa praticamente tutto dal punto di vista



sanitario. Ho scoperto invece, con un certo dispiacere, che non è così. Per una popolazione di circa 35.000 abitanti, non avere un vero centro epidemiologico capace di costruire una fotografia complessiva dello stato di salute della popolazione rappresenta certamente una lacuna. E quando dico una fotografia complessiva intendo sapere quanti diabetici abbiamo, quanti ipertesi, quante persone portano un pacemaker, quanti pazienti oncologici abbiamo e, più in generale, conoscere la distribuzione delle principali patologie. Questa cosa bisogna farla. Il Registro Tumori in passato esisteva, ma di fatto si è fermato nel 2014, quando la dottoressa Sorcinelli ha smesso di occuparsene. Adesso ci stiamo muovendo per rimettere in moto questo percorso e ridare velocità a strumenti che considero fondamentali. Queste conoscenze possono servirci perfino per ragionare su che cosa dovrà essere il nuovo ospedale, perché è difficile progettare una sanità futura se non abbiamo prima una fotografia esatta della realtà sanitaria presente. Il problema statistico di San Marino, però, è rappresentato dalla dimensione molto piccola del campione. Trentacinquemila abitanti ci permettono di descrivere ciò che avviene nella nostra popolazione, ma possono creare difficoltà quando vogliamo trasformare quei dati in vere conclusioni epidemiologiche, perché pochi casi sporadici possono modificare moltissimo le percentuali. Normalmente l'incidenza delle grandi patologie viene standardizzata su popolazioni di 100.000 abitanti, distinguendo anche per sesso e per altre caratteristiche. Noi non disponiamo di un volume di popolazione di quelle dimensioni. Dovremmo quindi costruire analisi distribuite su un arco temporale sufficientemente lungo, utilizzando diversi anni di osservazione, per ottenere dati statisticamente più solidi. Faccio un esempio limite: se domani a San Marino diagnosticassimo una patologia rarissima che normalmente colpisce una persona ogni milione di abitanti, avremmo un caso su 35.000 residenti e la nostra percentuale apparirebbe immediatamente enormemente superiore alla media internazionale, anche se si trattasse semplicemente di un caso casuale. Quindi il nostro campione si presta con difficoltà alle statistiche epidemiologiche più sofisticate, ma questo non significa affatto che non debba essere governato e studiato. Prima di fare inferenza statistica dobbiamo almeno avere una buona epidemiologia descrittiva, e oggi non abbiamo ancora neppure questo in maniera sufficientemente strutturata. È proprio su questo che stiamo insistendo e che vogliamo arrivare a un risultato concreto, cominciando anche dal Registro Tumori. Quindi sono perfettamente d'accordo con l'osservazione che è stata fatta. Se poi da questi dati potremo ricavare strumenti ulteriori per impostare programmi di prevenzione ancora più mirati, questo dovrà essere valutato con attenzione, perché la dimensione del campione rimane molto piccola. C'è inoltre un altro elemento che nei territori piccoli può alterare la percezione della diffusione delle malattie. Quando si vive in comunità nelle quali le persone si conoscono, se il vicino di casa si ammala di tumore e poco dopo si ammala anche una persona che incontriamo abitualmente dal panettiere o al bar, si crea rapidamente la percezione che nel proprio Paese ci sia un'epidemia di tumori. In una grande città spesso una persona non sa neppure se il vicino del piano di sopra si sia ammalato o sia morto. Nei territori piccoli, invece, conosciamo molto di più la sofferenza degli altri e questo può farci percepire una maggiore incidenza delle patologie anche quando epidemiologicamente non esiste. Nella provincia dalla quale provengo, per esempio, per anni si diceva che i tumori fossero enormemente più frequenti rispetto al resto d'Italia. Nel 1998 è stato poi avviato il Registro Tumori e si è scoperto che l'incidenza complessiva della provincia di Sondrio era sostanzialmente sovrapponibile a quella di Milano. C'erano naturalmente alcune specificità. Per esempio, l'incidenza dei tumori del fegato nella provincia di Sondrio risultava simile a quella riscontrata in alcune aree del Sud Italia, ma con cause differenti: in alcuni territori il peso delle epatiti virali era maggiore, mentre nella nostra realtà avevano un ruolo importante altri fattori, compresi quelli legati agli stili di vita e al consumo di alcol. È proprio questo il valore dell'epidemiologia: passare dalla percezione alla conoscenza reale dei fenomeni.

Aida Maria Adele Selva (Pdcs): È stato detto moltissimo su tantissimi argomenti e il tempo non permette di approfondire tutto, anche perché molte domande sono già state poste e molte risposte sono state date. Vorrei però inquadrare complessivamente il lavoro di questo Comitato Esecutivo partendo anche dal contesto nel quale si è insediato. Ricordo che la presentazione del Comitato Esecutivo è avvenuta il 21 luglio dello scorso anno, in un periodo particolarmente delicato e complesso, e secondo



me questo elemento deve essere tenuto in considerazione quando valutiamo quello che è stato fatto successivamente. L'arco temporale di cui stiamo parlando è relativamente breve se pensiamo a quanto sia difficile modificare profondamente una struttura complessa come l'ISS. Nessuno può realisticamente pensare di "cambiare il mondo" in pochi mesi. Eppure, da quanto ci è stato rappresentato oggi e dai documenti che abbiamo a disposizione, questo periodo ha consentito di mettere in campo numerose azioni concrete. Quello che sto dicendo non vuole essere un complimento fine a se stesso, ma una ricostruzione cronologica. Dopo la presentazione del Comitato Esecutivo del 21 luglio, già il 30 settembre 2025 è stata adottata la delibera n.19, che conteneva diverse indicazioni e individuava anche alcune infrastrutture come strategiche. Oggi ci dite che molti dei lavori collegati a quelle indicazioni stanno arrivando al completamento. Quindi già quella delibera del 30 settembre rappresenta un elemento documentale che supporta quanto è stato oggi relazionato dai Direttori. Successivamente è arrivato l'ordine del giorno del 26 febbraio 2026, che è stato richiamato da molti interventi. Se guardiamo l'allegato a quell'ordine del giorno, troviamo una serie di interventi da attuare e oggi possiamo verificare che diverse di quelle linee d'azione sono state concretamente portate avanti. Il Direttore Generale lo ha detto con chiarezza: non stiamo parlando soltanto di desideri o di progetti teorici, ma di cose che in molti casi sono già state realizzate. C'erano linee di azione che il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario hanno individuato e portato avanti. Penso, per esempio, alla riorganizzazione dei servizi, all'adozione di documenti di programmazione, agli interventi di razionalizzazione della spesa. Penso anche a uno dei primi aspetti menzionati dal Direttore Generale, cioè la collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e il protocollo che consente di utilizzare la centrale acquisti regionale per alcune forniture, con l'obiettivo di ridurre i costi e migliorare l'efficienza degli approvvigionamenti. Penso agli interventi per migliorare la gestione del personale medico, sanitario e sociosanitario, che il Direttore Amministrativo ci ha illustrato sotto diversi profili. Quindi vedo una continuità fra l'ordine del giorno di febbraio e ciò che oggi ci è stato presentato. C'è poi un aspetto che personalmente mi fa particolarmente piacere e che ritengo doveroso ricordare, perché era un tema al quale Mariella teneva molto. Gli interventi che state portando avanti proseguono anche un percorso che era stato avviato dalla Segreteria guidata da Mariella e che l'attuale Segretario di Stato sta continuando. Mi sembrava quindi corretto ricordarlo. Sulla comunicazione vorrei aggiungere una considerazione. Non voglio certo consolarvi dicendo che sia inevitabile non riuscire a comunicare tutto, però dobbiamo riconoscere che comunicare in ambito sanitario non è semplice. Voi fate moltissime cose, organizzate convegni, attività scientifiche e iniziative di prevenzione, ma non sempre sono temi che attirano spontaneamente l'attenzione della popolazione come accade per altri argomenti. Pochi giorni fa, per esempio, c'è stato un importante convegno internazionale di gerontologia e geriatria, ma è evidente che si tratta di una materia che difficilmente suscita nell'opinione pubblica lo stesso interesse di altri temi. Quindi è giusto continuare a comunicare e far conoscere ciò che viene fatto, ma bisogna anche essere consapevoli del fatto che la comunicazione sanitaria è complessa e spesso incontra perfino una certa resistenza psicologica. A volte, lo dico sinceramente, perfino sentirsi dire che bisogna fare uno screening può provocare istintivamente un certo fastidio o una certa paura, perché si pensa immediatamente alla possibilità che venga trovato qualcosa. Naturalmente questo non significa che gli screening non vadano fatti, tutt'altro, ma ci fa capire che comunicare la prevenzione richiede anche una certa sensibilità. Mi fa molto piacere anche il ragionamento sul perfezionamento del rapporto con il terzo settore. Nella Repubblica di San Marino il terzo settore ha sempre avuto un ruolo sostanziale e, come diceva il Direttore Generale, è anche una delle realtà che riescono più facilmente a restituirci il polso dei bisogni della popolazione. Quindi apprezzo il fatto che il Direttore Amministrativo stia lavorando per strutturare meglio questo rapporto, perché naturalmente in ambito sanitario non possiamo procedere senza regole chiare, proprio perché dobbiamo tutelare la salute delle persone. Sul tema della prevenzione concordo pienamente con quanto è stato detto, soprattutto per quanto riguarda i giovani. Abbiamo dati molto preoccupanti anche rispetto ad alcune forme di dipendenza e credo che l'attenzione alla prevenzione primaria debba essere davvero molto forte. Sull'appropriatezza prescrittiva, poi, condivido l'impostazione. Anche il Piano Sanitario e Sociosanitario già vigente individua questa direzione e credo sia giusto continuare a lavorarci. Faccio poi una domanda molto concreta, che nasce



da una richiesta personale che mi è stata fatta. Purtroppo conosco una persona in Italia alla quale è stato diagnosticato un tumore del pancreas e mi è stato chiesto se a San Marino sia disponibile un farmaco innovativo. Pongo quindi la domanda direttamente a voi, perché sappiamo purtroppo che il tumore del pancreas è una patologia per la quale la prognosi può essere molto severa e l'aspettativa di vita, in molti casi, rimane limitata. Infine condivido anche la necessità di arrivare finalmente a una normativa chiara sulla libera professione. Credo che sia uno strumento che, naturalmente nella misura adeguata alla nostra realtà, debba essere portato avanti anche per permettere alla nostra sanità di competere meglio con i territori limitrofi e offrire ulteriori opportunità. Non vorrei però ridurre tutto esclusivamente all'aspetto economico. La libera professione potrebbe essere importante anche per aumentare la casistica. Lo stesso dottor Bertolini ricordava prima che siamo una popolazione relativamente piccola e quindi, in alcune specialità, possiamo avere numeri limitati. Attrarre pazienti attraverso la libera professione potrebbe aumentare l'esperienza e la casistica dei nostri medici, contribuendo quindi anche alla crescita delle competenze professionali. Naturalmente saranno necessarie valutazioni politiche e tecniche, ma credo sia un aspetto che merita di essere considerato insieme a tutto il lavoro sulla formazione che state già portando avanti.

Dr. Alessandro Bertolini – Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie ISS: Sul farmaco innovativo per il tumore del pancreas posso dare un'informazione abbastanza precisa. Ci siamo già attivati. Il farmaco è stato approvato dall'ente regolatorio americano il 27 agosto e noi, già da giugno, avevamo chiesto ai fornitori con i quali collaboriamo per la farmacia internazionale se ci fosse la possibilità di acquistarlo. Abbiamo ricevuto una risposta favorevole l'8 settembre e successivamente tre diversi fornitori ci hanno dato disponibilità. Il problema è che si tratta di un farmaco che non è ancora stato approvato dall'EMA, cioè dall'ente regolatorio europeo, quindi non possiamo semplicemente spedirlo a un paziente fuori territorio attraverso i normali canali. Una persona può eventualmente venire ad acquistarlo qui, ma in quel caso deve sostenerne direttamente il costo e parliamo di una cifra molto elevata, circa 31.000 euro per una confezione mensile. Bisogna inoltre precisare una cosa fondamentale: non è un farmaco adatto a tutti i pazienti con tumore del pancreas. Il paziente deve presentare una specifica mutazione, che è presente in una determinata quota dei tumori pancreatici, e deve avere anche un performance status adeguato, cioè condizioni generali sufficientemente buone da permettergli di affrontare una terapia oncologica. Anche se si tratta di una terapia orale, rimane comunque una cura oncologica e non avrebbe senso somministrarla a un paziente già completamente allettato e in condizioni estremamente compromesse, perché il farmaco non avrebbe il tempo necessario per produrre un beneficio prima che la malattia progredisca ulteriormente. Va anche chiarito che non stiamo parlando di una terapia che guarisce il tumore del pancreas. È una terapia che può aumentare la sopravvivenza in una determinata linea terapeutica e in pazienti con caratteristiche molto precise. Quindi, se un paziente italiano, tedesco o proveniente da qualsiasi altro Paese europeo volesse venire a San Marino per accedere a questo farmaco, dovrebbe comunque rientrare rigorosamente nei criteri di eleggibilità previsti dall'approvazione dell'FDA americana.

Claudio Vagnini, Direttore Generale ISS: Voglio aggiungere una cosa che avrei dovuto dire prima. Domani presenteremo in conferenza stampa tutte le iniziative dell'Ottobre Rosa, con le prestazioni e le attività che verranno organizzate durante il mese. Tutte queste iniziative saranno dedicate a Mariella Mularoni e credo che sia davvero il minimo che possiamo fare. Penso che questo possa rappresentare soltanto un primo passo e che in futuro ci saranno altri momenti nei quali avremo modo di ricordarla e di riconoscerle il lavoro che ha svolto per tutti noi.

Segretario di Stato Massimo Andrea Ugolini: Il Comitato Esecutivo ha risposto in maniera molto compiuta ai quesiti che sono stati posti durante questa Commissione e ha aggiornato concretamente la Commissione rispetto agli indirizzi che erano stati dati nel febbraio di quest'anno attraverso l'ordine del giorno e il precedente riferimento svolto in Commissione Quarta. Credo che il lavoro realizzato in questi mesi sia tangibile e concreto. Sono stati messi in campo molti degli indirizzi che allora potevano



essere ancora degli auspici o delle progettualità. Diverse progettualità sono già diventate realtà e molte altre sono oggi in fase di attuazione o di esecuzione. Credo vada riconosciuta l'attività che il Comitato Esecutivo porta avanti giorno per giorno, perché anche le scelte apparentemente più semplici non sono affatto banali. Modificare un'attività organizzativa che funziona nello stesso modo da anni significa inevitabilmente cambiare uno status quo consolidato, chiedere alle persone di rimettersi in discussione e modificare abitudini professionali e organizzative, e non è mai semplice. Stiamo rimodulando progressivamente molti servizi sulla base delle esigenze della cittadinanza e di una società che cambia, nella quale cambiano i bisogni, cambiano le richieste e cambiano anche le modalità con cui le persone si rapportano al sistema sanitario. L'ISS possiede professionalità e capacità che lo mettono nelle condizioni di affrontare queste sfide e credo che questo sia un elemento estremamente qualificante e fondamentale per la tutela di tutta la cittadinanza. Naturalmente margini di miglioramento esistono sempre. Come dicevo anche nella relazione iniziale, l'innovazione tecnologica e le nuove tecnologie possono aiutarci molto anche nella quotidianità dei modelli organizzativi. C'è poi tutta la parte dell'appropriatezza delle prestazioni e delle cure, sulla quale credo che il personale sanitario, anche attraverso l'attività di formazione che viene portata avanti, stia facendo un lavoro molto importante. Le collaborazioni con l'Università di San Marino, richiamate anche dal Direttore Generale Vagnini, rappresentano sotto questo profilo un elemento molto qualificante. Il lavoro con il terzo settore è sempre più fondamentale. Abbiamo diverse associazioni che vogliono mettersi in gioco e dare un contributo concreto alle attività istituzionali dell'Istituto per la Sicurezza Sociale. Arrivano anche molte donazioni da enti e soggetti privati che vogliono contribuire ai servizi dell'ISS e sentirsi partecipi delle risposte che quotidianamente l'Istituto, attraverso tutte le proprie strutture, è chiamato a fornire. Dobbiamo quindi continuare in questa direzione. Molte opere sono già in cantiere proprio per dare un segnale tangibile nella quotidianità dei nostri assistiti. Sia io sia il Segretario Ciacci e il Comitato Esecutivo abbiamo richiamato gli interventi che nei prossimi mesi cominceranno progressivamente a vedere la luce. Alcuni riguardano servizi completamente nuovi, pensiamo soltanto all'hospice temporaneo e poi a quello definitivo che potremo realizzare grazie all'Associazione Oncologica Sammarinese. Altri sono miglioramenti di servizi già esistenti, ma sono comunque interventi che possono modificare concretamente l'approccio e il modo in cui le prestazioni vengono percepite dalla cittadinanza. La medicina territoriale credo ormai rappresenti un orientamento condiviso da tutto l'arco parlamentare e anche dal Comitato Esecutivo. È diventato evidente quanto sia fondamentale nella progettazione della sanità del futuro e quanto debba rappresentarne una vera architrave. Dobbiamo quindi continuare a dare slancio alla medicina di prossimità e su questo dobbiamo farci trovare pronti. L'ordine del giorno approvato a febbraio era molto articolato e impegnativo, ma nei prossimi mesi avremo davanti anche un altro compito fondamentale: predisporre il nuovo Piano Sanitario e Sociosanitario per il periodo successivo al 2026. Anche lì dovremo esprimere nuovi indirizzi e costruire nuove priorità, ma credo che la direzione intrapresa fino a questo momento sia quella corretta. Abbiamo ancora moltissimo lavoro da fare, ma il lavoro non ci spaventa. Dalla relazione del Comitato Esecutivo emerge chiaramente che, giorno dopo giorno, vengono messi in campo nuovi progetti, nuove progettualità e nuovi servizi che riteniamo fondamentali per la nostra cittadinanza.

Gaetano Troina (D-ML): Non voglio creare precedenti strani rispetto alle modalità del dibattito, ma vorrei fare soltanto alcune considerazioni molto brevi su quello che abbiamo ascoltato. Il Comitato Esecutivo ha risposto a tantissime domande e, naturalmente, le risposte hanno anche sollecitato ulteriori curiosità e la necessità di alcune precisazioni. Innanzitutto vorrei tornare sulla risposta dell'avvocato Canti relativa alla mia domanda sul personale sovranumerario. Preciso soltanto che il nuovo fabbisogno è stato adottato fra agosto e novembre del 2024 attraverso un Decreto Delegato, mentre io mi riferivo alla fase precedente, perché le elezioni si erano svolte nel giugno 2024. È in quel periodo che, dal nostro punto di vista, si sono verificate alcune anomalie che successivamente possono essere state sistemate proprio attraverso il nuovo fabbisogno. Lo preciso soltanto per chiarire meglio il senso della domanda che avevo fatto. Sul nuovo ospedale prendo atto del fatto che il tema debba ancora essere approfondito e che oggi non esista ancora una linea definitiva. Proprio per questo, però, mi chiedo



perché in passato siano state fatte più volte fughe in avanti su questo argomento se non eravamo ancora pronti e se non avevamo una visione sufficientemente definita. La decisione finale naturalmente spetta alla politica, ma la politica ha bisogno del supporto di chi lavora quotidianamente all'interno della struttura. Dobbiamo capire quali servizi sia indispensabile mantenere direttamente a San Marino, quali eventualmente abbia senso esternalizzare, quali possano essere ridimensionati e quali possano essere garantiti attraverso convenzioni con altre strutture. È evidente che la politica, da sola, difficilmente può stabilire in maniera corretta tutti questi elementi e ha quindi bisogno del contributo dei professionisti e della struttura tecnica. C'è poi un'altra informazione fornita dall'avvocato Canti della quale personalmente non ero a conoscenza e che, se viene effettivamente applicata, credo debba essere pubblicizzata molto meglio: mi riferisco al diritto di pratica previsto nel caso di mancata presentazione a una visita senza preventiva disdetta. Se stiamo parlando di una misura che ha sostanzialmente natura sanzionatoria, il cittadino deve essere pienamente consapevole della sua esistenza prima che venga applicata. Inoltre credo sia opportuno verificare attentamente anche la fonte normativa, perché se si tratta effettivamente di una sanzione bisogna comprendere se un semplice regolamento interno dell'ISS sia sufficiente oppure se sia necessaria una fonte normativa di rango superiore. Nel merito posso anche essere sostanzialmente d'accordo con la scelta adottata, perché è evidente che non presentarsi senza disdire produce un danno al sistema e agli altri utenti, però credo che debba essere formalizzata e comunicata nella maniera più chiara e corretta possibile.

Miriam Farinelli (Rf): Vorrei soltanto chiarire un aspetto sulla libera professione e sull'utilizzo del nostro laboratorio. Abbiamo detto che, per il cittadino sammarinese residente, se non c'è un'indicazione clinica ma vuole comunque effettuare determinati esami, si sta ragionando sulla possibilità che il laboratorio dell'ISS possa erogare quella prestazione a pagamento. Vorrei però capire anche un'altra situazione. Se un cittadino si rivolge, per propria scelta, a un medico in libera professione fuori territorio e quel medico gli prescrive degli esami diagnostici, può utilizzare comunque il nostro laboratorio pagando la prestazione oppure no? Può venire da noi con la prescrizione del professionista che ha scelto e dire: questi esami me li pago, voglio però farli nella struttura dell'ISS? Perché non possiamo pensare che tutti i cittadini debbano necessariamente rivolgersi soltanto ai nostri medici. Se una persona sceglie un professionista esterno e si assume il costo della libera professione, oggi quella prescrizione non viene trascritta dal medico di base. Ma se il cittadino è disposto a pagare direttamente la prestazione, può utilizzare la nostra struttura oppure lo obblighiamo comunque a rivolgersi fuori territorio, magari andando a fare una risonanza magnetica in una struttura privata esterna o addirittura in un container? È questo il punto che vorrei chiarire.

Manuel Canti, Direttore amministrativo ISS: Solo due cose. Parto dal diritto di pratica, anche per chiarire gli aspetti formali. Il regolamento che richiamavo prima non è un regolamento interno dell'ISS, ma un regolamento del Congresso di Stato e quindi è perfettamente coerente con l'impostazione normativa che prevede che i diritti di pratica collegati alle prestazioni degli uffici possano essere individuati anche attraverso atti del Congresso. C'è quindi una norma di rango primario che consente questo tipo di intervento e, da questo punto di vista, la misura è pienamente in linea con il quadro normativo. Come dicevo prima, non appena avremo completato l'implementazione del sistema informatico che ci consentirà di collegare la mancata presentazione dell'utente a una reportistica interna, naturalmente faremo anche un'adeguata comunicazione alla cittadinanza. È evidente che, prima di applicare concretamente il sistema, il cittadino debba essere pienamente informato dell'esistenza di questa previsione e delle conseguenze della mancata presentazione senza preventiva disdetta. Quindi, prima della partenza effettiva, faremo sicuramente una comunicazione specifica. Per quanto riguarda invece quanto diceva il commissario Farinelli, io prendo atto positivamente di questa apertura. Come Comitato Esecutivo siamo stati fino a questo momento molto cauti rispetto al tema dell'erogazione di prestazioni istituzionali a pagamento nei confronti degli assistiti ISS, però devo dire che sia dalla discussione avvenuta nella Consulta sanitaria e sociosanitaria sia dalle considerazioni emerse oggi in Commissione vedo che c'è una disponibilità a ragionare su questo tema. Quindi credo che meriti un



ulteriore approfondimento. Faremo sicuramente una riflessione all'interno del Comitato Esecutivo. Intanto partiamo dal laboratorio analisi, perché quella possibilità è già stata presentata e condivisa nei termini che abbiamo illustrato, però considero positivamente questi ulteriori spunti. Sono questioni effettivamente interessanti perché, se un assistito decide comunque di sostenere personalmente il costo di una prestazione e l'alternativa è che debba recarsi fuori territorio per effettuarla, credo sia ragionevole domandarsi se non sia preferibile, quando organizzativamente e normativamente possibile, gestire quella prestazione direttamente all'interno dell'ISS. Quindi considero questo un ulteriore elemento di riflessione e un possibile passo successivo rispetto a quanto è già stato condiviso nell'ambito della Consulta.

I lavori vengono sospesi poco prima delle 19 per trovare la convergenza su un ordine del giorno. I lavori riprenderanno alle 21:00