

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

Giovedì 26 febbraio 2026, mattina

*La seduta del mattino di giovedì 26 febbraio della Commissione IV si apre con il comma “comunicazioni”. Mirko Dolcini (Domani Motus Liberi) richiama un ordine del giorno del 12 giugno 2025 che impegnava il Congresso di Stato a riferire entro il 31 ottobre alla Commissione Quarta sulle eventuali criticità della legge 10 del 2024 sulla fibromialgia. Dolcini chiede se vi siano novità e sollecita spiegazioni sul report annunciato e sui confronti svolti. Con Matteo Casali (RF) il dibattito si sposta sul tema della sicurezza stradale. L’ennesimo incidente sulla superstrada, con un pedone investito, diventa l’occasione per una riflessione più ampia. Secondo Casali il progetto “Strade sicure” si è rivelato “un bluff”, perché la manutenzione ordinaria è stata presentata come un piano organico. Critica le scelte di spesa, citando i parcheggi alla Baldasserona e il trenino, e afferma che con quelle risorse si sarebbero potuti realizzare più sottopassi lungo la superstrada. Invoca un piano strutturale, distinto tra superstrada e viabilità ordinaria, il recupero di collaborazioni accademiche come quella con il Politecnico di Torino e la revisione delle barriere stradali. Emanuele Santi (Rete) sollecita formalmente la convocazione di commissioni per discutere i progetti di legge depositati dall’opposizione, fermi dal 4 febbraio 2025, tra cui il “Diritto all’acqua e all’energia” e quello sulle misure urgenti per la trasparenza e gli ammanchi contributivi. Santi contrappone le priorità legate alla sicurezza ad altre scelte di spesa che giudica discutibili, come il trenino di collegamento di poche centinaia di metri costato 500 mila euro, ribadendo che “piuttosto che investire in opere inutili, si destinino fondi alla sicurezza stradale”. Infine apre un ulteriore fronte, quello dell’impianto fotovoltaico di Brescia, rispetto al quale secondo il commissario permangono molti punti interrogativi.*

*Riflettori puntati, al comma 2, sull’audizione del Comitato Esecutivo ISS. Il riferimento del Segretario di Stato per le Finanze Marco Gatti si muove su due binari: da un lato il lavoro già svolto, dall’altro gli obiettivi assegnati per il 2026. Gatti parla di una revisione complessiva dei servizi finalizzata ad ampliare ed efficientare l’attività, intervenendo su fasce orarie e giornate lavorative. Cita l’accentramento delle prenotazioni, interventi sul centro vaccini, sul laboratorio analisi, sulla guardia medica, sull’endoscopia e sulla radiologia, con l’obiettivo dichiarato di superare rigidità organizzative e andare incontro alle esigenze dell’utenza, in particolare per la riduzione delle liste d’attesa. Sottolinea poi l’adozione di strumenti programmatici e regolamentari: il piano annuale per la copertura dei PDR vacanti, il piano triennale degli investimenti, il piano annuale delle forniture e un documento congiunto tra Direzione amministrativa ISS, Azienda Autonoma e Dipartimento Territorio per programmare le opere necessarie al miglior funzionamento dell’Istituto. Rivendica interventi di razionalizzazione della spesa, come la centralizzazione del trasporto protetto, la ricontrattazione delle consulenze esterne e l’esternalizzazione di servizi accessori non core, come le cucine, oltre a una maggiore attenzione al recupero crediti verso soggetti non adeguatamente seguiti in passato. Evidenzia anche l’adozione di una regolamentazione interna per la gestione di istanze e ricorsi sulle prestazioni sanitarie esterne. Passando agli obiettivi per il 2026, il Segretario chiarisce che il primo resta la riduzione delle liste d’attesa. In quest’ottica è stato richiesto di definire linee guida per migliorare l’appropriatezza prescrittiva, perché incide direttamente sulla formazione delle liste. Si dovrà proseguire nella revisione dei rapporti con professionisti e strutture esterne e implementare il progetto anziani, potenziando l’assistenza domiciliare integrata. Tra le priorità figura*



*anche il miglioramento dell'organizzazione delle visite domiciliari pediatriche. Gatti insiste sul fatto che non si debba intervenire solo sui costi ma anche sulle entrate, valorizzando la libera professione medica intramuraria nei limiti consentiti dall'attuale normativa, in attesa di eventuali interventi politici.*

*Il Segretario di Stato per il Territorio Matteo Ciacchi si concentra in particolare sulla programmazione territoriale e sulla prospettiva di una nuova struttura ospedaliera. Ricorda la delibera del 30 settembre 2025 che affida a un gruppo di progetto il compito di definire, entro sei mesi, il contenuto dell'offerta sanitaria da prevedere in caso di nuovo ospedale. L'attuale struttura, evidenzia, presenta criticità sismiche e strutturali già emerse con la necessità di interventi per l'accreditamento dei reparti, ma prima di parlare di finanziamenti o consulenze si è scelto un metodo diverso: partire da una rendicontazione puntuale di ciò che oggi l'ospedale fa, di ciò che esternalizza e di quali siano i reali fabbisogni. Solo dopo si potrà decidere "cosa vogliamo farci dentro", chiarendo scelte strategiche come, ad esempio, il mantenimento del punto nascite. "Stiamo lavorando sull'Unità Organizzativa Complessa di Oncoematologia, sulla nuova farmacia dell'Ospedale di Stato, con gare già partite, sull'Unità Organizzativa Complessa della Salute Mentale, sul servizio di lungodegenza con studio di fattibilità entro il 30 aprile 2026 e sul servizio di hospice, anch'esso con studio di fattibilità entro il 30 aprile 2026. Siamo andati recentemente in CDA per gli esecutivi e gli atti di gara dell'oncologia; per la nuova farmacia la gara è partita; per l'Unità di Salute Mentale è previsto il progetto preliminare con revisione entro il 28 febbraio 2026; per lungodegenza e hospice il piano di fattibilità entro il 30 aprile 2026" chiarisce Ciacchi.*

*Il Direttore Amministrativo Manuel Canti si collega agli interventi dei Segretari per spiegare la linea seguita sul versante organizzativo e amministrativo. La filosofia, chiarisce, è stata quella di "creare le regole del gioco prima di intervenire sulla gestione", soprattutto in materia di personale, che rappresenta oltre il 60% della spesa dell'ISS. Senza un quadro chiaro di regole, sostiene, non è possibile razionalizzare davvero. In concreto questo ha significato definire la normativa sulla mobilità, regolamentare la flessibilità – in particolare per infermieri e OSS – e predisporre un piano generale di assegnazione per sapere esattamente dove sono collocate le risorse e con quale tipologia di rapporto. È un passaggio che, sottolinea, all'ISS non era mai stato fatto in modo organico. Da qui è stato possibile adottare un piano dei concorsi e programmare il reclutamento. Resta però, a suo avviso, un tassello da completare: una disciplina organica delle modalità di copertura dei profili di ruolo, oggi non ancora strutturata come nel resto della pubblica amministrazione. Canti insiste poi sulla revisione del sistema di valutazione del personale medico, sanitario e sociosanitario. Non si tratta di un adempimento burocratico, ma di uno strumento gestionale per responsabilizzare i direttori di UOC e di dipartimento. Sul fronte dell'ottimizzazione richiama l'esternalizzazione del servizio cucine, definendolo un servizio accessorio rispetto alla mission sanitaria. L'operazione è stata preceduta da un'analisi costi-benefici e, precisa, non comporta una perdita di controllo: la qualità resta monitorata tramite strumenti contrattuali. Passando alle infrastrutture, evidenzia che i tempi sono fisiologicamente lunghi e per questo serve programmazione e monitoraggio. È stato formalizzato un accordo con l'Azienda di Stato per definire le tempistiche, oggi rispettate. Date le risorse interne limitate per la progettazione, sono state individuate priorità: al primo posto l'oncologia, con lavori previsti entro marzo e procedure semplificate per accelerare gli iter. Anche per l'hospice si sta lavorando a una soluzione transitoria conforme alle norme, in attesa dell'intervento definitivo legato al nuovo ospedale.*

*Il Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie Alessandro Stefano Bertolini ripercorre ciò che è stato fatto sul piano clinico e organizzativo. Parte da segnali simbolici ma significativi: l'ospedale è diventato ufficialmente "senza fumo" e sono state fatte rispettare regole più stringenti anche negli spazi comuni, come la mensa. Sono stati inoltre trasferiti in ospedale sia la guardia medica, per garantire maggiore integrazione con il pronto soccorso e con la farmacia h24 di Cailungo, sia il*



centro vaccini, ritenendo più sicuro collocarlo in un ambiente multispecialistico, capace di gestire eventuali emergenze. Uno dei nodi più delicati riguarda la pediatria. Bertolini spiega che una dottoressa ha lavorato fino a 67 ore settimanali per garantire la guardia notturna e che nel 2025 sono stati spesi 330.000 euro per coprire il servizio. Con un organico sotto le sette unità, una guardia attiva notturna stabile è giudicata insostenibile. Per questo si è passati alla reperibilità: dal 1° gennaio al 25 gennaio i pediatri sono stati chiamati otto volte, “una ogni tre giorni”, numeri che, secondo il direttore, non giustificano un investimento così elevato per una presenza fissa notturna. La scelta punta a liberare risorse e a rafforzare l’attività diurna. Sul fronte organizzativo sono stati banditi concorsi per otto caposala, elaborato un piano triennale degli investimenti e ridotto l’utilizzo del robot chirurgico ai soli interventi complessi, con un risparmio stimato di circa 250.000 euro per il 2026. Proprio sulle liste d’attesa Bertolini ammette che la criticità principale resta la risonanza magnetica. L’attivazione del sabato ha consentito 12 esami in più a settimana, ma non è ancora sufficiente. Si stanno studiando soluzioni ulteriori. Analogo ragionamento per l’endoscopia con un collo di bottiglia logistico legato al letto di risveglio. Si sta valutando un trasferimento temporaneo dell’attività in spazi esterni, mantenendo personale e strumentazione ISS, per aumentare la capacità di risposta. Tra le altre iniziative: l’ambulatorio per tumori eredo-familiari, la definizione di protocolli di ingaggio per grandi eventi come il Rally Legend e una rilevazione puntuale dei carichi di lavoro per capire quanto tempo i sanitari dedicano effettivamente all’assistenza rispetto alle attività amministrative. Sul piano strategico annuncia l’avvio, dal 1° marzo, di un programma di eradicazione dell’epatite C con screening di massa per i nati tra il 1973 e il 1993, definendolo un investimento in prevenzione che evita in futuro cirrosi e tumori epatici. Raggiunto un accordo rilevante con l’Emilia-Romagna per l’accesso alla loro centrale unica acquisti: l’ISS potrà approvvigionarsi attraverso il loro portale beneficiando di prezzi più vantaggiosi, superando il limite dimensionale di un piccolo Stato. Bertolini torna poi su quello che definisce “il grosso problema dell’hospice”, considerandolo una priorità assoluta per qualsiasi organizzazione sanitaria. Sottolinea che non si può più rimandare e che l’impegno deve essere condiviso da tutti, sanitari e politica. Con il Comitato Esecutivo si è valutata una soluzione transitoria, un “hospice tampone”, da realizzare con il minor costo possibile in attesa del nuovo ospedale o della definitiva riorganizzazione delle strutture. Dalla ricognizione effettuata emerge che quattro stanze dell’ex reparto Covid potrebbero essere convertite in hospice con interventi minimi, sostanzialmente l’ampliamento dei bagni, senza necessità di ristrutturazioni dei locali tecnici. Se l’Authority approverà il progetto, Bertolini ritiene realistico attivare il servizio entro metà anno. Per una popolazione di 35.000 cittadini, con circa 40 casi di terminalità seguiti lo scorso anno dalle cure palliative, quattro posti letto sarebbero sufficienti a coprire il fabbisogno.

Nel finale della seduta del mattino, spazio alle domande e alle riflessioni dei Commissari. Miriam Farinelli (RF) affronta il tema della finanza di progetto chiarendo che può essere uno strumento utile solo se resta confinato alle infrastrutture e ai servizi non core, lasciando al pubblico la piena responsabilità clinica. Chiede quindi al Comitato Esecutivo e al Segretario Gatti una posizione chiara. Mirko Dolcini (D-ML) domanda se sia già possibile quantificare i risparmi attesi, l’impatto sulle liste d’attesa e il numero di utenti che beneficeranno degli interventi. Chiede quale sarà l’effetto dell’Accordo di associazione con l’Unione Europea sull’ISS, solleva il tema dell’ambulanza notturna senza medico e vuole chiarimenti sull’effettivo utilizzo dei macchinari. Emanuele Santi (Rete) concentra l’intervento sull’aumento del contributo statale all’ISS, passato negli ultimi anni da circa 85 a 98 milioni, con prospettiva di 105. Evidenzia l’incremento della spesa sanitaria, dei medicinali e dei servizi esternalizzati e chiede quali misure si intendano adottare per contenerla, pur ribadendo che la salute è un investimento. Matteo Casali (RF) interviene poi su hospice e camera ardente, sostenendo che alcune situazioni non siano più tollerabili, e sul taglio lineare del 10% ai medici consulenti, rispetto al quale chiede le motivazioni tecniche e avverte il rischio di disaffezione in una realtà già poco attrattiva per i professionisti. Guerrino Zanotti (Libera) riconosce al Comitato di aver intrapreso la strada indicata dal Consiglio, soprattutto su riorganizzazione e liste d’attesa. Sostiene



*che prima di parlare di tagli occorra rafforzare la medicina preventiva e territoriale, potenziando medici di base, infermieri di famiglia e centri sanitari, così da ridurre l'accesso improprio all'ospedale e migliorare appropriatezza e qualità.*

*I lavori vengono sospesi alle 12.30. Riprenderanno alle 14.00.*

## **Comma 1 - Comunicazioni**

**Mirko Dolcini (D-ML):** Faccio riferimento ad un ordine del giorno del 12 giugno 2025 che impegnava il Congresso di Stato, su mandato del Consiglio Grande e Generale, a riferire entro il 31 ottobre 2025 alla Commissione Quarta in merito ad eventuali proposte e criticità relative alla legge 10 del 2024 recante norme per la tutela della fibromialgia. La Commissione è stata poi convocata il 27 novembre. In quella sede il Segretario alla Sanità aveva indicato che avrebbe predisposto un report sulla situazione alla prima Commissione utile successiva all'8 gennaio, data entro la quale erano previsti ulteriori approfondimenti, quindi un tavolo di lavoro e un report adeguato. Oggi siamo a febbraio, questa è la prima Commissione utile, ma di fatto nell'ordine del giorno non emerge alcun riferimento sul punto. Chiedo pertanto se vi siano novità e per quale motivo non sia stato portato, come proposto e come indicato nell'ordine del giorno, almeno un accenno sulla problematica della normativa in materia di fibromialgia, nonché sugli eventuali confronti svolti e sul report annunciato.

**Matteo Casali (RF):** Mi pongo in scia a quanto appena detto dal Commissario Dolcini perché anche noi dobbiamo rilevare che l'aspetto della fibromialgia è un tema sul quale sono stati assunti degli impegni precisi e rispetto ai quali ci aspettiamo che vi sia coerenza. Evidenzio inoltre che abbiamo appreso dai giornali che la legge sulla famiglia è stata depositata: se n'era parlato in Commissione congiunta con la promessa di essere convocati per discuterne, e invece ci ritroviamo il testo già depositato. Dico "come al solito" perché purtroppo ne abbiamo viste parecchie di situazioni in cui vengono fatte promesse di confronto e poi il confronto non avviene. Fatte queste due notazioni iniziali, vorrei sottoporre all'Aula una serie di considerazioni su quella che a mio avviso è un'emergenza sottaciuta, che ci portiamo dietro da tempo, che ha a che fare con il territorio, con la sicurezza e, di rimbalzo, anche con la sanità. Mi riferisco alla sicurezza stradale, un'emergenza rispetto alla quale, al di là degli spot propagandistici, non si è fatto fronte negli ultimi anni. Colgo l'occasione dell'ennesimo incidente sulla superstrada, che ha visto coinvolti un pedone e un veicolo, per rivolgere un pensiero alla persona coinvolta e per dire che questo episodio deve farci riflettere definitivamente. L'incidente è avvenuto laddove fino a pochi giorni fa campeggiava il cartello "Progetto strade sicure", che si è rivelato un bluff: si è spacciata la sacrosanta manutenzione stradale per un progetto organico sulla sicurezza. Ho massima stima negli attuali vertici dei settori dell'Azienda e mi auguro che vi siano occasioni di approfondimento, ma resta il fatto che la sicurezza stradale è scomparsa dai radar ed è stata utilizzata prevalentemente a fini propagandistici. Oggi assistiamo a investimenti che ritengo discutibili, come i parcheggi alla Baldasserona, con una spesa di un milione e ottocentomila euro, oltre al mezzo milione per il trenino: con due milioni e trecentomila euro si sarebbero potute realizzare almeno tre o quattro opere di sottopasso lungo la superstrada. Il tema della superstrada è stato studiato nel tempo: ricordo concorsi di idee sull'attraversamento, si parlava di sovrappassi, mentre i sottopassi erano guardati con diffidenza per il presunto degrado. Eppure abbiamo esempi recuperati brillantemente, come a Dogana e a Borgo. Occorrerebbe varare un piano attuativo dedicato, che consideri tutti gli aspetti, a partire da quelli geometrici. Ricordo la collaborazione avviata con il Politecnico di Torino tramite la Società Italiana Infrastrutture Viarie, poi abbandonata. Occorre intervenire su viabilità, intersezioni veicolari e pedonali, barriere stradali, alcune delle quali sono state causa di decessi. Vi era stato un primo abboccamento tra l'Azienda e l'Università di Firenze per la progettazione di barriere biker friendly o storiche, ma le azioni attuali si sono limitate a interventi spot, come la barriera all'ingresso di Dogana, che a mio modo di vedere presenta criticità anche dal punto di vista dell'illuminazione. Va inoltre riformato l'assetto degli





strumenti: l'Azienda Autonoma per i Lavori Pubblici è depotenziata nell'autonomia finanziaria, il gruppo sicurezza stradale opera su input esterni ed è poco proattivo, le Giunte di Castello hanno poteri sulla carta che poi non riescono a esercitare, e spesso si interviene tramite istanze d'Arengo installando strumenti di deterrenza privi di reale efficacia. Abbiamo un bollettino di guerra che si ripresenta e non è più accettabile. Serve un approccio progettuale strutturale, con due linee distinte, una per la superstrada e una per la viabilità ordinaria, riprendendo i rapporti con la Società Italiana Infrastrutture Viarie e correggendo interventi discutibili come l'illuminazione all'ingresso della Repubblica, che a mio giudizio presenta problemi di abbagliamento e omogeneità. Occorre superare la ritrosia verso i sottopassi, destinare fondi per attraversamenti pedonali sicuri, anche con opere prefabbricate, eliminando i passaggi a raso nei punti strategici. E contemporaneamente evitare marciapiedi preelettorali dipinti sulla strada, come avvenuto prima dell'ultima tornata elettorale. Infine vi è il dato culturale: più che moltiplicare autovelox messi uno a cento metri dall'altro, occorre una comunicazione pervasiva, educazione stradale nelle scuole e responsabilità nel linguaggio pubblico. Mi riferisco all'ultimo incidente che ha visto coinvolto, pare, un campione di Formula 1 a San Marino: qui, dopo 140 metri di frenata, così riportano i giornali, abbiamo letto elogi su Facebook da parte di un Segretario di Stato. Anche questo aspetto culturale è fondamentale.

**Emanuele Santi (Rete):** Innanzitutto le rivolgo una richiesta che poi formalizzerò anche via e-mail in maniera ufficiale, perché in Ufficio di Presidenza, insieme ai Capigruppo sia di maggioranza sia di opposizione, ci si era presi l'impegno di convocare a breve delle commissioni ad hoc per discutere i progetti di legge depositati anche dall'opposizione. Se guardiamo, vi sono diversi PDL depositati in prima lettura che attendono il passaggio in commissione e riguardano varie materie, quindi andranno assegnati a commissioni diverse, sia agli Esteri sia alla Terza. Per quanto riguarda la Commissione Quarta, rilevo che sono giacenti per la discussione dal 4 febbraio 2025, data di deposito, il progetto di legge "Diritto all'acqua e all'energia" presentato da Rete e il PDL, sempre depositato dal mio gruppo il 4 febbraio 2025, relativo alle misure urgenti per la trasparenza e gli ammanchi contributivi; progetti poi discussi nell'estate ma che attendono ancora l'esame compiuto in commissione. Noi crediamo che su temi così importanti anche le proposte dell'opposizione siano meritorie di approfondimento; poi politicamente la maggioranza può decidere se respingere, accogliere parzialmente o accogliere in toto, ma non è giusto lasciarli giacenti per mesi o anni senza una risposta, che sia un sì o un no. L'invito è quindi a convocare a breve, considerato che oggi trattiamo, e probabilmente domani concluderemo, un progetto di legge depositato dalla Segreteria di Stato: comprendo che governo e maggioranza debbano portare avanti le proprie idee, ma il progetto di legge presentato dal Segretario è stato portato in Consiglio a febbraio e già oggi, 26 febbraio, cinque giorni dopo, siamo in commissione a discuterlo, con una evidente rapidità. Vengo al tema della sicurezza stradale, già richiamato da altri colleghi. Il problema serio è che se ne parla sempre dopo l'investimento di turno, purtroppo di una persona; poi tutto cade nel dimenticatoio e se ne riparerà quando accadrà un altro caso. È evidente che abbiamo una strada a quattro corsie dove si corre troppo, e qui dobbiamo fare una grossa ammenda tutti noi automobilisti. Si corre troppo sulla superstrada, ma anche su altre strade, e su una strada dove si corre troppo insistono passaggi pedonali a raso: è un cocktail che diventa esplosivo. A Serravalle è stato realizzato un passaggio sopraelevato; a Domagnano, dove è avvenuto il fatto, si è messo mano alla viabilità con una rotonda qualche metro più in là ma non si è pensato ai pedoni, lasciando l'attraversamento a raso. A mio avviso lì, come in altri punti, occorre dotare la superstrada di passaggi sopraelevati o sottopassi. Sarà una spesa onerosa, ma la fattibilità esiste; lo spazio, ad esempio a Domagnano, c'era. Invece si spendono risorse in opere che ritengo inutili, come il trenino che collega il piazzale dell'ex stazione ai bagni pubblici e alla galleria, 200 metri per 500 mila euro. Piuttosto che investire in opere inutili, si destinino fondi alla sicurezza stradale. Faccio infine un accenno al tema del fotovoltaico e dell'impianto di Brescia. Dopo la commissione estiva in cui è stato illustrato il progetto, abbiamo chiesto approfondimenti che sono arrivati e che abbiamo studiato; alla luce di quanto emerso, molti interrogativi restano e devono essere fugati. Abbiamo acquistato un impianto ancora tutto da costruire, che non sarà pronto nel breve; ci è stato detto che si ripagherà in quattro o



cinque anni, ma dai nostri calcoli non prima di vent'anni. È un impianto lontano da San Marino, con costi di manutenzione e gestione elevati; è stata acquistata una società già “impacchettata”, pagata oltre un milione di euro, che avrebbe dovuto avere tutte le autorizzazioni, ma di fatto oggi non abbiamo nulla in mano e non sappiamo né quando partirà né quali saranno i costi effettivi. Il Piano energetico nazionale indicava la necessità di sviluppare il fotovoltaico all'interno della Repubblica o eventualmente fuori con modalità diverse, non costituendo una società per un impianto non ancora realizzato. Ritengo quindi necessario che in questa commissione si apra un dibattito alla luce dei documenti ricevuti, per sciogliere e chiarire i dubbi che permangono.

## **Comma 2 - Audizione del Comitato Esecutivo ISS**

**Segretario di Stato Marco Gatti:** Anticipo che per problemi di salute non potrà essere presente il Direttore Generale, però abbiamo condiviso in questi giorni ciò che è opportuno portare all'attenzione della Commissione rispetto a questi primi mesi di insediamento del nuovo Comitato Esecutivo. Parto quindi dalle attività che sono state poste in essere, alcune già realizzate, altre in corso di avanzamento, fino ad arrivare agli obiettivi che il Congresso di Stato ha assegnato al CE per il 2026, in coerenza con l'ordine del giorno approvato nel gennaio 2025. È stato fatto un lavoro sulle linee di intervento e sugli indirizzi dati dalla politica al CE, in continuità e nel rispetto di quell'ordine del giorno. Partirei dagli interventi attuati in questi mesi proprio a seguito delle indicazioni politiche trasferite. Faccio un ragionamento schematico partendo dalla riorganizzazione dei servizi, che ha visto un'attività significativa sul servizio di pediatria, che poi sarà meglio spiegata dai Direttori, ma anche una rivisitazione complessiva in termini di ampliamento ed efficientamento, agendo sulle fasce orarie e sulle giornate lavorative, quindi una riorganizzazione dei servizi dell'Istituto per la Sicurezza Sociale. Faccio alcuni esempi: l'accentramento di tutte le prenotazioni, interventi sul centro vaccini, sul laboratorio analisi, sulla guardia medica, sull'endoscopia e sulla radiologia, proprio per superare rigidità di orari e giornate e andare incontro alle esigenze dell'utenza, in particolare per la riduzione delle liste d'attesa. Si è intervenuti anche sull'adozione di regolamenti e documenti di programmazione: il piano annuale per la copertura dei PDR definitivamente vacanti, il piano triennale degli investimenti, il piano annuale delle forniture e somministrazione di beni e servizi e un documento congiunto tra la Direzione amministrativa dell'ISS, l'Azienda Autonoma e il Dipartimento Territorio per la programmazione delle opere necessarie al miglior funzionamento dell'Istituto. Sono stati fatti interventi di razionalizzazione della spesa, con la centralizzazione del servizio di trasporto protetto, la ricontrattazione delle consulenze esterne, l'esternalizzazione di alcuni servizi accessori non core business, come il servizio cucine, e un'attenzione particolare all'attività di recupero crediti nei confronti di soggetti, enti o società private che non erano particolarmente seguiti. È stata adottata una regolamentazione interna per la gestione delle istanze e dei ricorsi in materia di prestazioni sanitarie esterne. Per quanto riguarda la gestione del personale medico, sanitario e sociosanitario, sono state attivate regolamentazioni sul processo di valutazione del personale, sulla mobilità volontaria e d'ufficio, sono stati definiti accordi con le organizzazioni sindacali funzionali all'efficientamento dei servizi ed è stata avviata la revisione del quadro normativo relativo alla valorizzazione delle prestazioni lavorative della dirigenza medica, tramite la Commissione mista con le organizzazioni sindacali e il provvedimento generale delle assegnazioni dell'ISS. Attraverso il protocollo con il Centro di Formazione Professionale sono stati avviati corsi di qualificazione per il reperimento di personale quale operatore sanitario e sociosanitario, autista soccorritore, autista per il trasporto protetto e necroforo. Queste sono le principali attività a cui il CE si è dedicato in questi primi mesi. Per quanto riguarda gli obiettivi assegnati per il 2026, in continuità con quanto fatto finora, il primo è la riduzione delle liste d'attesa. È stato richiesto di definire linee guida operative per migliorare l'appropriatezza prescrittiva, che incide sulla formazione delle liste. È stato chiesto di continuare la revisione e razionalizzazione dei rapporti di collaborazione professionale e con strutture esterne, lavoro già avviato ma da perfezionare entrando più nel merito. È stato assegnato l'obiettivo di



implementare il progetto anziani, anche tramite il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata, e di continuare a migliorare l'organizzazione delle visite domiciliari pediatriche a seguito dell'intervento già posto in essere. Abbiamo chiesto di non lavorare solo sui costi ma anche sulle entrate, valorizzando la libera professione medica intramuraria, per quanto già possibile, in attesa di eventuali interventi normativi di competenza politica. Tra gli obiettivi vi è anche l'implementazione del quadro dei rapporti convenzionali con le associazioni di volontariato, che rappresentano una risorsa per integrare l'attività dell'ISS e favorire al meglio l'utenza. È stato indicato di supervisionare il nuovo processo di valutazione della dirigenza medica, con obiettivi assegnati a cascata, dal Governo al CE e dal CE ai dirigenti, fino a tutta la struttura, affinché si lavori nella medesima direzione, primo fra tutti la riduzione delle liste d'attesa. Ulteriori obiettivi riguardano l'utilizzo della firma elettronica per implementare il fascicolo sanitario elettronico, la predisposizione del bilancio sociale dell'Istituto a partire dal bilancio 2025, quale strumento di trasparenza sull'impiego delle risorse e sui servizi erogati, e l'allineamento all'acquis comunitario in vista dell'Accordo di Associazione, che avrà impatti anche sull'organizzazione e sulla normativa dell'Istituto per la Sicurezza Sociale.

**Segretario di Stato Matteo Ciacchi:** Il Comitato Esecutivo dell'ISS, che qui è ben rappresentato, credo debba trovare in questi momenti in Commissione uno spazio particolarmente importante, perché, come già detto dal collega, ci consentono di aprire uno spaccato ad ampio raggio su tutta l'attività svolta dall'Istituto, sui cambiamenti in corso e sulle necessità sulle quali evidentemente dobbiamo intervenire. Io farò un riferimento più legato alle iniziative sul territorio. Partiamo dall'impostazione che abbiamo sempre dato e che ho condiviso con piacere con il Governo, con la maggioranza e soprattutto con il Comitato Esecutivo. Abbiamo adottato il 30 settembre 2025 la delibera numero 19 che, in linea di massima, ha dato un mandato molto preciso: attivare un gruppo di progetto che entro sei mesi dovrà predisporre il contenuto dell'offerta che potremmo mettere in campo nell'ipotesi di realizzazione di una nuova struttura ospedaliera. Come ben sapete, ci siamo sempre confrontati sull'opportunità di una nuova struttura, perché quella attuale presenta criticità sia dal punto di vista sismico sia strutturale, tanto che siamo dovuti intervenire con un decreto nei mesi scorsi per consentire l'accreditamento dei reparti, sviluppando piani di recepimento di modifiche strutturali per superare alcune criticità. Ma ovviamente questo non basta. Prima di partire con consulenze, strategie, piani di fattibilità e soldi spesi in maniera che ritengo poco consona, abbiamo scelto un metodo diverso, e qui ringrazio il Comitato Esecutivo per aver sposato pienamente questa linea: fare una rendicontazione di ciò che oggi la nostra struttura ospedaliera fa in termini di servizi, di ciò che abbiamo al nostro interno e di ciò che già oggi facciamo fuori, attraverso accordi con le cliniche private del territorio e collaborazioni con i territori limitrofi. Questo significa definire il contenuto della eventuale nuova struttura ospedaliera, che io ritengo necessaria, ma prima va chiarito cosa vogliamo farci dentro. Dobbiamo sapere cosa abbiamo oggi, cosa esternalizziamo, cosa convenzioniamo e poi fare delle scelte. Faccio un esempio concreto: il punto nascite è una vocazione che il nostro Paese vuole mantenere? Sappiamo quali sono i numeri, i costi e la scelta politico-strategica che intendiamo fare. Sulla base di questo si definisce poi la struttura fisica e gli stanziamenti. In passato si faceva il contrario: prima si cercavano consulenti per trovare i soldi per un progetto senza sapere che ospedale volevamo, se con 120 posti letto come oggi o con una diversa configurazione. Questo mi sembra un modo corretto per partire e non significa perdere tempo. Abbiamo quindi costituito un gruppo di lavoro che sta predisponendo questa rendicontazione e sarà importante capire a che punto siamo, perché racconteremo al Paese come funziona oggi il nostro ospedale, cosa facciamo a Cailungo, cosa affidiamo alla Domus Medica, cosa alle strutture private e quali sono i reali fabbisogni. Il lavoro sul territorio non si ferma qui. Questa è programmazione e visione, ma senza perdere altro tempo e senza disperdere risorse come accaduto negli anni passati. Stiamo andando avanti con una serie di interventi concreti. Tralascio il Centro Sanitario di Borgo Maggiore, che è un cantiere in essere e dovrebbe concludersi entro fine anno, consentendo la ricollocazione di pazienti oggi presenti presso l'ISS. Stiamo lavorando sull'Unità Organizzativa Complessa di Oncoematologia, sulla nuova farmacia dell'Ospedale di Stato, con gare già partite,



sull'Unità Organizzativa Complessa della Salute Mentale, sul servizio di lungodegenza con studio di fattibilità entro il 30 aprile 2026 e sul servizio di hospice, anch'esso con studio di fattibilità entro il 30 aprile 2026. Siamo andati recentemente in CDA per gli esecutivi e gli atti di gara dell'oncologia; per la nuova farmacia la gara è partita; per l'Unità di Salute Mentale è previsto il progetto preliminare con revisione entro il 28 febbraio 2026; per lungodegenza e hospice il piano di fattibilità entro il 30 aprile 2026. Ci sono impegni puntuali. Chiudo con un riferimento alla medicina di base. Il lavoro sul Centro Sanitario di Borgo è particolarmente importante. Dovremo compiere una scelta anche rispetto alla roadmap del Centro Sanitario di Murata, struttura che presenta criticità rilevanti. Esiste un progetto e sono state stanziare risorse, ma stiamo valutando tecnicamente l'avanzamento o eventuali soluzioni più funzionali. Oltre al nuovo ospedale e alla centralizzazione a Cailungo, dobbiamo puntare su una medicina di base e su una decentralizzazione che oggi è vista come medicina di prossimità, non obsoleta ma moderna e prospettica.

**Direttore Amministrativo Manuel Canti:** Mi ricollego ad alcuni temi trattati dal Segretario Gatti per spiegare la filosofia dell'intervento che riguarda più direttamente il mio settore di competenza, cioè l'area amministrativa. Come diceva il Segretario, uno degli ambiti sui quali abbiamo ritenuto di concentrarci è stato quello di creare le regole del gioco prima di intervenire sulla gestione e sulla riorganizzazione. Una parte che probabilmente mancava, in particolare con riferimento alla gestione del personale, che rappresenta una quota estremamente rilevante della spesa sanitaria e sociosanitaria: il personale incide per oltre il 60% della spesa dell'ISS, quindi è la voce assolutamente predominante. Qualsiasi intervento di razionalizzazione implica una revisione del quadro di gestione del personale che sia chiaro e definito, per consentire ai direttori di UOC e ai direttori di dipartimento di ottimizzare l'utilizzo di questa risorsa. Prima di tutto quindi un quadro complessivo di gestione del personale. In concreto questo si è tradotto nella definizione della normativa sulla mobilità, nella regolamentazione della flessibilità – che riguarda in particolare il personale infermieristico e OSS, più fungibile tra le sottostrutture organizzative – e nella definizione di un piano generale di assegnazione, comprendendo esattamente dove sono allocate le risorse professionali e con quale tipologia di rapporto. È un passaggio che all'ISS non era mai stato fatto in modo organico. Solo partendo da questo quadro preliminare si possono predisporre documenti di programmazione seri: una struttura come l'ISS deve avere documenti di programmazione, perché le risorse vanno allocate nel tempo, secondo priorità, anche in relazione ai piani di reclutamento. Avere una fotografia definita dell'assetto attuale ha consentito di adottare e pubblicare un piano dei concorsi, per programmare le attività di reclutamento. Ritengo che manchi ancora un intervento per completare questo quadro: la disciplina delle modalità di copertura dei profili di ruolo. Mentre l'amministrazione pubblica ha già da alcuni anni procedure definite, l'ISS non dispone ancora di un quadro organico che regoli come si coprono i profili e come si reclutano le risorse. Questo è un ulteriore aspetto che dovrà essere oggetto di intervento. Anticipo poi un tema che considero rilevante per potenziare la flessibilità nella gestione del personale infermieristico: l'attuale sistema, pur avendo introdotto elementi migliorativi rispetto al passato, è ancora troppo rigido. Abbiamo già avviato un confronto con le organizzazioni sindacali per rivedere gli ambiti funzionali e consentire una mobilità più spinta. Non significa ridurre servizi o personale, ma ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Per farlo serve una mobilità più ampia rispetto a quella attualmente consentita. Un altro pacchetto importante riguarda la revisione delle norme sulla valutazione del personale medico, sanitario e sociosanitario. Anche qui è stato colmato un vuoto rispetto ad altri ambiti del settore pubblico allargato. Sono state adottate le schede di valutazione e verrà avviata l'attività valutativa. Non si tratta di meri adempimenti burocratici: non è una questione di attribuire un punteggio, ma di fornire strumenti di gestione ai direttori di UOC e ai direttori di dipartimento. Gli obiettivi e le schede servono a orientare comportamenti e condotte in funzione delle esigenze aziendali. Il lavoro sulla dirigenza medica è stato ancora più significativo: non si è intervenuti solo sugli item di valutazione, ma si è voluto consentire ai direttori di indirizzare e valorizzare la prestazione del personale medico sulla base delle esigenze dell'azienda. La ricalibrazione della retribuzione di risultato è funzionale a questo. Sono stati sviluppati concetti già presenti nella legge di





riforma della dirigenza medica: gli incarichi, anche quelli professionali e non solo quelli gestionali, non sono automatismi ma incarichi a tempo, soggetti a valutazione periodica. Anche questo diventa uno strumento per incidere sulla qualità della prestazione. Non sono esercizi burocratici, ma strumenti per responsabilizzare la dirigenza nella gestione delle risorse umane e nel raggiungimento degli obiettivi. Accanto agli strumenti normativi sono state introdotte iniziative formative e informative, perché la consapevolezza delle responsabilità gestionali non è sempre diffusa in ambito sanitario. Le norme devono tradursi in azioni concrete, altrimenti rimangono enunciazioni. Sul versante dell'ottimizzazione, è stato richiamato il percorso di esternalizzazione delle cucine. Si tratta di servizi accessori, non qualificanti la mission sanitaria dell'ISS. È stata fatta un'analisi costi-benefici e di qualità del servizio, con un passaggio negli organismi competenti e un confronto anche nell'ambito del settore pubblico allargato. L'obiettivo è una razionalizzazione senza intaccare la qualità. L'esternalizzazione non significa perdita di controllo: al contrario, vi sono strumenti contrattuali di controllo, penali, possibilità di recesso e di adeguamento della prestazione. Il controllo sulla qualità rimane in capo alla struttura pubblica. Non è una dismissione del servizio, ma una diversa modalità di erogazione. Questo è un chiarimento importante, perché spesso si associa l'esternalizzazione a una diminuzione della qualità, ma non è così in automatico: dipende da come viene gestito il contratto e monitorata la prestazione. Su questi aspetti abbiamo lavorato e continueremo a lavorare per rendere la struttura più efficiente, mantenendo la qualità dei servizi e dotando la dirigenza degli strumenti necessari per governare davvero le risorse umane, che restano il cuore dell'ISS. Dal punto di vista più amministrativo e organizzativo, l'intervento è stato quello di individuare una maggiore responsabilizzazione delle figure dirigenziali con riferimento all'utilizzo delle risorse, quindi una maggiore consapevolezza rispetto all'impiego di personale, attrezzature, approvvigionamenti di beni e funzioni, consulenze, quindi risorse materiali e strumentali e, naturalmente, risorse umane. Ogni singola voce è stata oggetto di attenzione e, anche qui, in collaborazione con il Direttore Bertolini, è stato avviato un percorso importante di monitoraggio e conseguente responsabilizzazione delle figure direttive dell'ISS. Mi riallaccio al tema delle infrastrutture citato dal Segretario Ciacci. È evidente che i tempi di realizzazione delle opere infrastrutturali sono tempi fisiologici: non si realizzano interventi di questo tipo in cinque o sei mesi. Proprio per questo è fondamentale effettuare una programmazione, un monitoraggio delle tempistiche e una verifica del rispetto delle scadenze assunte. Anche in questo ambito, anziché procedere con un coordinamento non formalizzato, è stato sottoscritto un accordo puntuale con l'Azienda di Stato, che monitoriamo costantemente, in particolare con l'area preposta alla progettazione e direzione lavori dell'ospedale e delle strutture sanitarie. L'accordo prevede tempistiche definite che, allo stato, stiamo rispettando. Poiché le risorse interne dedicate alla progettazione sono limitate – parliamo di una o due unità – abbiamo individuato delle priorità. È stata posta al primo posto l'oncologia, che rappresentava una situazione pendente da tempo: i lavori partiranno entro marzo. Sono state approvate tutte le procedure e sono state utilizzate procedure semplificate che consentono anche affidamenti diretti quando si tratta di opere di rilevante interesse pubblico, con una riduzione significativa dei tempi di approvazione delle pratiche edilizie. Sono stati utilizzati tutti gli strumenti che l'ordinamento mette a disposizione per velocizzare le opere pubbliche. Gli altri interventi, per i quali è stato definito un calendario delle fasi progettuali, risultano nei tempi programmati. Un intervento particolarmente sensibile è quello relativo all'hospice. Anche in questo caso, con la nomina del nuovo dirigente dell'autorità competente, si è cercato di individuare soluzioni che consentano di abbreviare al massimo i tempi di realizzazione, prevedendo un intervento in via transitoria, comunque pienamente conforme alle normative di settore, in attesa dell'intervento definitivo legato alla realizzazione del nuovo ospedale. Su questo il Direttore Bertolini potrà fornire ulteriori dettagli. Sempre in tema di progettazione, è stato predisposto, dalla Direzione amministrativa in collaborazione con il Dipartimento Territorio, un bando per individuare sinergie pubblico-private con riferimento all'ampliamento dell'offerta assistenziale per le residenze anziane. Non si tratta di una mera manifestazione di interesse: il bando struttura già gli elementi che definiranno il rapporto pubblico-privato, ferma restando una successiva fase di trattativa di dettaglio. Si tratta di modelli che ritengo opportuno sperimentare, già utilizzati in modo più strutturato in altri ordinamenti. L'obiettivo



è individuare una remunerazione dell'intervento privato che sia equa e bilanciata rispetto ai livelli di prestazione, ma per infrastrutture di rilievo è necessario iniziare a utilizzare questi strumenti. Per quanto riguarda il nuovo ospedale, sono stati ripresi i documenti già prodotti in passato, che risultano ancora attuali in quanto contenevano uno studio di fattibilità preliminare e un'analisi dei servizi cedibili nell'ambito della finanza di progetto. A partire da quello studio, abbiamo incaricato l'azienda di rivederlo, riducendo alcune previsioni di servizi che sono state ritenute eccessive rispetto alle esigenze della nostra realtà. Una volta completata la revisione dello studio di fattibilità, occorre impostare la parte normativa del bando. L'obiettivo è rispettare le tempistiche indicate, tra marzo e aprile, per l'emissione del bando relativo al nuovo ospedale. Una tempistica certa per l'individuazione del contraente e per l'avvio dei lavori consente di effettuare una programmazione medio tempore. Non è razionale effettuare investimenti di rilevante entità su parti della struttura che, secondo lo studio di fattibilità, saranno le prime a essere demolite. L'esempio delle cucine è significativo: la messa a norma avrebbe comportato un impegno di 450-500 mila euro su un'ala dell'ospedale destinata alla demolizione nella prima fase del nuovo progetto. Non possiamo destinare risorse a interventi di questo tipo senza una visione complessiva. Non significa sospendere le attività manutentive in attesa del nuovo ospedale, ma calibrarle tenendo conto delle tempistiche della nuova struttura. Questo è l'approccio che riteniamo corretto adottare in materia di infrastrutture.

**Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie Alessandro Stefano Bertolini:** Io posso raccontare, con la condivisione del Direttore Generale Claudio Vagnini, quello che dal punto di vista squisitamente sanitario abbiamo fatto in questi mesi. Faccio degli esempi. Siamo riusciti a trasformare l'ospedale in un ospedale senza fumo, ed è una novità per questo ospedale. Lo anticipo alla politica perché la Polizia Civile ci ha chiesto un incontro per capire le modalità di ingaggio per far sì che la popolazione e i dipendenti osservino la legge del 2008, che prevede addirittura sanzioni pecuniarie per chi venga trovato a fumare negli ambienti dell'ospedale. Dal punto di vista sanitario abbiamo deciso che l'ospedale debba diventare e restare un luogo dove non si fuma. Abbiamo reso i locali della mensa off limits per chi non abbia un abbigliamento consono ad andare a mangiare in mensa e quindi si è vietato l'utilizzo dei camici e delle divise, cosa che invece era normalmente fatta. Abbiamo trasferito la guardia medica in ospedale. La guardia medica aveva sede a Murata e, visto che Murata è prossima a diventare cantiere, tutto ciò che è a Murata nel prossimo futuro sarà trasferito in ospedale. Si è deciso di anticipare la presenza della guardia medica perché l'unica farmacia aperta h24 in Repubblica è la farmacia di Cailungo, sita in ospedale, e questo trasferimento rende più comodo l'accesso del cittadino alla farmacia e mette un medico in più nei paraggi del pronto soccorso in caso di gravi emergenze. Abbiamo spostato i vaccini in ospedale. In un mondo normale, i vaccini difficilmente sono in una struttura ospedaliera, ma sono in un ambiente sanitario multispecialistico dove, in caso di emergenza, vi è la pronta disponibilità di più clinici. Il nostro centro vaccini era situato all'Azzurro, con la presenza di un unico medico addetto alle vaccinazioni, che non ha capacità rianimatorie in caso di urgenza, soprattutto pediatrica. Abbiamo ritenuto questa situazione a rischio e a novembre abbiamo trasferito i vaccini in ospedale. Abbiamo messo mano al problema della pediatria. Il problema va spiegato bene, perché ho letto sui giornali commenti e raccolte firme che non tengono conto di tutti i risvolti. Nel mese di dicembre una dottoressa della pediatria ha lavorato 67 ore alla settimana per garantire la guardia pediatrica notturna. Parte di queste ore sono state riconosciute come lavoro straordinario con un gettone, ma a me, dal punto di vista di direttore sanitario, poco importa se quel lavoro è stato fatto in ambito istituzionale o straordinario: quello che mi preoccupa è che ha lavorato 67 ore alla settimana. E lo ha fatto anche nei mesi precedenti. In Italia la legge 161 vieta al dirigente medico di lavorare oltre le 48 ore settimanali e questa norma ha anche un significato medico-legale e assicurativo. Nel momento in cui vi fosse un sinistro, il medico potrebbe rivendicare il fatto di essere stato sotto stress lavorativo e la catena di responsabilità ricade sul primario, poi sul direttore di dipartimento, sul direttore sanitario e sul direttore generale. Oltre a questo, per coprire la guardia notturna pediatrica nel 2025 abbiamo investito 330.000 euro. Non poche decine di migliaia, ma 330.000 euro, che equivalgono, uno per l'altro, a quattro medici assunti. Questa



cifra è ripartita per il 60% a consulenti esterni e per il 40% alle dottoresse interne che lavorano 67 ore a settimana. Con un organico che non raggiunge sette unità, pensare a una guardia attiva ordinaria notturna è impossibile. Si deve fare ricorso allo straordinario, ai gettonisti e a sistemi tampone, soprattutto quando uno dei clinici è in malattia o in ferie. È una situazione insostenibile. La trasformazione della guardia notturna in reperibilità libera il clinico dal debito delle 38 ore settimanali. Se viene chiamato, riceve il rimborso straordinario previsto dal contratto. Questo consente di liberare risorse e, se i pediatri non lavorano di notte, possono lavorare di più di giorno. L'attività è partita il 1° gennaio e la stiamo rodando. Perché l'organizzazione sia perfetta si è dovuto coinvolgere la Guardia Medica, che come in Italia si fa carico della risposta ai bisogni dell'utente di qualsiasi età, e il Pronto Soccorso, che è il punto di raccolta dell'eventuale bisogno pediatrico notturno in attesa dell'arrivo del pediatra da casa o dal reparto. Nel periodo 1°-25 gennaio i pediatri sono stati chiamati otto volte in 25 giorni. Una ogni tre giorni, meno rispetto ai dati del 2025 su un range temporale più ampio. E spesso in passato l'accesso pediatrico notturno era automatico anche per necessità non reali. Otto interventi ogni 25 giorni non giustificano, dal punto di vista economico, un investimento di 3.000 euro di denaro pubblico per una visita notturna ogni tre giorni. Abbiamo bandito una serie di concorsi importanti. Nomineremo otto caposala. Su 370 infermieri, una ventina si è messa in discussione, ha studiato e ha partecipato ai concorsi. Non è una grossa proporzione, ma abbiamo 20 professionisti di grande qualità che hanno fatto ottimi esami. Abbiamo elaborato un piano triennale degli investimenti. Abbiamo ridotto l'uso del robot chirurgico. Ogni intervento comporta un consumo di materiale di 4.200 euro. In Italia il rimborso robotico è consentito solo per determinati interventi. Abbiamo deciso che il robot debba essere utilizzato solo per interventi complessi. Questo produce un risparmio stimato di circa 250.000 euro per il 2026. Abbiamo attivato formalmente la Breast Unit dell'ISS. Da anni esiste un gruppo che si occupa di tumore della mammella. In Italia servono determinati standard numerici. Abbiamo un chirurgo che supera i 50 interventi annui richiesti dagli standard. Abbiamo deciso di riconoscere formalmente la Breast Unit. Entro fine mese sarà licenziato il PDTA aggiornato. Abbiamo individuato un unico centro PET di riferimento per l'ISS, con un risparmio di 180.000 euro sullo storico. Abbiamo istituito il CUP unico, inglobando radiologia e neurologia, per monitorare meglio gli slot e gestire le liste d'attesa. Abbiamo aperto un ambulatorio per lo studio dei tumori eredo-familiari, per dare risposta ai cittadini su un tema molto sentito. È stato emesso un PDTA per la valutazione dei nei, perché vi era un eccesso di domanda di controllo non giustificato scientificamente, in modo da regolamentare l'accesso. Per ridurre le liste d'attesa abbiamo fatto un'operazione importante. Abbiamo attivato la risonanza magnetica del sabato utilizzando lavoro, diciamo tra virgolette, straordinario di tecnici e medico. Con questo siamo riusciti ad avere 12 risonanze in più alla settimana. Nonostante questo, devo dire che non siamo ancora riusciti ad abbattere l'unica vera lista d'attesa che rimane in radiologia. Stiamo però elaborando altre idee per portare a un utilizzo su tutta la settimana questa opportunità, magari chiedendo ausilio fuori territorio senza mandare il paziente fuori, ma facendo gli esami qua. La risonanza è una macchina del 2012, è stata recentemente rivalidata dall'Authority. È una macchina non digitale, che può avere dei limiti. Nell'ultimo mese si è inceppata una volta, ha perso del liquido, e un'altra volta si è rotto il sistema di riscaldamento del locale, per cui abbiamo dovuto sospendere l'utilizzo per qualche giorno. È un investimento su cui dovremo pensare, però una risonanza è un investimento importante e anche se arrivasse domani una nuova macchina non abbatterebbe le liste d'attesa, perché il tempo macchina per esame è di circa 30 minuti. Come abbiamo fatto la risonanza del sabato, abbiamo pensato di fare l'endoscopia del sabato. Abbiamo avuto un rallentamento per ragioni sindacali, ma siamo partiti. Per l'endoscopia stiamo progettando una soluzione alternativa, perché il collo di bottiglia è logistico: possiamo fare due esami contemporanei, ma abbiamo un unico letto di risveglio. Non riusciamo quindi a ottimizzare i tempi, perché non possiamo svegliare contemporaneamente due pazienti e liberare due letti tecnici. In più i locali dell'endoscopia devono subire lavori di manutenzione importanti. Stiamo quindi progettando la possibilità di esternalizzare il servizio in locali diversi da quelli dell'ISS, portando però il nostro personale e il nostro materiale, quindi facendo sostanzialmente un affitto di spazi. Il dottor Donati è andato a fare un sopralluogo a Villa Maria insieme all'Authority,



abbiamo chiesto se ci fossero problemi di accreditamento e siamo stati sdoganati. Potrebbe quindi accadere che l'endoscopia cambi sede, si trasferisca fuori dall'ospedale, ma con questa soluzione potrà dare una risposta numericamente più importante ai bisogni dei cittadini. Questa attività, sindacati permettendo, potrebbe essere distribuita su sei giorni lavorativi. Abbiamo fatto una riunione per stabilire un protocollo di ingaggio dell'ISS nel momento in cui eventi come il Rally Legend, che comportano un grande afflusso di persone e rischio di traumi o infortuni, richiedono una risposta organizzata. Abbiamo fatto una rilevazione a inizio dicembre, una prova per tarare il software e verificare che tutti avessero compreso la logica. I veri carichi di lavoro saranno rilevati nella settimana 2-8 marzo. Si tratta di una valutazione del minutaggio assistenziale dedicato ai pazienti, del minutaggio amministrativo e delle altre attività. Faremo un report complessivo di tutto l'istituto e questo ci consentirà di capire quanto tempo assistenziale vero dedichiamo ai bisogni dei malati in ambulatorio, in sala operatoria, nei servizi, e quanto invece i sanitari dedicano ad attività amministrative o telefoniche. Questo potrà consentirci di modificare anche il supporto professionale ai nostri clinici. Stiamo elaborando gli obiettivi di budget 2026. La strategia scelta è l'efficientamento del sistema per dare una risposta più rapida ed efficace ai bisogni. L'anno scorso è stato fatto un grosso lavoro di tipo cartaceo per stilare procedure che fino a dicembre non esistevano in istituto. Parliamo di 40-50 procedure fondamentali per passare alla fase di accreditamento. La procedura sulla corretta gestione della cartella clinica, per esempio, è stata elaborata nel 2025 e sarà pubblicata a fine marzo, ma prima era assente. Stiamo valutando gli orari dei dirigenti medici e le attività svolte. Il 1° marzo parte l'eradicazione dell'epatite C. Passiamo quindi alla prevenzione. Per dati statistici non dovrebbero esserci più di 300 cittadini affetti da epatite C cronica. Partiamo con uno screening di massa per i nati tra il 1973 e il 1993. Riceveranno una lettera di invito. Si tratta di fare un prelievo per verificare la positività. Se positiva, esistono cure che eradicano completamente la malattia. Eradicare significa prevenire cirrosi e carcinoma epatico. È prevenzione e risparmio per il futuro. Il 15 marzo raccoglieremo i dati per il nuovo piano di formazione aziendale. Stiamo per riaprire infettivologia e allergologia secondo principi più scientifici, con nuovi consulenti presenti in istituto per il reale bisogno. I primari stanno seguendo la terza lezione del corso manageriale che abbiamo organizzato per far sì che siano non solo bravi clinici ma anche bravi gestori della cosa pubblica. Il gruppo di lavoro per la parto analgesia sta andando avanti, ma è momentaneamente fermo in attesa dell'esito del concorso per dirigenti medici ginecologi. Senza risorse umane non si può completare il progetto. Una cosa importante è l'accordo con l'Emilia-Romagna per l'accesso alla loro centrale unica degli acquisti. Le regioni grandi, con grandi volumi, spuntano prezzi migliori. L'Emilia-Romagna ci ha concesso di accedere senza nulla in cambio, come se fossimo una loro ASL. Potremo acquistare strumenti o farmaci attraverso il loro portale, beneficiando dei prezzi migliori che noi, come piccolo Stato, non riusciamo a ottenere.

**Direttore Amministrativo Manuel Canti:** In realtà era già sostanzialmente una previsione dei vari accordi che c'erano con la Regione Emilia-Romagna. Peraltro era già una previsione inserita nell'accordo del 2013, poi confermata nell'accordo più recente, siglato – mi pare – quest'anno, che è stato sottoscritto. L'accordo prevedeva ovviamente dei protocolli attuativi, perché a livello di macroaccordo ci sono le indicazioni generali, poi sta al tecnico svilupparle. Dobbiamo ancora firmare il protocollo attuativo, però abbiamo già avuto l'incontro con il direttore di Intercent-ER, la centrale unica degli acquisti dell'Emilia-Romagna. C'è stata effettivamente una grandissima disponibilità su questo tema, anche in forza dei contatti e dei rapporti che ha il direttore Vagnini. Noi rimaniamo sostanzialmente liberi, perché le aziende e le strutture dell'Emilia-Romagna hanno un obbligo giuridico di acquistare su quella piattaforma; noi stiamo negoziando la possibilità di avere una facoltà. Cioè, se riteniamo che, con riferimento a determinati beni – e anche servizi, su cui si potrà ragionare in una seconda fase – o all'acquisto di prodotti farmaceutici, sia più vantaggioso aderire, avremo questa possibilità. È un tema relevantissimo anche a livello economico. Avremo la facoltà di aderire se lo riteniamo più vantaggioso. Le commesse e gli appalti vengono gestiti a livello centrale con convenzioni quadro; i prezziari vengono condivisi; i singoli contratti di fornitura e somministrazione





vengono stipulati da noi al pari delle altre aziende sanitarie. Non c'è quindi un vincolo, ma una facoltà che ci consente di scegliere questa procedura. L'incontro è andato molto bene e dovremo perfezionare il protocollo il prima possibile. Mi riaggancio a questo perché, vista la disponibilità dell'interlocutore, diventerà importante in questa fase dell'anno cercare di estendere questi meccanismi anche alla formazione. Esistono programmi formativi e piattaforme formative della Regione Emilia-Romagna; se si potesse replicare questa impostazione anche su questo tema, sarebbe un ulteriore elemento di vantaggio. Altro tema, sempre con la Regione Emilia-Romagna, sarà quello di verificare la possibilità – questa è più nell'ambito sanitario – degli scambi di pazienti, cioè verificare come anche la Regione Emilia-Romagna possa vedere un'utilità nei nostri servizi per i propri pazienti. Queste sono enunciazioni già previste negli accordi quadro, ma ovviamente vanno declinate nei singoli protocolli attuativi sui quali siamo impegnati.

**Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie Alessandro Stefano Bertolini:** È stato già accennato al grosso problema dell'hospice. Sempre per la mia storia precedente, l'hospice lo considero una cosa fondamentale per un'organizzazione sanitaria. Lo considero un atto che deve impegnare tutti, sanitari, politici e quant'altro, perché non possiamo pensare che non vi sia una necessità per questa struttura. Mi sono confrontato con i colleghi del Comitato Esecutivo, abbiamo valutato alcune situazioni e abbiamo deciso che un hospice tampone, chiamiamolo di emergenza o transitorio – poi io sono già improntato con la mia mente, l'abbiamo fatta; il mio collega, che è di estrazione legale, finché non arriva in Cassazione non considera la cosa fatta – comunque d'ogni buon conto abbiamo deciso di riconfrontarci con l'ingegner Marco Renzi e con l'Authority per capire se nei locali che abbiamo a disposizione possiamo realizzare un hospice che dia il servizio richiesto al più basso costo possibile, in modo tale da non buttare via soldi quando il nuovo ospedale o la nuova collocazione della struttura ex casa di riposo troverà la sua dimensione. Facendo una ricognizione si è valutato che quattro stanze del reparto ex Covid, con una spesa irrisoria, potrebbero essere trasformate in hospice semplicemente con un allargamento dei bagni, mentre tutti i locali tecnici necessari a sostenere il reparto non richiedono lavori di ristrutturazione. Se poi l'Authority sarà in grado di licenziare il progetto, credo che entro la metà dell'anno potremmo pensare di avere l'hospice attivo, perché il bisogno di letti hospice per 35.000 cittadini può essere coperto con quattro letti. Consideriamo l'hospice la priorità e, sulla stessa logica, stiamo pensando anche alla lungodegenza e a un eventuale reparto psichiatrico per acuti, perché il canale della psichiatria è un canale ad alto costo che porta risorse fuori territorio per tanti giorni e per parecchi bisogni. Se riuscissimo ad averli all'interno della nostra organizzazione creeremmo un grosso risparmio di scala. Abbiamo quindi deciso di seguire una sequenzialità d'urgenza e riteniamo che l'hospice sia la prima cosa da fare. Faremo un'esercitazione in maggio per verificare se la nostra organizzazione è in grado di affrontare l'arrivo di una grossa quantità di feriti. Abbiamo istituito un gruppo di lavoro, abbiamo già fatto due riunioni e vedremo quando avviare l'esercitazione. Quando abbiamo fatto il sopralluogo per l'hospice abbiamo pensato di fare un giro nel laboratorio analisi, dove c'è una piccola dependance dedicata al trasfusionale. Il trasfusionale, per come è organizzato, non è accreditabile, non è in grado di assorbire tutti i donatori e non è in grado di produrre reddito, perché le donazioni in esubero rispetto alle nostre necessità potrebbero essere cedute sul mercato italiano. Anche qui, con una spesa contenuta, potremmo acquisire due locali, spostando altrove gli spazi attualmente utilizzati dal centro prelievi e dalla sua segreteria, e dare alla zona trasfusionale una volumetria sufficiente per ottenere l'accreditamento. Questo ci consentirebbe di gestire i 2.000 donatori, come avviene in Italia, con tre o quattro donazioni all'anno, generando un volume di sacche dal valore economico di circa 170 euro ciascuna. Potremmo quindi aiutare ASL o regioni che ricercano sangue e allo stesso tempo produrre reddito. Stiamo cercando anche di trasformare la prevenzione delle infezioni trasmesse in ospedale. Quest'anno abbiamo scelto di intervenire sulle più gravi e, oltre all'obbligo del lavaggio delle mani, partirà probabilmente il tampone per la ricerca di due batteri gravi nosocomiali che determinano gastroenteriti importanti. In Italia questo si fa da anni; qui lo istituimmo quest'anno per migliorare la prevenzione e lo stato di salute dei nostri cittadini e pazienti. Il mio sogno è riuscire a portare



l'Istituto verso una contabilità analitica. È una cosa difficile. Delibereremo la prossima settimana l'istituzione dei nuclei interni di controllo, cioè un gruppo che verificherà come le cartelle cliniche sono gestite e come i codici di dimissione vengono inseriti in modo corretto e veritiero. Questo è il primo passo verso una contabilità analitica che sicuramente i primari, che stanno facendo il corso manageriale, condivideranno come necessità. Se sappiamo cosa produciamo e cosa spendiamo, e se lo sappiamo tutti – non solo il Comitato Esecutivo, non solo la Segreteria di Stato, non solo il Governo o il Consiglio, ma tutti, compreso l'ultimo degli operatori – forse inneschiamo una catena di risparmio virtuoso che ci consente di stornare risorse verso altri progetti.

**Miriam Farinelli (RF):** Si è parlato di finanza di progetto. Il Congresso di Stato ne ha parlato e sembrerebbe la via che dobbiamo intraprendere per il nuovo ospedale. La finanza di progetto, ovviamente, costruisce, finanzia e gestisce l'infrastruttura per un periodo concordato, al termine del quale il bene torna, in linea di massima, alla mano pubblica. L'ente pubblico, dal canto suo, corrisponde un canone di disponibilità che garantisce un volume minimo o comunque un livello minimo di attività, trasferendo in questo modo parte del rischio operativo al concessionario. Il principale vantaggio per il soggetto pubblico è il trasferimento del rischio e il differimento dell'esborso finanziario, consentendo la realizzazione di infrastrutture altrimenti irrealizzabili nei tempi previsti o in tempi brevi. Il privato, d'altra parte, ottiene flussi stabili e prevedibili per l'intera durata della concessione. La regola generale della finanza di progetto è esternalizzare ciò che non incide direttamente sulla funzione clinica e sulla responsabilità sanitaria, che devono essere mantenute in capo al pubblico. Devono rimanere pubbliche le attività cliniche decisionali, mentre le attività tipicamente esternalizzabili sono i servizi non core o non sanitari, dove il privato può portare efficienza gestionale e innovazione tecnologica. Noi abbiamo già attività esternalizzate: la biancheria, gli effetti letterecchi, la cucina, le pulizie, la gestione dei rifiuti, la portineria notturna. È già una forma di esternalizzazione che utilizziamo. Le attività non esternalizzabili sono invece quelle cliniche: la direzione sanitaria, le attività mediche e infermieristiche per quanto concerne diagnosi e terapie. Poi ci sono le aree grigie, che riguardano il laboratorio, la diagnostica per immagini, la riabilitazione e la dialisi, dove serve un controllo pubblico stringente per definire standard qualitativi elevati senza cedere il governo clinico. Una considerazione sull'esternalizzazione: se il rischio non può essere trasferito al privato, la finanza di progetto perde il suo senso. Inoltre le performance devono essere misurate; se la qualità non può essere misurata, non può essere contrattualizzata e può esserci un impatto sull'equità di accesso. Questi contratti durano in media dai 20 ai 30 anni. La sanità evolve e in un arco temporale di questo tipo devono essere previste revisioni delle forme di accesso, sempre con grande attenzione al pubblico. La finanza di progetto in sanità funziona bene quando è uno strumento infrastrutturale, quando non diventa uno strumento per privatizzare la sanità e quando il pubblico mantiene l'indirizzo, il controllo e la responsabilità clinica. Conviene quando le infrastrutture sono complesse, quando il rischio di costruzione è rilevante, quando i servizi esternalizzati non sono clinici, quando il pubblico ha una forte capacità di controllo e quando il piano economico-finanziario è realistico. Non è consigliabile quando serve solo a spostare il debito nel tempo, quando si includono attività cliniche core, quando il pubblico non ha competenze di monitoraggio adeguate o quando la domanda sanitaria è incerta. L'interesse pubblico si tutela con clausole di revisione, sistemi di controllo, trasparenza e forte governance pubblica. Non è una forma di privatizzazione della sanità se limitata a infrastrutture e servizi non core; diventa una forma di privatizzazione se coinvolge le attività cliniche o riduce il controllo pubblico. Questo è quello che io penso della finanza di progetto. Mi piacerebbe sapere cosa ne pensa il Comitato Esecutivo e magari anche il Segretario Gatti in questa veste. Due parole sulla casa di riposo, prendendo a pretesto un articolo comparso la settimana scorsa sui giornali. Si sottolineava la mancanza del direttore dell'unità operativa complessa, destinato ad altra funzione. È una situazione a cui bisogna rimediare quanto prima, perché i nostri anziani ospiti – che sono anche pazienti, in buona parte fragili, portatori di malattie degenerative e di device che richiedono controlli assidui e puntuali – hanno bisogno non di un medico part-time, come purtroppo attualmente presente, ma di personale medico stabile e



responsabile che si prenda realmente carico della loro salute. Due parole anche sulle infezioni, che rappresentano soprattutto nelle RSA e nelle case di riposo una delle principali cause di morbidità e mortalità. È necessaria una sorveglianza attiva delle infezioni correlate all'assistenza, con rilevazione periodica dei casi, registrazione degli episodi epidemici e revisione dell'uso degli antibiotici. Servono precauzioni standard applicate a tutti, in particolare ai pazienti fragili. Sono sicura che le direzioni siano attive e attente nella sorveglianza delle infezioni, ma questo non è mai sufficiente. Con la formazione di tutto il personale dobbiamo far fronte alle nuove esigenze di questi pazienti, che sono i più fragili e che abbiamo nelle nostre mani.

**Mirko Dolcini (D-ML):** Volevo fare un paio di domande. La prima domanda riguarda, sentendo tutti gli interventi del direttore sanitario e del direttore amministrativo e le azioni poste in essere, se sia già possibile – qualora lo sia – fare una valutazione statistica, anche in termini percentuali, a livello previsionale, di quelli che saranno i risparmi. Ad esempio nell'ambito del bilancio, cosa avete valutato di risparmiare nei prossimi anni? Oppure, rispetto al numero di utenti che potranno usufruire direttamente di questi interventi dell'ospedale. E ancora, per quanto riguarda le lunghe liste d'attesa: in base agli interventi adottati, è già possibile fare una valutazione di quanto potranno eventualmente accorciarsi? Un'altra domanda: si è parlato, lo diceva il Segretario di Stato alle Finanze, del fatto che l'ISS si sta preparando all'Accordo di associazione, alla formazione e quant'altro. Sarà possibile avere un'idea, secondo la vostra opinione di Comitato Esecutivo, di quale sarà l'impatto dell'Accordo di associazione sull'ambito ISS, dal punto di vista delle normative, dei costi o comunque di ciò che cambierà nell'ambito ospedaliero? Faccio poi una domanda specifica. Io ero venuto a sapere che in notturna sull'ambulanza non è presente il medico. Siccome è una problematica che era stata sollevata in passato, volevo sapere se si è proceduto a risolverla, se si pensa di affrontarla o se, per motivi vari che ovviamente andranno giustificati, si ritiene che la situazione possa continuare così. Un'altra domanda riguarda una discussione che è montata sui social, alla quale peraltro avete già in parte risposto, in merito ai macchinari dell'ISS che non verrebbero completamente utilizzati pur potendo esserlo con maggiore efficienza. Ripeto, avete già risposto parlando del robot e della risonanza, però volevo un vostro commento: se effettivamente questa discussione abbia un senso oppure no, e quale sia la situazione reale in termini di utilizzo dei macchinari, efficienza, tempi e possibilità di fare meglio oppure se si stia già facendo il possibile. Da ultimo, una domanda che potrebbe sembrare politicamente cattiva per il passato, ma non lo è: è per avere un quadro generale e far tesoro dell'esperienza. Avete detto che avete fatto molti interventi; il direttore amministrativo ha detto che mancavano documenti di programmazione e così via. Vi siete trovati in una situazione di mancanze o lacune pregresse? Oppure vi siete trovati semplicemente davanti alla necessità di migliorare ciò che era già stato programmato e sviluppare interventi già previsti? Se avete riscontrato lacune, quali erano?

**Emanuele Santi (Rete):** Nel bilancio previsionale 2026 non è passato inosservato, né alla maggioranza né all'opposizione, l'incremento del finanziamento dello Stato a pareggio di quello che di fatto è lo scostamento dell'ospedale. Siamo passati da 85 milioni – che era un po' lo stanziamento del costo del nostro welfare negli anni 2020, 2021, 2022, 2023 e 2024 – ai 98 milioni del bilancio 2026, con già la richiesta fatta dal direttore amministrativo di arrivare il prima possibile a 105 milioni. Questo significa che negli ultimi tre anni almeno il contributo dello Stato è aumentato di circa 20 milioni. Questo, lo devo dire, a fronte di un miglioramento non visibile delle attività ospedaliere. Noi vogliamo capire innanzitutto dove si sono determinati questi aumenti di 20 milioni. Andando a guardare alcune voci, vediamo che c'è stata un'esplosione della spesa sanitaria, passata da 16 milioni e mezzo nel 2023 a 21 milioni e 3 nel 2026: 4 milioni e 8 in più, oltre il 30%. Spese per medicinali, ma soprattutto, tra le varie voci, al netto del costo del personale – perché aumenti retributivi ci sono stati – c'è un incremento nell'approvvigionamento generale di beni e servizi, passato da 8 milioni e 7 nel 2023 a 9 milioni e 8, quindi oltre 1 milione e 1 in più, circa il 12%. C'è stata un'esplosione nelle spese di servizi di pulizia, manutenzione software e così via. Su questo chiedo quali siano le



motivazioni e soprattutto cosa si intenda fare per contenere questa spesa. Non stiamo dicendo che i soldi dell'ospedale siano spesi male; anzi, diciamo che i soldi che lo Stato mette per il welfare e per la salute dei cittadini sono un investimento. Però è chiaro che devono essere spesi bene e con un certo contenimento. Secondo aspetto: abbiamo parlato di sociosanitario e di previdenza. È in campo l'idea di rivedere a breve la riforma del sistema previdenziale, perché quella fatta nel 2022, se non ricordo male, vede terminare i benefici nel 2027-2028. I benefici ci sono stati e si vedono a bilancio: il contributo dello Stato è passato da 43 milioni nel 2023 a 30 milioni. Quindi tra aumenti contributivi e riduzione di sprechi ci sono 13 milioni in meno che lo Stato mette nel fondo pensioni. Però sappiamo che nel 2027-2028 i benefici termineranno. Chiedo se vi sia la volontà di mettere mano alla riforma pensionistica. Terza domanda, la domanda delle domande: l'atto organizzativo. Siamo venuti in quest'aula circa un anno, un anno e mezzo fa e la maggioranza votò un atto organizzativo che proveniva dalla precedente legislatura. Ricordo che dai banchi della maggioranza, soprattutto Libera, si disse che quell'atto organizzativo era provvisorio e che vi si sarebbe messo mano. Siccome parliamo di riorganizzazione e l'atto organizzativo è la madre di tutti gli atti, chiedo se vi sia la volontà, o se abbiate avuto mandato dal Governo, di predisporre un nuovo atto organizzativo. La questione liste d'attesa è il problema dei problemi. Il dottor Bertolini ha detto che sono stati fatti interventi e che alcune liste sono migliorate. Nessuno ha la bacchetta magica, non pretendiamo miracoli. Però rilevo che per una visita ortopedica siamo arrivati a 54 giorni, mentre fino a qualche anno fa era circa un mese. Lo stesso per ecografie e risonanze magnetiche. Ho apprezzato l'intervento del dottor Bertolini sulla risonanza del sabato, con 12 esami in più, ed è positivo. Però vorrei capire cosa si intenda fare per ridurre anche le altre attese: oculistica e tante visite specialistiche vanno ben oltre il mese, talvolta due. Altro aspetto: l'esternalizzazione della cucina. Vorrei capire quali siano state le valutazioni che hanno portato a questa scelta. Infine, mi aggancio alla richiesta della dottoressa Farinelli. La pediatria è andata in ostetricia ormai da un anno e mezzo e siamo ancora lì. Io reitero la domanda sull'oncologia: è da un anno e mezzo provvisoriamente nel reparto di pediatria. Abbiamo malati oncologici che utilizzano i bagni dei bambini. Vorrei capire le tempistiche per il completamento del reparto di oncologia. Capisco il ragionamento: dobbiamo fare l'ospedale nuovo e non possiamo spendere troppi soldi in riorganizzazioni che fra qualche anno non ci saranno più. Però bisogna prendere una strada. L'ospedale nuovo è in campo dal 2020, sono passati sei anni e siamo ancora in fase di studio. Capisco che dobbiamo decidere cosa mettere dentro, ma siamo nel 2026 e l'ospedale non è partito. Se la nuova struttura non parte, il reparto di oncologia deve essere messo a sistema e sistemato.

**Matteo Casali (RF):** Ringrazio anch'io il Comitato Esecutivo per la relazione e per il fatto di essere qui a cercare di darci una mano. Nella scorsa audizione ci eravamo lasciati con una mia richiesta: la necessità che i tecnici dirigenti aiutassero la politica, che è assolutamente in difficoltà – e credo che gli obiettivi che vi sono stati posti lo confermino – nel porre obiettivi e indirizzi per individuare un nuovo modello di sanità che riesca a coniugare il modello universale del '55 con qualità e sostenibilità. Vi chiedo quindi se questi mesi di impegno e di presa di contatto diretta con le situazioni vi abbiano consentito di formularvi una proposta, un suggerimento, un indirizzo di ritorno alla politica per un'implementazione, una modifica, un aggiornamento del nostro modello sanitario. La seconda domanda riguarda l'esternalizzazione della cucina ed è connessa alla prima. Mi interessa sapere se, visto che si parla di finanza di progetto – che è uno strumento ma plasma anche il modello di sanità – voi, come Comitato Esecutivo, abbiate ricevuto direttive sulla distinzione tra funzioni core, non core e aree grigie, rispetto all'esternalizzazione e al modello di finanza di progetto. Questo aspetto non è stato chiarito e mi piacerebbe avere un vostro feedback tecnico, perché su questo dovremmo discutere sia a livello tecnico sia politico. Terza domanda: si è parlato dell'hospice, benissimo. C'è poi tutto il tema della programmazione di attività e lavori all'interno di una struttura che si prevede di dismettere, ma non lo affronto ora. In particolare sull'hospice, se non vado errato, le linee di indirizzo più classiche sono quelle di creare una struttura al di fuori dell'ospedale, per evitare una sorta di ospedalizzazione terminale e garantire una qualità di assistenza diversa. Mi è sembrato





invece di capire che l'indirizzo sia quello di un hospice temporaneo, proprio perché la struttura definitiva dovrà essere identificata all'interno dell'ospedale. Mi chiedo se non sia il caso di identificare fin da subito una struttura completamente delocalizzata dalla struttura ospedaliera per andare direttamente verso quella soluzione. Il discorso dell'hospice fa il paio – e non vorrei essere inopportuno – con quello della camera ardente. Noi abbiamo sottolineato in più occasioni, anche con un ordine del giorno purtroppo non recepito, che la situazione della camera ardente dell'ospedale non è più tollerabile. Ho assistito personalmente a commemorazioni non religiose sotto la pioggia nel corridoio. C'è una situazione di squallore e promiscuità tra feretri che credo debba essere superata. Non ho sentito riferimenti su questo nella vostra relazione e vi chiedo conto. Da ultimo, ha avuto riverbero sulla stampa il cosiddetto taglio lineare del 10% alle retribuzioni dei medici consulenti. Se il contenimento della spesa passa per un taglio lineare sulle competenze che portano all'ospedale casistica, numeri e bagaglio esperienziale che per la nostra dimensione non possiamo avere, ecco, questo tipo di intervento non ci vede d'accordo dal punto di vista politico, ma qui mi interessa il piano tecnico. Vorrei sapere quali siano le motivazioni tecniche di questa scelta e se non si rischi una disaffezione dei medici nei confronti della struttura di San Marino, che è storicamente in carenza di medici e di attrattività. Se si verificasse un disimpegno da parte dei consulenti, è stato previsto un piano per tamponare un'eventuale perdita di professionisti che non si vedessero più soddisfatti dal punto di vista retributivo?

**Guerrino Zanotti (Libera):** Innanzitutto prendo atto dell'attività che è stata fatta in questo lasso di tempo, da quando ha preso incarico il nuovo Comitato Esecutivo ad oggi. Devo dire che prendo atto positivamente di quanto è stato fatto, perché va nella direzione di quanto indicato nei documenti già adottati da questo Consiglio Grande e Generale e dalla Commissione precedentemente. Rispetto alle azioni poste in essere per la soluzione di problemi evidenziati da tempo – mi riferisco in particolare alle liste d'attesa, al problema della pediatria, oltre a tante altre attività riportate dal dottor Bertolini sulla riorganizzazione e sull'ottimizzazione di alcuni servizi – penso anche all'accesso alla mensa, all'ospedale senza fumo, che possono sembrare cose accessorie ma hanno la loro importanza, credo che siamo sulla buona strada. Nel dibattito comune emerge la necessità di avere una sanità di qualità, ma con l'ottimizzazione dei costi che il bilancio dello Stato sostiene per finanziare le attività sanitarie. Io credo che, prima ancora di parlare di razionalizzazione della spesa, vada implementata l'attività di medicina preventiva, che sta alla base anche di una razionalizzazione della spesa sanitaria. Se c'è una medicina preventiva che svolge appieno il proprio ruolo, a cascata c'è un risparmio evidente e logico della spesa sanitaria. Questa è una richiesta che rivolgo al Comitato Esecutivo: se c'è condivisione nell'assunto che puntare su un potenziamento della medicina di base, del percorso territoriale e domiciliare, con particolare attenzione al rapporto tra medico e assistito, tra infermiere di famiglia e assistito, e a percorsi di assistenza alla popolazione anziana e più debole, possa essere la strada giusta per una maggiore appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni sanitarie. Se vi è questa visione da parte del Comitato Esecutivo, che questo possa essere il percorso verso un miglioramento della qualità della sanità e anche verso la razionalizzazione della spesa. Noi riteniamo che il potenziamento dei centri sanitari, in quest'ottica, sia un passaggio fondamentale. È chiaro che questo dovrebbe avere ripercussioni anche sulle prestazioni e sui servizi offerti dall'ospedale, al quale oggi probabilmente si ricorre troppo frequentemente rispetto a un uso corretto. In tutto questo una politica di programmazione, come riportato dal direttore amministrativo, è assolutamente accoglibile positivamente. Non voglio usare il termine “tagli”, ma parliamo di razionalizzazione e di risparmi possibili. Una politica di programmazione è la strada corretta per arrivare a un'ottica di questo tipo. Il direttore amministrativo ci ha parlato del piano generale di assegnazioni, dei piani di concorso, delle assunzioni. Una volta si parlava di piano delle assunzioni e credo che anche lì sia necessario entrare in quest'ottica, così come è stato fatto nell'amministrazione pubblica. Anche la programmazione degli acquisti e la possibilità di entrare in rete con l'Emilia-Romagna è una strada che si era tentato di percorrere già nel 2018, se non vado errato, e credo che possa portare a un'ottimizzazione dei costi per l'approvvigionamento dei beni strumentali e di consumo sanitario. In questo senso riteniamo che



l'attività posta in essere dal Comitato Esecutivo segua le indicazioni date e abbia intrapreso la strada corretta. Ci sono temi come hospice e lungodegenza, sui quali ci avete riferito di essere a un buon punto di programmazione, e speriamo di poter vedere al più presto una soluzione. Credo che il mandato che la maggioranza debba dare al Governo, al Segretario per la Sanità e al Comitato Esecutivo sia quello di perseguire gli obiettivi già espressi nei documenti prodotti nel recente passato e definire quelli non ancora raggiunti nel più breve tempo possibile, con anche l'indicazione di andare a definire le linee di politica sanitaria per il prossimo piano sanitario, che scadrà alla fine di quest'anno. Di conseguenza, se ritenuto necessario e in linea con le nuove linee programmatiche che verranno definite nel prossimo piano sanitario, si potrà andare a rivedere anche l'atto organizzativo. Non è così obsoleto come in altri momenti della nostra storia, ma ritengo debba essere mantenuto al passo con le nuove linee programmatiche.