

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

Giovedì 26 febbraio 2026, pomeriggio

Nel pomeriggio la Commissione Consiliare Permanente IV ha concluso l'audizione del Comitato Esecutivo dell'ISS, con un confronto fitto su riorganizzazione, sostenibilità, liste d'attesa e scelte strategiche legate al nuovo ospedale, incluse esternalizzazioni e finanza di progetto.

Ad aprire il dibattito è stato Gian Carlo Venturini (PDCS), che ha richiamato la necessità di “affrontare il tema della mobilità volontaria e della mobilità per aree compartimentate” per “razionalizzare al meglio le risorse umane” senza “ridurre in alcun modo” i servizi, anzi per “erogare altri e nuovi servizi”. Venturini ha posto l'accento sul “progetto anziani”, sull'attuazione dell'hospice e sul potenziamento dei posti letto. Tra i punti politici sollevati la legge sulla famiglia e la figura del caregiver, e la riorganizzazione della medicina di base per “ritornare a un rapporto più diretto, più umano” superando le modalità introdotte durante il Covid.

Il Direttore Amministrativo ISS Manuel Canti ha ringraziato per la “manifesta vicinanza della componente politica”, definendola “assolutamente vitale” perché le scelte richiedono “un equilibrio difficilissimo” tra efficientamento e qualità, in un settore dove pesano abitudini consolidate. Canti ha indicato una rotta metodologica: prima “un'analisi approfondita dei processi e delle procedure”, poi il completamento del “funzionigramma” per chiarire “cosa fa e di cosa si occupa ogni singola struttura”, e solo dopo – se necessario – una revisione dell'atto organizzativo. Ha chiarito la distinzione con il fabbisogno del personale: “Sono due documenti concettualmente e funzionalmente ben diversi”. Ha usato un esempio per spiegare possibili evoluzioni: “La pneumologia sta alla geriatria come l'ortopedia sta all'oculistica”, ipotizzando in futuro una maggiore autonomia e visibilità delle specialità.

Sul fronte infrastrutturale, Canti ha aggiornato su lavori e priorità: “Abbiamo dato assoluta priorità all'oncologia”, con avvio cantieri “tra la fine di marzo e i primi di aprile”. Sull'hospice: ricerca di “soluzioni transitorie meno onerose e più veloci”. E sul nuovo ospedale ha difeso una finanza di progetto “leggera” e “flessibile”, anche con remunerazioni legate a servizi manutentivi o accessori, puntando a “riprendere in mano la documentazione... e avviare una procedura a evidenza pubblica” tramite “dialogo competitivo”, per un contratto “dinamico” e adattabile nel tempo.

Il Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie Alessandro Bertolini ha impostato un intervento netto: “La finanza di progetto non è una scelta ideologica ma una necessità economica ineludibile”. Ha affrontato tre temi: camera ardente, hospice e consulenze. Sulla camera ardente: “Concordo pienamente sulle criticità”, ma la priorità è l'hospice. Sull'hospice: individuata una sede “rapida e a basso costo nell'ex padiglione della casa di riposo”, “transitoria” ma immediata. Sui consulenti ha fornito numeri e metodo: “Ho trovato due milioni e duecentomila euro unicamente per consulenti ad personam”; dopo revisione con i primari e alcune rinunce “siamo scesi a un milione e seicentomila euro”, cercando di trasformare collaborazioni in assunzioni a tempo determinato e correggendo “grave disomogeneità nelle retribuzioni orarie”. Sul taglio lineare del 10%: “Ha portato alle dimissioni di un solo medico senza causare alcuna presunta fuga di cervelli”.



Il cuore politico e mediatico della seduta è stato però sulle liste d'attesa e sull'appropriatezza prescrittiva. Bertolini ha definito i numeri "fuori scala": "A fronte di un bacino di sole 35 mila anime abbiamo in un anno oltre 1.100.000 esami del sangue, 70 mila indagini radiologiche e oltre 452 mila visite specialistiche". La risposta proposta passa per percorsi e regole: "Stiamo fortemente implementando i PDTA con ottimi risultati per la dermatologia e il monitoraggio dei nevi". Ha denunciato dinamiche di domanda impropria: "Il caso surreale del paziente che prenota visite mensili dall'otorino per un semplice tappo di cerume". E sul 118 ha riconosciuto il valore del medico a bordo anche di notte, ma ha evidenziato i limiti di organico attuali: "Non disponiamo della pianta organica adeguata"; nel frattempo, protocollo per consentire agli infermieri di somministrare "farmaci salvavita come l'adrenalina" su indicazione medica.

Canti è tornato sul tema sostenibilità e servizi esternalizzati. Sul personale e farmaci: "La spesa sanitaria per ben il settanta per cento" è composta da "costi del personale e dei farmaci"; serve "agire sull'efficientamento delle risorse umane" con "pieno e convinto sostegno politico". Ha spiegato che parte dell'incremento di spesa è legato ai forfait sanitari verso l'Italia: "Quasi sei milioni... per i numerosi frontalieri". Sulle pulizie: aumento inevitabile dopo rinnovi contrattuali, con razionalizzazione del servizio. Sulle cucine, nodo "esternalizzazioni": di fronte a un adeguamento da "quattrocentocinquantamila euro" in un blocco destinato alla demolizione e difficoltà nel reperire cuochi, "abbiamo quindi deciso di esternalizzare questo servizio accessorio", valutando la ricollocazione del personale "nel settore scolastico statale".

Il Segretario di Stato Marco Gatti ha condiviso l'idea che progettare la sanità a dieci anni sia poco utile: "Pensare oggi a una prospettiva di dieci anni è sostanzialmente una perdita di tempo". Sulle pensioni ha respinto l'ipotesi di una nuova riforma ravvicinata: "Se un'altra nel 2026, significa che l'abbiamo fallita completamente". Alla domanda se nella finanza di progetto i servizi core resteranno pubblici, Miriam Farinelli (RF) ha chiesto: "Mi basta solo un sì o un no", e Gatti ha risposto secco: "I servizi core resteranno tutti in capo all'ISS".

L'ordine del giorno della maggioranza, letto da Maria Adele Aida Selva (PDCS), "condivide gli interventi attuati e le linee di azione" del Comitato Esecutivo e dà indirizzi operativi. Tra i punti salienti: (a) riduzione liste d'attesa rivedendo orari e utilizzo di locali e diagnostica, e rimodulando autorizzazioni alla libera professione; (b) linee guida per appropriatezza prescrittiva; (c) revisione e razionalizzazione delle collaborazioni e convenzioni, privilegiando accordi quadro pluriennali con diritto di recesso; (d) potenziamento progetto anziani (ARA e ADI, visite domiciliari programmate, ottimizzazione OSS e infermieri); (e) realizzazione hospice e lungodegenza; (f) rafforzare rapporto medico-infermiere-paziente superando gradualmente il triage territoriale e riorganizzare la medicina di base in presidi integrati; (g) nuovo servizio di visite pediatriche; (h) protocolli con Emilia-Romagna per invio pazienti e formazione; (l) firma elettronica e fascicolo sanitario elettronico, telemedicina; (m) bilancio sociale ISS 2025. Al Governo, tra i mandati: aggiornare fabbisogno ISS e disciplina trasferimenti per salute; Pdl sulla libera professione e norma urgente per prestazioni aggiuntive; aggiornare regole PDR; consolidare disciplina prestazioni extra; linee guida del nuovo piano sanitario e aggiornamento atto organizzativo.

Dai banchi dell'opposizione, Matteo Casali (RF) ha criticato l'impostazione politica: "Documenti elenchi di buoni propositi", e si è detto "spiazzato" dall'idea che pensare a lungo termine sia inutile. Sul nuovo ospedale ha chiesto trasparenza: "Pretendo che questo dibattito avvenga alla luce del sole". Ha attaccato il rischio di PPP senza controllo pubblico: "Come possiamo pretendere se oggi non siamo nemmeno in grado di alzare il telefono per richiamare un nostro primario?". E in replica finale ha contestato la visione del canone: parlare solo di canone "sarebbe infinitamente più corretto chiamare semplicemente affitto", chiedendo "di cominciare a condividere i dati tecnici".



Emanuele Santi (Rete) ha rimarcato “grave divergenza di vedute” nel Comitato Esecutivo sull’atto organizzativo e ha avvertito: “Da vent’anni discutiamo degli stessi nodi”, ma senza coraggio politico “non risolveremo mai nulla”. Ha denunciato criticità in oncologia, con malati che “devono condividere i bagni con la pediatria”, e ha chiesto chiarimenti sui costi: “Pulizie aumentate del venti per cento, spesa per medicinali da sedici a ventuno milioni”.

Farinelli (RF) è tornata sulla casa di riposo: “È assolutamente necessario una figura medica responsabile e stabile”, e ha chiesto “monitoraggio puntuale delle infezioni” nelle RSA: “Solo i numeri nudi e crudi ci dicono se stiamo operando bene”.

Nelle battute conclusive Gatti ha difeso la finanza di progetto come modalità per evitare indebitamento diretto: “Non è un semplice contenitore ma una precisa modalità”. Ha spiegato che il canone dipende da “quanti e quali servizi decideremo di esternalizzare” e ha ribadito che “non è stata fatta alcuna scelta definitiva”.

Infine Vladimiro Selva (Libera) ha invitato a non “blindare” soluzioni e ha sostenuto l’idea di lasciare al costruttore la manutenzione: “Per garantire la massima qualità eviterà di risparmiare sui materiali”. E ha avvertito sul costo dell’attesa: “Stiamo spendendo cifre ingenti per la manutenzione della struttura esistente”, risorse che potrebbero finanziare il nuovo ospedale.

La discussione proseguirà domani alle 13:00 con la votazione dell’ordine del giorno.

Comma 2 - Audizione del Comitato Esecutivo ISS

Gian Carlo Venturini (Pdcs): Ritengo fondamentale affrontare il tema della mobilità volontaria e della mobilità per aree compartimentate, perché credo che dobbiamo trovare assolutamente il modo di razionalizzare al meglio le risorse umane di cui disponiamo all'interno della nostra struttura organizzativa. Ovviamente, il mio intento è che questa razionalizzazione avvenga senza andare in alcun modo a ridurre quello che è il servizio sanitario e assistenziale che attualmente viene erogato ai nostri cittadini sul territorio. Al contrario, sono fermamente convinto che magari utilizzando e ricollocando al meglio certe risorse umane si possano anche erogare altri e nuovi servizi che oggi ci sono richiesti, ma che non sono ancora ben definiti o non hanno ancora trovato la giusta composizione nei numeri da parte del nostro personale. In questo contesto specifico, credo che sia altrettanto importante focalizzarsi su altri due concetti cardine, primo fra tutti quello di proseguire e implementare ulteriormente il discorso relativo al progetto anziani. Ci troviamo infatti di fronte ad una popolazione nella quale registriamo un numero sempre maggiore e crescente di persone anziane, e per questo motivo dobbiamo necessariamente adeguare i nostri servizi a quelle che sono le necessità più rispondenti e attuali del momento storico che stiamo vivendo. È ovvio che in questo preciso contesto dobbiamo trovare anche quelle soluzioni pratiche e dare rapida attuazione a quelle che sono già state le deliberazioni adottate sia dal Congresso di Stato che dal Comitato Esecutivo, al fine di arrivare quanto prima all'attuazione dell'hospice. Questo importante passo ci permetterà di accompagnare le persone anziane nella fase terminale della propria vita con tutti i criteri e tutti gli accorgimenti necessari per alleviare le gravi problematiche che si trovano ad affrontare in quei momenti così delicati. Allo stesso tempo, ritengo sia di vitale importanza trovare la necessità di un potenziamento dei posti letto per i nostri anziani, dando seguito a quanto già deliberato nel giugno e nel settembre scorso dal Congresso di Stato, che aveva espresso un chiaro orientamento verso l'ampliamento degli spazi relativi al Casale e a La Fiorina. Nel frattempo che si provvede a questa essenziale realizzazione strutturale, dobbiamo anche vedere se si può integrare la nostra offerta con delle disponibilità reperibili in ambiti privati del settore. Vorrei inoltre sottolineare l'importanza della recente legge sulla famiglia, adottata dal Congresso di Stato, che introduce la fondamentale figura del caregiver. Questa figura può rappresentare un aiuto concreto per



le famiglie, con un supporto diretto anche da parte dello Stato, per garantire l'assistenza agli anziani che non hanno necessità di un'ospedalizzazione o di una struttura specifica, permettendo loro di svolgere questo percorso magari nell'ambito della propria abitazione con il prezioso supporto di un familiare. Un altro aspetto cruciale del nostro mandato riguarda tutti gli interventi relativi all'organizzazione della medicina di base, un settore in cui dobbiamo assolutamente arrivare a reintrodurre quello che era il concetto maggiore di rapporto e di fiducia fra paziente, infermiere e medico di base. Dobbiamo infatti superare le modalità introdotte durante il Covid per far fronte alle problematiche emergenziali di quel momento, e vedere se si può ritornare a un rapporto più diretto, più umano e più vicino a quelle che sono le reali esigenze della gente e dei nostri assistiti. In questo ambito di riflessione, auspico anche un'organizzazione di quel settore che possa prevedere un sistema più integrato, al fine di ridurre magari il ricorso specifico ad alcuni settori dell'ospedale, creando invece dei presidi più forti e strutturati nell'ambito della medicina di base. Tutta questa serie di possibili interventi e di necessità rappresenta il fulcro del nostro lavoro, e credo che sia giusto che noi, come commissione preposta, forniamo gli indirizzi politici e attuativi che poi il Comitato Esecutivo dovrà materialmente realizzare sul campo. Questo nuovo comitato, insediatosi nel giugno dello scorso anno e ormai operativo da sette o otto mesi, ha già prodotto risultati che possiamo esaminare concretamente, ma deve avere la possibilità di operare e intervenire in quei settori nevralgici per raggiungere i risultati che ci siamo prefissi, continuando a svolgere il proprio lavoro per dare quelle risposte che la nostra intera popolazione giustamente si aspetta.

Direttore Amministrativo ISS Manuel Canti: Prima di procedere entrando nel merito delle questioni tecniche e organizzative sollevate, ci tengo in particolar modo a ringraziare il consigliere appena uscito dall'aula e il consigliere Lazzari, i quali hanno saputo sintetizzare un aspetto che fa molto piacere sia a me che al collega Bertolini, ovvero la manifesta vicinanza della componente politica nei confronti delle complesse scelte gestionali che dovranno essere inevitabilmente fatte nel prossimo futuro. Questo supporto è per noi assolutamente vitale, poiché in questo ambito ci viene richiesto di trovare un equilibrio difficilissimo, reso ancora più arduo dal fatto che parliamo di sanità e del delicato settore sociosanitario, dove bisogna bilanciare l'efficientamento e la qualità dei servizi con quelle che sono le abitudini storicamente consolidate della cittadinanza e del personale. Avere la vicinanza della politica ci fornisce un supporto inestimabile che dà molta forza a noi tecnici per poter attuare concretamente le necessarie scelte organizzative, specialmente nella nostra realtà sammarinese dove modificare le prassi consolidate diventa spesso un'impresa molto complicata. Risulta quindi di fondamentale importanza comunicare adeguatamente e avviare un percorso di progressiva crescita di consapevolezza, che deve coinvolgere non solo gli operatori sanitari a tutti i livelli, ma anche l'intera popolazione del nostro Paese. Senza questo tipo di interventi culturali e di condivisione degli obiettivi, tutto il resto del nostro lavoro rischia di risolversi in un mero tecnicismo fine a sé stesso, perché il vero nucleo del problema è proprio quello di costruire insieme una maggiore consapevolezza sui temi dell'appropriatezza prescrittiva e sul ruolo centrale dell'intervento dello Stato nei settori sanitari e sociosanitari. Fatta questa doverosa e sentita premessa, vado ad affrontare in maniera un po' randomica alcuni dei temi specifici che mi sono segnato durante i vostri interventi, partendo in primis dalla richiesta che ci è stata fatta sull'opportunità di rivedere l'atto organizzativo. Personalmente, ritengo che in questa fase, per quanto riguarda la parte più prettamente gestionale dell'istituto, prima di procedere con degli interventi drastici di revisione della struttura, vada necessariamente completata un'analisi approfondita di quelli che sono i processi e le procedure attualmente in essere nei vari reparti. Spesso, infatti, si pensa di dover intervenire formalmente sulla struttura senza aver prima sfruttato e valorizzato al massimo le dinamiche e le potenzialità dei processi interni già esistenti. Il miglioramento dei servizi non deve necessariamente passare attraverso modifiche strutturali immediate e costose, ma può avvenire in prima battuta tramite implementazioni virtuose delle varie sinergie che esistono già fra le diverse strutture dipartimentali. Qualora ci accorgessimo empiricamente che questo lavoro sui processi non dovesse rivelarsi sufficiente, perché effettivamente bisogna passare al livello superiore della riorganizzazione della struttura, potremo certamente valutarlo in un secondo momento; tuttavia, il nostro primo intervento deve essere mirato a valorizzare proprio le sinergie operative e professionali. Un altro aspetto di cruciale importanza, che



deve inderogabilmente precedere qualsiasi discorso sulla revisione delle strutture, è il completamento di un percorso legato al cosiddetto funzionigramma, uno strumento che serve a definire con esattezza cosa fa e di cosa si occupa ogni singola struttura all'interno dell'ospedale. Questo percorso analitico è già stato avviato nella nostra fase iniziale di insediamento e ha portato alla predisposizione di un documento preliminare, ma per noi resta un tassello fondamentale dell'atto organizzativo in essere, perché al momento le competenze specifiche di ogni unità non sono ancora cristallizzate in un documento formale e definitivo. Soltanto nel momento in cui avremo definito in maniera inequivocabile le funzioni di ogni singola struttura, potremo ragionare compiutamente sui processi, sulle sovrapposizioni e sulle sinergie applicabili. Pertanto, io vedo un passaggio procedurale strutturato in questo modo: prima completiamo la definizione del funzionigramma, poi passiamo alla valorizzazione dei processi e delle sinergie utilizzando gli strumenti attualmente a nostra disposizione, e solo in un terzo momento, se tutto ciò non fosse ritenuto sufficiente, potremo ragionare su un intervento diretto sull'atto organizzativo formale. Un tema completamente diverso e da non sovrapporre è invece quello relativo al fabbisogno del personale, che qualcuno talvolta erroneamente confonde con l'atto organizzativo ipotizzando un documento normativo unico. La distinzione non è stata una mera scelta stilistica o di impostazione formale, bensì si tratta di due documenti concettualmente e funzionalmente ben diversi tra loro. Per fare un parallelismo esplicativo, un conto è parlare della struttura generale dell'ente, come fa ad esempio la legge 188 del 2011 per la pubblica amministrazione, e un conto è parlare specificamente di fabbisogno di risorse umane. Noi possiamo intervenire efficacemente sulle dinamiche del fabbisogno del personale, basandoci sulle politiche riorganizzative e di efficientamento che metteremo in atto, senza avere la necessità stringente di andare a toccare o modificare l'intero atto organizzativo di base. Si tratta, ripeto ancora una volta, di due momenti concettuali e di due strumenti organizzativi che servono a comunicare necessità diverse, e l'organizzazione sanitaria, essendo per sua intrinseca natura estremamente dinamica, ci impone di essere pronti a cogliere le ulteriori necessità che emergeranno nel tempo, il che non significa affatto dover demolire il lavoro fatto finora dai nostri predecessori, ma piuttosto fare le giuste integrazioni operative. Faccio un esempio clinico rapido che mi è venuto in mente per chiarire il concetto: attualmente abbiamo un'importante attività pneumologica che viene storicamente gestita all'interno del reparto di geriatria unicamente per una situazione pregressa legata al passato. Eppure, ritengo ragionevolmente che la pneumologia stia alla geriatria esattamente come l'ortopedia sta all'oculistica, e quindi in futuro potremmo avere bisogno di sfruttare l'atto organizzativo proprio per conferire la giusta e autonoma visibilità all'attività pneumologica, perché dobbiamo essere in grado di mappare e valorizzare adeguatamente ogni singola specialità medica per offrire il miglior servizio possibile alla cittadinanza. In una futura e ponderata modifica normativa, potremmo valutare di dare una visibilità autonoma all'attività pneumologica, che è molto significativa e che attualmente, per una mera contingenza storica, è gestita all'interno della geriatria, un po' come se l'ortopedia fosse inspiegabilmente accorpata all'oculistica. Nel frattempo, abbiamo già effettuato diversi interventi di efficientamento tramite lo strumento dei gruppi di progetto, che garantiscono una maggiore e necessaria flessibilità rispetto alle modifiche normative più rigide. Per quanto riguarda lo scadenziario dei lavori e le tempistiche, abbiamo siglato un documento vincolante con l'azienda per le fasi di progettazione e l'emissione delle gare; abbiamo dato assoluta priorità all'oncologia, i cui lavori partiranno tra la fine di marzo e i primi di aprile essendo già tutto interamente finanziato e aggiudicato. Ci concentreremo ovviamente anche sull'hospice, cercando le soluzioni transitorie meno onerose e più veloci da realizzare in totale accordo con l'Authority, sfruttando intelligentemente le prerogative del recente decreto delegato. Sul grande tema del nuovo ospedale e della finanza di progetto, ci tengo a chiarire che si tratta di uno strumento strutturalmente flessibile, contrariamente a quanto si possa temere. La nostra normativa del 2011 permette infatti di non remunerare l'intervento esclusivamente tramite la concessione dei servizi, ma prevede anche la possibilità di un corrispettivo in prezzo. I nuovi modelli internazionali superano l'originaria rigidità del passato, introducendo una finanza di progetto che definirei "leggera", dove il concessionario può essere remunerato anche solo con i servizi manutentivi della struttura o con elementi accessori come pulizia e ristorazione. Il nostro obiettivo per i mesi di marzo e aprile è proprio quello di riprendere in mano la documentazione già prodotta, inclusi gli ottimi



studi di fattibilità del Politecnico, e avviare una procedura a evidenza pubblica. Attraverso il dialogo competitivo potremo costruire il contratto assieme ai proponenti in modo dinamico, mantenendo sempre la nostra vitale facoltà di adeguare l'accordo nel corso degli anni senza restare vincolati in modo penalizzante e irreversibile per i prossimi trent'anni.

Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie Alessandro Stefano Bertolini: abituato a lavorare in realtà dove la finanza di progetto è assolutamente all'ordine del giorno, la ritengo non una scelta ideologica ma una necessità economica ineludibile e ordinaria per non dissanguare le limitate risorse del nostro sistema sanitario. Mi sono segnato tre questioni specifiche sollevate in quest'aula: la camera ardente, l'hospice e il famoso taglio del dieci per cento sui consulenti. Riguardo alla camera ardente concordo pienamente sulle sue attuali criticità strutturali e ci impegneremo a migliorarla venendo incontro alle esigenze umane della popolazione, ma nella nostra scala di priorità abbiamo ritenuto più urgente e vitale intervenire sull'hospice. Per quest'ultimo abbiamo individuato una collocazione rapida e a basso costo nell'ex padiglione della casa di riposo, che sarà una sistemazione per forza di cose transitoria in attesa del nuovo ospedale, ma che ci permetterà di avere fin da subito una struttura ospedaliera essenziale per i malati terminali. Sul taglio ai consulenti ci tengo a fare estrema chiarezza precisando che all'inizio del mio mandato ho trovato una spesa preventiva di ben due milioni e duecentomila euro unicamente per consulenti ad personam non filtrati da enti. Ho quindi chiesto a tutti i primari di valutare le reali e oggettive necessità dei propri reparti, scoprendo che avevamo figure molto diverse, da chi faceva solo il gettonista notturno in pediatria a professionisti di grande valore che aggiungevano competenze insostituibili. Con questa attenta scrematura e con alcune rinunce spontanee dovute all'età pensionabile, siamo scesi a un preventivo di un milione e seicentomila euro, cercando dove possibile, come nel caso dell'ortopedia, di trasformare le collaborazioni in assunzioni a tempo determinato, che risultano indubbiamente molto più convenienti per l'istituto a parità di ore lavorate. Mi sono anche reso conto della grave disomogeneità nelle retribuzioni orarie, un aspetto che stiamo correggendo perché non è istituzionalmente accettabile che professionisti con mansioni simili percepiscano compensi triplicati l'uno rispetto all'altro. Il taglio lineare del dieci per cento è stato un segnale chiaro per razionalizzare le uscite, che ha portato alle dimissioni di un solo medico facente parte di un pool per le perizie medicolegali, senza causare alcuna presunta fuga di cervelli, permettendoci di iniziare a ragionare in prospettiva sul delicato passaggio da onerose consulenze tramite enti a consulenze a chiamata molto più mirate e sostenibili.

Direttore Amministrativo ISS Manuel Canti: Mi riaggancio alle parole del collega per sottolineare che l'intervento appena descritto sulle consulenze è stato solo un passo preliminare per arginare una situazione critica, ma il nostro vero e profondo obiettivo a un anno è quello di definire per tutti i professionisti uno schema di contratto comune con fasce retributive precise, eliminando alla radice l'attuale e ingiustificabile disomogeneità di compensi. Vogliamo superare radicalmente la prassi di dover rinnovare frettolosamente le convenzioni ogni mese di dicembre, passando finalmente a contratti pluriennali che includano chiare clausole di recesso, mantenendo così salda la nostra potestà organizzativa e manageriale. Riguardo allo stato di applicazione dell'accordo di associazione con l'Unione Europea, stiamo operando in totale coordinamento con il settore pubblico allargato e abbiamo formato gruppi di progetto specifici per l'analisi dei percorsi normativi e organizzativi, che saranno fondamentali per permettere al nostro sistema sanitario e previdenziale di dialogare efficacemente con gli altri paesi comunitari. Un altro tema pratico su cui siamo dovuti intervenire tempestivamente riguarda la gestione e l'eventuale esternalizzazione delle cucine, essendoci trovati di fronte a una richiesta di adeguamento strutturale di ben quattrocentocinquantomila euro per ambienti situati in un blocco destinato alla futura demolizione per il nuovo ospedale. A questo si aggiungeva la strutturale difficoltà di reperire i cuochi, che vengono costantemente contesi con le scuole; abbiamo quindi deciso di esternalizzare questo servizio accessorio, che al Casale della Fiorina già funziona in maniera eccellente, prevedendo di ricollocare con intelligenza il nostro personale attualmente in esubero proprio nel settore scolastico statale. Sul tema cruciale del bilancio e del costante aumento della spesa sanitaria,



capisco perfettamente che ci sia il desiderio politico e sociale di avere sempre nuovi servizi, ma dobbiamo fare i conti con un fortissimo tasso di invecchiamento della popolazione sammarinese e con una spesa sanitaria che risulta composta per ben il settanta per cento unicamente dai costi del personale e dei farmaci. Per questo motivo è assolutamente indispensabile agire sull'efficientamento delle risorse umane, avendo però il pieno e convinto sostegno politico, altrimenti l'intero sistema andrà pericolosamente e inevitabilmente fuori controllo. Inoltre, l'incremento di spesa di dieci milioni di cui si è ampiamente dibattuto è in grandissima parte legato ai necessari accantonamenti per i forfait sanitari che ammontano a quasi sei milioni e che dobbiamo imperativamente riconoscere all'Italia per i numerosi frontalieri. Infine, sull'importante appalto delle pulizie, che era fermo a logiche del 2012 e che ha visto una prima gara andare deserta, c'è stato un inevitabile aumento dei costi dovuto ai recenti rinnovi contrattuali del settore privato; abbiamo dovuto adeguare i tetti di spesa al rialzo, riuscendo però a razionalizzare l'intero servizio che da aprile comprenderà in modo strutturato tutte le esigenze ospedaliere e della RSA senza dover più ricorrere continuamente a costosi e imprevedibili extra appalti.

Direttore delle Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie Alessandro Stefano Bertolini: Qualcuno mi ha chiesto quale sia il modello di sanità del futuro a cui stiamo puntando e, pur non potendo avere la sfera di cristallo visto il rapido sviluppo tecnologico della medicina moderna, sono assolutamente certo che dovremo prepararci a un'impostazione molto meno ospedalocentrica e sempre più fortemente radicata e focalizzata sul territorio. Solo potenziando capillarmente la rete assistenziale territoriale riusciremo a non ingolfare le risorse in un unico padiglione ospedaliero. Sul tema nevralgico e dibattuto delle liste d'attesa e dell'appropriatezza prescrittiva, mi sono reso conto fin dal mio insediamento che i numeri del nostro istituto sono oggettivamente fuori scala: a fronte di un bacino di sole 35 mila anime, ci vengono richiesti annualmente oltre 1.100.000 esami del sangue, 70 mila indagini radiologiche e oltre 452 mila visite specialistiche. Ho fatto un benchmark diretto e meticoloso con colleghi che lavorano nella vicina Lombardia e, a parità di assistiti, risulta palese che in proporzione qui da noi si prescrive più del doppio. Questo non avviene per malafede, ma perché a San Marino manca quel sistema stringente di controllo e responsabilizzazione economica che invece i medici di famiglia italiani hanno sui propri budget mensili. L'eccesso spropositato di domanda genera inevitabilmente le liste d'attesa, per questo stiamo fortemente implementando i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, come abbiamo già fatto con ottimi risultati per la dermatologia e il monitoraggio dei nevi, per evitare che la medicina difensiva porti a visite continue e regolarmente inconcludenti, come il caso surreale del paziente che prenota visite mensili dall'otorino per un semplice tappo di cerume. Non stiamo parlando di medici fannulloni o disinteressati, ma di un problema complesso di ottimizzazione delle risorse e di consapevolezza civica che dobbiamo instillare nei cittadini affinché utilizzino i servizi pubblici solo in caso di reale e fondata necessità. Infine, sulla questione delicata del medico a bordo delle ambulanze del 118, riconosco pienamente che sia un valore aggiunto inestimabile per la nostra comunità, ma attualmente non disponiamo della pianta organica adeguata per coprire con un doppio medico l'intero turno di ventiquattro ore. Fate conto che il pronto soccorso fa 18.000 accessi all'anno e che gli accessi gravi e i codici rossi si distribuiscono in modo imprevedibile su tutta la giornata. Nel frattempo, in attesa di poter inquadrare le due nuove dottoresse che si sono recentemente candidate, abbiamo autorizzato un protocollo normativo mirato che permette agli infermieri del pronto soccorso, seguendo rigorosamente l'indicazione medica, di somministrare farmaci salvavita di estrema urgenza come l'adrenalina direttamente sul posto, garantendo in questo modo una risposta tempestiva, sicura e altamente professionale a tutte le emergenze critiche del territorio.

Segretario di Stato Marco Gatti: Molto velocemente per ringraziare i direttori per aver risposto alle domande in maniera molto esaustiva, fornendo dati e numeri che ci consentono di avere un quadro ancor più chiaro delle complessità dell'Istituto per la Sicurezza Sociale e delle sfide che dobbiamo affrontare per migliorare un servizio in continua evoluzione. Condivido pienamente l'idea che pensare oggi a una sanità con una prospettiva di dieci anni sia sostanzialmente una perdita di tempo, poiché tra tre anni avremo sicuramente esigenze diverse da quelle attuali; le necessità cambiano rapidamente, così come



cambia il rapporto che l'istituto deve avere con i nuovi bisogni legati all'invecchiamento della popolazione, dato che un tempo avevamo molti più giovani e oggi la sanità si è dovuta adattare a persone con qualche anno in più. Per quanto riguarda le considerazioni politiche, mi sento di condividere quasi tutto ciò che è emerso, ma ritengo doveroso rispondere sul tema della riforma pensionistica. Noi abbiamo appena fatto una riforma pensionistica nel 2022, e se pensiamo di doverne fare un'altra nel 2026, significa semplicemente che l'abbiamo fallita completamente. Non ritengo che oggi siamo nelle condizioni di fare una nuova riforma pensionistica; sicuramente tra qualche anno ci sarà la necessità di rivedere alcune dinamiche sulla base dell'andamento del mercato del lavoro e del nostro fondo pensioni, attuando dei ritocchi come avviene ciclicamente in tutti gli Stati. Attualmente i dati sul nostro fondo pensioni sono molto migliori rispetto alle proiezioni, grazie a un trend economico molto positivo che sta generando posti di lavoro. Speriamo che questa situazione duri a lungo, ma se il quadro economico dovesse cambiare, allora potremmo dover fare una riflessione anticipata.

Miriam Farinelli (Rf): Mi basta solo un sì o un no. Nel caso della finanza di progetto i servizi core rimarranno sempre in carico l'istituto pubblico?

Segretario di Stato Marco Gatti: I servizi core resteranno tutti in capo all'Iss.

Maria Adele Aida Selva (Pdcs): *Do lettura dell'ordine del giorno predisposto dalla maggioranza. La Commissione consiliare quarta. Sentiti i riferimenti del segretario di Stato Marco Gatti e dei direttori del Comitato Esecutivo dell'Istituto Sicurezza Sociale ai quali è seguito un ampio approfondito dibattito. Visto il piano sanitario sociosanitario 2024-2026. Visto inoltre l'ordine del giorno approvato dal Consiglio Grande e Generale nella seduta del 16 gennaio 2025 in materia di attuazione degli indirizzi generali per la predisposizione del piano sanitario sociosanitario 2024-2026. ribadito l'indirizzo politico volto a garantire un sistema sanitario pubblico di qualità, improntato ai principi di universalità, uguaglianza ed equità, fondato su criteri di efficacia, efficienza ed economicità, in grado di rispondere ai bisogni reali della popolazione, condivide gli interventi attuati e le linee di azione perseguite dal Comitato Esecutivo nel primo semestre di attività, indicati nel documento allegato, i quali si inseriscono coerentemente nel quadro degli obiettivi delineati dal Piano Sanitario Sociosanitario e dagli indirizzi consiliari.*

Rileva che l'orientamento assunto in materia di riorganizzazione dei servizi, pianificazione del personale e degli investimenti, revisione degli assetti organizzativi e razionalizzazione della spesa costituisce un intervento strutturale volto a superare prassi consolidate e a introdurre strumenti più adeguati di programmazione e responsabilità gestionale.

Sottolinea che tale percorso deve coniugarsi con la piena tutela della qualità delle prestazioni e con il mantenimento dei livelli di servizio garantiti ai cittadini, assicurando che i processi di riorganizzazione siano finalizzati al rafforzamento del sistema pubblico e accompagnati da una comunicazione chiara e trasparente.

Dà mandato al Segretario di Stato alla Sanità di trasmettere al Comitato Esecutivo dell'ISS i seguenti indirizzi:

- a) proseguire con gli interventi di riduzione delle liste d'attesa attraverso la revisione degli orari di lavoro e di servizio della dirigenza medica e del personale sanitario, finalizzata anche all'ottimale utilizzo di locali, macchinari e attrezzature diagnostiche, nonché tramite un'azione di rimodulazione delle autorizzazioni all'esercizio della libera professione;*
- b) definire linee guida operative volte a perseguire una migliore appropriatezza prescrittiva;*
- c) proseguire nell'attività di revisione e razionalizzazione dei rapporti di collaborazione professionale, nonché dei rapporti con enti e strutture esterne, nel rispetto dei principi di economicità, efficacia ed efficienza, privilegiando la definizione di accordi quadro e contratti pluriennali con diritto di recesso per la parte pubblica;*



- d) implementare il progetto anziani, anche tramite il potenziamento dell'assistenza residenziale anziani (ARA) e dell'assistenza domiciliare integrata (ADI), con l'individuazione dei soggetti fragili nei cui confronti attivare visite domiciliari programmate da parte dei medici di base, nonché con il rafforzamento dell'assistenza domiciliare in collaborazione con l'USD, ottimizzando l'impiego di operatori sociosanitari e personale infermieristico;*
- e) procedere, compatibilmente con i tempi previsti dallo studio di fattibilità, alla realizzazione dell'hospice e della lungodegenza, al fine di garantire un servizio adeguato per i pazienti fragili e terminali;*
- f) ripristinare e rafforzare il rapporto diretto tra medico, infermiere e paziente attraverso il graduale superamento dell'attuale modello di triage infermieristico territoriale e valutare la riorganizzazione della medicina di base in presidi territoriali integrati, con particolare riguardo alla presa in carico della fragilità;*
- g) organizzare un nuovo servizio di visite consulenziali pediatriche;*
- h) verificare la possibilità di stipulare protocolli di collaborazione con la Regione Emilia-Romagna per l'invio presso l'Ospedale di Stato di pazienti del Servizio Sanitario Nazionale italiano e per l'accesso dei medici sammarinesi ad attività di formazione e aggiornamento professionale;*
- i) potenziare i percorsi di sostegno a donne, bambini e adolescenti, anche nell'ambito della tutela dei minori e dei servizi per i minori;*
- j) procedere con la revisione, razionalizzazione e implementazione del quadro dei rapporti convenzionali con le associazioni di volontariato;*
- k) attuare il nuovo processo di valutazione della dirigenza medica introdotto con il Decreto Delegato n. 1/2026;*
- l) introdurre l'uso della firma elettronica e implementare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), sostenendo anche l'utilizzo di tecnologie innovative e della telemedicina;*
- m) predisporre e redigere il bilancio sociale dell'ISS con riferimento all'anno 2025.*

Dà inoltre mandato al Governo di:

- a) procedere all'aggiornamento del fabbisogno dell'ISS;*
- b) presentare un progetto di legge per regolamentare la libera professione medica del personale sanitario, assicurando che sia subordinata all'interesse del sistema pubblico;*
- c) aggiornare mediante decreto delegato le regole di copertura dei PDR sanitari e sociosanitari;*
- d) adottare un intervento normativo volto ad aggiornare e consolidare in un unico testo la disciplina delle prestazioni che esulano dalla normale attività dei servizi dell'ISS;*
- e) predisporre le linee guida del nuovo Piano Sanitario Sociosanitario con conseguente aggiornamento dell'atto organizzativo e del fabbisogno.*

Matteo Casali (Rf): Alcune considerazioni di carattere spiccatamente politico su quanto abbiamo appena ascoltato dai vertici dell'ISS e dal governo. Purtroppo, credo sia provato documentalmente che la politica non è in grado di fornire indirizzi reali e misurabili alla tecnica e all'amministrazione; i documenti che abbiamo approvato in questi mesi sembrano più che altro degli elenchi di buoni propositi o dei meri desiderata. Gli stessi obiettivi per il 2026 che ci sono stati dichiarati dal Congresso di Stato, come la riduzione delle liste di attesa o l'utilizzo della firma elettronica, testimoniano ulteriormente questa profonda incapacità della politica di dare una visione sistemica. Quando si chiede quale sia il modello di sanità che abbiamo in mente per coniugare l'universalità del 1955 con i principi di qualità e sostenibilità odierni, sentirmi rispondere dal Segretario Gatti che pensare alla sanità da qui a dieci anni è una perdita di tempo mi lascia letteralmente spiazzato; per fortuna nel 1955 qualcuno ha avuto l'ardire di pensare a lungo termine, altrimenti oggi non avremmo affatto questo sistema che dura da settant'anni. Chiedere un modello organizzativo non significa indovinare quale sarà la diagnostica o la tecnologia medica del futuro, ma decidere oggi come garantire l'assistenza, ad esempio valutando un modello che vada verso lo svuotamento dell'ospedale a



favore di un maggior radicamento sul territorio, come suggerito dal dottor Bertolini, oppure rafforzando strategicamente i rapporti con l'Emilia Romagna. Tutto questo si cala inevitabilmente sul progetto del nuovo ospedale e sulla discussa scelta della finanza di progetto, che rischia di diventare un mero slogan a cui stiamo disperatamente correndo dietro. Mi domando chi abbia effettivamente visto il progetto di questa nuova struttura; apprendo con grande stupore che si sta già decidendo cosa esternalizzare e cosa tenere all'interno, e pretendo che questo dibattito avvenga alla luce del sole e non nelle segrete stanze del comitato esecutivo. Il modello della finanza di progetto è totalmente fallimentare se il pubblico non possiede una fortissima capacità di controllo sulla qualità dei servizi forniti dal privato; vi domando come possiamo pretendere di avere questa capacità di controllo esterno se oggi, come ammesso candidamente, non siamo nemmeno in grado di alzare il telefono per richiamare un nostro primario che prescrive esami in eccesso generando lunghe liste di attesa. Inoltre, dobbiamo riflettere seriamente sul rischio altissimo legato alle continue revisioni contrattuali e sull'impatto che un'esternalizzazione di tutti i servizi secondari avrà sulle nostre piccole imprese sammarinesi che attualmente lavorano attorno all'ospedale. Infine, trovo francamente grottesco che l'atto organizzativo, su cui prima si facevano le barricate per difenderne l'intoccabilità definendolo provvisorio, oggi sia diventato una nota di colore su cui la stessa maggioranza e il comitato esecutivo hanno posizioni diametralmente opposte.

Emanuele Santi (Rete): Mi riallaccio all'ultima considerazione appena fatta dal collega in merito all'atto organizzativo, facendo notare che non è passata inosservata a noi dell'opposizione l'evidente e grave divergenza di vedute all'interno dello stesso Comitato esecutivo. Abbiamo sentito il dottor Canti dire chiaramente che prima bisogna valorizzare i processi interni escludendo modifiche immediate all'atto organizzativo formale, mentre il dottor Bertolini si è dimostrato molto più possibilista a rivederlo; questa è la prova tangibile che anche all'interno della maggioranza non c'è stata alcuna condivisione preventiva prima delle elezioni e ora vi trovate in aula con posizioni nettamente e pericolosamente diverse. Il punto cruciale di tutto questo dibattito è emerso dalla risposta del dottor Canti, il quale ha ribadito l'importanza di avere la vicinanza della politica sulle scelte manageriali. Il problema è che da vent'anni discutiamo degli stessi nodi strutturali, come gli orari di lavoro, il pomeriggio vuoto nei reparti, la libera professione senza regole e le liste d'attesa; possiamo avere il miglior comitato esecutivo fornito dal mercato, ma se la politica continua ad avere l'assurda pretesa di interferire persino quando si deve cambiare il lenzuolo del letto d'ospedale, non risolveremo mai nulla. Vi domando se la politica oggi consente davvero l'applicazione reale del controllo di gestione o la rimodulazione logica degli orari, o se invece qualcuno continua deliberatamente a sguazzare nei propri orticelli ostacolando ogni tentativo di miglioramento per difendere vecchi interessi di bottega. Passando a temi specifici, sono fortemente preoccupato per la situazione dell'oncologia, un reparto vitale a cui tengo particolarmente, dove i malati si trovano assurdamente a dover condividere i bagni e i water con i pazienti della pediatria; mi auguro davvero che i lavori previsti per la primavera risolvano questa situazione umiliante. Inoltre, pretendo delle spiegazioni puntuali sull'aumento spropositato dei costi generali: l'appalto delle pulizie è aumentato del venti per cento senza una logica sostenibile che stia in piedi, e la spesa per i medicinali è passata inspiegabilmente da sedici a ventuno milioni di euro nonostante non ci sia più l'emergenza del Covid. Ci dovete spiegare dove e come stiamo comprando questi farmaci, perché i conti non tornano affatto. Infine, dissento totalmente dall'analisi del Segretario Gatti sulle pensioni: la riforma serve con assoluta urgenza, perché i benefici dell'intervento del 2022 si esauriranno già nel 2026, e dal 2028, con l'aumento fisiologico dei pensionamenti e l'assenza di nuove contribuzioni strutturali, andremo inesorabilmente a erodere l'intero fondo di riserva previdenziale senza alcuna pietà.

Miriam Farinelli (Rf): Mi è sfuggita prima la possibilità di fare una riflessione diretta con il comitato esecutivo sulla complessa gestione della nostra casa di riposo. Ci tengo a sottolineare in modo molto chiaro e deciso che è assolutamente necessario e fondamentale prevedere una figura medica responsabile e stabile all'interno di quella delicata struttura. Abbiamo una parte specificamente



definita RSA dove ospitiamo non solo anziani generici, ma persone profondamente fragili con patologie degenerative neurologiche molto importanti che necessitano categoricamente di una valutazione medica quotidiana; sono veri e propri malati che si pagano la sanità e che non possono più essere in alcun modo gestiti al proprio domicilio dalle famiglie. Serve quindi in tempi brevissimi un medico di riferimento forte che possa assumersi l'intera responsabilità clinica di queste persone così vulnerabili. Inoltre, ritengo di vitale importanza avviare un monitoraggio puntuale e una sorveglianza attivissima delle infezioni, che purtroppo rappresentano una altissima causa di morbidità e mortalità nelle RSA; solo i numeri nudi e crudi ci dicono se stiamo operando bene, e se riscontriamo un numero di infezioni troppo elevato significa inesorabilmente che manca un'adeguata e stringente formazione del nostro personale sulle procedure igienico-sanitarie. Voglio ricordare a tutti quell'articolo che fissa chiaramente l'obiettivo condiviso di trovare una soluzione che garantisca alta qualità dell'assistenza, stabilità organizzativa e tutela dei pazienti più fragili, perché credo fermamente che ognuno di noi, al di là del colore politico, debba e possa condividere questo principio basilare per il benessere finale dei nostri cittadini assistiti.

Segretario di Stato Marco Gatti: Alcune doverose battute conclusive riguardo alla grande e complessa questione della finanza di progetto che è stata sollevata dai banchi dell'opposizione. Questo strumento innovativo non è un semplice contenitore che si prende passivamente in affitto, ma è una precisa modalità legata a come una progettualità viene finanziata ricorrendo strategicamente alla sinergia pubblico-privato per evitare un dannoso indebitamento diretto delle casse dello Stato. La scelta fondamentale ricade sul calcolo del canone, che dipende strutturalmente da quanti e quali servizi decideremo in futuro di esternalizzare; possiamo decidere di pagare l'intero canone monetario mantenendo tutti i servizi, anche quelli non strettamente core, all'interno della gestione ISS, oppure possiamo mettere a gara pubblica alcuni di questi servizi per abbattere il canone da corrispondere. Ritengo profondamente che gli ospedali moderni non vadano più concepiti e costruiti per palazzine rigidamente separate, ma per poli di intensità di cura, permettendo di gestire in modo elastico le necessità imprevedibili dei vari reparti. Il grande vantaggio economico della finanza di progetto, oltre al fatto che non costituisce un peso diretto sul debito pubblico, è che noi iniziamo a pagare un canone chiavi in mano, incentivando con forza il costruttore a terminare i lavori rapidamente e, se gli affidiamo contrattualmente anche le manutenzioni straordinarie e ordinarie per molti anni, a costruire fin da subito con materiali di altissima qualità per non doverci rimettere soldi propri in futuro. Ovviamente ci sono delle particolarità sammarinesi di cui dobbiamo necessariamente tenere conto: ad esempio, il servizio nevralgico di erogazione dell'energia da noi è interamente pubblico e statale, quindi difficilmente potrà essere esternalizzato come invece avviene normalmente in tutti gli altri Paesi. Al momento voglio ribadire che non è stata fatta alcuna scelta definitiva o irrevocabile; siamo semplicemente in una fase del tutto preliminare in cui abbiamo chiesto delle esplorative manifestazioni di interesse. Valuteremo attentamente in un secondo momento anche l'impatto sociale e positivo sulle imprese locali, sapendo benissimo che esternalizzare totalmente a un fornitore estero avrebbe una ricaduta economica molto diversa e potenzialmente penalizzante rispetto al coinvolgimento virtuoso del nostro tessuto imprenditoriale.

Matteo Casali (Rf): Mi sento francamente deluso da quanto ho appena ascoltato nella replica del Segretario. Sostenere con leggerezza che la finanza di progetto possa risolversi in un semplice canone qualora decidessimo di non esternalizzare alcun servizio accessorio significa letteralmente non aver capito affatto cos'è e come funziona la finanza di progetto. Questo strumento finanziario si basa intrinsecamente sull'esistenza di attività passibili di flussi di cassa costanti; se ci limitiamo a pagare un canone annuale senza un reale e sostanzioso trasferimento dei rischi, stiamo unicamente attingendo a un capitale privato che costa notoriamente e strutturalmente molto di più di quello pubblico, ponendo in essere un indebitamento occulto che sarebbe infinitamente più corretto e onesto chiamare semplicemente affitto. La finanza di progetto ha un senso logico, amministrativo ed economico soltanto se riusciamo a trasferire dal pubblico al partner privato il pesantissimo rischio del costo di



costruzione, il rischio della disponibilità dell'infrastruttura nel tempo e il rischio variabile della domanda. Dalle parole che ho ascoltato con stupore oggi, invece, sembra che tutti questi rischi stiano in gran parte rimanendo irresponsabilmente in capo a noi come Stato, il che rende l'intera operazione proposta una profonda e pericolosa contraddizione in termini. Vi chiedo nuovamente e per favore di cominciare a condividere in maniera trasparente i dati tecnici, le idee e le informazioni basilari su queste progettualità, perché affrontare dibattiti su asset così vitali in un clima di perenne asimmetria informativa corre il serio rischio di trasformare le nostre discussioni parlamentari in qualcosa di totalmente surreale e inutile. Per concludere, e per una semplice questione procedurale e di ordine dei lavori, chiedo alla presidenza come funzionerà materialmente l'espressione di voto sull'ordine del giorno appena presentato e se dovremo procedere con delle canoniche dichiarazioni di voto separate.

Vladimiro Selva (Libera): Intervengo velocemente perché credo di dover interpretare diversamente le interessanti ipotesi poste sul tavolo dal Segretario, comprendendo che al momento non ci sono fortunatamente soluzioni già blindate all'orizzonte e che siamo proprio qui in Commissione per discuterne apertamente e senza preclusioni. L'idea di fondo, dal mio personale punto di vista, è che un soggetto giuridico privato e specializzato finanzia la costruzione e l'intera progettazione esecutiva dell'ospedale ricevendo poi un canone di utilizzo dallo Stato, in una logica non del tutto dissimile da chi costruisce una grande galleria autostradale e riscuote un pedaggio per il suo utilizzo nel tempo. Personalmente, mi dichiaro molto favorevole all'ipotesi strutturale che la manutenzione ordinaria e soprattutto quella straordinaria dell'edificio vengano lasciate saldamente in capo a chi lo costruisce per un numero congruo di anni, ad esempio venti o venticinque; questo accorgimento tecnico serve proprio a garantire la massima qualità della costruzione originaria, perché se il costruttore sa di dover pagare di tasca propria per i futuri guasti, eviterà accuratamente di risparmiare sui materiali in fase di cantiere e di costruire male. Restano indubbiamente aperti alcuni nodi di fondo molto complessi, ma vorrei sottolineare un ultimo tema fondamentale che non possiamo ignorare: l'incertezza politica e il continuo temporeggiare sulle decisioni definitive ci stanno portando a spendere inesorabilmente ogni singolo anno cifre ingenti e obbligatorie per la semplice e precaria manutenzione della struttura ospedaliera esistente, sprecando di fatto risorse preziose che invece potrebbero e dovrebbero essere intelligentemente impiegate per finanziare la realizzazione del nuovo ospedale.

I lavori vengono interrotti alle 16:00 e riprenderanno domani alle 13:00