

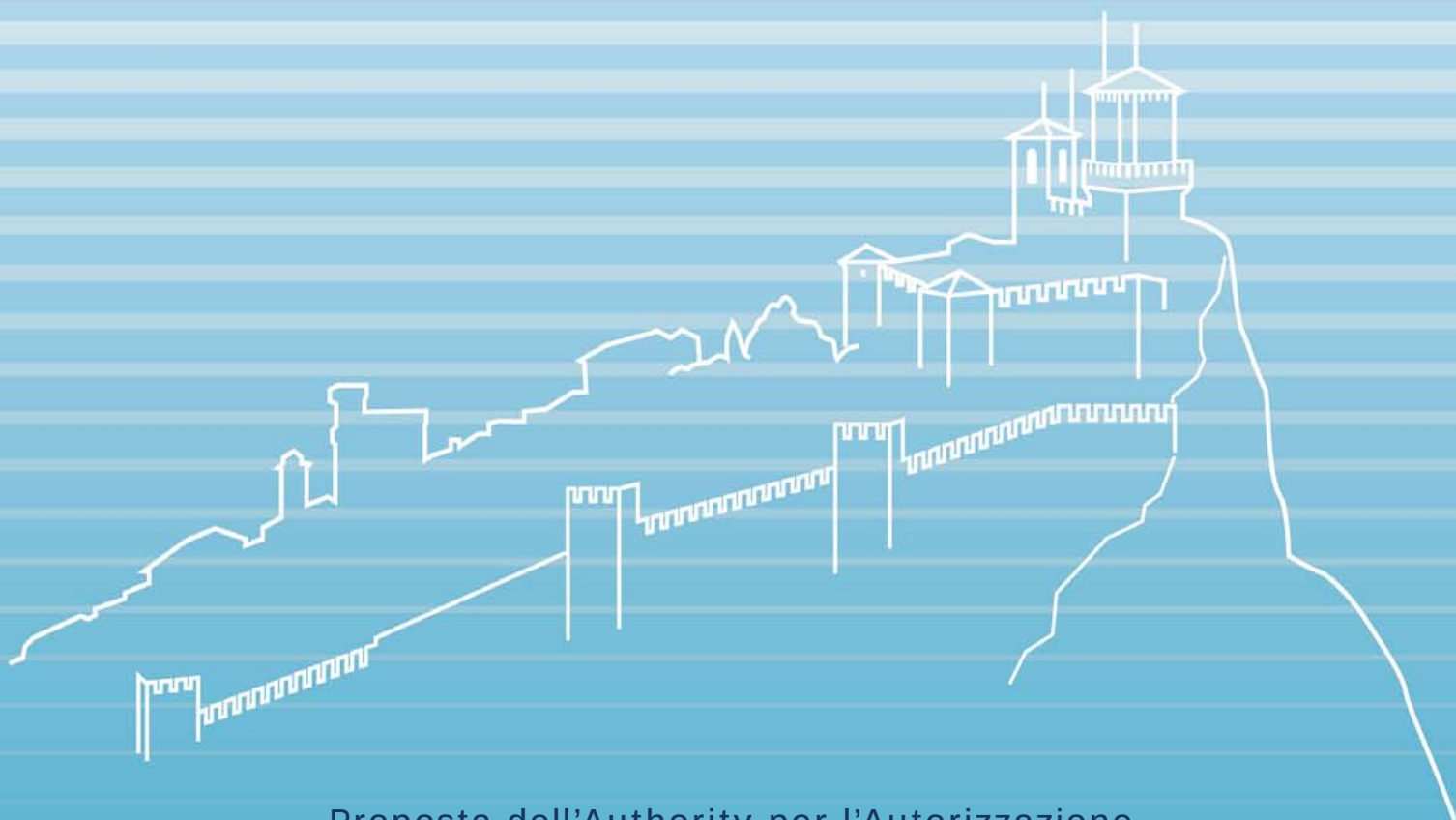


SEGRETERIA DI STATO PER LA SANITÀ E SICUREZZA SOCIALE,
FAMIGLIA, PREVIDENZA E PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

AUTHORITY PER L'AUTORIZZAZIONE, L'ACCREDITAMENTO E LA QUALITÀ DEI SERVIZI
SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIO-EDUCATIVI

PIANO SANITARIO E SOCIO- SANITARIO DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO 2015-2017

Art. 4 Legge 30 novembre 2004 n. 165
Processo di pianificazione e programmazione
sanitaria e socio-sanitaria



Proposta dell'Authority per l'Autorizzazione,
l'Accreditamento e la Qualità dei Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e
Socio-Educativi

INDICE

Premessa, metodologia e “lettura” del Piano	4
Sintesi	6
1. ELEMENTI DI BASE PER LA FORMULAZIONE DEL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO 2015-2017	11
1.1 Indirizzi politici e contesto internazionale.....	12
1.1.1. Leggi e documenti di indirizzo in ambito sanitario e socio-sanitario della Repubblica di San Marino	12
1.1.2 Documenti di indirizzo internazionali e allineamento a politiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità	14
1.1.3 Accordi della Repubblica di San Marino con Organizzazioni Internazionali e Italiane in ambito sanitario e socio-sanitario	16
1.2 Elementi chiave del profilo di salute della popolazione di San Marino	18
1.3 Continuità con il PSSN 2006-2008 e principi generali d'indirizzo	31
2. OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	37
2.1 Promozione della salute e prevenzione	39
2.1.1 Stili di vita.....	39
2.1.2 Ambiente di vita e lavoro	45
2.1.3 Vaccinazioni e screening	65
2.2 Target di popolazione secondo l'approccio life-course	66
2.2.1 Bambini, adolescenti e giovani.....	67
2.2.2 Donne e politiche di genere	72
2.2.3 Anziani	75
2.2.6 Persone con disabilità	76
2.2.7 Migranti	79
2.3 Malattie di particolare impatto sanitario e sociale	80
2.3.1 Malattie acute e croniche non trasmissibili.....	80
2.3.2 Malattie Infettive.....	92
2.4 Sangue, cellule, tessuti e organi.....	95
3. STRUMENTI ED OBIETTIVI DI SISTEMA	99
3.1 Authority sanitaria e sistema delle regole	101
3.2 L'Istituto per la Sicurezza Sociale (ISS) e l'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari	103
3.2.1 Prevenzione.....	105
3.2.2 Cure Primarie e Servizi socio-sanitari.....	109
3.2.3 Cure intermedie	119
3.2.4 Ospedale.....	120
3.2.5 Previdenza	126
3.2.6 Servizi amministrativi, di staff e comuni.....	126
3.3 Integrazione, reti assistenziali ed alleanze con istituzioni e settori non sanitari.....	127
3.3.1 Integrazione nel sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese	128

3.3.2	Le reti con l'esterno.....	131
3.3.3	La medicina non convenzionale e complementare.....	132
3.3.4	Le alleanze fra i vari settori	134
3.4	Clinical Governance, qualità dei servizi, sicurezza e appropriatezza assistenziale	136
3.4.1	Sistemi di qualità	137
3.4.2	La gestione del rischio	137
3.4.3	Appropriatezza, livelli essenziali di assistenza e liste d'attesa	138
3.4.4	Linee guida e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali.....	140
3.4.5	Politica del farmaco e dei dispositivi medici.....	141
3.4.5.1	Politica del Farmaco	142
3.4.5.2	La gestione dei dispositivi medici	142
3.5	Il sistema informativo sanitario e sociosanitario.....	143
3.6	Conoscenza ed innovazione.....	150
3.6.1	Bioetica e Sperimentazione	150
3.6.2	Il ruolo dell'Università.....	151
4	LA PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO E LA COMUNITA' COMPETENTE	153
4.1	I diritti e i doveri del cittadino.....	154
4.2	La comunità competente e le alleanze.....	156
4.3	La cooperazione sanitaria internazionale	157
5	RISORSE E SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA.....	158
5.1	Finanziamento generale dei servizi sanitari e socio-sanitari	159
5.2	Budget	161
5.3	Piano degli investimenti	162
5.4	Politiche del personale, valorizzazione delle professionalità e formazione continua	163
6	IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO	166

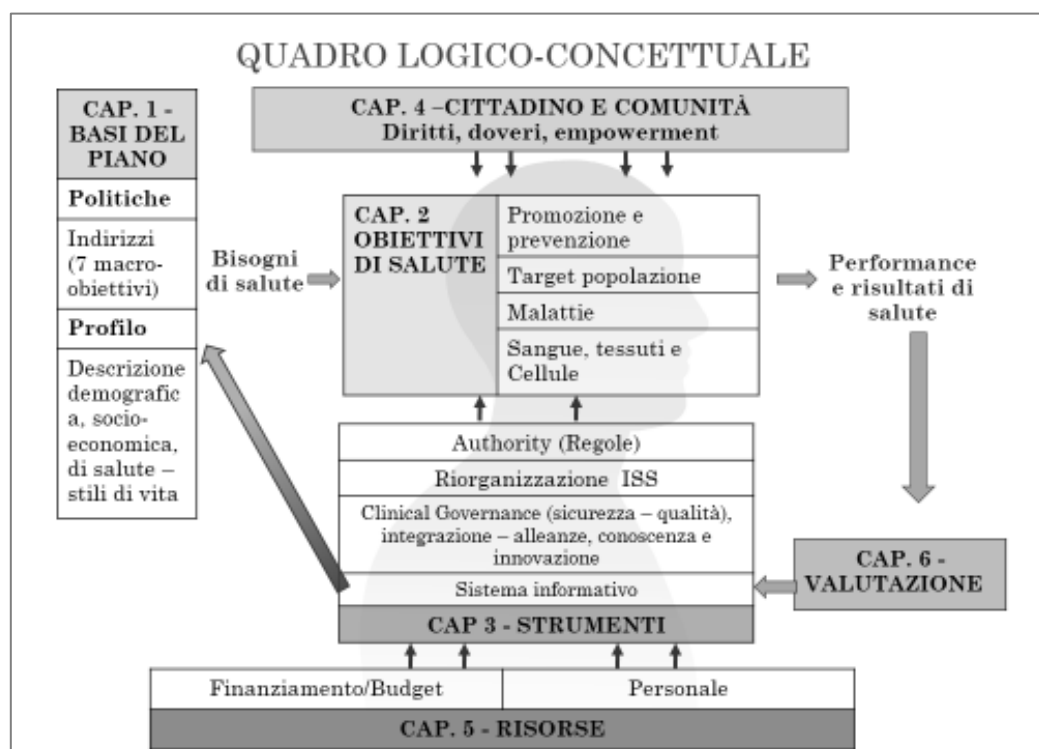
Premessa, metodologia e “lettura” del Piano

Il Piano sanitario e socio-sanitario 2015-2017 è stato sviluppato sulla base degli Indirizzi Generali per la predisposizione del Piano sanitario e socio-sanitario della Repubblica di San Marino (articolo 4, secondo comma della Legge 30 novembre 2004 n.165) approvati nella seduta del 25 novembre 2014.

La costruzione del nuovo Piano ha visto il coinvolgimento dei vari stakeholder del sistema, attraverso un confronto molto proficuo della Segreteria di Stato alla Sanità e dell'Authority sanitaria con il management (Comitato Esecutivo dell'ISS), i professionisti dell'ISS, le istituzioni centrali e locali, le forze sociali e le associazioni di volontariato, che hanno avuto l'opportunità di poter esprimere il proprio punto di vista ed hanno quindi dato un concreto contributo nell'elaborazione del Piano.

Un altro elemento di novità metodologica consiste nel fatto che è possibile “leggere” il documento a più livelli, da uno più generale fino ad arrivare ad elementi di dettaglio. Infatti, attraverso la lettura della Sintesi è possibile avere una conoscenza generale sui principi e sui contenuti del Piano. Ogni Capitolo ha invece una introduzione iniziale per dare il quadro d'insieme dell'argomento generale trattato. Nei sotto-capitoli si entra poi nel dettaglio delle singole tematiche sviluppate.

Il Piano può essere consultato anche secondo il seguente quadro logico concettuale.



Con lo schema proposto si vuole evidenziare che porre la persona al centro in tutta la sua complessità è l'obiettivo principale che il sistema sanitario e socio-sanitario deve raggiungere. E' necessario quindi partire dai bisogni di salute, che possono essere identificati partendo dal profilo di salute, ossia dalla "fotografia" dello stato di benessere della nostra comunità, e che sono inseriti all'interno delle politiche di salute delineate da Segreteria di Stato alla Sanità, Congresso di Stato e Consiglio Grande e Generale, che derivano dalle strategie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Cap. 1). Sulla base dei bisogni evidenziati nel profilo e dalle linee strategiche vengono quindi proposti obiettivi di salute riguardanti la promozione della salute e prevenzione, target di popolazione, malattie di particolare impatto sanitario e sociale (Cap. 2). Al fine di raggiungere gli obiettivi proposti vengono identificati strumenti e obiettivi di sistema, che riguardano il sistema delle regole ed il ruolo dell'Authority, la riorganizzazione dell'ISS, la sicurezza e la qualità dei servizi secondo i principi della "clinical governance", l'integrazione dei servizi e le alleanze con le altre istituzioni e settori extra-sanitari, la conoscenza e l'innovazione (Cap. 3). Inevitabilmente, se si pone al centro la persona, è fondamentale rendere partecipi tutti i cittadini e l'intera comunità, portatori non solo di diritti ma anche di doveri (Cap. 4). Per assicurare il raggiungimento degli obiettivi di salute e di sistema, è necessario, infine, avere adeguate risorse economiche (finanziamento e budget) ed umane, in un settore, quello sanitario e sociale, dove i professionisti rappresentano un elemento imprescindibile e fondamentale per assicurare il benessere delle persone (Cap. 5). Viene infine proposto un sistema di valutazione utile per vedere in modo oggettivo e trasparente quali sono gli effetti delle scelte sulla salute in termini di performance e risultati raggiunti, e riorientare, di conseguenza, gli obiettivi nella pianificazione successiva (Cap. 6).

Sintesi

In epoca di crisi economica globale e locale va ribadito con forza il principio che la salute, intesa come stato di completo benessere fisico, mentale, sociale ed economico, - e non semplicemente assenza di malattia o infermità - è un diritto fondamentale e un bene comune e che la tutela della salute è il fine del servizio sanitario e socio-sanitario nazionale. Partendo da questo presupposto ed andando a identificare i bisogni della popolazione ed i molteplici fattori che influenzano il benessere dell'individuo e della comunità - i cosiddetti *determinanti di salute* - quali ad esempio le condizioni socio-economiche, l'istruzione, l'ambiente, l'accesso ai servizi sanitari e gli stili di vita, è possibile definire obiettivi di salute che sappiano dare risposte adeguate ai bisogni espressi in termini di efficacia, efficienza e soddisfazione del cittadino, coerentemente con le risorse a disposizione.

Il secondo Piano Sanitario e Socio-sanitario Nazionale (PSSN) per il triennio 2015-17, sviluppato secondo quanto previsto dall'articolo n. 4 della Legge 165/2004 ed in forte continuità con il precedente Piano che non ha ancora concluso la sua forza propulsiva ed innovativa, individua linee strategiche e pone obiettivi partendo dal presupposto che i fenomeni collegati alla salute hanno assunto sempre più una dimensione globale e che, nello stesso tempo, si richiede per la loro soluzione un'azione capillare a livello locale.

A livello internazionale, è fondamentale **adottare le linee strategiche dell'OMS Europa**, con particolare riguardo alla politica di riferimento "Health 2020" - incentrata sul ruolo dei determinanti sociali della salute e sull'approccio coinvolgente tutto il governo (*Whole-of-Government*) e l'intera società (*Whole-of-Society*) al fine di promuovere il concetto di equità nella salute in tutte le politiche (*HEiAP*) - e sviluppare l'Accordo di Cooperazione tecnica fra San Marino e OMS creando una piattaforma strategica per l'attuazione del progetto "*Produrre Salute e Sviluppo*" per i Paesi della Regione Europea con popolazione inferiore al milione di abitanti.

San Marino, per la propria condizione di piccolo Stato indipendente con le proprie peculiarità, ha la necessità non solo di confrontarsi con le politiche di salute sviluppate a livello mondiale, ma anche di interagire con i sistemi sanitari e sociali di altri Paesi, con particolare riguardo all'Italia e alle regioni limitrofe, creando un sistema strutturato di "reti" interne ed esterne, indispensabili per dare risposte efficaci ai bisogni di salute e garantire il benessere dei nostri cittadini. Lo sviluppo del nuovo PSSN non può prescindere dunque dalla **conoscenza dello stato di salute e**

benessere della comunità, che consente di individuare le criticità e le priorità da considerare all'interno della programmazione e delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali.

Il Piano Sanitario e Socio-Sanitario si basa inevitabilmente sulla **valutazione del raggiungimento degli obiettivi previsti nel precedente Piano, in una logica di continuità**, contenuta negli Indirizzi Generali discussi in Consiglio Grande e Generale. Solo attraverso un legame stretto tra pianificazione triennale, direttive annuali, fase di implementazione e valutazione degli obiettivi raggiunti, è possibile rendere il Piano triennale strettamente collegato alla realtà operativa e pertanto concretamente utile.

Il nuovo Piano, mantenendo valide le basi del piano 2006-2008, identifica **7 macro-obiettivi strategici** trasversali: (1) la centralità della persona e della collettività nel sistema, continuando a considerare la salute come diritto universale e bene comune (2) agire sui determinanti sociali di salute al fine di monitorare e prevenire l'insorgenza di diseguaglianze, (3) la riduzione dei fattori di rischio di malattia e morte nella popolazione, (4) una migliore integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari e tra i vari livelli dei singoli settori, (5) la sostenibilità organizzativa ed economica del sistema, (6) l'interazione attiva con le realtà fuori territorio sammarinese per evitare l'isolamento e favorire l'innovazione e la conoscenza, (7) la valorizzazione delle risorse umane all'interno del sistema sanitario e socio-sanitario.

Il Piano individua obiettivi di salute ed obiettivi e strumenti di sistema.

Gli **obiettivi di salute** pongono al centro del sistema il cittadino in tutte le fasi della vita e in relazione a determinate condizioni patologiche o potenzialmente dannose per la salute con il fine di rispondere in modo efficace ai bisogni dell'individuo e della comunità. Gli obiettivi di salute riguardano la promozione della salute e la prevenzione, indirizzi e linee strategiche specifiche per target di popolazione, malattie di particolare impatto sanitario e sociale come ad esempio le malattie cardiovascolari, i tumori e le malattie infettive.

In riferimento agli **strumenti ed obiettivi di sistema** viene ribadita l'importanza della governance definita con la riforma del 2004, che vede come principali attori Segreteria di Stato alla Sanità, Authority sanitaria e socio-sanitaria e Istituto per la Sicurezza Sociale (ISS). L'Authority dovrà continuare ad assicurare servizi di qualità attraverso gli strumenti dell'autorizzazione, accreditamento, controllo e vigilanza, essere di supporto dell'Esecutivo nell'ambito della pianificazione e programmazione sviluppando anche un sistema informativo strutturato per il monitoraggio e la verifica dei risultati ottenuti in termini di salute, coordinare le reti interne ed esterne con

organismi quali OMS, Consiglio d'Europa, UE ed Italia. L'ISS, che ha consolidato il proprio assetto di tipo aziendale, mantenendo validi i principi della Legge istitutiva del 1955 di garantire la salute ai cittadini/residenti sammarinesi, dovrà necessariamente attuare una riorganizzazione che sia in grado di rispondere in modo sempre più appropriato ai bisogni di salute della popolazione. E' inevitabile che i principali attori del Sistema (Segreteria, Authority e ISS), in assenza del Dipartimento Sanità, dovranno strutturare nuove modalità di confronto sulle tematiche sanitarie e socio-sanitarie anche con gli altri Dipartimenti della Pubblica Amministrazione.

L'ISS, quale principale attore della rete dei servizi di salute, dovrà focalizzarsi sui risultati di salute in una prospettiva sistemica di "clinical governance". E' necessario quindi sviluppare nuovi approcci organizzativi che, assicurando la continuità assistenziale e rafforzando i concetti già contenuti nel precedente Piano quali qualità dei servizi, appropriatezza, processi e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e integrazione dei servizi, siano a supporto per il raggiungimento degli obiettivi di salute. I servizi per la prevenzione dell'ISS dovranno integrare maggiormente gli interventi di promozione della salute e prevenzione delle malattie in sinergia con tutti gli altri attori esterni (Authority, Dipartimento Territorio, Istruzione, Giunte). Nel territorio le cure primarie dovranno indirizzarsi sempre più verso una medicina proattiva secondo i principi del chronic care model, mentre va riconfermato e valorizzato il ruolo dei servizi socio-sanitari, per i quali si dovrà necessariamente prevedere una riorganizzazione complessiva in funzione dei mutamenti sociali degli ultimi decenni. Vanno potenziate le cure intermedie – già identificate nel precedente Piano ma non ancora strutturate all'interno dell'ISS – che creano un importante ponte tra cure ospedaliere e cure primarie per dare adeguate risposte assistenziali in sinergia l'ospedale, la rete dei servizi socio-sanitari residenziali, i centri per la salute ed i servizi domiciliari. L'ospedale dovrà essere riorganizzato secondo la logica dell'intensità di cura. L'intero sistema paese dovrebbe favorire un'ottimale integrazione dei servizi ed il governo delle reti assistenziali, che necessariamente ricomprendono anche strutture fuori territorio. In piena sintonia con le strategie dell'OMS, nella logica della "Salute in tutte le politiche", dovrà essere coinvolta tutta la comunità sui temi della salute e del benessere che non sono solo appannaggio dei professionisti della sanità e richiedono, quindi, la partecipazione attiva di altri settori istituzionali (finanze, territorio, politiche giovanili, istruzione) e dei cittadini nelle scelte relative alla salute. E' infatti necessario agire su quei determinanti strutturali che maggiormente influenzano la salute, stimolando il cittadino e la comunità a

diventare attori proattivi. Viene inserito il tema della cooperazione sanitaria internazionale come forma di solidarietà che supera i confini nazionali. Anche le medicine non convenzionali, regolamentate da anni a San Marino, potranno essere integrate nel sistema pubblico secondo criteri di provata efficacia e appropriatezza.

L'organizzazione di un nuovo sistema informativo sanitario e socio-sanitario diventa un altro obiettivo strategico al fine di integrare le informazioni necessarie per la gestione ed il governo dell'intero sistema.

La **conoscenza e l'innovazione** sono importanti motori per un paese. Dovranno essere create quindi importanti sinergie nell'ambito della ricerca e della sperimentazione, integrando maggiormente le competenze di ISS e Authority con quelle del Comitato Etico e di Bioetica e con l'Università.

Per realizzare obiettivi di salute e sfruttare al meglio gli strumenti dell'intero sistema è fondamentale una piena **partecipazione del cittadino**, assicurandone i diritti e coinvolgendolo attivamente nella promozione della salute della comunità, sfruttando al massimo le alleanze fra istituzioni centrali e locali (Giunte di Castello), le associazioni di volontariato e più in generale l'intera società civile.

In riferimento alle **risorse economiche** necessarie per la sostenibilità del sistema ed il raggiungimento degli obiettivi, la crisi economica e finanziaria globale e locale e le conseguenti richieste di interventi straordinari di revisione della spesa pubblica, condizionano notevolmente il finanziamento del sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese. Tuttavia, l'OMS in più occasioni si è pronunciata sull'impatto dell'attuale crisi economica e finanziaria sulla salute globale, che dovrebbe essere raccolta come sfida per i sistemi sanitari *“trasformando una minaccia in un'opportunità”*. Di fronte al declino della ricchezza e del reddito, la salute va tutelata come un diritto fondamentale; anche perché con la buona salute della popolazione si contribuisce alla crescita economica, alla riduzione della povertà, allo sviluppo sociale e alla sicurezza umana. La crisi finanziaria deve essere vista quindi come un'occasione per rafforzare i valori su cui si fonda una società e la tutela della salute dovrebbe essere utilizzata per promuovere una maggiore attenzione alla giustizia sociale, garantendo una copertura universale, equità e solidarietà.

La razionalizzazione della spesa pubblica deve quindi avvenire senza ridurre le prestazioni ai cittadini, ma recuperando i livelli di efficienza operativa che consentano, comunque, di garantire livelli di assistenza di qualità da adeguarsi dinamicamente all'evoluzione dei bisogni di salute.

Il funzionamento dei servizi sanitari e socio-sanitari e il raggiungimento degli obiettivi previsti dal piano non possono prescindere dalla **valorizzazione dei professionisti e da un'attenta politica del personale**, in quanto i professionisti rappresentano una risorsa indispensabile per l'intero sistema. La formazione continua obbligatoria per gli operatori sanitari diventa un elemento imprescindibile per assicurare risultati di salute e gestire le trasformazioni già in atto e quelle future.

E' necessario, infine, prevedere un **sistema di monitoraggio e di verifica sull'effetto delle politiche di salute** introdotte con il presente Piano Sanitario e Socio-Sanitario, al fine di avere un riscontro obiettivo ed evidenziare criticità ed attuare modifiche anche attraverso i documenti di programmazione annuale. Questa scelta permetterà di analizzare il livello di realizzazione dei cambiamenti indotti dalle scelte del Piano Sanitario e Socio-Sanitario, soprattutto per ciò che riguarda la salute del cittadino ed il benessere della comunità.

1. ELEMENTI DI BASE PER LA FORMULAZIONE DEL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO 2015-2017

Il Piano sanitario e socio-sanitario è stato sviluppato sulla base degli indirizzi politici che direttamente o indirettamente riguardano la salute della comunità ed in piena sintonia con le strategie di politica sanitaria che interessano San Marino a livello internazionale. Infatti, gli indirizzi politici nazionali, determinati non solo dai principali documenti che hanno “disegnato” nel tempo il sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese ma anche da scelte che derivano dalla crisi economica globale che ha inevitabilmente interessato San Marino, devono essere armonizzati ed integrati con le principali strategie di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e con gli impegni che derivano dagli accordi che San Marino ha in essere con l'OMS stessa, l'Europa, l'Italia e le Regioni Italiane, con l'obiettivo di porre i presupposti per creare una rete strutturata di servizi che sia in grado di dare risposte efficaci ai bisogni di salute della comunità.

I bisogni di salute, che emergono dal profilo di salute della popolazione, e la verifica del raggiungimento degli obiettivi del precedente Piano sono ulteriori e fondamentali elementi che hanno consentito di delineare le principali linee strategiche che hanno come fine la salute della popolazione e che rappresentano, quindi, il filo conduttore di tutto il documento.



1.1 Indirizzi politici e contesto internazionale

Le politiche di salute sviluppate nel Piano si collocano all'interno di una "cornice" costituita da normative ed indirizzi in ambito sanitario e socio-sanitario a livello nazionale, dalle strategie di importanti organismi internazionali quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da accordi, convenzioni e trattati che San Marino ha sottoscritto con OMS, Consiglio d'Europa, Unione Europea e Italia.

1.1.1. Leggi e documenti di indirizzo in ambito sanitario e socio-sanitario della Repubblica di San Marino

Il sistema sanitario e socio-sanitario si fonda sulla Legge n. 42/1955 "Istituzione di un sistema obbligatorio di Sicurezza Sociale". Gli obiettivi del sistema di Sicurezza Sociale della Repubblica vengono definiti all'articolo 1, dove si stabilisce che "è istituito un sistema obbligatorio di sicurezza sociale che contempla l'erogazione di prestazioni sanitarie, prestazioni economiche temporanee, di prestazioni economiche vitalizie, di assegni famigliari, di prestazioni assistenziali". La legge determina anche che "tutti i cittadini sammarinesi colpiti da malattia, quale ne sia l'età, il sesso, la condizione, l'attività, il reddito, indipendentemente dal fatto che sui loro redditi, o su quelli delle persone a cui carico essi vivono, sia stata pagata l'imposta per la Sicurezza Sociale" e che "le prestazioni sanitarie vengono erogate gratuitamente e in forma diretta tramite l'Ospedale e le Farmacie di Stato gestiti dall'Istituto per la Sicurezza Sociale". Il sistema è finanziato dallo Stato stesso attraverso la fiscalità generale e le entrate dirette.

Nel 2004 viene attuata una vera e propria riforma del sistema sanitario.

Infatti, la Legge n. 69/2004 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio ed all'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" modificata con la Legge 136/2007, la Legge 165/2004 "Riordino degli organismi istituzionali e di gestione dell'Istituto per la Sicurezza Sociale" e la successiva promulgazione dei decreti attuativi, con particolare riguardo ai Decreti 70/2005 e 115/2008 (Regolamenti per autorizzazione e accreditamento) e al Decreto 1/2010 (atto organizzativo dell'ISS), definiscono una nuova governance e riorganizzano l'intero sistema sanitario e socio-sanitario. In particolare con la Legge 69/2004 viene istituita l'Authority, organismo di supporto tecnico all'Esecutivo, alla quale vengono affidate le principali funzioni di pianificazione e programmazione e di garanzia del sistema delle regole. La Legge 165/2004 definisce chiaramente il sistema

e gli strumenti di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria (Piano sanitario e socio-sanitario, Linee di indirizzo aziendali dell'ISS, Budget, Piano del Personale e Piano degli investimenti) così come le modalità di controllo, e delinea la nuova riorganizzazione di tipo manageriale ed aziendale dell'ISS, che mantiene le fondamentali prerogative di garantire la salute ai cittadini/residenti sammarinesi sancite dalla Legge 42/1955.

La riforma della Pubblica Amministrazione, ed in particolare la Legge 188/2011, ha ridefinito ulteriormente compiti e funzioni di ISS e Authority, abolendo, altresì, il Dipartimento Sanità. E' inevitabile che, a seguito dell'attuazione della riforma ed in assenza del Dipartimento Sanità, sono state, e dovranno ulteriormente essere, strutturate nuove modalità di confronto interne fra i principali attori del Sistema (Segreteria di Stato alla Sanità, Authority e ISS) e con gli altri Dipartimenti della PA.

I principali documenti di pianificazione e programmazione che derivano dalla riforma sono i seguenti:

INDIRIZZI GENERALI PER IL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO

Rappresentano gli indirizzi generali del Consiglio Grande e Generale necessari per la predisposizione del Piano sanitario e socio-sanitario.

Nel 2005 sono stati emanati dal Consiglio Grande e Generale gli indirizzi per elaborare il Piano 2006-2008. Nella seduta consiliare del 25 novembre 2014 sono stati approvati gli indirizzi generali per il Piano 2015-2017.

PIANO SANITARIO e SOCIO-SANITARIO

Nel Piano sanitario e socio-sanitario vengono esplicitate le principali politiche di salute che la Repubblica di San Marino intende perseguire nell'arco del triennio, gli obiettivi ed azioni tese a conseguirli ed il quadro delle risorse finanziarie a disposizione. Viene predisposto dal Congresso di Stato, sulla base degli indirizzi generali del Consiglio Grande e Generale, avvalendosi dell'Authority.

Attualmente è in vigore il Piano 2006-2008, approvato dal Consiglio Grande e Generale nella Seduta del 21 febbraio 2006.

LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI DELL'ISTITUTO PER LA SICUREZZA (ISS)

Le linee di indirizzo per la programmazione aziendale dell'ISS vengono emanate annualmente sulla base del Piano sanitario e socio-sanitario dal Congresso di Stato con il supporto tecnico dell'Authority. Identificano obiettivi annuali che l'ISS deve perseguire, declinandoli nei propri documenti di programmazione.

DOCUMENTI DI PROGRAMMAZIONE DELL'ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE

I principali documenti di programmazione dell'Istituto per la Sicurezza Sociale sono i seguenti:

- Budget generale dell'Istituto, come strumento di controllo direzionale;
- Piano del Personale, come strumento attraverso il quale l'Istituto definisce le proprie necessità in termini di personale;
- Piano degli Investimenti, come strumento che evidenzia gli investimenti ordinari e straordinari annuali.

1.1.2 Documenti di indirizzo internazionali e allineamento a politiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Il Piano Sanitario e Socio-Sanitario 2015-2017 è stato sviluppato sulla base di strategie di riferimento internazionali, con particolare riguardo alla politica per la salute "Health 2020", sviluppata dall'OMS Europa e approvata dai 53 Paesi della Regione Europea dell'OMS.

Nel 2008 San Marino ha sottoscritto la Carta di Tallinn, documento firmato dai 53 Ministri della Salute della Regione Europea dell'OMS e dal Direttore Generale Europeo dell'OMS, che impegna gli Stati firmatari a "migliorare la salute dei cittadini attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari, pur riconoscendo le differenze sociali, culturali ed economiche tra i diversi stati." In sintesi, la Carta di Tallinn si basa sulla visione secondo la quale un migliore stato di salute contribuisce al benessere sociale ed economico di ciascun Paese attraverso l'impatto positivo sullo sviluppo economico, sulla competitività e sulla produttività dello stesso.

Ne consegue che investire nei sistemi sanitari e promuovere gli investimenti nei diversi settori che influenzano la salute equivale ad investire nello sviluppo umano, nel benessere sociale e nel benessere economico.

Sulla base dei principi e dei valori descritti nella Carta di Tallinn e di strategie e politiche di riferimento quali "Health for All" e "Health in All Policies", l'OMS ha sviluppato "Health 2020" (*Salute 2020*), un documento che ribadisce il concetto di salute come chiave per lo sviluppo umano, sociale ed economico di un paese ma ridefinisce anche una nuova politica comune per la Regione Europea alla luce delle complesse sfide sanitarie del 21° secolo e dell'evoluzione del contesto socio-economico internazionale. Sono state rilevate significative disuguaglianze di salute all'interno e tra i Paesi della Regione Europea dell'OMS; queste derivano principalmente da iniquità tra i determinanti sociali che influenzano la salute della popolazione quali l'istruzione, la classe sociale, le caratteristiche dell'abitazione,

l'ambiente ecc..., che risultano essere legati in modo inversamente proporzionale al rischio di mortalità di ciascun individuo.

La crisi economica internazionale ha infatti invertito il precedente trend che vedeva un progressivo miglioramento nello stato di salute generale all'interno della Regione Europea, aumentando il gap all'interno e tra i vari Paesi contribuendo all'aggravamento delle fragilità e delle vulnerabilità sociali. La crescita di queste vulnerabilità incide in particolare sulla vita e sulla salute delle persone, sul tessuto economico e sociale, ma anche sul terreno della partecipazione e coesione sociale.

Nonostante tutto, l'OMS ha saputo sfruttare questo contesto di crisi come finestra di opportunità per rivalutare e rinnovare il concetto di "Salute per tutti" sviluppando quindi la nuova politica comune di riferimento per l'Europa "Health 2020", che prevede un ampio coinvolgimento dei diversi settori sociali e governativi di un Paese al fine di collaborare in maniera trasversale per ottenere significativi miglioramenti della salute, ridurre le disuguaglianze e rafforzare una leadership e una governance partecipative e responsabili per la salute. Numerose evidenze ed esperienze internazionali, infatti, dimostrano che per creare ed ottenere un rafforzamento della salute e del benessere è necessario il coinvolgimento e la collaborazione di tutta la società (whole-of-society) e di tutto il Governo (whole-of-government).

Il documento "Health 2020" si basa sullo sviluppo di azioni in quattro aree prioritarie:

- investire in salute attraverso un approccio life-course (in tutte le fasi della vita) e mirare all'empowerment dei cittadini (incoraggiare il coinvolgimento e il controllo dei cittadini sul proprio stato di salute);
- affrontare le principali sfide per la salute nel campo delle malattie trasmissibili e non trasmissibili;
- rafforzare i sistemi socio-sanitari e potenziare le capacità di sanità pubblica e la preparazione, sorveglianza e risposta alle emergenze;
- diminuire le vulnerabilità delle comunità a fattori di rischio e aumentare la capacità di adattamento delle stesse ai vari cambiamenti socio-demografici, economici ed ambientali.

1.1.3 Accordi della Repubblica di San Marino con Organizzazioni Internazionali e Italiane in ambito sanitario e socio-sanitario

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'

Il 1 Agosto 2012 è stato firmato un importante Accordo di Cooperazione Tecnica quinquennale tra la Repubblica di San Marino e l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS): "Produrre salute e sviluppo – Piattaforma Strategica per Paesi di piccole dimensioni", che permette a San Marino di usufruire di un'assistenza tecnica diretta da parte dell'Ufficio Europeo dell'OMS per gli investimenti per la salute e lo sviluppo, consentendo di sviluppare know-how e rafforzare la capacità dei paesi con popolazione di piccole dimensioni di formulare, attuare, monitorare e valutare una solida strategia per la promozione della salute, basata su determinanti sociali ed economici, che riduca nel contempo le iniquità nello stato di salute della popolazione. L'accordo prevede la creazione di una piattaforma comune che porterà a consolidare i rapporti con i piccoli Stati della Regione Europea, favorendo azioni congiunte che possano influire su scelte di politica sanitaria all'interno dell'OMS.

A seguito della firma dell'accordo si è proceduto all'attuazione del progetto che coinvolge gli Stati dell'area Europea con una popolazione inferiore a 1 milione di abitanti, oltre a San Marino, che ha un ruolo di Leader nel progetto, risultando come uno dei migliori paesi per quel che riguarda alcuni indicatori quali, ad esempio, l'aspettativa di vita alla nascita e la mortalità infantile. Con l'avvio ufficiale del progetto, è stato adottato il "Manifesto di San Marino", il cui obiettivo è quello di armonizzare i sistemi sanitari di Paesi tra loro simili, ottimizzandone le risorse anche in tempi di crisi, incoraggiando i Governi ad affrontare i problemi della salute in modo più costruttivo e omnicomprensivo, scongiurando tagli e incongruenze di intervento. I futuri step del progetto prevedono il confronto, lo scambio di conoscenze e competenze con gli altri Stati partecipanti, in un'ottica di condivisione del know-how e per riportare le esperienze di ciascuno nell'applicazione delle politiche per la salute, con particolare riguardo a quanto definito nel programma dell'OMS – Health 2020.

CONSIGLIO D'EUROPA

San Marino, membro del Consiglio d'Europa, da sempre pone l'attenzione ai diritti umani. In ambito medico San Marino ha aderito alla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina (Convenzione di Oviedo) e partecipa attivamente al Comitato di Bioetica (DH-BIO). Si dovrà valutare l'opportunità di aderire ad importanti organismi

affendenti alla Direzione europea della qualità dei medicinali e cura della salute (EDQM) e di collaborare in modo più strutturato con il Gruppo di cooperazione in materia di lotta contro l'abuso ed il traffico illecito di stupefacenti (Gruppo Pompidou) e con il Comitato direttivo sulla coesione sociale (CDCS).

San Marino ha inoltre aderito alla Convenzione di Lanzarote per la protezione dei minori dall'abuso e dallo sfruttamento sessuale e alla Convenzione di Istanbul sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica.

UNIONE EUROPEA

San Marino, pur non facendo parte dell'Unione Europea, ha siglato importanti accordi che coinvolgono anche il settore della salute, quali ad esempio l'Accordo di Cooperazione ed Unione Doganale tra la Repubblica di San Marino e la Comunità Economica Europea del 1993.

San Marino ha inoltre avviato un importante percorso di integrazione con l'Unione Europea che prevederà la stipula di uno o più accordi di associazione.

Tuttavia, considerato che il processo di integrazione di San Marino con l'UE potrà avere tempi lunghi, è opportuno ricercare soluzioni, anche temporanee ed in tempi rapidi, per allinearsi alle politiche sanitarie comunitarie, al fine di garantire il più elevato livello di protezione della salute in un paese che ha rapporti quotidiani e continuativi con cittadini dell'Unione Europea, facilitare lo scambio di materiale biologico umano per motivi di cura (donazione di sangue e organi, terapie cellulari, ecc...) e favorire lo scambio commerciale di prodotti connessi con la salute (farmaci, dispositivi medici, ecc...), coniugando quindi un buon livello di sanità pubblica con gli interessi economici che possono derivare dalla produzione e commercializzazione di prodotti sanitari.

ITALIA E REGIONI

San Marino, in virtù della Convenzione di buon vicinato ed amicizia con l'Italia e per la propria collocazione geografica, ha sempre cercato di sviluppare percorsi diagnostico – terapeutici e assistenziali in sinergia con le realtà regionali italiane e con i settori della sanità a livello centrale.

Tuttavia, al fine di promuovere maggiormente e stabilmente lo sviluppo, il coordinamento e l'armonizzazione delle attività di collaborazione in ambito sanitario e socio-sanitario tra i due Paesi, il 9 maggio 2012 è stato sottoscritto un Memorandum d'Intesa tra il Ministero della Salute della Repubblica Italiana e la Segreteria di Stato

alla Sanità della Repubblica di San Marino sulla cooperazione nel campo della salute e delle scienze mediche.

L'articolo 1 del Memorandum identifica i seguenti settori di cooperazione: programmazione sanitaria; modelli di cooperazione sanitaria di base, specialistica e di eccellenza; accreditamento istituzionale; cooperazione regionale; servizi sanitari informativi integrati; sangue, emoderivati, cellule staminali, organi e tessuti; farmaci e terapie avanzate, sperimentazioni cliniche, dispositivi medici; ricerca scientifica e strumenti europei di finanziamento; formazione continua in medicina e riconoscimento dei titoli di studio. Inoltre, l'intesa favorirà l'armonizzazione della legislazione con gli standard europei e le politiche sanitarie internazionali, soprattutto in relazione ad un approccio coordinato con gli organismi internazionali in campo sanitario, e sosterrà il trasferimento di buone pratiche tecniche e amministrative, lo scambio di informazioni e documentazione nei settori di interesse comune, lo scambio di professionisti per motivi di studio, lavoro e consulenza, lo scambio di informazioni sulle nuove attrezzature mediche, prodotti farmaceutici e sviluppi tecnologici nel campo della salute e delle scienze mediche.

A vigilare sul Memorandum sarà una Commissione congiunta di monitoraggio e coordinamento. Infine, ai sensi dell'articolo 5, nel 2014 è stato firmato un Piano d'Azione per gli anni 2015-2017 in cui le parti concordano di continuare la collaborazione nelle tematiche indicate all'articolo 1 del Memorandum stesso.

La collaborazione con le Regioni limitrofe, favorita dal Memorandum, è stata maggiormente strutturata con l'Emilia Romagna attraverso l'Accordo di Collaborazione tra la Repubblica di San Marino e la Regione stessa, sottoscritto il 10 giugno 2013, che contiene articoli connessi con la salute (art. 4 "Collaborazione in campo sanitario e socio-sanitario, art. 13 "Collaborazione nel campo della ricerca e dell'innovazione tecnologica" e art. 14 "collaborazione scientifica didattica"). Da tale accordo generale dovranno essere attivate e consolidate le collaborazioni fra i 2 sistemi sanitari e sociali.

1.2 Elementi chiave del profilo di salute della popolazione di San Marino

"Il Profilo di Salute della Repubblica di San Marino", sintetizzato di seguito, rappresenta un importante strumento di conoscenza dei bisogni e delle problematiche che influiscono sul benessere della comunità ed è finalizzato a supportare l'intero processo di pianificazione e programmazione del sistema di welfare sammarinese.

Il Profilo di Salute mira quindi ad identificare i punti rilevanti che il Piano 2015-2017 dovrà affrontare analizzando alcuni indicatori socio-demografici, le principali cause di malattia e di morte, l'incidenza dei tumori, gli incidenti (stradali, domestici e sul lavoro), gli stili di vita, alcuni interventi di prevenzione (vaccinazioni, screening) e l'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Vengono di seguito riportati i dati più significativi per inquadrare lo stato di salute della popolazione di San Marino.

Analisi socio-demografica

Al 1° gennaio 2015 la “popolazione presente” (residenti + soggiornanti) nella Repubblica di San Marino era pari a 33.738 abitanti, di cui 17.313 femmine e 16.425 maschi. La popolazione “residente” rappresenta il 97,2% della presente, mentre il restante 2,8% è costituito dalla popolazione “soggiornante”. La densità abitativa è piuttosto elevata, 535,8 abitanti per Km quadrato superiore a quella dei territori limitrofi (provincia di Rimini 387,96).

Negli ultimi 10 anni (dal 2005 al 2014) vi è stato un trend sempre crescente della popolazione residente, dovuto alla continua positività sia del saldo naturale¹ sia del saldo migratorio². I residenti denotano una crescita costantemente con segno positivo anche se la variazione percentuale è scesa sotto l'1% nell'ultimo triennio, mentre per la popolazione presente le variazioni percentuali sono sempre più ridotte a causa del progressivo diminuire del numero dei soggiornanti³. Fattore questo sicuramente legato alla crisi economica che attira in territorio meno lavoratori stranieri e stagionali.

La popolazione dal punto di vista territoriale risulta maggiormente concentrata nei Castelli di Serravalle (32,1%), di Borgo Maggiore (20,5%), di Città (12,5%) e Domagnano (10,3%). La densità abitativa per km quadrato supera i 1050 abitanti a Serravalle, 706 a Borgo Maggiore, 625 a San Marino Città, 464 a Domagnano. Tra i Castelli varia anche in maniera significativa la composizione per età. Borgo Maggiore e Città sono i castelli più “vecchi”, Acquaviva è invece rappresentata da una popolazione più giovane.

¹ Il saldo naturale è dato dalla differenza tra nati e morti

² Il saldo migratorio è dato dalla differenza fra immigrati ed emigrati

³ La popolazione presente nel 2013 ha presentato, per la prima volta, una variazione percentuale leggermente negativa (-0,1%) rispetto al 2012, mentre la residente ha fatto registrare una piccola variazione positiva (+0,3%), vi è invece stata un'importante variazione negativa per i soggiornanti (-11,3%) e continuata nel 2014 sul 2013.

A inizio anno 2015 la popolazione straniera⁴ residente in Repubblica si attesta a 5.017 unità (15,3% dei residenti complessivi). Si tratta in prevalenza di italiani (86%), seguiti dai rumeni (2,6%), argentini (1,3%) e albanesi (0,9%). Fra i soggiornanti gli italiani rappresentano una percentuale più bassa rispetto a quella dei residenti (44%), seguiti da un consistente numero di cittadini ucraini (27,5%), rumeni (11,9%) e moldavi (3,9%). Le persone di queste ultime nazionalità sono prevalentemente donne presenti sul territorio per motivi di lavoro all'interno delle famiglie sammarinesi (badanti, colf ecc...). Dall'ultimo censimento del 2010 risulta che 15% della popolazione rilevata aveva la doppia cittadinanza sammarinese-italiana (quasi 5.000 residenti), mentre un ulteriore 4% era in possesso di cittadinanza sammarinese-altra cittadinanza diversa da italiana (circa 1300 residenti).

La popolazione sammarinese ha raggiunto, a fine 2014, livelli di aspettativa di vita alla nascita⁵ molto elevati, pari a 81,9 anni per gli uomini e 86,4 anni per le donne. San Marino risulta tra i primi 5 paesi al mondo per aspettativa di vita.

Dall'analisi della serie storica degli ultimi anni si nota che, rispetto a tale indicatore, la differenza di genere tende a diminuire. Infatti la speranza di vita alla nascita degli uomini sammarinesi continua ad avvicinarsi a quella delle donne (la differenza nella speranza di vita alla nascita tra i due sessi era di 6,36 anni nel 2001 ed è pari a 4,52 anni nel 2014).

Un altro importante indicatore che dovrà essere calcolato a San Marino è l'aspettativa di vita in "buona salute"⁶, che introduce il concetto di qualità della vita, fortemente connessa con lo stato di salute e che assume un ruolo sempre più rilevante con il progredire dell'età, diventando tra le persone anziane l'elemento prioritario. È fondamentale quindi capire se, oltre all'aumento della sopravvivenza, ci sia stato anche un aumento degli anni vissuti in buona salute o se, invece, l'aumento della longevità sia il risultato di miglioramenti terapeutici che avrebbero consentito una maggiore sopravvivenza, ma prevalentemente in cattive condizioni di salute.

Proseguendo l'analisi demografica vengono presi in considerazione altri 2 indicatori:

⁴ Si considera straniero/a solo chi ha un'unica cittadinanza diversa dalla sammarinese. Sono esclusi quelli che hanno la doppia cittadinanza sammarinese ed estera perché considerati sammarinesi

⁵ L'aspettativa di vita alla nascita indica quanti anni in media è destinato a vivere un nuovo nato. Rappresenta un importante indicatore che misura indirettamente anche lo stato di salute della popolazione ed è utile anche per valutare lo stato di sviluppo del sistema sanitario di un paese.

⁶ L'aspettativa di vita in buona salute misura gli anni mediamente da vivere in assenza di condizioni invalidanti. Può essere calcolata sulla base di dati derivanti da indagini sulla salute percepita dalla popolazione. Tra gli indicatori che cercano di coniugare aspettativa di vita e qualità della vita uno dei più ricorrenti a livello internazionale è la speranza di vita libera da disabilità (Healthy Life Years, HLY). L'indicatore si basa sulla definizione di salute che fa riferimento alla disabilità intesa come limitazioni severe o moderate che un individuo ha nel compiere le attività della vita quotidiana.

- l'indice di invecchiamento⁷, che è pari a 123,6 vale a dire per ogni 100 individui tra 0 e 14 anni a San Marino ci sono 123 ultra-sessantacinquenni, di questi due su tre sono donne. Dal 2004 il trend di questo indicatore è comunque in progressiva crescita anche a San Marino (nel 2004 era pari a 108,19). Territorialmente l'indicatore ha il suo valore più elevato a San Marino Città (199) e il più basso a Montegiardino (86);
- l'indice di struttura della popolazione attiva⁸, che misura il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa (cioè la fascia 15-64). L'equilibrio si verifica quando la popolazione tra i 40 e i 64 anni (lavoratori anziani), eguaglia quella tra i 15 e i 39 anni (lavoratori giovani) e l'indice risulta pari a 100. A San Marino tale indice sta progressivamente peggiorando: dal 98,6 del 2004 si è passati al 141,8 del 2014. Ciò sta ad indicare che la popolazione in età lavorativa è costituita maggiormente dai 40-64enni, mostrando quindi che nella popolazione in età lavorativa è presente un processo di invecchiamento.

Per analizzare la struttura per età della popolazione si considerano in genere le seguenti tre fasce di età: giovani (0-14 anni), adulti (15-64 anni) e anziani (65 anni e più). In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo progressivo, stazionario o regressivo a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana. Lo studio di tali rapporti è importante per valutarne l'impatto sul sistema sociale, sul sistema lavorativo o su quello sanitario. La popolazione sammarinese, così come accade nelle zone limitrofe, è di tipo regressivo, in quanto la proporzione dei giovani è inferiore a quella degli anziani. I giovani (0-14 anni) rappresentano infatti il 15,2%, mentre la fascia over 65 è pari al 18,8%. Inoltre le persone che hanno più di 75 anni rappresentano il 9,1% della popolazione residente. In calo la componente tra i 15 e i 39 anni (27,3%). L'età media è pari a 42,6 anni, con un trend crescente sia tra i residenti che tra i soggiornanti.

A fine 2014 i nuclei familiari erano 13.939, con un trend in crescita rispetto agli anni precedenti ed un numero medio di componenti pari a 2,34. In aumento anche le famiglie unipersonali costituite da persone con oltre 65 anni.

⁷ Indice di vecchiaia : rapporto tra popolazione da 65 anni e oltre e popolazione da 0 a 14 anni *100

⁸ Indice di struttura della popolazione attiva: rapporto tra popolazione tra 40 e 64 anni e popolazione tra 15 e 39 anni *100

Il quoziente di nuzialità⁹ sta calando e nell'ultimo quinquennio si è attestato al valore di 6,34 per mille abitanti; 2 matrimoni su 3 sono celebrati con rito civile, mentre circa il 20% viene celebrato fuori territorio.

Il numero delle separazioni si mantiene intorno ai 60 casi annuali. Riguardano per lo più i coniugi che hanno una convivenza tra i 10 e i 19 anni. I mariti hanno in prevalenza tra i 40 e i 49 anni e le mogli tra i 30 e i 39 anni. Circa la metà delle separazioni coinvolgono coppie con figli minori, che per il 63% vengono affidati alla madre, il 36% viene affidato congiuntamente ad entrambi i genitori, mentre solo l'1% viene affidato ai padri.

Il numero dei divorzi è inferiore alle separazioni; se consideriamo l'ultimo biennio, i divorzi sono stati rispettivamente 54 nel 2013 e 51 nel 2014, e riguardano per lo più i coniugi che hanno una convivenza tra i 10 e i 19 anni. La maggioranza divorzia dopo due anni di separazione. I mariti hanno in prevalenza tra i 40 e i 49 anni e le mogli tra i 30 e i 39 anni. Il 32% dei divorzi coinvolgono coppie con figli minori, che per il 79% vengono affidati alla madre, il 19% viene affidato congiuntamente ad entrambi i genitori, solo il 2,3% viene affidato ai padri.

Il quoziente di natalità¹⁰, aumentato nella seconda metà degli anni '90 (1996-2000), è leggermente diminuito nei periodi successivi, in particolare nell'ultimo biennio si è assestato sotto il 10 per mille abitanti (9,02 nel 2012 e 9,88 nel 2013, 9,06 nel 2014). Tale valore è inferiore a quello europeo (10,4) ma più alto rispetto all'Italia (8,5). Il valore di questo quoziente sta ad indicare che a San Marino il livello di natalità è ancora sostenuto, nonostante l'elevata partecipazione delle donne al mercato del lavoro (tasso di occupazione interno¹¹ femminile nel 2014 pari a 66,56%). A San Marino il numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni) ha raggiunto, a inizio 2015, il valore di 1,53.

Il quoziente di mortalità¹² è lievemente aumentato nell'ultimo quinquennio, oscillando intorno al 7 per mille abitanti. Anche i quozienti di natimortalità¹³, mortalità infantile¹⁴,

⁹ Quoziente di nuzialità: rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno di riferimento e l'ammontare medio della popolazione residente dello stesso anno (per 1000).

¹⁰ Quoziente di Natalità: rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1000).

¹¹ Tasso di occupazione interno: rapporto tra il numero degli occupati e la popolazione presente in età lavorativa (16/64 anni).

¹² Il quoziente di mortalità è il rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1000)

¹³ Il quoziente di natimortalità è rapporto tra il numero di nati morti e il numero complessivo di nati (per 1000)

¹⁴ Il quoziente di mortalità infantile è il rapporto tra il numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita ed il numero di nati vivi (per 1000)

mortalità perinatale¹⁵ degli ultimi quinquenni¹⁶ sono bassi, assestandosi nell'ultimo quinquennio rispettivamente all' 1,91, al 2,55 e al 2,55.

Per quel che riguarda le cause di mortalità¹⁷, nel quadriennio 2011-2014 le “malattie cardiovascolari” (34,2%) risultano essere la prima causa di morte, seguite dalle “neoplasie” (33,6%), mentre le “malattie dell'apparato respiratorio” (9,3%) si attestano al terzo posto. In crescita la mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso, dovuta soprattutto al progressivo invecchiamento della popolazione.

In riferimento al livello di scolarizzazione, importante determinante sociale di salute, oltre il 51% della popolazione ha un basso livello di scolarizzazione (fino alla terza media), mentre solo il 13% ha una formazione di tipo universitario (diploma universitario, laurea triennale e laurea magistrale).

La crisi economica, che si protrae dal 2008, ha portato ad un drammatico ridimensionamento del numero delle imprese (da 6.464 del 2008 a 5.081 del 2014) e dei posti di lavoro dipendente (da 19.965 del 2008 a 17.998 del 2014) e sono aumentati i tassi di disoccupazione (da 1,6% del 2008 a 7,15% nel 2014), soprattutto quelli giovanili, e il ricorso dei lavoratori agli ammortizzatori sociali. La diminuzione delle opportunità occupazionali a San Marino attira anche meno lavoratori da fuori territorio, infatti i “frontalieri” dipendenti sono calati da 6.399 del 2008 a 5.172 del 2014.

Le dinamiche socio-demografiche si stanno progressivamente avvicinando a quelle dei territori limitrofi dell'Italia e in particolare dell'Emilia Romagna. Se le nascite non si manterranno alle alte percentuali attuali si potrebbe assistere a futuri saldi naturali negativi. Altre conseguenze potrebbero derivare dal progressivo ridimensionamento della popolazione in età riproduttiva e lavorativa¹⁸, dalla tendenza alla crescita della componente più anziana e dalla progressiva riduzione delle nascite.

In altri territori hanno sopperito a questo trend negativo con l'immigrazione¹⁹. A San Marino, ad oggi, l'immigrazione è regolata da leggi restrittive (vincoli di sangue, di

¹⁵ Il quoziente di mortalità perinatale è la somma dei nati morti e dei decessi avvenuti nella prima settimana di vita rapportata al numero complessivo di nati (per 1000)

¹⁶ Considerato che si tratta di eventi rari è stato calcolato il quoziente su un quinquennio, in quanto il tasso annuale può risentire fortemente della casualità legata ai piccoli numeri

¹⁷ È stata effettuata una revisione da personale dell'ISS e dell'Authority sanitaria nell'ultimo quadriennio 2011-2014

¹⁸ A San Marino la ricerca di mano d'opera è stata sopperita nel tempo dai “lavoratori frontalieri”.

¹⁹ In altri paesi, quali ad esempio l'Italia, le ondate migratorie che si sono registrate soprattutto a partire dagli anni '90 hanno contribuito a riportare, negli ultimi anni, il saldo naturale vicino allo zero o leggermente positivo; saldo che, dagli anni ottanta, per via della contrazione delle nascite, era risultato sempre negativo.

matrimonio, di lavoro), e ciò potrebbe portare ad una contrazione della popolazione nel prossimo futuro.

Qualità dell'ambiente

Vengono di seguito riportate alcuni elementi riguardanti la qualità dell'aria, acqua e sicurezza alimentare, sulla base delle analisi effettuate dal Dipartimento Prevenzione ISS.

Le analisi sulla qualità dell'aria vengono effettuate da un'unica centralina che viene utilizzata periodicamente in differenti aree del territorio sammarinese. Dal monitoraggio degli indicatori previsti dalla normativa europea specifica²⁰, effettuato dal 27 luglio 2013 a ridosso dell'area dell'insediamento produttivo di Gualdicciolo, (presso il centro commerciale il Gualdo) non si evidenziano superamenti dei limiti previsti dalla normativa.

Per quello che riguarda la "misurazione dei campi elettromagnetici", in tutti i siti oggetto dei rilevamenti non vi è stato alcun superamento dei valori di cautela stabiliti dalla normativa vigente. Nel 2014 sono stati effettuati 235 giorni di monitoraggio in continuo dei campi elettromagnetici presso siti interessati dalle emissioni di impianti radiotelevisivi e stazioni radio base per la telefonia mobile. In tutti i siti oggetto dei rilevamenti non vi è stato alcun superamento dei valori di cautela stabiliti dalla normativa vigente²¹.

Il monitoraggio delle acque fluviali avviene attraverso indicatori specifici ed ha lo scopo di valutare lo stato qualitativo, sia dal punto di vista chimico fisico che biologico, in cui si trovano i torrenti (Ausa, Marano, San Marino) che insistono sul territorio della Repubblica di San Marino. Dai dati disponibili risulta che la contaminazione dei torrenti sammarinesi, quando rilevata, è di tipo organico e non chimico, e comunque non presenta livelli preoccupanti.

Le acque superficiali destinate alla produzione di acqua potabile rientrano nei parametri previsti dal Decreto 44/2012. In riferimento alla qualità dell'acqua destinata al consumo umano si fa riferimento alla Direttiva Europea 98/83. Vista la provenienza dell'acqua si dovrà porre particolare attenzione alla frequenza del monitoraggio.

Il Dipartimento di Prevenzione – UOS Servizio Veterinario, effettua ispezioni in ambito alimentare, sulle bevande e a livello di produzioni animali con interventi sull'intera

²⁰ Direttiva 2008/50/CE recepita con Decreto Delegato n. 44/2012

²¹ Il Decreto Delegato n. 44/1012 definisce un valore limite di esposizione (20 V/m) ed un valore di cautela (6 V/m), intesi come valori efficaci di campo elettrico alle frequenze considerate nel monitoraggio.

catena alimentare. Il numero di tossinfezioni riscontrate nell'ultimo triennio è molto basso (5 casi nel 2012, 3 casi nel 2013 e 4 casi nel 2014).

Per quanto riguarda l'amianto, sulla base del censimento iniziato dal 2005, ad oggi sono stati censiti circa 351.000 metri quadrati di materiali contenenti amianto ed in seguito alle bonifiche effettuate ne sono rimasti da smaltire circa 135.000 metri quadrati.

Per quel che riguarda “l'inquinamento acustico”, dai monitoraggi effettuati, le zone più critiche risultano essere quelle adiacenti a infrastrutture stradali con un significativo traffico veicolare.

In riferimento alla sicurezza stradale²², nel periodo 2008-2014 si sono rilevati 1.051 incidenti con 1.370 feriti e 8 decessi, fenomeno che non è da sottovalutare se si considera che San Marino ha una rete viaria pari a soli 350 km. Se poi si considera che circa il 30% degli incidenti si sono verificati sulla “superstrada” (10 Km), si può capire la pericolosità derivante dalla circolazione degli automezzi. Le circostanze più diffuse sono l'eccesso di velocità, la mancata precedenza, il non mantenimento delle distanze di sicurezza. Fra le circostanze degli incidenti vi sono anche la guida in stato di ebbrezza o sotto effetto di sostanze stupefacenti. Ad avere le conseguenze sanitarie peggiori (prognosi di giorni più elevate) sono prevalentemente i cosiddetti utenti fragili della strada (pedoni, conducenti di biciclette, ciclomotori e moto). Ogni anno, nel periodo estivo, vi sono molti incidenti che riguardano conducenti di ciclomotori in età giovanissima (15-16 anni) che per impatto con veicoli o sbandamento hanno prognosi spesso superiori ai 30 giorni. La fascia oraria con la maggior frequenza di sinistri è quella mattutina dalle 7 alle 13, con un picco che si verifica tra le 12 e le 13, mentre il mese in cui si registrano più incidenti è luglio. Circa il 15% degli accessi in Pronto soccorso per incidente stradale si trasforma in ricovero. Il trend negli anni considerati sembrava in calo fino al 2013, anche a seguito di modifiche sulla viabilità riguardanti soprattutto la “superstrada” (inserimento rotatorie, chiusura di incroci pericolosi ecc.). Nel 2014 però sia il numero di incidenti che quello

²² L'Authority Sanitaria è “focal point” dell'OMS sulla sicurezza stradale e dal 2008 ha promosso e realizzato, in collaborazione con l'ufficio di statistica e con il territorio, l'osservatorio sulla incidentalità nel territorio sammarinese. Ogni anno vengono raccolti dalle forze dell'ordine (polizia civile e gendarmeria) i dati relativi alle circostanze e alle persone coinvolte in incidenti stradali con morti e feriti che accadono sul territorio sammarinese. Tali dati poi vengono confrontati anche con i dati del pronto soccorso per analizzare nel dettaglio le conseguenze reali sulla salute per le persone coinvolte in incidenti stradali. Infine i dati vengono georeferenziati su mappe tematiche per individuare i punti critici della viabilità.

dei feriti è ricominciato a crescere, ad indicare che non si può abbassare la guardia sulla sicurezza stradale.

Per quanto riguarda la sicurezza dei lavoratori, il numero degli infortuni sul lavoro risulta essere progressivamente in calo anche per effetto della crisi economica che vede meno imprese e lavoratori attivi (nel 2013 si sono registrati 625 infortuni e nel 2014 ancora meno 578). Oltre l'80% degli infortuni hanno avuto "prime prognosi" inferiori ai 10 giorni di degenza. I comparti economici più colpiti sono la pubblica amministrazione, che ha sostituito al primo posto l'edilizia che è comparto fermo a seguito della crisi economica, e l'industria. Da una valutazione dei dati riguardanti invece le malattie professionali si può notare che le segnalazioni di stati morbosi collegati al lavoro sono diminuite nell'ultimo quinquennio (-60%), passando da 202 casi tra 2004-2008 a 81 casi tra 2009-2013). Nel biennio 2012-2013 le malattie più frequentemente denunciate sono, in ordine di frequenza, le neuropatie da compressione (discopatie, sindrome del tunnel carpale, ecc.), seguite da malattie muscolo tendinee, dalle otopatie (ipoacusia da rumore), dalle osteo-artropatie, e dalle patologie varie (ernia inguinale, vertigini, prostata, poliposi, ecc.). Nel 2013 solo il 36% delle denunce presentate (27 su 75) sono state riconosciute come malattie professionali.

In riferimento agli incidenti domestici, da un'indagine effettuata sugli accessi al Pronto Soccorso nel 2012, emerge che il 5,3% della popolazione è stata coinvolta in questo tipo di infortuni (1.750 incidenti domestici). Il 6,6% degli infortunati "in casa" ha avuto un successivo ricovero ospedaliero. Le fasce di popolazione più colpite sono le donne, gli anziani e i bambini. Le lesioni più ricorrenti riscontrate sono ferite, contusioni e fratture.

Per l'analisi dei problemi che riguardano lo stato di benessere/salute dei sammarinesi si fa riferimento all'approccio "*life course*", ossia nelle diverse fasi della vita, e alle differenze di genere.

In riferimento all'infanzia, nell'ambito della prevenzione, la copertura delle vaccinazioni obbligatorie è intorno all'80%, pur con la presenza di numerosi obiettori che negli ultimi anni hanno fatto abbassare il valore della copertura.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei Servizi pediatrici risulta che nel 2014 i ricoveri ordinari sono stati 456, con un tasso di occupazione dei posti letto pari al 76% e una

degenza media di circa 3 giorni, mentre sono state effettuate oltre 19.572 visite ambulatoriali, fra cui 14.567 visite per acuti, 5.005 bilanci di salute (0-5 anni). Inoltre sono state effettuate 966 visite specialistiche (allergiche, gastro-endoscopiche, neuropsichiatriche, ecc). Vengono anche garantiti screening neonatali metabolici, endocrinologici ed ecografici (anca), screening sui disturbi del linguaggio per i bambini di 3 anni e screening per la celiachia per i bambini di 6 anni (con una adesione del 89%).

Dai sistemi di sorveglianza sugli stili di vita dei giovani e degli adolescenti attivati dall'Authority Sanitaria in collaborazione con il Ministero della Salute Italiano emerge quanto segue:

- dall'indagine biennale "OKkio alla Salute" che viene effettuata nelle scuole primarie, già arrivata alla 3 rilevazione (2010-2012-2014), la prevalenza di bambini obesi e in sovrappeso è intorno al 30% e, anche se con leggere fluttuazioni, resta stabile nel tempo. Infatti nel 2010 i bambini in sovrappeso erano il 20,8% e quelli obesi l'8,4%, nel 2012 rispettivamente il 22,3% ed il 9,3% e nel 2014 rispettivamente il 22,5% e l'8,45%.
- Dalle indagini HBSC e GYTS, sono emersi dati significativi sugli stili di vita degli adolescenti (rispettivamente 11-13-15 anni per HBSC e 13-14-15 anni per GYTS). I dati su consumo di alcool (HBSC 2014: quasi il 17% ha bevuto bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni rispetto alla data della rilevazione) e sull'obesità, che si attesta a livelli alti, in linea con quelli di OKkio, richiederanno ulteriori approfondimenti ed interventi mirati. In riferimento al fumo, la percentuale dei giovani fumatori sammarinesi risulta essere inferiore rispetto all'Italia e ad altri paesi europei (Dati GYTS: nel 2010 il 10,8% degli adolescenti fumava correntemente - nel 2014 la percentuale è salita al 15%).

Per quanto riguarda la popolazione con più di 65 anni, nel 2013, vi è stata una copertura della vaccinazione anti-influenzale stagionale che ha riguardato il 25% delle persone over 65 prevalentemente con patologie croniche, dato questo in netta diminuzione rispetto agli anni precedenti. In riferimento all'attività della UOC di Geriatria, risulta che nel 2013 sono stati accolti in ricovero ordinario 375 degenti con un tasso di occupazione dei posti letto pari al 93% e una durata media di degenza pari a 13 giorni. Dal 2010, la convenzione con la struttura residenziale per anziani del Casale La Fiorina ha consentito di ridurre notevolmente le liste d'attesa per l'accesso alle RSA/Case Protette. Attualmente gli anziani ospitati presso la Casa di Riposo

dell'ISS ed il Casale La Fiorina sono rispettivamente 70 e 44. Gli ospiti in convenzione ISS nel 2014 risultano per il 56% con un grado di disabilità severo e per un ulteriore 20% con un elevato bisogno sanitario. La casa di riposo ha introdotto anche 2 posti per ricovero di sollievo, a sostegno delle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa e che, in determinati e brevi periodi (non superiori ai 2 mesi), non possono provvedere all'assistenza per motivi contingenti. L'assistenza di sollievo nel 2014 ha riguardato 13 ospiti per un totale di 622 giornate.

Il servizio di assistenza domiciliare ha riguardato complessivamente 887 utenti nel 2013 e 899 nel 2014, con circa 135 utenti nuovi nel 2013 e 132 nel 2014. Le prestazioni riguardano ad es. igiene personale, bagno o doccia come previsto nel piano assistenziale individuale, mobilitazione ecc... . Sono inoltre attivi i centri semiresidenziali diurni di Borgo Maggiore e Dogana e un servizio di trasporto protetto.

In riferimento alle persone con disabilità, nel 2013, risultavano titolari di assegno di accompagnamento 358 persone (86 M e 271 F). Gli utenti del Colore del Grano, sono 78, di cui 13 sono residenziali e 42 accedono quotidianamente alle diverse realtà diurne. Di questi ultimi, 9 beneficiano con regolarità di percorsi di residenzialità alternata, 8 beneficiano di prolungamenti dell'orario, 5 frequentano il centro anche il sabato mattina e i restanti 23 beneficiano di un sostegno sociale e/o psicologico.

Il Servizio minori nel 2014 ha offerto assistenza a 818 utenti; di questi 519 hanno ricevuto "interventi psicoterapeutici, riabilitativi, sociali, educativi, assistenziali", 395 una "valutazione diagnostica del minore, della coppia genitoriale e delle relazioni familiari", mentre a 225 utenti è stata effettuata una "analisi, definizione, stesura relazione e/o piani di intervento".

Per quanto riguarda le donne, le attività di prevenzione e cura sono espletate dal Centro Salute Donna per la prevenzione dell'osteoporosi (3.089 esami densitometrici nel 2013); sono state inoltre seguiti in équipe 56 casi con osteoporosi complicata.

Il Centro Salute Donna ha accolto oltre 4.256 pazienti nel 2013 per le prestazioni riguardanti il consultorio per le adolescenti, il centro menopausa, la gestione del puerperio, le visite ginecologiche. Da luglio 2013 è attivo, presso la struttura, "il punto di ascolto per i casi di Violenza sulla donna e di Genere" nel quale, durante il 2013, sono stati effettuati 18 colloqui con 10 donne. Viene inoltre tenuto monitorato il fenomeno della violenza attraverso l'attività dell'Authority per le pari opportunità. Nel periodo 2008-2013 sono stati segnalati 139 casi di violenza di genere. Nella maggior

parte dei casi si tratta di violenze sia fisiche che psicologiche (32,5%). Nella gran parte dei casi a usare violenza sulla donna è il coniuge o l'ex compagno.

L'ambulatorio ginecologico rivolto alle adolescenti, nel 2013, ha accolto 451 giovani che necessitavano di formazione sulla contraccezione, visite specialistiche, esami radiologici. Parallelamente all'attività clinica, il Centro fornisce attività di formazione ed educazione anche nelle scuole di vario ordine e grado.

In collaborazione con la UOC di Ostetricia e Ginecologia, le donne di età compresa tra i 20 e i 65 anni sono arruolate per lo screening per il cervicocarcinoma (adesione pari al 76% nel 2013). Viene inoltre garantita l'assistenza alla puerpera e al neonato in continuità con l'assistenza ospedaliera e la formazione sull'allattamento al seno, in collaborazione con la Ginecologia e la Pediatria.

Sempre in riferimento alle donne, la UOC di Ostetricia e Ginecologia, nel 2013, ha fatto registrare 430 ricoveri ordinari con un tasso di occupazione posti letto del 33% e una degenza media di 3 giorni. I parti in territorio sono stati 330. Il 31% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, in linea con gli anni precedenti.

Per quello che riguarda le malattie che colpiscono la popolazione sammarinese e l'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari, si evidenzia che le cause di ricovero ospedaliero sono attribuibili principalmente a malattie cardiovascolari, tumori e malattie respiratorie. Vi è una elevata adesione agli screening dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon retto da parte delle rispettive popolazioni target.

Le malattie cardiovascolari sono molto diffuse tra la popolazione sammarinese. Negli ultimi 5 anni (dal 2010 al 2014), la UOC Cardiologia, che si occupa sia di prevenzione (ipertensione, colesterolemia, diabete ed altri fattori di rischio) che di cura (cardiopatie, fibrillazione, aritmie, tachicardie, angina ecc...), ha visitato una o più volte 11.774 persone con una media di 8.400 visite annuali. Ogni anno sono stati presi in carico in media 1.300 nuovi pazienti.

Tra le malattie croniche, il diabete ha fatto registrare una elevata prevalenza nella popolazione, pari ad oltre il 7% (7 persone su 100 sono quindi diabetiche). Al centro diabetologico affluiscono attualmente 1.022 persone. Di esse, l'89% ha un diabete di tipo 2, di cui il 26% è insulino-trattato, mentre il 5,5% ha un diabete di tipo 1. I pazienti con diabete di tipo 2 in gestione integrata con la Medicina di Base sono 764. Per quanto riguarda le neoplasie, da uno studio effettuato nel 2012 risulta che, nel periodo 1989-2011, sono state diagnosticate a San Marino 3.452 neoplasie e che per

questo tipo di patologia si sono registrati nello stesso periodo 1.424 decessi. A livello di incidenza i nuovi casi di tumori più frequenti sono quelli della prostata per l'uomo e quello della mammella per la donna. Al secondo posto per l'incidenza in entrambi i sessi è il tumore del colon/retto/ano. Per la componente maschile della popolazione è il tumore al polmone che fa registrare la più alta mortalità, mentre per la popolazione femminile è il tumore alla mammella.

Anche le malattie neurologiche hanno subito negli ultimi anni un incremento dovuto alla sopravvivenza fino ad età molto avanzate. Le patologie croniche con deterioramento come le demenze primarie (morbo di Alzheimer ecc.) hanno fatto registrare 180 pazienti nel 2013 e 100 pazienti nel 2014. In riferimento alle malattie cerebro-vascolari nel 2014 ci sono stati 59 casi di ictus/ischemie. Le malattie degenerative extrapiramidali quali il morbo di Parkinson, tremori ecc. riguardano circa 100 pazienti. I pazienti colpiti da sclerosi multipla a San Marino sono circa un centinaio. Tra i sammarinesi, 9 pazienti sono stati colpiti da malattie rare (Corea Huntington). Infine si evidenzia che sono in cura 8 persone che hanno subito gravi lesioni post-trauma (GRAC-S).

Per quel che riguarda le malattie respiratorie, tra il 2009 e il 2014 i pazienti che si sono sottoposti ad una visita presso il Modulo Funzionale di Pneumologia e ai quali è stata diagnosticata la BPCO, sono 522, di cui 188 donne e 334 uomini. Il 73% dei casi di BPCO è stato riscontrato in pazienti di 65 anni e oltre, mentre la fascia di età 45-64 anni rappresenta circa il 23% di tutti i casi. Annualmente si contano in media circa 90 nuovi casi (nel 2014 si sono contati 79 casi, dato in leggera diminuzione rispetto ai 3 anni precedenti). La maggior parte dei malati di BPCO sono fumatori o ex fumatori.

In riferimento alle malattie renali, l'Ospedale di San Marino è dotato di un Servizio di dialisi che segue in media 23 pazienti sammarinesi e non (anche turisti) all'anno. Ogni anno ci sono 4-5 nuovi casi di dializzati.

In linea con quanto avviene in altre realtà europee, si registra un preoccupante aumento delle malattie psichiatriche e delle dipendenze. Nel 2013, il Servizio di Salute Mentale ha effettuato 5.511 visite psichiatriche (dato in crescita rispetto alle circa 4000 visite del 2003) su 943 persone che hanno usufruito del servizio.

Per quel che riguarda le dipendenze patologiche, nel 2009 il Servizio ha avuto in carico circa 120 persone per dipendenze rispettivamente da alcool (la componente più corposa) e da più sostanze in contemporanea (eroina, cannabinoidi, ecc...). Di queste persone, il 68% apparteneva alla fascia di età tra i 26 e i 45 anni, il 22% alla fascia 17-25 anni e un 30% riguardava la fascia adulta (oltre i 45 anni). Per quanto riguarda

il consumo di alcool, i dati del Servizio e quelli relativi alle indagini svolte nelle scuole dall'Authority Sanitaria (HBSC), indicano che l'abuso di alcolici, soprattutto nelle giovani generazioni, risulti essere un problema da non sottovalutare.

Per quello che riguarda l'HIV, un recente studio riguardante il periodo 2010-2011-2012 fa registrare un tasso di incidenza superiore a quello della media dei paesi europei e dell'Italia (21,9 ogni centomila abitanti nel 2010, 24,85 nel 2011 e 18,6 nel 2012). Tuttavia il risultato non si discosta molto dall'incidenza che si riscontra a Rimini, che risulta essere tra le più alte d'Italia. Anche nella casistica sammarinese si osserva, come nella maggior parte dei paesi europei, il cambiamento intervenuto tra la prima fase dell'infezione caratterizzata dalla prevalenza di casi legati alla tossicodipendenza e la fase attuale sostenuta dalla trasmissione sessuale in soggetti maschi sia etero che omosessuali.

1.3 Continuità con il PSSN 2006-2008 e principi generali d'indirizzo

Il Piano Sanitario e Socio-Sanitario per il triennio 2015-17, pur indicando indirizzi innovativi, si basa sulla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi prefissati dal Piano 2006-2008 e dalle conseguenti linee di indirizzo annuali, in una logica di continuità.

Le basi del precedente Piano sono infatti ancora attuali. La salute come diritto, l'importanza dei determinanti di salute, la mission del sistema sanitario e socio-sanitario, la salute e non solo sanità, la persona al centro del sistema, la programmazione sanitaria come prerogativa dello Stato, la sanità di qualità ed a misura d'uomo che garantisca uguaglianza, solidarietà, equità e sostenibilità – secondo i principi di efficacia, efficienza ed appropriatezza, l'attenzione ai nuovi bisogni di salute della società adeguando le forme di assistenza alle esigenze di salute dei cittadini; l'integrazione socio-sanitaria; la definizione dei soggetti erogatori delle prestazioni secondo standard di qualità (accreditamento) in base alle caratteristiche dello stato di salute della popolazione ed agli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione, la rilevanza alla dimensione di rete dei servizi nel contesto sammarinese e al di fuori di San Marino (la “rete” nella rete) e la specificità di San Marino rimangono ancora validi principi per la comunità.

Sono stati pertanto valutati e ripresi, in sintesi, i punti di forza e i punti di debolezza emersi dal sistema ed esplicitati in dettaglio negli Indirizzi generali del Piano approvati dal Consiglio Grande e Generale il 25 novembre 2014, includendo gli ambiti di politica

sanitaria, di progettazione, di gestione e di implementazione per ciascuno dei settori chiave. Solo attraverso un legame stretto tra pianificazione triennale, direttive annuali, fase di implementazione, valutazione degli obiettivi raggiunti, è possibile rendere il Piano triennale strettamente collegato alla realtà operativa e pertanto concretamente utile.

L'intera articolazione del Nuovo Piano trova un filo conduttore nei seguenti "principi generali di indirizzo", che rappresentano il quadro logico-concettuale del percorso complessivo che il sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese dovrà affrontare nel prossimo triennio. Possono essere altresì considerati come i sette macro-obiettivi strategici e trasversali a tutti gli obiettivi di salute e di sistema del Piano.

1) LA SALUTE COME DIRITTO UNIVERSALE E BENE COMUNE: LA PERSONA E LA COLLETTIVITÀ AL CENTRO DEL SISTEMA

Riprendendo le basi del precedente Piano sanitario è necessario ribadire con forza, e soprattutto in epoca di crisi economica, che la salute, intesa come diritto universale e bene comune, "è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità". A questo principio si aggiunge quanto affermato nella "Carta di Ottawa", sottoscritta dagli Stati appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ossia che "ad un buon livello di salute l'individuo e il gruppo devono essere in grado di identificare e sviluppare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l'ambiente e di adattarvisi", definendo quindi la promozione della salute (*health promotion*) come "il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla".

Diventa quindi fondamentale mettere il cittadino al centro del sistema, con i suoi diritti e doveri.

Il nuovo Piano, quindi, sviluppa concetti quali l'empowerment, l'auto-cura e l'umanizzazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

2) AGIRE SUI DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE AL FINE DI MONITORARE E PREVENIRE L'INSORGENZA DI DISEGUAGLIANZE

Dal rapporto della Commissione dell'OMS del 2008 sui Determinanti sociali della Salute, emerge che "la minor salute dei poveri, il gradiente di salute entro i Paesi sono causati da un'iniqua distribuzione del potere decisionale, del reddito, di beni e servizi, globalmente e in ogni Paese, e dalla conseguente ingiustizia nelle condizioni in cui le persone vivono – il loro accesso alle cure, all'istruzione, la loro condizione di lavoro e nel tempo libero, la loro casa, la comunità, i paesi e le città". "Questa

distribuzione iniqua di esperienze dannose per la salute non avrebbe luogo 'in natura' ma è il risultato di una combinazione tossica di scarse politiche sociali e di ingiusti assetti economici. I determinanti strutturali e le condizioni di vita quotidiane costituiscono i determinanti sociali della salute e sono responsabili della maggior parte delle disuguaglianze di salute tra ed entro i Paesi" (Tale tematica viene sviluppata in maniera approfondita nel Capitolo 3.3.4).

Quindi, per raggiungere obiettivi di salute, specialmente dal punto di vista dell'equità, è necessario andare ben oltre i tradizionali interventi di sanità ed affrontare i determinanti sociali della salute.

La Commissione dell'OMS ha formulato tre raccomandazioni generali per contrastare gli effetti delle disuguaglianze:

- migliorare le condizioni della vita quotidiana;
- contrastare, a livello globale, nazionale e locale, la distribuzione ingiusta del potere, del denaro e delle risorse, che sono i determinanti strutturali delle condizioni di vita;
- misurare e analizzare il problema e verificare l'impatto dell'azione, espandere la conoscenza, formare i professionisti e sensibilizzare l'opinione pubblica sui determinanti sociali della salute.

3) RIDURRE I FATTORI DI RISCHIO DI MALATTIA E MORTE NELLA POPOLAZIONE

Sebbene il profilo di salute di San Marino mostri una popolazione ai più alti livelli di salute nel mondo, resta ancora molto margine per ridurre i fattori di rischio nella popolazione attraverso politiche incentrate sulla promozione della salute e prevenzione delle malattie.

In particolare si dovranno affrontare sia i rischi individuali - quali gli incidenti (stradali, domestici e sul lavoro), l'abitudine al fumo, all'alcool e le dipendenze in genere, l'obesità, la sedentarietà, la dieta ricca di grassi animali e povera di fibre - che i rischi generali - quali gli effetti del riscaldamento globale, l'inquinamento atmosferico, la qualità di acque e alimenti, i campi elettromagnetici e la gestione dei rifiuti.

Il servizio sanitario e socio-sanitario dovrà collaborare attivamente con altri settori chiave della società quali il sistema scolastico, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di categorie professionali e le forze dell'ordine. I cambiamenti degli stili di vita e delle abitudini di una popolazione sono estremamente complessi da indirizzare e risulta pertanto imprescindibile un approccio multidisciplinare e sinergico.

Le attività di screening e più in generale quelle di prevenzione secondaria, proprie del settore sanitario, dovranno essere consolidate e potenziate, a completamento di un

contesto complessivo che, insieme alla promozione della salute, vede nella prevenzione delle patologie la chiave di volta dell'intero sistema.

4) MIGLIORARE L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SOCIALI E SANITARI E TRA DIVERSI LIVELLI DEL SETTORE SANITARIO

La valutazione dei risultati del Piano precedente ha messo in luce in modo chiaro che ciascuna componente del sistema sanitario, per quanto eccellente di per sé, non riesce a servire il cittadino in modo appropriato se non è correttamente e coerentemente integrata alle altre componenti del sistema.

Nel prossimo triennio pertanto sarà necessario affrontare in modo sistematico il problema dell'integrazione tra servizi, settori, sistemi e livelli del complesso universo socio-sanitario e sociale.

Le aree dove il problema si presenta con maggiore evidenza sono l'ambito dei servizi sanitari ospedalieri con quelli territoriali (inclusando i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia), l'ambito dei servizi sanitari con quelli sociali per la popolazione anziana, per la fascia di bambini/adolescenti fragili e dei disabili, l'ambito della presa in carico complessiva di persone affette da patologie gravi che necessitano di numerosi livelli e settori di intervento come, ad esempio, quello delle malattie oncologiche e l'ambito articolato dei servizi per le donne in stato di gravidanza.

Nel contesto di una migliore integrazione tra settori e livelli sanitari e sociali vi sono certamente da affrontare i problemi della continuità assistenziale e della semplificazione dei percorsi ai cittadini per accedere a tutti i servizi offerti.

5) PROMUOVERE LA SOSTENIBILITÀ ORGANIZZATIVA ED ECONOMICA

Nel terzo millennio, parlare di sostenibilità organizzativa significa assumere i principi della *clinical governance*, che promuove l'applicazione pratica delle migliori evidenze scientifiche per offrire servizi appropriati, sicuri ed efficaci. Questo dovrà essere perseguito sia a livello ospedaliero che territoriale. Per l'ospedale possiamo, a titolo esemplificativo, citare: la riduzione del rischio clinico per i pazienti; l'utilizzo sistematico delle linee guida e del *clinical audit*; la formulazione e applicazione di strutturati percorsi assistenziali per le patologie più complesse; la corretta gestione delle tecnologie (*health technology assessment*); l'applicazione delle direttive europee in termini di sperimentazione e ricerca clinica; l'operatività del comitato di bioetica ed etico non solo in funzione delle sperimentazioni ma più ampiamente per guidare i clinici di fronte ai sempre più numerosi dilemmi etici che si trovano ad affrontare (ad es. scelte legate al fine vita).

In ambito territoriale possiamo menzionare: la creazione di percorsi condivisi con l'area del sociale; la maggiore integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia con il sistema ambulatoriale e di ricovero; la formulazione di percorsi assistenziali in collaborazione con il sistema ospedaliero; la creazione di un vero e proprio anello di congiunzione tra popolazione e servizi socio-sanitari, lo sviluppo della medicina proattiva e di innovativi modelli di cura nella gestione delle malattie croniche.

La sostenibilità economica dei servizi Socio-Sanitari è divenuta nel recente passato una imprescindibile necessità. Sarà pertanto fondamentale l'applicazione di criteri di efficienza sia allocativa che gestionale per ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Di particolare rilevanza sarà la formulazione di un piano di sviluppo strutturale maggiormente razionale, incentrato sui diversi livelli di intensità di cura e sui percorsi dei pazienti anziché sulle tradizionali suddivisioni "per singolo servizio/reparto".

La formazione in ambito organizzativo e gestionale, a partire dai dirigenti di Unità Operativa sino ad arrivare alla dirigenza strategica, sarà imprescindibile. Altrettanto fondamentale sarà l'utilizzo appropriato dell'ospedale (riduzione dei ricoveri ordinari e della degenza media laddove sia possibile una presa in carico attraverso il sistema di Day Surgery e Day Hospital o attraverso livelli di minore complessità e costo). Anche l'appropriato utilizzo dei farmaci dovrà rappresentare uno strumento di razionalizzazione della spesa (oltre che di miglioramento dell'efficacia terapeutica).

6) EVITARE L'ISOLAMENTO E FAVORIRE L'INNOVAZIONE E LA CONOSCENZA

Per un servizio sanitario di un piccolo Stato quale San Marino, la sostenibilità complessiva potrà essere conseguita solo se si riuscirà a non cadere nell'isolamento, interagendo attivamente con la realtà sanitaria italiana (principalmente con le regioni limitrofe) e più in generale con quella europea. Il rispetto di standard internazionali dovrà essere dimostrato anche attraverso l'accreditamento istituzionale di tutti i servizi nonché con l'adozione di strumenti di rilevazione delle informazioni sanitarie diagnostiche, ambulatoriali, farmaceutiche e relative ai ricoveri (scheda di dimissione ospedaliera - SDO) che consentano sia analisi interne sistematiche che un confronto con le altre realtà italiane ed europee.

Anche l'innovazione e la sperimentazione sia clinica che organizzativa saranno elementi imprescindibili per non rischiare di essere relegati a ruoli marginali. Si citano a titolo di esempio la medicina d'iniziativa ed il chronic care model, un piano per la salute che includa settori differenti da quello sanitario, nuovi accordi di collaborazione con le Regioni limitrofe per la creazione di una rete di scambio di servizi, l'applicazione

della salute in tutte le politiche – *Health in All Policies* – promossa dall'OMS, l'avvio di nuove sperimentazioni cliniche.

Tutto ciò non può prescindere dalla realizzazione di un buon sistema informativo sanitario e socio-sanitario, che deve configurarsi come infrastruttura portante dell'intera organizzazione, nella quale si integrano le informazioni utili al governo e alla gestione dell'intero sistema socio sanitario.

7) VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

I professionisti rappresentano una risorsa indispensabile per il funzionamento del Servizio sanitario e socio-sanitario. E' quindi fondamentale attuare un'attenta politica del personale che deve, innanzitutto, individuare il fabbisogno dei professionisti, valorizzando le funzioni, anche di livello dirigenziale, e il ruolo delle professioni sanitarie mediche e non mediche. Sarà quindi necessario definire attentamente questi profili professionali, che più di altri sono investiti dalla domanda di cambiamento, favorendo lo sviluppo di nuovi saperi, competenze, abilità. La politica del personale deve tradursi anche in migliori condizioni di lavoro, in maggiore efficacia delle azioni, in più proficue relazioni interne e con gli utenti, in un riconoscimento professionale anche fuori dal nostro territorio, che favoriscano il senso di appartenenza al servizio sanitario e socio-sanitario sammarinese.

La formazione, leva strategica delle politiche per il personale e del cambiamento organizzativo, assume un valore determinante per diffondere la cultura della tutela della salute e per garantire un'offerta di servizi sanitari efficaci e appropriati.

Il volontariato, inteso come una delle dimensioni fondamentali della cittadinanza attiva e della democrazia, espressione di partecipazione, solidarietà, sussidiarietà e pluralismo sociale, è un'altra risorsa che può assumere un ruolo importante all'interno del sistema sanitario e socio-sanitario. Vanno dunque valorizzate le associazioni no-profit che a vario livello supportano i servizi, favorendo, altresì, interventi sinergici e coordinati con le attività delle istituzioni.

2. OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE

Il Piano 2015-2017 identifica obiettivi che sappiano dare risposte ai bisogni di salute sulla base delle priorità emerse dagli “Elementi chiave del profilo di salute della popolazione di San Marino” (paragrafo 1.2), rispetto ai quali il sistema dei servizi deve consolidare le proprie capacità di intervento, in termini di prevenzione, diagnosi e cura. Gli obiettivi di salute vengono declinati in relazione alle fasce di popolazione e per patologie di particolare rilevanza sociale e sanitaria.

E' importante, altresì, specificare che gli obiettivi di salute, sebbene suddivisi in differenti capitoli, dovranno essere necessariamente considerati in un continuum, in quanto è fondamentale investire sulle persone attraverso un approccio “life course”. E' quindi importante ragionare e sviluppare azioni sui target di età, sulle connessioni fra essi e sulla consapevolezza che vi è potenzialmente un impatto cumulativo di svantaggi che determinano la distribuzione ineguale della salute nella popolazione in base a fattori sociali ed economici. Deve essere data quindi la massima priorità all'intervento precoce per garantire il migliore inizio possibile per la vita di ogni bambino che è influenzata dalle condizioni familiari, dal vissuto della madre in gravidanza, dalla nascita e dalla qualità dei primi anni di vita, e, nel tempo, dall'istruzione, dall'attività lavorativa e da un invecchiamento sano ed attivo.

Inoltre, si intende proporre anche un approccio basato sulla salutogenesi, secondo cui la domanda fondamentale non è più: «Quali sono le cause della malattia?», bensì: «Quali sono le fonti della salute, come si crea, e come può essere rinforzata?», superando quindi il modello patogenico, che pensa la salute come assenza di malattia e si concentra principalmente sulla prevenzione, l'insorgenza e la cura delle malattie.

Da un punto di vista metodologico, gli obiettivi dovranno essere declinati nei documenti di programmazione annuale (linee di indirizzo annuali e budget dell'ISS), in modo SMART (Specifico, Misurabile, Accessibile, Realistico, Temporizzabile) al fine di poter verificare oggettivamente il raggiungimento degli stessi obiettivi. L'obiettivo deve essere, quindi, specifico (deve essere chiaro cosa, dove, quando e come la situazione verrà cambiata), misurabile (dovrà essere possibile quantificare gli oggetti del progetto e i benefici, ossia è necessario capire se il risultato atteso è stato raggiunto o meno ed, eventualmente, quanto si è lontani dalla meta), accessibile (dovrà essere possibile raggiungere gli obiettivi, conoscendo le risorse e le capacità a disposizione), realistico (tener conto dei limiti ed opportunità personali e dell'ambiente, ed attuato mediante azioni appropriate che tengano conto del

potenziale di competenze individuali) e legato al tempo, determinando il periodo in cui ogni obiettivo verrà raggiunto.



2.1 Promozione della salute e prevenzione

La promozione della salute e la prevenzione rivestono un ruolo fondamentale nell'ambito delle politiche sanitarie e socio-sanitarie in quanto, agendo sui determinanti di salute modificabili (stili di vita, ambiente di vita e di lavoro) e su specifiche patologie prima della loro insorgenza (vaccinazioni e screening), contribuiscono alla riduzione della morbosità, invalidità e mortalità delle malattie croniche non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, diabete, ecc...) e di importanti malattie infettive.

2.1.1 Stili di vita

Gli stili di vita individuali come l'alimentazione, attività fisica, abitudine a fumo, alcool e sostanze stupefacenti, sono comportamenti individuali che possono avere un forte impatto sulla salute e sono determinati dall'interazione tra le caratteristiche personali dell'individuo, il contesto culturale e sociale e le condizioni di vita socio-economiche e ambientali.

Il sistema di sorveglianza attivo a San Marino dal 2010 con le indagini OKKIO alla Salute, HBSC e GYTS, (vedi capitolo 3: Sistema informativo sanitario e sociosanitario), consente di monitorare gli stili di vita e comportamenti a rischio dei giovani sammarinesi delle scuole primarie e secondarie. Infatti, solo conoscendo la dimensione e la natura del problema a partire dalle future generazioni è possibile attuare strategie ed azioni per educare alla salute e favorire, quindi, comportamenti salutari. Il “tavolo multidisciplinare ed intersettoriale per la programmazione e il coordinamento degli interventi di promozione ed educazione alla salute nelle scuole” (vedi capitolo 3: Prevenzione) nasce proprio dall'esigenza di analizzare e comunicare le informazioni riguardanti fenomeni individuali, culturali, sociali, ambientali ed economici che possono avere impatto sulla salute, così come i comportamenti a rischio dei ragazzi, e di sviluppare strategie finalizzate a migliorare l'alfabetizzazione alla salute e a fornire le motivazioni, le abilità psico-sociali (life skills) e la fiducia necessarie per intraprendere azioni che contribuiscano alla salute del singolo e della comunità.

ALIMENTAZIONE, ATTIVITA' FISICA E OBESITA'

Il sovrappeso e l'obesità, in genere causati da un'alimentazione scorretta e da una vita sedentaria, sono diventati uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale sia perché la loro prevalenza è in costante e preoccupante aumento, non solo nei Paesi occidentali ma anche in quelli a basso-medio reddito, sia perché sono

un importante fattore di rischio per varie malattie croniche, quali ad esempio diabete mellito di tipo 2, malattie cardiovascolari e tumori.

Secondo i dati dell'Oms, infatti, la prevalenza dell'obesità a livello globale è raddoppiata dal 1980 ad oggi; nel 2008 si contavano oltre 1,4 miliardi di adulti in sovrappeso (il 35% della popolazione mondiale) e di questi, oltre 200 milioni di uomini e oltre 300 milioni di donne erano obesi (l'11% della popolazione mondiale).

Un problema particolarmente grave è inoltre quello dell'insorgenza dell'obesità tra bambini e adolescenti, esposti fin dall'età infantile a difficoltà respiratorie, problemi articolari, mobilità ridotta, disturbi dell'apparato digerente e di carattere psicologico. A livello Europeo, risulta allarmante il fatto che il livello di attività fisica tenda a diminuire sensibilmente tra gli 11 e i 15 anni di età (*EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*).

Anche a San Marino, sulla base dei dati provenienti dai sistemi di sorveglianza per i bambini, il sovrappeso e l'obesità sono un fenomeno preoccupante.

La Segreteria di Stato alla Sanità, l'Authority e ISS (UOC di Pediatria e UOSD Servizio Dietologico) nel prossimo triennio dovranno quindi continuare a collaborare per fornire informazioni utili per il sistema di sorveglianza sullo stato ponderale e i comportamenti a rischio nei bambini delle scuole primarie e secondarie collegati rispettivamente ai progetti promossi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità Regione Europea "Childhood Obesity Surveillance Initiative" e "Health Behaviour in School-aged Children", al fine di sviluppare azioni mirate a ridurre la percentuale dei bambini e dei ragazzi in sovrappeso/obesi. Sarà quindi necessario, nel prossimo triennio, lavorare al raggiungimento dei seguenti macro-obiettivi:

- contenere i livelli di sovrappeso e obesità nel bambino e nell'adulto;
- incrementare la pratica sportiva, l'attività motoria e i livelli di efficienza fisica della popolazione secondo i protocolli funzionali validati a livello scientifico.

In collaborazione con le Direzioni delle Scuole dell'Infanzia ed Elementari, con la UOC Pediatria dell'ISS e con la UOSD Servizio Dietologico vengono già effettuati incontri di formazione/informazione nutrizionale e sanitaria con i genitori, i ragazzi e gli addetti delle cucine; sarà quindi necessario consolidare gli incontri di educazione alimentare nelle scuole e il lavoro del "tavolo multidisciplinare di educazione alla salute" per sviluppare ulteriormente azioni congiunte tra sanità e scuola.

Al fine di promuovere uno stile alimentare equilibrato, considerando la specificità dei fabbisogni di persone con diverse età e peso corporeo o affette da particolari patologie, è necessario che il Servizio Dietologico dell'ISS in collaborazione con i

Dipartimenti e le Unità organizzative continui a svolgere il proprio ruolo nella proposizione di diete sane ed equilibrate e nell'elaborazione di nuovi moduli per consigli dietetici e menù salutari.

Infine, per garantire una adeguata cura per gli assistiti affetti da specifiche patologie legate all'obesità, dovrà essere garantita la continuità assistenziale che preveda il coinvolgimento ed il lavoro in équipe dei professionisti di tutte le Unità Organizzative interessate (internista, dietista, chirurgo, psicologo, endocrinologo).

ALCOOL

L'abuso di alcool rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute dell'uomo e il consumo pro-capite di alcool nella regione europea è superiore al consumo di qualsiasi altra regione del mondo (*Alcohol and inequities – Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm*; WHO Europe). Evidenze scientifiche hanno dimostrato come l'abuso di alcool e le conseguenze sulla salute che ne derivano, siano legati a numerosi determinanti socio-economici (anche se in modo non uniforme tra i vari Paesi europei) e da determinati contesti sociali dai quali derivano gruppi di persone o individui vulnerabili.

A San Marino, i dati emersi dalle indagini svolte sugli adolescenti indicano che tra questi si sta diffondendo un consumo di alcool che non deve essere sottovalutato. Emerge, dunque, l'importanza di interventi che prendano in considerazione vari aspetti, dal ruolo educativo della famiglia e della scuola, passando dal gruppo dei pari, con l'obiettivo di aiutare gli adolescenti ad accrescere e rafforzare le proprie capacità, le cosiddette "life skills", per affrontare e resistere alle pressioni e alle sfide della vita quotidiana. E' fondamentale coinvolgere gli adulti significativi, in particolare genitori ed insegnanti, che dovranno essere formati adeguatamente da parte di esperti nel campo della prevenzione e della promozione della salute.

Al fine di monitorare il fenomeno anche nei confronti dell'adulto si ritiene opportuno strutturare indagini ad hoc; i dati a disposizione allo stato attuale, sono stati raccolti attraverso l'indagine sui consumi e lo stile di vita delle famiglie sammarinesi dell'Ufficio di Statistica.

Inoltre, al fine di migliorare ed aumentare l'aiuto, l'assistenza e la qualità del trattamento per le persone con alcool-dipendenza è necessario potenziare l'offerta dei servizi per i soggetti con problemi alcool-correlati, soprattutto attraverso l'integrazione degli attori coinvolti, quali il Servizio di Salute Mentale, la Medicina di Base e strutture esterne specifiche.

TABACCO

Il consumo di tabacco e le morti legate all'uso di tabacco a livello Europeo risultano essere molto più elevati in determinati gruppi sociali. Tuttavia, nei Paesi del Sud dell'Europa le disuguaglianze sull'uso del tabacco legate a diversi gruppi sociali sono minime e, in alcuni casi, è emerso addirittura che le donne che appartengono a categorie socio-economiche più elevate sono le maggiori consumatrici di tabacco (*Tobacco and Inequities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm*; WHO Europe).

Dalle indagini svolte a San Marino risulta che dal 2010 al 2014 si è registrato un aumento di fumatori nella fascia di età 13-15 anni e che i fumatori adulti rappresentano circa il 15% della popolazione (anno 2012).

Il 7 luglio 2004, San Marino ha ratificato la Convenzione Quadro dell'OMS sul Controllo del Tabacco - *WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* – che enuncia i principi che valgono internazionalmente per quanto concerne la vendita e il consumo di prodotti derivati dal tabacco e, in particolare, obbliga gli Stati membri ad adottare i provvedimenti seguenti:

- provvedimenti efficaci volti alla protezione dal fumo passivo sul posto di lavoro, in spazi chiusi, nei mezzi pubblici così come negli spazi e nelle strutture pubbliche;
- dichiarazione del prodotto e avvertenze sulle confezioni di tutti i derivati del tabacco;
- restrizioni concernenti la pubblicità e la sponsorizzazione del tabacco;
- lotta al contrabbando di sigarette, alla fabbricazione illegale e alla falsificazione di prodotti del tabacco;
- divieto di vendita dei prodotti del tabacco ai minori.

Di conseguenza, in attuazione del FCTC, il 20 Marzo 2008 è stata approvata la Legge n.52 “Tutela della salute pubblica dall'esposizione al fumo di tabacco”, per quanto di competenza dell'ISS, dovranno essere effettuati i controlli nei locali pubblici al fine di aumentare la tutela dal fumo passivo e dovranno essere sviluppate iniziative volte a educare le nuove generazioni a non fumare e a favorire la disassuefazione al fumo, aumentando così la prevalenza dei non fumatori.

In particolare, i Dipartimenti dell'ISS, attraverso il coinvolgimento e la partecipazione dei diversi attori coinvolti, dovranno concordare ed attuare azioni uniformi (formazione, informazione, programmi di disassuefazione al fumo, monitoraggio e vigilanza) utili a prevenire, ridurre ed eliminare l'abitudine al fumo. Va evidenziato, inoltre, il Decreto Delegato 2008 n. 145 “Divieto di pubblicità e modalità di esposizione dei prodotti di tabacco”.

Significativi anche i Decreti Delegati 8 maggio 2013 n. 52 “Disposizioni in merito alla vendita e all'utilizzo di sigarette elettroniche” e 6 agosto 2013 n. 136 “Regolamentazione vendita di prodotti di tabacco mediante distributori automatici”.

In linea con quanto previsto nel precedente Piano ed in continuità con le azioni fin qui svolte, nel prossimo triennio devono essere perseguiti i seguenti obiettivi:

- Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo agli adolescenti e ai giovani;
- Protezione della salute dei non fumatori dal fumo passivo.

ALTRE DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità descrive il concetto di dipendenza patologica o di sindrome della dipendenza come *“quella condizione psichica e talvolta anche fisica derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione”*. La diffusione di nuove sostanze d'abuso, spesso di origine sintetica e non necessariamente illecite, e dei “nuovi modi di utilizzarle” (uso più diffuso, più integrato nel normale tessuto sociale, meno reietto culturalmente, con abbassamento dell'età di ingresso, mescolanza con l'uso di alcolici e di diverse sostanze lecite ed illecite) evidenzia un fenomeno complesso e multifattoriale riscontrabile in tutti i paesi occidentali.

Tuttavia, la nozione di dipendenza viene sempre più frequentemente utilizzata per spiegare anche sintomatologie derivanti dalla ripetizione di altre attività, che non implicano l'assunzione di alcuna sostanza.

Si evidenzia inoltre che le dipendenze sono causa di enormi costi individuali, familiari e sociali che derivano dal diffondersi dei consumi di massa di sostanze psicoattive lecite ed illecite e dal dilagare di dipendenze comportamentali come il gioco d'azzardo patologico, la dipendenza da Internet, l'over-eating, etc.

L'insieme di questi fenomeni di “addiction” rappresenta una inedita sfida per la comunità. Per fronteggiare un tale fenomeno occorre che l'ISS rafforzi il Servizio delle Dipendenze Patologiche, valorizzandone le rilevanti esperienze ed incrementandone l'impostazione “a rete” che ha consentito proficue interazioni con gli altri Servizi della UOC Salute Mentale, il Servizio Minori, la Medicina ospedaliera e territoriale, la Giustizia, la Scuola e Servizi esterni a San Marino al fine di assicurare un sistema in grado di offrire agli individui ed alle loro famiglie prestazioni personalizzate e di

diversa intensità assistenziale corrispondenti alle differenti fasi ed alle diverse forme di dipendenza.

Nei prossimi anni, sarà quindi necessario sviluppare i seguenti aspetti:

- Potenziare gli interventi per la prevenzione primaria e secondaria nei confronti delle dipendenze patologiche, anche attraverso la collaborazione con la Scuola.
- Garantire la presa in carico dei cittadini con problemi di dipendenza, anche attraverso interventi riabilitativi che prevedono accordi con i SERT e altre strutture di riabilitazione esterne all'ISS.
- Assicurare una gestione integrata di persone che presentano sia disturbi da uso di sostanze psicoattive sia disturbi mentali (la cosiddetta “doppia diagnosi”).

COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO

La vita sessuale riveste una notevole importanza, non solo per la sua influenza sulla crescita e lo sviluppo degli adolescenti ma anche per le conseguenze che essa può avere sulla salute sia dei ragazzi che degli adulti che adottano comportamenti sessuali a rischio. Secondo l'OMS, gli adolescenti e i giovani rappresentano una delle categorie a più alto rischio per quanto riguarda le malattie sessualmente trasmesse.

A San Marino, secondo i dati emersi dall'indagine sugli adolescenti HBSC, l'età media del primo rapporto sessuale è sempre più bassa con una scarsa propensione ad adottare comportamenti sicuri (es. uso del preservativo). Si rileva, inoltre, che nel territorio sammarinese la modalità di contagio più diffusa dell'HIV è quella del rapporto sessuale.

Risulta quindi opportuno e necessario sviluppare una più efficace strategia di prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio, soprattutto tra adolescenti e giovani, e di lotta alle malattie sessualmente trasmesse, in particolare per quanto riguarda il virus HIV, informando i giovani sulle modalità di trasmissione e di prevenzione di tali malattie.

Si dovrà proseguire con gli interventi di educazione nelle scuole con il ruolo della UOS Centro Salute Donna dell'ISS ed il supporto del “Tavolo di educazione alla salute”, anche basandosi su moderne strategie educative (es: “educazione tra pari”). Infatti, è scientificamente provato che programmi di educazione sessuale adeguati aiutano a proteggere i giovani sessualmente attivi dall'HIV, dalle altre malattie che si trasmettono per via sessuale e dalle gravidanze indesiderate. E' necessario, inoltre, attivare campagne di sensibilizzazione mirate all'identificazione precoce del virus (early detection) attraverso l'offerta attiva del test HIV.

Un ulteriore intervento utile per la prevenzione e la lotta alle malattie sessualmente trasmesse, risulta essere l'attivazione della consulenza andrologica nell'ambulatorio adolescenti presso lo Spazio Giovani - U.O.S. Salute Donna.

Infine è necessaria una maggiore sensibilizzazione alla denuncia delle malattie sessualmente trasmesse da parte di tutti i servizi sanitari dell'ISS, fondamentale per comprendere l'evoluzione del fenomeno.

2.1.2 Ambiente di vita e lavoro

Il rapporto fra uomo e ambiente di vita e di lavoro è uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute e benessere di una comunità.

In virtù di questo, nel 2010, durante la Quinta Conferenza Ministeriale su Ambiente e Salute, i rappresentanti dei 53 Paesi della Regione Europea dell'OMS, incluso San Marino, hanno sottoscritto la Dichiarazione di Parma su Ambiente e Salute (Parma Declaration) e la Carta dell'Impegno ad Agire (Commitment to Act), con le quali si sono impegnati a ridurre l'impatto di determinate condizioni ambientali sulla salute nell'arco di 10 anni. I governi partecipanti hanno deciso di realizzare programmi nazionali che offrano pari opportunità a ciascun bambino di accedere ad acqua e servizi igienico-sanitari sicuri, all'opportunità di praticare attività fisica e di seguire una dieta salubre, ad usufruire di una migliore qualità dell'aria e di un ambiente non contaminato da agenti chimici tossici. I governi si sono ripromessi inoltre di far fronte agli effetti avversi dei cambiamenti climatici sulla salute e di ridurre le disuguaglianze sociali e di genere nell'esposizione al rischio. Si sono anche impegnati a mettere la sanità al centro dello sviluppo socio-economico attraverso maggiori investimenti in nuove tecnologie. Dal Report "Salute e ambiente in Europa: valutazione dei progressi", presentato durante l'Assemblea, sono stati analizzati i principali fattori di rischio: inquinamento dell'aria e acqua, esposizione a sostanze chimiche e rumore, alimentazione e attività fisica, sicurezza stradale. Nel rapporto i trend principali in Europa riguardano:

- la mortalità infantile provocata da malattie diarroiche che è diminuita dell'80% tra il 1995 e il 2005 soprattutto grazie ad un migliore accesso a fonti d'acqua sicure e ad un'igiene adeguata;
- inquinamento dell'aria outdoor: oltre il 92% della popolazione urbana vive in città in cui sono stati superati i limiti raccomandati dalle linee guida OMS sulla qualità dell'aria per il particolato fine;

- il fumo passivo in casa: in alcuni paesi è regolarmente esposto fino all'80% dei bambini;
- oltre il 20% delle famiglie europee vive in case con problemi di umidità e muffe che rappresentano un rischio per la salute ed è particolarmente comune tra i gruppi di popolazione più svantaggiati;
- le emissioni di piombo nell'atmosfera, che sono diminuite del 90% tra il 1990 e il 2003, a seguito del passaggio completo al carburante senza piombo in gran parte dei paesi europei, con un conseguente calo dei livelli di piombo nel sangue dei bambini;
- l'incidenza della mortalità infantile per malattie respiratorie, che è diminuita nella maggior parte dei paesi, ma si aggira ancora intorno al 12% della mortalità infantile per tutte le cause. Sempre di più asma ed allergie sono causa di malattia nei bambini, e colpiscono fino al 25% degli adolescenti tra 13 e 14 anni;
- il rumore, che è percepito come una delle cause di maggiore stress nelle aree urbane: un quarto della popolazione dell'Europa è esposta a livelli di rumore tali da produrre effetti negativi sulla salute;
- incidenti stradali, che rappresentano ancora la prima causa di morte nei giovani;
- la sicurezza sul lavoro, che è aumentata molto negli anni '90, anche se, nell'ultima decade, i miglioramenti si sono appiattiti nella parte est dell'Europa.

Diventa quindi fondamentale adottare strategie intersettoriali che concorrano a migliorare la salubrità degli ambienti riducendo le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per l'uomo, che creino condizioni di sicurezza in ambito stradale e domestico e che favoriscano la cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro, assicurando il rispetto delle norme sulla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori ed incidendo in modo efficace sui fattori di rischio in ambito lavorativo.

QUALITÀ DELL'AMBIENTE

L'esposizione alle sostanze nocive presenti nell'aria, nell'acqua, nel suolo o negli alimenti rappresenta, tutt'oggi, un importante determinante negativo di salute.

Le politiche di prevenzione della produzione e di smaltimento dei rifiuti, la prevenzione dall'esposizione ai rumori, alle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, la riduzione di inquinanti che incidono negativamente sul clima, la qualità degli interventi in edilizia costituiscono quindi un'importante opportunità di sviluppo delle politiche intersettoriali e di possibile integrazione tra gli obiettivi di salute e la "green economy".

San Marino nel 2012 si è dotata di un Codice Ambientale (Decreto Delegato 27 aprile 2012 n. 44), che ha come "obiettivo primario la promozione dei livelli di qualità della

vita umana, da realizzare attraverso la salvaguardia ed il miglioramento delle condizioni dell'ambiente e l'utilizzazione accorta e razionale delle risorse naturali".

In continuità con il precedente Piano, e tenendo conto delle indicazioni del Codice Ambientale, vengono di seguito riportati obiettivi per eliminare o ridurre l'esposizione a inquinanti presenti nell'ambiente.

E' inoltre necessario prevedere campagne informative e momenti di formazione sulle tematiche ambientali in relazione alla salute, con particolare riguardo al contesto scolastico.

Aria

L'inquinamento dell'aria è un fenomeno connesso al modello di sviluppo economico e sociale ed è collegato, in particolare, ai trasposti veicolari, produzioni industriali ed attività domestiche, soprattutto in aree urbane, ed è ormai assodato che è un importante determinante della salute umana, causando un ampio spettro di effetti alla salute, acuti e cronici. Tra i principali contaminanti, anche per le elevate concentrazioni nell'aria urbana, vi sono il particolato atmosferico (PM 10, PM 2,5), il monossido di carbonio (CO), il biossido di azoto (NO₂) e l'ozono (O₃). Il PM 10 e il PM 2,5, in particolare, rappresentano gli indicatori sintetici maggiormente impiegati per la stima dell'impatto sanitario dell'inquinamento atmosferico, e sono tuttora tra gli inquinanti più frequentemente associati a una lunga serie di esiti sanitari, che vanno dai sintomi respiratori acuti a effetti cronici quali la mortalità per patologie cardiologiche e respiratorie, tra cui anche il tumore del polmone. A livello mondiale è stato stimato che l'inquinamento atmosferico urbano, valutato in termini di particolato fine, possa essere causa del 3% delle morti per malattie cardiopolmonari, del 5% delle morti per tumori del polmone e dell'1% della mortalità per infezioni respiratorie acute nei bambini sotto i 5 anni. E' significativa anche la recente decisione dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) di includere l'inquinamento dell'aria, e nello specifico il particolato atmosferico, nel gruppo 1, ovvero tra le sostanze e agenti valutati come cancerogeni certi per l'uomo.

Inoltre, considerato che i cittadini europei trascorrono in media più del 90% del loro tempo in ambienti chiusi (ambienti indoor), quali ad esempio abitazioni, uffici, scuole ed edifici commerciali, è necessario porre l'attenzione sulla qualità dell'aria indoor, che dipende in parte dalla presenza di sorgenti interne ed in parte dall'aria esterna (outdoor). Possono essere considerati inquinanti indoor sostanze chimiche (es. radon, formaldeide, monossido di carbonio, benzene, naftalene, composti organici volatili,

ecc...), allergeni prodotti dagli acari della polvere o provenienti da animali domestici, le spore e i frammenti fungini, batteri (es. legionella), fumo di tabacco passivo.

Anche a San Marino l'inquinamento atmosferico è un fenomeno di particolare rilievo, che tuttavia non è ancora monitorato in maniera sufficiente ed uniforme su tutto il territorio.

Si ritiene quindi necessario per il prossimo triennio:

- estendere il monitoraggio continuo nelle zone a maggior rischio di inquinamento, anche in sinergia con le regioni limitrofe;
- predisporre piani di risanamento della qualità dell'aria qualora si superino i limiti previsti per legge. Tali piani dovrebbero comprendere azioni sulla qualità e sul tipo dei combustibili, sull'introduzione di sistemi avanzati di abbattimento delle emissioni, azioni sul traffico per una mobilità sostenibile, azioni sugli impianti di riscaldamento, azioni sull'inquinamento industriale e azioni su attività agrozootecniche;
- strutturare sistemi di sorveglianza e studi epidemiologici ad hoc che valutino gli effetti dell'inquinamento ambientale sulla salute;
- in riferimento all'inquinamento indoor è necessario diffondere informazioni su qualità dell'aria indoor, rischi correlati e modalità per prevenirli, definire linee guida di esposizione ad inquinanti indoor sulla base delle indicazioni dell'OMS, in particolare per abitazioni e scuole, e monitorare gli effetti sulla salute per verificare l'efficacia delle misure preventive adottate. Un ulteriore aspetto da regolamentare è quello del ricambio dell'aria degli ambienti indoor e del funzionamento dei sistemi di ventilazione/condizionamento, al fine di raggiungere un adeguato ricambio e bonifica dell'aria.

Acqua

L'acqua è un bene comune ed una risorsa cruciale per l'umanità ed il resto del mondo vivente. L'acqua è un elemento essenziale per la vita - è infatti il principale costituente dell'essere umano, che ogni giorno ne scambia una parte con l'ambiente in cui viviamo - e ha influenza non solo sulla salute dell'uomo ma anche su economia (ad es. utilizzo dell'acqua in agricoltura, produzione di energia, industria manifatturiera, trasporti e turismo) e attività ricreative (es. balneazione).

Più in generale l'acqua rappresenta un elemento centrale degli ecosistemi naturali e, sebbene la quantità di acqua sulla terra rimanga pressoché costante, la struttura dell'offerta delle risorse idriche è particolarmente sensibile all'azione dell'uomo ed ai cambiamenti climatici e sono già in atto importanti conseguenze negative quali, ad

esempio, l'inquinamento industriale, urbano e agricolo delle falde acquifere, le riduzioni delle risorse idriche disponibili per il consumo umano, l'irrigazione e la produzione alimentare, il cambiamento dei modelli delle precipitazioni e della portata dei fiumi con inondazioni più frequenti.

In Europa solo il 30% delle acque superficiali e il 25% delle acque sotterranee non è a serio rischio di inquinamento e di altri cambiamenti; il 60% delle città europee sfrutta in modo eccessivo le proprie risorse di acque sotterranee; il 50% delle zone umide è a rischio a causa dell'eccessivo sfruttamento delle acque sotterranee; dal 1985, la percentuale di terreno irriguo nell'Europa meridionale è aumentata del 20%.

I parametri delle acque destinate al consumo umano rientrano nei parametri previsti dalla normativa vigente, anche se è necessario effettuare un attento e frequente monitoraggio, considerato che si utilizzano acque superficiali.

Sulla base di quanto sopra evidenziato ed in linea con le politiche europee di salvaguardia delle risorse idriche diventa quindi fondamentale continuare a garantire la qualità ed un'adeguata quantità idrica attraverso azioni sinergiche di più attori coinvolti nella complessa gestione dell'acqua, che assicurino un buon livello di controllo delle acque destinate, in particolare, al consumo umano.

A questo scopo l'Azienda Autonoma di Stato per i Servizi Pubblici (AASS) ha in previsione l'elaborazione di un piano preliminare di microfiltrazione delle acque del pubblico acquedotto. Gli impianti di microfiltrazione, ad altissima tecnologia, saranno applicati all'acquedotto di Acquaviva e consentiranno di controllare ulteriormente e garantire la qualità dell'acqua proveniente da fornitori esterni al territorio.

A questo si unirà una relazione dettagliata circa un progetto di depurazione pubblica delle acque al fine di ottenere maggiore controllo dei reflui conferiti nei bacini idrografici che si accompagnerà al completamento entro il 2015 del rilevamento della rete fognaria che è già in atto. Il piano per la depurazione delle acque prevederà la realizzazione di impianti all'interno del territorio sammarinese. Si tratterà di strutture completamente interrate, prive di impatto ambientale, che consentiranno di diminuire, grazie alla depurazione, il carico di reflui inquinanti provenienti soprattutto da impianti industriali, consentendo quindi il versamento di acque depurate.

Si dovranno inoltre perseguire i seguenti obiettivi riguardanti l'interazione fra acqua e salute dell'uomo:

- classificare le acque dolci superficiali e le acque sotterranee destinate alla produzione di acqua potabile;

- monitorare le acque destinate al consumo umano mediante controlli sanitari per il giudizio di qualità e di idoneità d'uso ed il rilascio delle autorizzazioni di captazione sulle acque destinate al consumo umano;
- effettuare indagini epidemiologiche ad hoc che correlino i dati sull'acqua con le patologie che possono essere correlate all'acqua (es. malattie o intossicazioni trasmesse da acqua contaminata, malattie infettive veicolate dall'acqua, malattie da vettori quali ad esempio le zanzare, malattie dovute a scarsità idrica);
- attivare azioni informative, educative e repressive per limitare l'inquinamento dell'acqua ed un suo utilizzo improprio;
- assicurare la sicurezza negli impianti natatori, attraverso la vigilanza e adeguate campagne informative.

Sicurezza alimentare e veterinaria

In riferimento alla sicurezza alimentare e veterinaria, al fine di ridurre il numero di tossinfezioni, infezioni e intossicazioni, che comunque sono in numero molto limitato, è necessario continuare a garantire i controlli sia a livello di import delle materie prime e dei prodotti finiti che entrano a San Marino sia su aziende che producono e trasformano alimenti. Considerata però l'ampiezza dei campi in cui gli organismi competenti operano, si ritiene opportuno implementare la formazione dei professionisti coinvolti.

Nel prossimo triennio, inoltre, dovranno essere implementati i controlli nel settore della produzione primaria, eseguiti i controlli ed il monitoraggio tramite un numero maggiore di campionamenti su diverse matrici alimentari ed emanate linee guida per le imprese alimentari di produzione in materie specifiche.

I sistemi di autocontrollo attraverso il sistema di analisi dei rischi e di controllo dei punti critici nei differenti stadi del processo produttivo di una derrata alimentare (HACCP) e le procedure operative standard di igiene degli alimenti (SSOP), secondo quanto previsto dalla normativa vigente, sono gli strumenti indispensabili per garantire la qualità igienico-sanitaria dei cibi. E' quindi importante che tali sistemi di autocontrollo vengano ben presidiati dagli organismi competenti.

Dal punto di vista della produzione di alimenti da agricoltura si dovrà puntare a favorire i sistemi che riducono l'utilizzo di sostanze chimiche tossiche ed inquinanti, a questo scopo sarà necessario il completamento della normativa relativa al settore biologico ed in particolare attraverso la regolamentazione in attuazione della legge 27 luglio 2012 n.94.

Lo smaltimento dei rifiuti

Una politica di gestione dei rifiuti, compatibile con la tutela della salute pubblica e dell'ambiente, deve tendere alla riduzione, all'origine, della quantità e pericolosità dei rifiuti prodotti e al controllo quali-quantitativo degli stessi.

Risulta inoltre importante sviluppare e aggiornare le conoscenze tecnico-scientifiche al fine di migliorare i processi tecnologici industriali, minimizzando la produzione e la pericolosità dei rifiuti, implementando i processi di recupero e, nel rispetto della salute e dell'ambiente, di auto-smaltimento.

Va inoltre incentivata la ricerca tossicologica delle sostanze presenti nei rifiuti, della loro capacità di persistenza nelle matrici ambientali nonché della loro tendenza al bioaccumulo.

La salute di una popolazione è garantita anche attraverso un corretto processo di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento o smaltimento finale dei rifiuti, nel rispetto delle norme sanitarie rigorose previste a livello nazionale ed internazionale.

I principali obiettivi da perseguire in questo settore sono i seguenti:

- adottare politiche di smaltimento dei rifiuti, urbani ed industriali, che tendano a minimizzare i rischi per la salute dell'uomo ed eliminare inquinamenti ambientali;
- attivare azioni educative nei riguardi della popolazione per ridurre la produzione dei rifiuti; in questo senso l'Osservatorio per la gestione integrata dei rifiuti previsto dalla Legge n. 71/2013 sta operando grazie ad una serie di iniziative volte alla maggior sensibilizzazione della cittadinanza, all'informazione consapevole attraverso opportune campagne informative, alla promozione di percorsi educativi finalizzati alla consapevolezza del valore del rifiuto e della necessità di ridurre la produzione;
- diminuire la produzione dei rifiuti speciali e dei rifiuti speciali pericolosi, garantendo altresì un adeguato smaltimento; a supporto di questo obiettivo si dovrà far riferimento al "catasto rifiuti" che dal 2014 registra l'intera produzione di rifiuti urbani, speciali e speciali pericolosi, la loro movimentazione e destinazione. Si dovranno altresì implementare le collaborazioni con le associazioni di categoria per sviluppare le azioni di riduzione dei rifiuti all'interno delle aziende e si proseguirà con la regolamentazione della gestione dei rifiuti prodotti da utenze non domestiche anche attraverso l'istituzione di una tariffa puntuale rapportata ai volumi dei rifiuti movimentati dall'AASS presso ciascuna utenza;
- incentivare la gestione ecocompatibile dei rifiuti, con particolare riferimento al riciclaggio. Sarà a tale scopo determinante proseguire lo sviluppo della raccolta differenziata con il metodo del porta a porta. Se a maggio 2014 il porta a porta

risulta coinvolgere Chiesanuova, centro storico di Città, centro storico di Borgo Maggiore e Fiorentino, a breve verrà ulteriormente esteso fino a coprire entro l'anno 2015 tutto il territorio. Questa nuova gestione dei rifiuti urbani e la velocità di implementazione della differenziazione stanno determinando investimenti ingenti legati alle necessarie competenze da acquisire esternamente, all'avvio di contratti per la raccolta domiciliare, alla formazione interna per il personale coinvolto, alla realizzazione di un sito per lo stoccaggio della frazione umida, così da consentire di trattare internamente alla Repubblica tale frazione al fine della produzione di compost di qualità da riutilizzare nei processi produttivi dell'agricoltura. La sostenibilità economica della raccolta domiciliare potrà raggiungersi solo quando vi sarà un'adeguata valorizzazione delle frazioni raccolte separatamente, anche attraverso accordi con i consorzi italiani che gestiscono le varie frazioni recuperabili;

- sviluppare tecniche appropriate per l'eliminazione di sostanze pericolose contenute nei rifiuti destinati ad essere recuperati;
- implementare le attività di tutela ambientale per l'individuazione di forme di smaltimento non idonee;
- attuare azioni per il corretto recupero/smaltimento in luoghi prossimi alla produzione;
- svolgere indagini ad hoc sulla correlazione geografica tra esiti sanitari ed esposizione a rifiuti.

La bonifica delle aree interessate da inquinamento da amianto

L'amianto - noto cancerogeno per l'uomo associato in particolare a mesotelioma, cancro al polmone, laringe e ovaio e la cui produzione è vietata da decenni – continua ad essere pericoloso per la salute dell'uomo per la presenza in molti manufatti, soprattutto nell'edilizia, che in caso di deterioramento possono liberare nuovamente amianto nell'aria. Diventa pertanto fondamentale effettuare le bonifiche sugli edifici e sul materiale contenente amianto.

Sulla base degli edifici pubblici e privati che presentano materiali contenenti amianto censiti negli anni precedenti e di quelli che verranno rilevati, dovranno essere previsti interventi di bonifica che eliminino il rischio di esposizione all'amianto secondo quanto previsto dal Titolo III del D.D. n.44/2012 (Codice Ambientale) e dalle specifiche linee guida emesse dalla Commissione Tecnica Ambientale.

Allo scopo di favorire quanto sopra, l'art. 63 della Legge Finanziaria relativa all'anno 2015 ha introdotto importanti incentivi per lo smaltimento dell'amianto. La norma

prevede infatti una detrazione d'imposta a favore delle persone fisiche o giuridiche che intervengono su immobili, provvisti di allibramento catastale aggiornato, con interventi di bonifica dall'amianto. La detrazione d'imposta corrisponde a una percentuale pari al 50% dei costi sostenuti.

Infine, considerato che gli effetti negativi dell'amianto hanno una latenza molto lunga si ritiene opportuno effettuare un'indagine epidemiologica sia sugli esposti ad amianto sia sui casi di mesotelioma o altri tumori che possono essere causati dall'amianto.

Radiazioni ionizzanti

Le radiazioni ionizzanti che possono essere potenzialmente dannose per l'uomo possono derivare da fonti naturali come nel caso del gas radon – gas naturale proveniente dal decadimento dell'uranio presente nelle rocce, nel suolo e nei materiali da costruzione, che tende ad accumularsi negli ambienti confinati (ambienti indoor) e rappresenta un fattore di rischio per il tumore polmonare – oppure da attività umane, come nel caso di procedure diagnostiche e mediche che impiegano raggi X oppure, molto più raramente, da fuoriuscite e/o contaminazioni nucleari.

In continuità con il precedente piano, le principali azioni per ridurre gli effetti negativi derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, sono i seguenti:

- Effettuare rilevazioni di gas radon negli edifici e, qualora vengano riscontrate eccessive dosi, adottare adeguate strategie per ridurre la concentrazione. Si ritiene utile anche adottare soluzioni in fase di costruzione o ristrutturazione di edifici che riducano l'ingresso di radon e facilitino l'eventuale installazione di sistemi attivi di riduzione di concentrazione di radon. Deve essere inoltre previsto un sistema di monitoraggio sull'esposizione da radiazioni, anche attraverso indagini ad hoc in caso di allerte derivanti da inquinamento o disastri nucleari che possono coinvolgere indirettamente il territorio sammarinese.
- Ridurre il rischio associato all'esposizione a radiazioni ionizzanti sia per gli operatori che utilizzano macchinari e sostanze radiogene sia per le persone sottoposte ad indagini cliniche di radiodiagnostica e di medicina nucleare, principalmente attraverso la sorveglianza sanitaria per gli operatori esposti, l'adozione di adeguati programmi, la sostituzione dei macchinari obsoleti e la riduzione degli esami non necessari attraverso la corretta applicazione di linee guida sull'utilizzo appropriato della diagnostica per immagini e campagne di educazione sanitaria per i prescrittori delle indagini diagnostiche e per la popolazione.

Radiazioni non ionizzanti

Radiazioni ultraviolette (UV)

L'eccessiva esposizione alle radiazioni ultraviolette (UV), è un importante fattore di rischio per lo sviluppo di processi degenerativi nell'uomo, in particolare a carico della cute (tumori della pelle quali melanomi, carcinomi spinocellulari e basaliomi; invecchiamento precoce del tessuto cutaneo). La principale fonte di UV è certamente il sole, anche se negli ultimi anni è aumentata l'esposizione a radiazione ultravioletta artificiale (es. lampade abbronzanti).

Considerato che il principale obiettivo di salute consiste nella riduzione dell'incidenza e della mortalità per il melanoma e per gli altri tumori della pelle, è necessario agire in futuro su:

- prevenzione primaria, indirizzata a ridurre o eliminare i fattori di rischio: campagne di corretta informazione ed educazione, formazione – informazione per rendere consapevoli i cittadini, a partire dai bambini, ed i gestori di solarium o di centri benessere che l'eccessiva esposizione ai raggi UV è dannosa per la salute ed occorre quindi prendere adeguate precauzioni (es. evitare le ustioni solari soprattutto in giovane età e in soggetti con pelle chiara (fenotipo I e II) e con molti nei; ridurre l'esposizione al sole soprattutto nelle fasce orarie 11 -16 ed in particolare per i bambini; utilizzare filtri solari ad elevata protezione, utilizzare in modo appropriato dispositivi abbronzanti (lampade UV –A).
- Prevenzione secondaria: consiste nella diagnosi tempestiva con l'autoesame della cute e un primo controllo dei nei da parte del medico di Medicina Generale e del dermatologo specialista.
- Percorsi diagnostico terapeutici per la gestione dei tumori della pelle anche in collaborazione con centri di eccellenza di dermatologia.

Campi elettromagnetici

Esiste una diffusa preoccupazione nell'opinione pubblica sui possibili effetti nocivi per la salute dell'esposizione a campi elettromagnetici, anche se la valutazione dei rischi per la salute dell'uomo derivanti dall'esposizione a campi elettromagnetici - sia a frequenze estremamente basse (ELF, in primo luogo la frequenza di 50 Hz della corrente elettrica) sia alle frequenze più elevate (radiofrequenze, RF) - è un processo caratterizzato da estrema complessità. Ciò consegue al numero elevatissimo di pubblicazioni scientifiche esistenti a livello internazionale sull'argomento, alla loro grande eterogeneità ed alla loro frequente incompletezza, oltre che al carattere multidisciplinare che la tematica di per sé presenta.

Un possibile ruolo cancerogeno dei campi magnetici ELF è stato suggerito solo in relazione alla leucemia infantile (la IARC li classifica come possibili cancerogeni, ossia con limitata evidenza di cancerogenicità nell'uomo).

Sul versante delle RF, sulla base di vari studi epidemiologici condotti su utilizzatori di telefoni cellulari, su soggetti esposti in ambito lavorativo, o su popolazioni residenti in prossimità di impianti trasmettitori, non vi sono evidenze convincenti di incremento del rischio di tumori o di altre patologie.

Tuttavia, considerato che sono necessari ulteriori studi per delineare un quadro più completo dei rischi sanitari, specie per quanto concerne un possibile rischio di cancro connesso all'esposizione a bassi livelli di campi RF, si ravvisa la necessità di attuare comportamenti che siano in linea con i principi di precauzione e responsabilità.

Al fine di assicurare un'adeguata copertura del territorio con stazioni radiomobili e al contempo limitare l'esposizione ai capi elettromagnetici, è stato avviato un progetto specifico, la cui ultimazione è prevista nell'anno 2015, consistente nell'individuazione di ipotesi per nuove localizzazioni o implementazioni di impianti esistenti e analisi degli impatti elettromagnetici per le diverse soluzioni alternative possibili così da addivenire alle soluzioni che più garantiscono la copertura, minimizzando l'esposizione. Sarà necessario avviare campagne informative sull'impatto dell'uso di terminali e finalizzate anche ad un utilizzo più consapevole degli stessi attraverso il coinvolgimento di soggetti privati indipendenti quali relatori.

Per il prossimo triennio si dovrà continuare a garantire il controllo dei livelli di campo elettrico (V/m) e le conseguenti azioni di risanamento nelle situazioni di superamento dei limiti previsti dalle normative nazionali o internazionali. Si ritiene inoltre utile monitorare costantemente l'evoluzione nell'ambito delle indagini epidemiologiche effettuate da organismi internazionali e verificare, anche a livello locale, i possibili effetti che i campi elettromagnetici hanno sulla salute.

Inquinamento acustico

L'inquinamento acustico ed il conseguente effetto negativo sulla salute deriva per la popolazione generale, in particolare, dal traffico veicolare e dall'industria. Nell'Unione Europea, circa il 40% della popolazione è esposto a traffico stradale, che equivale ad un livello di esposizione che supera i 55 decibel (dB). Il 20% della popolazione è esposto a livelli che superano i 65dB.

A San Marino alcune indagini ad hoc hanno evidenziato il superamento dei limiti diurni previsti in alcune zone della Repubblica.

In riferimento alla popolazione lavorativa si evidenzia che l'ipoacusia da rumore risulta essere una delle tecnopatie più frequenti, per la cui trattazione si rimanda al capitolo specifico sulla Sicurezza dei lavoratori.

Al di fuori della sfera lavorativa, secondo quanto previsto dal Titolo VI del D.D. n.44/2012 (Codice Ambientale), si fa riferimento a strumenti quali la "Zonizzazione Acustica" approvata dalla Commissione Tutela Ambientale, in cui il territorio viene suddiviso in tre zone a seconda della destinazione d'uso e in cui vengono individuati gli edifici sensibili quali strutture scolastiche ed ospedaliere, asili nido e case di cura e riposo.

Per il prossimo triennio si ritiene necessario proseguire con il monitoraggio del clima acustico su tutto il territorio, sia a livello generale che a livello lavorativo ed assicurare, attraverso opportuni interventi, livelli di rumore accettabili e compatibili con il benessere della popolazione. E' utile, infine, potenziare l'attività di ricerca finalizzata alla individuazione e alla messa a punto di soluzioni mitigative/migliorative di tipo tecnologico e urbanistico.

I cambiamenti climatici

I cambiamenti climatici nel tempo hanno assunto sempre più una rilevanza mondiale in quanto è ormai dimostrato come i cambiamenti in atto e quelli futuri, soprattutto in assenza di interventi significativi per ridurre gli effetti negativi dell'uomo sul clima, hanno importanti ripercussioni sulla salute dell'uomo in tutte le parti del mondo.

La Repubblica di San Marino, tra i primi firmatari della Convenzione Quadro sui Cambiamenti Climatici, si sta fortemente impegnando in questi ultimi anni sul fronte della riduzione delle proprie emissioni di gas serra sia adempiendo agli impegni assunti con la ratifica della Convenzione stessa, sia adottando Leggi che sostengono e promuovono il risparmio energetico e l'utilizzo di energie rinnovabili.

In particolare la legge 48/2014 di promozione ed incentivazione dell'efficienza energetica degli edifici e dell'impiego di energia rinnovabile in ambito civile ed industriale, che riforma e sviluppa la normativa in materia già introdotta dalla Legge 72/2008, e i decreti delegati finora promulgati (D.D. n.120/2014 e D.D. n.5/2015) regolamentano la concessione degli incentivi rivolti alla riqualificazione energetica degli edifici esistenti, alla produzione di energia da fonti rinnovabili ed alla diagnosi energetica industriale per i quali esistono specifici stanziamenti economici. Inoltre dovrà essere attuato il sostegno di interventi su edifici promosso dall'Autorità di Regolazione dei Servizi Pubblici e l'Energia quali il proseguo della sostituzione degli impianti a gasolio, la realizzazione di impianti fotovoltaici su strutture dell'Ecc.ma

Camera, il proseguo delle diagnosi energetiche sugli edifici pubblici, l'implementazione del sistema di supervisione della termoregolazione degli immobili statali già avviato da AASS, oltre alla prosecuzione del piano di illuminazione pubblica con impianti LED, l'analisi del sistema dei mezzi di trasporto statali ai fini dell'ottimizzazione dei profili d'impiego del parco veicoli pubblici e l'utilizzo di veicoli alimentati elettricamente, nonché l'implementazione di azioni di sensibilizzazione attraverso l'educazione, la formazione e il coinvolgimento della cittadinanza.

Nel settembre del 2009 è stata completata la Prima Comunicazione Nazionale alla Convenzione Quadro sui cambiamenti climatici e da allora altri importanti passi sono stati compiuti, non ultimo, nell'Aprile 2010, la ratifica del Protocollo di Kyoto che è andata a completare un percorso avviato con la firma della Convenzione nel 1992. Nel frattempo si è consolidato un gruppo tecnico permanente di lavoro che si occupa esclusivamente delle tematiche relative ai cambiamenti climatici e che ha redatto, nel 2012, la Seconda Comunicazione Nazionale.

I cambiamenti climatici, con particolare riferimento all'aumento della temperatura media terrestre e al mutare delle caratteristiche delle precipitazioni meteorologiche, hanno importanti implicazioni sulla salute dell'uomo. Le conseguenze del clima sulla salute dell'uomo sono già evidenziabili nei paesi in cui si presentano fenomeni quali siccità e alluvioni, in particolare nei paesi del sud del mondo, ed in paesi in cui si verificano le cosiddette "ondate di calore", come avvenuto recentemente anche in alcune regioni europee.

Accanto agli effetti diretti, esistono poi effetti indiretti, legati ai mutamenti ambientali che possono essere determinati dal cambiamento climatico. In questo caso si fa riferimento al potenziale spostamento dalle zone tropicali al nord e al sud del Pianeta di vettori di malattie infettive e parassitarie (malaria, febbre gialla, dengue, chikungunya, m. da virus del Nilo Occidentale, m. di Lyme, m. di Chagas, leptospirosi, leishmaniosi, schistosomiasi), all'aumento di patologie causate da malnutrizione e dal consumo di cibo non sicuro e acqua non potabile, e ad una maggiore concentrazione di patogeni nell'aria.

Al fine di fronteggiare tali rischi, l'OMS raccomanda di agire su più livelli:

Prevenzione delle malattie (misure primarie di adattamento)

- Sistemi di preavviso;
- trattamento delle acque reflue;
- piani di sviluppo agricoli specifici per località;
- programmi di vaccinazione;

- gestione ambientale integrata per la riduzione dell'inquinamento;
- previsioni stagionali e sistema di preavviso per le carestie.

Precoce individuazione della comparsa della malattia (misure secondarie)

- Sistemi di sorveglianza e monitoraggio;
- monitoraggio della malattia/controllo dei vettori, delle acque, del cibo.

Risposte per abbassare il tasso di morbidità e mortalità (misure terziarie)

- Interventi di emergenza a seguito di condizioni climatiche estreme;
- “early detection” e trattamento delle persone infette;
- servizi di assistenza psicologica, counselling.

Per quanto riguarda il contesto sammarinese, sono stati analizzati alcuni degli effetti dei cambiamenti climatici sulla salute dell'uomo prevedendo, qualora considerate un rischio reale per San Marino, azioni specifiche di adattamento.

In riferimento alle *ondate di calore*, a San Marino non si è registrato un aumento di decessi nei periodi estivi, come avvenuto in alcuni paesi europei nell'estate 2003. Tuttavia i potenziali rischi di effetti per la salute derivano dal fatto che anche San Marino ha registrato progressivi aumenti di temperatura negli ultimi anni e che l'invecchiamento progressivo della popolazione esporrà più persone anziane alle ondate di calore. Si ritiene quindi necessario predisporre un sistema di allerta che correli le ondate di calore con i casi di ricovero dovuti a tale fenomeno, differenziando le aree di pianura (più facilmente esposte alle ondate di calore) e le aree collinari. Inoltre è utile promuovere campagne di sensibilizzazione per contenere i rischi connessi alle ondate di calore, informando la popolazione sui corretti stili di vita e comportamenti da adottare nei periodi estivi.

Il cambiamento climatico può essere causa di mutamenti dei sistemi ecologici, incidendo sulle attività stagionali dei vettori locali e sulla migrazione di vettori tropicali, favorendo indirettamente la diffusione di malattie infettive trasmesse da tali vettori. Anche in Europa sono stati registrati casi di malattie infettive trasmesse da vettori. Nella vicina Emilia Romagna sono stati registrati casi di chikungunja e di febbre del Nilo. San Marino, anche per la collocazione geografica, deve rafforzare il proprio sistema di controllo dei vettori che potrebbero trasmettere patologie. E' necessaria, inoltre, la collaborazione con le istituzioni italiane, nazionali e regionali, per affrontare congiuntamente tali problematiche di sanità pubblica con il supporto dell'OMS.

Anche le infezioni alimentari, come ad esempio le salmonellosi, possono essere favorite da un aumento delle temperature. E' quindi necessario che San Marino

sviluppi e consolidi i sistemi di autocontrollo per gli alimenti (SSOP–HACCP) ed i sistemi di vigilanza per la sicurezza di cibi e bevande.

San Marino dovrà inoltre rafforzare il proprio sistema sanitario e socio-sanitario che, in sinergia con altri settori strategici quali territorio, istruzione ed economia, sia in grado di affrontare gli effetti che i cambiamenti climatici potranno determinare in futuro, (a) strutturando, nello specifico, un sistema informativo che correli aspetti di carattere sanitario a fenomeni climatici, (b) sviluppando sistemi di allerta per patologie correlate ai mutamenti climatici, (c) definendo un piano per emergenze sanitarie che consenta di avere risposte rapide anche in caso di emergenze legate a fenomeni climatici, (c) attivando percorsi di formazione e informazione su tematiche riguardanti clima e salute.

Più in generale, nel prossimo triennio, sarà quindi necessario, anche sulla base dell'analisi dei dati, sviluppare politiche ambientali che siano in grado di dare risposte efficaci per limitare o eliminare dall'ambiente inquinanti dannosi per la salute e di contrastare gli effetti negativi del cambiamento climatico attraverso specifiche azioni rivolte alla tutela dell'ambiente ed a strategie di adattamento dell'uomo in relazione al mutamento delle condizioni del clima (ondate di calore, periodi di siccità, ecc...).

SICUREZZA STRADALE

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, con la risoluzione A/64/255 del marzo 2010, ha avviato il “Decennio di azioni per la Sicurezza Stradale 2011-2020” in cui vengono indicati 5 pilastri su cui basare le azioni per ridurre il numero di vittime sulle strade entro il 2020:

- **GESTIONE DELLA SICUREZZA STRADALE:** elaborare strategie, piani e obiettivi sulla sicurezza stradale a livello nazionale, sorretti da attività di raccolta dati e di ricerca, che consentano di studiare le misure più adeguate e di monitorarne l'implementazione e l'efficacia.
- **STRADE E MOBILITA':** incrementare la sicurezza della rete viaria a tutela di tutti gli utenti della strada, con particolare riguardo a quelli più deboli (pedoni, ciclisti e disabili), attraverso una più metodica valutazione delle infrastrutture esistenti e una maggiore attenzione alla sicurezza nelle fasi di pianificazione, progettazione, costruzione e gestione.
- **VEICOLI:** favorire l'adozione delle più avanzate tecnologie disponibili per la sicurezza attiva e passiva dei veicoli, attraverso l'armonizzazione di standard globali, programmi di informazione e incentivi per accelerare la diffusione dei dispositivi in grado di prevenire gli incidenti.

- **UTENTI DELLA STRADA:** sviluppare programmi per migliorare il comportamento degli utenti della strada. Sollecitare il rispetto delle leggi attraverso formazione e nuove campagne di sensibilizzazione rivolte soprattutto a massimizzare l'uso delle cinture di sicurezza e dei caschi per i conducenti di motocicli, e a contrastare la guida in stato di ebbrezza e il superamento dei limiti di velocità.
- **GESTIONE POST-INCIDENTE:** migliorare la risposta alle emergenze post-incidente e la capacità dei sistemi sanitari di fornire alle vittime della strada cure efficaci e periodi di riabilitazione adeguati.

Dal Rapporto globale sulla sicurezza stradale dell'OMS, che include informazioni necessarie per monitorare i risultati del Decennio 2011-2020, emerge che ogni anno circa 1,3 milioni di persone muoiono per incidente stradale e all'incirca tra i 20 e i 50 milioni di persone sopravvivono agli incidenti stradali con conseguenti traumi e handicap. Gli incidenti stradali nel mondo sono una delle prime tre cause di morte nella fascia di popolazione compresa tra i 5 e i 44 anni di età.

Anche la Repubblica di San Marino aderisce alla Risoluzione dell'ONU e ha realizzato l'Osservatorio sugli incidenti stradali con modalità simili a quelle europee, compresa la georeferenziazione, integrando le informazioni con i dati di accesso al Pronto Soccorso dell'ISS. Per quanto riguarda la prevenzione degli incidenti stradali è stato elaborato, da parte dell'Authority, uno "strumento operativo" capace di raccogliere e ordinare tutti i dati relativi alle condizioni di salute delle persone coinvolte in incidenti stradali nel territorio sammarinese. Le informazioni relative agli incidenti, qualora ben integrate ai dati relativi all'iter diagnostico-terapeutico delle persone coinvolte nell'incidente, contribuiranno a conoscere approfonditamente il fenomeno degli incidenti stradali e favoriranno lo sviluppo di adeguate strategie per la sicurezza stradale. E' quindi indispensabile che l'ISS garantisca una buona qualità del dato su tale fenomeno.

E' stato inoltre istituito il "Gruppo di lavoro per la sicurezza stradale" (Vedi capitolo 3.2.1).

Dai dati disponibili emerge che a San Marino nel 2014 vi è un stato un aumento sia di incidenti che di feriti rispetto agli ultimi anni; gli incidenti avvengono principalmente lungo la superstrada Rimini-San Marino.

E' quindi necessario invertire il trend di incidenti e feriti, con particolare riguardo a quelli con esiti invalidanti, ed azzerare la mortalità, agendo sui seguenti aspetti:

- è necessario migliorare ulteriormente la viabilità, soprattutto lungo la Superstrada Rimini – San Marino, sviluppando il progetto d'intervento pluriennale per la messa

in sicurezza generale, già avviato, che prevede la realizzazione di svincoli e rotatorie, finalizzato alla chiusura di tutti i passi a raso della superstrada, nonché la realizzazione di sottopassi pedonali per garantire l'incolumità dei pedoni nei punti più pericolosi. Di primaria importanza sono i progetti elaborati negli ultimi anni dal Gruppo Tecnico Misto tra Italia e San Marino per la riqualificazione della SS72 in territorio italiano; vanno inoltre realizzati percorsi pedonali e piste ciclabili sicuri;

- si dovranno sviluppare iniziative volte a favorire la cultura della sicurezza stradale a partire dai bambini, prevedendo, altresì, interventi educativi nelle scuole e sinergie fra settore pubblico e privato per iniziative e progetti volti a migliorare la sicurezza stradale a tutti i suoi livelli (educazione alla sicurezza stradale utilizzando anche aree dedicate per prove pratiche, interventi sulla rete viaria, incentivi per favorire l'utilizzo di veicoli "sicuri", ecc ...). Si dovranno sviluppare, in particolare, azioni di contrasto sull'utilizzo di alcool e sostanze stupefacenti soprattutto attraverso l'informazione e la sensibilizzazione nelle fasce di età più giovani;
- è necessario, infine, agire anche attraverso meccanismi repressivi e sanzionatori. Dovranno essere quindi aumentati i controlli sulla velocità in strada da parte delle forze di polizia, utilizzando anche rilevatori di velocità elettronici. Si dovrà porre attenzione sul rispetto della legislazione sull'uso dei dispositivi di sicurezza per bambini in auto. Ad integrazione dei sistemi di rilevazione dell'alcolemia effettuati su tutti i conducenti che accedono al Pronto Soccorso a seguito di incidente, dovranno essere effettuati anche controlli su strada dei livelli alcolici dei conducenti, prevedendo severe conseguenze di tipo repressivo e sanzionatorio qualora questi limiti vengano superati (divieto di guidare i veicoli, ritiro patente, contravvenzioni di importo elevato, ecc.).

SICUREZZA DOMESTICA

Gli incidenti domestici colpiscono principalmente i bambini sotto i 10 anni e le persone over 65, come emerge sia dai dati italiani che da quelli sammarinesi.

All'origine degli incidenti domestici si ipotizzano, in generale, 4 fattori principali: le caratteristiche strutturali dell'abitazione (scale, pavimenti e arredamento), i comportamenti delle persone che portano all'utilizzo improprio di apparecchiature e utensili, la scarsa percezione dei rischi, sottovalutazione dei pericoli, le condizioni di salute (disabilità, patologie croniche etc.) ed infine fattori che risultano presenti all'interno di un'abitazione o che sono parte integrante degli stili e delle abitudini di vita (ad esempio presenza di piante ornamentali tossiche, detersivi, cosmetici, medicinali, uso di farmaci, consumo di alcol, presenza di amianto o radon nei materiali

usati nelle abitazioni). Le circostanze esterne principali causa di infortuni domestici sono cadute, ferite, ingestione di corpi estranei, soffocamento, avvelenamenti e intossicazioni.

Così come le malattie, anche gli incidenti possono essere prevenuti. Possono essere messe in campo differenti iniziative di prevenzione. Le più efficaci sembrano essere quelle che considerano approcci integrati intersettoriali: campagne di informazione e di educazione (verso anziani, bambini, genitori), formazione di operatori sanitari volta all'acquisizione di competenze per la rilevazione della sicurezza degli ambienti domestici, fornitura a basso costo di dispositivi di sicurezza (maniglie antiscivolo, spie antincendio ecc.).

A San Marino, già nel corso del 2012 è stato intrapreso un percorso finalizzato alla prevenzione degli incidenti domestici che si è concretizzato in 3 diverse iniziative: pubblicazione di manifesti pubblici, invio di manualetti informativi ai capofamiglia over 65 anni, incontro con gli studenti delle scuole superiori finalizzato alla realizzazione di un video a tema.

Per il prossimo triennio, al fine di ridurre gli incidenti domestici per tutta la popolazione, con particolare riguardo ai bambini e agli over 65 anni, si dovranno sviluppare i seguenti aspetti:

- avviare, in linea con quanto già attuato, nuove campagne informative sulla sicurezza domestica per target di popolazione;
- formare ed informare associazioni di genitori, figure con funzione di caregiver (badanti, baby sitter, educatrici all'infanzia, educatrici scolastiche) al fine di favorire la protezione nei confronti di anziani e bambini;
- attivare sistemi di rilevazione dei pericoli soprattutto nelle abitazioni dove vivono anziani che sono seguiti dai servizi domiciliari e proporre, di conseguenza, specifiche e personalizzate azioni favorevoli la sicurezza delle abitazioni.

SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Il programma Healthy Workplaces (Luoghi di Lavoro Sani) si sviluppa a partire dal Piano d'Azione Globale dell'OMS sulla Salute dei Lavoratori 2008-2017, che ha messo in luce la necessità di affrontare tutti gli aspetti legati alla salute dei lavoratori, compresa la prevenzione primaria dei rischi professionali, la sicurezza e la promozione della salute sul luogo di lavoro. L'obiettivo principale è di migliorare la salute e il benessere, attraverso la cooperazione multisettoriale, coinvolgendo direttamente i lavoratori e i datori di lavoro nell'introduzione di una cultura e di pratiche favorevoli.

Nell'ottica di una maggiore integrazione di San Marino con l'Unione Europea è utile prendere in considerazione il *Quadro strategico in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014–2020*, che individua, per gli stati membri dell'UE, i seguenti obiettivi strategici principali per la salute e la sicurezza sul lavoro:

- migliorare l'attuazione delle norme in materia di salute e sicurezza esistenti, in particolare rafforzando la capacità delle microimprese e delle piccole imprese di mettere in atto misure di prevenzione dei rischi efficaci ed efficienti;
- migliorare la prevenzione delle malattie professionali affrontando i rischi nuovi ed emergenti senza trascurare quelli già esistenti;
- tenere conto dell'invecchiamento della forza lavoro dell'UE.

Il quadro strategico propone di affrontare queste sfide con una serie di azioni in sette obiettivi strategici:

- consolidare ulteriormente le strategie nazionali in materia di salute e sicurezza attraverso, ad esempio, il coordinamento delle politiche e l'apprendimento reciproco;
- fornire un sostegno concreto alle piccole e microimprese al fine di aiutarle a soddisfare meglio le norme in materia di salute e sicurezza;
- migliorare l'applicazione da parte degli Stati membri, ad esempio per mezzo della valutazione dell'efficienza degli ispettorati del lavoro nazionali;
- semplificare la legislazione esistente, se del caso, per eliminare gli oneri amministrativi inutili, preservando nel contempo un livello elevato di protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori;
- affrontare l'invecchiamento della forza lavoro europea e migliorare la prevenzione delle malattie professionali per affrontare i rischi nuovi e quelli attuali relativi a nanomateriali, tecnologie verdi e biotecnologie;
- migliorare la raccolta dei dati statistici così da ottenere migliori elementi di prova e sviluppare strumenti di monitoraggio;
- rafforzare il coordinamento con le organizzazioni internazionali come l'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL), l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) e i partner al fine di contribuire a ridurre il numero di incidenti sul lavoro e di malattie professionali e di migliorare le condizioni di lavoro in tutto il mondo.

I dati contenuti nel documento ILO, pubblicato in occasione della giornata mondiale del lavoratore il 28 aprile 2013, confermano che, nel mondo, circa l'80% dei

2.300.000 morti all'anno collegati allo svolgimento di attività lavorativa, sono causati da malattie e solo il 20% risulta attribuibile ad infortuni.

A livello europeo si evidenzia che, nonostante la riduzione significativa del numero degli infortuni e i progressi ottenuti nel campo della prevenzione, la salute e la sicurezza sul lavoro, è necessario agire in modo più incisivo. Infatti ogni anno più di 4.000 persone muoiono a causa di incidenti sul lavoro e più di tre milioni di lavoratori sono vittime di gravi incidenti sul lavoro, cui fa seguito un periodo di assenza dal lavoro superiore a tre giorni. Il 24,2% dei lavoratori ritiene che la propria salute e la propria sicurezza siano a rischio a causa del lavoro che svolge, mentre il 25% ha dichiarato che il lavoro ha un effetto essenzialmente negativo sulla propria salute. Inoltre, i costi per la sicurezza sociale dovuti a malattie o infortuni risultano essere troppo elevati.

In Italia, gli infortuni sul lavoro, sebbene costantemente in calo, al netto della diminuzione degli occupati, continuano a rappresentare un pesante onere, sia per l'entità dei costi economici, assicurativi e non assicurativi, valutabili nell'ordine di circa 51 miliardi l'anno, sia per i costi sociali ed umani di disabilità e morti evitabili.

I danni per la salute correlati all'attività lavorativa sono tra quelli che possono beneficiare di interventi efficaci da parte delle pubbliche amministrazioni coinvolte, esistendo i presupposti per la realizzazione di programmi che abbiano come base la conoscenza quali-quantitativa dei rischi e dei metodi per prevenirli, la conoscenza delle cause e dei danni, avendo la possibilità di realizzare azioni di contrasto ai rischi agendo da un lato sulla promozione ed il sostegno a tutti i soggetti coinvolti, dall'altro sul controllo del rispetto normativo.

Anche a San Marino si registra una diminuzione progressiva degli infortuni sul lavoro, anche per effetto della crisi occupazionale.

Al fine di continuare a mantenere il trend in riduzione degli infortuni, con priorità per quelli mortali ed invalidanti, e delle malattie correlate al lavoro, con priorità per le neoplasie, per il prossimo triennio è necessario perseguire gli obiettivi indicati da OMS e UE in materia di lavoro, anche attraverso le seguenti azioni:

- armonizzare le norme in materia di Igiene e Sicurezza nei luoghi di lavoro alle direttive europee e alle indicazioni di organismi internazionali (es. ILO e OMS); implementare i Decreti attuativi della Legge 31/98 (uso dell'alcool, tossicodipendenze, videoterminali, ecc.).
- Rafforzare gli strumenti informativi per migliorare la conoscenza dei rischi e delle patologie correlati al lavoro.

- Rafforzare le capacità di promuovere programmi di prevenzione condivisi tra istituzioni e parti sociali.
- Migliorare l'efficacia e l'integrazione delle attività di controllo/vigilanza e della adesione da parte dei destinatari delle norme sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Promuovere la cultura della salute e della sicurezza non solo nei luoghi di lavoro, ma anche presso le scuole, realizzando interventi di informazione/formazione sugli aspetti normativi e comportamentali relativi alla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.
- In riferimento alla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro per la Pubblica Amministrazione, dovrà essere completato il percorso di valutazione dei rischi e prevenzione per la Pubblica Amministrazione da parte del Servizio di Prevenzione e Protezione.

2.1.3 Vaccinazioni e screening

La prevenzione primaria di malattie infettive che possono causare importanti complicanze ed un aumento di mortalità viene attuata principalmente attraverso le vaccinazioni, considerate ancora oggi fra gli interventi più efficaci di sanità pubblica.

Lo screening di determinate malattie, con particolare riguardo a quelle oncologiche, risulta invece essere un importante strumento di prevenzione secondaria.

LE VACCINAZIONI

Uno strumento di prevenzione primaria nei confronti delle malattie infettive è rappresentato dalla somministrazione di vaccini che, consentendo di sviluppare le difese immunitarie nei confronti di determinate malattie infettive, impediscono al singolo individuo di ammalarsi. Le campagne di vaccinazione hanno lo scopo di sensibilizzare l'intera comunità. Tuttavia, dai dati emersi nel 2014, a San Marino si registra una diminuzione della copertura vaccinale.

Risulta pertanto fondamentale perseguire i seguenti obiettivi:

- assicurare una elevata copertura vaccinale, allineata agli standard europei, nei confronti di quelle malattie infettive per le quali è obbligatorio vaccinarsi o per le quali è fortemente consigliata la vaccinazione;
- promuovere appropriati interventi vaccinali nei confronti di patologie per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali;
- fornire indicazioni sui nuovi obiettivi perseguibili e sull'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla recente disponibilità di nuovi vaccini;
- mantenere sempre elevata la sicurezza delle pratiche di immunizzazione;

- implementare interventi di carattere strutturale, organizzativo, formativo e comunicativo utili ad incentivare la politica vaccinale sia nell'ambito degli interventi impositivi previsti dalle normative vigenti (calendari vaccinali obbligatori) sia nell'ambito della partecipazione consapevole delle famiglie.
- aderire alle strategie vaccinali globali promosse dall'OMS per l'eliminazione o l'eradicazione di determinate malattie infettive.

GLI SCREENING

E' necessario perseguire l'obiettivo di ridurre la mortalità per malattie oncologiche anche attraverso l'individuazione precoce di determinati tumori con gli screening.

Per tutti gli screening già attivati (tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto) dovranno essere garantiti livelli di adesione adeguati agli standard internazionali. Presupposto fondamentale è l'utilizzo di adeguati strumenti informatici ed informativi.

Per il prossimo triennio si dovranno attuare strategie informative ed educative per mantenere o migliorare i livelli attuali di adesione e organizzare i servizi ospedalieri e territoriali in relazione alle attività necessarie per gli screening (1°, 2° e 3° livello). Si ritiene necessario, quindi, consolidare percorsi diagnostico-terapeutici per una corretta e uniforme presa in carico delle persone risultate positive agli screening.

Sarà infine opportuno tenere in debita considerazione le evidenze scientifiche inerenti l'utilità di attivare altri screening sulla popolazione.

2.2 Target di popolazione secondo l'approccio life-course

Come sottolineato in numerosi documenti dell'OMS e in particolare nella politica di riferimento "Health 2020", il mantenimento di un buono stato di salute e dei suoi determinanti sociali durante il corso della vita (life-course), conduce ad un aumento dell'aspettativa di vita in buona salute e ad un aumento del benessere e della qualità della vita. Questi elementi producono a loro volta importanti benefici a livello economico, sociale ed individuale.

I cambiamenti demografici che si stanno verificando nella Repubblica di San Marino richiedono un'efficace strategia life-course che dia priorità a nuovi approcci quali l'empowerment dei cittadini, l'aumento degli "assets" salutogenici e la creazione di comunità resilienti, al fine di promuovere la salute e prevenire le malattie.

E' fondamentale garantire ai bambini un buon inizio sin dai primi momenti di vita e continuare a mantenere il miglior stato di salute possibile in tutte le fasi della vita; le

persone anziane in buona salute possono infatti continuare a contribuire attivamente alla società.

L'invecchiamento sano ed attivo inizia alla nascita del bambino e deve necessariamente essere una politica prioritaria degli anni futuri.

2.2.1 Bambini, adolescenti e giovani

La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989 riconosce il minore quale soggetto a parte intera e quale componente integrante della società con diritti specifici e inalienabili, in particolare in difesa e per la promozione del suo benessere. Tra i diritti fondamentali si annoverano quello alla vita, allo sviluppo, alla cittadinanza, al nutrimento, alla cura, al sostegno, alla protezione, all'istruzione, alla libertà di pensiero e d'espressione.

La partecipazione attiva e l'ascolto dei bambini, degli adolescenti e dei giovani risulta infatti fondamentale sia per la loro crescita e per lo sviluppo del loro benessere che per l'elaborazione di politiche giovanili specifiche.

L'OMS ha elaborato una strategia di salute europea per il 2015-2020 su bambini e adolescenti che ha due scopi principali:

- aiutare i bambini e gli adolescenti della Regione Europea a sviluppare pienamente il loro potenziale per la salute, lo sviluppo e il benessere;
- ridurre malattie e mortalità evitabili.

Tenendo in considerazione questi due macro-obiettivi, alcune azioni trasversali che possono essere intraprese nel prossimo triennio sono le seguenti:

- avviare campagne di sensibilizzazione su tematiche quali la corretta alimentazione, l'importanza dell'attività fisica, la promozione della salute del cavo orale, la prevenzione sull'uso di alcool, tabacco, sostanze stupefacenti ed interventi mirati allo sviluppo delle life skills dei giovani e degli adolescenti;
- potenziare a livello scolastico e cittadino le strutture per l'attività motoria/sportiva da offrire fin dai primi anni di vita;
- garantire un adeguato supporto a giovani con patologie alimentari quali l'anoressia e bulimia attraverso interventi multidisciplinari;
- avviare campagne di educazione sessuale per evitare comportamenti a rischio;
- avviare campagne di sensibilizzazione sulla sicurezza stradale;
- promuovere una progettazione degli spazi urbani, della vita della comunità e dei tempi delle città sempre più attenti ai bisogni dei giovani e degli adolescenti.

NEONATI E BAMBINI

PERCORSO NASCITA

L'organizzazione dell'assistenza alla nascita a San Marino vede la piena integrazione dei servizi Ospedalieri (Ostetricia e Pediatria) con quello territoriale, quali Servizio Minori, Tutela Minori e Salute Donna, quest'ultimo prevalentemente impegnato nell'assistenza al puerperio e nel sostegno alla genitorialità.

Gli standard assistenziali raggiunti (indice di mortalità peri e neonatale, % di allattamento esclusivo al seno al 3° mese di vita del bambino, ecc...) testimoniano la buona qualità dei servizi offerti alla popolazione. Tuttavia, la seppur modesta riduzione dell'indice di natalità ed il parallelo innalzamento dell'età media delle primipare, stimato essere pari a 33 anni (anno 2014), rendono ancora più necessarie una particolare attenzione alla maternità e l'implementazione degli interventi per un efficace sostegno alla genitorialità durante l'intero periodo del cosiddetto Percorso Nascita, che comprende l'arco temporale che va dall'inizio della gravidanza fino al compimento del 1° anno di vita del bambino. I servizi rivolti a questo target d'utenza dovranno essere in grado di garantire il tempestivo riconoscimento delle gravidanze "a rischio" e la loro adeguata presa in carico, in collaborazione con i centri specialistici di riferimento.

Inoltre, si dovranno garantire alle coppie le informazioni necessarie ad affrontare in modo consapevole le diverse fasi del Percorso Nascita, anche con l'offerta di corsi strutturati di accompagnamento alla nascita. L'adesione a questi corsi da parte delle gravide nel nostro territorio risulta elevata, raggiungendo livelli di partecipazione pari al 90% delle primipare.

Negli ultimi anni, anche nel nostro Ospedale, si sono attivate iniziative finalizzate al controllo del dolore. Nel prossimo triennio è lecito attendersi un'implementazione delle iniziative già intraprese in questa direzione, rendendo disponibili anche alle donne in gravidanza che ne facciano richiesta, modalità di travaglio/parto in parto-analgesia.

E' inoltre necessario mantenere ed implementare le attività di promozione, sostegno e protezione dell'allattamento al seno, anche nel rispetto dei criteri indicati dall'OMS/UNICEF per la certificazione di "Ospedale Amico del Bambino".

Pur registrando nell'ultimo triennio una progressiva e significativa riduzione della percentuale di tagli cesarei, pari a circa il 30% nel 2014, in linea con gli standard di riferimento delle vicine realtà regionali, si auspica un'ulteriore significativa riduzione di tale percentuale, avvicinandosi così allo standard del 15% indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Coerentemente con gli obiettivi di prevenzione, più volte ribaditi in questo Piano, sarà necessario mantenere ed implementare le attività di promozione e sostegno dell'allattamento al seno, anche attraverso attività formative/informative sulle corrette modalità di allattamento rivolte sia alle coppie che agli operatori sanitari. Utile il costante monitoraggio dell'allattamento al seno sia alla dimissione dopo il parto che nei primi mesi di vita del bambino. I dati attuali evidenziano una elevata percentuale di allattamento esclusivo al seno a 2-3 mesi di vita, stimata pari al 70,2% nel 2014.

Si auspica, inoltre, l'implementazione dei programmi di screening neonatale con l'attivazione, sia di un programma di screening audiologico neonatale per la diagnosi precoce della sordità congenita, sia di un programma di screening oculistico per la diagnosi precoce della cataratta congenita.

Si raccomanda, infine, di dare adeguato sostegno alla genitorialità, con particolare riguardo alle mamme "a rischio psicologico", prevenendo anche interventi a domicilio, in sinergia con quanto viene svolto da altri servizi socio-sanitari.

ASSISTENZA PEDIATRICA

Nell'ambito della prevenzione e della promozione di adeguati stili di vita, la U.O.C. di Pediatria svolge e dovrà svolgere sempre più un ruolo importante nell'ambito della rete tra servizi socio sanitari, scuola, associazioni sportive e di volontariato che ha già preso avvio con la costituzione del tavolo di lavoro allargato Istruzione-Sanità.

Particolare attenzione verrà richiesta per il prossimo triennio al tema della prevenzione, garantendo le risorse necessarie per l'esecuzione di importanti screening di popolazione, come quello della celiachia e dei disturbi del linguaggio, oltre ai già citati screening neonatali.

Sarà necessario, inoltre, attivare una raccolta dati rispetto all'incidenza delle patologie croniche in età pediatrica, con particolare attenzione alle patologie neurologiche e muscolari responsabili di diversi gradi d'invalidità, così come sarà necessario creare un registro per le patologie rare.

Sempre in tema di prevenzione e di promozione di stili di vita andranno implementate le attività informative/formative rivolte alle famiglie ed agli operatori sanitari e scolastici sui temi della corretta alimentazione; sarà inoltre necessario continuare a portare avanti iniziative ed indagini già intraprese negli anni precedenti quali "Okkio alla Salute" al fine di sorvegliare ed insegnare ai bambini delle scuole elementari l'importanza di una corretta alimentazione e di un'adeguata attività fisica. Dovranno infine essere implementati ed adeguatamente strutturati servizi pediatrici dedicati alla

precoce presa in carico dei bambini (e delle famiglie) con eccesso ponderale oppure obesi.

ADOLESCENTI E GIOVANI

L'adolescenza è un periodo cruciale, nel ciclo evolutivo della persona, caratterizzato da molteplici trasformazioni, che riguardano l'individuo nella sua totalità e in cui si intrecciano eventi che ne coinvolgono la sfera biologica, psicologica, culturale e sociale.

E' un tempo di verifica delle capacità innate e acquisite, dei bisogni e dei desideri di ogni adolescente che si prepara ad affrontare le scelte, i distacchi che il passaggio al mondo degli adulti comporta. In famiglia, a scuola e con i coetanei l'adolescente infatti vive una rete di rapporti, di esperienze, non solo psicologiche e affettive, ma culturali e sociali, che sono i nodi essenziali per lo sviluppo futuro della sua persona.

Proprio in questa età, si manifestano, e sempre più diffusamente sono oggetto di studio, comportamenti a rischio che possono essere considerati come una ricerca e una prova di sensazioni nuove e forti e che rivelano quanto la componente relativa alla sfida e alla sperimentazione di sé attraggano l'adolescente.

Le conseguenze sulla salute possono essere immediate, come nel caso della guida pericolosa, oppure posticipate nel tempo, come nel caso dei disturbi dell'alimentazione, delle condotte sessuali a rischio, del fumo di tabacco, dell'assunzione di droghe e dell'abuso di alcol. Inoltre, sono molto più a rischio quei giovani che, per il contesto in cui sono cresciuti e vivono, non dispongono di capacità personali e relazionali sufficienti per proteggersi da comportamenti a rischio. Infine, se le condotte errate non sono affrontate in modo adeguato, possono concorrere, nell'età adulta, all'instaurarsi di stili di vita pericolosi per il singolo e per la collettività.

I giovani rappresentano la risorsa più importante per il futuro di una società; promuovere la loro capacità di fare scelte di salute, di tutelare la propria integrità fisica e mentale, con senso critico e decisione, è una responsabilità a cui i decisori di sanità pubblica non possono sottrarsi ed è fondamentale il coinvolgimento attivo e partecipativo dei ragazzi, al fine di produrre cambiamenti concreti e reali.

Come già esplicitato nel precedente Piano Sanitario, le politiche rivolte ai giovani e agli adolescenti, per essere efficaci, devono necessariamente essere integrate fra i vari settori che se ne occupano. E' quindi necessario sviluppare politiche che coinvolgano tutto il governo (istruzione, ambiente, sanità ecc.) ed introdurre sistemi educativi e metodologie moderne scientificamente validate che si stanno rapidamente diffondendo

a livello globale, quali, ad esempio, la "peer education", in grado di raggiungere gli obiettivi di salute, soprattutto nella popolazione giovanile, molto più efficacemente dei vecchi mezzi informativi. La peer education, meglio nota come "educazione ai giovani fatta dai giovani", punta a trasformare il soggetto (quasi sempre un adolescente), da passivo e disinformato rispetto ad uno specifico problema di salute, in "soggetto d'esperienza", accrescendone la consapevolezza, la responsabilità, l'autonomia di pensiero e di orientamento. Per fare questo, la peer education utilizza la modifica delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti attraverso la rete e la comunicazione tra coetanei. Il processo educativo è dunque incentrato sulla partecipazione dei giovani selezionati dal gruppo di riferimento che, dopo essere stati formati, diventano "attori" e interpreti del processo stesso.

Nello stesso tempo è opportuno portare avanti le indagini di sorveglianza già attive dal 2010 continuando ad educare alla salute gli adolescenti e i giovani sulle seguenti tematiche: alimentazione, attività motoria, prevenzione degli incidenti (domestici, stradali, ecc.), fumo, alcool, uso di droghe, un corretto rapporto con la sessualità, valori civici.

La complessità dell'approccio a questa particolare fascia di età richiede una profonda revisione dell'attuale modalità di presa in carico ed organizzazione dei Servizi dell'ISS rivolti a questa utenza, auspicandone anche una più chiara individuazione delle responsabilità.

ABUSO E MALTRATTAMENTO MINORILE

Secondo la definizione dell'OMS, si configura una condizione di abuso e di maltrattamento allorché i genitori, tutori o persone incaricate della vigilanza e custodia di un bambino approfittano della loro condizione di privilegio e si comportano in contrasto con quanto previsto dalla Convenzione Onu di New York sui Diritti del Fanciullo del 1989.

Il maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (percosse, lesioni, atti sessuali, iper-cura) o in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono).

San Marino nel 2010, ha ratificato la Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori dall'abuso e dallo sfruttamento sessuale, anche conosciuta come "Convenzione di Lanzarote" il cui obiettivo è quello di voler tendere ad "un minimo garantito" che discenda dal sistema delle norme penali ed elevare lo standard di tutela dei minori vittime di abuso. Gli Stati che hanno ratificato la Convenzione sono dunque chiamati a garantire un'azione a 360 gradi contro ogni tipo di crimine sessuale contro i minori. E' richiesto infatti l'impegno degli Stati su tre diversi fronti: la prevenzione del

crimine, le azioni di contrasto, attraverso il potenziamento delle tecniche investigative, la protezione e il recupero dei minori vittime.

La protezione dei minori da qualsiasi forma di abuso e violenza vede necessariamente coinvolti più attori, quali l'Authority per le pari opportunità, i Servizi dell'ISS, le scuole, le forze di polizia e le autorità giudiziarie.

La UOS Tutela minori dell'ISS ha avviato procedure comuni fra servizi (Salute Donna, Salute Mentale, Cure Primarie, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Salute Territoriale) e creato una équipe di "home visiting" per la prevenzione delle maternità a rischio; l'implementazione di programmi di "home visiting" fa parte della più ampia strategia dell'OMS per la prevenzione del maltrattamento minorile. Il documento OMS *"European report on preventing child maltreatment"*, sottolinea infatti l'importanza della prevenzione dell'abuso sul minore che deve coinvolgere non solo i settori socio-sanitario e giudiziario ma anche l'educazione, le associazioni, i media, i medici e tutta la comunità. Approcci universali basati su evidenze scientifiche quali programmi scolastici sulla prevenzione della violenza, campagne di sensibilizzazione da parte dei mass-media, l'intervento della comunità e approcci selettivi quali l'home visiting e programmi a supporto della genitorialità, risultano essere efficaci nella riduzione dei fattori di rischio e nella prevenzione del maltrattamento minorile.

Nel prossimo triennio sarà quindi necessario consolidare la collaborazione fra gli attori coinvolti nella tutela del minore, ampliare la collaborazione con la scuola per sensibilizzare gli insegnanti nella rilevazione di segnali di disagio dei minori e standardizzare procedure e percorsi per la gestione integrata del minore che subisce violenza, con il coinvolgimento di altre agenzie pubbliche e private.

2.2.2 Donne e politiche di genere

A livello globale, il dipartimento di Genere, Donne e Salute dell'Oms - che da anni si occupa dei determinanti sociali delle disuguaglianze di genere e delle ricadute in termini di accesso alle cure mediche per le donne - ha intrapreso una serie di iniziative per promuovere una maggior consapevolezza, nelle donne in primo luogo, ma anche negli uomini, dei possibili effetti positivi in campo sanitario di un loro maggior protagonismo.

All'interno di queste azioni, un'intera sezione è dedicata al coinvolgimento degli uomini e dei ragazzi in un numero sempre crescente di programmi finalizzati a mitigare la disuguaglianza di genere. Lo scopo è quello di migliorare le condizioni di salute non solo delle donne, ma anche indirettamente quella degli uomini. Numerosi studi hanno

infatti dimostrato come le norme sociali che promuovono la disuguaglianza di genere influenzino il modo in cui gli uomini si relazionano con le proprie compagne, famiglie e figli in un'ampia gamma di situazioni tra cui: la prevenzione di malattie a trasmissione sessuale, l'uso di anticoncezionali, il contrasto alla violenza (contro le donne e contro gli uomini), il contributo nelle attività domestiche e l'atteggiamento nei confronti dell'assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda la **prevenzione** di malattie specifiche delle donne, anche per il prossimo triennio, dovranno assicurare:

- Screening dei tumori del collo dell'utero: è auspicabile che venga garantita un'adeguata copertura della popolazione target, secondo quanto indicato anche dal Piano 2006-2008. Inoltre, al fine di garantire uno screening di qualità, è importante utilizzare le metodologie più appropriate e validate a livello scientifico.
- Screening dei tumori della mammella: considerato che la percentuale di adesione per la popolazione target di norma supera l'80%, è necessario continuare a mantenere una elevata copertura della popolazione target.
- Vaccinazione HPV nelle adolescenti: è necessario riattivare campagne per la vaccinazione contro l'HPV al fine di aumentare i livelli di copertura vaccinale.

L'UOS Salute donna dovrà continuare a fornire il prezioso **supporto alle differenti fasce di età della popolazione femminile**, sviluppando e consolidando, per il prossimo triennio, i seguenti aspetti, in collaborazione con i servizi coinvolti:

- informazione - educazione sulle tematiche che riguardano la donna nelle sue varie fasi di vita.
- Prevenzione, con particolare riguardo alla gestione della prevenzione oncologica in collaborazione con le strutture ospedaliere.
- Prima accoglienza della donna. Il centro in questo senso può essere considerato come un punto informativo che consenta l'invio presso le strutture più adatte a risolvere il problema contingente.
- Diagnosi, cura, monitoraggio e follow-up per patologie legate alla donna. In questo caso è necessaria la stretta collaborazione con il servizio di ginecologia o con altre specialità ospedaliere e con i medici di base.
- Problematiche dell'adolescenza in collaborazione con la Pediatria, Dietologia, altri servizi ospedalieri, ed i servizi socio-sanitari, quali ad esempio il Servizio Minori.
- Supporto alla campagna di adesione alla vaccinazione per l'HPV come prevenzione primaria per il tumore del collo dell'utero, in collaborazione con gli altri Servizi dell'ISS ed in particolare con la Pediatria e la Medicina di Base.

- Problematiche legate alla menopausa. E' necessario effettuare il monitoraggio sulla tipologia di interventi di carattere preventivo, farmacologico e psicologico per donne in menopausa, al fine di valutarne l'efficacia. E' necessario, in particolare, controllare la comparsa dell'osteoporosi e ridurre le complicità.
- Assistenza alla puerpera e al neonato in continuità con l'Assistenza Ospedaliera tramite prestazioni telefoniche, ambulatoriali e domiciliari e in collaborazione con i vari servizi coinvolti (Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Tutela Minori ecc...).

Lotta alla violenza sulla donna

La violenza contro le donne è un fenomeno trasversale che coinvolge potenzialmente tutta la popolazione femminile indipendentemente dalla nazionalità, dalla classe sociale e dall'età, con gravi conseguenze sulla salute e sullo sviluppo psicologico e sociale di individui, famiglie, comunità e paesi. Non è un problema privato ma un fenomeno di pericolosità sociale e di salute pubblica per donne e uomini, bambini e bambine riconosciuto, e compreso, dalle organizzazioni mondiali della sanità, e, giustamente, prioritario nelle agende politiche di tutti gli Stati.

In linea con quanto previsto dal precedente Piano e nell'ambito delle iniziative promosse per la "Campagna del Consiglio di Europa per combattere la violenza contro le donne, ivi compresa la violenza domestica", l'Authority per le Pari Opportunità, istituita con Legge n. 97/2008 e resa pienamente operativa con il Decreto 60/2012, svolge un importante ruolo nel promuovere, sostenere e coordinare ogni iniziativa tesa alla prevenzione del fenomeno della violenza, garantendo il sostegno alle vittime, anche attraverso la sottoscrizione di appositi protocolli operativi. La stessa Authority garantisce anche un'adeguata formazione a tutti coloro che sono coinvolti a pieno titolo nella prevenzione e repressione della violenza contro le donne e favorisce e vigila sull'operato delle Associazioni che promuovono la conoscenza dei servizi preposti all'assistenza e capaci di avviare percorsi di prevenzione. L'Authority per le pari opportunità, attraverso un sistema di sorveglianza strutturato in collaborazione con l'Authority sanitaria, fornisce anche le informazioni necessarie per comprendere l'evoluzione della violenza sulle donne nel territorio sammarinese e indirizzare, quindi, le scelte politiche e operative per contrastare tale fenomeno.

Dai dati a disposizione emerge che anche a San Marino il fenomeno della violenza di genere è in crescita.

Per il prossimo triennio, con il coordinamento dell'Authority per le pari opportunità, è necessario consolidare il percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale per la gestione delle donne che subiscono violenza, si dovrà continuare ad assicurare

un'adeguata formazione e informazione tesa a prevenire e riconoscere precocemente tale fenomeno e sviluppare, con il supporto dell'Authority sanitaria, un flusso informativo strutturato sui dati riguardanti la violenza sulle donne e, più in generale di genere, continuando ad utilizzare le banche dati esistenti, con particolare riguardo alle informazioni provenienti dai Servizi dell'ISS (Pronto Soccorso, Medicina di base, Centro Salute Donna, ambulatori ostetrico-ginecologici, Servizi Socio-sanitari ecc..) e con il supporto del volontariato.

La tutela delle madri lavoratrici

Al fine di tutelare le lavoratrici gestanti e puerpere è necessario garantire un adeguato flusso informativo fra coloro che accertano lo stato di gravidanza e gli organi preposti a valutare il rischio nell'ambiente lavorativo. E' necessario garantire, in particolare, una maggiore informazione ai datori di lavoro ed ai lavoratori su tale tematica, soprattutto per le piccole e medie imprese, e favorire la segnalazione agli organismi competenti da parte dei ginecologi che hanno in cura le donne in gravidanza.

2.2.3 Anziani

Un invecchiamento sano ha un'importanza assolutamente vitale per far sì che gli attuali livelli di benessere e protezione sociale risultino sostenibili in futuro, anche tramite il contributo delle famiglie e le attività di volontariato, e per rispondere ai bisogni specifici di una forza lavoro in via di invecchiamento in Europa. La popolazione della Regione Europea ha l'età media più alta del mondo, e la popolazione di molti paesi europei gode di un'aspettativa di vita tra le più elevate al mondo. Con l'aumento dell'aspettativa di vita, più persone vivono oltre i 65 anni e fino a un'età molto avanzata, incrementando in misura considerevole il numero di persone anziane. Entro il 2050, si prevede che più di un quarto (27%) della popolazione avrà 65 anni o più (*Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020*; OMS). Tuttavia, l'aumento della longevità ha un andamento disuguale, e i divari esistenti all'interno dei paesi e tra paesi diversi della Regione Europea continuano ad aumentare. Se è vero che numerose persone stanno conducendo vite più lunghe e più sane, esistono grandi incertezze riguardo all'evoluzione futura delle condizioni di salute e dello stato funzionale delle popolazioni in via di invecchiamento.

La tutela dei diritti e della dignità delle persone anziane, è uno dei cardini della società moderna avanzata sia sul piano etico che su quello culturale e sociale.

Nella Repubblica di San Marino, allo stato attuale circa il 20% della popolazione presente è ultrasessantacinquenne; si rende pertanto necessario prendere atto di

questa condizione demografica e conferire agli anziani un ruolo di presenza attiva, integrata e sorretta da una rete di rapporti dinamici e di assistenza rapportata alle necessità.

Negli anni passati sono già state avviate campagne di sensibilizzazione sull'invecchiamento attivo e un progetto sulla prevenzione dei disturbi della memoria; nei prossimi anni, sarà necessario consolidare tali iniziative e promuovere l'inclusione degli anziani nella società prevedendo per esempio la possibilità di poter abitare in autonomia nei centri abitati (es: gruppo appartamento in zona urbana abitata) al fine di superare problemi legati all'isolamento, all'abbandono e alla solitudine anche attraverso il supporto di una rete di assistenza formale e informale. Sarebbe inoltre opportuno elaborare e realizzare programmi locali per l'attività fisica destinati alle persone anziane, anche attraverso approcci combinati miranti a un cambiamento dei comportamenti a livello individuale e di gruppo, supportandone l'applicazione e la valutazione.

Risulta fondamentale il geriatra come punto di riferimento dell'anziano, sia per il mantenimento dell'autonomia (azioni preventive) che per la presa in carico di persone fragili con pluripatologie ed il mantenimento delle autonomie residue per gli anziani istituzionalizzati. Anche nel prossimo triennio, dovranno essere valorizzati un sistema e un percorso di valutazione multidimensionale in grado di gestire l'intero percorso di assistenza e di cura dell'anziano non autosufficiente a vari livelli di assistenza (domiciliare, residenziale e ambulatoriale); si dovrà altresì facilitare lo sviluppo di reti informali (familiari, amici esercenti, volontari, ecc...) al fine di migliorare la salute e il benessere di coloro che necessitano di assistenza, nonché dei prestatori di cure, con particolare attenzione ai bisogni del crescente numero di persone affette da demenza. Dovrà inoltre essere ottimizzata la gestione delle demenze degli anziani e dovrà essere riorganizzato il servizio territoriale domiciliare.

Infine si dovrà sviluppare ulteriormente la rete di servizi residenziali per anziani in un'ottica di unitarietà nella gestione di tali servizi.

2.2.6 Persone con disabilità

Nel 2008 la Repubblica di San Marino ha ratificato la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità dell'ONU il cui scopo è promuovere, proteggere e assicurare il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro inerente dignità.

Proprio partendo da questa Convenzione, nell'ottica di una sua applicazione e promozione, il Comitato Sammarinese di Bioetica nel 2013 ha pubblicato il documento "L'approccio bioetico alle persone con disabilità".

L'impostazione del documento, il cui approccio bioetico si radica nei diritti umani, supera ogni altra impostazione precedente basata sui modelli assistenziali o medico-riabilitativi e sposta il baricentro dalla disabilità in sé alla persona con disabilità, la cui dignità umana viene riconosciuta in quanto soggetto titolare di diritti umani.

La recente approvazione della Legge sulla Disabilità, frutto di un'importante azione sinergica di più settori anche esterni alla sanità, dovrà trovare, nel prossimo triennio piena applicazione.

Disabilità in età minorile

Le fragilità dei minori dovranno essere riconosciute ed affrontate attraverso una presa in carico globale della persona con disabilità da parte dei Servizi coinvolti (Servizio Minori, Pediatria, Medicina di Base, Ostetricia e Ginecologia, Medicina fisica e riabilitativa e Neuropsichiatria infantile) in stretta collaborazione con la famiglia e con la scuola. Sarà inoltre necessario offrire modelli di intervento basati su un percorso di resilienza di ciascuno e su un'idea di responsabilità condivisa che restituisca ad ogni componente della famiglia il ruolo e l'autorevolezza necessari per superare ogni criticità.

Il Servizio Minori, in applicazione della Legge n.142 del 9/9/2014 (normativa in materia di disturbi evolutivi specifici in ambito scolastico e formativo), in collaborazione con la scuola, le famiglie e le associazioni, dovrà sviluppare e coordinare un percorso formativo che consenta al bambino con disabilità una migliore applicazione delle proprie competenze. Nel caso particolare di studenti con diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento (DSA) e Bisogni Educativi Speciali (BES), l'obiettivo è quello di riconoscere la condizione specifica ed intervenire con una presa in carico complessiva, affinché lo studente stesso possa vivere il percorso scolastico come un'occasione di apprendimento e di motivazione nel conseguimento dell'esito migliore per lo stesso.

In riferimento all'integrazione del minore disabile nel contesto sociale, è necessario proseguire la collaborazione fra Scuola, Pediatria e Servizio Minori, strutturando percorsi condivisi.

Per il prossimo triennio si dovrà:

- Attivare programmi di prevenzione per riconoscere precocemente alcuni tipi di disabilità (es. disturbi neuro sensoriali) e ridurne quindi le conseguenze.

- Strutturare e rendere facilmente disponibili le informazioni sulle disabilità in età evolutiva, attraverso appositi registri, che consentano di identificare:
 - o N° casi affetti da Ritardo Mentale lieve, medio, grave
 - o N° casi affetti da disturbo dello spettro autistico
 - o N° casi affetti da sindromi genetiche
 - o N° casi affetti da disturbi comportamentali e/o psicopatologici
 - o N° casi con patologia organica (più o meno grave) che necessitano di una presa in carico psicologica
- Sviluppare ulteriormente percorsi diagnostici ed assistenziali in relazione alle disabilità identificate;
- In riferimento a DSA e BES, offrire alle famiglie la possibilità di utilizzare trattamenti di tipo cognitivo-comportamentali supportati da evidenze scientifiche quali, ad esempio, l'ABA (Applied Behavior Analysis), il Teacch e l'Early Start Denver Mode;
- Strutturare interventi di natura psicologica a supporto delle famiglie che hanno figli con patologia cronica;
- Condividere le informazioni riguardanti, in particolare, referti o relazioni dell'area diagnostica terapeutica e riabilitativa dell'UOC Servizio Minori con la UOC di Pediatria;
- Costituire team di presa in carico di casi multiproblematici o con pluridisabilità con descrizione dei processi e delle interfacce operative tra Servizio Minori, Pediatria, Salute Mentale, Neurologia.

Adulti con disabilità

Nell'ambito della disabilità degli adulti, dovrà essere incentivata una efficace rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, integrati con l'associazionismo.

In linea con quanto sviluppato negli anni precedenti, deve essere assicurato il mantenimento della persona con disabilità nel proprio nucleo familiare e il suo inserimento nel normale ambiente di vita.

Devono essere inoltre garantiti adeguati percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi nelle gravi disabilità post-traumatiche e in quelle acquisite a seguito di patologie invalidanti non traumatiche.

- Per il prossimo triennio, al fine di favorire l'integrazione lavorativa, sociale e familiare della persona con disabilità, occorre che i vari interventi siano fra loro coordinati per meglio indirizzarli verso una risposta adeguata alle particolari ed individuali esigenze delle persone con disabilità. Fra i principali strumenti vi è

quello della predisposizione di progetti individuali, attraverso i quali poter creare percorsi personalizzati in cui i vari interventi siano coordinati.

- E' necessario, inoltre, facilitare sul territorio la realizzazione di strutture intermedie per la disabilità di grado lieve (monocali, gruppo appartamento, strutturazione di percorsi di rete sul territorio), facilitando altresì l'inserimento del disabile anche nel contesto urbano e sociale. Si dovrà continuare, infine, ad assicurare la presa in carico del disabile anche attraverso strutture residenziali e diurne e percorsi assistenziali integrati.

2.2.7 Migranti

In uno scenario internazionale dominato da crescenti flussi migratori è quanto mai necessario conoscere tale fenomeno per fornire agli operatori socio-sanitari strumenti di intervento volti ad assicurare una risposta efficace al bisogno di tutela della salute della persona straniera. Anche se a San Marino non vi sono flussi migratori importanti (se si escludono gli italiani) è necessario, tuttavia, prendere in considerazione fattori peculiari che possono avere un impatto sulla salute degli immigrati, legati al quadro epidemiologico del Paese di origine, ad aspetti culturali (difficoltà di comunicazione e di inserimento sociale), psicologici (lontananza dagli affetti, mancanza di supporto psico-familiare) e di discriminazione nell'accesso ai servizi.

Nel 2014 l'8,5% delle donne che hanno partorito nel nostro territorio sono "straniere", non italiane. In casi eccezionali, alcune di queste donne hanno raggiunto il nostro territorio quando già in attesa, se non addirittura in prossimità del parto. Le difficoltà linguistiche delle "straniere" che accedono ai servizi non consentono di poter usufruire in modo adeguato del necessario supporto degli operatori sanitari, importante per affrontare questa delicata fase della vita.

Un fenomeno che va costantemente tenuto monitorato è il ricorso all'assistenza domiciliare privata, che vede il coinvolgimento di persone in gran parte provenienti da Paesi dell'Est europeo. Con Decreto n. 10/2011 si è stabilito un numero massimo di permessi di lavoro che si possono rilasciare a stranieri che svolgono questa attività, anche se l'invecchiamento della popolazione fa presumere che l'esigenza di avvalersi di assistenti private in futuro possa crescere. Il Servizio Territoriale Domiciliare dell'ISS ha attivato la formazione legata alle condizioni dell'assistito, il tutoring come consulenza e supporto, il controllo per garantire continuità nella qualità del lavoro di assistenza; è previsto anche un modulo riassuntivo dei punti salienti della legislazione, redatto ad uso delle assistenti private, tradotto anche in lingua russa, romena e

bulgara. E' attualmente in vigore un Regolamento sull'assistenza privata del 2004-2005 che dovrà essere necessariamente aggiornato. In ambito sanitario, le assistenti private sono sottoposte a controlli sanitari con particolare riguardo alla protezione dalle malattie infettive riemergenti (es. tubercolosi).

Per il prossimo triennio si dovrà monitorare costantemente l'andamento dei flussi migratori, sviluppare analisi che identifichino eventuali atteggiamenti discriminatori o fenomeni che favoriscono le disuguaglianze e proporre, di conseguenza, azioni volte ad una maggiore integrazione e prevenzione di tali atteggiamenti e fenomeni. Si ritiene infine auspicabile che i servizi socio-sanitari rendano disponibili per gli stranieri che non conoscono la lingua italiana, materiale informativo multilingue che faciliti il loro accesso ai servizi, oltre ad attivare specifiche collaborazioni con mediatrici culturali eventualmente residenti nel nostro territorio, da formare per renderle disponibili al bisogno.

2.3 Malattie di particolare impatto sanitario e sociale

Le malattie acute e croniche non trasmissibili e le malattie infettive hanno un forte impatto sull'intero sistema, agendo sfavorevolmente sulla salute e sul benessere delle persone e comportando un impegnativo carico assistenziale che richiede risorse, competenze e forte integrazione dei servizi.

Risulta quindi fondamentale affrontare a tutti i livelli (prevenzione, diagnosi, cura e assistenza) per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbidità, mortalità e disabilità dovuto alle malattie affinché le popolazioni raggiungano i più elevati standard possibili in termini di salute e produttività a ogni età, e tali malattie non costituiscano più un ostacolo per il benessere o lo sviluppo socio-economico.

2.3.1 Malattie acute e croniche non trasmissibili

Secondo il "*Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020*" dell'OMS, le malattie non trasmissibili (MNT) - in particolare le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche e il diabete - rappresentano la principale causa di morte a livello mondiale. Ogni anno, a causa delle MNT, muoiono più di 36 milioni di persone (circa 63% delle morti globali) di cui circa 14 milioni hanno un'età compresa tra i 30 e i 70 anni.

Come emerge dal profilo di salute, anche a San Marino le MNT hanno un forte impatto sui servizi sanitari e socio-sanitari.

Il macro-obiettivo principale promosso dai Piani di Azione e delle strategie dell'OMS in ambito di MNT, è quello di ridurre il peso della morbidità, mortalità e disabilità provocato da malattie non trasmissibili prevenibili ed evitabili. A tale scopo, è necessaria una collaborazione multisettoriale sia a livello nazionale che globale, per fare in modo che le popolazioni raggiungano i più elevati standard di salute e di produttività a tutte le età e che queste malattie non rappresentino più un ostacolo al benessere o allo sviluppo socio-economico.

Gli obiettivi fissati dal Piano strategico dell'OMS e che San Marino dovrà perseguire nei prossimi anni sono i seguenti:

- 1) Riduzione relativa della mortalità totale dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o patologie respiratorie croniche;
- 2) Riduzione relativa pari almeno al 10% del consumo dannoso di alcol, secondo quanto appropriato al contesto nazionale;
- 3) Riduzione relativa della prevalenza dell'insufficiente attività fisica;
- 4) Riduzione relativa del consumo medio di sale/sodio nella popolazione;
- 5) Riduzione relativa della prevalenza del consumo di tabacco nelle persone di età pari o superiore ai 15 anni;
- 6) Riduzione relativa della prevalenza dell'ipertensione oppure, a seconda della situazione nazionale, contenimento della prevalenza dell'ipertensione;
- 7) Arresto della progressione del diabete e dell'obesità;
- 8) Il maggior numero possibile di persone che ne hanno i requisiti riceve terapia farmacologica e *counselling* (incluso il controllo della glicemia) per la prevenzione dell'infarto e dell'ictus.

Malattie Cardiovascolari

Sia a livello globale che nel nostro Paese, le malattie cardiovascolari costituiscono uno dei problemi più importanti di salute pubblica; infatti, anche a San Marino rappresentano una delle principali cause di mortalità totale (34% nel quadriennio 2011-2014) e di morbosità.

Studi epidemiologici hanno permesso di identificare i fattori di rischio cardiovascolare e hanno dimostrato la reversibilità di questo rischio. Interventi preventivi sono indirizzati a pazienti con pregressa malattia coronarica e/o vascolare, ma anche a soggetti asintomatici, ad alto rischio per la presenza di diabete mellito, dislipidemia, ipertensione arteriosa, familiarità, ma anche incongruo stile di vita (sedentarietà, alimentazione scorretta, abitudine al fumo di sigaretta).

Risulta inoltre fondamentale sottolineare l'importanza della rete creata dal "Progetto Cuore" attraverso i numerosi defibrillatori posizionati sul territorio sammarinese, in postazioni mobili e fisse, al fine di garantire a qualunque persona colpita da Infarto Miocardico Acuto (IMA) un adeguato soccorso nel più breve tempo possibile (idealmente entro un'ora dall'inizio dei sintomi).

Di conseguenza, gli obiettivi che dovranno essere perseguiti nel prossimo triennio sono i seguenti:

- Ridurre i fattori di rischio a livello di popolazione mediante modifiche dello stile di vita e ambientali (promozione ed educazione alla salute).
- Sviluppare strategie per la prevenzione del rischio cardiovascolare, anche attraverso adeguati strumenti di valutazione del rischio estesi alle Cure Primarie, e per la riduzione dell'incidenza delle patologie cardiovascolari.
- Per quanto riguarda le patologie cardiovascolari croniche è necessario consolidare una gestione integrata territorio-ospedale.
- Ridurre l'incidenza delle patologie tromboemboliche attraverso il controllo della terapia anticoagulante.
- Aumentare la durata e la qualità della vita dei soggetti affetti da patologie cardiovascolari con particolare riferimento all'infarto del miocardio.
- Mantenere la rete con centri specialistici di riferimento fuori territorio, con particolare riguardo per l'emodinamica e la cardiochirurgia.

In riferimento alle malattie cerebrovascolari, a livello di informazione e prevenzione, nel passato triennio sono state attivate campagne di sensibilizzazione della popolazione sull'ictus e sviluppati specifici opuscoli informativi.

E' stato inoltre istituito un ambulatorio dedicato alle malattie cerebrovascolari ed è stato attivato un percorso per la gestione dell'ictus.

Tuttavia, è necessario costituire un team dedicato per la riabilitazione dei pazienti colpiti da ictus e consolidare, nel prossimo triennio, sia le campagne di sensibilizzazione della popolazione che percorsi omogenei e condivisi per la gestione dell'ictus, con lo scopo di favorire un continuum terapeutico nel passaggio dalla fase ospedaliera alla fase territoriale.

Dovranno inoltre essere avviati percorsi formativi per il personale non medico dedicato all'assistenza e alla cura del paziente colpito da ictus e per implementare modelli efficaci di assistenza multidisciplinare.

Neoplasie

I tumori rappresentano la principale causa di morte nel mondo, con circa 8,2 milioni di decessi nel 2012 (*World Cancer Report 2014*). L'uso del tabacco, dell'alcool, una scorretta alimentazione, una scarsa attività fisica e alcune infezioni croniche sono i principali fattori di rischio.

L'OMS, attraverso il Piano di Azione Globale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie Non Trasmissibili (MNT) 2013-2020, ha fissato tra i macro-obiettivi principali quello di ridurre del 25% la mortalità prematura dovuta a MNT entro il 2025 e, in particolare per quanto riguarda la prevenzione dei tumori, di ridurre la prevalenza dell'uso del tabacco del 30%.

Il tumore ai polmoni rappresenta infatti la prima causa di morte per cancro a livello mondiale.

La lotta ai tumori si attua in primo luogo con interventi di prevenzione primaria efficaci contro i determinanti che possono essere caratteristici della popolazione e/o di suoi sottogruppi e/o degli individui. Gli screening devono essere effettuati su tutto il territorio tramite programmi organizzati con procedure e protocolli omogenei, creando specifici percorsi di approfondimento diagnostico e terapeutici. Per migliorare la presa in carico del paziente oncologico occorre, tra l'altro, promuovere:

- la diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici di gestione integrata, con il coinvolgimento attivo del paziente;
- l'adeguamento tecnologico per l'equo accesso a terapie e metodologie diagnostiche costo-efficaci;
- la fruibilità di supporto psico-oncologico;
- la gestione globale del paziente in fase avanzata di malattia, rendendo sinergiche le componenti sanitarie, socio-sanitarie e sociali che costituiscono la rete oncologica;
- la partecipazione delle Associazioni di volontari, parenti e familiari nel percorso assistenziale, in particolare per i malati terminali;
- il miglioramento professionale continuo degli specialisti sui protocolli di follow-up e gestione integrata dei malati oncologici e la rivisitazione/stesura di protocolli di follow-up, basati sulla definizione di categoria di rischio.

Per il prossimo triennio, con il fine di ridurre l'incidenza delle neoplasie ed aumentare la durata e della qualità della vita dei soggetti affetti da neoplasie, è necessario agire sui seguenti aspetti:

- Utilizzare il Registro Tumori, che deve essere costantemente aggiornato, come strumento di sorveglianza sull'andamento della patologia oncologica per studi e ricerche sulle cause del cancro, anche in riferimento alla distribuzione geografica della patologia e l'esposizione ad eventuali fattori di rischio ambientali, per la valutazione degli interventi di prevenzione, per l'analisi dell'esito delle cure e per la programmazione degli interventi sanitari;
- Promuovere azioni di miglioramento della qualità dell'ambiente ed attivare campagne di educazione alla salute a partire dalle future generazioni;
- Migliorare ed affinare gli interventi di diagnosi precoce;
- Strutturare percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali per singole patologie adattando le linee guida internazionali al contesto sammarinese;
- Assicurare l'assistenza psicologica ai malati di tumore;
- Potenziare l'integrazione fra i vari professionisti quali il medico di base, l'oncologo, lo specialista, il chirurgo, ecc...;
- Strutturare il percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale per le neoplasie ematologiche;
- Identificare i Centri di riferimento delle realtà italiane limitrofe, entrando nell'ottica della "rete nella rete", anche in relazione al processo di accreditamento;
- Valorizzare l'assistenza domiciliare oncologica in collaborazione con le associazioni di settore;
- Promuovere lo sviluppo della qualità delle cure e dell'assistenza anche nella fase palliativa.

Malattie endocrino-metaboliche

Le patologie endocrino-metaboliche hanno una notevole rilevanza oltre che per la varietà degli organi e sistemi interessati anche perché almeno ad alcune di queste, come ad esempio il diabete e le patologie tiroidee, va riconosciuto carattere di particolare rilievo sociale sia per la loro elevata incidenza e prevalenza che per la loro morbilità.

In relazione al Piano 2006-2008, è stata potenziata la sorveglianza epidemiologica del diabete di tipo I e II al fine di stimare in maniera più puntuale l'incidenza e la prevalenza del diabete mellito e le sue complicanze.

Nonostante ciò, sarà necessario prevedere una maggiore integrazione tra il modulo funzionale malattie endocrino-metaboliche sia con le associazioni e i servizi che si occupano di prevenzione del rischio cardiovascolare che con il Servizio di Dietologia.

Inoltre, sulla base dei risultati del progetto di gestione integrata del paziente diabetico fra MF malattie endocrino-metaboliche e medici di base, sviluppato nel 2011, è necessario sviluppare il percorso di gestione diagnostico-terapeutico ed assistenziale integrato del paziente e governare la presa in carico del bambino diabetico.

E' necessario, infine assicurare la diagnosi e l'assistenza per le donne con diabete gestazionale e migliorare la qualità di vita e della cura per le persone con diabete in età evolutiva.

In riferimento alla patologia tiroidea è necessario sviluppare attività di tipo preventivo e di informazione sanitaria, comprendendo quelle di screening raccomandate a livello internazionale e definire un percorso diagnostico terapeutico ed assistenziali fra territorio, Servizio di endocrinologia e Centri specialistici di riferimento.

Malattie Respiratorie

Le malattie respiratorie croniche, malattie croniche delle vie aeree e delle altre strutture polmonari, rappresentano una vasta gamma di gravi condizioni patologiche. Sono tra le principali cause di morbidità e mortalità e si prevede un trend in crescita per i prossimi anni. I dati forniti dall'OMS stimano che attualmente centinaia di milioni di persone nel mondo soffrono di malattie respiratorie croniche:

- circa 300 milioni sono affette da asma;
- 80 milioni hanno una broncopatia cronico ostruttiva (BPCO) di grado moderato o grave.

Secondo l'OMS, le 5 più importanti malattie respiratorie non solo causano il 17% di tutte le morti a livello globale, ma sono alla base di ben il 13% di tutti gli anni di vita in buona salute persi (per invalidità o morte) e sono dovute maggiormente a fattori di rischio quali il fumo di sigaretta e agenti ambientali inquinanti esterni ed indoor.

A San Marino, le malattie respiratorie, dopo le malattie cardiovascolari e neoplastiche, rappresentano la terza causa di morte e si prevede che, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di tali patologie sia destinata ad aumentare.

BPCO e asma, con l'avanzare dell'età, si accompagnano frequentemente a comorbidità, il che aggrava le condizioni del paziente, complica la terapia e comporta un maggiore utilizzo di risorse sanitarie, ivi compresa una più elevata necessità di ospedalizzazioni, e un aumentato rischio di morte.

In linea con quanto previsto dal Piano 2006-2008, al fine di ridurre l'incidenza delle patologie respiratorie ed aumentare la durata e la qualità della vita dei soggetti affetti

da patologie respiratorie con particolare riferimento alla BPCO e all'asma è necessario, innanzitutto, potenziare la prevenzione primaria mediante la riduzione del fumo di sigaretta e la rimozione di potenziali situazioni a rischio derivanti dall'ambiente (esterno, di lavoro e domestico). Per quanto concerne la BPCO deve essere garantita una gestione integrata (ospedale-territorio) che preveda il monitoraggio a domicilio dei pazienti, con particolare riguardo per i pazienti con ossigenoterapia e ventilazione meccanica domiciliare. La gestione dei casi più complessi, dovrà avvenire in idonee strutture (area delle cure intermedie e Centri di riferimento di eccellenza esterni).

In riferimento all'asma è importante agire sui seguenti aspetti: educare il paziente alla collaborazione al trattamento dell'asma, valutare e controllare il più possibile la gravità dell'asma tramite registrazione dei sintomi e misure della funzionalità respiratoria, evitare l'esposizione a fattori scatenanti, elaborare piani di trattamento farmacologico per la gestione cronica nei bambini e negli adulti.

Malattie Neurologiche

Le malattie neurologiche hanno un forte impatto sia da un punto di vista epidemiologico numerici che in termini di disabilità e costi sociali.

Solo in Europa si stima che il 38% della popolazione – circa 165 milioni di persone, soffra di disturbi di natura neurologica come epilessia, malattia di Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Multipla, ictus e cefalee: patologie con un impatto rilevante non solo sulle vite delle persone che ne sono affette ma anche su quella dei loro familiari, e che hanno ricadute economiche e socio-assistenziali considerevoli.

A livello mondiale, secondo i dati dell'OMS, ben il 50 per cento delle disabilità è dovuto a problemi di tipo neurologico.

Anche a San Marino le malattie neurologiche rappresentano un problema di tipo sanitario e sociale molto rilevante.

L'attivazione di ambulatori dedicati alle patologie neurologiche, come da indicazioni del precedente Piano, ha consentito di facilitare la gestione dei pazienti neurologici.

In continuità con l'attività finora svolta dalla UOS Neurologia dell'ISS, gli obiettivi ritenuti prioritari per affrontare, anche nel prossimo triennio, le malattie neurologiche sono i seguenti:

- Garantire l'appropriatezza del percorso del paziente con patologie neurologiche acute, acquisite soprattutto a seguito di traumi.
- Garantire l'appropriatezza della diagnosi e cura della lombosciatalgia attraverso un approccio multidisciplinare.

- Garantire un'adeguata assistenza per malattie neurologiche invalidanti quali quelle degenerative ed extrapiramidali (Sclerosi Laterale Amiotrofica e Morbo di Parkinson) ed autoimmunitarie (Sclerosi multipla).
- Garantire una adeguata diagnosi e trattamento per patologie non degenerative quali le Cefalee, l'Epilessia e malattie del sistema nervoso periferico attraverso ambulatori dedicati.
- Per quanto riguarda le demenze, sarà necessario consolidare la partnership anche con privati per la creazione di un gruppo di auto-aiuto al fine di sensibilizzare la popolazione tramite la messa in atto di un percorso della memoria nei parchi del territorio. Inoltre, è opportuno potenziare la gestione integrata delle demenze a partire dalla diagnosi precoce.
- Dovrà essere assicurata la gestione integrata dell'ictus secondo la logica della medicina proattiva.

Malattie Reumatiche e Autoimmuni

Le malattie reumatiche ed autoimmuni costituiscono una delle maggiori cause di ricorso ai servizi sanitari e sono responsabili di alterazioni e limitazioni funzionali che possono condizionare notevolmente la qualità della vita di chi ne è colpito. Si tratta in gran parte di affezioni croniche che possono esordire anche in giovane età.

A San Marino, all'interno dell'UOC Medicina, è stato attivato il Servizio di reumatologia e malattie autoimmuni, a testimonianza dell'importanza che queste patologie hanno nel territorio sammarinese.

Per il prossimo triennio è necessario:

- Potenziare gli strumenti per la diagnosi precoce, sia aumentando l'informazione ai Medici di Base, sia sensibilizzando la popolazione e i pazienti, che devono collaborare consapevolmente alla terapia;
- Implementare specifici percorsi diagnostico terapeutici specifici per tali patologie;
- Assicurare l'accesso alle terapie, con particolare riguardo a quelle più innovative (farmaci biologici), basandosi su criteri di appropriatezza e su analisi costo-beneficio in caso di utilizzo di farmaci costosi. I costi elevati delle terapie con questi farmaci, nonché la necessità di un monitoraggio clinico a lungo termine, impongono l'attivazione di veri e propri "registri", allo scopo di monitorare il profilo rischio/beneficio nel lungo termine, rispondendo all'esigenza di costituire duraturi sistemi di sorveglianza.

- Creare una rete integrata per l'assistenza reumatologica sia internamente all'ISS che con Centri di riferimento specialistici.

Malattia Renale Cronica

La malattia Renale Cronica (MRC) è oggi considerata come un rilevante problema di sanità pubblica. Istituzioni internazionali come i Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) identificano la MRC come una delle più grandi priorità dell'era della transizione epidemiologica.

Si stima che, nella popolazione adulta europea, 1 individuo su 7 (13%) abbia un grado di insufficienza renale moderata. La prevalenza della MRC aumenta fino al 15-30% negli anziani e supera il 50% nei soggetti affetti da malattie cardiovascolari e metaboliche.

E' possibile classificare la malattia renale cronica in 5 stadi, basandosi su esami semplici e poco costosi (Filtrato Glomerulare, esame delle urine, ecografia addominale, alcuni esami del sangue), consentendo rilevazioni confrontabili fra le varie realtà sanitarie.

La MRC nella maggior parte dei casi è causata da altre malattie quali diabete, ipertensione e cardiopatie, che colpiscono subdolamente il rene.

A rendere la malattia cronica renale una emergenza sociale vi è, da un lato, l'allungamento della vita, dall'altro, la diagnosi tardiva che impedisce di prendere per tempo i provvedimenti necessari e che permette alla malattia di procedere, spesso senza sintomi evidenti.

Tuttavia, la malattia non va confusa con lo status di dializzato, che deve essere considerato come punta dell'iceberg. Secondo stime europee, infatti, per ogni paziente in dialisi vi sarebbero almeno 200 soggetti con un certo grado di compromissione renale.

Considerata l'importanza della MRC è necessario che anche a San Marino migliori la conoscenza epidemiologica di tale malattia, al fine di conoscere nel dettaglio le dimensioni del problema, attuare una programmazione adeguata in termini di risorse umane ed economiche per una adeguata prevenzione e l'uso di terapia sostitutiva delle fasi avanzate di MRC. Risulta inoltre essenziale favorire l'utilizzo dei corretti strumenti diagnostico-terapeutici da parte dei Medici di Base e specialisti non-nefrologi, utilizzando modelli di gestione integrata con i nefrologi.

Celiachia

La celiachia è la più frequente intolleranza alimentare presente a livello mondiale. La prevalenza della celiachia, sia nei bambini che negli adulti, è attualmente stimata intorno all'1% e anche a San Marino, il numero di celiaci è in aumento. Se non diagnosticata in tempo e adeguatamente trattata con l'eliminazione totale del glutine dalla dieta, la celiachia potrebbe comportare gravi conseguenze per la salute del soggetto.

La maggior conoscenza e consapevolezza da parte degli operatori sanitari ha permesso di arrivare sempre più spesso a diagnosi precoci e quindi di arginare le possibili complicanze di questa patologia.

E' quindi necessario, per il prossimo triennio, implementare un percorso standardizzato per la diagnosi precoce della celiaca e la prevenzione delle complicanze della malattia celiaca.

Inoltre l'ISS dovrà continuare a fornire il supporto ai celiaci sulla base di criteri clinici ed assistenziali riconosciuti a livello internazionale.

Malattie Rare

Le malattie rare costituiscono un problema di sanità pubblica per l'impatto numerico sulla popolazione. Secondo una stima dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) rappresentano il 10% delle patologie umane note. Si stima che il 6-8% della popolazione europea, complessivamente 27- 36 milioni di cittadini, sia affetto da una malattia rara. L'OMS ha calcolato l'esistenza di circa 6.000 entità nosologiche, ma si tratta probabilmente di una stima riduttiva e, di fatto, l'Unione Europea (UE) calcola il loro numero in circa 8.000.

Gli aspetti critici di queste malattie sono:

- la difficoltà ad arrivare a una diagnosi in tempi brevi;
- l'andamento spesso cronico e invalidante;
- la scarsità di percorsi assistenziali strutturati;
- la mancanza di terapie specifiche e la difficoltà di accesso alle stesse.

La malattia rara richiede non solo diagnosi, ma anche prevenzione, riabilitazione e sostegno psico-socio-economico.

Anche a San Marino sono presenti pazienti affetti da malattie rare. Si evidenzia, in particolare, una prevalenza elevata di Corea di Huntington rispetto alle realtà limitrofe.

Per il prossimo triennio sarà necessario:

- approfondire gli strumenti per la diagnosi precoce delle patologie rare;

- migliorare le conoscenze sulle malattie rare, incentivando la creazione di una banca dati ed il collegamento di San Marino con la rete internazionale;
- sviluppare modalità d'informazione e formazione per i professionisti, i pazienti e le loro famiglie sulle malattie rare;
- strutturare accordi con i Centri di riferimento per le malattie rare.

Disturbi Mentali

I problemi di salute mentale, in Europa, rappresentano quasi il 20% del totale delle malattie e colpiscono addirittura una persona su quattro nell'arco della propria vita. Dei dieci Paesi con i più alti tassi di suicidio nel mondo, nove si trovano in Europa. Nonostante questi dati, molto spesso i servizi sanitari che vengono offerti non rispondono alle necessità e alle esigenze dei pazienti: il gap tra il tipo di cure di cui i malati avrebbero bisogno e quello che invece ricevono è ancora molto ampio. Per esempio, la metà di coloro che soffrono di depressione non viene mai curata e, più in generale, anche in Paesi dotati di un sistema sanitario sviluppato il 44-70% di coloro che soffrono di malattie mentali non è sottoposto ad alcuna terapia. In un quarto degli Stati europei non sono neanche disponibili i servizi di assistenza e in alcuni Paesi oltre il 50% dei pazienti viene ospitato in strutture troppo grandi e inadeguate.

A San Marino i servizi di salute mentale vengono garantiti dalla UOC Salute Mentale, che si integra con i servizi ospedalieri e con gli altri servizi socio-sanitari, con particolare riguardo al Servizio Minori per la gestione di bambini con disturbi mentali e che, nel tempo, ha visto aumentare i propri utenti e le prestazioni.

Considerato il forte impatto che la salute mentale ha sulla società, l'OMS ha sviluppato un Piano D'azione 2013-2020 che ha come obiettivo generale quello di "promuovere la salute mentale, prevenire i disturbi mentali, fornire cura, stimolare il recupero, promuovere i diritti umani e ridurre mortalità, comorbidità e disabilità nelle persone con disturbi mentali" e si poggia sui seguenti 6 principi e approcci trasversali:

1. Accesso e copertura universale dei servizi, senza discriminazioni per età, sesso, posizione sociale, etnia o orientamento sessuale;
2. Rispetto dei diritti umani;
3. Interventi evidence-based;
4. Approccio orientato ad ogni stadio di vita;
5. Approccio multisetoriale (che coinvolga diversi settori quali salute, educazione, lavoro, giustizia criminale, ecc.);
6. Empowerment dei malati di mente.

Sulla base di quanto evidenziato e considerato che, soprattutto in epoca di crisi economica e sociale, i disturbi mentali tendono ad aumentare, il principale obiettivo del prossimo triennio consiste nel miglioramento della qualità della vita dei soggetti colpiti da patologie mentali, promuovendo lo sviluppo della globalità degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, assumendo iniziative mirate allo sviluppo della continuità terapeutica degli interventi, estendendo le azioni riabilitative mirate al reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti affetti da malattie mentali e favorendo i gruppi di auto aiuto. Nello specifico si ritiene fondamentale:

- Contribuire a contrastare i pregiudizi nei confronti della malattia mentale (lotta allo stigma) attraverso adeguate campagne di informazione e di sensibilizzazione, in linea a quanto avviato negli anni precedenti.
- Fornire degli adeguati servizi di cura ed assistenza integrati e responsivi, sviluppando servizi di cura orientati al recupero, fornendo informazioni ai pazienti su cause/conseguenze/opzioni di trattamento, migliorando la salute mentale dei figli di genitori con gravi malattie, fornendo i servizi a bambini/adulti esposti a eventi di vita avversi. In questo senso risulta strategico che il Servizio di Salute Mentale realizzi, o rafforzi qualora già in essere, collaborazioni strutturate con le Cure Primarie, le Unità Organizzative che hanno specifiche utenze (Pediatria, Servizio Minori e Servizio Anziani) ed i Centri di eccellenza fuori territorio. Inoltre, al fine di contrastare l'istituzionalizzazione e la cronicizzazione della malattia, è importante privilegiare l'attività semiresidenziale e domiciliare per persone con disagio psichico e facilitare l'inserimento lavorativo con un'attenta valutazione e codifica dei motivi dell'inserimento stesso. Infine è necessario garantire, da parte del Servizio di Salute Mentale, la presa in cura della persona con disagio psichico o disturbo mentale, attraverso un programma personalizzato a termine, ottenendo il consenso della persona e dei familiari e limitando il ricorso a trattamenti prolungati, al ricovero ospedaliero, e in particolare a quello obbligatorio.
- Implementare strategie per promuovere e prevenire la salute mentale. E' necessario, in questo caso, aumentare la conoscenza/informazione sulla salute mentale; includere la salute emotiva e mentale come parte dei servizi prenatali e post nascita; fornire programmi per la prima infanzia focalizzati sullo sviluppo cognitivo, senso motorio, psicosociale, e sulla relazione genitori-bambino; ridurre l'esposizione all'uso dell'alcol; prevenire la violenza domestica; proteggere i bambini dall'abuso. In riferimento alla prevenzione dei suicidi, risulta utile limitare l'accesso a mezzi pericolosi quali le armi o pesticidi, sensibilizzare i mezzi di

comunicazione, promuovere iniziative sul posto di lavoro per la prevenzione del suicidio, creare e rafforzare organizzazioni di pazienti con disturbi mentali così come di familiari e i caregiver.

- Rafforzare i sistemi informativi per avere le informazioni epidemiologiche sulla prevalenza della malattia mentale, dati di outcome, e informazioni su aspetti che possono influenzare la salute mentale (condizioni socio economiche; atteggiamenti discriminatori, scarsa coesione sociale e solitudine, ecc.). E' opportuno, inoltre, creare un sistema di "sorveglianza" per la salute mentale e il monitoraggio del suicidio.

2.3.2 Malattie Infettive

Le malattie trasmissibili rimangono una delle principali cause di malattia, disabilità e morte. Si stima che ogni anno le malattie infettive uccidano quasi 3.5 milioni di persone, prevalentemente giovani che vivono con redditi minimi. È necessario dunque mantenere elevato l'impegno sulla prevenzione delle malattie infettive, anche sulla base dei seguenti motivi:

- il potenziale epidemico di alcuni agenti infettivi;
- nessun Paese, seppure socialmente ed economicamente evoluto, si può considerare al sicuro dal rischio di emergenza e/o riemergenza di malattie infettive, anche eliminate o al momento sotto controllo;
- l'identificazione precoce dei casi di malattia infettiva è fondamentale sia per ridurre il rischio di complicanze ed esiti nei casi stessi, sia per l'attuazione di opportuni interventi di contenimento;
- alcune malattie infettive sono passibili di controllo, eliminazione e eradicazione attraverso il raggiungimento di elevate coperture vaccinali. Si evidenzia che le vaccinazioni sono, tuttavia, vittime della loro stessa efficacia, in quanto si è ridotta nel tempo, sia nella popolazione generale sia negli operatori sanitari, la percezione della minaccia rappresentata dalle malattie infettive prevenibili attraverso la vaccinazione, e di conseguenza, anche la comprensione dell'importanza e dell'opportunità dell'intervento stesso.

Il controllo delle malattie infettive deve basarsi sui seguenti aspetti:

- sviluppo e consolidamento di sistemi di sorveglianza più sensibili e tempestivi;
- raggiungimento o mantenimento di elevati livelli di copertura vaccinale allineati agli standard definiti da Organismi internazionali;

- miglioramento dei piani di intervento per le malattie infettive rilevanti, in particolare all'interno della collettività (TB, legionellosi, meningiti, ecc.);
- azioni multidisciplinari su malattie infettive legate ai cambiamenti climatici;
- sviluppo di un piano per fronteggiare epidemie di particolare impatto (es. pandemia dell'influenza, SARS, Ebola, ecc.) attraverso il Gruppo di coordinamento per le emergenze sanitarie;
- avvio di campagne informative su importanti tematiche riguardanti le malattie infettive (es. comportamenti per ridurre la trasmissione di malattie infettive in comunità, importanza delle vaccinazioni, gestione delle emergenze infettive, antibiotico-resistenza e utilizzo appropriato degli antibiotici; malattie infettive e cambiamenti climatici).

Per il prossimo triennio, riprendendo quanto già evidenziato nel precedente Piano e sulla base di quanto sopra evidenziato, al fine di ridurre l'incidenza di tutte le malattie infettive è necessario agire sui seguenti aspetti:

- Utilizzare con la massima accuratezza il sistema di notifica, indispensabile per conoscere il fenomeno delle malattie infettive soggette a notifica e attivare di conseguenza gli interventi che si ritengono opportuni.
- Garantire il controllo delle malattie prevenibili con la vaccinazione attraverso interventi di carattere strutturale, organizzativo, formativo e comunicativo utili ad incentivare la politica vaccinale sia nell'ambito degli interventi impositivi previsti dalle normative vigenti (calendari vaccinali obbligatori) sia nell'ambito della partecipazione consapevole delle famiglie; il mantenimento dei livelli già raggiunti di copertura vaccinale per l'infanzia ed il miglioramento delle coperture vaccinali nei gruppi a rischio; per quanto riguarda la vaccinazione contro il Papilloma Virus (HPV) è necessario aumentare la copertura soprattutto attraverso campagne informative e valutando l'opportunità di posticipare il periodo di vaccinazione per chi ne fa richiesta.
- In riferimento all'influenza stagionale è opportuno garantire un elevato livello di copertura vaccinale per fasce di popolazione verso i quali l'influenza stagionale può rivelarsi pericolosa, con particolare riguardo ad anziani e persone con patologie croniche debilitanti. Inoltre è opportuno continuare ad adottare tutte le misure necessarie per poter affrontare un'eventuale pandemia dell'influenza secondo le indicazioni dell'OMS.
- Nell'ambito della prevenzione delle malattie trasmesse dalla *Aedes albopictus* (zanzara tigre), è necessario garantire la sorveglianza sanitaria ed il controllo della

trasmissione di malattie quali Chikungunya e Dengue nonché le attività di sorveglianza entomologica e lotta all'insetto vettore, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalle linee guida internazionali.

- E' opportuno sviluppare una più efficace strategia di lotta all'HIV/AIDS, migliorando l'informazione della popolazione, con particolare riguardo ai giovani e a persone più esposte, sulle modalità di trasmissione e di prevenzione dell'HIV/AIDS, sulla necessità di sottoporsi al test, sulle terapie disponibili e sul counselling. In considerazione dei dati epidemiologici attuali e dell'evidenza scientifica della validità di alcuni interventi di prevenzione, la loro efficacia dovrà basarsi sulla combinazione gli interventi socio-sanitari mirati alle più moderne strategie educative ed il trattamento farmacologico che, secondo le ultime evidenze scientifiche, non solo aiuta i pazienti a vivere più a lungo e meglio, ma riduce notevolmente il rischio di trasmissione del virus. E' quindi necessario adeguare il sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV e dei casi di AIDS sulla base delle nuove indicazioni dell'OMS, con lo scopo di conoscere il numero e le caratteristiche eziologiche delle persone affette da HIV e AIDS. E' necessario avviare campagne di sensibilizzazione su HIV e AIDS ed altre malattie sessualmente trasmesse, definendo altresì strategie per ridurre il contagio e di conseguenza il numero di nuove infezioni da HIV. Inoltre, per le caratteristiche dell'infezione e per la specifica competenza specialistica per il trattamento delle persone affette da HIV/AIDS, si dovrà continuare a garantire la presa in carico delle persone affette da parte di Centri specialistici di malattie infettive attraverso protocolli ed accordi con le Aziende Sanitarie dei territori limitrofi.
- E' necessario assicurare il controllo e l'eradicazione delle malattie infettive "emergenti", promuovendo i controlli per la profilassi attraverso lo sviluppo di protocolli operativi incentrati sulla realizzazione di mappe di rischio. Per limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione, è stato istituito un flusso di sorveglianza ad hoc per aumentare la capacità diagnostica delle febbri in pazienti rientrati da soggiorni tropicali con particolare riferimento alle arbovirosi (*Chikungunya, West-Nile, Dengue*) ed avviare azioni per il contenimento delle stesse.
- In riferimento all'Epatite C, infezione cronica di cui soffrono 130-150 milioni di persone nel mondo e che causa 350-500 mila morti all'anno, è necessario rendere disponibili i fondi necessari per curare in modo efficace con le nuove terapie

disponibili le persone affette da epatite C, prevedendo criteri di priorità definiti sulla base dell'andamento della malattia e dell'efficacia della cura in atto.

- Si ritiene opportuno riattivare la collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, attraverso l'expertise dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate, con lo scopo di:
 - Mettere a punto e condurre in azione concertata percorsi formativi relativamente agli aspetti tecnico-scientifici e comunicativo-relazionali che contraddistinguono le Infezioni a Trasmissione Sessuale;
 - Definire e Sperimentare sul campo Modelli Operativi Comunicativo-Relazionali per la prevenzione delle Malattie Infettive emergenti e riemergenti;
 - Individuare e Monitorare il livello di rischio relativamente all'HIV e alle IST nella popolazione di San Marino al fine di comprendere i fattori favorevoli la diffusione di tali patologie;
 - Programmare interventi di prevenzione delle IST attraverso metodologie e strumenti innovativi.
- Al fine di prevenire e ridurre le infezioni acquisite in strutture ospedaliere, ambulatoriali e residenziali è necessario monitorare le infezioni ospedaliere, con particolare riguardo per quelle più diffuse, al fine di adottare adeguati interventi atti a prevenire la diffusione dei microrganismi chiamati in causa nella genesi delle infezioni acquisite in ambito ospedaliero o in strutture territoriali.
- E' necessario, infine, ridefinire le modalità di segnalazione, la raccolta dei dati e la composizione del Comitato sulle infezioni correlate all'assistenza.

2.4 Sangue, cellule, tessuti e organi

Sangue

Nel 2012, sono stati emanati il Decreto Delegato 27 luglio 2012 n. 93 "Attuazione delle direttive europee che stabiliscono norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano, dei suoi componenti ed emoderivati" e il Decreto Delegato 10 Agosto 2012 n. 104 "Requisiti specifici per l'accreditamento istituzionale dei servizi di medicina trasfusionale".

I provvedimenti, che si fondano sul principio etico della donazione volontaria, periodica, responsabile e non remunerata, sono quindi finalizzati a stabilire livelli di qualità e sicurezza del sangue umano ed emocomponenti e delle prestazioni trasfusionali. Tali norme richiedono quindi l'adeguamento del Servizio trasfusionale dell'ISS ai requisiti di accreditamento delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta.

Il recepimento delle direttive europee e l'accreditamento istituzionale sono inoltre elementi fondamentali per favorire accordi di collaborazione in materia di donazione e scambio di sangue ed emoderivati fra il Centro trasfusionale dell'ISS ed i Centri trasfusionali italiani ed internazionali. Infatti, nel 2014 è stato siglato un importante protocollo di cooperazione tecnica tra l'Authority Sanitaria ed il Centro Nazionale Sangue italiano sulle seguenti tematiche:

- acquisizione/cessione di sangue ed emocomponenti labili nell'ambito di programmi volti al conseguimento dell' autosufficienza di entrambi i Paesi;
- donazione solidaristica e dedicata negli ambiti consentiti dalla normativa vigente in Italia, del sangue cordonale;
- formazione e inter-scambio di valutatori qualificati per lo svolgimento delle attività di verifica del sistema trasfusionale ai sensi delle normative vigenti in entrambi i Paesi.

Nel prossimo triennio, l'ISS dovrà perseguire i seguenti obiettivi:

- attivare i percorsi necessari per accreditare il proprio Servizio Trasfusionale;
- garantire l'unitarietà dell'intero processo a partire dall'idoneità del donatore;
- consolidare le procedure relative all'uso di emocomponenti per uso topico;
- strutturare procedure condivise per rendere possibile la cessione del plasma fuori territorio sammarinese, in collaborazione con il Ministero della Salute, il Centro Nazionale Sangue, l'Agenzia Italiana del Farmaco italiani, la Segreteria di Stato alla Sanità, l'Authority sanitaria e l'ISS.

Cellule

Allo stato attuale, San Marino sta lavorando al recepimento delle Direttive UE che definiscono le norme di qualità e di sicurezza e le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani. Per San Marino è fondamentale collaborare con gli enti italiani per garantire gli stessi standard Europei, anche se persistono differenze di fondo sulla gestione delle banche di conservazione in quanto

in Italia è consentita solo la donazione eterologa presso banche pubbliche, mentre a San Marino è possibile la conservazione autologa in banche private, anche se queste ultime devono avere elevati requisiti di qualità riconosciuti a livello internazionale (Good Manufacturing Practice – ISO) e rispettare le normative europee in materia.

San Marino, dopo un primo periodo in cui ha favorito lo sviluppo di biobanche private, sulla base delle attuali evidenze scientifiche riguardanti i benefici della conservazione autologa delle cellule staminali rispetto alla donazione ed in linea con ciò che avviene in Italia ed in altri paesi europei, ha posto un limite al numero di autorizzazioni di biobanche private, valorizzando quelle già operative e ritiene necessario sviluppare tali attività anche nel settore pubblico secondo i principi della donazione solidaristica.

E' quindi ritenuto strategico, nei prossimi anni, sviluppare un sistema sammarinese che, in sinergia con l'Italia, possa sposare appieno i principi della donazione delle cellule staminali sia in un'ottica solidaristica che in un'ottica di efficacia clinica, collaborando anche con le strutture pubbliche italiane ed in particolare con quelle delle regioni limitrofe. Dovranno essere garantite, altresì, le condizioni di operatività delle biobanche presenti in territorio, che potrebbero sviluppare, anche in sinergia con il pubblico, importanti progetti di ricerca, sperimentazione e applicazione clinica, secondo regole internazionali e attraverso il controllo e la vigilanza delle authority competenti in materia (sammarinesi ed europee).

Gli obiettivi per il prossimo triennio sono i seguenti:

- recepire le Direttive UE in materia;
- siglare accordi operativi con gli organismi e competent authority italiani ed europei;
- aggiornare le procedure per donazione di midollo osseo ed assicurare l'operatività del Registro Sammarinese Donatori di Midollo Osseo (SMBMDR) dalla presentazione volontaria del cittadino che manifesta l'intenzione di iscriversi (prelievo, tipizzazione ecc...) alla donazione del midollo qualora si riscontri una compatibilità;
- facilitare scambio e transito di materiale biologico con reciproci controlli fra le authority sammarinesi ed italiane.

Organi

La legge quadro del 2010 prevede il recepimento delle direttive in materia di donazione di organi e trapianti. Allo stato attuale, nelle more del recepimento delle direttive in materia e in assenza di un adeguamento della normativa in materia di accertamento della morte (al momento ancora regolamentata dal Regolamento di Polizia Mortuaria del 15 marzo 1910), i percorsi autorizzativi e le procedure interne

dell'ISS non consentono la donazione di organi in territorio sammarinese, mentre, per prassi consolidata, è possibile, per i sammarinesi, entrare nella rete italiana per ricevere in donazione organi ed essere quindi trapiantati.

Per superare tali limiti e per favorire, quindi, la donazione di organi, San Marino sta definendo gli adeguamenti legislativi necessari che riguardano la modifica della legge sull'accertamento della morte ed il recepimento, in particolare, della Direttiva UE 53/2010 relativa alle norme di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti. Si stanno perfezionando protocolli operativi fra gli organismi tecnici sammarinesi ed italiani per strutturare i percorsi dei pazienti che devono donare gli organi o essere trapiantati. L'ISS sta verificando i percorsi interni necessari per rispondere ai requisiti europei.

Nel prossimo triennio sarà quindi necessario:

- modificare la legge su accertamento della morte che risponda alle esigenze attuali di favorire la donazione di organi;
- siglare accordi operativi con le autorità italiane competenti in materia;
- strutturare un percorso interno a San Marino che consenta il prelievo di organi;
- definire le procedure di trapianto per sammarinesi condivise con le strutture esterne di riferimento.

3. STRUMENTI ED OBIETTIVI DI SISTEMA

L'intero sistema sanitario e socio-sanitario dovrà essere necessariamente funzionale agli obiettivi di salute e dotarsi di strumenti e modalità organizzative ed operative che sappiano rispondere sempre più e meglio ai nuovi bisogni di salute e benessere, in un contesto sociale che muta sempre più rapidamente.

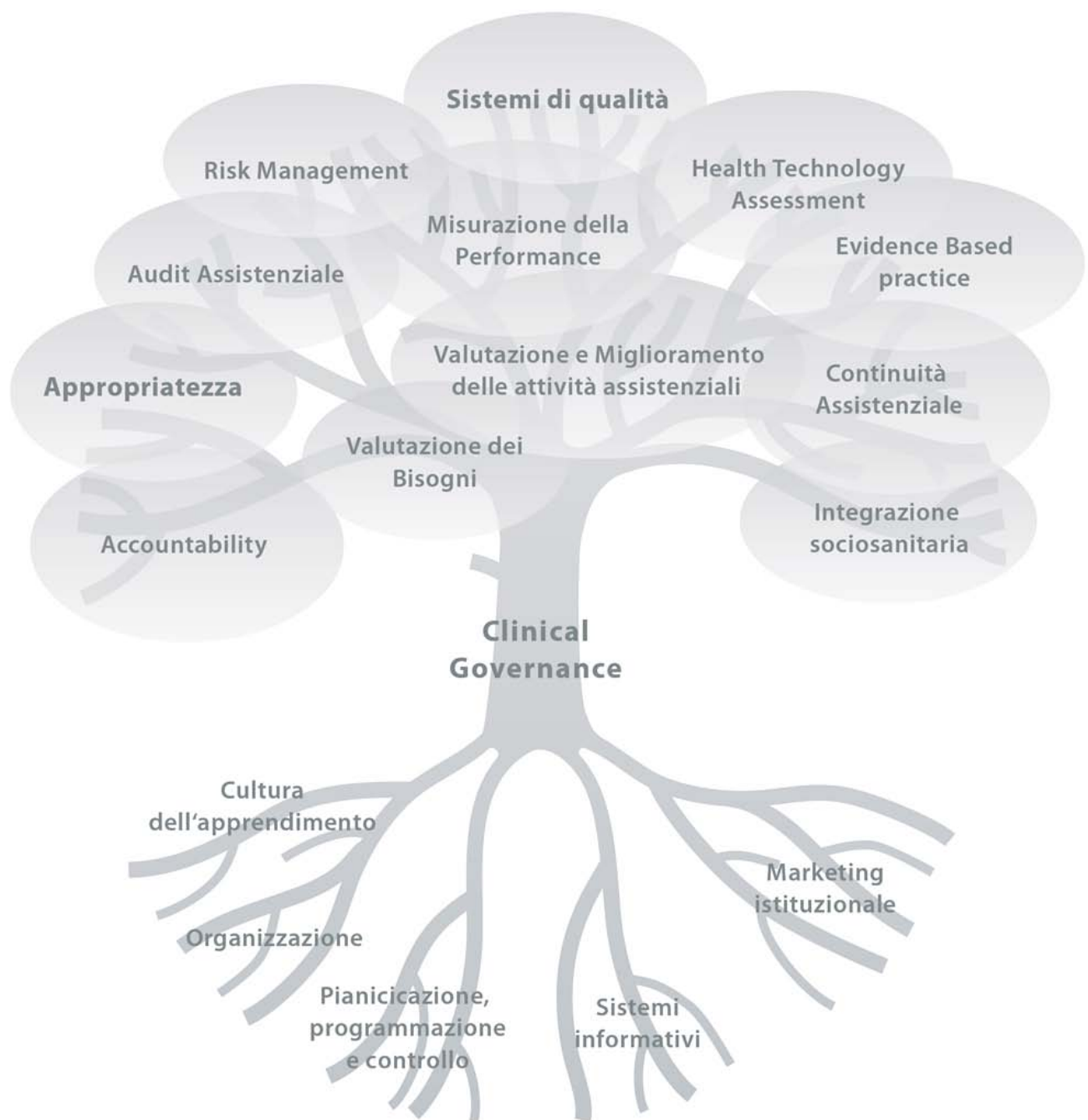
Con gli strumenti e gli obiettivi di sistema il Piano sanitario intende affrontare, in particolare, gli aspetti strutturali e organizzativi della rete di offerta e le strategie per la riqualificazione dei servizi basandosi su appropriatezza, continuità assistenziale, qualità delle cure e la sicurezza dei cittadini.

Nell'ambito della governance del sistema sanitario delineata con la riforma del sistema sanitario e socio-sanitario del 2004, vengono definiti ruoli e funzioni dei principali attori per la pianificazione, programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari (Authority ed ISS).

I servizi dovranno cercare di conformarsi sempre più ai bisogni di salute della popolazione, andando ad identificare modelli innovativi che sappiano dare risposte adeguate alle necessità di assistenza dei cittadini, offrendo quindi servizi di prevenzione e cura sul territorio e in ospedale in una logica di presa in carico globale e continuità assistenziale.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute non può prescindere dal miglioramento continuo dei servizi offerti, che in una logica di sistema dovrà prevedere la partecipazione di tutti gli operatori coinvolti direttamente ed indirettamente nel processo diagnostico, terapeutico e assistenziale, sostenendo un approccio multiprofessionale e multidisciplinare e rafforzando il rapporto di fiducia tra cittadini/utenti ed i servizi sanitari e socio-sanitari.

Un servizio di buona qualità deve essere responsabile e trasparente nei confronti dei cittadini e dei pazienti anche rispetto all'uso delle risorse pubbliche, rese disponibili per il sistema sanitario e socio-sanitario, facendo propri i principi della clinical governance.



3.1 Authority sanitaria e sistema delle regole

L'Authority sanitaria e socio-sanitaria svolge un importante ruolo nel sistema delle regole, riassumendo in sé le funzioni di organismo di controllo e vigilanza delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative (autorizzazione e accreditamento) e di supporto tecnico all'Esecutivo per la pianificazione e programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, con ulteriori funzioni riguardanti il sistema informativo sanitario e socio-sanitario, la formazione continua in medicina ed i rapporti internazionali.

Sulla base delle funzioni e delle attività svolte dall'Authority, le **sfide future** possono essere declinate nei seguenti punti:

- _ Accrescere la cultura della sicurezza e della qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi (autorizzazione, accreditamento, controllo e vigilanza).
- _ Realizzare un sistema di controllo, coerente con quanto previsto dalle direttive europee, su produzione e/o distribuzione di farmaci (incluse le terapie avanzate), dispositivi medici, ricerca e sperimentazione clinica da parte di strutture che operano nella Repubblica di San Marino.
- _ Garantire la sicurezza della raccolta e dell'utilizzo di sangue, tessuti e organi, attraverso lo sviluppo di procedure congiunte con Europa, Italia e Regioni italiane, favorendo, altresì, una maggiore integrazione di San Marino nella rete internazionale della donazione.
- _ Supportare il sistema sanitario e socio-sanitario attraverso lo sviluppo di documenti di programmazione (Indirizzi generali, Piano sanitario e Linee d'indirizzo per l'ISS)
- _ Consolidare la relazione funzionale con l'Istituto per la Sicurezza Sociale, al fine di allineare in continuo la gestione delle prestazioni erogate dall'ISS con le politiche sanitarie e sociali sviluppate dall'Esecutivo con il supporto dell'Authority.
- _ Supportare il sistema socio-educativo per la prima infanzia attraverso lo sviluppo di documenti di programmazione che definiscano, in particolare, i bisogni educativi dei bambini e le esigenze sociali delle famiglie e un'adeguata risposta alla domanda di servizi attraverso il sistema di accreditamento istituzionale.
- _ Potenziare, in collaborazione con l'ISS, il sistema informativo sui principali determinanti di salute della comunità, al fine di fornire informazioni puntuali ed in continuo non solo sulle malattie (es. registri di patologia), ma anche su tutto ciò che influisce sulla salute e sul benessere della popolazione (es. analisi del bisogno

e dell'offerta di servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi, valutazione delle performance).

- _ Fornire un supporto nell'ambito della comunicazione, informazione e formazione su tematiche sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative.
- _ Garantire la formazione permanente del personale sanitario attraverso la strutturazione di un sistema di educazione continua in medicina (ECM).
- _ Consolidare i rapporti di San Marino con Italia e Regioni ed Europa in ambito sanitario, socio-sanitario e socio-educativo, nell'ottica di costruire una rete "allargata" di servizi che si occupano di salute della persona.
- _ Nell'ambito dell'accordo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "Producing health and development. Strategic platform for small population countries", facilitare il ruolo di leader di San Marino nell'operatività della piattaforma strategica per paesi con popolazioni di piccole dimensioni con l'obiettivo di promuovere la salute e ridurre le iniquità e diventare Centro Collaboratore dell'OMS.
- _ Rafforzare la collaborazione con l'Università, adottando regole condivise per il riconoscimento e la valutazione dei percorsi formativi delle professioni sanitarie, e adottando programmi congiunti di ricerca, sperimentazione e attività didattiche finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di salute e di sistema previsti nei documenti di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

Per raggiungere gli obiettivi prefissati, che risultano essere sempre più complessi ed eterogenei e richiedono al contempo flessibilità ed autonomia, è necessario che l'Authority, UO extradipartimentale della Pubblica Amministrazione, venga necessariamente riorganizzata e rafforzata.

Si ritiene quindi necessario un adeguamento dell'organico con figure qualificate che consenta, in particolare, di garantire un controllo puntuale delle attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative operanti in territorio sammarinese, sviluppare modalità strutturate di pianificazione, programmazione e valutazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi, strutturare e gestire strumenti fondamentali quali il sistema informativo e un sistema per la formazione continua in medicina, dare continuità alle azioni nazionali ed internazionali intraprese negli ultimi anni. Risulta essere utile anche l'istituzione di uno specifico capitolo dell'Authority per gestire direttamente gli accordi e le convenzioni anche con qualificati Enti italiani, in quanto strategiche per il funzionamento stesso dell'Authority.

La ridefinizione dell'Authority con il potenziamento di alcuni settori e un apposito capitolo per gli accordi favoriranno sicuramente il processo di riconoscimento dell'Authority a livello Europeo, in discussione con gli organismi dell'OMS, del Consiglio d'Europa e dell'Unione Europea. Tale processo potrà favorire, in ambito sanitario, una maggior facilità di scambi che possono avere anche positivi riflessi economici.

3.2 L'Istituto per la Sicurezza Sociale (ISS) e l'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari

L'ISS, fondamentale istituzione che dal 1955 garantisce alla popolazione sammarinese un complesso sistema di welfare, dal 2004 ha avviato una sostanziale e profonda riorganizzazione che, tuttavia, necessita di una continua rivisitazione, soprattutto alla luce dei continui cambiamenti demografici, sociali ed economici che sono strettamente correlati allo stato di salute della popolazione.

L'Atto Organizzativo dell'ISS del 2010, definisce finalità e organizzazione dell'ISS.

La finalità dell'ISS è “essere e rappresentare per i cittadini della Repubblica di San Marino l'istituzione della comunità capace di promuovere, mantenere e sviluppare lo stato di benessere sociale e di salute della popolazione, mediante un sistema trasparente di previdenza, di prevenzione primaria e secondaria delle malattie, di cure primarie, di assistenza ambulatoriale specialistica, di assistenza ospedaliera a diversa graduazione di intensità delle cure, di cure residenziali e domiciliari e di assistenza socio-sanitaria”.

L'organizzazione dell'ISS, che “si fonda sulla interconnessione delle sue componenti, al fine di costituire un processo socio-sanitario globale intorno alle esigenze del cittadino”, prevede una direzione strategica (Comitato Esecutivo dell'ISS supportato dal Collegio di Direzione, Amministrazione e Servizi di Staff) e 3 macro-dipartimenti assistenziali suddivisi per area (Prevenzione, Territorio ed Ospedale).

3.2.1 Prevenzione

La prevenzione e la promozione della salute, elementi fondamentali per la tutela della salute della collettività, richiedono un approccio multidimensionale, interdisciplinare e multiprofessionale ed una forte integrazione funzionale tra i Servizi che si occupano di promozione, prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.

A San Marino tale integrazione risulta strategica in quanto gli attori che si occupano di prevenzione sono molteplici e collocati in differenti Dipartimenti ed Enti.

Sicuramente l'ISS ha un ruolo centrale e svolge le proprie attività per alcuni aspetti della prevenzione primaria (es. sicurezza alimentare, tutela ambientale, sicurezza e igiene nei luoghi di lavoro) attraverso il Dipartimento di Prevenzione, mentre le Unità Organizzative delle Cure Primarie e il Centro Salute Donna afferenti al Dipartimento Socio-Sanitario e le Unità Organizzative del Dipartimento Ospedaliero (diagnostica, ginecologia, pediatria, medicina interna, cardiologia, dietologia, ecc...) svolgono attività di prevenzione primaria e secondaria (attività di promozione della salute e screening).

Altri attori che hanno un importante ruolo nella promozione della salute e nella prevenzione sono Authority sanitaria, Dipartimento Istruzione, Scuole, Uffici Afferenti al Dipartimento del Territorio, gruppi specifici e tavoli tecnici costituiti ad hoc (tavolo educazione alla salute, gruppo tecnico Kyoto, gruppo strade sicure, EXPO' 2015). E' necessario, inoltre, che vi sia il supporto ed il coinvolgimento anche delle Giunte di Castello e delle associazioni di volontariato.

Al fine di agire sui molteplici fattori (stili di vita, inquinamento e sicurezza nei luoghi di lavoro) e a diversi livelli (prevenzione primaria, secondaria e terziaria) è necessario che vengano quindi definiti specifici programmi integrati e l'adozione di percorsi assistenziali trasversali, focalizzati alla presa in carico globale dei problemi sanitari delle collettività, indicati negli obiettivi di salute come la sicurezza alimentare, la prevenzione primaria (stili di vita) e secondaria (screening) delle malattie cronico degenerative, la sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, il rapporto tra ambiente e salute, la gestione delle emergenze di sanità pubblica.

Inoltre, al fine di integrare maggiormente gli interventi di promozione della salute e prevenzione delle malattie, sarà necessario ripensare all'intera riorganizzazione dei Servizi dell'ISS e della Pubblica Amministrazione che svolgono funzioni di prevenzione.

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione, strutturato secondo quanto previsto dal Piano 2006-2008, è preposto a contribuire alle funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica svolgendo attività di tutela della collettività dai rischi negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti degli inquinanti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria; tutela igienico sanitaria degli alimenti. Il Dipartimento di Prevenzione, nell'ottica di garantire prestazioni di qualità riconosciute secondo standard internazionali, ha ottenuto la certificazione ISO 9000 ed l'accreditamento del proprio Laboratorio secondo le norme UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2005 "Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e di taratura".

Allo stato attuale il Dipartimento è articolato in 2 Unità organizzative complesse:

U.O.C. SANITÀ PUBBLICA

U.O.S. Laboratorio di Sanità Pubblica

U.O.S. Sanità Veterinaria e Igiene Alimentare

U.O.S. Tutela dell'Ambiente Naturale e Costruito

M.F. Agenti Biologici Ambientali

U.O.C. SICUREZZA SUL LAVORO

U.O.S. Medicina e Igiene del Lavoro

U.O.S. Sicurezza Antinfortunistica nei Luoghi di Lavoro

Il Dipartimento di Prevenzione, in quanto struttura tecnica d'elezione per la realizzazione dei programmi di Sanità Pubblica previsti dal Piano Sanitario e Socio-Sanitario, risulta essere uno dei principali attori nell'ambito della prevenzione e andrà rafforzato, anche se andranno riviste le modalità operative in funzione dell'attuazione della riforma complessiva della Pubblica Amministrazione.

GLI ALTRI ATTORI DELLA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Servizi dell'ISS: in questo contesto si fa riferimento esclusivamente ai servizi di vaccinazione e screening, evidenziando che la prevenzione e la promozione della salute deve essere attuata in ogni servizio dell'ISS:

- *Servizio vaccinazioni ISS:* affidato attualmente al Servizio vaccinazioni della Direzione UOC Cure Primarie e Medicina Territoriale, come previsto dalla L. 25 maggio 1995 n.69 – art. 2, dovrà essere maggiormente articolato nei servizi di assistenza e cura specifici, come ad esempio la UOC Pediatria per la gestione delle vaccinazioni dei bambini. E' quindi necessario superare i vincoli normativi ed

assicurare le risorse necessarie per una gestione più mirata per target di popolazione.

- *Servizio Screening ISS*: gli screening sono attualmente gestiti singolarmente dai servizi ISS coinvolti nella gestione della patologia e con il supporto dei servizi di diagnostica. Si dovrà assicurare, nel prossimo triennio, un'unitarietà organizzativa e gestionale anche attraverso l'utilizzo della piattaforma informativa centralizzata.

L' Authority, in ambito di promozione e prevenzione alla salute, dovrà continuare a coordinare e gestire i sistemi di sorveglianza e fornire il proprio supporto in modo trasversale ai vari livelli di promozione e prevenzione (pianificazione e programmazione, partecipazione a gruppi e tavoli tecnici specifici, campagne informative, ecc...).

I tavoli ed gruppi tecnici, come già evidenziato, assumono un ruolo strategico, in quanto integrano competenze multisettoriali e multidisciplinari e sviluppano proposte principalmente indirizzate alla promozione e prevenzione delle malattie. E' quindi necessario assicurare l'operatività dei seguenti gruppi e tavoli tecnici:

- Tavolo multidisciplinare ed intersettoriale per la programmazione e il coordinamento degli interventi di promozione ed educazione alla salute nelle scuole, istituito con delibera n. 26 del 4 giugno 2013)

Il Tavolo, composto da membri del settore sanità e del settore educazione, svolge le seguenti funzioni:

- ricognizione delle attività di promozione ed educazione alla salute attualmente svolte nelle scuole;
- individuazione dei bisogni, con definizione delle priorità, e predisposizione di un efficiente piano operativo unitario per tutte le iniziative e le proposte relative alla promozione ed educazione alla salute in ambito scolastico, compatibile con la programmazione socio-sanitaria nazionale e con i programmi didattici delle scuole;
- valutazione della coerenza delle proposte educative provenienti da agenzie extrascolastiche con le finalità individuate;
- proposizione di momenti formativi/informativi per gli operatori della scuola e della sanità, genitori, associazioni e comunità su tali tematiche;
- coordinamento sulle iniziative intraprese e sullo sviluppo di specifiche aree tematiche (gruppi di lavoro);
- strutturazione di un sistema di monitoraggio ed indicatori per la valutazione dell'efficacia degli interventi messi in essere;

- collaborazione con l'Osservatorio Permanente sulla condizione Giovanile nella Repubblica di San Marino.

- Gruppo di lavoro per la sicurezza stradale (istituito con Decreto 81/2008 "Codice della Strada", modificato con D.D. 58/2009)

Il Gruppo di lavoro istituito ad hoc dal Codice della strada (D.D. 81/2008), che coinvolge il Dipartimento del Territorio, l'Azienda Autonoma di Stato di Produzione, i Dirigenti dell'Ufficio Progettazione, dell'Ufficio Registro Automezzi, dell'Ufficio Urbanistica e i Comandanti delle Forze di Polizia, ha il compito di curare l'istruzione delle richieste di installazione delle opere e dei dispositivi più opportuni alla moderazione e regolamentazione del traffico, attivandosi non solo di propria iniziativa o su sollecitazione del Governo, ma anche su proposta delle amministrazioni locali, che raccolgono le istanze dei cittadini, e sulla base di progetti di iniziativa pubblica e privata convenzionata. Il Gruppo ha inoltre la competenza di svolgere funzioni consultive, propositive e formative per quanto riguarda il tema della sicurezza stradale e della circolazione stradale in generale. Può essere integrato da membri dell'Authority sanitaria e da rappresentanti degli insegnanti per i programmi di educazione stradale nelle scuole.

- Gruppo di lavoro tecnico su adesione ai protocolli di Kyoto e Montreal e sul cambiamento climatico (Delibere di Congresso n.46/2007, 66/2008 e 41/2009)

Il Gruppo di lavoro è stato costituito in quanto gli effetti del cambiamento climatico incidono su molti aspetti della vita del Paese e dei cittadini, inclusa l'economia, l'agricoltura, la salute e la necessità di adottare politiche e misure di adattamento al mutarsi delle condizioni ambientali. E' stata inoltre ravvisata la necessità di affrontare le problematiche ambientali tramite soluzioni anche di lungo periodo che pongano l'accento sugli aspetti educativi e culturali, in modo da accrescere la sensibilità della cittadinanza e soprattutto delle fasce più giovani alla questione climatica. Il Gruppo di Lavoro ha i seguenti compiti:

- effettuare valutazioni sull'adesione a convenzioni e trattati internazionali;
- fornire di conseguenza al Congresso di Stato strumenti e pareri scientificamente accreditati;
- mantenere i contatti con gli organismi internazionali che operano nell'ambito del cambiamento climatico;
- preparare i rapporti ai sensi delle convenzioni sottoscritte dalla Repubblica San Marino.

Le giunte, espressione delle comunità locali e quindi vicine al cittadino, e *le associazioni di volontariato*, portatori di specifiche esigenze e necessità di salute, possono concretamente fornire un supporto in tutti gli ambiti di prevenzione, proponendo iniziative e proposte che, integrate alle iniziative istituzionali possano fornire un prezioso supporto per il raggiungimento degli obiettivi di promozione della salute e prevenzione.

E' necessario attivare "programmi di prevenzione" quale strumento funzionale per integrare le varie iniziative di promozione della salute e della prevenzione che vedano la partecipazione di tutti gli attori coinvolti.

3.2.2 Cure Primarie e Servizi socio-sanitari

In un contesto demografico e sociale in continua mutazione e che impone risposte adeguate a problemi complessi quali l'invecchiamento progressivo della popolazione, la "cronicità" e la non autosufficienza e più in generale la "fragilità" della società in una fase di crisi economica e sociale dove anche identità, famiglia e reti sociali sono messe a dura prova, le cure primarie ed i servizi socio-sanitari, inseriti nel Dipartimento Socio-sanitario nell'ultima riforma dell'ISS, sono un importante punto di riferimento di tutta l'assistenza territoriale.

Il Dipartimento socio-sanitario, attualmente, è così articolato:

UOC CURE PRIMARIE E SALUTE TERRITORIALE

UOS Centro Salute Murata

UOS Centro Salute Borgo M.

UOS Centro Salute Serravalle

UOS SALUTE DONNA

UOC SERVIZIO SALUTE MENTALE

UOS Servizi Residenziali

UOS Servizi Ambulatoriali

UOS Dipendenze Patologiche

UOC SERVIZIO MINORI

UOS Tutela Minori

UOC ASSISTENZA RESIDENZIALE ANZIANI

UOC SERVIZIO TERRITORIALE DOMICILIARE

UOSD DISABILITA' E ASSISTENZA RESIDENZIALE

Il Dipartimento, nella sua complessa ed articolata strutturazione, assume quindi un ruolo strategico in quanto rappresenta da un lato, il primo accesso del cittadino al servizio sanitario e socio-sanitario sammarinese ed il punto d'incontro tra domanda di salute ed offerta di una gamma di servizi di promozione della salute e prevenzione, di diagnosi e cura ed assistenza integrata, dall'altro assicura la presa in carico delle "fragilità" di persone con problemi di disagio o disabilità che condizionano lo stato di salute e sono a rischio di emarginazione e per le quali è necessaria una forte integrazione fra servizi sanitari e sociali ed il dialogo continuo con scuola, lavoro e ambiente di vita.

E' quindi necessario, in continuità con il precedente Piano, potenziare ulteriormente ed "innovare" le Cure primarie, sviluppando i Centri per la Salute secondo le logiche della medicina d'iniziativa e del "chronic care model". Solo intervenendo in maniera proattiva prima dell'insorgere della malattia, ed avendo un approccio "sistemico" alle malattie croniche, sarà possibile ridurre l'utilizzo improprio dell'ospedale e garantire un'appropriata continuità terapeutica ed assistenziale per i cittadini. Nell'ambito della riorganizzazione delle cure primarie si dovrà tenere conto del ruolo della Pediatria nella presa in carico del bambino nel territorio e dell'evoluzione del Centro Salute Donna, che dovrebbe configurarsi anche come Consultorio familiare.

Si dovrà altresì sviluppare ulteriormente l'assistenza al domicilio, attivando, in sinergia con il Servizio Domiciliare Territoriale, l'Assistenza Domiciliare Integrata, in continuità con la proposta del precedente Piano.

In riferimento ai Servizi socio-sanitari, che rappresentano ancora oggi un importantissimo valore aggiunto all'interno dell'ISS, è necessario attuare un'attenta e graduale riorganizzazione che, anche a fronte di importanti mutamenti demografici, sociali ed economici, sappia fornire risposte sempre più adeguate a problemi che non investono solo la sfera sanitaria ma anche quella assistenziale e sociale.

CURE PRIMARIE E CENTRI PER LA SALUTE

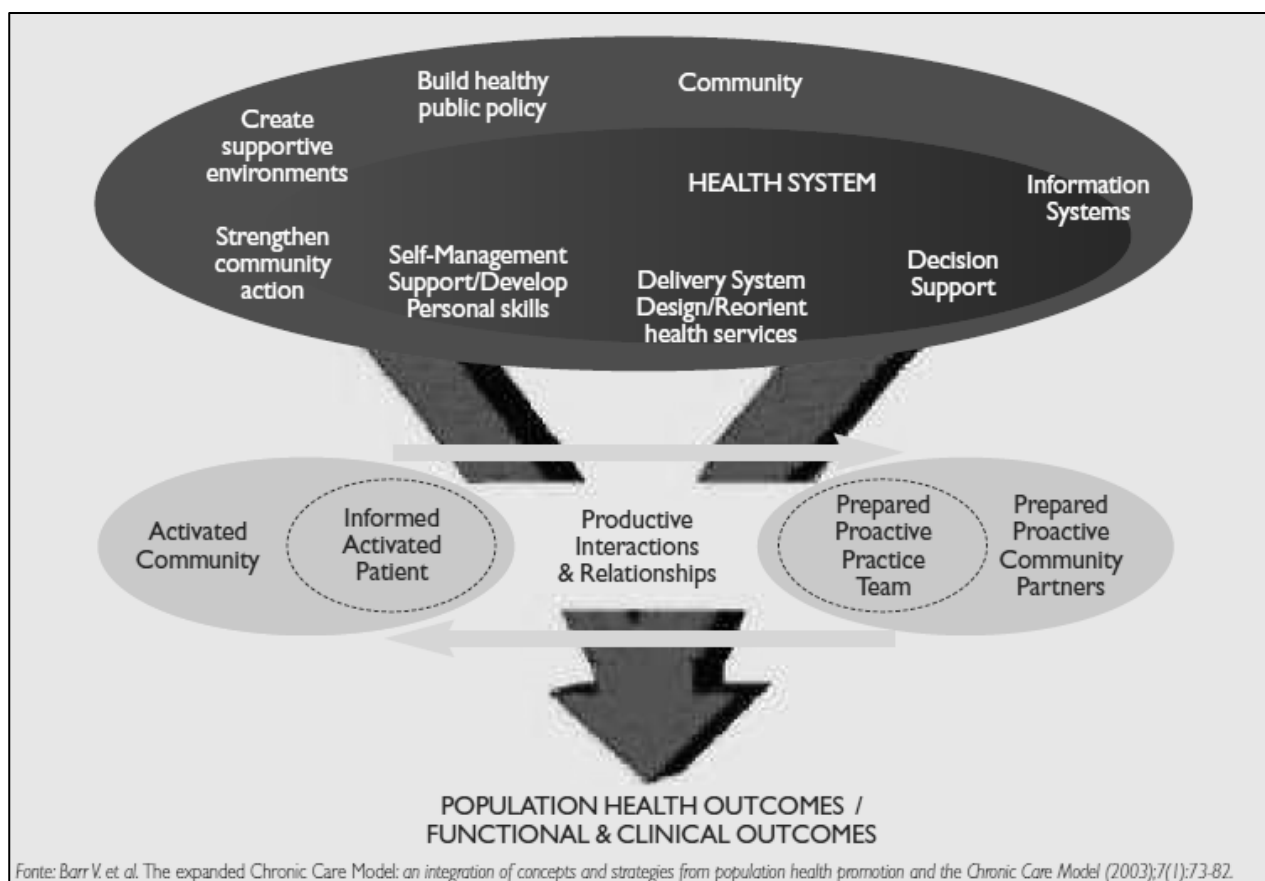
In riferimento alle indicazioni del Piano 2006-2008, che affidava alle cure primarie un ruolo centrale nel sistema, in quanto in stretta correlazione al contesto di vita del cittadino ed in grado di offrire una prima risposta, qualificata ed integrata, ai problemi di salute, sono stati istituiti i **"Centri per la Salute"**, articolazioni delle cure primarie a forte integrazione con l'attività ospedaliera e con l'attività sociale, con lo scopo di presidiare, in particolare, i seguenti aspetti:

- Attività ambulatoriale (Accesso)

- Attività diagnostica e di trattamento
- Attività assistenziale
- Gestione proattiva delle patologie croniche (es. diabete mellito di tipo 2)
- Educazione sanitaria, informazione e prevenzione
- Invio allo specialista (percorsi, tempi di attesa)
- Cure domiciliari con particolare attenzione all'integrazione sanitaria e socio-assistenziale (Assistenza domiciliare integrata - ADI).

Per il prossimo triennio, in continuità con il precedente Piano, dovrà essere sviluppata la “sanità d’iniziativa” o proattiva, che – integrata con la “medicina d’attesa”, che è invece “disegnata” sulle malattie acute – sia in grado di dare risposte adeguate alle patologie croniche che assumono una maggiore rilevanza a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e richiedono un differente approccio assistenziale. La medicina d’iniziativa può dare una risposta ai bisogni di salute prima dell’insorgere della malattia e di gestire la malattia stessa in modotale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

Il modello di riferimento che più si adatta per implementare la sanità d’iniziativa è quello dell’ Extended Chronic Care Model (vedi figura), che prevede la gestione proattiva dei pazienti affetti da patologie croniche, o a rischio, sulla base di percorsi assistenziali predefiniti, nonché l’adozione di iniziative di prevenzione primaria e la promozione di corretti stili di vita nei confronti di tutti i propri assistiti, integrando quindi il Chronic Care Model (CCM) con aspetti di sanità pubblica, in un’ottica di cure primarie orientate non solo al paziente ma anche alla comunità.



Per l'applicazione del modello proposto è necessario che vengano assicurati i seguenti aspetti:

- 1) Risorse e strategie della comunità. A livello di Comunità è necessario sviluppare politiche che migliorino la salute della popolazione (*build health public policy*); creare ambienti di sostegno (*create supportive environments*) in grado di generare condizioni di vita e lavoro che siano sicure, stimolanti, soddisfacenti e piacevoli; rafforzare le azioni di comunità (*strengthen community actions*) lavorando anche con i gruppi della comunità (es. associazioni di volontariato) per stabilire le priorità e raggiungere obiettivi che aumentino la salute della comunità stessa.
- 2) Valutazione dei bisogni della comunità. E' fondamentale l'elaborazione del profilo di salute della comunità, ponendo attenzione anche ai determinanti di salute "distali" (es. condizioni socio-economiche che sono alla base delle crescenti disuguaglianze nella salute) e "prossimali" (es. utilizzo dei servizi) nei portatori di malattie croniche. Si devono poi identificare i gruppi di popolazione/aree a rischio.

- 3) Copertura sanitaria universale e accesso gratuito e facilitato alle cure (es. tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti anche attraverso telefono o via e-mail).
- 4) Propensione agli interventi di promozione della salute e prevenzione delle malattie.
- 5) Supporto all'auto-cura (Self management support). Nelle malattie croniche il paziente deve diventare protagonista attivo dei processi assistenziali. La gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione – la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, fornendo gli strumenti necessari e valutando regolarmente risultati ed eventuali criticità.
- 6) Ridisegnare il sistema di offerta, riorientando i servizi (Delivery system design/Reorient health services). La struttura del team assistenziale (medici di base, infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, educatori, ecc..) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team. Diventa altresì fondamentale il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza tra i differenti livelli organizzativi, (es. tra ospedale e territorio).
- 7) Supporto alle decisioni (Decision support). L'adozione di linee-guida basate su evidenze scientifiche e l'utilizzo di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) condivisi con i medici specialisti di riferimento, consentono di definire standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici.
- 8) Sistema informativo (Information system). E' necessario dotarsi di un sistema informativo computerizzato, in grado di assolvere alle seguenti funzioni:
 - essere un sistema di allerta che supporti il team ad attenersi alle linee-guida,
 - fornire un feed-back per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche,
 - gestire i registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based". I registri di patologia – una

delle caratteristiche centrali del chronic care model – sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico al team di cure primarie.

L'obiettivo finale consiste nel “preparare” un paziente ed una comunità informati e attivi che interagiscono con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.

Per quanto riguarda la presa in carico del bambino, la gestione sul territorio e in ospedale è affidata alla **UOC di Pediatria**, configurando in tale scelta una concreta integrazione e continuità assistenziale. L'UOC di Pediatria assicura quindi l'assistenza pediatrica di base ed è finalizzata a promuovere il concetto di salute e di prevenzione nella fascia pediatrica e a realizzare un approccio unitario e programmato, capace di promuovere e facilitare la crescita sana fisica e psichica del bambino, anche attraverso un sostegno ai genitori e agli operatori delle istituzioni educative, per ricercare insieme a loro soluzioni ai problemi ed evitare che si trasformino in patologie.

L'UOC di Pediatria, gestendo anche l'attività ospedaliera, assicura l'integrazione fra territorio ed ospedale, centralizzando all'interno dell'ospedale tutte le attività territoriali, ospedaliere e specialistiche. Ha inoltre importanti relazioni funzionali continuative con i servizi ospedalieri, socio-sanitari e territoriali, (Ostetricia e Ginecologia, Servizio Minori, Tutela minori, Neuropsichiatria Infantile, Centro Salute Donna, ecc...), disegnando interfacce prestabilite che esaltino il contributo multiprofessionale, per qualificare ulteriormente l'assistenza pediatrica ai bambini con disabilità, patologie croniche e a rischio psico-sociale, anche alcuni percorsi richiedono un'ulteriore implementazione sia nell'attuazione che nella verifica.

Nella riorganizzazione delle Cure primarie è quindi necessario definire il ruolo della Pediatria nella gestione del bambino, ricercando soluzioni organizzative adeguate per la gestione dell'assistenza pediatrica di base anche nei Centri della Salute.

L'evoluzione del “**Centro Salute Donna**” che dovrà configurarsi, sempre più, come Consultorio familiare, consentirebbe di garantire le cure primarie nell'area della salute sessuale e psicologica della donna, dei minori, delle coppie e delle famiglie, con equipe multidisciplinari (ostetrica, ginecologo, andrologo, psicologo, assistenti sanitari e sociale, neuropsichiatra, logopedista, educatori professionali e pediatri).

Nell'offerta complessiva delle cure primarie è necessario assicurare **l'assistenza domiciliare** che, in sinergia con il Servizio Domiciliare Territoriale, dovrà essere calibrata sui bisogni delle persone “fragili” che necessitano di assistenza al domicilio ed attivata sulla base di regole e criteri di appropriatezza predefiniti, differenziando

modalità di presa in carico che vanno dagli interventi al domicilio degli infermieri fino all'assistenza domiciliare integrata (ADI).

L'**ADI** consiste nell'insieme coordinato e continuativo di prestazioni mediche, infermieristiche, specialistiche, riabilitative e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio del paziente che si trova in condizioni di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, secondo un piano di assistenza personalizzato predisposto dai professionisti coinvolti (medico, infermiere, specialista, assistente sociale, ecc.) in accordo con la persona e/o i suoi familiari.

L'Assistenza domiciliare integrata viene erogata secondo 3 livelli di intensità assistenziale crescente in base alla complessità clinica, alla gravità della patologia, alle necessità di dotazione e utilizzo di materiali, presidi, farmaci e attrezzature, come già indicato nel Piano 2006-2008 e sintetizzati di seguito:

- I° LIVELLO ASSISTENZIALE. Riguarda il paziente che necessita di continuità assistenziale di tipo medico (accessi programmati del Medico di Base o del Pediatra), anche per lunghi periodi, e di tipo infermieristico (interventi domiciliari programmati e periodici). Esempi di problematiche trattate a questo livello sono l'incontinenza urinaria permanente, l'alterazione elettrolitica, la disidratazione, la prevenzione delle piaghe da decubito, la compromissione psico-organica cronica.
- II° LIVELLO ASSISTENZIALE. E' rivolto al paziente che necessita di una maggiore continuità assistenziale medico-infermieristica, in stretta integrazione multi-professionale. La consulenza specialistica è spesso parte integrante del piano terapeutico. Al livello II vengono in genere trattati tutti gli assistiti in ADI I con patologia acuta in atto, malattie tumorali, piaghe da decubito di grado 1 e 2, persone affette da patologie polmonari cronico-ostruttive.
- III° LIVELLO ASSISTENZIALE. Viene indirizzato verso pazienti per i quali è necessario un intervento coordinato ed intensivo di tipo medico, infermieristico e di altre figure professionali, garantendo la pronta disponibilità diurna medica e infermieristica. Nella maggioranza dei casi la consulenza specialistica è una componente essenziale a causa della complessità del caso. A questo livello gli interventi sono in genere rivolti a patologie oncologiche terminali; piaghe da decubito diffuse e profonde - stadio 3 e 4; gravi insufficienze e scompensi, quali insufficienza cardiaca congestizia, insufficienza renale, insufficienza ventilatoria; sindromi neurologiche gravi e invalidanti.

Se il paziente è ricoverato, la presa in carico a domicilio rientra nel protocollo della **dimissione protetta**. In questo caso, il paziente deve essere preso in carico dall'équipe multidimensionale costituita dal Medico di Base o Pediatra, quale responsabile terapeutico, dallo specialista ospedaliero e dal coordinatore infermieristico, con il coinvolgimento di altre figure professionali della rete dei servizi territoriali.

SERVIZI SOCIO-SANITARI

Il servizio Socio Sanitario istituito con la Legge 3 maggio 1977 n.21, è nato con lo scopo di occuparsi dell'aspetto sanitario, psicologico e sociale delle persone nelle varie età della vita, attraverso il pieno riconoscimento del valore della persona umana.

Tale finalità si esplica tenendo conto degli obiettivi di solidarietà e integrazione sociale, nonché nel riconoscimento e nella valorizzazione delle reti comunitarie e di tutte le risorse presenti nel territorio.

I contenuti del Servizio Socio Sanitario, sono dati dall'esigenza di rispondere ai bisogni di tutela della salute nella sua più ampia accezione di benessere psicologico e sociale in una prospettiva di diagnosi precoce, di intervento terapeutico, riabilitativo, assistenziale e nello stesso tempo preventivo del disagio.

Il servizio Socio-Sanitario prevede forme di partecipazione dei cittadini (famiglie, volontariato, ecc...) alla programmazione e gestione dei Servizi, per un attento ascolto di un'ampia gamma di bisogni provenienti dal nostro tessuto sociale. Il superamento della istituzionalizzazione e dell'assistenzialismo, attraverso l'impegno per una cultura dell'inclusione e interventi riconducibili al "prendersi cura" della persona mediante un approccio globale e multidisciplinare dei vari movimenti della prevenzione, cura, della riabilitazione e dell'assistenza spostando l'attenzione dal solo individuo al contesto al quale appartiene all'interno di un più ampio sistema comunicativo circolare.

Dal momento della sua istituzione ad oggi, il Servizio Socio-Sanitario ha cercato di dare risposte sempre più specifiche e specialistiche che hanno richiesto scelte politiche e strategiche d'intervento capaci, da una parte, di riaggiornare gli impianti dei servizi e, dall'altra, di mettere in campo nuove opportunità in risposta ad un'ampia gamma di bisogni di protezione sociale, di tutela della persona.

Prevenzione del disagio, centralità della persona, presa in carico della persona nella sua globalità, sono obiettivi che più che mai richiamano ad una responsabilità di interventi riparativi del disagio e delle difficoltà (tutela e assistenza), ma anche di

rimozione delle cause e soprattutto di ricerca e individualizzazione di inclusione attiva delle persone nella società valorizzandone capacità e risorse.

Tutti i cittadini, nella società odierna, possono incontrare difficoltà che richiedono assistenza, sostegno e tutela e l'esposizione al rischio di esclusione sociale può coinvolgere anche persone che hanno una condizione di vita normale.

Un sistema attento sa dare aiuto alla normalità della vita delle persone e prestazioni di tipo universalistico, individuando però priorità d'accesso per i soggetti più deboli.

E' quindi più che mai necessario valorizzare e riadattare i servizi socio-sanitari alle nuove esigenze, pur mantenendo saldi i principi della loro istituzione.

In una logica complessiva di ripensamento dei servizi socio-sanitari, è necessario, identificare le seguenti priorità per singola Unità Organizzativa:

- UOC Salute Mentale

Il Servizio di Salute Mentale dovrà continuare a garantire l'assistenza alle persone con problemi psichici e di dipendenza patologica, come già indicato nei capitoli specifici su tali problematiche, prevedendo anche una riorganizzazione che consenta di creare un continuum fra i servizi che si occupano di salute mentale a partire dai bambini. Nell'ambito della UOC, la UOS Dipendenze Patologiche agisce su più fronti: offre le cure appropriate ai soggetti affetti dalle diverse forme di "addiction", collabora con la Giustizia per il contenimento e la risoluzione delle situazioni di conflitto, connette e di fatto coordina le diverse Agenzie che si trovano ad occuparsi di dipendenze, sensibilizza e previene le dipendenze attivandosi con le famiglie ed il mondo educativo, veicola cultura e competenza in materia di Dipendenze nel sociale, supporta i Decisori ed i Policy-maker nell'assumere le decisioni in materia. Una serie di funzioni imprescindibili per una Comunità evoluta che solo un presidio solido ed efficiente può garantire. Un'azione di governo forte e coordinata tra i vari Dicasteri interessati è necessaria e possibile se può avere a disposizione un Servizio forte. E' ineludibile, quindi, prevedere un rafforzamento delle risorse professionali a disposizione per l'intervento di contrasto alle dipendenze e più in generale dei disturbi mentali.

- Servizio Minori

Il Servizio dovrà porre l'attenzione sulla presa in carico precoce del disabile attraverso una definizione personalizzata dell'intervento riabilitativo, educativo, assistenziale, nonché sulla collaborazione fra Scuola e Servizio Minori in riferimento all'inclusione del minore disabile nel contesto sociale.

La UOC Servizio Minori dovrà dare completa attuazione alla Legge 9 settembre 2014 n.° 142 con la redazione delle diagnosi e dei progetti riabilitativi e di inclusione, nonché accompagnare ciascuno minore nel proprio percorso di sviluppo e di crescita, anche attraverso il completamento del miglior percorso scolastico.

La UOC Servizio Minori si dovrà fare carico, attraverso la UOS Tutela Minori, delle situazioni di minori in stato di abbandono, di violenza presentate dalle famiglie e in ogni altra condizione anche su segnalazione del Tribunale.

- Servizio Anziani

Il Servizio attualmente garantisce l'assistenza agli anziani attraverso la "Casa di Riposo" dell'ISS e l'accordo con Il Casale La Fiorina – RSA/Casa Protetta accreditata in territorio. E' necessario garantire l'unitarietà dell'offerta strutturando un vero e proprio nucleo di valutazione multidimensionale che preveda il ruolo fondamentale del geriatra.

- Servizio Domiciliare Territoriale

E' necessario continuare a garantire un'appropriata assistenza domiciliare che preveda una gestione globale dell'assistito al domicilio, con il coinvolgimento del Servizio Domiciliare Territoriale in collaborazione con la Medicina di Base, con i servizi ospedalieri e con quei servizi interessati per le specifiche tipologie degli utenti (Servizio Minori, Servizio Salute Mentale, Servizio Anziani, Servizi di Riabilitazione). In particolare è necessario proseguire la collaborazione con altre Unità organizzative complesse ISS per l'assistenza domiciliare integrata e dimissione protetta e predisporre un sistema di classificazione per la non autosufficienza coerente con altre modalità di classificazione riconosciute a livello internazionale.

- UOSD Disabilità e Assistenza Residenziale (Colore del Grano)

Dal 2010 il Servizio per la disabilità si configura come una Unità Organizzativa Semplice Dipartimentale, non dipendente ad alcuna U.O.C. e dotata di autonomia gestionale, ovvero con attribuzione di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie.

La presa in carico dell'utente comporta l'implementazione del progetto educativo individuale e del progetto di vita in collaborazione con le associazioni e realtà del territorio e la presa in carico familiare a cui si offre un supporto organizzativo, gestionale e psicologico/psicoterapico sistemico-familiare.

Per gli utenti inseriti sul territorio, la presa in carico dell'utente comporta anche l'accompagnamento nel percorso di formazione-lavoro e la gestione degli aspetti strettamente lavorativi.

Nel prossimo triennio si ritiene opportuno sviluppare un progetto per l'integrazione delle persone con bisogni speciali.

3.2.3 Cure intermedie

Le cure intermedie, in una sua accezione più estensiva e riprendendo i concetti del precedente Piano sanitario e socio-sanitario, rappresentano una gamma di servizi integrati che assicurano l'assistenza a pazienti affetti da problemi clinico-assistenziali non completamente stabilizzati, che da una parte richiedono una competente e continua sorveglianza medica ed un'assistenza infermieristica non erogabile a livello extraospedaliero e che dall'altra parte non giustificano un'assistenza di cure per acuti in ambito ospedaliero. Le cure intermedie costituiscono quindi, anche in una logica complessiva di intensità di cura, un importante "ponte" fra ospedale, struttura per curare le condizioni acute e gravi, ed il territorio, dove devono essere assicurate le cure primarie ed i servizi socio-sanitari. Nella logica di attivare una rete completa nel processo di cura, le cure intermedie si rendono quindi indispensabili per preparare il paziente dimesso dall'ospedale al ritorno al proprio domicilio, ma servono anche per trattare casi domiciliari che, non richiedendo un'alta intensità assistenziale, necessitano tuttavia di un ambiente di cura protetto.

Le cure intermedie devono essere pertanto intese come un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari, che hanno l'obiettivo primario di favorire il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente il più possibile "vicino" al proprio domicilio. Inevitabilmente tali servizi dovranno essere erogati sulla base di una valutazione multidimensionale del paziente ed attraverso un piano integrato e individualizzato di cura.

Considerato che le cure intermedie si occupano di pazienti complessi e non autosufficienti o in alternativa al ricovero ospedaliero, o come completamento di un percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo iniziato in ospedale, possono essere considerati servizi di cure intermedie le lungodegenze, i ricoveri temporanei in strutture di riabilitazione o in residenze sanitarie assistenziali, l'assistenza di pazienti che in altre realtà vengono affidati agli hospice o a centri di riabilitazione intensiva ed estensiva, centri diurni. Riprendendo sempre il Piano precedente, possono quindi

essere considerate cure intermedie anche la riabilitazione, intensiva ed estensiva, e la lungodegenza che possono essere svolte in aree dedicate dell'ospedale.

In linea con quanto previsto dal precedente Piano è quindi necessario strutturare un sistema di cure intermedie che preveda una gestione unitaria e l'attivazione di posti letto dedicati.

3.2.4 Ospedale

Il Dipartimento Ospedaliero dell'ISS è una struttura organizzativa altamente complessa, che opera sia ai fini dell'erogazione di prestazioni sanitarie per la diagnosi e terapia di patologie acute in regime di ricovero, sia ai fini di una loro integrazione per processi di cura, che per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali specialistiche di elevata tecnologia.

Attualmente il Dipartimento è così articolato:

Area Diagnostica-Interventistica

U.O.C. Medicina Trasfusionale e Patologia Clinica

U.O.C. Radiologia

U.O.C. Pronto Soccorso e Degenza Breve

U.O.C. Anestesia e Terapia Intensiva

- U.O.S. Medicina del dolore

U.O.C. Chirurgia Generale

- G.F.P. Urologia

U.O.C. Ortopedia

U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

Area Medica e Riabilitativa

U.O.C. Medicina Interna

- U.O.S. Neurologia

- U.O.S. Oncologia

- U.O.S. Endoscopia e Gastroenterologia

- U.O.S. Dialisi

U.O.C. Cardiologia

U.O.C. Geriatria e Post-Acuzie

U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitativa

U.O.C. Pediatria

Unità organizzative afferenti direttamente al Dipartimento

U.O.S.D. Servizio Dietologico

Nel precedente Piano 2006-2008, nella riorganizzazione dell'ospedale, si identificavano quali principi, l'utilizzo appropriato del ricovero ospedaliero ed utilizzo efficiente dei posti letto; l'autosufficienza per le specialità di base, la ricerca di connessioni funzionali con centri specialistici per la casistica complessa; modelli organizzativi sempre più orientati all'integrazione dei percorsi clinico-assistenziali ospedalieri e territoriali; l'offerta di lungodegenza e lungodegenza riabilitativa. Si faceva inoltre riferimento alla necessità di sviluppare modalità di gestione assistenziale sempre più orientate da criteri di appropriatezza clinica e si evidenziava la necessità di rimodulare la degenza attraverso la ridefinizione del volume dei ricoveri ordinari al fine di perseguire l'obiettivo, a fronte di una attività ormai stabilizzata nel tempo in termini quantitativi, che porti ad un tasso occupazionale media percentuale tendenzialmente non inferiore al 75% per specialità chirurgiche, 85% per le specialità mediche, 70% per l'ostetricia. Il Piano 2006-2008 e le linee di indirizzo per la programmazione annuale dell'ISS evidenziavano infine la necessità, nella riorganizzazione ospedaliera, di tenere in considerazione i seguenti aspetti:

- l'aumento progressivo della popolazione che incide, inevitabilmente, sull'assistenza in regime di ricovero;
- la necessità di consolidare il percorso di emergenza–urgenza intra ed extraospedaliero, che risponda alle esigenze della popolazione non solo a livello di dimensionamento (quante strutture, mezzi e personale), ma anche attraverso specifici protocolli che garantiscano appropriatezza e tempestività in relazione al bisogno espresso attraverso sistemi di classificazione dei pazienti “in entrata ed in uscita” (es.: triage);
- la strutturazione di percorsi clinico-assistenziali per la gestione dei parti a rischio e per l'assistenza intensiva ai prematuri in raccordo con i centri specialistici massimi livelli di sicurezza assistenziale nell'ambito dell'assistenza al parto, al fine di continuare a garantire i massimi livelli di sicurezza assistenziale;
- la valorizzazione dell'attività di chirurgia ambulatoriale e di Day Surgery, nell'ottica di una appropriata gradualità di cura anche in ambito chirurgico.

Pur mantenendo validi i concetti ed i criteri sopra evidenziati, anche l'Ospedale deve riconfigurarsi tenendo conto del contesto sociale, demografico ed epidemiologico in

evoluzione e dei nuovi assetti che si stanno delineando sul territorio, ed essere quindi in grado di dare risposte adeguate in un processo di cambiamento reale che continui ad assicurare risultati in termini di efficacia, sicurezza, sostenibilità e soprattutto fiducia da parte dell'opinione pubblica.

L'Ospedale, infatti, non rappresenta, per la collettività sammarinese, semplicemente uno strumento di erogazione di funzioni ad alto livello professionale e tecnologico, ma viene vissuto come "importante conquista di tipo solidaristico" che, andando al di là degli obiettivi utilitaristici di efficienza, riesce ad esprimere un proprio valore etico, in termini di diritti, equità, appropriatezza e responsabilità nei confronti della comunità. Per non disperdere questo "capitale" di fiducia e permettere all'Ospedale di sostenere il suo importante ruolo si ritiene necessario affrontare il cambiamento, utilizzando come strumenti adeguati modelli organizzativi e percorsi di cura.

E' necessario che l'offerta ospedaliera sia in grado di affrontare la complessità clinica ed assistenziale nei confronti di pazienti con malattie croniche e pluripatologie e di strutturare uno stretto legame con i servizi del territorio per la gestione della dimissione e la presa in carico complessiva del cittadino nell'ambito più generale della proposta complessiva di rivisitazione dei servizi di prevenzione e territoriali. Anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera è indispensabile mettere al centro del sistema la persona, assicurando condizioni organizzative tali da rendere sistematico un approccio coerente con il principio della sanità d'iniziativa.

L'Ospedale dovrà quindi essere gradualmente sviluppato per aree funzionali a diversa intensità assistenziale e per processi e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali integrati tra le diverse competenze professionali, al fine di garantire la continuità della cura nella presa in carico globale del cittadino a seconda dei bisogni clinico-assistenziali ed una migliore risposta terapeutica alle persone affette da patologie multiple.

In prospettiva, il Dipartimento ospedaliero dovrà essere organizzato in funzione al livello di cura appropriato per singolo paziente a seguito di una valutazione dell'instabilità clinica (gravità ed evoluzione del quadro clinico delle patologie, comorbilità) e della complessità assistenziale (grado e numero di problemi, riferiti anche all'autonomia del paziente, per i quali si richiede il supporto assistenziale), secondo percorsi diagnostico-terapeutici – unici ed integrati dall'apporto di più discipline specialistiche e da più professionisti – che assicurino un'assistenza più personalizzata e appropriata. Tale approccio richiede quindi un forte orientamento verso il lavoro di équipe e l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale.

Possono essere identificati 3 livelli di cura a intensità decrescente:

- Livello 1: area critica (terapie intensive e sub-intensive)
- Livello 2: area di degenza (degenze mediche – degenze chirurgiche – degenze materno-infantili)
- Livello 3: post-acuzie, cure riabilitative e palliative (in questo livello possono essere ricomprese anche parte delle le cure intermedie, quali lungodegenza, riabilitazione, attività di hospice)

I 3 livelli sono integrati dal Ciclo diurno (ambulatori, day hospital, day service), dall'Area dei servizi (Laboratorio analisi, Diagnostica per immagini) e dal Pronto Soccorso (Dipartimento di Emergenza–Urgenza) che svolge, nell'organizzazione ad intensità di cura, un importante ruolo di snodo e “filtro”, dato che la maggior parte degli ingressi in ospedale avviene dal PS stesso.

Pur evidenziando che la struttura edilizia dell'Ospedale di Stato di San Marino non favorisce appieno l'organizzazione ad intensità di cura, è possibile, tuttavia, identificare possibili obiettivi di riorganizzazione per ogni livello proposto dal modello per intensità di cura che, integrato con i Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA – vedi capitolo 3.4 - Clinical Governance) dovrà comportare un importante cambiamento culturale da accompagnare da un'adeguata formazione sul nuovo approccio proposto.

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'Area Critica (**livello 1**), che coinvolge la UOC Anestesia e Terapia Intensiva, UOC Cardiologia e UOC Pronto Soccorso e Degenza Breve, è necessario prevedere una gestione flessibile e multidisciplinare di posti letto, che confluiscono nella stessa area assistenziale e sono resi disponibili per pazienti che necessitano di un'alta intensità di cura (terapia intensiva e sub-intensiva). Sul piano organizzativo si realizza un'unità funzionale a gestione multidisciplinare che ospita nell'area intensiva i pazienti con insufficienza acuta di organo, ed in quella sub-intensiva pazienti acuti clinicamente instabili e pazienti nell'immediato post-operatorio.

Nel **livello 2**, le strutture di degenza dovranno essere organizzate per settori funzionali, secondo criteri basati sulle competenze professionali omogenee, legate al mantenimento di standard di servizio condivisi e di livelli comuni di utilizzo delle risorse. A questo livello vengono gestiti pazienti in fase acuta non in pericolo di vita, pazienti ancora instabili, ma non ad alto rischio di decesso, e pazienti in elezione.

Può essere articolato nelle seguenti aree:

- Area Medica

Ricomprende l'UOC di Medicina interna, le sue articolazioni specialistiche e le altre UOC mediche. E' rivolta a pazienti con patologie acute internistiche che possono essere trattate in regime ordinario in quanto non necessitano di monitoraggio o trattamento intensivo.

La UOC Medicina Interna svolge un ruolo strategico nel sistema per intensità di cura in quanto assicura la gestione del maggior numero di posti letto e può assicurare una appropriata presa in carico del paziente attraverso team multidisciplinari interni integrati con specialisti esterni alla UOC (es. infettivologo, neurologo, psichiatra, geriatra, ecc...). In quest'area si dovranno consolidare e strutturare i processi dei principali servizi offerti e gestire la parte dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali di propria competenza.

- Area chirurgica

Ricomprendono le UOC di Chirurgia e GFP di Urologia, l'UOC Ortopedia e la Ginecologia. Vi trovano collocazione pazienti con patologie chirurgiche. Può essere prevista una ulteriore differenziazione dei ricoveri, utilizzando la degenza media come indicatore proxy di complessità. Nel contesto chirurgico il modello implica una forte revisione della programmazione, della preospedalizzazione e dell'utilizzo delle sale operatorie che, se ben sviluppato, può migliorare la risposta complessiva del sistema, aumentare il livello di competenza e di sicurezza nella gestione della casistica di urgenza e programmata e ridurre i tempi di attesa.

- Area materno-infantile

Ricomprende funzionalmente la degenza della Pediatria e dell'Ostetricia. A questo livello viene gestito il percorso prenatale e neonatale. I valori di mortalità perinatale e neonatale raggiunti nell'ultimo triennio testimoniano come San Marino garantisca adeguati livelli di assistenza al neonato. La formazione e l'aggiornamento continuo dei professionisti impegnati nell'assistenza in Sala Parto/Operatoria a riguardo della Rianimazione Neonatale, la disponibilità di specifiche procedure per il Trasporto Neonatale e l'integrazione tra gli operatori dei diversi servizi interessati, rappresentano il presupposto essenziale per ottenere le migliori "performance" assistenziali. Nel prossimo triennio si ritiene opportuno accreditare il percorso nascita, includendo procedure assistenziali, farmacologiche e non per il controllo del dolore in corso di travaglio-parto. Si evidenzia che la U.O.C. di Pediatria ha un'organizzazione integrata del sistema di cure, garantendo sia l'assistenza ospedaliera che quella territoriale. Per quanto attiene l'assistenza pediatrica ospedaliera, nel corso dell'ultimo

triennio, si sono attivate modalità organizzative, quali l'Area Pediatrica e l'Osservazione Breve, che permettono oggi di garantire la degenza dei pazienti pediatrici in area dedicata e con personale addestrato alla presa in carico dei bambini e delle loro famiglie, per il tempo strettamente necessario al loro inquadramento diagnostico terapeutico, riducendo così ricoveri inappropriati.

Il **livello 3** ospedaliero, area "low care", può essere considerato come facente parte delle Cure Intermedie da un punto di vista funzionale, per la cui trattazione si rimanda al precedente paragrafo. Può ricomprendere quindi la post-acuzie, la riabilitazione e le cure palliative. Questo livello rappresenta un importante filtro fra ospedale e territorio e fornisce un'appropriatezza assistenziale anche per pazienti che per diversi motivi (anche "sociali") non possono essere ancora dimessi.

Nel **ciclo diurno** sono ricompresi il day hospital, il day surgery e le attività ambulatoriali (Poliambulatori e ambulatori specialistici delle UO), che andranno potenziate e riorganizzate per essere funzionali al modello per intensità di cura.

La UOC di Radiologia e la UOC di Patologia Clinica e Medicina trasfusionale, che afferiscono all'**area dei servizi**, hanno un ruolo fondamentale nell'assicurare l'appropriatezza delle richieste di esami strumentali e di laboratorio nell'ambito dei percorsi diagnostico – terapeutici.

La **UOC Pronto Soccorso - Degenza breve - 118** assume un ruolo strategico per l'organizzazione ad intensità di cura. Infatti, "a ponte" fra medicina del territorio e servizi ospedalieri, è il luogo dove viene definita la presa in carico e la cura dei pazienti, dove si incrociano i bisogni e le risposte del cittadino che accede in ospedale. L'UOC, per ciò che riguarda la funzione di Pronto soccorso accetta i pazienti in situazioni di emergenza/urgenza, garantisce gli interventi diagnostico-terapeutici e interventi di piccola chirurgia ambulatoriale necessari, stabilizza il paziente critico, effettua il trasporto protetto. Il PS svolge anche funzioni diagnostico-terapeutiche per tutta la piccola e media traumatologia e per tutte quelle prestazioni sia a carattere sanitario ed in parte "sociale" che non trovano risposta altrove.

Il riferimento alla Degenza Breve ed all'Osservazione temporanea intensiva, viene effettuato un trattamento della fase acuta, con un inquadramento diagnostico ed un iter diagnostico–terapeutico breve (24-48 ore).

Diventa fondamentale, a questo livello, assicurare i seguenti aspetti:

- Accoglienza, rassicurazione del malato e informazione ai familiari: l'accoglienza, intesa come il processo relazionale che si realizza all'arrivo del paziente, affiancata ed integrata dalla funzione di triage, rappresenta il primo momento della presa in

carico, nei confronti della quale le aspettative sociali e istituzionali sono elevate. Ne consegue che le azioni di miglioramento riguardano da una parte interventi di tipo strutturale, dall'altra approfondimenti delle tematiche relazionali non solo con i familiari e i cittadini, ma anche interne al team.

- Percorso dedicato ai codici a bassa priorità e fast track con valorizzazione del nuovo curriculum formativo della professionalità infermieristica nella gestione dei casi a minor complessità.
- Potenziamento della Diagnostica per immagini, al fine di ridurre i tempi di attesa legati all'effettuazione di indagini strumentali.

3.2.5 Previdenza

La previdenza costituisce un importante determinante strutturale di salute e l'ISS, dalla sua istituzione, ha la funzione di assicurare le tutele previdenziali alla comunità sammarinese, di salvaguardarne gli interessi generali, tenendo conto della sostenibilità economica e dei valori di solidarietà che ispirano il sistema di sicurezza sociale della Repubblica.

Negli ultimi anni, soprattutto alla luce di fattori demografici (invecchiamento popolazione) ed economici (crisi finanziaria, rallentamento tasso di crescita occupazione), è stata avviata un'importante riforma del sistema previdenziale, con l'obiettivo di assicurare la stabilità dei fondi al fine di continuare a garantire equità e mutualità generazionale (patto fra generazioni).

Nel prossimo triennio si dovranno verificare gli effetti della riforma sulla tenuta del sistema previdenziale ed attuare tutti gli aggiustamenti possibili per continuare ad assicurare un sistema di welfare equo e solidale.

3.2.6 Servizi amministrativi, di staff e comuni

I servizi amministrativi, di staff e comuni svolgono un'importante funzione di supporto ai processi decisionali e operativi, ai quali dovranno essere assicurati una maggior autonomia gestionale e qualificate risorse umane.

In particolare, per quanto riguarda il personale, l'Area Risorse Umane e l'UO Formazione dovranno assicurare un'ottimale gestione di tutte le figure che operano nei diversi settori dell'ISS ed il loro costante aggiornamento formativo. In prospettiva, al fine di assicurare che la formazione sia legata all'attività realmente svolta, per ogni operatore sanitario dell'ISS dovrà essere costruito un vero e proprio dossier formativo

di facile consultazione, che contenga anagrafica, profilo professionale, competenze sviluppate (clinico-assistenziali, organizzative-gestionali e relazionali), percorso formativo (registrazione delle attività formative e relativi crediti, tipologie di attività, bisogno formativo in relazione alla funzione), valutazione periodica (annuale/triennale).

E' necessario, altresì, definire una funzione dedicata alla qualità dei servizi e alla gestione del rischio, a supporto dei Dipartimenti e delle singole Unità Organizzative.

L'Ufficio Controllo di Gestione e Servizio Informativo e l'Ufficio Informatico risultano essere strategici per sviluppare strumenti informatici (Cartella Clinica elettronica, uso di tablet al letto del paziente, ecc...) ed informativi (flussi di dati, report, ecc...) che rendano disponibili e veicolino in continuo le informazioni clinico-assistenziali, organizzative, economiche al fine di facilitare la gestione delle attività dei Dipartimenti e delle singole UO e di rendicontare periodicamente i risultati conseguiti dalle strutture dell'ISS al Comitato esecutivo dell'ISS, per la verifica interna sugli obiettivi di budget, e all'Authority, per una valutazione esterna sul raggiungimento degli obiettivi proposti dal Piano e dalle linee di indirizzo aziendali annuali.

Gli Uffici tecnici, quali il Servizio tecnico e l'Ingegneria clinica, dovranno assicurare la corretta gestione della struttura e delle tecnologie sanitarie, sorvegliando l'adeguatezza del patrimonio strutturale e tecnologico, garantendo la permanenza in attività solo delle apparecchiature appropriate, quindi, sicure, utili, economicamente vantaggiose e rispondenti alle norme tecniche vigenti e acquistando nuove attrezzature secondo la logica dell'Health Technology Assessment.

La UOC Farmaceutica dovrà assicurare il "governo" complessivo dei farmaci e di alcuni dispositivi medici, sviluppando internamente anche nuove competenze quali, ad esempio, quelle di farmacologia clinica, farmacovigilanza, farmacoeconomia e marketing, in linea con quanto previsto nella Politica del farmaco e dei dispositivi medici (Vedi Capitolo 3.4.5).

3.3 Integrazione, reti assistenziali ed alleanze con istituzioni e settori non sanitari

L'integrazione dei vari servizi, il governo delle reti assistenziali, interne ed esterne a San Marino, e le alleanze con tutti i settori della società risultano essere fondamentali strategie per superare la frammentarietà dell'assistenza e favorire la continuità nella gestione dei problemi di salute, assicurando il benessere della persona nella sua globalità e riducendo le inefficienze e l'uso inappropriato di risorse.

E' quindi necessario strutturare, sempre più, una forte integrazione dei servizi interni all'ISS, individuare percorsi appropriati e governare gli snodi ed i vari attori delle reti assistenziali, anche esterni, per assicurare la presa in carico complessiva della persona. L'integrazione non va vista solo nell'ambito della medicina convenzionale ma anche in rapporto ad "altre medicine" ed al supporto che le "queste" medicine non convenzionali (MnC) possono dare, valutandone sempre sicurezza, qualità e efficacia. Se poi prendiamo in considerazione i determinanti di salute nella loro globalità e complessità, è necessario uscire dalla "sfera" sanitaria e socio-sanitaria e creare alleanze con i settori non sanitari che maggiormente concorrono a favorire il benessere di una comunità.

3.3.1 Integrazione nel sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese

Al fine di assicurare una reale integrazione fra territorio ed ospedale e fra sanità e sociale, è necessario presidiare le interfacce operative fra i vari servizi ospedalieri e territoriali e gestire gli snodi organizzativi e le interconnessioni fra diversi livelli di assistenza e le differenti professionalità lungo l'intero percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale della persona.

Pur nella consapevolezza che l'integrazione deve permeare l'intero sistema, e che quindi è già ricompresa in molte parti del Piano, si riportano di seguito in evidenza solo alcuni aspetti che necessitano di una maggior implementazione e strutturazione e/o richiedono una specifica trattazione.

INTEGRAZIONE FRA OSPEDALE, CURE PRIMARIE E SERVIZI SOCIO-SANITARI

L'integrazione tra servizi sociali e sanitari è una necessità per organizzare risposte e interventi fondati sul riconoscimento delle persone nella loro globalità ed in rapporto ai loro contesti di vita. Per rendere concretamente praticabile qualsiasi forma di integrazione, occorre ribadire che il concetto di salute deve comprendere e valorizzare anche aspetti di benessere legati alle condizioni economiche dei cittadini, alle relazioni, al grado complessivo di coesione sociale, alle azioni di prevenzione o contrasto delle disuguaglianze.

L'attuazione dell'integrazione, descritta in varie parti del Piano, è voluta soprattutto in quanto funzionale al migliore soddisfacimento dei bisogni sociali e sanitari delle persone e delle famiglie, ma anche in quanto ritenuta capace di elevare il riconoscimento del valore del lavoro e degli apporti professionali, che vengono

necessariamente coinvolti alla definizione di un quadro organizzativo e di connessioni più ampio.

L'attenzione dedicata alla integrazione socio-sanitaria è la conseguenza del convincimento che l'integrazione rappresenta un fattore fondamentale per qualificare l'offerta dei servizi e prestazioni socio sanitarie, per un triplice ordine di motivi:

- L'integrazione genera maggiore efficacia di cura e di sostegno.
- L'integrazione favorisce un uso più efficiente delle risorse.
- L'integrazione riduce il disagio dei cittadini nel rapporto con i servizi.

Per perseguire l'integrazione è necessario che le persone e le famiglie abbiano un unico interlocutore di riferimento (il responsabile del caso), che opera nell'ambito di un gruppo multiprofessionale in una logica di erogazione unitaria e coordinata.

GESTIONE INTEGRATA, MULTIDIMENSIONALE E MULTIDISCIPLINARE DELLE EMERGENZE SANITARIE

La continuità assistenziale nell'emergenza-urgenza richiede una forte integrazione a più livelli.

In ambito sanitario deve essere assicurata da una forte integrazione dei servizi di emergenza-urgenza del 118 con quelli territoriali. Un buon governo della guardia medica diventa uno snodo fondamentale per assicurare un'efficace gestione dell'emergenza–urgenza.

Si ritiene altresì opportuno sviluppare un sistema di emergenza–urgenza sanitaria nazionale che coinvolga anche altri attori esterni, quali ad esempio le strutture sanitarie e socio-sanitarie private (percorso unico – formazione obbligatoria – procedura condivisa con servizi di emergenza–urgenza dell'ISS – ruolo dei laici formati).

Diventa quindi necessario prevedere una centrale operativa unica per la gestione di tutte le emergenze, sanitarie e non.

Diventa strategico identificare strumenti formativi comuni per il personale laico (es. brevetto europeo di primo soccorso - BEPS - BLS, Progetto Cuore, ecc...) ed attivare per il personale sanitario percorsi formativi che prevedano anche attività strutturate di simulazione.

Più complessa risulta essere la gestione di emergenze sanitarie, il cui coordinamento è affidato all'Authority Sanitaria, che richiedono anche la collaborazione fra OMS e Paesi per l'applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale (IHR) come avvenuto in periodi recenti (pandemia ed Ebola), e le maxi-emergenze che possono coinvolgere in

un secondo momento i servizi sanitari (incendi, terremoti, maxi-incidenti). Al fine di assicurare un buon coordinamento ed una efficace operatività di tutti gli attori, con Delibera di Congresso di Stato n. 2 del 14 ottobre 2014, è stato istituito un Gruppo di coordinamento emergenze sanitarie che ha le funzioni di: coordinamento di tutti i servizi pubblici coinvolti nelle emergenze sanitarie; attivazione gruppi operativi per aree specifiche; comunicazione ed informazione alla cittadinanza ed agli operatori; predisposizione di un piano per affrontare le emergenze sanitarie.

Si evidenzia, in questo contesto, il ruolo fondamentale della Protezione Civile che fa parte del Gruppo di coordinamento. La protezione Civile ha, infatti, importanti funzioni in merito alla prevenzione degli incendi e ad interventi per la bonifica e la difesa del suolo, sempre più colpito da eventi meteorologici straordinari connessi ai cambiamenti climatici in atto e che presenta una propria vulnerabilità idrogeologica favorita dalle attività dell'uomo.

Con l'entrata in vigore della Legge sulla Progettazione strutturale (Legge n.5/2011) e del relativo decreto delegato (Decreto n.28/2012), per tutte le nuove costruzioni e per gli interventi sulle costruzioni esistenti è divenuta obbligatoria la verifica alle azioni sismiche. Dopo questo importante traguardo, che permette di considerare il rischio sismico per i nuovi interventi prendendo atto dell'appartenenza del territorio della Repubblica di San Marino ad una zona di media sismicità, si rende necessario, relativamente al patrimonio edilizio già costruito, uno studio di vulnerabilità sismica, punto di partenza indispensabile per poter pianificare e programmare interventi di prevenzione del rischio sismico e per valutare l'eventuale istituzione di incentivi per interventi di miglioramento sismico da parte dei privati.

I volontari rappresentano una delle componenti vitali del sistema di protezione civile, spesso chiamati a fronteggiare situazioni di calamità e pericolo, ed in tale ottica è stata predisposta una proposta di normativa sul volontariato di protezione civile ampia e articolata. In attesa della necessaria predisposizione del quadro normativo di riferimento, il Servizio di Protezione Civile ha attivato nel mentre tutta una serie di iniziative collegate al tema del volontariato, valorizzando in particolare il binomio Giunte di Castello e volontari attraverso incontri specifici con le Giunte, protocolli di intesa e accordi preliminari con varie associazioni attive sul territorio.

OSPEDALE E TERRITORIO SENZA DOLORE

Un quinto della popolazione adulta in Europa soffre di patologie dolorose croniche. Il dolore cronico è la principale causa di consultazione in medicina di base, e costituisce un costo per l'economia sanitaria stimato tra il 3% e il 10% del PIL nei paesi Europei. L'invecchiamento della popolazione e l'alta prevalenza di sindromi dolorose osteoarticolari come motivazione di assenza dal lavoro e di malattia professionale, confermano anche nella realtà sammarinese tale criticità.

Al fine di poter gestire in maniera appropriata il dolore sia in territorio che in ospedale, si ritiene utile attuare le seguenti strategie:

- Implementare e consolidare i Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) per il dolore cronico e per il dolore oncologico.
- Incentivare la formazione del personale medico sulle patologie dolorose croniche.
- Attuare indagini conoscitive che misurino l'impatto sociale del dolore cronico nel paziente anziano e nella popolazione in età lavorativa, al fine di individuare per queste due classi di popolazione percorsi assistenziali specifici, che prevedano l'integrazione ospedale-territorio. Per le caratteristiche organizzative dell'UOS Medicina del Dolore, che in collaborazione con il PICC-Team²³ opera nel percorso aziendale di gestione dei cateteri venosi centrali, tale integrazione permetterebbe un parziale trasferimento al domicilio delle competenze infermieristiche dedicate al paziente in nutrizione artificiale e con terapia endovenosa a lungo termine.
- Continuare il percorso (già iniziato dall'UOS Medicina del Dolore in collaborazione con l'UOC Centro Farmaceutico) di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva in relazione ai farmaci per il trattamento del dolore.

3.3.2 Le reti con l'esterno

San Marino, al fine di assicurare un'ampia gamma di servizi specialistici di qualità alla propria comunità assicurandone la continuità assistenziale e al contempo offrire servizi a cittadini esteri ed in particolare a quelli italiani, dovrà consolidare e sviluppare ulteriormente la rete con il sistema sanitario nazionale italiano ed in particolare con le regioni limitrofe.

Si dovranno quindi raggiungere gli obiettivi indicati nel Memorandum d'Intesa fra Ministro della Salute italiano e Segretario di Stato alla Sanità sammarinese e nell'accordo di collaborazione fra San Marino e Regione Emilia Romagna (RER),

²³ Il PICC (Peripherally Inserted Central Catheters) è un Catetere Venoso Centrale (CVC) ad inserimento "periferico" (dalle vene degli arti superiori: la basilica, la brachiale, la cefalica)

potenziando e strutturando maggiormente le collaborazioni fra enti/aziende della Regione Emilia Romagna (Direzione Generale Sanità, Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale, AUSL) e quelli della Repubblica di San Marino (Authority, Istituto Sicurezza Sociale), anche in un'ottica di programmazione integrata.

In riferimento alla collaborazione in essere con la RER si dovranno definire gli ambiti ritenuti prioritari per una programmazione integrata per favorire l'efficienza e l'ottimizzazione dell'uso delle risorse. L'obiettivo principale della programmazione integrata è la presa in carico complessiva della persona che, anche in strutture fuori territorio sammarinese, deve sentirsi all'interno dello stesso percorso diagnostico-terapeutico assistenziale. Diventa quindi strategico facilitare lo scambio di prestazioni e di professionisti anche utilizzando lo strumento dell'accreditamento istituzionale. L'accordo prevede, inoltre, la realizzazione di un programma comune di collaborazione scientifica, didattica e formativa nonché lo scambio di personale docente, ricercatori e studenti che può risultare funzionale anche per la creazione di una rete formativa universitaria integrata in ambito sanitario e socio-sanitario.

Dovranno essere infine valutate possibili collaborazioni con altre regioni italiane e altri paesi, con particolare riguardo a quelli che hanno sistemi sanitari di eccellenza e con i paesi che fanno parte della "Piattaforma Strategica per Paesi di piccole dimensioni" in virtù dell'Accordo fra San Marino e OMS.

3.3.3 La medicina non convenzionale e complementare

Le Medicine non Convenzionali (MnC) e complementari, negli ultimi decenni hanno avuto una sempre più crescente diffusione anche nei paesi industrializzati. E' interessante evidenziare inoltre come sono in atto strategie di integrazione della medicina complementare con la medicina convenzionale in diversi paesi.

La necessità di individuare percorsi per integrare le MnC nei sistemi sanitari, garantendone sicurezza, qualità ed efficacia viene ribadita nel recente documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, "*The WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*". Le strategie definite dall'OMS prevedono, quali principali obiettivi, il supporto agli Stati per sfruttare il potenziale contributo delle MnC per assicurare il benessere e l'assistenza sanitaria centrata sulla persona e la promozione dell'uso sicuro ed efficace delle MnC, che possono essere raggiunti (1) costruendo le basi della conoscenza e formulando politiche nazionali, (2) rafforzando la sicurezza, la qualità e l'efficacia attraverso la regolamentazione e (3) promuovendo la copertura universale integrando i servizi di MnC e di auto-cura nei sistemi sanitari nazionali.

San Marino, avendo identificato già da tempo i requisiti necessari per lo svolgimento delle attività di medicina non convenzionale (Decreto 70/2005, all.2.4) e consentendo la deducibilità fiscale per prestazioni svolte da professionisti iscritti in un apposito registro dell'Authority secondo specifico protocollo (Protocollo Authority n. 110/2005), ha favorito lo sviluppo di qualificate competenze nel proprio territorio e si pone fra i paesi all'avanguardia nel facilitare l'uso delle medicine non convenzionali secondo criteri di sicurezza, anche se ancora poco è stato fatto per considerare la Medicina non Convenzionale come potenziale "innovazione" per il nostro sistema sanitario e quindi come ulteriore supporto ad un sistema centrato sul benessere della persona. Inoltre non sono stati ancora attivati sistemi di monitoraggio sull'utilizzo delle MnC convenzionali da parte dei sammarinesi.

Sulla base delle nuove strategie dell'OMS, vista la necessità di modificare il decreto 70/2005 al fine di specificare ulteriori ed aggiornati standard di qualità e di ridefinire il protocollo 110/2005 non più adeguato alla nuova normativa in materia fiscale, considerando altresì come un'interessante opportunità l'integrazione nel sistema sanitario di quelle medicine non convenzionali ritenute sicure ed efficaci sulla base di evidenze scientifiche, anche avvalendosi del supporto di organismi internazionali ed esperti del settore, nel prossimo triennio, per favorire ulteriormente la conoscenza, la sicurezza, la qualità e l'efficacia delle MnC in un'ottica di integrazione con i servizi sanitari e socio-sanitari sammarinesi, sarà necessario:

- Aggiornare i requisiti previsti per la medicina non convenzionale nel Regolamento in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie (Decreto 70/2005), creare il Registro dei professionisti di medicina non convenzionale e definire le modalità prescrittive.
- Strutturare percorsi di alta formazione sulla base degli standard OMS e prevedere l'obbligo dell'aggiornamento continuo per i medici che intendono sviluppare e mantenere le competenze nell'ambito delle medicine non convenzionali.
- Sviluppare percorsi sperimentali di medicina integrata anche nei servizi pubblici, anche attraverso partnership pubblico-privato, sempre secondo le regole definite dal sistema di autorizzazione e accreditamento.
- Attivare un sistema di monitoraggio delle medicine non convenzionali sul territorio non solo in termini di sicurezza ma anche in termini di competenze ed efficacia.

Diventa, quindi, fondamentale strutturare modalità di collaborazione con organismi internazionali (OMS, Centri Collaboratori OMS per le medicine complementari) esperti di MnC, Università e paesi da cui le medicine non convenzionali hanno origine e

possiedono quindi maggiore know-how al fine di identificare ed adattare gli standard riconosciuti a livello internazionale al contesto sammarinese, valutare le competenze dei professionisti che intendono svolgere attività di medicina non convenzionale a San Marino, identificando altresì modalità di verifica per consentire anche ai medici esperti che provengono da altri paesi, in particolare da quelli extra-UE, di svolgere attività di supporto operativo presso le strutture pubbliche e private, e di sviluppare progetti di ricerca, sperimentazione e applicazione delle MnC secondo protocolli scientifici validati.

3.3.4 Le alleanze fra i vari settori

I determinanti che influenzano lo stato di salute²⁴ ed il benessere di un individuo e di una comunità coinvolgono tutte le sfere di una società, da quella individuale a quella socio-economica, culturale ed ambientale (vedi figura).

²⁴ I determinanti di salute, ossia i fattori che influenzano e determinano la salute e il benessere degli individui, possono essere espressi a livelli o strati concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza.

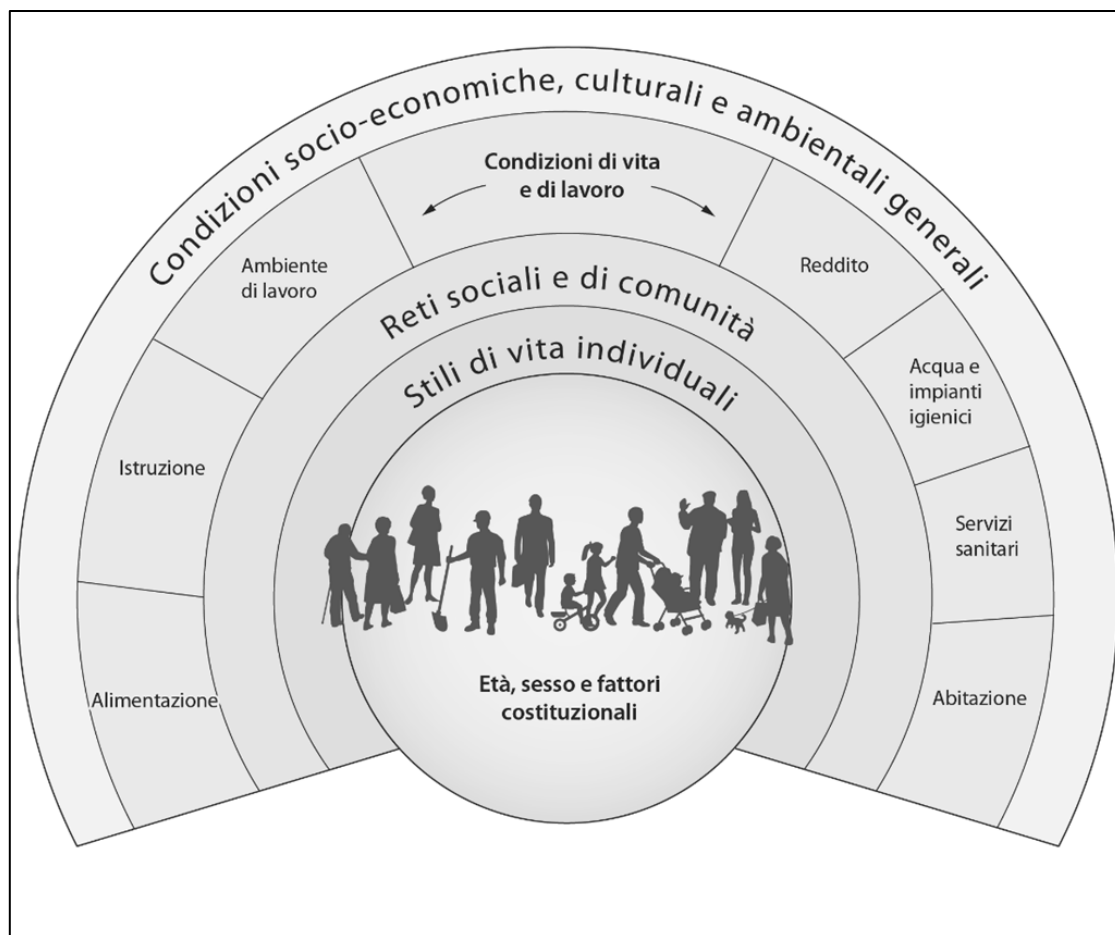
Primo livello (strato interno): caratteristiche biologiche dell'individuo (genere, l'età, il patrimonio genetico). Sono fattori non modificabili.

Secondo livello: stili di vita individuali che possono promuovere o danneggiare la salute (comportamenti alimentari, attività fisica, abitudine al fumo e abuso di alcol, comportamenti sessuali, consumo di droghe): si tratta di fattori modificabili con opportune politiche e interventi di prevenzione e promozione della salute.

Terzo livello: reti sociali (famiglia, amici, comunità) in cui l'individuo è inserito all'interno della comunità: se deboli, esse rappresentano un fattore di rischio per lo stato di salute e benessere psico-sociale dell'individuo; al contrario se forti, sono una risorsa per la comunità intera.

Quarto livello: riguardano l'ambiente di vita e di lavoro delle persone (reddito, occupazione, istruzione, alimentazione, abitazione, condizioni igieniche, trasporti e i traffici, servizi sanitari e sociali).

Quinto livello (strato esterno): si riferisce alle condizioni generali – politiche, sociali, culturali, economiche, ambientali – in cui gli individui e le comunità vivono. A questo livello, fattori come la condizione socio-economica costituiscono un importante determinante dello stato di salute, che rappresenta, a sua volta, un importante fattore dello sviluppo socio-economico.



E' necessario quindi che la Segreteria di Stato alla Sanità svolga un importante ruolo di coordinamento per favorire una forte alleanza fra le istituzioni sanitarie e socio-sanitarie e i gli altri settori delle politiche non sanitarie affinché la salute venga concretamente inserita in tutte le politiche per promuovere il benessere dell'intera comunità sammarinese e contrastare le disuguaglianze sociali.

Diventa importante valutare l'impatto sulla salute di ambiti decisionali diversi da quello sanitario, cercando di andare alla causa dei problemi che influiscono fortemente sulla salute. Sarà quindi necessario che tutte le Segreterie di Stato sviluppino strategie intersettoriali e politiche comuni di salute che prevedano, quindi, il coinvolgimento attivo di altri settori quali economia, istruzione, urbanistica, energia, trasporto, agricoltura, industria, commercio, lavoro, turismo e sport.

A titolo esemplificativo si evidenzia come i recenti interventi normativi in ambito di protezione sociale (Decreto Delegato N. 154/2014 "Disciplina e funzionamento del fondo straordinario di solidarietà" ratificato con Decr. Deleg. N. 179/2014; l'art. 55 della legge N. 219/2014 "Strumenti di protezione sociale"), interventi su bonifiche ambientali (Art. 63 della Legge 209/2014 "Incentivi per smaltimento amianto") e l'istituzione di tavoli multidisciplinari che integrano la salute negli ambiti

dell'educazione, dei cambiamenti climatici e della sicurezza stradale possano avere sicuramente un impatto ed un ruolo nel limitare le diseguaglianze in salute.

Va inoltre valorizzato il ruolo delle Giunte di Castello, distretti amministrativi che possono svolgere un importante ruolo nel coinvolgimento dei cittadini nella concretizzazione delle politiche di salute a livello locale. Le Giunte possono sviluppare proattivamente veri e propri progetti e programmi di comunità sostenibili nel tempo, che esplicitino gli obiettivi di salute attesi e siano realizzati secondo un approccio multidimensionale, multidisciplinare e partecipato. Alcuni ambiti di intervento possono riguardare la promozione alla salute, stili di vita, sicurezza stradale, interventi di recupero urbanistico, sostegno a soggetti fragili (anziani, disabili, ecc...).

3.4 Clinical Governance, qualità dei servizi, sicurezza e appropriatezza assistenziale

La riorganizzazione dell'ISS non può prescindere dalla scelta di strategie, metodologie e strumenti che orientino i servizi alla qualità. In tal senso la Clinical Governance (CG), ancora oggi, può essere considerata come una importante strategia dinamica, attraverso cui le organizzazioni si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi, del raggiungimento e mantenimento di elevati ed appropriati standard assistenziali, al fine di favorire l'eccellenza professionale, la centralità del cittadino e la promozione della salute.

La CG, che si basa su principi quali la condivisione multidisciplinare e interprofessionale, le pratiche basate sulle prove di efficacia (Evidence Based Practices), l'apprendimento basato sull'esperienza, responsabilità e trasparenza (accountability), va attuata tramite l'integrazione dei seguenti strumenti: linee guida, percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, integrazione tra servizi; Evidence based medicine (EBM) – Evidence based nursing (EBN) – Evidence based health care (EBHC); audit clinico; trasparenza e responsabilità (accountability); ricerca e sviluppo; gestione del rischio (risk management); cultura dell'apprendimento; sistemi informativi; misurazione, valutazione e miglioramento delle performance cliniche e assistenziali; sistemi di qualità; informazione e partecipazione dei cittadini; Health Technology Assessment.

E' possibile declinare i principi e gli strumenti della clinical governance ed i concetti della qualità alla nostra realtà attraverso la gestione dei servizi per processi e percorsi diagnostico-terapeutici, integrati fra ospedale e territorio, con l'obiettivo principale di

ottenere risultati di salute per il singolo individuo e per la comunità, secondo criteri di appropriatezza ed in sicurezza.

Vengono di seguito identificati i principali strumenti e relativi obiettivi di clinical governance e qualità che dovranno essere sviluppati da tutti gli attori del sistema.

3.4.1 Sistemi di qualità

Uno strumento per assicurare la qualità dei servizi sammarinesi è il sistema di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

L'ISS e le strutture private autorizzate e quelle che sono anche accreditate per erogare prestazioni per conto del Servizio Sanitario e Socio-sanitario nazionale devono assicurare il rispetto dei requisiti previsti dai rispettivi regolamenti in materia di autorizzazione ed accreditamento.

In riferimento all'ISS, per quanto riguarda l'**autorizzazione** delle strutture sanitarie e socio-sanitarie dell'ISS, dovrà essere definito un piano di adeguamento strutturale, impiantistico e organizzativo delle strutture pubbliche che non soddisfano ancora tutti i requisiti richiesti.

E' necessario, inoltre, completare il percorso di **accreditamento istituzionale** dell'ISS dando priorità all'accREDITamento di servizi considerati strategici per il sistema.

Per proseguire con efficacia nell'implementazione del sistema qualità/accreditamento dovrà essere valorizzato il ruolo del Gruppo Qualità dell'ISS ed essere individuato, con il supporto dei tutor aziendali (Gruppo Qualità), un referente qualità/accreditamento in ogni unità operativa.

3.4.2 La gestione del rischio

In linea con il Piano 2006-2008 e coerentemente con il percorso relativo all'autorizzazione e all'accREDITamento istituzionale dell'ISS, è necessario garantire un'adeguata gestione del rischio al fine di ridurre, eliminare e prevenire gli errori che avvengono in ambito sanitario e socio-sanitario. Dovrà essere attivata, a livello aziendale dell'ISS, la funzione di gestione del rischio clinico ed utilizzati strumenti quali l'incident reporting ed il Failure Mode and Effect Analysis (FMEA).

3.4.3 Appropriatelyzza, livelli essenziali di assistenza e liste d'attesa

L'**appropriatezza** delle cure può essere considerata come la misura in cui un particolare intervento sanitario o socio-sanitario è efficace ed indicato per la persona che lo riceve. L'appropriatezza può essere riferita anche al corretto uso del livello assistenziale per la soluzione del problema presentato dal paziente. Quanto più l'uso dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria si avvicina a comprendere e intervenire sul reale problema del paziente sfruttando in maniera mirata le risorse che ha a disposizione, tanto più il suo uso sarà appropriato. Al contrario, il giudizio di inappropriatezza segnala che lo stesso problema presentato dal paziente avrebbe potuto essere risolto ad un livello assistenziale minore, ricorrendo magari ai Day Hospital, agli ambulatori, all'assistenza domiciliare o alla medicina di base e non al ricovero ospedaliero. Si evidenzia che il peso economico delle prestazioni futili, quelle cioè che non danno nessun beneficio ai pazienti, rappresenta secondo l'OMS tra il 20 e il 40% della spesa sanitaria. E' necessario, quindi, sviluppare strategie per ridurre le pratiche mediche ad alto rischio di inappropriatezza e di condividerle con i pazienti e i cittadini. Tuttavia è difficile "scegliere saggiamente" nella pratica quotidiana dei medici che, tutti i giorni, temono di sbagliare una seria diagnosi e di far precipitare un loro paziente in una tragedia evitabile. La sovradiagnosi dei sani e il sottotrattamento dei malati sono le due facce della moderna medicina. La paura dei pazienti alimenta la paura dei medici e viceversa; specialmente nei sistemi sanitari frammentati che non presidiano la continuità delle cure. È solo all'interno di relazioni di fiducia che queste paure possono essere contenute. Per contrastare sovradiagnosi e inappropriatezza, è necessario affidarsi alla "continuità delle cure" e "relazioni di fiducia". Ciò si realizza in un contesto in cui cadono le barriere tra i vari attori dell'assistenza, e c'è quindi la presa in carico di un paziente da parte di un team multidisciplinare, è facilitato il dialogo tra medico di famiglia e specialisti, e c'è condivisione tra diversi professionisti negli orientamenti diagnostici, terapeutici e assistenziali. In un contesto del genere si realizzano più facilmente anche le relazioni di fiducia col paziente, soprattutto se questo viene attivamente coinvolto nel processo di cura. Inoltre, se poniamo il cittadino, e tutta la comunità, al centro del sistema, considerato che i bisogni del cittadino sono molteplici, globali ed indivisibili (vanno dall'acuzie alla riabilitazione, al sostegno sociale, allo status come persona), mentre i servizi sanitari e socio-sanitari sono distinti e dotati di una organizzazione rigida, è facile che vi sia una dicotomia fra i bisogni "in-de-finiti" del cittadino e l'offerta "de-finita" dei servizi. Per dare una risposta adeguata alle esigenze del cittadino all'interno della propria comunità è

necessario, quindi, non solo identificare quali sono i servizi più appropriati di cura per un determinato problema di salute in un determinato momento, ma anche garantire una adeguata integrazione fra i vari servizi.

Sulla base di questi elementi, in continuità con il precedente Piano, è necessario che vengano utilizzati i sistemi di rilevazione per l'assistenza farmaceutica sia i sistemi di rilevazione per l'assistenza ospedaliera e specialistica, per valutare l'appropriatezza degli interventi sanitari.

Per l'assistenza farmaceutica si dovrà consolidare e sviluppare un sistema di rilevazione per DDD (dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale), necessario anche per avere confronti con le altre realtà sanitarie e nel tempo. E' poi opportuno costituire gruppi di lavoro multidisciplinari che devono comprendere al loro interno medici di base, farmacisti, medici ospedalieri, per la formulazione di linee guida prescrittive-piani terapeutici per l'assistenza farmaceutica con particolare riferimento alle classi di farmaci ATC (classificazione Anatomica Terapeutica Chimica - metodo internazionale di classificazione dei farmaci) per l'apparato gastrointestinale e metabolismo (Classe ATC: A), per il sistema cardiovascolare (classe ATC: C), per gli antimicrobici ad uso sistemico (CLASSE ATC: J) e per il sistema nervoso (Classe ATC: N). Infine è necessario effettuare il monitoraggio dei farmaci ed innovativi e/o ad alto costo al fine di fare una valutazione costo/efficacia.

A livello ospedaliero è necessario effettuare il monitoraggio dei ricoveri, in particolare attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e dei DRG²⁵ al fine di individuare, in una prima valutazione, i DRG considerati potenzialmente inappropriati dalle evidenze scientifiche internazionali.

Si dovrà, infine, effettuare il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali secondo la classificazione prevista dal Decreto 70/05 per verificare l'appropriatezza delle prestazioni, anche in relazione al quesito clinico, attraverso gli strumenti del governo clinico. Dovranno essere differenziate le prime visite o accertamenti diagnostici dalle visite di controllo o follow up.

Le **liste di attesa** rappresentano un problema che deve essere ben governato, poiché un'errata gestione può influire sia sullo stato di salute che sul livello di soddisfazione dei cittadini.

²⁵ Il sistema DRG (Diagnosis Related Group) permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o day hospital) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (isorisorse).

E' dunque indispensabile sviluppare un'adeguata gestione delle liste di attesa che sia in grado di garantire, in particolar modo, gli interventi appropriati nei tempi previsti dal Piano 2006-2008 e la massima trasparenza nella gestione delle liste di attesa.

Risulta inoltre prioritario sviluppare un sistema organizzato e uniforme di accettazione e prenotazione.

Le attività indicate garantiranno quindi un accesso equo e trasparente, consentendo altresì di differenziare l'accesso secondo gli effettivi bisogni di salute, come previsto dal Piano.

Pertanto dovranno essere osservati i seguenti parametri per le attività programmabili:

- Visite specialistiche: Tempo max. 30 gg.
- Diagnostica: tempo max 60 gg.
- Urgenti differibili: 7 gg.
- Prioritarie: 7gg.
- Prioritarie cardiologiche: 48 ore.
- Follow up e Controlli: nei tempi stabiliti dal piano di controllo.

3.4.4 Linee guida e percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

Le linee guida

Il ruolo delle linee-guida è quello di costituire una fonte di indicatori di esito e processo sui quali basare attività di audit e monitoraggio della pratica clinica.

Considerando che oggi linee-guida sui più importanti aspetti e problemi assistenziali sono ampiamente disponibili ed accessibili attraverso i diversi canali informativi, è opportuno acquisire le capacità critiche necessarie a valutare in che misura le linee guida già disponibili siano sufficientemente valide dal punto di vista scientifico per essere prese in considerazione per una loro applicazione a livello locale.

I PDTA

Il PDTA è uno strumento di Clinical Governance che, attraverso un approccio per processi, consente di strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione (territorio e ospedale) sono coinvolte nella presa in cura del cittadino che presenta problemi di salute. Consente di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento e

alle risorse disponibili conducendo, attraverso la misura delle attività e degli esiti, al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento.

In un sistema complesso come quello socio-sanitario i percorsi assistenziali – intesi come strumenti di gestione per definire, in base alle evidenze scientifiche ed alle prove di efficacia nell'ambito del contesto applicativo locale, il migliore processo assistenziale per rispondere a specifici bisogni di salute – pongono l'attenzione sul miglioramento dei processi per ridurre la variabilità non necessaria e per aumentare la qualità dell'assistenza e del servizio offerti.

Al fine di definire percorsi che comprendano tutti gli aspetti dell'assistenza (sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziale) è necessario che vi sia una multidimensionalità di azione che costituisce l'elemento di forza dei percorsi, venendo a costituire la base di un governo efficace ed efficiente di tutti i processi clinici ed organizzativi che determinano la qualità dell'assistenza sanitaria. Nel prossimo triennio, oltre a consolidare i percorsi già attivati è necessario implementare altri PDTA delle principali attività assistenziali.

3.4.5 Politica del farmaco e dei dispositivi medici

I farmaci e i dispositivi medici hanno una funzione molto importante nella diagnosi, cura e assistenza della popolazione ed assorbono molte risorse economiche. E' quindi necessario gestire al meglio tali risorse secondo criteri di appropriatezza, utilizzando anche la metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA) per valutare attraverso un approccio multidimensionale e multidisciplinare l'impatto di nuovi farmaci e nuove tecnologie su efficacia, sicurezza, costi, impatto sociale e organizzativo.

Per avere una gestione unitaria ed efficace è opportuno che vengano previsti gruppi tecnici e/o commissioni nazionali del farmaco e dei dispositivi medici, anche attraverso il coordinamento dell'Authority, che inseriti in una rete più ampia (italiana ed europea) perseguano i seguenti obiettivi:

- migliorare l'appropriatezza prescrittiva
- assicurare la sorveglianza sulle reazioni avverse dei farmaci e degli incidenti dei dispositivi medici
- effettuare un monitoraggio continuo dei consumi dei farmaci e dei dispositivi medici.

A tale proposito dovrà essere implementato un sistema informativo ad hoc che consenta di monitorare l'andamento dell'utilizzo di farmaci e dispositivi medici.

Si dovrà anche valutare l'opportunità di entrare nella rete italiana attraverso appositi accordi a livello centrale (Ministero della Salute, AGENAS) e locale (Regioni).

3.4.5.1 Politica del Farmaco

Oltre che provocare danni alla salute, un uso inappropriato del farmaco può comportare costi impropri al servizio sanitario e dirottare risorse che potrebbero essere altrimenti impiegate a beneficio dei malati. Tutto è subordinato al principio che il farmaco è un bene etico e quindi l'interesse del paziente è assolutamente prioritario rispetto ad altri interessi, che tuttavia devono essere presi in considerazione, visto comunque anche il difficile momento economico.

La politica del farmaco comprende l'insieme delle azioni in tema di acquisto, prescrizione, distribuzione, informazione e vigilanza con l'obiettivo di garantire al cittadino che la scelta del principio attivo sia orientata da evidenze cliniche documentate, da processi di condivisione e informazione su tali evidenze, dalla loro trasferibilità alla pratica clinica e dalla valutazione di compatibilità fra efficacia pratica e costi sostenuti.

L'approccio alla politica del farmaco si traduce, sia in ambito ospedaliero che territoriale, in promozione della cultura del farmaco attraverso il miglioramento costante dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva, sia della sicurezza.

Nel 2008 e 2009, San Marino ha attivato un progetto per favorire lo sviluppo dell'appropriatezza e della continuità delle cure attraverso un'attenta politica del farmaco, che prevede una condivisione nella prescrizione del farmaco basata su evidenze scientifiche. Tale progetto, unitamente ad un attento monitoraggio della distribuzione dei farmaci attuato dall'ISS nell'ultimo periodo, ha consentito di tenere sotto controllo la spesa.

Nel prossimo triennio sarà necessario istituire un prontuario farmaceutico nazionale basato su criteri di appropriatezza e prevedere piani terapeutici per un migliore utilizzo dei farmaci per singolo paziente.

3.4.5.2 La gestione dei dispositivi medici

Si evidenzia che, con la Legge 21 gennaio 2010 n.7, San Marino intende recepire le direttive europee e i regolamenti anche in materia di dispositivi medici e che, nelle more di tale recepimento attraverso decreti delegati, si fa comunque riferimento alle direttive ed alla legislazione UE, con particolare riguardo alla normativa italiana.

In aggiunta alle Direttive Europee si evidenziano le linee guida riguardante il Sistema di Vigilanza sui Dispositivi Medici (MEDDEV), parte di un insieme di Linee Guida sui Dispositivi Medici che promuovono un approccio comune da parte dei fabbricanti e

degli Organismi Notificati coinvolti nelle procedure di valutazione di conformità, in accordo con i relativi allegati delle direttive, e delle Autorità Nazionali Competenti, incaricate di salvaguardare la salute pubblica. Per quanto riguarda la gestione dei dispositivi medici da parte dell'ISS si dovrà porre particolare attenzione alla dispositivo-vigilanza, strutturando un percorso di notifica integrato con il sistema italiano.

3.5 Il sistema informativo sanitario e sociosanitario

Il Sistema Informativo sanitario e socio-sanitario è uno degli strumenti fondamentali per gestire processi e percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali e per la misurazione e valutazione dell'efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure del sistema socio-sanitario attraverso il trattamento di informazioni che devono essere complete, consistenti e tempestive, al fine di garantire i livelli appropriati di assistenza, monitorare i costi socio-sanitari e offrire agli operatori e al cittadino i ritorni informativi sulla propria salute. Anche l'Unione Europea ritiene che il sistema informativo e l'Agenda Digitale Europea, attraverso un'attenta analisi delle condizioni di salute della popolazione, favoriscano lo sviluppo ed il mantenimento di una *assistenza sanitaria sostenibile*, anche in tempi di crisi.

Il nuovo sistema informativo sanitario e socio-sanitario sammarinese, basato su piattaforma software evoluta e nativamente integrata fra ospedale, territorio, specialistica e servizi socio-sanitari, è stato implementato ponendo al centro la persona e dovrà necessariamente essere strutturato per processi ed a supporto dei modelli organizzativi proposti (intensità di cura, chronic care model, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali).

Nel prossimo triennio il Nuovo Sistema informativo dovrà quindi assicurare il perseguimento dei seguenti obiettivi:

a) monitorare, ai fini della programmazione ed del “governo”:

- lo stato di salute della popolazione e dei suoi stili di vita;
- l'efficacia/efficienza del sistema sanitario;
- l'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni in rapporto alla domanda di salute;
- la mobilità fuori territorio (prestazioni e ricoveri);
- i costi socio-sanitari totali (spesa assistenziale, spesa farmaceutica, ecc.);

b) assicurare, per ciò che riguarda l'organizzazione e gestione dei servizi e la comunicazione interna ed esterna:

- l'assistenza informatizzata al letto del paziente;
- la dematerializzazione delle ricette e degli esiti diagnostici;
- l'implementazione con facilità di registri di patologia e specifiche indagini epidemiologiche (tumori, malattie croniche es. diabete, malattie cardiocircolatorie, demenze, ictus ecc.) nonché il monitoraggio sul fenomeno della violenza, ponendo particolare attenzione al sommerso;
- la costruzione del Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino (FSE) e la consultazione via web da parte del cittadino stesso, in un'ottica Smart.

Il FSE, elemento considerato strategico anche dall'Unione Europea, è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici e assistenziali presenti e trascorsi riguardanti l'assistito.

Il Fascicolo consentirà di “leggere” tutta la storia socio-sanitaria del paziente a supporto della diagnosi, cura ed assistenza attraverso l'integrazione dei seguenti dati e documenti:

- dati su vaccinazioni,
- informazioni riguardanti ad eventuali malattie professionali o inabilità dovute a infortuni sul lavoro,
- accessi al pronto soccorso,
- cartelle cliniche e schede di dimissione ospedaliera,
- referti diagnostici comprese immagini radiologiche,
- esiti di visite specialistiche e dei medici di medicina generale,
- prestazioni farmaceutiche e piani terapeutici in atto,
- segnalazione di eventuali malattie croniche o malattie attive,
- assistenza socio-sanitaria ambulatoriale, residenziale e domiciliare,
- informazioni sulla disabilità.

Il corretto utilizzo del FSE, partendo dai bisogni di salute del cittadino, dovrà consentire di:

- seguire il cittadino nei suoi percorsi clinico-assistenziali ed incrementare il livello di appropriatezza delle risposte ai bisogni di salute, conseguentemente anche di perseguire la sostenibilità del servizio sanitario e socio-sanitario
- facilitare il coordinamento degli specialisti e degli operatori sanitari e socio-sanitari che hanno in cura l'assistito;
- migliorare la comunicazione fra paziente e servizi sanitari e socio-sanitari attraverso gli strumenti informatici, consentendo, ad es., la visualizzazione dei

propri esami diagnostici ed anche la possibilità di prenotazioni on-line di alcuni tipi di prestazioni.

Al fine di facilitare l'operatività del sistema informativo il personale dell'ISS dovrà essere adeguatamente formato sia sull'innovazione tecnologica presente nel nuovo sistema informativo sia per l'utilizzo corretto delle codifiche per le diagnosi, procedure e interventi chirurgici e cause di morte, utilizzando sistemi internazionali di classificazione.

Il nuovo sistema dovrà essere necessariamente supportato da una nuova normativa che organizzi, secondo quanto previsto dalla Legge n. 69/04, “un sistema informativo sanitario e socio-sanitario per la raccolta e l'elaborazione di dati di governo e di esercizio di supporto alla programmazione, alla gestione ed all'innovazione dei servizi pubblici e privati”. La normativa dovrà definire, in particolare, funzioni, ruoli, obblighi e responsabilità di tutti gli attori del sistema. L'Authority dovrà inoltre poter interrogare le banche dati dell'ISS e della Pubblica Amministrazione al fine di effettuare l'analisi statistica ed epidemiologica dei bisogni di salute della popolazione e dei determinanti sociali di salute (economia, lavoro, ambiente, istruzione, ecc...) e la verifica della qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e di quelli socio-educativi. In riferimento alle strutture private dovranno essere inviati periodicamente all'Authority i flussi informativi, in formato elettronico, richiesti per le attività di controllo e vigilanza. Sarà inoltre necessario prevedere il riconoscimento e la validità giuridica degli atti in formato elettronico.

La messa a regime del nuovo sistema informativo dovrà quindi garantire flussi di informazioni validate ed aggiornate necessarie per la programmazione e la verifica del Servizio Sanitario nazionale nel suo complesso e degli obiettivi indicati dal Piano, gestito e coordinato dall'Authority che, attraverso strumenti di Business Intelligence (software SAS, oggi già in uso presso alcuni servizi ISS e Authority Sanitaria), potrà costruire e rendere disponibili report ed analisi statistiche ed epidemiologiche ad hoc sulle seguenti tematiche:

Area Sanità

- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale
- Certificato di Assistenza al Parto
- Dispositivi Medici
- Emergenza Urgenza - PS-118
- Laboratori

- Rilevazione Mortalità
- Schede di Dimissione Ospedaliera
- Screening
- Vaccinazioni
- Malattie infettive

Area Socio-Sanitaria

- Cure Primarie
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Assistenza Residenziale e Semiresidenziale Anziani e Disabili
- Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Mobilità

Mobilità fuori territorio

Anagrafi

- Anagrafe Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie autorizzate e accreditate
- Anagrafe Medici Prescrittori
- Anagrafe Assistiti

SISTEMI DI SORVEGLIANZA

Per il monitoraggio di importanti aspetti quali gli stili di vita delle popolazioni, l'OMS ha sviluppato sistemi di sorveglianza che sono stati adottati dai vari stati nazionali sulle tematiche del fumo, dell'alcool, dell'attività fisica, ecc. La metodologia studiata e validata dagli esperti OMS e, unica per tutti, assicura la confrontabilità dei dati e validità delle indagini che spesso sono ricerche effettuate da operatori socio sanitari tramite questionari somministrati a particolari target di popolazione. Avere un sistema di sorveglianza sugli stili di vita e su altri aspetti sanitari specifici permette di intervenire rapidamente ed efficacemente con iniziative opportune per agire concretamente su fenomeni che possono compromettere le condizioni di vita della popolazione.

A San Marino l'Authority Sanitaria, con il supporto della Segreteria di Stato alla Sanità, la Segreteria all'Istruzione e l'ISS (Pediatria e Dietisti, Servizio Salute Mentale, ecc.) ed in collaborazione con il Ministero italiano e con l'Istituto Superiore di Sanità, ha adottato nell'ultimo triennio un sistema di sorveglianza su stili di vita dei bambini e ragazzi che possono influenzare la salute (alimentazione, movimento fisico, uso di alcool e tabacco, ecc...).

I sistemi utilizzati sono i seguenti:

- Okkio alla Salute, sorveglianza biennale sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini nelle scuole elementari, già svolto in 3 round 2010–2012–2014;
- HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), indagine quadriennale sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (11–13–15 anni) svolta negli anni 2010–2014;
- GYTS (Global Youth Tobacco Survey), sorveglianza quadriennale sul consumo di tabacco da parte dei giovani a livello globale (13-14-15 anni), svolta negli anni 2010–2014;

I sistemi di sorveglianza utilizzati hanno consentito di valutare nel tempo comportamenti potenzialmente a rischio e prendere decisioni e intervenire con progetti educativi ed informativi per bambini, genitori e insegnanti.

In considerazione degli importanti risultati conseguiti da queste iniziali esperienze si dovrà proseguire con i progetti già avviati sugli stili di vita dei bambini e adolescenti (OKKIO–HBSC–GYTS), ridefinendo le modalità di collaborazione con il Ministero italiano e OMS e le risorse necessarie.

Si rende inoltre necessario estendere le indagini sugli stili di vita anche agli adulti, prendendo come riferimento sistemi utilizzati in Italia ed altri paesi europei (PASSI e Passi d'argento; Indagine multiscopo Istat - parte sanitaria).

IL SISTEMA DEGLI OSSERVATORI

Fanno parte del sistema informativo sanitario anche gli Osservatori, strumenti che hanno un grado di aggiornamento frequente e una visione multidisciplinare sulle varie tematiche investigate.

Allo stato attuale a San Marino sono attivi i seguenti Osservatori:

– Osservatorio permanente sulla condizione giovanile

L'Authority per l'Autorizzazione, l'Accreditamento e la Qualità dei Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e Socio-Educativi, il Dipartimento della Formazione dell'Università di San Marino e l'Unità Operativa Complessa per la Salute Mentale dell'Istituto di Sicurezza Sociale, nel 2009 hanno attivato l'Osservatorio permanente sulla condizione giovanile nella Repubblica di San Marino, gestito congiuntamente dai tre soggetti, ognuno nell'ambito delle rispettive competenze e interessi.

Scopo dell'Osservatorio è costituire una base dati sulla realtà giovanile della Repubblica di San Marino, nella quale sia possibile fare convergere sia rilevazioni sistematiche provenienti dalla rete dei Servizi pubblici sammarinesi, sia risultati di interventi conoscitivi specifici, attivati puntualmente su particolari emergenze della realtà giovanile locale. I dati dell'Osservatorio, opportunamente informatizzati,

costituiranno uno strumento di monitoraggio continuativo sulla situazione e sull'evoluzione della realtà giovanile nella Repubblica di San Marino, a disposizione di chi ha il compito di elaborare sul piano politico e/o tecnico progetti di intervento rivolti ai giovani stessi. L'Osservatorio ha inoltre tra i suoi compiti quello di progettare ed eventualmente gestire interventi rivolti alla popolazione giovanile.

L'Authority, per la propria competenza, mette a disposizione i propri studi epidemiologici sugli aspetti di salute che riguardano i giovani, e quindi contribuisce a fornire dati ed informazioni utili per indirizzare politiche sulla salute dei giovani.

L'osservatorio, nel prossimo triennio, dovrà sviluppare ulteriormente la propria attività, anche in collaborazione con altri attori coinvolti, al fine di delineare il profilo complessivo dei giovani sammarinesi sotto tutti gli aspetti.

– **Osservatorio sui servizi socio-educativi prima infanzia**

L'Authority elabora periodicamente, insieme al servizio Direzione Asili Nido, il piano socio-educativo per la prima infanzia e i documenti di programmazione annuale per i servizi socio-educativi. La strutturazione di flussi informativi sui servizi e sulle famiglie dei bambini in età 0-3 anni consente di avere, all'interno di tali documenti, alcuni dati di sintesi che riguardano le iscrizioni, i frequentanti ai servizi socio-educativi (nidi, spazi bambino), le famiglie ed i profili dei genitori dell'iscritto. Le informazioni quantitative contenute nei documenti di programmazione socio-educativa permettono di avere la fotografia sempre aggiornata su servizi che hanno una valenza educativa e sociale e che quindi risentono dei mutamenti della società e permettono di monitorare il livello di raggiungimento degli obiettivi proposti.

– **Osservatorio sulla incidentalità a San Marino**

L'Authority dal 2009 è “focal point” per l'OMS per la Sicurezza Stradale e partecipa al Report Globale dell'ONU. Inoltre, per dare concreti strumenti operativi e in accordo con tutti gli attori che operano sulla tematica (Polizie, Ufficio Progettazione viabilità, Ufficio statistica, Pronto soccorso, Ospedale ecc.), è stato istituito un vero e proprio osservatorio dove confluiscono

periodicamente dati su tale fenomeno sotto tutti gli aspetti. Un primo riscontro della potenzialità dello strumento, che oltre la reportistica comprende anche mappe georeferenziate dove si riesce immediatamente a individuare i punti critici più pericolosi della viabilità stradale, è stato presentato nel convegno del 15 luglio 2013, ed ora lo strumento è a disposizione degli uffici che lavorano anche sulla progettazione e sulla messa a punto della viabilità. Visti i positivi risultati

conseguiti, l'attività di coordinamento svolta dall'Authority dovrà continuare in collaborazione con gli altri servizi.

– **Osservatorio sulla violenza di genere**

L'Authority sanitaria dal 2013 è focal point per l'OMS per la violenza, tematica purtroppo su cui oggi è importante una riflessione e una conoscenza approfondita. In collaborazione con l'Authority per le Pari Opportunità si sta strutturando un osservatorio dove confluiscono le informazioni inerenti questo fenomeno provenienti dai vari attori che operano su questo tema (Polizie, Tribunale, Pronto Soccorso, Salute Mentale ecc.). Questo lavoro dovrà proseguire per tenere sotto controllo il fenomeno e prendere le dovute contromisure.

Per il prossimo triennio dovranno essere mantenuti e potenziati gli attuali osservatori e valutare l'opportunità di istituirne altri, quali ad esempio l'osservatorio sulla famiglia.

3.6 Conoscenza ed innovazione

La conoscenza e l'innovazione sono elementi fondamentali per sviluppare sistemi sanitari e socio-sanitari di alto livello che siano in grado di dare risposte appropriate ed efficaci ai bisogni di salute della popolazione.

E' tuttavia necessario che l'innovazione, non solo tecnologica ma anche organizzativa, sia supportata da sperimentazioni ed evidenze scientifiche all'interno di un sistema di regole, e migliori effettivamente il processo di cura e consegua quindi buoni risultati.

L'innovazione è in continuo sviluppo ed è compito di tutti i settori coinvolti (sanità, istruzione, industria, ecc...) saper valorizzare le competenze professionali e un'organizzazione del lavoro che siano in grado di innovare l'intero sistema sanitario e socio-sanitario, ridefinendo le interrelazioni con i servizi attuali, utilizzando al meglio le effettive potenzialità delle innovazioni tecnologiche sviluppate anche in partnership con il privato ed all'interno del Parco Tecnologico.

Si dovranno ricercare sinergie con partner locali ed internazionali per sviluppare la ricerca nel settore tecnologico e biomedico (dispositivi medici, farmaci, cellule staminali) e nel settore del management e della formazione.

Riprendendo quanto proposto dal precedente Piano, per realizzare progetti in ambito di ricerca, innovazione e sperimentazione si dovranno sviluppare, ai vari livelli di competenze (ISS e Authority sanitaria e socio-sanitaria), le collaborazioni con le università, centri di eccellenza riconosciuti a livello internazionale e organismi internazionali che si occupano di sanità quali l'OMS, riproponendo le seguenti azioni:

- istituzione di premi per incentivare la ricerca e lo sviluppo attraverso, ad esempio, un riconoscimento annuale sulle innovazioni in campo sanitario e socio-sanitario;
- organizzazione di convegni internazionali.

Tuttavia, al fine di poter realizzare sperimentazioni cliniche a San Marino senza la necessità di ricorrere a un legale rappresentante nell'Unione Europea, sarà necessario ottenere il riconoscimento da parte dell'UE e l'accesso al Registro Eudract (Registro Europeo delle Sperimentazioni Cliniche), anche in vista di un futuro accordo di associazione di San Marino con l'Unione Europea. Risulta quindi fondamentale recepire le direttive e i regolamenti UE in materia, con particolare attenzione al Regolamento n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica e alle Direttive sui medicinali per uso umano.

3.6.1 Bioetica e Sperimentazione

In linea con quanto indicato dal Piano Sanitario e Socio-Sanitario 2006-2008, è stato istituito il Comitato Sammarinese di Bioetica (CSB). La legge 29 gennaio 2010 n. 34 ha come riferimento internazionale principale la "Convenzione sui diritti dell'uomo e la

biomedicina”, firmata a Oviedo il 4 aprile 1997 e ratificata dal Consiglio Grande e Generale con decreto n. 45 del 26 febbraio 1998.

Una particolarità del sistema sammarinese è che il Comitato di Bioetica, integrato da figure professionali attinenti alla sperimentazione, opera quale Comitato Etico per la Ricerca e la Sperimentazione (CERS). Il Decr. Deleg. 17 gennaio 2011 n. 2 “Regolamento del Comitato Sammarinese di Bioetica e del Comitato Etico per la Ricerca e la Sperimentazione” ha dato operatività al CERS che utilizza le procedure di valutazione delle sperimentazioni conformemente a quanto richiesto dall'Unione Europea.

3.6.2 Il ruolo dell'Università

La ricerca e la sperimentazione rappresentano una funzione fondamentale e costitutiva di ogni moderno sistema sanitario, in quanto supportano lo sviluppo delle competenze e conoscenze scientifiche, favoriscono processi organizzativi e produttivi innovativi, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema, l'efficacia in termini di benessere della popolazione e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse.

È necessario però programmare razionalmente la ricerca e finalizzarla a un reale miglioramento delle attività assistenziali. Occorre, dunque, promuovere il raccordo e l'integrazione tra ricerca di base, ricerca applicata, sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi e stabilire una forte alleanza ed integrazione fra Università ed i Settori della salute.

E' quindi necessario mettere in rete l'Università di San Marino con l'ISS, con l'Authority sanitaria e con le istituzioni di ricerca e altre Università.

Le *partnership* pubblico-privato, opportunamente disciplinate, possono rappresentare uno strumento di innovazione importante, attraverso il quale la componente scientifica, istituzionale ed il terzo settore si incontrano con l'obiettivo comune di migliorare la qualità del sistema e sperimentare nuovi modelli in Sanità.

I professionisti, anche delle professioni sanitarie, dovranno essere sostenuti nella produzione di evidenze scientifiche e nell'integrazione delle conoscenze disponibili sulle pratiche assistenziali. Tale coinvolgimento è necessario:

- per qualificare le competenze professionali degli operatori;
- per valorizzare l'utilizzo condiviso dei vari *database* quali strumenti a supporto per iniziative più ampie di ricerca;
- per favorire l'effettivo trasferimento e l'accettabilità delle innovazioni nella pratica assistenziale in tutti i punti della rete dei servizi;
- per sviluppare una capacità di valutazione critica delle tecnologie emergenti;

- per preparare il terreno allo sviluppo ed alla valorizzazione di innovazioni anche non tecnologiche, ma ad elevato impatto sulla qualità dell'assistenza (sperimentazione di nuovi modelli e tipologie assistenziali come l'ospedale organizzato per intensità di cure o al potenziamento del sistema dell'assistenza intermedia o il modello chronic care model);
- la finalizzazione delle risorse stanziare per la ricerca finalizzata agli obiettivi del Piano sanitario investendo per lo studio ed il monitoraggio delle aree innovative;
- il potenziamento della capacità di valorizzare e trasferire le nuove conoscenze generate dalla ricerca pubblica, orientandole ai bisogni di salute del cittadino;
- attivare programmi di ricerca finanziati dall'Europa attraverso partnership con istituti di ricerca italiani o europei.

Creare una biblioteca on-line che assicuri l'accesso alla letteratura scientifica.

4 LA PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO E LA COMUNITA' COMPETENTE

La partecipazione del cittadino, sia a livello individuale che nelle relazioni ed interconnessioni che si sviluppano all'interno della comunità, diventa fondamentale per rendere efficaci le politiche e gli obiettivi di salute proposti dal Piano e porre la persona, con i suoi diritti e doveri ed il proprio vissuto, concretamente al centro del sistema.



4.1 I diritti e i doveri del cittadino

I diritti dell'uomo, richiamati dalla nostra Dichiarazione dei diritti dei cittadini (Legge 8 luglio 1974) ed enunciati nella Carta sociale Europea, influiscono fortemente sullo stato di salute e benessere della persona nella sua globalità.

I principali aspetti da tenere in considerazione sono il diritto al lavoro e alla sicurezza e all'igiene sul lavoro; la tutela dell'infanzia e delle madri lavoratrici; il diritto alla protezione della salute, alla sicurezza sociale, all'assistenza sociale e medica e ad usufruire di servizi sociali; il diritto delle persone portatrici di handicap all'autonomia, all'integrazione sociale ed alla partecipazione alla vita della comunità; il diritto della famiglia ad una tutela sociale giuridica ed economica; diritto dei lavoratori migranti e delle loro famiglie alla protezione ed all'assistenza; diritto alla parità di opportunità e di trattamento in materia di lavoro e di professione senza discriminazioni basate sul sesso; diritto all'informazione ed alla consultazione, il diritto di partecipare alla determinazione ed al miglioramento delle condizioni di lavoro e dell'ambiente di lavoro; il diritto delle persone anziane ad una protezione sociale; il diritto alla protezione contro la povertà e l'emarginazione sociale; il diritto all'abitazione.

Inoltre, si evidenzia come dall'approvazione della legge 28 aprile 1989 n. 43, "Carta dei Diritti e dei Doveri del malato" alla ratifica nel 1998 della *Convenzione di Oviedo*, l'approccio ai diritti e ai doveri è sostanzialmente mutato, spostandosi dal "malato" al cittadino portatore di diritti ed interessi ma anche responsabilizzato rispetto ai propri doveri. Concetti quali privacy, consenso informato, accesso alle informazioni, educazione alla salute, libertà di scelta, accesso alle cure, sicurezza e qualità dei servizi, garanzia delle cure senza dolore, sono entrati nel lessico comune e rientrano nella sfera dei diritti e doveri del cittadino.

E' quindi importante coinvolgere direttamente il cittadino, rendendolo partecipe e responsabilizzandolo nelle scelte di salute individuali e collettive (stili di vita, prendersi cura di sé, stabilire un'alleanza attiva con i medici e gli operatori sanitari).

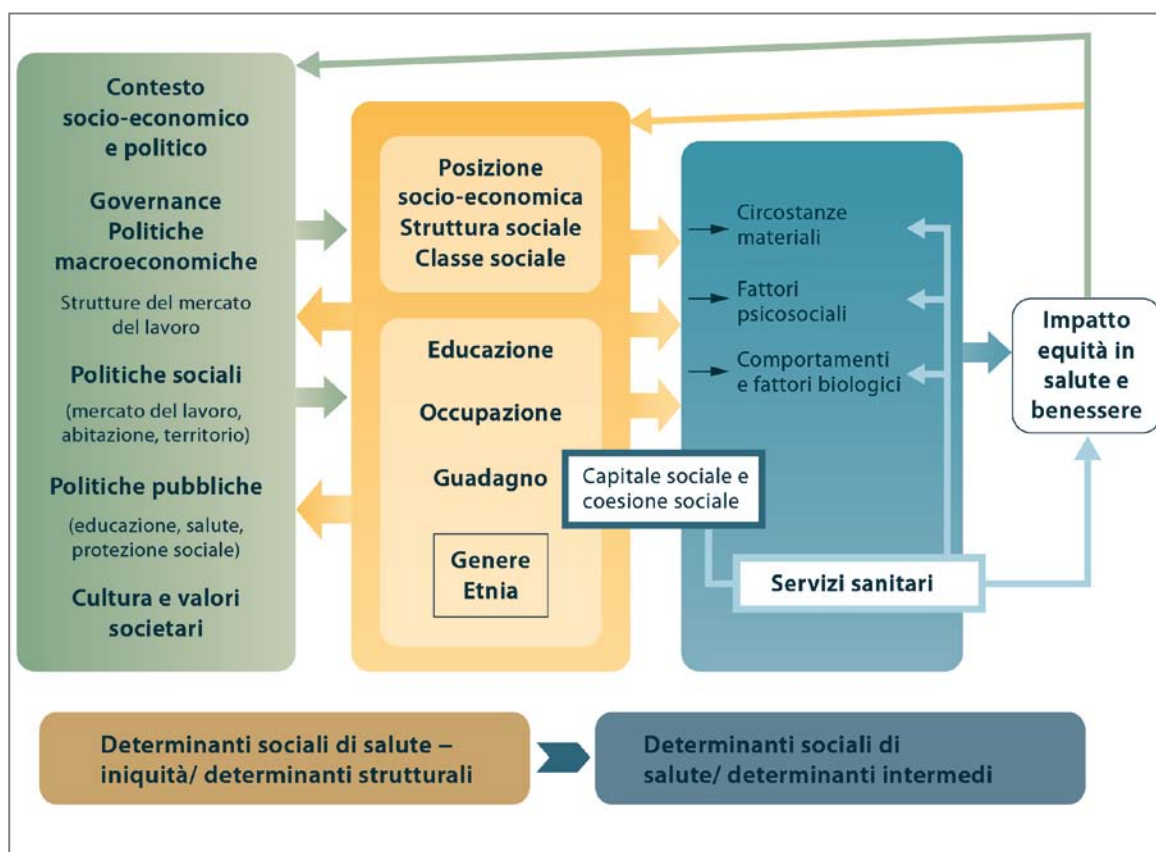
Il coinvolgimento del cittadino/paziente nella propria cura, riabilitazione e reintegrazione è quindi alla base del processo di empowerment che deve essere sostenuto attraverso opportuni sistemi informativi ed informatici, nuove tecnologie digitali per la comunicazione essenziali per promuovere trasparenza e accountability in tutti i settori che influenzano la salute. La Carta dei Servizi sanitari e socio-sanitari deve essere considerato un importante strumento per il cittadino ai fini della conoscenza, valutazione e scelta dei servizi.

Il sapere condiviso, e non delegato solamente agli addetti ai lavori, oltre a favorire la promozione della salute, assicura anche la trasparenza dei progetti e la condivisione dei medesimi; risponde inoltre ai principi di multisettorialità e interdipendenza; mette in condizione ciascun individuo di sviluppare al massimo il proprio potenziale di salute. E' quindi necessario avviare una intensa campagna di sensibilizzazione su determinate tematiche che possono influire sullo stato di salute al fine di favorire stili di vita sani ed agire su fattori di rischio che possano compromettere la salute.

4.2 La comunità competente e le alleanze

Secondo il rapporto finale dell'OMS *“Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region”* del 2014, la comunità diventa competente quando i propri cittadini prendono coscienza delle necessità, dei limiti e delle risorse a disposizione e diventano protagonisti attivi. Per fare ciò è necessario sviluppare una programmazione partecipata che favorisca una crescita responsabile dei cittadini anche attraverso forme di alleanza, in una logica di rete, fra istituzioni centrali e locali, la cittadinanza attiva e la società civile (famiglie, organizzazioni sindacali e datoriali, volontariato, terzo settore).

Solo attraverso strategie condivise ed una progettazione partecipata sarà possibile agire positivamente sui determinanti sociali di salute e favorire la coesione (vedi figura).



Solamente una società coesa, infatti, può assicurare il benessere e la sicurezza sociale a tutti i suoi membri, riducendo il più possibile le disparità ed evitando l'emarginazione e l'esclusione sociale. Diventa quindi fondamentale coinvolgere non solo le istituzioni centrali e locali, ma anche l'intera società civile in un'azione condivisa e sinergica.

Il sindacato, per il fondamentale ruolo di rappresentatività e portatore di istanze di tutela della salute dei lavoratori e più in generale della sicurezza sociale, continua ad

essere un importante attore nel dare impulso alla promozione della salute e prevenzione e deve essere, quindi, coinvolto nelle scelte di politica sanitaria e socio-sanitaria.

Il volontariato, come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, rappresenta un contributo importante alle politiche di salute, anche se la molteplicità delle associazioni richiede modalità più strutturate di raccordo. E' quindi necessario promuovere, sviluppare e consolidare i rapporti con le associazioni di volontariato, in particolare in ambito socio-sanitario al fine di diffondere le buone pratiche maturate nel territorio e favorire l'unitarietà delle iniziative delle singole associazioni ed il migliore impiego delle risorse pubbliche e private, sviluppando un approccio di sistema con un sinergico e più efficace collegamento con le istituzioni.

Anche attori privati profit e non profit possono svolgere un'importante funzione, se ben integrati e funzionali al sistema sanitario e sociale.

Per sviluppare politiche di salute condivise e coordinare tutti gli interventi ai vari livelli di competenza, è opportuno costituire una piattaforma unica che veda interagire tutti gli attori della società coinvolti e favorire la partecipazione attiva dei cittadini a progetti e programmi di comunità.

4.3 La cooperazione sanitaria internazionale

La sanità costituisce uno dei principali ambiti d'intervento dell'aiuto allo sviluppo: la salute, oltre ad essere un diritto umano universale, rappresenta infatti una condizione essenziale per la riduzione della povertà e per lo sviluppo socioeconomico di un paese. Partendo da questo presupposto, attraverso la Cooperazione sanitaria internazionale si intende promuovere il diritto alla salute per sostenere percorsi di sviluppo in linea con gli Obiettivi del Millennio dell'ONU e con la partecipazione dei soggetti sammarinesi interessati.

Si ritiene opportuno sviluppare la cooperazione sanitaria per aree geografiche prioritarie e per ambiti tematici d'intervento.

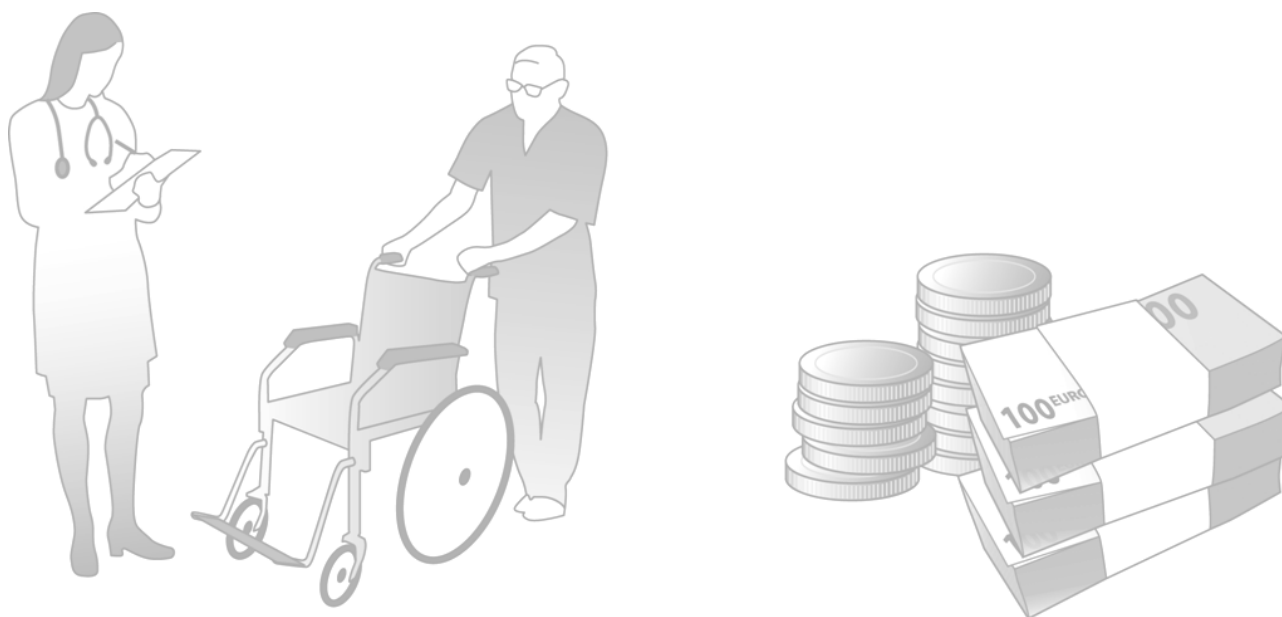
L'obiettivo principale della cooperazione consiste nel rinforzare i sistemi sanitari dei paesi a medio e basso reddito, fornendo il supporto tecnico e materiale alle istituzioni locali, attivando partnership sia all'interno del territorio sammarinese sia con altri Paesi e Regioni italiane, entrando nella rete con la cooperazione internazionale per rafforzare l'impatto delle azioni.

5 RISORSE E SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA

Concetti quali “salute come diritto e bene comune”, “solidarietà, equità ed universalismo”, “qualità dei servizi” ed “integrazione socio-sanitaria” diventano concreti solo se vi è un reale investimento sulla salute e vengono assegnate risorse economiche ed umane sufficienti per assicurare la sostenibilità del nostro sistema.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute, la riorganizzazione dei Servizi e l'implementazione di strategie e strumenti organizzativi e operativi innovativi non possono quindi prescindere da un adeguato finanziamento del sistema sanitario e socio-sanitario e dall'utilizzo di strumenti gestionali per un'ottimale allocazione delle risorse quali ad esempio il budget, processo decisionale che definisce i tempi e le risorse finanziarie, umane e strumentali che verranno impiegate dall'ISS annualmente, sulla base delle Linee di Indirizzo aziendali, per il conseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario e socio-sanitario.

Le risorse umane assumono un ruolo centrale per l'intero sistema di salute, in quanto la qualità dei servizi è legata prevalentemente ai professionisti sanitari e socio-sanitari, ai quali vengono richieste specifiche conoscenze e competenze sempre aggiornate per assicurare il buon funzionamento dei servizi, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini.



5.1 Finanziamento generale dei servizi sanitari e socio-sanitari

Nel precedente Piano Sanitario era stato proposto un nuovo sistema di Finanziamento che prevedeva la quota capitaria come principale sistema di allocazione delle risorse, anche se tale sistema non è stato ancora implementato. Nel frattempo però il Bilancio dell'Istituto è stato profondamente rivisto nella sua struttura, sia per quanto riguarda la contabilità che i centri di responsabilità, ricalcando finalmente la struttura gerarchico-organizzativa prevista dai vari provvedimenti normativi che ne hanno disciplinato la configurazione. Tale intervento ha permesso di superare un disallineamento che ormai caratterizzava la struttura del bilancio dell'ISS rispetto alla sua organizzazione interna per Dipartimenti ed Unità Organizzative, rendendone sostanzialmente impossibile l'applicazione. Inoltre con tale intervento, nel raccordo che è previsto tra il Bilancio dell'ISS ed il Bilancio dello Stato, si è creato un unico capitolo di finanziamento per i trasferimenti al settore sanitario e socio-sanitario da parte dell'amministrazione centrale superando i due capitoli esistenti. In precedenza, infatti, erano previsti due distinti trasferimenti: uno per il settore sanitario ed uno per il settore socio-sanitario. Si è andati, quindi, nella direzione di integrazione tra i due settori anche per quanto riguarda il finanziamento.

Nel prossimo triennio, sarà importante continuare a garantire al Servizio sanitario e Socio-sanitario le risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi fissati dal Piano.

Si ritiene infine utile evidenziare che, in questa fase storica, è necessario contestualizzare il sistema di finanziamento del sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese in un ambito generale e locale di crisi economica e finanziaria, che dovrebbe essere raccolta come sfida per i sistemi sanitari: trasformare una minaccia in un'opportunità. Dal documento elaborato dall'OMS nel 2009 sull'impatto dell'attuale crisi economica e finanziaria sulla salute globale, emerge quanto sia necessario mitigare l'impatto della crisi finanziaria sulla salute. Di fronte al declino della ricchezza e del reddito, la salute va tutelata come un diritto fondamentale; anche perché con la buona salute della popolazione si contribuisce alla crescita economica, alla riduzione della povertà, allo sviluppo sociale e alla sicurezza umana. La crisi finanziaria deve essere vista quindi come un'occasione per rafforzare i valori su cui si fonda una società e la tutela della salute dovrebbe essere usata per promuovere una maggiore attenzione alla giustizia sociale. Di qui un solenne appello ad attuare riforme basate sull'assistenza sanitaria di base (*"implementing primary health care reforms"*) che si

muovano verso l'obiettivo della copertura universale e che si basino su equità e solidarietà.

Ripartizione delle risorse

La ripartizione delle risorse all'interno dei vari servizi e strutture dell'ISS, sulla base della riforma del Bilancio dell'ISS avvenuta nel corso del 2010, come accennato in precedenza, ha seguito le logiche di aggregazione dei dati contabili per macro livelli di assistenza, suddivisi principalmente in Dipartimenti, assistenza farmaceutica, mobilità passiva e movimenti generali assistenza sanitaria.

Nel prossimo triennio si dovrà ricalibrare la ripartizione sulla base degli obiettivi stabiliti dal Piano. Considerato, inoltre, che il Dipartimento di Prevenzione svolge esclusivamente attività riguardanti la tutela ambientale, la sicurezza dei lavoratori e l'igiene degli alimenti e sanità pubblica veterinaria, al fine di valorizzare e rendere esplicite le voci riguardanti gli obiettivi di prevenzione primaria e secondaria attualmente distribuiti sia a livello ospedaliero che a livello territoriale (vaccinazioni, screening, promozione corretti stili di vita ecc...), nel prossimo triennio dovranno essere distinte le voci riguardanti tali attività.

Risorse economiche

L'aumento della spesa sanitaria costituisce un fenomeno generalizzato che, pur in presenza di una variabilità dei contesti istituzionali e organizzativi che caratterizzano tutti i sistemi sanitari moderni, dipende da cause di fondo comuni.

Ormai è ampiamente dimostrato che la domanda di servizi sanitari aumenta progressivamente con il miglioramento del tenore di vita e del livello di istruzione dei cittadini. Se, da un lato, tali condizioni di dilatazione della domanda di servizi sanitari possono considerarsi in via di esaurimento nel corso degli ultimi anni, altri fenomeni hanno cominciato ad esercitare una spinta destinata ad aumentare negli anni a venire. Uno degli elementi che vanno tenuti in considerazione è l'invecchiamento della popolazione, anche se tale fenomeno va letto in un'ottica più generale e complessa. Infatti, oltre ai costi sanitari e sociali dell'anziano, ovviamente più elevati di quelli del giovane, bisogna considerare che i tutti i consumi sanitari aumentano con il passare degli anni. E' perciò bene distinguere l'effetto di generazione, cioè la maggior spesa assorbita dalla popolazione giovane e anziana di oggi rispetto a quella provocata venti / trenta anni fa, dall'effetto del solo invecchiamento. Non va poi dimenticato come in sanità vi sia la confermata tendenza del crescere dei costi a tassi superiori rispetto a

quelli che caratterizzano il fenomeno inflattivo. Solo a titolo di esempio si pensi all'enorme aumento di spesa legato ai farmaci oncologici che ha caratterizzato la sanità sammarinese in questi ultimi anni, seppure non si sia in presenza di aumento dei casi trattati. E' auspicabile che, nell'allocazione delle risorse, si tenga conto di quanto sopra esposto.

Le risorse economiche complessivamente assegnate sono, per il 2014, suddivise per Dipartimenti ed Aree. Si ritiene interessante un raffronto con il 2011 (vedi tabella).

	Preventivo 2011	%	Preventivo 2014	%
Dipartimento Prevenzione	€ 3.013.500,00	3,36%	€ 2.683.000,00	3,18%
Dipartimento Socio-sanitario	€ 21.144.000,00	23,60 %	€ 20.179.000,00	23,93%
Dipartimento Ospedaliero	€ 41.929.000,00	46,80%	€ 39.151.000,00	46,42%
UOC Farmaceutica	€ 9.814.000,00	10,95%	€ 10.358.000,00	12,28%
UOC Medicina Fiscale e Mobilità Passiva	€ 12.540.500,00	14,00%	€ 8.867.000,00	10,52%
Movimenti generali assistenza sanitaria	€ 1.155.000,00	1,29%	€ 3.095.250,00	3,67%
Totale	€ 89.596.000,00	100 %	€ 84.333.250,00	100 %

Il trasferimento dal Bilancio dello Stato per il finanziamento dell'Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria è previsto per il 2014 per un ammontare di € 63.040.000,00, mentre nel 2011 era di € 66.800.000,00.

Si dovrà quindi valutare se la riduzione delle risorse nel tempo possa garantire la sostenibilità del sistema.

5.2 Budget

L'ISS ha sviluppato il processo di Budget per ogni centro di responsabilità, negoziato con i Responsabili delle singole unità organizzative e finalizzato ad orientare ogni

singolo Servizio agli obiettivi generali dell'ISS, così come indicato dal Piano Socio-Sanitario 2006-2008 e le linee di indirizzo annuali dell'ISS.

Nello specifico, ai sensi di quanto previsto dall'art. 14 della legge 165/2004, l'Istituto per la Sicurezza Sociale predispone, nel rispetto dei vincoli posti dal Bilancio dello Stato e da quanto previsto dalle linee di programmazione emanate dal Governo, un Bilancio economico per centri di responsabilità, redatto con la valenza di "Budget economico generale dell'Istituto" e sottoposto in fase preventiva al Consiglio Grande e Generale.

Nell'ambito dei valori annualmente preventivati e strutturati, come sopra indicato, il Comitato Esecutivo procede poi all'assegnazione delle risorse alle singole Unità Organizzative previa contrattazione dei Budget nei singoli Comitati di Dipartimento con ogni Direttore e Responsabile di Unità Organizzativa.

Il percorso di Budget definisce quindi obiettivi di produzione, qualitativi e quantitativi nel rispetto delle risorse assegnate ad ogni Direttore e o Responsabile. Il raggiungimento di tali obiettivi, in considerazione delle risorse assegnate, entrerà poi a far parte della valutazione annuale di ogni Dirigente. Seguendo il percorso brevemente sopra delineato i vari livelli di programmazione, governo e gestione vengono posti in essere nel rispetto delle risorse assegnate, a livello centrale, da parte del Governo.

Si ribadisce che il lavoro per obiettivi dovrà, nel prossimo triennio, diventare una modalità base di gestione dei singoli Servizi, sui quali verranno valutati, annualmente e triennialmente, i responsabili e le loro équipe di lavoro e ai quali dovranno essere legati gli incentivi finanziari e non finanziari.

5.3 Piano degli investimenti

Strutture ed impianti: E' necessario, coerentemente con le risorse economiche a disposizione, definire un piano di ristrutturazione delle strutture ospedaliere e territoriali al fine di assicurare la sicurezza e qualità dei servizi nel rispetto dei requisiti previsti in materia di autorizzazione e accreditamento e di favorire lo sviluppo di modelli innovativi espressi dal Piano quali la medicina di iniziativa e chronic care model, le cure intermedie, l'ospedale per intensità di cura.

In particolare si dovranno valutare attentamente le seguenti ipotesi di ristrutturazione:

- creazione di veri e propri Centri della Salute anche dal punto di vista strutturale, con conseguente e funzionale riorganizzazione delle farmacie;

- ristrutturazione graduale dell'ospedale andando nella direzione dell'intensità di cura;
- identificazione di ambienti idonei per le cure intermedie;
- differente collocazione del Dipartimento di Prevenzione, liberando spazi che potrebbero facilitare la riorganizzazione ospedaliera e dei servizi territoriali, incluse le cure intermedie;
- adeguamento di strutture in funzione di priorità e disposizioni legislative (es. Servizio Trasfusionale).

Tecnologie: dal punto di vista del parco delle attrezzature biomediche, occorrerà implementare modalità organizzative ed operative per la valutazione delle priorità di investimento in tecnologie sanitarie secondo i principi dell'Health Technology Assessment. Lo sviluppo di nuove attività, in particolare diagnostiche e chirurgiche, dovrà avvenire attraverso un'attenta analisi costo-beneficio, tenendo conto sia dell'evoluzione tecnologica, sia dei futuri possibili scenari di collaborazione con regioni limitrofe.

5.4 Politiche del personale, valorizzazione delle professionalità e formazione continua

Valorizzazione professionalità

Il successo di un'organizzazione complessa come l'ISS, e quindi il raggiungimento degli obiettivi prefissati dal Piano, non può prescindere dalla valorizzazione delle professionalità presenti nell'organizzazione, in quanto il rapporto operatore-cittadino è fortemente caratterizzato dal livello di personalizzazione, appropriatezza e umanizzazione delle prestazioni. Il fattore umano è, quindi, elemento strategico che influisce direttamente sulla quantità e qualità dell'assistenza nonché sul livello di soddisfazione di coloro che utilizzano i servizi sanitari e socio-sanitari. E' quindi fondamentale attuare un'attenta politica del personale che, a partire dai nuovi profili di ruolo, sappia individuare il reale fabbisogno sulla base degli obiettivi di salute e di sistema indicati dal Piano, valorizzando le funzioni, anche di livello dirigenziale, e il ruolo delle professioni sanitarie mediche e non mediche, offrendo altresì opportunità di crescita e di lavoro per i giovani sammarinesi.

Considerato che i profili professionali sanitari e socio-sanitari più di altri sono investiti dalla domanda di cambiamento e dalla necessità quindi di sviluppare nuovi saperi, competenze ed abilità, la politica del personale deve tradursi anche in adeguate

condizioni di lavoro, in maggiore efficacia delle azioni, in più proficue relazioni interne e con gli utenti ed un riconoscimento professionale anche fuori dal nostro territorio che favoriscano il senso di appartenenza al servizio sanitario e socio-sanitario sammarinese.

L'ISS dovrà redigere un piano pluriennale che identifichi quali sono le professionalità necessarie per sviluppare le politiche sanitarie di breve e lungo periodo, tenendo conto anche del progressivo ricambio generazionale a cui dovrà fare fronte nei prossimi anni.

Formazione

La formazione dovrà essere focalizzata sulle tematiche previste dai 7 macro-obiettivi trasversali del Piano 2015-2017, ponendo particolare attenzione agli strumenti di promozione della salute e prevenzione.

Inoltre, la formazione continua in ambito sanitario e socio-sanitario è essenziale per mantenere e migliorare nel tempo le conoscenze, le competenze ed i comportamenti dei professionisti ed incidere, in questo modo, positivamente sulla sicurezza, efficienza, efficacia ed appropriatezza degli interventi assistenziali ed è una leva fondamentale per raggiungere gli obiettivi fissati dal Piano. E' necessario quindi istituire un sistema obbligatorio di educazione continua in medicina (ECM) e in ambito sanitario e socio-sanitario che sia riconosciuto da parte di paesi dell'UE, anche avvalendosi di accordi stipulati con il Ministero della Salute Italiano e con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Il sistema non deve solo assicurare l'aggiornamento continuo delle competenze tecniche e specialistiche dei professionisti che operano in territorio sammarinese, ma definire altresì quali sono le aree di formazione che più di altre sono coerenti con gli obiettivi di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria, come ad esempio la cultura del management e del governo clinico (gestione del rischio clinico, percorsi assistenziali, audit clinico, health technology assessment) e la cultura del lavoro per obiettivi con la valutazione dei risultati (ciclo di progetto, indicatori, standard).

Il ruolo ed il coordinamento degli Ordini, dei Collegi e delle associazioni professionali

Il ruolo primario degli Ordini, dei Collegi ed Associazioni Professionali è quello di contribuire, insieme alla pubblica amministrazione, alla salvaguardia della salute della collettività, attraverso la tutela della libertà e dell'indipendenza dei professionisti, il

controllo sull'etica della professione e la promozione della formazione professionale al fine di garantire il mantenimento delle competenze professionali degli operatori iscritti.

Affinché si possano sviluppare e rafforzare tali prerogative anche a San Marino, sarà necessario sviluppare ulteriormente la normativa riguardante gli Ordini professionali che vada nella direzione di garantire, anche attraverso il ruolo di vigilanza svolto dall'Authority Sanitaria, la tutela della salute a partire dal supporto e dal controllo nei confronti dei professionisti al fine di assicurare la qualità delle attività svolte. Nell'ambito delle funzioni dell'Authority, che ha già sottoscritto accordi specifici con l'Ordine dei Medici e Odontoiatri e con l'Ordine degli Psicologi ed ha avviato un confronto con l'Associazione Infermieristica Sammarinese, sarà poi necessario attivare un coordinamento delle professioni sanitarie e socio-sanitarie, che operi su tematiche comuni a strutture pubbliche, private e liberi professionisti quali:

- Riconoscimento dei titoli di studio e professionali;
- Educazione e Formazione Continua;
- Rapporti con le Società medico-scientifiche;
- Autorizzazione e Accreditamento;
- Supporto all'elaborazione di norme nell'ambito della salute;
- Vigilanza sugli ordini e sui collegi delle professioni sanitarie;
- Rapporti con le professioni non costituite in ordini, collegi, associazioni ed attività non regolamentate.

6 IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO

La valutazione del Piano è uno processo fondamentale per verificare costantemente ed in modo oggettivo e puntuale il livello di applicazione delle politiche di salute, il conseguimento degli obiettivi di salute e di sistema e l'impatto che tali politiche e obiettivi hanno sulla salute ed il benessere della popolazione.

In un'ottica di continuità fra pianificazione delle politiche di salute contenuta nel Piano socio-sanitario e la programmazione che deriva principalmente dalle Linee di indirizzo aziendali per l'ISS, il Congresso di Stato avvalendosi dell'Authority sanitaria, dovrà presentare annualmente una valutazione sintetica dello stato di avanzamento delle politiche di salute e del grado di raggiungimento degli obiettivi a breve e lungo termine.

Per assicurare una "lettura" oggettiva della valutazione è necessario individuare indicatori anche con la collaborazione di Enti internazionali, ed in particolar modo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per il monitoraggio degli effetti delle azioni del Piano sulla salute dei cittadini. L'utilizzo di indicatori concordati con l'Organizzazione Mondiale della Sanità consente un confronto ed una valutazione comparata con altri paesi europei e mondiali, in particolare, in merito all'attuazione del programma europeo "Health 2020".



Gli indicatori, integrati con quelli previsti per Health 2020 secondo la metodologia SMART (specifici, misurabili, attuabili, realistici e temporalmente definiti), possono essere articolati nelle seguenti aree:

- Situazione demografica e socio-economica
- Stato di salute (mortalità e morbidità)
- Determinanti di salute
- Utilizzo dei Servizi sanitari e socio-sanitari
- Politiche di salute.

Gli indicatori, se opportunamente incrociati con altri elementi del Piano quali ad esempio il target di popolazione e confrontati con altri Paesi, consentiranno di avere una lettura integrata di differenti fenomeni e delle strategie della pianificazione e verificare costantemente l'efficacia sullo stato di salute delle scelte adottate in modo trasparente e verificabile da parte di tutta la popolazione.

Inoltre dovranno essere valutate le performance dell'ISS attraverso l'utilizzo dei seguenti indicatori:

- indicatori economico finanziari (es. spesa pro capite totale, spesa per livello di assistenza, suddiviso per prevenzione, socio-sanitario, ospedale, e relative percentuali sulla spesa totale dell'ISS, Scostamento dal Budget, Spesa farmaceutica);
- indicatori di processo:
 - o per prevenzione collettiva: copertura vaccinale nei bambini, negli anziani ed in soggetti "fragili" per cui è indicata la vaccinazione; proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello nei programmi organizzati per tumori della cervice uterina, mammella, colon retto; controlli su animali e alimenti; tasso standardizzato infortuni sul lavoro e infortuni domestici;
 - o per assistenza territoriale: tasso di ricovero per malattie croniche (es. diabete, BPCO, ictus, scompenso cardiaco) e complicanze, tasso di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica, % ricoveri psichiatrici ripetuti entro 1 anno, giornate di assistenza pro-capite nelle strutture residenziali e semiresidenziali, soggetti trattati con ADI;
- indicatori sul governo della domanda (tasso di ospedalizzazione globale e suddiviso per ricoveri ordinari, ricoveri in day hospital e day surgery, prestazioni fuori territorio);

- indicatori di appropriatezza (rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario, % DRG medici dimessi dai reparti chirurgici, % ricoveri in day surgery, % ricoveri ordinari medici brevi);
- indicatori di qualità clinica (% Ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa categoria diagnostica maggiore, % parti cesarei primari sul totale dei parti, % pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario, mortalità intraospedaliera per infarto, embolia polmonare o trombosi venosa post chirurgica, indice di sinistrosità, interventi chirurgici per tipologia di patologia e modalità chirurgica);
- indicatori sull'appropriatezza prescrittiva (%DDD per categorie di farmaci, consumo di antibiotici, consumo di morfina);
- indicatori di orientamento verso il paziente (es. rispetto standard dei tempi di attesa definiti dai Piani sanitari).

Dovranno essere infine previsti anche indicatori utili per analizzare l'utilizzo ed i costi per servizi sanitari e socio-sanitari privati.