

## **6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

La relazione sullo stato sanitario e socio sanitario della popolazione della Repubblica di San Marino si articola in tre parti:

- la prima parte riporta in sintesi i dati demografici della popolazione e le indicazioni sulla morbosità e mortalità;
- la seconda parte è dedicata allo stato dei servizi sanitari e socio sanitari e allo stato delle risorse umane;
- la terza parte riguarda i risultati economici, con l'evoluzione della gestione sanitaria e l'indicazione di obiettivi economici da prendere in esame per i prossimi esercizi.

In questo capitolo, che conclude la relazione, viene presentato un quadro sintetico dei contenuti informativi di maggior rilievo. Per gli aspetti economici si richiamano i dati e le considerazioni dettagliatamente esposti al capitolo 5.

### **Dinamica demografica e stato sanitario della popolazione**

La popolazione residente al 31 Dicembre 2002 risulta pari a 28.753 abitanti, di cui 14.072 maschi (48,9%) e 14.681 femmine (51,1%), con una crescita in termini assoluti di 587 unità rispetto al 2001, dato che conferma la tendenza ad un aumento costante della sua entità. Come è noto questo incremento demografico è la risultante di una dinamica ormai consolidata essendo determinato principalmente dall'apporto dell'immigrazione, piuttosto che del saldo naturale, rimasto, comunque, in questi anni sempre positivo, e attestandosi nel 2002 su valori del 3,23‰ contro il 17,36‰ del saldo migratorio.

La densità della popolazione sull'intero territorio risulta pari a 485,1 abitanti per Km<sup>2</sup>. e varia da 907,3 ab./Km<sup>2</sup> del Castello di Serravalle a 140,5 ab./Km<sup>2</sup> del Castello di Faetano.

In generale, l'ammontare e la distribuzione territoriale della popolazione sono tra i pochi parametri demografici rimasti, nel recente e meno recente periodo, moderatamente dinamici, a paragone di altri elementi che caratterizzano il panorama evolutivo, contraddistinto invece da profonde e significative trasformazioni, che sono tipiche della fase di transizione demografica attraversata da San Marino, così come la maggior parte dei paesi economicamente più avanzati. Vediamo in sintesi quali sono e quali effetti hanno prodotto.

Modifica della struttura per età della popolazione. Il calo della natalità, la riduzione della mortalità e l'allungamento della vita media hanno avuto importanti conseguenze sulla struttura per età della popolazione. Il fenomeno più rilevante è stato il suo rapido invecchiamento inteso come diminuzione della proporzione di giovani (minori di 15 anni) e come aumento della percentuale di anziani (in età di 65 anni e oltre) nella popolazione totale. Dal 1996 è in atto a San Marino una svolta storica della sua evoluzione demografica con la proporzione di anziani che supera quella dei giovani, valori che nel 2002 sono rispettivamente il 16,04% e il 14,99% del totale. Fra i Paesi della Comunità Europea l'analogo fenomeno si riscontra solo in Italia già dal 1993.

Di conseguenza l'indice di vecchiaia (rapporto fra anziani e giovani) ha decisamente superato la "soglia psicologica" di 100 anziani ogni 100 giovani ed è, inevitabilmente, destinato a crescere ancora. Negli ultimi quaranta anni registra un

aumento esponenziale passando da 38,78 anziani ogni 100 giovani (33,27% per i maschi e 44,94% per le femmine) al valore attuale di 107,01 (87,98% per i maschi e 128,19% per le femmine), ben inferiore, comunque, a quello registrato in Italia e nell'Emilia Romagna. Nel 2002 gli anziani sono circa un sesto della popolazione residente, di questi il 25% hanno più di ottanta anni. La popolazione dei "grandi vecchi", rappresentata dalle persone con più di 80 anni, costituisce il 4% del totale: oggi 1 persona su 25 ha più di 80 anni quando lo stesso rapporto era di 1 a 50 solo 20 anni fa e di 1 a 75 nel 1963.

L'indice di dipendenza che misura il carico di persone in età non attiva per ogni 100 persone in età lavorativa si attesta su un valore di 45 (44,75 nel 2001).

Femminilizzazione della popolazione. Com'è noto, a causa della più elevata sopravvivenza delle donne, il processo di invecchiamento comporta una progressiva femminilizzazione della popolazione: il rapporto tra femmine e maschi è pari a 104,33 donne ogni 100 uomini nella popolazione complessiva, ma si accentua nella popolazione anziana raggiungendo negli ultrasettancinquenni il valore di 158 femmine ogni 100 maschi. Quasi una donna su 6 (il 17,8%) ha 65 anni mentre quelle con almeno 80 anni superano il 5% del totale. Si assiste, dunque, congiuntamente ad un incalzante invecchiamento, ad un progressivo incremento della popolazione femminile, fattori che oltre a fornire un'utile indicazione della struttura demografica dei prossimi anni rappresentano un importante elemento da considerare in sede di valutazione preventiva dei consumi sanitari. Poiché l'aumento della popolazione anziana è un fenomeno da considerarsi irreversibile, a meno che non si vogliano rimettere in discussione i favorevoli livelli di sopravvivenza raggiunti, è necessario dotarsi degli strumenti necessari per governare l'impatto che esso ha e, ancor più avrà, nel prossimo futuro, sul sistema sanitario, previdenziale e, più in generale, sociale ed economico del Paese.

Natalità. Il tasso di natalità, pari a 10,4 nati ogni 1000 abitanti, segnala un decremento rispetto agli anni precedenti. L'analisi sul lungo periodo evidenzia una costante diminuzione della natalità che è passata dal 17‰ del periodo 1963/67 all'11,1‰ dell'ultimo quinquennio. Il numero delle nascite per donne in età feconda (indice totale di fecondità) si attesta nel 2002 su un valore di 1,205 nati, ampiamente al di sotto del livello di 2,0 in grado di garantire nel lungo periodo il rimpiazzo generazionale. Si ricorda che tale indice era pari a 2,232 nel 1970 e si manteneva sulla soglia di sostituzione fino al 1974 con 2,087. Senza entrare nel merito delle cause sociali, economiche e culturali di tale riduzione (fenomeno peraltro comune, sia pure con intensità e modalità abbastanza diverse, a tutti i paesi europei e industrializzati in generale), si può rilevare che questo fenomeno è fortemente associato allo spostamento in avanti del processo riproduttivo, con particolare riferimento al progressivo ritardo che si registra nell'età media alla nascita del primo figlio.

Riduzione della mortalità. Il tasso di mortalità è rimasto sostanzialmente stabile dal 1950 su valori medi del 7,5‰, tra i più bassi d'Europa. L'incidenza delle patologie prevalenti riconferma ai primi posti le malattie cardio-vascolari e le neoplastiche che insieme costituiscono oltre il 70% della mortalità osservata; le altre cause forniscono un contributo decisamente inferiore anche se rimane rilevante il peso percentuale degli stati morbosi mal definiti (6,4%).

I valori degli indicatori di natimortalità, mortalità perinatale e mortalità infantile si attestano su bassi livelli. Pertanto l'intervento sanitario dovrà continuare nell'orientamento di una politica di prevenzione, intesa come intensificazione di tutti quegli interventi utili alla rimozione dei fattori connessi agli esiti sfavorevoli della

maternità, parallelamente ad una loro precoce identificazione in modo da consentire una tempestiva opera di contrasto, riabilitazione e recupero.

Modificazione delle strutture familiari. Complementari ai dati sull'invecchiamento della popolazione sono quelli della dimensione dei nuclei familiari, che segnalano una progressiva riduzione, con conseguente maggiore difficoltà di assistenza per l'anziano che rimane in famiglia. La dimensione media della famiglia sammarinese rimane al disotto di 3 persone (2,4 nel 2002) contro il 3,2 segnalato nel 1980. L'incremento del numero dei nuclei familiari (+73,9% rispetto al 1980) è riconducibile in buona parte all'aumento delle famiglie di un solo componente.

Malattie infettive. Con riferimento ai casi notificati di malattia infettiva, dall'analisi dei dati relativi al quinquennio 1998/2002 si evidenzia un andamento oscillante di alcune malattie epidemiche tipiche dell'infanzia con la scomparsa, quantomeno ufficiale, del morbillo (1 solo caso negli ultimi cinque anni), e parallelamente un aumento di casi di varicella e scarlattina. Si ribadisce la tendenza ad una sottostima del fenomeno per effetto di un diffuso comportamento di evasione all'obbligo della denuncia. I dati relativi alla "sindrome da immunodeficienza acquisita" segnalano 1 nuovo caso di AIDS e 1 nuovo caso di sieropositività per HIV. I casi cumulativi registrati dal 1985 al 31 Dicembre 2002 riguardanti cittadini sammarinesi residenti sono 17 per AIDS e 22 per HIV+.

Malattie neoplastiche. Al fine di conoscere la reale incidenza della patologia neoplastica, dal 1996 è stato istituito anche a San Marino il Registro Tumori, strumento essenziale per l'avvio di una corretta programmazione sanitaria in ambito oncologico, per la valutazione dei programmi di screening, per confronti internazionali sull'incidenza dei tumori delle varie sedi, per facilitare l'attività epidemiologica sia in ambito clinico che eziologico. Dall'analisi dei dati relativi al periodo 1998/2002 si rileva che nella Repubblica di San Marino sono stati diagnosticati 730 nuovi casi di tumore (non sono stati considerati gli epitelomi della cute) di cui 403 nel sesso maschile e 327 in quello femminile con un tasso di incidenza pari rispettivamente a 602,9<sup>0</sup>/0000 e 468<sup>0</sup>/0000.

La neoplasia che si presenta con la massima frequenza nella popolazione maschile è quella della prostata (76 casi) seguita da polmone (52 casi) e colon (49 casi). Fra le donne le neoplasie con più alta incidenza sono, nell'ordine, il tumore della mammella (88 casi), colon (31 casi) e stomaco (25 casi). Sempre nel periodo analizzato sono deceduti per neoplasia 337 pazienti, di cui 212 di sesso maschile e 125 di sesso femminile. I tumori polmonari rimangono, con 53 decessi, la neoplasia con mortalità più elevata nella popolazione maschile, seguiti dai tumori dello stomaco (27 casi) e della prostata (20 casi) mentre in quella femminile le neoplasie della mammella (22 casi) e dello stomaco (14 casi) risultano nell'ordine le cause di morte con più alta frequenza.

### **Stato dei servizi sanitari e delle risorse umane**

Come risulta più dettagliatamente dai precedenti capitoli, anche nel 2002 l'organizzazione sanitaria sammarinese ha saputo corrispondere, ad un livello certamente buono, alle aspettative della cittadinanza, anche per merito di un sempre maggior ricorso alla sofisticata strumentazione tecnologica disponibile.

Particolare attenzione ed adeguate risorse sono state riservate alla **Medicina di base** ed all'assistenza infermieristica domiciliare, nel duplice intento di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di garantire un'attività territoriale integrata con

quella specialistica ed ospedaliera. Si ravvisa, peraltro, l'opportunità di studiare idonee iniziative per ridurre ulteriormente il ricorso alla diagnostica strumentale, per contenere il consumo di farmaci, oggi ancora esuberante, anche con un maggior ricorso ai "generici", e per realizzare opportuni protocolli terapeutici. La Medicina di base rappresenta il punto di coordinamento e di integrazione di tutti i percorsi di accesso ai servizi sanitari da parte del cittadino. Si prende atto che l'accesso ai servizi ha subito una positiva riduzione dei tempi di attesa, che ormai non superano i sette giorni. Per qualificare ulteriormente l'accesso alle prestazioni di medicina generale sarebbe auspicabile che venissero realizzati programmi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione, nonché programmi di aggiornamento diretti ai medici, per promuovere un comportamento prescrittivo sempre più rispondente ai principi dell'E.B.M. (Evidence Based Medicine) e dell'appropriatezza.

Di primaria importanza risulta pure l'attività svolta dal **Servizio di Igiene Ambientale**, servizio di elevata complessità per la molteplicità delle funzioni svolte, che si estendono dalla vigilanza su cibi e bevande a quella sull'ambiente globalmente inteso, l'igiene e la medicina veterinaria, la sicurezza nei luoghi di lavoro. Si tratta di un servizio deputato a salvaguardare la salute pubblica, con risultati non immediati, ma che si rivelano certamente nel lungo periodo.

Il **Servizio Anziani** assume un progressivo rilievo in dipendenza dell'allungamento della vita media e richiederà sempre maggiori attenzioni sia per l'aspetto sociale che per quello strettamente sanitario. Particolarmente delicato ed oneroso è il problema degli anziani non autosufficienti, in costante crescita, che necessitano di strutture adeguate, raramente potendo rimanere in famiglia. La Casa di Riposo dell'I.S.S. risulta satura già da qualche anno tanto che si è reso necessario ricoverare una trentina di anziani in Case di Riposo italiane. Come già evidenziato al precedente punto 5.1.6, potrebbe risultare conveniente incentivare la realizzazione in territorio di una Casa di Riposo privata, da convenzionare poi con l'I.S.S..

Il **Servizio Ospedaliero e Specialistico**, evidenziando una continua e positiva contrazione delle giornate di degenza, cui fa riscontro l'altrettanto positiva attività di day-hospital e day-surgery, evidenzia che i tempi sono maturi per la più volte accennata opportunità di riorganizzazione interna, superando il concetto di Divisione di degenza per approdare a più economiche e funzionali "aree divisionali omogenee", con un più razionale utilizzo di personale medico ed infermieristico.

Date le potenzialità operative dell'Ospedale di Stato – certamente superiori a quelle richieste dalla popolazione residente, ma non per questo comprimibili – non vanno tralasciati i tentativi di allargare il bacino d'utenza alle Regioni italiane limitrofe, tramite idonee convenzioni di reciproca convenienza.

## **Finanziamento e spesa**

Il tema è già stato diffusamente trattato nella precedente Parte III, Capitolo 5, per cui non rimane che ribadire in questa sede quanto già evidenziato nelle relazioni degli anni precedenti in tema di gestione dell'I.S.S..

La gestione sanitaria necessita di flessibilità, efficienza e tempestività d'intervento, non riscontrabili nella generalità delle altre strutture pubbliche. L'attuale rigidità legislativa in materia di dotazione organica e gli appesantimenti burocratici che incombono su qualsivoglia provvedimento dell'I.S.S., nonché gli assai scarsi poteri gestionali attribuiti al Direttore Generale dell'Istituto, impediscono una efficace gestione manageriale della sanità sammarinese, che rischia pertanto di rispondere

tardivamente ed a costi sempre maggiori al progresso dell'arte medica ed assistenziale in genere.

Cessato da qualche tempo il periodo di "rimborso a piè di lista" della spesa sanitaria, che deve forzatamente contemperarsi con le risorse disponibili, inevitabilmente limitate ancorché generose, appare oggi indispensabile procedere a momenti di razionalizzazione dei costi in modo che gli stessi siano funzionali alla appropriatezza degli interventi. Tale concetto postula la indispensabilità di un sistema di Controllo di Gestione efficiente, che permetta analisi approfondite dei costi e dei momenti in cui gli stessi vengono a formarsi. Infatti l'attivazione di un sistema integrato di Controllo di Gestione in una organizzazione sanitaria risulta indispensabile per garantire l'efficacia del processo decisionale e per coordinare in modo sinergico i comportamenti degli operatori indirizzandoli al perseguimento degli obiettivi prefissati.

Riguardo al primo aspetto occorre rilevare che il controllo di gestione fornisce al decisore informazioni indispensabili in tutte le fasi in cui si articola l'attività decisionale: consapevolezza dell'esistenza di un problema e della conseguente necessità di prendere una decisione, analisi del problema, sviluppo di soluzioni alternative, scelta della soluzione valutata come la più idonea a risolvere il problema.

In particolare l'attribuzione mirata di costi e ricavi a centri di responsabilità opportunamente individuati e le analisi condotte per gruppi omogenei di fattori produttivi e per macrolivello di assistenza consentono di operare delle analisi di benchmarking attraverso le quali individuare quei fenomeni che fuoriescono dal quadro degli scostamenti accettabili. La conoscenza di tali fenomeni costituisce poi il presupposto per poter attivare in modo integrato e coordinato le politiche di intervento atte a rimuovere i principali effetti distorcenti.

Riguardo al secondo aspetto va rilevato come alcune caratteristiche peculiari del settore sanitario (elevata autonomia professionale degli operatori, responsabilità diretta del sanitario nei confronti dei pazienti anche dal punto di vista giuridico, elevata specializzazione delle unità operative) generano l'insorgere di un consistente numero di "ordinatori di spesa" che devono necessariamente essere controllati ed indirizzati, attraverso la metodica della gestione budgettaria, al perseguimento degli obiettivi aziendali.