

CONGRESSO DI STATO

Seduta del: 19 LUGLIO 2021/1720 d.F.R.

Delibera n.13

Pratica n. 1.3.5 - 218/2021/XXX

Oggetto: Adozione Piano Sanitario e Socio – Sanitario 2021 – 2023

IL CONGRESSO DI STATO

sentito il riferimento del Segretario di Stato per la Sanità e la Sicurezza Sociale;

visto l'articolo 4 della Legge 30 novembre 2004 n. 165;

vista la delibera del Consiglio Grande e Generale n. 24 del 23 febbraio 2021 di presa d'atto degli Indirizzi Generali per il Piano Sanitario e Socio-Sanitario della Repubblica di San Marino 2021-2023;

vista la nota della Consulta Sociale e Sanitaria del 13 luglio 2021, prot. n. 2972/DG/2021 con la quale viene espresso il parere alla proposta di Piano Sanitario e Socio – sanitario 2021 - 2023;

adotta

la proposta del Piano Sanitario e Socio – Sanitario 2021 – 2023, nel testo posto agli atti della presente seduta;

incarica

il Segretario di Stato relatore di avviare l'iter per la approvazione in Consiglio Grande e Generale del piano stesso.

Il Segretario di Stato

Estratto del processo verbale rilasciato ad uso: dell'Ecc.ma Reggenza, dei Signori Segretari di Stato, della Segreteria di Stato per la Sanità e la Sicurezza Sociale, dell'Authority Sanitaria, della Consulta Sociale e Sanitaria, del Comitato Esecutivo ISS, dell'Ufficio Segreteria Istituzionale

SEGRETERIA DI STATO

PER LA SANITÀ E LA SICUREZZA SOCIALE,

LA PREVIDENZA E GLI AFFARI SOCIALI, GLI AFFARI POLITICI,

LE PARI OPPORTUNITÀ E L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA

Piano Sanitario e Socio Sanitario

Repubblica di San Marino

2021-2023



San Marino 03 Luglio 2021

Piano Sanitario e Socio Sanitario
Repubblica di San Marino 2021-2023

INDICE	2
Premessa.....	3
Sintesi	4
1 - Elementi di base per la formulazione del Piano Sanitario e Socio Sanitario 2020-2021.....	5
2 - Elementi chiave del Profilo di Salute della Popolazione di San Marino	10
3 - Continuità con il Piano Sanitario e Socio Sanitario 2015 - 2017 e valutazione degli obiettivi raggiunti	21
4 - Enti del Sistema Sanitario Sammarinese.....	23
5 - Promozione della salute e Prevenzione.....	28
6 - Malattie di particolare impatto sanitario e sociale	32
7 - L'Istituto per la Sicurezza Sociale	41
8 - La politica del farmaco e dei dispositivi medici	53
9 - Il sistema Informativo	54
10 - La medicina non convenzionale e complementare	57
11 - Le reti con l'esterno	58
12 - L'Innovazione	59
13 - La Professionalità ed appropriatezza	61
14 - La partecipazione del cittadino	63
15 - Le risorse e la sostenibilità del sistema	64
16 - Il processo di valutazione del Piano Sanitario e Socio sanitario	71

Premessa

Il Piano sanitario e socio-sanitario 2021-2023 è stato sviluppato sulla base degli Indirizzi Generali per la predisposizione del Piano sanitario e socio-sanitario della Repubblica di San Marino 2021-2023 (articolo 4, secondo comma della Legge 30 novembre 2004 n.165) approvati con delibera n. 24 del Consiglio Grande e Generale nella seduta del 23 febbraio 2021.

La Segreteria di Stato per la Sanità, con il supporto tecnico dell'Authority, il coinvolgimento del Comitato Esecutivo dell'I.S.S., i professionisti dell'I.S.S., le istituzioni e le forze sociali, che hanno avuto l'opportunità di poter esprimere il proprio punto di vista ed hanno quindi dato un concreto contributo nella preparazione del Piano, ha elaborato il presente Piano Sanitario e Socio Sanitario per il triennio 2021-23.

Il piano, come da consuetudine, include in un'unica proposta, in modo integrato, sia la parte sanitaria sia quella socio-sanitaria.

Il Piano pone la persona al centro della sua azione con l'obiettivo di garantire un sistema sanitario e socio-sanitario in grado di dare risposte adeguate alla domanda di salute proveniente dai cittadini/utenti/pazienti.

Questo Piano si caratterizza per la forte ricerca alla sostenibilità del sistema sanitario, un piano che, conscio dell'invecchiamento della popolazione e della riduzione delle nascite, sia in grado di affrontare le nuove fragilità legate alle persone anziane, alle persone con poli-morbilità, adeguando i propri servizi alle esigenze della società e dei più bisognosi.

In continuità con il sistema universalistico, che da sempre caratterizza il nostro sistema sanitario, la sua sostenibilità potrà quindi essere raggiunta attraverso la riorganizzazione dei servizi, l'eliminazione delle criticità e degli sprechi, con un approccio integrale sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Questo piano sanitario e socio sanitario vuole inoltre essere propulsivo per una sanità che in una dimensione globale, attraverso un attento sistema di regole e normative, può essere catalizzatore di nuovi investimenti. L'azione comune e condivisa, l'integrazione delle competenze dell'I.S.S., dell'Authority, del Comitato Sammarinese di Bioetica ed il Comitato Etico per la Sperimentazione e la Ricerca e l'Università, la sanità sammarinese potrà essere anche un importante motore economico promuovendo l'innovazione, la tecnologia e la sperimentazione.

La recente pandemia da SARS-CoV 2 ha evidenziato quanto sia importante, in caso di emergenze, la rete di relazioni internazionali. In quest'ottica sarà rilanciata l'azione che ha visto San Marino protagonista centrale nel dare avvio alla proposta all'interno dell'OMS della sezione degli Small Countries, una piccola realtà che può essere una grande risorsa per le positive ricadute sulla sanità pubblica.

Sintesi

Capitolo 1: Le politiche di salute delineate da Segreteria di Stato per la Sanità, Congresso di Stato e Consiglio Grande e Generale, sulla base degli indirizzi contenuti nel programma di governo e nel rispetto delle norme interne ed internazionali sono integrate dalle indicazioni strategiche provenienti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Capitolo 2: 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. Sulla base dei bisogni evidenziati nel profilo di salute e dalle linee strategiche, vengono quindi proposti specifici obiettivi di salute che partendo dalla promozione della salute e la prevenzione individuano le malattie di particolare impatto sanitario e sociale.

Capitolo 3: Il Piano sanitario e socio sanitario parte dall'analisi degli obiettivi definiti nel Piano 2015-17 valutando i punti di forza e di debolezza emersi dal sistema e gli obiettivi realizzati e conclusi. Nell'ottica di una continuità con il precedente piano molti degli obiettivi potranno essere aggiornati e riproposti con definizioni al passo con la sanità attuale.

Capitolo 4: La sanità sammarinese rappresenta un sistema complesso che vede partecipare diversi attori che, a vario titolo, sono direttamente coinvolti al raggiungimento dell'obiettivo di salute. In quest'ottica è importante l'interazione fra chi come l'Authority sanitaria ha un ruolo di garanzia delle regole, l'I.S.S. quale struttura attorno cui si muove il sistema sanitario pubblico con l'integrazione dei servizi privati e le alleanze con le altre istituzioni e settori extra-sanitari.

Capitolo 5: Alla prevenzione e la promozione della salute è demandato l'importante incarico di agire positivamente nell'alfabetizzazione della popolazione, sul corretto utilizzo della struttura sanitaria e sulla necessità di agire in maniera significativa con programmi di prevenzione primaria e di prevenzione secondaria.

Capitolo 6: Nell'ambito della programmazione sanitaria è stato inserito anche questo particolare capitolo sulle patologie di particolare rilevanza sanitaria e sociale per avere un quadro più ampio dell'azione richiesta per il miglioramento dello stato di salute dei cittadini sammarinesi.

Capitolo 7: Questo capitolo è dedicato all'organizzazione della sanità pubblica. All'I.S.S. viene richiesto il maggior impegno di modernizzazione del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie. Sia l'organizzazione ospedaliera che quella territoriale dovrà essere aggiornata nella ricerca di un equilibrio economicamente sostenibile garantendo al tempo stesso il miglioramento dei servizi. All'interno del programma dell'I.S.S. particolare rilievo è dato alle problematiche della disabilità e della famiglia dovranno essere effettuate nel rispetto del "whole life course approach".

La politica del farmaco e dei dispositivi medici (**Capitolo 8**), il Sistema informativo sanitario e socio sanitario (**Capitolo 9**), la Medicina non convenzionale e complementare (**Capitolo 10**), la gestione delle reti con l'esterno (**Capitolo 11**) sono capitoli che per le loro peculiarità comprendono un insieme di azioni che devono essere adottate a tutela della salute del cittadino.

Capitolo 12: L'innovazione tecnologica e la sperimentazione rappresentano le sfide del futuro a cui San Marino si deve far trovare pronto sia per quanto riguarda l'aggiornamento degli aspetti normativi che l'applicazione nell'ambito sanitario.

Capitolo 13: Nell'ambito della revisione dell'organizzazione dei servizi sanitari uno specifico spazio è dedicato alla professionalità degli operatori e all'appropriatezza della diagnosi e cura.

Completano la stesura del piano la partecipazione attiva dei cittadini (**Capitolo 14**), la completa sostenibilità del sistema sanitario (**Capitolo 15**) e non ultimo il sistema di valutazione e di verifica periodico, almeno annuale, dell'applicazione delle politiche e del raggiungimento degli obiettivi prefissati (**Capitolo 16**).

1 -Elementi di base per la formulazione del Piano Sanitario e Socio Sanitario 2021-23

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

- Leggi e documenti di indirizzo in ambito sanitario e socio-sanitario della Repubblica di San Marino
- Documenti di indirizzo internazionali e allineamento a politiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
- Accordi della Repubblica di San Marino con Organizzazioni Internazionali e Italiane in ambito sanitario e socio-sanitario

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.

A distanza di quasi 50 anni, il sistema sanitario, nel 2004, viene riformato con introduzione di nuove norme che disciplinano la materia autorizzativa e soprattutto gli organismi istituzionali e di gestione dell'I.S.S.

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 ex Decreto 70/2005 ora Decreto 11/2020 e il Decreto 115/2008 (Regolamenti per autorizzazione e accreditamento) e al Decreto 1/2010 (atto organizzativo dell'I.S.S.), definiscono una nuova governance e riorganizzano l'intero sistema sanitario e socio-sanitario.

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'I.S.S., 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'I.S.S., pur mantenendo le fondamentali prerogative di universalità sancite dalla Legge 42/1955.

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

1.2.1 ONU - SDGs

Il Piano Sanitario e Socio-Sanitario 2021-2023 è stato sviluppato sulla base delle strategie di riferimento internazionali, con particolare riguardo alle strategie globali per lo sviluppo sostenibile (Agenda 2030 for Sustainable Development) e ai 17 obiettivi (Sustainable Development Goals - SDGs). La buona salute ed il

benessere, formalmente focalizzati nel terzo obiettivo dei 17 SDGs, sono centrali e strettamente correlati a molti obiettivi che prevedono, fra l'altro, di eliminare la povertà, la fame e le ineguaglianze, intervenire sul cambiamento climatico e preservare l'ecosistema ambientale, adottare sistemi di educazione accessibili a tutti e di qualità, costruire solide istituzioni e agire in partnership. Lo scopo ultimo di questa ambiziosa sfida dell'ONU è coinvolgere le comunità di tutto il mondo nel gettare le basi per la salvaguardia del pianeta e per garantire il benessere a tutti i suoi abitanti.

1.2.2 OMS – Health 2020

Il Piano tiene conto anche delle politiche di salute dell'OMS Europa, con particolare riguardo al documento "Health 2020" – per un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere – e al "Programma di lavoro europeo 2020-2025 - un'azione unitaria per una salute migliore in Europa".

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.

Il Programma di lavoro europeo 2020-2025, strettamente collegato agli SDGs dell'ONU e alle politiche dell'OMS ha identificato le seguenti priorità con alcune direttrici:

- Garantire il diritto alla Copertura Sanitaria Universale.
 - Sostenere gli sforzi degli Stati membri per mettere le persone al centro dei servizi
 - Sostenere gli sforzi degli Stati membri per garantire e migliorare la protezione finanziaria
 - Sostenere gli sforzi degli Stati membri per affrontare le difficoltà del personale sanitario dopo la ripresa post-COVID-19
 - Sostenere gli sforzi degli Stati membri per garantire a tutti l'accesso ai farmaci, ai vaccini e ai prodotti sanitari
 - Sostenere gli sforzi degli Stati membri per migliorare la governance e la gestione
- Proteggere il cittadino e la comunità dalle emergenze sanitarie
 - Ampliare la portata della revisione in corso d'opera delle azioni in corso in risposta alla crisi COVID-19 per farne una revisione formale della risposta della Regione Europa alle recenti emergenze sanitarie
 - Sostenere le capacità di preparazione e di risposta dei Paesi
 - Rafforzare la preparazione e la capacità di risposta a livello regionale e produrre i beni pubblici necessari per gestire le crisi
- Promuovere la salute e il benessere
 - Contribuire allo sviluppo di ambienti di vita che favoriscono la salute e il benessere
 - Promuovere una vita migliore, più sicura e più sana
 - Migliorare la sicurezza del paziente e affrontare il problema della resistenza antimicrobica
 - Formulare informazioni strategiche sui livelli e le disuguaglianze di salute e benessere

- Rivedere i principali programmi consolidati all'interno dell'OMS/Europa, valutando in quale misura la loro efficienza debba essere migliorata attraverso l'innovazione in termini di digitalizzazione, tecnologia e organizzazione

1.2.3 OIE "One Health"

Particolare attenzione va posta anche alla proposta del "One Health Approach", fortemente promossa dall'Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (OIE), che prevede un approccio integrato per raggiungere uno stato di salute ottimale per le persone, gli animali e il nostro ambiente.

L'approccio One Health, a livello dei paesi più sviluppati, è stato fino ad oggi applicato principalmente alla salute animale, alla sicurezza degli alimenti, alle epidemie zoonotiche e all'antibiotico-resistenza. Alla luce degli attuali scenari, va preso in più attenta considerazione anche per quanto riguarda l'inquinamento delle risorse naturali e la distruzione della biodiversità, la progettazione urbana e la pianificazione territoriale, produttiva e dei trasporti. Un cambio di paradigma che riconosce come la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente.

L'OIE, infatti, sostiene l'approccio One Health come un mezzo collaborativo e inclusivo per controllare la sanità pubblica e animale a livello mondiale. Combattere tutti i patogeni zoonosici controllandoli a livello della loro fonte animale è la soluzione più efficace e la più economica per proteggere l'uomo.

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

1.3.1 Organizzazione Mondiale della Sanità'

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 coinvolgono gli Stati dell'area Europea con una popolazione inferiore a 2 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.

L'accordo di cooperazione fra gli "Small Countries", se da un lato la pandemia ha determinato una limitazione delle iniziative, dall'altro lato la stessa gestione dell'emergenza sanitaria conseguente alla pandemia da Covid 19, ha evidenziato quanto sia importante condividere esperienze e opportunità con altri paesi che presentano

le nostre stesse criticità: approvvigionamento dei farmaci (vaccini), gestione delle vaccinazioni, gestione della documentazione tecnica (Green Card). Al fine di favorire maggiormente l'interazione fra i vari paesi il Piano Sanitario prevede di riattivare in maniera vigorosa le relazioni consolidate soprattutto nell'intento di avviare proficue collaborazioni fra i vari Sistemi sanitari degli Small Countries e favorire gli scambi culturali, esperienziali e dei professionisti.

1.3.2 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 afferenti 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.

1.3.3. 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 la cui sottoscrizione della stipula di uno o più accordi di associazione interesseranno direttamente anche la parte sanitaria.

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.

In questo contesto sempre maggiore rilevanza avranno l'approvazione di normative tecniche come le Good Practices nelle sue varie espressioni: Clinical (GCP), Manufacturing (GMP), Laboratories (GLP) e Clinical Laboratories (GCLP).

1.3.4. 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.

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 per la Sanità della Repubblica di San Marino sulla cooperazione nel campo della Salute e delle Scienze Mediche.

Nel Memorandum sono stati identificati i settori di cooperazione in cui entrambi gli stati si impegnano a collaborare: 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.

Un nuovo Piano d'Azione per gli anni 2021-2023 è stato recentemente sottoscritto e le parti hanno concordato di continuare la stretta collaborazione sulle principali tematiche sanitarie.

I punti dell'accordo riguardano la collaborazione sui seguenti temi:

1. programmazione sanitaria e socio-sanitaria - modelli di cooperazione sanitaria di base, specialistica e di eccellenza - accreditamento istituzionale - cooperazione regionale e servizi sanitari informativi integrati - sicurezza delle cure e gestione del rischio;
2. sanità pubblica, malattie infettive e cronico degenerative e relativi fattori di rischio modificabili, indagini di sorveglianza per tutte le fasce di età;
3. sangue ed emocomponenti, cellule, organi e tessuti;
4. medicinali e materie prime farmaceutiche, dispositivi medici, cosmetici e biocidi;
5. alimenti per gruppi specifici di popolazione di cui al Regolamento (UE) 609/2013, alimenti addizionati di vitamine, minerali e talune altre sostanze di cui al Regolamento (CE) 1925/2006, integratori alimentari di cui alla Direttiva 2002/46/CE, medicinali veterinari di cui al Regolamento (UE) 2019/6 che abroga la direttiva 2001/82/CE, anagrafi delle aziende zootecniche e non di cui al Regolamento (CE) 1760/2000, controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare, ovvero il sistema dei controlli ufficiali in materia di alimenti, mangimi, sanità e benessere animale così come previsto dal Regolamento (UE) 2017/625;
6. ricerca scientifica, sperimentazione clinica in ambito europeo;
7. definizione di iniziative anche normative in previsione del riconoscimento dei titoli di carriera;
8. supporto alla implementazione di un sistema di Formazione continua in medicina della Repubblica di San Marino;
9. avvio di un confronto su collaborazione per la coltivazione di cannabis per uso medico e per la produzione farmaceutica di medicinali di origine vegetale a base di cannabis.

Tali argomenti saranno sviluppati nel prossimo triennio all'interno di specifici tavoli tecnici con il contributo dell'Authority Sanitaria e dell'Istituto per la Sicurezza Sociale.

Allo stesso tempo dovranno essere ampliate le collaborazioni con le Regioni limitrofe, in particolare rafforzare l'Accordo di Collaborazione fra la Repubblica di San Marino e la Regione Emilia Romagna, 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"). Nell'ottica di una maggior integrazione fra i sistemi sanitari della Repubblica di San Marino e la Regione Marche nel prossimo triennio dovrà essere inoltre implementato e potenziato l'Accordo di Collaborazione in ambito sanitario con la stessa Regione al fine di un maggior interscambio di servizi e di prestazioni sanitarie.

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 2021-2023 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.

2.1 Analisi socio-demografica

Al 1° gennaio 2021 la “popolazione presente” (residenti + soggiornanti) nella Repubblica di San Marino era pari a 34.805 abitanti, di cui 17.823 femmine e 16.982 maschi. La popolazione “residente” rappresenta il 96,6% della presente, mentre il restante 3,4% è costituito dalla popolazione “soggiornante”. La densità abitativa è piuttosto elevata, 549,5 abitanti per Km quadrato superiore a quella dei territori limitrofi (provincia di Rimini 393).

Negli ultimi 10 anni (dal 2011 al 2021) vi è stato un trend sempre crescente della popolazione residente, dovuto al continua positività del saldo migratorio¹ che ha controbilanciato anche i valori negativi degli ultimi anni del saldo naturale² migratorio. I residenti denotano una crescita costantemente con segno positivo anche se la variazione percentuale dal 2013 è scesa sotto all'+1% raggiungendo il valore minimo tra gli ultimi due anni (+0,2%), mentre per la popolazione presente, rappresentata dai soggiornanti³, le variazioni percentuali sono più altalenanti e differenziate tra i sessi. Ad esempio tra gli ultimi due anni, la variazione è più elevata per la componente femminile (+2,2%) ed è nulla per quella maschile (0%), Questo dipende soprattutto dal fatto che la componente femminile della popolazione soggiornante è composta in gran parte da collaboratrici familiari provenienti dai paesi extraeuropei che vivono nelle famiglie sammarinesi mentre la componente maschile composta da lavoratori stranieri e stagionali in gran parte a risentito della crisi economica degli ultimi anni e anche del periodo pandemico che ha portato alla chiusura di molte attività economiche. La popolazione dal punto di vista territoriale risulta maggiormente concentrata nei Castelli di Serravalle (32,9%), di Borgo Maggiore (20,7%), di Città (12%) e Domagnano (10,5%). La densità abitativa per km quadrato supera i 1084 abitanti a Serravalle, 729,5 a Borgo Maggiore, 617,6 a San Marino Città, 486,7 a Domagnano. Tra i Castelli varia anche in maniera significativa la composizione per età. Borgo Maggiore e Città sono i castelli più “anziani”, Acquaviva è invece rappresentata da una popolazione più giovane.

A inizio anno 2021 la popolazione straniera⁴ residente in Repubblica si attesta a 5.495 unità (16,34% dei residenti complessivi). Si tratta in prevalenza di italiani (85,7%), seguiti dai rumeni (3,1%), ucraini (1,38%), russi (0,98%), argentini (0,96%) e albanesi (0,78%). Fra i soggiornanti gli italiani rappresentano una percentuale più bassa rispetto a quella dei residenti (44,39%), seguiti da un consistente numero di persone

¹ Il saldo migratorio è dato dalla differenza fra immigrati ed emigrati

² Il saldo naturale è dato dalla differenza tra nati e morti

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.

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

di nazionalità ucraina (26,9%) prevalentemente donne, rumena (8,7%), moldava e russa (3,1%). Le persone di queste ultime nazionalità sono prevalentemente donne presenti sul territorio per motivi di lavoro all'interno delle famiglie sammarinesi ("badanti", colf ecc.).

La popolazione sammarinese ha raggiunto, al 1° gennaio 2021, livelli di aspettativa di vita alla nascita⁵ molto elevati, pari a 83,0 anni per gli uomini e 86,8 anni per le donne. San Marino risulta tra i primi 5 paesi al mondo per aspettativa di vita, anche se va notato che la pandemia, anche considerando solo il 2020, abbia fermato il trend crescente da molti anni con un lieve decremento dovuto all'incremento delle morti per covid19.

Dall'analisi della serie storica degli ultimi anni permane la riduzione della differenza tra uomini e donne. Infatti la speranza di vita alla nascita degli uomini sammarinesi continua ad avvicinarsi a quella delle donne (la differenza nella aspettativa di vita alla nascita tra i due sessi era di 5,17 anni nel 2010 ed è pari a 3,78 anni nel 2021).

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.

Altri indicatori importanti per meglio comprendere la struttura demografica della popolazione sammarinese sono:

- l'indice di invecchiamento⁷, che è pari a 152,53 vale a dire per ogni 100 individui tra 0 e 14 anni a San Marino ci sono 152 ultra-sessantacinquenni, più alto per la componente femminile che ha una aspettativa di vita più elevata (168,57 contro 137,14 per la componente maschile). Dal 2010 il trend di questo indicatore è comunque in progressiva crescita anche a San Marino (nel 2010 era pari a 112,36). Territorialmente l'indicatore ha il suo valore più elevato a San Marino Città (238) e il più basso a Montegiardino (98);
- 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 121,95 del 2010 si è passati al 158,7 del 2021. 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.

L'età media della popolazione sammarinese al 1° gennaio del 2021 era pari a 44,49, valore che si alza a 47,9 nella popolazione del castello di città, mentre diminuisce a 41 nel castello di Montegiardino. Per analizzare la struttura per età della popolazione si considerano in genere le seguenti fasce di età: giovani (0-14 anni), adulti (15-64 anni) e anziani (65 -74 anni), grandi anziani (75 anni e oltre). In base alle diverse proporzioni fra tali

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.

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

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 più 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" e "grandi anziani". I giovani (0-14 anni) rappresentano infatti il 13,6%, mentre la fascia over 65 è pari al 20,57%, di essi quelli che hanno più di 75 anni rappresentano il 10% della popolazione residente.

Nell'ambito dell'analisi socio-demografica merita soffermarsi su questi dati che evidenziano un progressivo invecchiamento della popolazione residente, in quanto si ritengono elementi di interesse primario per la programmazione e le scelte di politica sanitaria. Sulla base di questi dati nel prossimo triennio la programmazione sanitaria dovrà tenere in giusta considerazione tutti quegli interventi a sostegno e a favore degli anziani come la facilità di accesso ai servizi, la presenza di servizi specificatamente predisposti per le persone anziane e tutte quelle iniziative volte a garantire il più alto livello di salute e benessere per tutti gli over 65. Al fine di raggiungere questi risultati dovranno essere avviate specifiche iniziative di prevenzione affinché le persone anziane possano rimanere in salute per un tempo sempre più lungo senza sovraccaricare il sistema sanitario a causa di un maggior uso di farmaci e prolungati periodi di ospedalizzazione, ecc..

Al 1° gennaio i nuclei familiari erano 14.510, con un trend in crescita rispetto agli anni precedenti ed un numero medio di componenti che invece tende progressivamente a ridursi pari a 2,32. Continua il trend crescente delle famiglie unipersonali pari a 4.604 (65 e +).

Il quoziente di nuzialità⁹ sta progressivamente diminuendo nell'ultimo quinquennio il valore medio è pari a 4,5 matrimoni per mille abitanti diminuito ancora di più durante il 2020 (3,4); 81% dei matrimoni sono celebrati con rito civile.

Le separazioni dal 2017 sono aumentate raggiungendo il valore più alto al 1° gennaio 2019 (98 separazioni) per poi calare negli anni successivi fino a 81 nel 2020. Riguardano per lo più i coniugi che hanno una convivenza tra i 10 e i 19 anni. I due coniugi al momento della separazione hanno in prevalenza tra i 40 e i 49 anni. Circa la metà delle separazioni coinvolgono coppie con figli minori, con affidamento prevalentemente ad entrambi i genitori. In diminuzione invece i divorzi dopo un picco del 1° gennaio 2018 con 90 casi sono diminuiti negli anni successivi fino a 74 casi del 2021. Riguardano per lo più i coniugi che hanno una convivenza tra i 10 e i 19 anni e avvengono prevalentemente dopo 2-3 anni dalla separazione. I coniugi al momento del divorzio hanno in prevalenza oltre 40 anni. Circa il 40% delle coppie che divorziano hanno figli minori, con affidamento prevalentemente congiuntamente ad entrambi i genitori.

Il quoziente di natalità¹⁰, aumentato nella seconda metà degli anni '90 (1996-2000), è progressivamente diminuito nei periodi successivi, in particolare nell'ultimo biennio si è assestato sotto il 7 per mille abitanti raggiungendo il 6,6 per mille nell'ultimo anno. Tale valore è inferiore a quello europeo (10) e anche rispetto all'Italia (8,37). Il valore di questo quoziente sta ad indicare che a San Marino il livello di natalità è in forte flessione infatti si è passati da 334 nati del 1° gennaio 2010 a 224 del 1° gennaio 2021. A San Marino il numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni) è diminuito passando da 1,53 del 2015 a 1,27 del 2021.

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).

Il quoziente di mortalità¹¹ è rimasto stazionario per un lungo periodo oscillando intorno al 7,5 per mille abitanti nell'ultimo anno invece è balzato a 10,2 a causa del sensibile aumento delle morti dovute alla pandemia. I quozienti di natimortalità¹², mortalità infantile¹³, mortalità perinatale¹⁴ dell'ultimo decennio sono bassi basandosi su fatti rari e occasionali, assestandosi nell'ultimo quinquennio 2016-2020 rispettivamente all'1,69 per i primi due e 3,28 per il terzo.

Per quel che riguarda le cause di mortalità¹⁵, nel periodo pre-pandemia le "malattie cardiovascolari" e i "tumori" risultavano essere le principali cause di mortalità con numeri di decessi molto vicini tra loro nei vari anni (circa 80 casi annuali), nell'ultimo anno invece i decessi sono aumentati a 343 casi per via soprattutto della pandemia con un +36% rispetto la media del quinquennio 2014-2019 (pari a 252,2). Sempre durante il 2020 le "malattie cardiovascolari" hanno subito un incremento significativo in termini numerici superando di gran lunga i "tumori" che invece sono rimasti stabili con gli ultimi anni. Da rilevare anche un progressivo aumento dei decessi per "malattie respiratorie".

In riferimento al livello di scolarizzazione, importante determinante sociale di salute, il 43% della popolazione ha un basso livello di scolarizzazione (fino alla terza media), mentre solo il 15,6% ha una formazione di tipo universitario (diploma universitario, laurea triennale e laurea magistrale). Il 28,4% ha un diploma di scuola media superiore.

Confrontando i dati della scolarizzazione con quelli del 1° gennaio 2005 si nota che è aumentata la percentuale di popolazione con diplomi e lauree. La popolazione più giovane risulta quindi essere maggiormente scolarizzata.

In ambito economico la crisi iniziata dal 2008 e aggravata nell'ultimo periodo dalla pandemia, ha portato ad un drammatico ridimensionamento del numero delle imprese (da 6.324 del 1 gennaio 2010 a 4836 del 1 gennaio 2021). I lavoratori dipendenti, al contrario, sono aumentati nell'ultimo quinquennio (da 15.921 del 2015 a 16.213 del 2021). I tassi di disoccupazione in senso stretto nell'ultimo quinquennio hanno fatto registrare un lieve calo (da 7,6% del 1° gennaio 2016 a 5,8% nel 2021), ma sono più alti quelli della componente femminile (7,64 al 1° gennaio 2021) e dei giovani (17,85 al 1° gennaio 2021). Nell'ultimo anno la pandemia ha costretto il paese a fare ricorso massiccio agli ammortizzatori sociali in particolare alla cassa integrazione.

2.2 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 I.S.S.

Le analisi sulla qualità dell'aria, effettuate attualmente dalla centralina in piazza Bertoldi a Serravalle, misurano i principali inquinanti atmosferici potenzialmente responsabili o correlati con disturbi di salute che sono il particolato primario (PM10), il biossido di azoto (NO₂) e l'ozono troposferico (O₃). Nel 2019 è emerso che il limite per il PM10 previsto dalla legge è stato superato per un totale di 10 giornate, mentre per il NO₂ non si

¹¹ Il quoziente di mortalità è il rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1000)

¹² Il quoziente di natimortalità è rapporto tra il numero di nati morti e il numero complessivo di nati (per 1000)

¹³ 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)

¹⁴ 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)

¹⁵ è stata effettuata una revisione da personale dell'I.S.S. e dell'Authority sanitaria a partire dal 2011.

sono riscontrati superamento dei limiti. Per l'O3 è stato riscontrato un superamento del valore obiettivo per la protezione della salute umana per un totale di 7 giorni, che rientra pienamente all'interno dei 25 superamenti previsti dalla normativa. L'indice sintetico di qualità dell'aria evidenzia che a San Marino l'aria è risultata essere buona per 92 giorni, accettabile per 253, mediocre per 19 giorni; non è mai stata scadente o pessima.

Per quello che riguarda la "misurazione dei campi elettromagnetici", nel 2019 e nel 2020 sono stati effettuati rispettivamente 214 e 258 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 vigente¹⁶.

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. Tuttavia nel 2019 si evidenzia una contaminazione di tipo fognario dei corsi idrici più accentuata presso il torrente Ausa.

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 che richiede un costante e continuo monitoraggio della qualità chimico-fisica e organolettica dell'acqua.

Il Dipartimento di Prevenzione – UOS Servizio Veterinario, effettua ispezioni in ambito alimentare, sulle bevande e a livello di produzioni animali con interventi sull'intera catena alimentare. Il numero di tossinfezioni riscontrate nell'ultimo triennio è molto basso (2 casi nel 2018, 4 casi nel 2019 e 0 casi nel 2020). Nel 2019 e nel 2020 su un totale rispettivamente di 174 e 130 ispezioni sono state comminate 76 e 43 sanzioni per mancato rispetto della normativa vigente.

Per quanto riguarda l'amianto, sulla base del censimento iniziato dal 2005, ad oggi sono stati censiti circa 393.000 metri quadrati di materiali contenenti amianto ed in seguito alle bonifiche effettuate ne sono rimasti da smaltire circa 99.500 metri quadrati. A distanza di oltre 15 anni la presenza di amianto in territorio è da considerarsi ancora elevata e sarebbe opportuno predisporre specifiche iniziative al fine di raggiungere nei tempi più brevi il traguardo di essere "amianto free".

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 o con vicinanza a zone industriali. In riferimento alla sicurezza stradale¹⁷, nel periodo 2008-2020 si sono rilevati 1.656 incidenti con 2.092 feriti e 13 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

¹⁶ Il Decreto Delegato n. 44/2012 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.

¹⁷ 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.

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.). Nell'ultimo triennio gli incidenti con morti e feriti, in territorio sammarinese, sono in calo (sotto 100 casi all'anno) così come il numero di feriti e dei decessi, ma la sicurezza stradale resta comunque un aspetto su cui non si può abbassare la guardia soprattutto perché le vittime sono in genere ancora utenti fragili.

Per quanto riguarda la sicurezza dei lavoratori, il numero degli infortuni sul lavoro risulta essere progressivamente in calo, nel 2020 si sono registrati 408 infortuni sui luoghi di lavoro con 1 decesso e 31 infortuni in itinere, mentre nel 2019 il dato era pari a 513 casi totali. In grande maggioranza si tratta di infortuni con prime prognosi inferiori ai 10 giorni di degenza. Da una valutazione dei dati riguardanti invece le malattie professionali si può notare che le segnalazioni di stati morbosi collegati al lavoro sono diminuite rispetto ai periodi precedenti. Nel 2020 sono state riconosciute dalla Commissione per gli Accertamenti Sanitari Individuali solo 13 malattie professionali su un complesso di 18 domande presentate (72%). Le malattie più frequentemente denunciate sono 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.).

In riferimento agli incidenti domestici, da un'indagine effettuata sugli accessi al Pronto Soccorso nel 2020, il Pronto Soccorso ha registrato 1298 casi di incidenti domestici. 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, si è lavorato molto negli ultimi anni per rialzare le coperture vaccinali relative a Difterite-poliomelite-tetano che hanno di nuovo raggiunto la copertura del 90% cercando soprattutto di coinvolgere gli indecisi pur con la presenza di numerosi obiettori sul territorio sammarinese. In rialzo anche la copertura per la prima dose della vaccinazione del morbillo, parotite, rosolia. Andranno rinforzate invece le azioni di chiamata attiva per richiami successivi.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei Servizi pediatrici risulta che nel 2019 i ricoveri ordinari sono stati 394, con un tasso di occupazione dei posti letto pari al 39% e una degenza media di circa 2 giorni, mentre sono state effettuate oltre 13.136 prestazioni ambulatoriali, fra cui 8.204 visite per acuti, 3.001 bilanci di salute (0-5 anni). Inoltre sono state effettuate 857 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.

L'Authority Sanitaria ha attivato un sistema di sorveglianza sugli stili di vita dei giovani e degli adolescenti, sulla base di un accordo con il Ministero della Salute Italiano e il Tavolo multidisciplinare per l'educazione alla salute nelle scuole Superiore Sanità. Sulla base di questo accordo sono state effettuate indagini volte a

monitorare gli stili di vita dei bambini e dei giovani che frequentano le scuole primarie e secondarie con particolare riferimento a obesità, fumo e stili di vita¹⁸.

Le risultanze principali delle suddette indagini sono le seguenti:

Sovrappeso e obesità dei bambini, pur essendo diminuiti rispetto al 2010 e 2012, continuano ad essere un fenomeno importante, rappresentando oltre il 25% dei bimbi valutati. Le cause sono la sedentarietà, l'alimentazione non corretta, la poca attività fisica strutturata e la percezione errata di salute presente nei genitori dei bambini in sovrappeso e obesi.

Per quanto riguarda il fumo di tabacco da rilevare come l'inizio precoce del fumo è ancora un problema: 16,5% di tutti gli studenti ha provato la prima sigaretta prima dei 12 anni e il 40% prima dei 13 anni. I fumatori abituali di prodotti di tabacco nei giovani sono il 7% mentre l'uso delle sigarette elettroniche è in aumento: 9% studenti.

Pur essendo diminuito il consumo quotidiano di alcool, si segnala che, dalle ultime indagini epidemiologiche, i ragazzi dichiarano di ubriacarsi con una frequenza in aumento rispetto al 2014.

Per quanto riguarda la popolazione con più di 65 anni, nella campagna 2019/2020, vi è stata una copertura della vaccinazione anti-influenzale stagionale che ha riguardato il 35% delle persone over 65, dato questo in grande aumento rispetto agli anni precedenti con un focus particolare sui fragili. Nella campagna 2020/2021 la copertura si alzava ulteriormente ed incentivata l'adesione dei più anziani per potere distinguere i fenomeni influenzali dal Covid19. In riferimento all'attività della UOC di Geriatria, risulta che nel 2019 sono stati accolti in ricovero ordinario 432 degenti con un tasso di occupazione dei posti letto pari al 91,3% e una durata media di degenza pari a 15 giorni. Si ricorda che al reparto sono stati assegnati negli ultimi anni più posti letto proprio per far fronte alle maggiori esigenze sanitarie della popolazione anziana. Il reparto ha anche la funzione di riabilitazione per gli anziani che hanno avuto fratture. Dal 2018, la casa di riposo si è trasferita presso la struttura residenziale per anziani Casale La Fiorina che avendo più posti letto (114 posti letto più 2 per sollievo) ha consentito di ridurre notevolmente le liste d'attesa per l'accesso alle RSA/Case Protette. Il tasso di occupazione nell'ultimo triennio è risultato pari a 99% nel 2018, 97% nel 2019, 96% nel 2020. Gli ospiti risultano in maggioranza con un grado di disabilità severo e/o con un elevato bisogno sanitario. La casa di riposo ha introdotto da tempo 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.

Nel 2018 l'Authority Sanitaria ha condotto uno studio sui gradi di fragilità della popolazione anziana in base all'utilizzo dei servizi sanitari, socio-sanitari e previdenziali. Sono stati identificati 3 gradi di fragilità fra le persone con età maggiore di 65 anni: alta, media, bassa.

A - GRADO DI FRAGILITA' ALTO: Individui che presentano pluri-patologie croniche gravi (Neoplasie, Cardiovascolari, Demenze) che necessitano di bisogni assistenziali e sanitari molto importanti; hanno prescrizioni di molti farmaci con ricette ripetitive; hanno avuto 1 o più accessi al pronto soccorso e/o ricoveri ordinari; hanno usufruito dei servizi socio assistenziali, di sostegno economico assegno di accompagnamento o altra pensione di invalidità, non sono completamente autosufficienti; alcuni sono già ospitati in casa di riposo/RSA o hanno un caregiver di supporto.

A San Marino questa categoria rappresenta il 24 %, pari a 1.602 individui.

¹⁸ Okkio alla salute, applicazione della Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI del'OMS) rivolta ai bambini delle terze elementari condotto negli anni 2010, 2012, 2014, 2016 e 2019, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC OMS) rivolta a ragazzi di 11, 13 e 15 anni, condotto negli anni 2010, 2014 e 2018 e Global youth tobacco survey (GYTS OMS) rivolta a ragazzi di 13, 14 e 15 anni, condotto negli anni 2010, 2014 e 2018.

B - GRADO DI FRAGILITA' MEDIO: Individui che presentano pluripatologie croniche che necessitano un controllo frequente da parte degli specialisti medici; hanno poliprescrizione di diversi farmaci con ricette ripetitive; hanno avuto accessi al pronto soccorso e/o ricoveri ordinari; non usufruiscono dei servizi socio-sanitari, vivono soli o in coppie sole. Rappresenta il 44%, pari a 2.869 individui.

C - GRADO DI FRAGILITA' BASSO: Individui che non presentano malattie croniche o che hanno patologie croniche che sono tenute sotto auto-controllo, come ad esempio diabete e ipertensione; non hanno avuto accessi al pronto soccorso né ricoveri ordinari; non usufruiscono dei servizi socio assistenziali; vivono in nuclei familiari con più persone. Rappresentano il 32%, pari a 2.135 individui.

Questa analisi dimostra che, nonostante l'aspettativa di vita alla nascita elevata, solo un terzo della popolazione anziana risulta in buona salute.

Il servizio di assistenza domiciliare ha riguardato complessivamente 1104 utenti nel 2018 e 986 nel 2019 che hanno avuto accesso alle prestazioni offerte dal servizio che riguardano sportello assistenza, assistenza domiciliare, trasporto protetto, formazione assistenti private, centro diurno, centro ricreativo.

In riferimento alle persone con disabilità, nel 2020, risultavano titolari di assegno di accompagnamento 287 persone. Gli utenti con disabilità del Colore del Grano, si suddividono in 14 residenziali (19 posti letto e 1 di sollievo), 15 accedono quotidianamente al diurno presso la struttura, mentre un'altra ventina di utenti utilizzano la struttura esterna denominata 'atelier'. La UOC Servizio Minori che si occupa delle tematiche della disabilità e della tutela dei minori ha seguito nel 2020 764 ragazzi con i suoi esperti (Psicologi, Logopedisti, Educatori, Fisioterapisti, Idroterapisti).

Per quanto riguarda le donne, le attività di prevenzione e cura sono espletate dal Centro Salute Donna. Tali attività riguardano per la prevenzione dell'osteoporosi, il consultorio per le adolescenti, il centro menopausa, la gestione del puerperio, le visite ginecologiche.

Attualmente è attivo, presso la struttura, "il punto di ascolto per i casi di Violenza sulla donna e di Genere" in collaborazione con l'Authority per le pari opportunità. Nella maggior parte dei casi si tratta di violenze sia fisiche che psicologiche. Ad usare violenza sulla donna è prevalentemente il coniuge o l'ex compagno. Riguardo eventuali eventi di violenza sulle donne, fondamentale è stata la collaborazione con l'Authority per le Pari Opportunità e le autorità giudiziarie. I dati presentati per il periodo che va dal 1 gennaio 2020 al 6 novembre 2020, riferiscono che i procedimenti penali aperti sono stati n.18. Dall'attività dell'Ufficio Violenza di Genere e Minori, a fronte di 69 richieste di intervento per liti familiari (erano state 52 nel 2019) sono conseguite 20 segnalazioni al Giudice Tutelare e 12 al Giudice Inquirente per fatti inerenti la violenza contro le donne nonché 3 segnalazioni al Giudice Inquirente per reati contro i minori. Si riscontra una conferma sui tipi di reato che rientrano nella maggior parte dei casi in percosse, minacce, atti persecutori; così come è confermato il dato per cui la violenza avviene per lo più all'interno della cerchia delle relazioni familiari o comunque sentimentali, ad opera di coniugi, ex coniugi, conviventi, ex-conviventi e compagni e riguarda maggiormente la fascia d'età dai 30 ai 49 anni. Le segnalazioni che hanno portato all'apertura dei fascicoli civili, sono state n.34, di cui n. 21 archiviate nell'anno in corso. Il Centro d'Ascolto ha registrato l'accesso di n. 24 nuovi casi nell'anno 2020 e alla data del 10 novembre 2020 sono state accolte dal Centro n. 37 donne. Nel prossimo triennio oltre a mantenere un'elevata sorveglianza, in collaborazione con l'Authority per le Pari Opportunità e le autorità giudiziarie, sarà importante attivare nuovi ed efficaci strumenti informati o di applicazioni per intervenire sempre più tempestivamente a tutela delle persone che subiscono violenze.

L'ambulatorio ginecologico rivolto alle adolescenti, nel 2019, ha accolto 445 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 90% nel 2019). 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 2019, ha fatto registrare 400 ricoveri ordinari con un tasso di occupazione posti letto del 30% e una degenza media di 3 giorni. Nel 2020 i parti in territorio in reparto sono stati 195 su 224 nati. Il 20% dei parti è avvenuto con taglio cesareo.

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 (rispettivamente nel 2019: 90% cervice uterina, mammella 76%, 70% colon-retto)

Le malattie cardiovascolari sono molto diffuse tra la popolazione sammarinese. 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 effettuato nel 2019 16.387 visite. Da segnalare il Progetto "Repubblica cardio-protetta", nato nel 2016, che rappresenta un importante tentativo di razionalizzazione e gestione dei defibrillatori sul territorio per migliorare la lotta alla morte improvvisa nella Repubblica di San Marino. Alla luce della nuova legge sulla defibrillazione (legge 197/2020) si è ulteriormente favorita la diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici (DAE) al fine di ridurre il tempo di intervento in caso di arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare, garantendo in misura sempre maggiore la salute della popolazione.

Il diabete ha fatto registrare una elevata prevalenza nella popolazione, pari a circa il 6,5%. Al centro diabetologico affluiscono attualmente 1.199 persone. Di esse, il 24% è insulino-trattato, mentre il 6.2% ha un diabete di tipo 1, il 75% ha un diabete di tipo 2, di questi 1061 pazienti con diabete di tipo 2 vengono seguiti in una gestione integrata con la Medicina di Base.

Per quanto riguarda le neoplasie per quello che riguarda l'incidenza i nuovi casi riguardano maggiormente la 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. Dai dati di mortalità aggiornati al 2020, consentono di fare le seguenti osservazioni:

- nel decennio 2011-2020 sono decedute a causa di neoplasia 789 persone, con un andamento crescente dal 2015.
- il cancro più frequentemente è a carico dell'apparato digerente (262), in particolare:
 - il cancro al colon-retto ha causato 85 decessi (maschi 47 e femmine 38);
 - la neoplasia allo stomaco ha causato il decesso di 80 pazienti (43 maschi e 37 femmine);
 - il cancro al pancreas, in significativo aumento negli ultimi anni, ha comportato 67 decessi (31 maschi 31 e 36 femmine);
- il tumore del polmone ha causato 149 decessi (106 maschi e 43 femmine);
- il tumore della vescica ha causato 41 decessi (33 maschi 33 e 8 femmine);
- il tumore della prostata ha causato 32 decessi, in lieve aumento negli ultimi 3 anni;
- il tumore della mammella ha determinato 60 decessi (2 maschi e 58 femmine);
- i tumori ematologici hanno determinato 71 decessi (44 maschi e 27 femmin).

In riferimento all'assistenza oncologica restano come punti nodali:

- l'integrazione tra i vari servizi deputati alla gestione complessiva del paziente oncologico (incluse le strutture di riferimento extraterritoriali) da ottenersi soprattutto attraverso la condivisione di percorsi assistenziali;
- la gestione dei pazienti a domicilio;
- le cure palliative domiciliari e residenziali (Hospice).

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.). Nel 2018 erano inseriti nel registro i dati di 279 casi di pazienti con disturbi neurocognitivi dei quali 93 (33,3%) hanno diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore e 186 (66,7%) hanno una diagnosi di Disturbo neurocognitivo lieve. L'età media dei pazienti del registro è di 75,59 anni, ma l'8% (n=22) dei casi è rappresentato da persone con meno di 65 anni.

I dati (aggiornati a settembre 2018) rappresentano una sottostima del problema, si riferiscono solo ai pazienti valutati in Ambulatorio di Neuropsicologia e non considerano tutti i pazienti che pur avendo patologie neurodegenerative non si sono mai presentati in Neurologia. Lievemente più rappresentate le donne (148 casi = 53%) degli uomini (131 casi = 47%), semplicemente per la maggior aspettativa di vita media. Presenti anche alcuni casi di malattie rare come la Corea Huntington.

Per quel che riguarda le malattie respiratorie, per quanto concerne la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), deve essere garantita una presa in carico integrata (ospedale-territorio) che preveda, altresì, il monitoraggio a domicilio dei pazienti, con particolare riguardo per i pazienti con ventilazione meccanica domiciliare.

Dal rapporto GYTS (Global Youth Tobacco Survey), elaborato dall'Authority Sanitaria nel 2018, risulta che l'ambulatorio pneumologico ha in carico 353 pazienti con BPCO, di cui 131 femmine (di queste 124 sono fumatrici o ex fumatrici) e 222 maschi (di questi 214 sono fumatori o ex fumatori). Ciò costituisce un calo significativo rispetto al periodo 2009-2011, in cui i pazienti affetti da BPCO erano circa 446, di cui il 69% 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 aumento delle malattie psichiatriche e delle dipendenze. Con riferimento alle visite psichiatriche si è registrato, nell'ultimo triennio, un calo di nuovi casi, che sono passati da 1009 nel 2018, 914 nel 2019 e 459 nel 2020. Lo stesso trend si è verificato anche per i controlli psichiatrici, che sono stati 6341 nel 2018, 6167 nel 2019 e 5667 nel 2020.

In riferimento alla gestione delle dipendenze patologiche sono stati attivati accordi con i SERT e altre strutture riabilitative dell'ASL italiane.

L'U.O.S. Dipendenze Patologiche ha registrato un aumento delle prese in carico di pazienti costante dal 2018 quando erano 50, 77 nel 2019 fino agli attuali 96 di fine 2020. È previsto un percorso di presa in carico multidisciplinare per gli utenti che presentano un disturbo di dipendenza patologica da uso o abuso di sostanze psicoattive, alcool, e/o comportamentali (Gioco d'Azzardo Patologico, Internet Addiction Disorder, ecc.), oltre che disturbi della condotta di giovani ed adolescenti secondo un modello operativo condiviso con l'U.O.S. Tutela Minori.

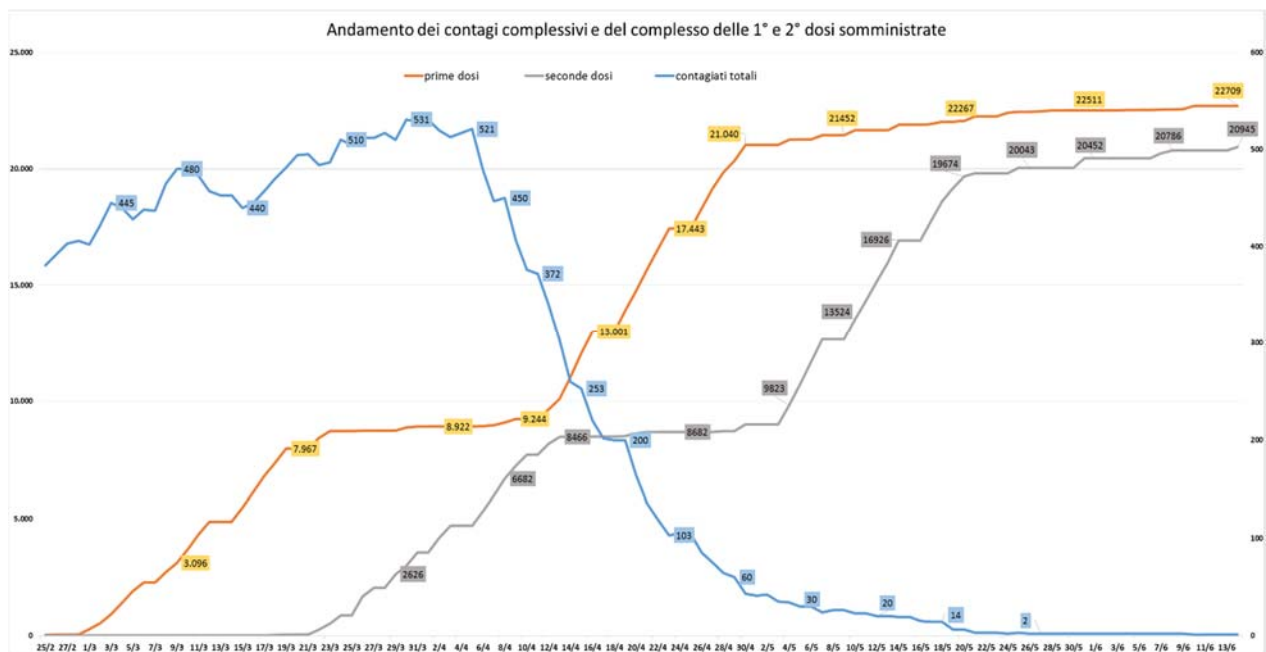
È attiva la collaborazione con altre U.O. dell'I.S.S., con il Tribunale, le Forze dell'Ordine, strutture riabilitative territoriali, strutture cliniche e comunitarie fuori territorio e altre agenzie. L'accesso al Servizio U.O.S. Dipendenze Patologiche può essere effettuata dal paziente, dai familiari, dalle altre U.O. I.S.S. e dalle Agenzie territoriali ed extraterritoriali.

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, attualmente sono in cura 67 pazienti con 1 o 2 nuovi casi all'anno. 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.

Nel 2020 la pandemia covid19 ha colpito San Marino a partire dal 29 febbraio 2020, data in cui è stato diagnosticato il primo caso in Repubblica. Al 31 maggio 2021 sono state contagiate 4858 residenti/soggiornanti, con 90 decessi con tampone positivo. La pandemia si è sviluppata in due fasi: la prima dal 29 febbraio al 25 giugno 2020 e la seconda dai primi di ottobre dove la curva dei contagi ha ripreso ad alzarsi. Mentre la prima fase ha avuto un andamento limitato nel tempo con un picco intorno al 6 maggio, la seconda fase ha avuto un andamento più prolungato nel tempo e altalenante con il picco massimo ad inizio aprile anche in concomitanza dell'arrivo della variante inglese. Dal 25 febbraio 2021 è iniziata la campagna vaccinale che ha garantito una copertura pari al 66,4% per le prime dosi e 60,2% per le seconde dosi su tutta la popolazione (dato aggiornato al 6 giugno 2021). L'efficacia della campagna vaccinale, che ha visto la somministrazione di oltre 44.000 dosi e con un importante impegno organizzativo e professionale da parte dell'Istituto per la Sicurezza Sociale, è comprovata da un repentino calo dei contagiati in un breve periodo di tempo.

Di seguito è riportato il grafico che dimostra in maniera inequivocabile l'impatto ed il risultato ottenuto grazie alla vaccinazione partendo dalle prime vaccinazioni iniziate a Marzo che evidenzia un calo considerevole dei casi di contagio partendo da inizio Aprile.



3 - Continuità con il Piano Sanitario e Socio Sanitario 2015 – 2017 e valutazione degli obiettivi raggiunti

Il Piano Sanitario e Socio-Sanitario per il triennio 2021-23, pur individuando indirizzi innovativi, si inserisce, in una logica di continuità con gli obiettivi prefissati dal Piano 2015-2017. Il Piano sulla base della valutazione degli obiettivi realizzati e/o conclusi e dei programmi non ancora completati, ma che presentano ancora una loro attualità, propone un aggiornamento e/o un'implementazione di quei programmi che sulla base dell'esperienza si ritengono ancora attuali.

Dall'analisi degli obiettivi previsti nel precedente Piano Sanitario e Socio Sanitario 2015-17 si evidenzia la necessità di continuare, implementare, aggiornare e sviluppare i seguenti programmi:

- Rafforzare gli accordi in essere in ambito sanitario a livello internazionale con OMS, Unione Europea, Italia e altri paesi.
- Implementare i programmi di educazione sanitaria, soprattutto sui giovani, in merito agli stili di vita: obesità infantile, abuso di alcool, esposizione a fumo di tabacco, problemi di dipendenza e comportamenti sessuali a rischio. A tal fine dovrà essere potenziato il tavolo programmatico Scuola-Salute e dovranno essere intraprese azioni condivise fra le varie componenti sanitarie e scolastiche, al fine di rendere effettivamente efficaci le iniziative e raggiungere nell'ambito del triennio il miglioramento dei parametri e degli stili di vita. I programmi attraverso un'analisi periodica dei risultati prefissati devono prevedere un monitoraggio costante degli obiettivi apportando le necessarie correzioni nel caso in cui non si raggiungono i risultati aspettati.
- Rafforzare gli interventi relativi al contrasto agli inquinanti ambientali: monitoraggio della qualità dell'aria, monitoraggio delle acque fluviali e delle acque potabili, riduzione fino all'eliminazione dell'amianto, limitazione all'esposizione a radiazioni considerate dannose per la salute dell'uomo, monitoraggio dell'inquinamento acustico e gestione dei rifiuti.
- Avviare iniziative utili all'adattamento dell'uomo nei confronti dei cambiamenti climatici che incidono sulla salute.
- Garantire la sicurezza alimentare, rafforzando ulteriormente il sistema di controllo lungo tutta la filiera alimentare, dalla produzione primaria fino alla somministrazione di cibo e bevande.
- Implementare gli interventi per diminuire gli incidenti stradali soprattutto a tutela dei cosiddetti "Utenti Fragili" (pedoni, conducenti di biciclette, ciclomotori e moto) ed i giovani conducenti.
- Avviare campagne di sensibilizzazione sulla sicurezza domestica, con particolare riguardo ai bambini e agli anziani, al fine di ridurre il numero di incidenti domestici.
- Rafforzare i programmi di prevenzione per la tutela dei lavoratori (infortuni sul lavoro e malattie professionali) attraverso un potenziamento dell'attività di vigilanza e l'aggiornamento delle normative sulla sicurezza.
- Aggiornare l'organizzazione del sistema vaccinale, rivedendo anche la normativa sulle vaccinazioni, e continuare a garantire un elevato tasso di adesione ai programmi di screening.
- Porre la massima attenzione per la salute dei bambini e adolescenti, donne e anziani, assicurando la loro presa in carico in modo integrato e multidisciplinare.
- Aggiornare il sistema dei servizi del socio sanitario ed in specifico per il supporto alla cronicità alle fragilità e alla disabilità. Specifici programmi dovranno essere predisposti per il mantenimento della popolazione anziana "attiva" come indicato nel libro verde sull'invecchiamento demografico pubblicato dalla Commissione Europea.
- Contrastare e ridurre la mortalità, morbilità e disabilità causate da malattie di particolare impatto sanitario e sociale, assicurando la presa in carico globale delle persone affette da malattie croniche

non trasmissibili o disturbi mentali e un sistema di vigilanza e sorveglianza delle malattie infettive e di eventuali epidemie o pandemie.

- Aggiornare le norme relative al sangue, cellule, tessuti e organi.
- Aggiornare il sistema della gestione delle emergenze sanitarie da parte dell'Istituto per la Sicurezza Sociale (I.S.S.). Predisporre un aggiornamento del piano di evacuazione, della gestione dell'emergenza interna ed esterna all'ospedale e delle altre strutture dell'I.S.S..
- Aggiornare l'organizzazione dei servizi sanitari implementando il percorso delle cure intermedie: lungodegenza e hospice.
- Predisporre e sviluppare un servizio territoriale che nel rispetto della sostenibilità sia in grado di garantire una continuità costante fra utente/paziente e la struttura sanitaria, potenziando anche l'assistenza domiciliare integrata.
- Programmare una riorganizzazione dell'I.S.S. partendo dall'aggiornamento dell'Atto Organizzativo del 2010 e del fabbisogno dell'I.S.S.
- Assicurare la qualità dei servizi, la sicurezza e l'appropriatezza delle cure, attraverso strategie, metodologie e strumenti che orientino i servizi alla qualità: accreditamento istituzionale, sistema di gestione del rischio clinico, utilizzando l'Incident Reporting (IC) per la raccolta degli eventi e la Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) come strumento di analisi dei rischi, appropriatezza clinica e assistenziale.
- Sviluppare ulteriormente la politica del farmaco e dei dispositivi medici, anche attraverso l'aggiornamento della legislazione vigente.
- Rafforzare ulteriormente il sistema informativo sanitario e socio-sanitario e i sistemi di sorveglianza e sviluppare i registri di patologia.
- Assicurare la sostenibilità finanziaria ed economica del sistema sanitario e socio-sanitario, potenziando anche il sistema di budgeting, il controllo di gestione e cruscotti aziendali.
- Valorizzare la professionalità degli operatori sanitari attraverso la possibilità di un sistema in "rete" che permetta l'interscambio e sinergie fra professionisti provenienti da realtà differenti (a livello nazionale ed internazionali) e la formazione del personale (gestione puntuale del dossier formativo).



4 - Enti del Sistema Sanitario Sammarinese

La sanità sammarinese è un sistema molto complesso, con la presenza di diversi attori che in maniera sinergica interagiscono fra loro al fine di fornire a tutti i cittadini un'ampia risposta sanitaria. In questo capitolo al fine di fornire una visione di insieme della sanità sammarinese sono riportati gli enti, le istituzioni e le associazioni che a vario titolo hanno un ruolo nel sistema sanitario sammarinese.

4.1 Authority Sanitaria e il 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 attraverso l'autorizzazione e l'accreditamento di tali strutture. In applicazione alle ultime norme emesse, in collaborazione con la UOS Veterinaria del Dipartimento di Prevenzione tali regole sono state applicate anche per le strutture veterinarie. Inoltre l'Authority svolge un importante ruolo di supporto tecnico all'Esecutivo per la pianificazione e programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e di supporto per i rapporti con le organizzazioni internazionali in particolare con l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Allo stesso tempo l'Authority svolge un ruolo centrale per quanto riguarda il sistema informativo sanitario e socio-sanitario e la formazione continua in medicina e delle professioni sanitarie.

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. In particolare stimolare le strutture autorizzate ad un salto di maggior qualità attraverso il percorso di accreditamento istituzionale, che al momento è stato ottenuto solamente da 2 strutture.
- Realizzare un sistema di controllo, coerente con quanto previsto dalle direttive europee, su produzione e/o distribuzione di farmaci (incluse le terapie avanzate) e dispositivi medici stimolando e promuovendo specifica iniziativa legislativa in materia.
- Garantire un sistema di controllo su ricerca e sperimentazione clinica da parte delle strutture che operano nella Repubblica di San Marino, compreso la gestione del rischio clinico.
- 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, e linee d'indirizzo.
- Consolidare la relazione funzionale con l'Istituto per la Sicurezza Sociale, al fine di allineare in continuo la gestione delle prestazioni erogate dall'I.S.S. 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'I.S.S., 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 l'implementazione 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.

Sarà quindi fondamentale il ruolo dell'Authority nella promozione della salute, nello sviluppo delle reti di servizio, ma soprattutto quale organismo tecnico nel supportare l'Esecutivo nelle difficili scelte di sviluppo del sistema sanitario pubblico e privato che si vuole avere per San Marino nei prossimi anni.

Nell'ambito della prevenzione e della tutela della salute dei lavoratori l'Authority Sanitaria quale ente extra-dipartimentale indipendente potrebbe acquisire anche il ruolo di vigilanza in ambito di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro garantendo quella terzietà di organo di vigilanza che attualmente limita molte delle attività che fanno capo alla UOC Sicurezza sul Lavoro del Dipartimento di Prevenzione dell'I.S.S.

Vista l'importanza dei dati socio demografici e sanitari all'Authority Sanitaria è richiesto un particolare impegno nella pubblicazione annuale di un report sui dati di salute e sull'andamento della principali patologie presenti in Repubblica.

4.2 Comitato di Bioetica e Ricerca Scientifica –CSB/CERS

La legge 29 gennaio 2010 n. 34 istituisce il Comitato Sammarinese di Bioetica (CSB) che 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.

Il Comitato Sammarinese di Bioetica garantisce a tutti i cittadini il massimo rispetto dei propri diritti in ogni momento della loro vita e nel rispetto dei paradigmi dell'etica in rapporto all'applicazione della scienza medica e all'evoluzione della ricerca scientifica.

Nell'interesse di promuovere la divulgazione scientifica e la corretta informazione dell'opinione pubblica su bioetica e implicazione dei trattamenti terapeutici, delle tecniche diagnostiche e dei processi delle scienze biomediche in rapporto ad aspetti legati alla bioetica il Comitato negli ultimi anni ha elaborato numerosi documenti che sono un riferimento importante per le nostre scelte sanitarie.

Per il suo alto valore scientifico ma soprattutto etico si segnala, anche per l'importanza che ne ha assunto a livello internazionale, il documento intitolato "UMANIZZAZIONE DELLE CURE E ACCOMPAGNAMENTO ALLA MORTE IN SCENARI PANDEMICI" pubblicato il 12 Maggio 2021.

Il documento partendo dalla pandemia da COVID-19, che ha sgretolato tante certezze basate su conoscenze acquisite fino agli inizi del 2020 come punti cardini dalle società, attraverso un'analisi delle situazioni che hanno introdotto una condizione inimmaginabile per la nostra epoca e la nostra civiltà, in forza della quale la persona umana perde, di fatto, il "diritto di avere dei diritti" in una parola, viene *deumanizzata*, sottolinea con forza come nessuna situazione, neppure in un contesto emergenziale e pandemico, come quello vissuto, possa giustificare l'espropriazione dell'umanità, in nessuna fase della vita e della morte.

In questo solco le scelte sanitarie dovranno sempre avere come riferimento il diritto dell'uomo e l'umanizzazione delle cure.

Il CSB, integrato da figure di alto profilo professionale attinenti alla sperimentazione, assume il ruolo di Comitato Etico per la Ricerca e la Sperimentazione (CERS), il quale è costantemente chiamato ad esprimere pareri autorizzativi per la ricerca e sulla sperimentazione clinica, farmacologica ed epidemiologica secondo le procedure di valutazione delle sperimentazioni conformemente a quanto richiesto dall'Unione Europea.

Il recepimento di linee guida per la buona pratica clinica (Good Clinical Practice - GCP e) a cui dovranno poi seguire le norme per le buone pratiche sulla produzione, sui laboratori e laboratorio clinico (GMP e GLP GCLP) saranno importanti riferimenti per la regolamentazione nella conduzione di sperimentazioni cliniche di medicinali sul nostro territorio.

Il recepimento di queste normative permetterà a San Marino di fornire la massima garanzia all'aderenza delle proprie attività alle più avanzate norme europee. In questo contesto il ruolo del CERS, quale organo sia autorizzativo che di verifica in quest'importante settore, sarà ulteriormente ampliato.

La sanità sammarinese, pur fondandosi su presupposti e principi indissolubili come quelli rimarcati dal Comitato di Bioetica, dovrà essere sempre più al passo con la modernizzazione e l'evoluzione della scienza. La conoscenza e l'innovazione sono importanti motori per un paese. Per cui predisposte le opportune regole, nel rispetto degli indirizzi internazionali, dotandosi di adeguati strumenti autorizzativi e di controllo, dovranno essere create e percorse tutte quelle sinergie nell'ambito della ricerca e della sperimentazione, che potranno portare il nostro sistema sanitario al più alto livello di sviluppo e di opportunità anche imprenditoriali.

4.3. Ordini e Collegi Professionali

All'interno della Repubblica sammarinese è presente un'elevata componente professionale che fa capo alle professioni sanitarie, con competenze ed abilità di cui solo una piccola parte ha un suo riconoscimento ed inquadramento all'interno di quelle che sono le istituzioni deputate alla loro sorveglianza.

Per quanto riguarda gli ordini professionali in ambito sanitario siamo di fronte ad un profondo vulnus. Attualmente nella Repubblica di San Marino sono presenti due ordini professionali relativi alle sole figure mediche di Medico/Odontoiatra e Psicologo. Vista l'importanza che gli ordini esercitano sul governo deontologico della professione e sull'obbligatorietà della formazione si rende necessario una profonda revisione dell'organizzazione degli ordini per le professioni sanitarie riunificando sotto un'unica denominazione di ordine e collegio coloro che operano in libera professione e coloro che esercitano la professione quali dipendenti pubblici-privati o pensionati.

Dopo oltre 30 anni, è necessario dare piena attuazione ai principi presenti nella legge istitutiva alla disciplina delle libere professioni (Legge 20 Febbraio 1991 n. 28) in cui si prevedeva l'istituzione di un Ordine o Collegio

a cui si potevano iscrivere tutti i professionisti indipendentemente dal loro status di lavoratore dipendente o libero professionale e l'istituzione di uno specifico Albo professionale differenziato per le diverse discipline a cui si potevano iscrivere solo coloro che esercitano la libera professione.

Inoltre, in applicazione all'art 10 della Legge 28/1991 "categorie professionali" è necessario attivare un ordine o collegio anche per tutte quelle professioni sanitarie (comprese nella lettera C), con particolare riferimento, ma non solo, alla professione infermieristica.

Sarà quindi necessario investire importanti risorse per un'azione congiunta fra i vari livelli: politica, Ordini professionali, Authority Sanitaria, I.S.S. ed i professionisti delle diverse discipline per avviare una revisione complessiva delle norme attualmente in vigore affinché coloro che operano nel settore sanitario possano godere di uguali diritti e doveri.

4.4. Sanità Privata

La Sanità privata, con oltre 50 strutture autorizzate e circa 300 medici che operano nel territorio sammarinese, rappresenta al momento una grande realtà nel panorama sanitario sammarinese sia numerica che di espressione di eccellenza. Il settore privato sia in maniera autonoma che in sinergia con l'istituzione pubblica può essere un forte volano economico, ovviamente la sua espansione e direttamente collegata alla volontà di promozione o di ridimensionamento.

La sanità privata per rafforzarsi ha necessità di regole certe e in linea con le più avanzate normative internazionali e non di ostacoli burocratici che ne limitino la piena potenzialità.

Nell'ambito della recente legge sulle residenze, promuovere la possibilità per i professionisti sanitari di richiedere il permesso di residenza può contribuire ad attrarre specialisti di alto livello che possono dare a San Marino un'immagine di eccellenza oltre che un'entrata economica.

4.5. Volontariato Sociale

Il Volontariato sociale, con le sue oltre 30 Associazioni che operano sia nel campo sanitario ma principalmente in quello sociale, rappresenta una realtà molto importante nel nostro contesto sanitario e socio sanitario. Le associazioni di volontariato offrono spesso un supporto essenziale per garantire servizi sanitarie e sociali specialmente verso le fasce più deboli della società. A queste associazioni nel prossimo triennio è comunque richiesto uno sforzo maggiore di qualificazione dei servizi erogati e del pieno riconoscimento autorizzativo e di accreditamento istituzionale necessario per essere convenzionati con l'I.S.S. Inoltre alle varie associazioni sarà richiesto un ulteriore impegno per il raggiungimento di una adeguata autonomia economica rispetto al contributo pubblico o dell'Istituto per la Sicurezza Sociale.

4.6. Istituto per la Sicurezza Sociale

L'Istituto per la Sicurezza Sociale (I.S.S.) rappresenta il punto centrale della risposta sanitaria e socio sanitaria sin dalla sua istituzione nel 1955. L'I.S.S. continua a rappresentare per i sammarinesi l'istituzione di riferimento per tutta la comunità, capace, dopo oltre 75 anni, di promuovere, mantenere e sviluppare lo stato di benessere sociale e di salute della popolazione mediante un sistema di prevenzione primaria e secondaria delle malattie, di cura e assistenza ambulatoriale specialistica e di assistenza ospedaliera, di cure domiciliari e di garantire un elevato livello di risposta ed assistenza socio-sanitaria globale attorno alle esigenze dei cittadini più bisognosi. All'I.S.S. fa inoltre capo la gestione assicurativa dei contributi e dell'erogazione delle pensioni.

Dal 2004 l'Istituto per la Sicurezza Sociale 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. In questo percorso, sulla base dell'evoluzione dei sistemi sanitari e della modifica della domanda e risposta sui bisogni di salute della popolazione, l'I.S.S. dovrà ridefinire la propria organizzazione partendo dall'aggiornamento dell'Atto Organizzativo del 2010.

4.6.1 Consulta Sociale e Sanitaria

La Consulta Sociale e Sanitaria, quale organo consultivo, svolge all'interno della sanità sammarinese un'importante ruolo di controllo e vigilanza sugli strumenti di pianificazione sanitaria e socio sanitaria e sugli atti fondamentali dell'Istituto per la Sicurezza Sociale. La Consulta è direttamente coinvolta, in quanto esprime parere obbligatorio, in importanti scelte dell'Istituto per la Sicurezza Sociale come il: Budget, Piano del personale, Piano degli investimenti. Allo stesso tempo alla Consulta è anche richiesto di esprimere parere obbligatorio sulla proposta di Piano sanitario e Piano Socio Sanitario. Visto l'importante ruolo che la Consulta esercita sulle più importanti scelte strategiche dell'Istituto e sulle scelte di politica sanitaria è necessaria una rivalutazione complessiva del ruolo stesso di membro della Consulta e delle sue modalità operative.

5 - 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 fattori di rischio che possono causare un disturbo di salute o far insorgere una malattia (prevenzione primaria) possono modificare o evitare la loro insorgenza.

Agendo sulle cause di salute modificabili come gli stili di vita, gli ambienti di vita e di lavoro o agendo su specifiche patologie prima della loro insorgenza attraverso screening (prevenzione secondaria) è possibile ridurre la morbosità, l'invalidità o la mortalità causate dalle principali malattie croniche quali malattie cardiovascolari, tumori, diabete ecc..

Investire nella prevenzione è investire nel futuro della salute dei nostri cittadini. I sistemi sanitari scontano sempre maggiormente l'impatto con le risorse economiche e solo attraverso un impegno costante in programmi e campagne promozionali sulla prevenzione delle principali patologie sarà possibile garantire ai cittadini sammarinesi una miglior qualità della vita con un minor impatto sul sistema sanitario.

Alla base di ogni progetto sanitario viene da sempre indicata la prevenzione anche se poi spesso più che un impegno concreto si rimane a livello di principio o, peggio, solo di slogan.

Questo piano sanitario è fortemente impostato sulla prevenzione con la volontà di perseguire iniziative a largo raggio, nella consapevolezza che la salute dei sammarinesi passa prima di tutto dalla prevenzione e dalla promozione di iniziative volte a prevenire le malattie, dalla certezza che solo investendo oggi in progetti e programmi di prevenzione potremo avere nel prossimo futuro cittadini più sani. La prevenzione è soprattutto cultura, conoscenza, comportamento e su questi aspetti che i futuri progetti sanitari dovranno trovare la loro condivisione.

A tal scopo il Dipartimento di Prevenzione dell'I.S.S., con il supporto dell'Authority Sanitaria, dovrà essere il protagonista principale di tutte le iniziative volte alla promozione della salute e della prevenzione.

In questo modo si potranno programmare specifici interventi con una gestione unica ed autorevole eliminando tutti quegli interventi a spot e autopromossi dalle singole Unità dell'I.S.S.

5.1. Prevenzione Primaria

La prevenzione primaria è quella che agisce sulle cause che possono nel tempo determinare l'insorgenza di una malattia.

L'obiettivo principale di questo piano è quello di agire sulle fasce più giovani della popolazione attraverso un adeguato programma di educazione sanitaria che, passando dalle scuole, raggiungerà ogni famiglia introducendo stili di vita più salutari sia a favore del singolo che della comunità.

Il tavolo scuola e salute ha un compito molto importante sia nell'ambito della proposta che di controllo e verifica dei risultati. Il tavolo scuola e salute da tempo ha avviato iniziative per promuovere stili di vita più salutari ottenendo anche positivi e soddisfacenti risultati, per questo la collaborazione fra i due enti devono assolvere al meglio il processo educativo nelle rispettive competenze. Se da una parte la scuola deve mettere a disposizione le sue strutture ed organizzazione la sanità non può rinunciare al proprio ruolo educativo facendo rientrare l'attività educativa come attività sanitaria non delegabile. All'interno dell'I.S.S. è opportuno che l'Unità Organizzativa di Salute Pubblica predisponga una specifica risorsa quale interlocutore principale di tutte le iniziative educative con la scuola.

Dai dati socio demografici si può evidenziare come l'obesità sia ancora un grosso problema delle fasce più giovani, per cui si dovrà agire sinergicamente tra scuola e sanità su questo fattore. Dall'altra parte potranno essere avviate anche specifiche azioni nei confronti dei principali fattori che possono indurre l'obesità come ad esempio l'eliminazione o riduzione dello zucchero, stimolando i giovani al consumo di prodotti sugar free o agendo in maniera ancora più forte con norme che vanno a penalizzare tutti quei prodotti con un'eccessiva concentrazione di zuccheri aggiunti, ipotizzando l'introduzione di una tassa extra per questi cibi e/o bevande.

Sempre a riguardo dei giovani altri due settori richiedono un intervento educativo: il primo è la promozione dell'attività motoria e il secondo è l'abitudine al fumo.

Il documento scuola e sport, sottoscritto dalla scuola e dal Comitato Olimpico, in cui si riponevano molte aspettative non è riuscito a raggiungere i risultati attesi, anzi al momento, anche a causa, del lockdown si sta riscontrando una preoccupante disaffezione dei giovani nei confronti dell'attività motoria e delle attività sportive. L'impegno comune, condiviso con la scuola, dovrà prevedere nuove iniziative a favore dell'attività motoria e sportiva come, per esempio, l'aumento delle ore di attività motoria, anche organizzata in orario extrascolastico, e aumentando la possibilità di far sperimentare ai giovani ragazzi differenti tipologie di sport.

Visto che molti ragazzi iniziano a fumare già a 12 anni e molti minori riferiscono di acquistare direttamente in negozio le sigarette sarà necessario un forte intervento educativo da parte dei professionisti sanitari nei confronti di questo pericoloso fattore di rischio per la salute, ma anche di avviare in collaborazione con le forze dell'ordine, iniziative volte a limitare la facilità di accesso alle sigarette da parte dei minorenni.

I programmi di educazione sanitaria sugli stili di vita dovranno essere accompagnati da un altrettanto valido programma di educazione ambientale nei confronti dell'inquinamento dell'aria e dell'acqua, dei rifiuti e dei campi elettromagnetici. A tal fine sarà importante mantenere aggiornata la normativa in materia di tutela ambientale così come i programmi di controllo e vigilanza da parte degli organi preposti. Anche in questo caso sarà centrale il ruolo del Dipartimento di Prevenzione nell'attivare la più ampia informazione su questi fattori affinché non vengano sottostimati i loro effetti o il loro impatto sulla salute.

La promozione alla salute interesserà anche gli ambienti di lavoro. Attraverso specifici programmi di informazione e formazione i lavoratori dovranno acquisire una maggior consapevolezza sui rischi lavorativi, al fine di diminuire gli infortuni sul lavoro, le malattie professionali e le patologie correlate al lavoro che incidono sul piano della perdita di salute dei lavoratori, sui costi sociali e di giornate di lavoro perse. A tal fine dovrà essere aggiornato il sistema legislativo a tutela dei lavoratori fermo da oltre 20 anni. Inoltre a maggior garanzia del sistema di vigilanza, sarà opportuna avviare un'attenta valutazione sull'opportunità di trasferire ad una struttura terza, esterna all'I.S.S., tutta l'attività di vigilanza nell'ambito della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

Se da un lato dovranno essere investite specifiche risorse per i programmi di educazione alla salute sui giovani per un'azione sugli stili di vita, altrettanto dovrà essere predisposto per garantire alle persone anziane una salute attiva con specifici programmi dedicati all'attività motoria quale prevenzione delle patologie muscolo scheletriche e cardiovascolari, ma anche valorizzando iniziative di tipo culturale e scientifico, come l'Università della Terza Età, per mantenere attiva anche le funzioni cognitive.

All'interno della prevenzione primaria si inserisce anche il grande capitolo delle vaccinazioni quale prevenzione nei confronti delle malattie trasmissibili. In questo contesto sarà necessario rivedere il calendario vaccinale e

l'organizzazione generale della gestione del programma vaccinale da suddividere fra le UO Pediatria, l'Ufficio Vaccinazioni e la Salute Pubblica.

5.2. Prevenzione Secondaria

La prevenzione secondaria, attraverso specifici programmi di screening, in questi ultimi anni è sicuramente stata una delle attività di maggior lustro dell'I.S.S. I programmi di screening sulla mammella, colon-retto hanno dato importanti risultati permettendo a tanti pazienti di aumentare la qualità e l'aspettativa di vita.

I programmi di screening dovranno essere potenziati a tutti i livelli con particolare attenzione anche alla partecipazione, limitando al minimo le persone che non accedono o completano il percorso diagnostico.

In questo contesto grandi aspettative sono riposte nella medicina predittiva che attraverso lo studio genomico può individuare i soggetti più sensibili o coloro che sono portatori di alterazioni che più probabilmente di altri potrebbero sviluppare una determinata malattia. In particolare sarebbe molto interessante avviare un progetto sullo studio genomico della popolazione in riferimento ai tumori più frequenti: mammella per la donna e prostata per l'uomo oltre al colon-retto e polmone per entrambi i sessi. Inoltre potrebbero essere approfondite la predisposizione per le patologie metaboliche, come il diabete, e quelle cardiocircolatorie. La sanità sammarinese, proprio per le sue caratteristiche di omogeneità della popolazione, potrebbe beneficiare oltremodo di specifici studi sul genoma umano. Sarà pertanto augurabile che sin da ora l'avvio di un percorso che, sostenuto dal Comitato Etico per la Ricerca Scientifica in collaborazione con l'I.S.S., possa prevedere l'introduzione dei test genetici su larga scala, fruibili per tutta la popolazione. Ovviamente la medicina predittiva è per San Marino una grande opportunità e una sfida da raccogliere per un progetto verso il futuro.

5.3. La prevenzione da SARS CoV 2

San Marino è riuscito, pur dovendone pagare un conto molto salato, a gestire autonomamente con le proprie risorse tutta la fase emergenziale 2020 e 2021 determinata dalla pandemia da Covid 19.

In questo capitolo sulla prevenzione sono state inserite anche le iniziative in contrasto alla pandemia da SARS CoV 2. Pur non potendo prevedere al momento quali futuri scenari ci riserverà questo virus, rimane una emergenza sanitaria da tenere in continua osservazione sia per quanto riguarda le regole di vita e di comunità, sia per quanto riguarda il controllo e le indagini epidemiologiche.

La grande partecipazione di massa alla vaccinazione, facilitata da un'ottima organizzazione, hanno permesso di diminuire in maniera considerevole il numero di contagi permettendo di introdurre in tempi molto brevi nuove libertà a tutta la cittadinanza. Gli studi avviati sulla popolazione potranno fornirci utili indicazioni sulla capacità di risposta del vaccino, della capacità di resistenza e di immunità anticorpale acquisita da parte della popolazione.

In questo periodo in cui l'emergenza è stata superata si dovranno comunque organizzare specifiche competenze per evitare nuove ondate e di predisporre una specifica organizzazione che tenga sotto controllo e possa intervenire tempestivamente in caso di necessità o di nuova diffusione del virus o sua variante. Pertanto dovranno essere mantenute attive tutte le organizzazioni emergenziali che hanno lavorato in maniera lodevole al contenimento della diffusione della epidemia sul territorio.

L'organizzazione sanitaria dovrà quindi essere pronta a rispondere immediatamente ad un eventuale nuova ondata epidemica, predisponendo se necessario un nuovo protocollo vaccinale.

Ma non dobbiamo dimenticare che il Covid 19 ha lasciato molti aspetti ancora da valutare come gli effetti a lungo termine del post contagio da SARS CoV 2 ed ai problemi di salute mentale post covid 19 come l'incremento in maniera importante del disagio giovanile legato al lockdown e le conseguenze dell'impegno lavorativo a cui sono stati sottoposti gli operatori sanitari.

Allo stesso tempo non dobbiamo dimenticare che la pandemia, oltre agli aspetti sanitari ed economici, ha determinato anche un importante impatto gestionale e organizzativo sul personale sanitario. Con la ripresa delle attività ospedaliere è necessario, oltre a permettere ai professionisti sanitari e sociosanitari un recupero psichico e fisico, dare risposte in tempi brevi ai tanti pazienti che per tutto il lockdown non hanno potuto essere operati o seguiti in maniera tempestiva. Questa situazione eccezionale, richiederà almeno un triennio per ritornare al suo normale regime organizzativo e gestionale. Al fine di evitare ricadute negative sulla performance lavorative sarà necessario trovare una sintesi fra tutti gli attori: politica, direzione I.S.S., organizzazioni di rappresentanza dei lavoratori e lavoratori per concordare e condividere soluzioni innovative.

6 - Malattie di particolare impatto sanitario e sociale

Le malattie non trasmissibili e le malattie infettive hanno un forte impatto sull'intero sistema sanitario e socio-sanitario, 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 agire a tutti i livelli (prevenzione, diagnosi, cura e assistenza) per ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbidità, mortalità e disabilità di tali malattie e raggiungere i più elevati standard possibili in termini di salute e benessere della popolazione in generale in tutte le fasi della vita.

6.1 Malattie non trasmissibili (MNT)

Le malattie non trasmissibili costituiscono la principale causa di morte quasi in tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche, le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche.

In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente ed hanno un lungo decorso. E' quindi possibile e necessario agire a vari livelli: preventivo, (agendo sui fattori di rischio modificabili quali alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol e mancanza di attività fisica e che possono generare fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, iperglicemia e ipercolesterolemia e obesità), diagnostico (utilizzando attrezzature all'avanguardia e gli screening), terapeutico (integrando le differenti competenze professionali e utilizzando al meglio le terapie mediche e chirurgiche disponibili) e assistenziale (attraverso una gestione integrata fra ospedale e territorio con equipe multidisciplinari).

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 per fare in modo che si 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 dall'OMS e che San Marino dovrà continuare a perseguire nei prossimi anni sono i seguenti:

- Riduzione relativa della mortalità totale dovuta a malattie cardiovascolari, tumori, diabete o patologie respiratorie croniche;
- Riduzione del consumo dannoso di alcol, secondo quanto appropriato al contesto nazionale;
- Riduzione relativa della prevalenza dell'insufficiente attività fisica;
- Riduzione relativa del consumo medio di sale/sodio nella popolazione;
- Riduzione relativa della prevalenza del consumo di tabacco nelle persone di età pari o superiore ai 15 anni;
- Riduzione relativa della prevalenza dell'ipertensione oppure, a seconda della situazione nazionale, contenimento della prevalenza dell'ipertensione;
- Arresto della progressione del diabete e dell'obesità;
- Terapia farmacologica e *counselling* (incluso il controllo della glicemia) per la prevenzione dell'infarto e dell'ictus su soggetti a rischio.

6.1.1 Malattie Cardiovascolari

Sia a livello globale che nel nostro Paese, le malattie cardiovascolari costituiscono uno dei problemi più importanti di salute pubblica.

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 cardiocirurgia.

In riferimento alle malattie cerebrovascolari è necessario sviluppare ulteriormente un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per l'ictus, favorire un continuum terapeutico e riabilitativo nel passaggio dalla fase ospedaliera alla fase territoriale. Dovranno inoltre essere avviati percorsi formativi per il personale medico e sanitario dedicato all'assistenza e alla cura del paziente colpito da ictus e per implementare modelli efficaci di assistenza multidisciplinare.

6.1.2 Neoplasie

I tumori rappresentano una patologia multifattoriale con un'ampia latenza fra esposizione a fattori di rischio e insorgenza della malattia, che spesso si verifica in età adulta o anziana e che richiede pertanto un'importante azione di prevenzione primaria e secondaria e una gestione multiprofessionale, interdisciplinare con una forte integrazione fra ospedale e territorio.

Al fine di ridurre l'incidenza delle neoplasie e aumentare la durata e della qualità della vita dei soggetti affetti da neoplasie, migliorando la presa in carico complessiva del paziente oncologico, gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

- 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...;
- 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.

6.1.3 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. Gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

- Assicurare una forte integrazione tra i servizi ospedalieri, con particolare riferimento a quello endocrino-metabolico, e i medici di medicina generale, con il coinvolgimento delle associazioni presenti sul territorio.
- Rafforzare ulteriormente il percorso di gestione diagnostico-terapeutico ed assistenziale integrato del paziente diabetico fra ospedale e territorio.
- In riferimento alla patologia tiroidea sviluppare attività di tipo preventivo e di informazione sanitaria, comprendendo gli screening raccomandati a livello internazionale e potenziare il percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale fra territorio, il servizio delle malattie endocrino-metaboliche e i centri specialistici di riferimento.
- Sviluppare ulteriormente percorsi integrati su problemi che hanno una rilevanza endocrina o metabolica come l'osteoporosi.

6.1.4 Malattie Respiratorie

Le malattie respiratorie croniche, che includono BPCO e asma, con l'avanzare dell'età si accompagnano frequentemente ad altre comorbidità che aggravano le condizioni del paziente, complicano le terapie e comportano un maggiore utilizzo di risorse sanitarie, compresa una più elevata necessità di ospedalizzazione e un aumentato rischio di morte.

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:

- 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 riguarda la BPCO, garantire 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, 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.

6.1.5 Malattie Neurologiche

I disturbi di natura neurologica (ictus, cefalee, Sclerosi Multipla, Alzheimer, malattia di Parkinson, epilessia) hanno un impatto importante dal punto di vista epidemiologico e in termini di disabilità e costi sociali, incidendo non solo sulle vite delle persone che ne sono affette ma anche su quella dei loro familiari, con ricadute economiche e socio-assistenziali considerevoli.

Anche a San Marino le malattie neurologiche rappresentano un problema di tipo sanitario e sociale molto rilevante e l'attivazione di ambulatori dedicati alle patologie neurologiche ha consentito di facilitare la gestione dei pazienti affetti da tali patologie.

In continuità con l'attività finora svolta il Servizio di Neurologia dell'I.S.S., gli obiettivi ritenuti prioritari per affrontare le malattie neurologiche sono i seguenti:

- Garantire una adeguata diagnosi e trattamento per patologie non degenerative quali le Cefalee, l'Epilessia e malattie del sistema nervoso periferico attraverso ambulatori dedicati.
- 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).
- Potenziare la gestione integrata delle demenze a partire dalla diagnosi precoce.

6.1.6 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 è attivo il Servizio di reumatologia e autoimmuni, a testimonianza dell'importanza che queste patologie rivestono nel territorio sammarinese. Gli obiettivi da perseguire per tali patologie sono i seguenti:

- 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;
- Sviluppare ulteriormente 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 all'interno dell'I.S.S. e con Centri specialistici di riferimento.
- Fornire un corretto protocollo di diagnosi e cura per le persone che sviluppano un quadro sintomatologico riconducibile alla sindrome nota come Fibromialgia.

6.1.7 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.

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.

Inoltre è importante specificare che i dializzati rappresentano solo la punta dell'iceberg della MRC. Secondo alcune 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 perseguire i seguenti obiettivi:

- Migliorare la conoscenza epidemiologica della MRC, 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.
- 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.

6.1.8 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.

Si rende quindi necessario:

- Sviluppare ulteriormente e applicare il percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale di persone con celiachia, con l'obiettivo di assicurare, in particolare, la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze della malattia celiaca.
- Continuare a fornire il supporto per l'accesso, il rimborso e le modalità di rendicontazione delle spese mensili per l'acquisto di prodotti dietoterapici senza glutine.

6.1.9 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. Alcuni elementi critici delle malattie rare riguardano 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 psicologico, sociale ed economico.

Sulla base di quanto evidenziato, 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;
- Sviluppare ulteriormente gli accordi con i Centri di riferimento per le malattie rare.
- Utilizzare procedure e criteri condivisi sulla base di evidenze scientifiche riconosciute a livello internazionale per assicurare alle persone affette da malattie rare adeguate terapie, presidi e integratori di supporto.

6.1.10 Disturbi Mentali

I disturbi mentali rappresentano una delle principali problematiche per la salute pubblica nella Regione europea dell'OMS, interessando più di 110 milioni di persone in Europa (circa il 10%).

Tali problematiche, sempre al centro delle agende di politica sanitaria a livello globale e locale, hanno avuto un interesse maggiore anche a seguito del COVID-19, in quanto la paura e l'incertezza sull'infezione stessa, le misure adottate per contenere la trasmissione del virus, come la quarantena e il contenimento, sono state psicologicamente difficili, hanno rafforzato l'isolamento sociale di molti ed esacerbato ansie e pressioni già presenti.

L'OMS, nel rinnovare la necessità di affrontare a livello locale tale problematica, ribadisce la necessità di rafforzare la lotta allo stigma, promuovere la salute mentale, prevenire i disturbi mentali, fornire cura, stimolare il recupero, ridurre mortalità, co-morbilità e disabilità nelle persone con disturbi mentali", seguendo principi quali l'accesso e copertura universale dei servizi, senza discriminazioni per età, sesso, posizione sociale, etnia o orientamento sessuale, il rispetto dei diritti umani, interventi evidence-based, l'approccio orientato ad ogni stadio di vita e multisettoriale (che coinvolga diversi settori quali salute, educazione, lavoro, forze di polizia, giustizia ecc.) e l'empowerment dei malati di mente.

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

Sulla base di quanto evidenziato e considerato che, soprattutto in epoca di crisi economica e sociale, i disturbi mentali tendono ad aumentare, è necessario:

- Migliorare la 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.
- 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 sviluppi ulteriormente percorsi strutturati con le Cure Primarie, Servizi che hanno specifiche utenze (Pediatria, Servizio Minori e Servizio Anziani) ed i Centri di eccellenza fuori territorio.

- Privilegiare, al fine di contrastare l'istituzionalizzazione e la cronicizzazione della malattia, 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.
- 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, i caregiver e gli assistenti alla persona.
- 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.).
- Creare un sistema di "sorveglianza" per la salute mentale e le problematiche ad esso correlata, incluso il rischio di suicidio.

6.2 Malattie Infettive

Le emergenze infettive quali la Pandemia COVID-19, iniziata nel 2020, e patologie riemergenti come la tubercolosi, l'HIV e le arbovirosi (Chikungunya, Dengue) hanno evidenziato l'importanza della sorveglianza epidemiologica necessaria per monitorare i fenomeni e definire la migliore risposta a livello nazionale e internazionale.

La pandemia COVID-19 ha inoltre modificato l'approccio al problema della prevenzione e gestione delle malattie trasmissibili. Anche a prescindere da questo drammatico evento, le malattie infettive continuano ad avere un grande peso nel mondo, sia nei Paesi in via di sviluppo che in quelli industrializzati, nonostante i grandi progressi conseguiti nel campo della prevenzione e cura delle malattie infettive.

L'inizio del terzo millennio si sta caratterizzando quindi per l'emergenza di nuove malattie infettive, per il diffondersi di forme conosciute che venivano considerate sotto controllo o confinate in pochi territori e per l'aumento delle infezioni sostenute da agenti resistenti ai farmaci.

Per citare solo gli eventi più importanti, oltre al COVID-19, si ricordano l'emergere di nuovi agenti di malattia quali i virus responsabili della SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) e della MERS (Middle East Respiratory Syndrome), lo sviluppo di diversi, estesi focolai di malattia da virus di Ebola nel continente Africano, la comparsa di diversi virus aviari, il riemergere del morbillo in focolai diffusi o in vere e proprie epidemie, la diffusione del virus Zika, in particolare in Centro e Sud America, l'alta percentuale di microrganismi resistenti ai principali antibiotici registrata in vari paesi Europei e che si accompagna anche a una elevata letalità dovuta a tali infezioni.

Inoltre si sono amplificati fattori in grado di favorire o potenziare, singolarmente o in associazione fra di loro, l'insorgenza e la diffusione delle malattie infettive. Fra questi si possono ricordare il cambiamento e l'adattamento degli agenti microbici e lo sviluppo di resistenze agli antimicrobici, la diversa suscettibilità

dell'uomo, le dinamiche demografiche e gli stili di vita, i cambiamenti climatici e la modifica degli ecosistemi, lo sviluppo economico, tecnologico e industriale e lo sfruttamento del territorio, l'incremento degli spostamenti di popolazioni e degli scambi commerciali, la riduzione degli investimenti nelle misure di prevenzione della sanità pubblica, le guerre, le carestie, la povertà e le disuguaglianze sociali. Tali fattori sono ancora del tutto attuali e sono stati drammaticamente evidenziati nel corso della pandemia COVID-19.

Come riportato anche nel Piano sanitario e socio-sanitario 2015-17 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, COVID-19 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;
- 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.
- Aggiornare il Piano Pandemico, consolidare e sviluppare programmi e azioni volti a tenere sotto controllo virus quali il COVID-19 e altri potenziali virus pandemici.

- 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' 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.
- 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.

7 - L'Istituto per la Sicurezza Sociale

L'organizzazione dell'I.S.S. si sviluppa su quattro settori principali: la prevenzione, l'ospedale, il territorio e la previdenza. Delle linee strategiche della prevenzione si è trattato nei precedenti capitoli.

7.1 L' Ospedale

7.1.1 Progettazione e sviluppo Nuova Struttura Ospedaliera

L'attuale struttura ospedaliera costruita negli anni 70' presenta numerose criticità sia dal punto di vista strutturale che dal punto di vista funzionale per i percorsi interni.

Dal punto di vista strutturale si segnala la mancanza dei requisiti antisismici, anzi la struttura presenta diverse criticità in riferimento al rischio sismico, presenta una vetustà degli impianti tecnologici: elettrico, idraulico e dei gas medicali. Ad eccezione dei reparti di ultima realizzazione, mancano adeguati sistemi di protezione antincendio. Tutti questi aspetti, inoltre, richiedono una continua manutenzione ordinaria e straordinaria che pesano in maniera importante sul bilancio dell'I.S.S. e dello Stato.

Sulla base di queste valutazioni si sta quindi intervenendo rapidamente nel predisporre un nuovo progetto strutturale dell'Ospedale al passo con le esigenze e le funzionalità più avanzate.

7.1.2 Autorizzazione, Accredimento, Governo Clinico e Controllo di Gestione

Al fine di assicurare la migliore qualità dei servizi sanitari e sociosanitari è necessario porre la massima attenzione sui percorsi istituzionali di autorizzazione e accreditamento. Essi consentono di assicurare il rispetto dei requisiti minimi previsti dai rispettivi regolamenti in termini organizzativi, gestionali e di processo. In particolare si dovrà raggiungere:

- l'autorizzazione in termini di adeguamento strutturale, impiantistico ed organizzativo
- l'accREDITamento dei servizi in essere e il loro allineamento alle migliori e più corrette pratiche sanitarie e gestionali.

Assolti i suddetti requisiti sarebbe auspicabile, dati i recenti progetti proposti sul nuovo ospedale del totale adeguamento strutturale, dedicarsi all'ottenimento di riconoscimenti di qualità e sicurezza in sanità per l'accREDITamento d'eccellenza come quelli previsti dalla Joint Commission International (JCI).

Questo riconoscimento permetterebbe di elevare l'intero Istituto, ma soprattutto di assicurare le migliori e più aggiornate pratiche cliniche, assorbendo il modello concettuale patient-centered.

Questo servizio si affiancherà al Controllo di Gestione, che dovrà essere potenziato e reso fulcro del monitoraggio degli accadimenti interni e sistema valutativo e di confronto tra l'I.S.S. e gli ospedali di riferimento (limitrofi e non).

Ruolo importante in questo ambito è quello dell'Osservatorio Epidemiologico per la rilevazione di tutti gli elementi di carattere epidemiologico e statistico necessari per monitorare lo stato di salute della popolazione sammarinese.

Strumento fondamentale sarà anche quello dei Flussi Informativi, per completare il sistema salute con la progettazione, la gestione e l'aggiornamento dei flussi di dati di ogni tipologia utili per creare dei cruscotti riepilogativi e indicatori di prestazioni.

7.1.3 Il modello per intensità di cura e lo sviluppo delle Aree Omogenee

Negli ultimi anni le strutture ospedaliere hanno subito importanti cambiamenti dovuti ai mutati bisogni della popolazione, all'aumento delle co-morbilità e della cronicità dei pazienti, nonché alla crescente specializzazione professionale e tecnologica. Queste condizioni hanno richiesto, a loro volta, modelli organizzativi innovativi più rispondenti alle nuove necessità.

Il modello auspicato, garante di eccellenza organizzativa e che assicura il rispetto dei bisogni dei pazienti è quello per "intensità di cura" o "intensità assistenziale".

Secondo questa logica, infatti, le necessità del paziente dettano l'organizzazione ospedaliera, non solo in termini clinici, ma anche strutturali e logistici. L'assistito è preso in carico, dunque, in base alla tipologia di bisogni assistenziali e di supporto tecnologico e non più della branca disciplinare. Questa tipologia di organizzazione per *setting* permette di ottimizzare al meglio il personale e di valorizzare le competenze dei singoli professionisti. Questa nuova impostazione permette di garantire la continuità di cura, di assicurare l'integrazione dei professionisti e, di conseguenza, di porre il paziente e gli esiti di salute al centro dell'organizzazione.

Con l'adozione di questo modello è possibile definire i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e rendere più efficienti gli *asset* della struttura. In funzione del livello di intensità di cura la risposta viene erogata a livello domiciliare, territoriale ed ospedaliero, organizzandosi rispettivamente in tre fasce distinte di assistenza: bassa, media, alta.

Questo sistema permette di allocare i professionisti in base ai bisogni sanitari degli assistiti. Sul territorio, dove saranno gestiti i processi di cura a bassa intensità, verrà inserito un infermiere di castello che sarà un punto di riferimento per i servizi domiciliari e che fungerà da raccordo con le cure intermedie e l'ospedale. A rafforzamento, saranno sempre più utilizzati i centri sanitari, fulcro della presa in carico della cronicità e primo contatto con l'assistito. Tutte le prestazioni complesse e/o che richiedono un approccio integrato saranno gestite all'interno del presidio ospedaliero, all'interno del quale saranno formalizzati i processi di presa in carico secondo le ultime linee guida sanitarie pubblicate. Saranno creati dei team multidisciplinari che si occuperanno del singolo paziente, cercando di assisterlo nella sua unicità e secondo le sue necessità.

In particolare il Dipartimento Ospedaliero deve porsi l'obiettivo di concentrarsi sulla realizzazione delle aree omogenee (area critica, area medica, area chirurgica, area servizi e area materno infantile) e la revisione dei percorsi di cura in ambito oncologico in quanto oggi, più che mai, necessita di particolari attenzioni per la sua incidenza e pericolosità.

7.1.4 Ambito oncologico: prevenzione e revisione dei percorsi di cura

I tumori sono la seconda causa di morte (29% di tutti i decessi), dopo le malattie cardio-circolatorie (37%). L'uso del tabacco, dell'alcool, un inadeguato stile alimentare, una scarsa attività fisica e alcune infezioni croniche sono i principali fattori di rischio. Nel complesso, la patologia oncologica è in costante aumento in entrambi i sessi. Si tratta di incrementi sostenuti nella maggior parte delle neoplasie (in parte ne sono responsabili anche le migliorate tecniche diagnostiche) anche se fortunatamente la sopravvivenza in molti casi sta migliorando, soprattutto grazie all'utilizzo di nuove terapie quali quelle a bersaglio molecolare e l'immunoterapia.

Per quanto riguarda i fronti su cui agire in prospettiva, ne esiste uno importantissimo relativo alla prevenzione e uno, non meno fondamentale ma più strettamente clinico, che ha come obiettivo il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici e della qualità di vita delle persone affette da tumore.

Vi è sicuramente la necessità di implementare sul territorio interventi più mirati di prevenzione primaria, per invertire l'andamento di crescita del numero dei tumori prevenibili (ad esempio quelli legati al fumo di sigaretta o alla alimentazione). A questo proposito, oltre ad apposite campagne da mettere in atto nella popolazione giovanile (che possono agire sul lungo periodo), un prezioso aiuto sarà la messa a punto del Registro Tumori. Il Registro Tumori se costantemente aggiornato, rappresenta uno strumento di sorveglianza dell'andamento della patologia oncologica e potrà essere utilizzato sia per studi sulla distribuzione geografica della patologia

(in correlazione alla esposizione ad eventuali fattori di rischio ambientali) che per la valutazione degli interventi di prevenzione, l'analisi dell'esito delle cure e la programmazione degli interventi sanitari;

Inoltre è indispensabile che venga implementata la prevenzione secondaria, potenziando gli screening su tutto il territorio tramite programmi organizzati con procedure e protocolli omogenei. A questo proposito si possono creare specifici percorsi di approfondimento diagnostico-, ad esempio nelle famiglie che hanno familiarità ricorrenti per tumori di verosimile derivazione ereditaria (mammella-ovaio-colon). Nei prossimi anni potrebbe essere potenziato il servizio di Counselling Genetico per sospetto tumore eredo-familiare, con ambulatorio specifico e se possibile ambulatorio di follow-up nei soggetti sani provenienti da famiglie con accertata mutazione genetica, sul modello di una "Family Cancer Clinic". Seguire con percorsi dedicati i soggetti sani ad alto rischio consente di utilizzare più correttamente una parte delle risorse per la prevenzione secondaria. Nel percorso vanno coinvolti i vari professionisti (radiologia senologica, gastroenterologia, ginecologia, oncologia) e va integrato l'apporto dei medici di famiglia per la segnalazione e il follow up dei casi. Questo appare realizzabile abbastanza facilmente in un territorio e una popolazione limitati, tenendo conto della organizzazione interconnessa del Sistema Sanitario Sammarinese.

Per migliorare la presa in carico del paziente oncologico si possono mettere in atto dei progressivi cambiamenti relativi a:

- trattamento dei pazienti in fase di malattia iniziale o comunque con in fase attiva di cura:
- implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici di gestione integrata, con la creazione di gruppi di patologia, soprattutto nelle patologie ad impatto maggiore (mammella, colon, polmone), discussione periodica e sistematica dei casi, preparazione di PDTA e check-list validate. Sarebbe anche utile formalizzare la presenza nel gruppo di infermieri case -manager che fungono da collegamento e supporto al paziente che entra nel percorso diagnostico terapeutico.
- miglioramento professionale continuo degli specialisti sui protocolli, gestione integrata dei malati oncologici in contatto con le reti cliniche di Emilia Romagna e Marche per confronto, partecipazione ad eventuali studi clinici in rete con le realtà confinanti o di riferimento Nazionale Italiano.
- rivisitazione/stesura di protocolli di follow-up, basati sulla definizione di categoria di rischio e ricalcati su linee guida riconosciute (AIOM, ESMO, NCCN).
- l'adeguamento tecnologico per l'equo accesso a terapie e metodologie diagnostiche costo-efficaci; in linea con le moderne linee guida di trattamento delle neoplasie.
- possibile utilizzo di farmaci altamente innovativi e ricerca clinica.

Per i pazienti in fase avanzata di malattia:

- migliorare la gestione dell'impatto delle cure sulla persona (ad esempio la fruibilità di supporto psico-oncologico per il paziente e la famiglia).
- incrementare la partecipazione delle Associazioni di volontariato, parenti e familiari nel percorso assistenziale, in particolare per i malati con malattia avanzata.
- miglioramento e creazione dei percorsi di continuità ospedale-territorio nelle cure palliative, con assunzione di un professionista dedicato alle cure di fine vita e una più stretta collaborazione con i medici di famiglia.
- Creazione di un Hospice per malati oncologici che non possono essere seguiti a domicilio.

Dalla integrazione di questi molteplici aspetti relativi alle diverse fasi della patologia oncologica, si potrebbe nel medio periodo, arrivare ad un significativo miglioramento della qualità delle cure e della qualità di vita dei pazienti affetti da tumore nel territorio.

7.1.5 Area Materno Infantile: l'integrazione tra Ospedale, Territorio e Prevenzione

7.1.5.1 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 la Pediatria 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, 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 (effettuati dalla UOC Ostetricia Ginecologia e Pediatria). 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, auspicandosi di rendere disponibile alle donne in gravidanza che ne facciano richiesta, le 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.

Pur registrando nell'ultimo triennio 2017-2020 una progressiva e significativa riduzione della percentuale di tagli cesarei, pari a circa il 23%, 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% per la prima indicazione 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 3 mesi di vita, stimata pari al 77,7% mentre a 6 mesi è pari al 66,4% nel 2020.

E' stato implementato il programma di screening neonatale con l'attivazione di un programma di screening audiologico neonatale per la diagnosi precoce della sordità congenita.

Dal 2021 è iniziato lo screening oculistico per la diagnosi precoce della cataratta congenita.

Si punta, 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 definito Home Visiting.

7.1.5.2 Assistenza pediatrica

Nell'ambito della prevenzione e della promozione di adeguati stili di vita, la Pediatria in collaborazione con la Sanità pubblica e la Dietologia, svolge e dovrà continuare a 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 la prosecuzione 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 e iniziare un registro delle patologie oncologiche pediatriche da inserire in quello degli adulti.

Sempre in tema di prevenzione e di promozione di stili di vita andranno proseguite 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.

E' stato istituito un servizio dedicato alla precoce presa in carico dei bambini (e delle famiglie) con eccesso ponderale oppure obesi. A questo proposito sarà indispensabile potenziare questo team multidisciplinare che si occupa dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), che purtroppo sono in costante aumento, e necessitano di una presa in carico sinergica ed integrata da parte delle varie discipline coinvolte.

7.1.5.3 Ambito Ostetrico-Ginecologico

La Ginecologia e Ostetricia è incaricata di continuare a supportare le donne in tutte le differenti fasce di età, sviluppando e migliorando le aree riportate di seguito. Verranno organizzati periodici eventi e iniziative di educazione alla salute sulle differenti tematiche relative al sesso femminile, potenziando l'attività sul territorio e integrandola con quella ospedaliera.

Sarà necessario continuare a diffondere la cultura della prevenzione in ambito oncologico, attraverso i programmi di screening attualmente attivi (Pap-Test, Mammografia) - che raggiungono oggi un'ottima percentuale di adesione - e cercare di migliorare la quota di adolescenti che aderiscono alla vaccinazione HPV. Il servizio resta il cuore pulsante delle attività di diagnosi, cura, monitoraggio e follow-up per patologie legate al sesso femminile, collaborando a stretto contatto con gli altri servizi.

L'assistenza al neonato viene assicurata fino al compimento dei 30 giorni, a partire dai quali partirà la presa in carico del servizio di Pediatria. Nel caso in cui ci fossero richieste o necessità per la madre la UOC si raccorda subito con il Centro Salute territoriale, garantendo assistenza integrata e supporto in tutte le fasi del processo nascita: allattamento e/o problematiche legate al parto ecc., con la possibilità anche di visite domiciliari nel caso in cui se ne convenga la necessità.

Per potenziarlo si auspica di riuscire ad aumentare i numeri relativi alle nascite interne o proporre eventuali scambi tra i vari professionisti tramite convenzioni con l'area vasta vicina e il territorio circostante alla Repubblica, formando delle "equipe multiprofessionali itineranti". In questo modo si riuscirebbe a tenere attivo l'aggiornamento delle migliori pratiche cliniche in uso e aumenterebbe la casistica clinica trattata.

Si continuerà ad assistere la donna per il monitoraggio preventivo, farmacologico e psicologico della menopausa. Fondamentale resta la gestione sul territorio quale primo punto di contatto e accoglienza con le assistite, fungendo da fulcro per le problematiche psicologiche, preventive e di contatto con la cittadinanza,

lasciando al reparto ospedaliero le cure ad una più elevata intensità, garantendo appropriatezza ed equità di accesso.

7.2 Il Territorio: le cure primarie, lo sviluppo del domicilio e la presa in carico della persona, della famiglia, delle cronicità e fragilità.

Diverse sono le sfide che il sistema sanitario e sociosanitario della nostra Repubblica dovrà affrontare nel prossimo triennio: la gestione della cronicità, il tema degli anziani, la continuità tra ospedale e territorio, lo sviluppo del domicilio, il rilancio delle cure primarie, la gestione delle fragilità e delle disabilità, la salute mentale, lo sviluppo della presa in carico della persona e della famiglia.

7.2.1 Il rilancio delle Cure Primarie

Le cure primarie, da tempo, presentano numerose criticità di funzionamento tali da mettere in discussione il rapporto di fiducia medico-paziente/cittadino che era uno dei punti di forza del sistema sanitario sammarinese. L'analisi complessiva del sistema evidenzia la necessità di interventi non più rimandabili da attuarsi trasversalmente a livello gestionale, organizzativo e professionale.

In quest'ambito il Comitato Esecutivo dell'I.S.S., supportato dalla dirigenza medica e infermieristica, dovrà rilanciare i servizi forniti dalle cure primarie privilegiando tutte quelle iniziative che possono ricreare quel contesto di fiducia e di consenso alla base dell'attività sanitaria e socio sanitaria ponendo al centro di tutta l'organizzazione il cittadino/paziente/utente valutando di ripristinare il concetto di Medico di Famiglia.

Come nell'ambito ospedaliero, la presenza di importanti criticità sulla struttura dei Centri Sanitari di Borgo e Murata richiedono interventi di edilizia sanitaria non più rimandabili.

Al contempo la necessità di riordinare il servizio, prevede di trovare il giusto compromesso tra la centralizzazione degli ambulatori in una unica sede (massima efficienza) e la completa decentralizzazione di singoli ambulatori in tutti i Castelli (massimo servizio).

Parallelamente dovrà essere rivista la gestione complessiva del servizio partendo dall'attività svolta dai singoli professionisti (medico ed infermiere), dal numero totale massimo di assistiti per ogni condotta, alla tipologia di prestazioni erogate e alle loro modalità.

Infine dovrà essere predisposto un importante investimento per quanto riguarda la formazione e la professionalità del personale sanitario. Devono essere predisposti percorsi formativi, almeno triennali, che portino tutti i medici delle cure primarie ad acquisire le competenze minime equiparate ad un percorso specialistico e che valorizzino a pieno le abilità e le attitudini del personale infermieristico.

Per questo sarà necessario attivare uno specifico gruppo di lavoro che definisca rapidamente un cronoprogramma degli interventi organizzativi, formativi, logistici e di miglioramento dell'efficienza.

7.2.2 La Presa in Carico della Persona e della Famiglia

Il territorio sammarinese si rende interprete in maniera autentica anche di attività di coesione sociale, supporto e affiancamento di singoli e famiglie. Si auspica di implementare questo servizio rendendolo attivo non più solo per chi lo chiede, ma anche per coloro che non esprimono tali necessità nonostante i bisogni (domanda inespressa).

Espressione concreta di questi meccanismi sono i consultori attivi, che si rendono disponibili a seguire iniziative volte alla tutela del bambino, della donna, della famiglia, della comunità.

La costruzione di percorsi strutturati permette infatti di consolidare i legami di fiducia, di condivisione e di assunzione di un'ottica di comunità che oggi risultano fondamentali per promuovere l'empowerment sociale e

che, sempre di più, si rivelano indispensabili per orientare la rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

7.2.3 La Presa in Carico della Cronicità

L'aumento della aspettativa di vita e delle condizioni socio-sanitarie hanno portato, progressivamente, ad una profonda modifica degli scenari di cura. Oggi, la cronicità, che si definisce come una condizione che prevede, per il paziente, una cura per una o più patologie che perdura nel tempo da anni a decenni, è condizione in drastico aumento. Essa richiede un notevole impiego di impegno e di risorse, richiedendo grandi sforzi a tutto il sistema sanitario e sociosanitario nella sua complessità. Impiega risorse umane, gestionali ed economiche non trascurabili – assorbe circa il 70-80% di tutte le risorse sanitarie a livello mondiale - sia in termini di costi diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica ecc.), che indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine ecc.).

Per questi motivi è indispensabile costruire un sistema che promuova interventi basati su approcci integrati, centrati sulla persona e che preveda la responsabilizzazione di tutti gli attori coinvolti nell'assistenza. Ciò che si auspica, è il raggiungimento di un'organizzazione che tuteli le persone affette da cronicità, riducendo il peso sociale e familiare e, al contempo, migliorando la qualità della vita tramite la fruizione di servizi efficaci ed efficienti.

Al fine di cui sopra si intende provvedere istituendo dei registri di patologia compilati dai Medici di Base e dagli Specialisti per il controllo della popolazione ma, soprattutto, la costruzione di una rete ospedale – territorio sempre più intrecciata e solida.

I modelli sino ad ora in uso per la gestione della cronicità prevedono la diversificazione dei livelli di intensità assistenziale: si organizzano infatti, richiedendo al territorio di gestire i casi di primo contatto e le prestazioni più semplici, lasciando all'ospedale tutto ciò che rientra nell'elevata complessità. A questo proposito dovranno essere potenziati i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e l'Assistenza Domiciliare Integrata. Nel territorio sammarinese si dovranno sviluppare Piani Assistenziali Individualizzati, per gestire al meglio i percorsi attraverso un modello di presa in carico patient centered ma che rispetti comunque le migliori e più innovative ed aggiornate pratiche cliniche.

Prendersi cura di un paziente cronico, oggi, significa organizzare il sistema salute in modo integrato, favorendo la continuità assistenziale ospedale-territorio, istituendo setting di cura appropriati come le cure intermedie, e significa anche implementare i servizi territoriali e domiciliari, poiché maggiormente fruibili dal paziente cronico e molto più vicini a quelli che sono e possono essere i suoi bisogni.

7.2.4 Gli Anziani

La crescente aspettativa di vita richiede al sistema sanitario di evolversi e trovare nuove soluzioni per le persone appartenenti alla cosiddetta terza età. Sono sempre più richiesti, infatti, setting a bassa intensità in cui sia possibile trascorrere la giornata sotto l'osservazione e l'aiuto di professionisti esperti, i centri diurni. Essi si sviluppano per essere un luogo d'incontro, di aggregazione e divengono perfetti in quanto strumenti utili per l'integrazione sociale. Questi centri protetti, visti i risultati ottenuti nel dare sollievo sia alla persona che li vive (per la compagnia e le attività che vi è possibile svolgere), sia ai caregiver (per l'aiuto nell'assistenza), dovranno essere ulteriormente valorizzati e potenziati.

A quest'iniziativa, si deve però affiancare, per coloro che ne avranno necessità, un organizzato servizio domiciliare che si attivi per tutte le condizioni in cui sia necessario: una prestazione infermieristica, un'attività riabilitativa, un'assistenza particolare per le patologie complesse o i casi particolari.

Oltre alle figure sopra indicate è necessario introdurre e regolamentare anche quella dell'assistente alla persona che può svolgere ruoli di compagnia, piccole faccende domestiche o di assistenza generica fondamentali per la vita quotidiana dell'anziano.

È necessario pertanto costruire un tessuto sanitario che tuteli gli anziani e i grandi anziani affinché siano sempre più seguiti e assistiti come necessitano e meritano.

7.2.5 La Continuità Assistenziale tra Ospedale e Territorio

Negli ultimi anni il percorso di riorganizzazione ospedaliera si sta orientando al perseguimento di maggiori livelli di appropriatezza della risposta e dell'efficienza, nell'ottica di appropriatezza dell'uso delle risorse in base alle caratteristiche prevalenti della popolazione (cronicità, multi-morbilità, complessità dei bisogni) ed in armonia con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Per rispondere in maniera strategica ed integrata alle esigenze degli utenti portatori di una molteplicità di bisogni differenziati a San Marino, a gennaio 2019, è stato introdotto il CCSA (Centro di Coordinamento della Continuità Assistenziale) composto da: un medico, un'assistente sociale, un'infermiera case manager ed un fisioterapista. Attualmente il servizio è composto da un'infermiera case manager e da una fisioterapista. Allo scopo di garantire una effettiva presa in carico personalizzata, che tenga conto dei complessi bisogni sanitari e bio-psicosociali, è ampiamente indicato che nel team vengano nuovamente compresi sia un medico che un assistente sociale dedicati. Tale assetto garantirebbe infatti una effettiva valutazione e presa in carico multi-professionale e multidimensionale di ogni paziente e famiglia considerati.

L'implementazione di modalità organizzative e di strumenti per il rafforzamento della presa in carico territoriale, della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e dell'integrazione socio-sanitaria perseguono quindi i seguenti obiettivi, in piena sintonia con il Piano Socio-Sanitario 2021-2023:

- Ridurre i ricoveri ospedalieri per tutte quelle condizioni di salute in cui non è necessaria la degenza in setting ospedaliero per acuti.
- Ridurre le ri-ospedalizzazioni inappropriate.
- Organizzare ed agevolare i percorsi che favoriscono la continuità della cura ed il rientro nel setting assistenziale più appropriato una volta risolto il problema acuto (percorso di dimissione protetta, interventi educativi sul paziente e sul caregiver, formulazione di piani assistenziali individualizzati).
- Garantire all'interno di questo processo una effettiva valutazione multidimensionale e l'integrazione interprofessionale.
- Realizzare percorsi e procedure utili a garantire una effettiva continuità di cura una volta che il paziente rimane nel setting territoriale (Assistenza Domiciliare Integrata, valutazioni e/o consulenze nelle Strutture Sanitarie Protette territoriali)

7.2.6 Le Cure Intermedie

I nuovi bisogni della popolazione hanno richiesto anche nuovi setting di cura: sono nate e si sono sviluppate, da qualche anno, le cosiddette cure intermedie. Esse si posizionano a ponte tra l'ospedale e il territorio e comprendono un'ampia variabilità di strutture e percorsi. Per struttura intermedia si intende una struttura sanitaria che si occupa di moduli diversificati quali ricoveri e assistenza: ne sono un esempio la lungodegenza, le post acuzie, gli ospedali di comunità e le strutture riabilitative.

Il progetto della Repubblica è quello di rinforzare e introdurre tali setting di cura, in particolare la lungodegenza e i post acuti, in modo tale da rispondere all'aumento della domanda pervenuta da tali aree critiche. Le cure intermedie sono caratterizzate dall'accesso controllato – idoneità a tali aree – e dalla redazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI).

Quando, infatti, l'ospedale, il domicilio e la residenza sociosanitaria risultano inadeguati, ecco che ci si rivolge a questa nuova ed appropriata area di cura.

Gli obiettivi principali sono:

- Il recupero del paziente fragile
- La preparazione dell'ambiente familiare al ritorno del paziente al domicilio
- La gestione più appropriata delle degenze ospedaliere (prevenzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati o il loro prolungamento)
- Garantire la dimissione ospedaliera in continuità assistenziale con il territorio.

Inoltre, il territorio sammarinese ha più volte esplicitato la necessità, data dalla domanda, di sviluppare un'ambiente protetto in cui gli assistiti possano ricevere cure e assistenza adeguati nel fine vita. Ci si avvarrà, dunque, di uno spazio denominato hospice per la gestione di tutti i pazienti che dovranno o vorranno rivolgersi alle cure palliative.

Queste nuove introduzioni permetteranno di rispondere ai bisogni della popolazione in misura più appropriata, posizionandosi come una soluzione alle diverse criticità che oggi possono riscontrarsi all'interno di un sistema salute.

7.2.7 La Salute Mentale, il Servizio Minori e i nuovi disturbi post covid19

Come emerge dagli studi epidemiologici dall'inizio della pandemia, anche San Marino negli ultimi 18 mesi ha registrato un significativo aumento dell'incidenza di casi gravi e complessi soprattutto nei giovani e giovanissimi (bambini ed adolescenti nella fascia d'età compresa fra 10 e 18 anni). Questo scenario risulta fortemente correlato a fattori:

- reazioni psichiche direttamente legate al COVID (paura del contagio, sofferenza per il decesso di familiari, parenti, amici, ospedalizzazioni traumatizzanti per i sintomatici gravi, ...);
- reazioni psicosociali legate alle misure di contenimento della pandemia (lockdown, distanziamento e isolamento sociale, chiusura scuole, DAD,.)

Da un punto di vista clinico, gli aspetti appena citati rappresentano linearmente i fattori predisponenti, precipitanti, causali e mantenenti delle principali entità psicopatologiche che riguardano l'adolescenza (disturbi d'ansia, del comportamento, dell'apprendimento (DA), Disturbo da stress post traumatico).

Dalle molteplici pubblicazioni in materia emergono due punti preoccupanti.

- 1) Nei bambini negli adolescenti di età compresa fra 6 e 18 anni i disturbi più frequenti hanno interessato la componente somatica. In effetti, se nella popolazione adulta le principali espressioni cliniche hanno riguardato disturbi dell'umore, alterazioni neurovegetative e disordine da stress post traumatico (PTSD), nei giovanissimi, si è registrato "un attacco al corpo" come riportato da un articolo di Saluteinternazionale dello scorso maggio. L'agenzia federale degli Stati Uniti Centers for Disease and Prevention (CDC), analizzando i dati provenienti dai Dipartimenti di Emergenza in merito alla fascia d'età 12 – 17 anni, a partire dalla metà di marzo 2020 rispetto al periodo pre-pandemico ha riportato un incremento del 31% degli accessi mental health – related. Lo stesso articolo segnala per la situazione italiana un allarmante aumento degli accessi in PS e di ricoveri di adolescenti in stato di sofferenza psicologica acuta con saturazione dei posti letto dedicati. Fra le cause più rilevanti di tale scenario si segnala "un attacco al corpo", nelle diverse espressioni (autolesionismo, disturbi del comportamento, disturbi dell'alimentazione, consumo di sostanze d'abuso). A ciò si affiancano disturbi di panico, stati fobici, ritiro sociale, stati dissociativi con alterazioni senso – percettive, crisi di dirompenza intra-familiare.
- 2) Esiste una correlazione statisticamente significativa fra i livelli di gravità dei comportamenti disfunzionali dei bambini e ragazzi ed il grado di stress e malessere dei genitori; all'aumentare dei sintomi psichici e dei

disturbi del comportamento dei genitori (disturbi d'ansia, dell'umore, disturbo post traumatico da stress, disturbo ossessivo compulsivo, abuso di sedativi ed ipnotici), aumentano i disturbi comportamentali e della sfera emotiva dei figli con un generalizzato incremento dell'impulsività. Ciò indipendentemente dall'assenza o presenza di pregressi disturbi anamnestici. Come riportato da Humanitas Medical care in un report del 26/1/21 su una ricerca guidata dal Prof. Giampaolo Perna su un campione di 2400 soggetti, gli adulti con figli minori di 16 anni che avevano un maggiore grado di compenso emotivo, mostravano un pattern di resilienza coerente con quello dei figli. In pratica, a dimostrazione dello strettissimo legame tra la salute psichica dei genitori e dei figli, i primi erano meno stressati se i secondi avevano buoni livelli di resilienza nell'affrontare la pandemia.

Dall'analisi dei dati epidemiologici risulta quindi chiaramente come la situazione di confinamento ed isolamento abbia determinato, sul piano eziopatogenetico una condizione di stress multifattoriale tale da determinare quadri morbosi complessi e polimorfi, di potenziale elevata gravità clinica che potrebbero anche perdurare nel tempo.

Questo rende necessario un intervento terapeutico in un'ottica di prevenzione secondaria ove possibile, ma soprattutto in interventi terapeutiche riabilitativi.

La Salute Mentale, con riferimento ai dati citati, considera prioritario un intervento volto alla precoce intercettazione di questi complessi quadri morbosi attraverso un progetto per l'individuazione dei sintomi "sentinella" alla base dei disturbi del comportamento e degli impulsi (alterazioni dell'alimentazione e del peso, autolesionismo, ritiro sociale, uso di sostanze psicoattive).

Il Servizio Minori, nata con un'impronta prevalentemente socio-educativa, riesce ad effettuare ottimi interventi in tutti quei luoghi riconosciuti importanti per la promozione della salute e della tutela in età infantile e adolescenziale (famiglia, scuola, ambiente urbano, ospedale, servizi territoriali) in partnership con le istituzioni scolastiche, oltre che con la famiglia e le organizzazioni che la tutelano e la rappresentano. Sono prevalentemente due le direttrici che dovrebbero essere sviluppate e potenziate:

- prevenzione e trattamento dei disturbi psicopatologici nell'infanzia e adolescenza;
- intervento socio-terapeutico-riabilitativo della disabilità fisica e psichica.

Sebbene l'intervento socio-educativo sul minore sia imprescindibile nella quasi totalità dei casi, in una percentuale di quasi il 20% (spesso casi complessi che richiedono un intervento multidisciplinare) si rende necessario un intervento maggiormente clinico (psicoterapeutico, neuropsichiatrico e psichiatrico) che richiede un potenziamento delle professionalità e prestazioni attualmente erogate al servizio minori. Infatti negli ultimi anni si è registrato un aumento dei disturbi psicopatologici nell'infanzia e nell'adolescenza con aumento dei disturbi depressivi, di gesti autolesivi, di sostanze psicoattive, sono comparsi disturbi fino a pochi decenni fa sconosciuti come la dipendenza da internet o da videogiochi, il cyber-bullismo a cui il servizio con difficoltà riesce a dare risposta.

Studi effettuati dall'OMS hanno rilevato che la prevalenza dei disturbi psichiatrici varia dal 12 al 29% fra i bambini che si presentano ai servizi di base di vari paesi e che di questi, dolo il 10-22% è stato riconosciuto dagli operatori sanitari, denotando come essi non riescano ad usufruire dei servizi in modo adeguato. Tutti questi dati, oggi, dopo la Pandemia Covid-19 si sono aggravati ulteriormente.

Oggi è dimostrato che l'origine dei disturbi mentali negli adulti è da ricercare nell'infanzia. Un intervento precoce su bambini e adolescenti, ma anche su genitori e familiari, può ridurre o eliminare alcuni disturbi mentali e promuovere l'integrazione con i normali servizi socio-educativi e sanitari coinvolti che altrimenti richiederebbero servizi specializzati e intensivi. In questa fase di *policy making* tre sono gli ambiti su cui intervenire:

- 1) implementazione dello sportello psicologico nelle scuole (già attivo in forma sperimentale) e del progetto di consultorio familiare (in fase di studio) per intercettare precocemente il disagio negli adolescenti;
- 2) potenziamento, formazione e sviluppo di competenze e professionalità per la gestione delle vecchie e nuove patologie;
- 3) maggiore integrazione tra gli interventi socio-educativi, di tutela e clinici in condivisi percorsi multidisciplinari.

7.2.8 La Disabilità

Si propone di sostenere la persona con disabilità e la famiglia nel rispetto del "whole life course approach" tramite una maggiore integrazione organizzativa dei servizi. In particolare, il Servizio Minori e la Disabilità ed Assistenza Residenziale dovrebbero creare un'area che accentri tutti i servizi atti a valorizzare le risorse e le competenze relative alla disabilità nella sua complessità associando anche un consultorio familiare che raccolga le varie domande e richieste.

Da ultimo, ma non meno importante, si auspica il potenziamento della presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari con la creazione di più strutturati percorsi diagnostico-terapeutici e l'introduzione del parent training.

Nel 2008 San Marino ha ratificato la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle Persone con Disabilità ed allo scopo di tutelare le persone fragili e garantire il rispetto dei loro diritti, ha emanato la Legge Quadro del 10 marzo 2015 n. 28 e il Decreto Delegato del 31 ottobre 2017 n. 127. Tali norme indicano la Disabilità e Assistenza Residenziale quale Area istituita nell'ambito del Dipartimento Socio-sanitario ad occuparsi delle persone con disabilità, di contrastare ogni forma di discriminazione, garantendo il rispetto dei diritti in ambito educativo, sanitario, lavorativo e sociale, tenendo conto dell'età, al fine di garantire la presa in carico globale e uno specifico progetto di vita unico su ciascuna persona. E' il presidio pubblico attraverso cui l'Istituto per la Sicurezza Sociale eroga alle persone disabili in condizione di ridotta autonomia e/o fragilità per deficit psico-fisico lieve, moderato o severo, prestazioni di carattere socio educativo e riabilitativo, socio assistenziale e sanitario sul territorio e in strutture diurne o residenziali.

Per offrire ad ogni soggetto disabile nel quotidiano, secondo gli indicatori della qualità di vita, la migliore e più funzionale partecipazione possibile ad una gestione della propria vita e ad un'inclusione a livello sociale allargata, il servizio disabilità adulta ha un'area psicologica e sociale che sostiene il progetto di vita di ciascuna persona comprendendo in una logica multidisciplinare e multidimensionale i diversi attori quali: la famiglia, i diversi servizi dello Stato, le Associazioni di volontariato e gli altri settori del Dipartimento Socio-sanitario.

Per risolvere le criticità che ancora sono presenti sul territorio sammarinese è necessario attuare un welfare di inclusione e prossimità territoriale capace di attivare le risorse del territorio e garantire la piena cittadinanza delle persone con disabilità.

Questo modello socio-sanitario deve rispondere ad una logica di "welfare capacitante" dove i paradigmi sostanziali che compongono il progetto di vita di ciascuna persona sono le "capacità personali" che vengono armonizzate, riabilite e supportate dai diversi strumenti, in un'ottica multidisciplinare. In questa direzione emerge la necessità di progettare interventi in cui l'individuo ha la piena titolarità e compartecipazione del processo, non come semplice destinatario di un intervento, ma come titolare di diritti che egli stesso è in grado di vivere e sviluppare in una logica di autodeterminazione.

Lo strumento essenziale di intervento sono i progetti personalizzati, definiti nell'arco di tutta la vita avvalendosi del *Whole life approach*, con la diretta compartecipazione della persona interessata e/o della sua famiglia. Il processo di *assessment* pone la persona al centro della progettazione, i professionisti e i servizi devono offrire

i sostegni appropriati per affrontare e superare barriere ostacoli e discriminazioni che impediscono il godimento dei diritti.

Alla luce di quanto sopra emergono alcuni elementi centrali che sono alla base del processo che porta alla realizzazione del progetto di vita di ciascuna persona. In particolare:

- una profonda osservazione della persona, attraverso gli indicatori di qualità di vita e la valutazione del funzionamento in diverse aree e autonomie specifiche (utilizzando strumenti come la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - ICF), finalizzati al riconoscimento della condizione di disabilità e non di invalidità)
- l'analisi del contesto familiare, sociale e relazionale in cui vive l'individuo, con il compito di identificare gli ostacoli che potrebbero impedire la piena partecipazione di ciascuno;
- una progettazione precisa dei "sostegni" educativi e riabilitativi con l'obiettivo di facilitare il processo di accesso ai diritti, *empowerment* e piena cittadinanza.

Per questa ragione sono stati ridefiniti i paradigmi della presa in carico di ciascun individuo con l'obiettivo di favorire un processo di interazione tra i suoi bisogni e i sostegni necessari al superamento delle barriere e delle discriminazioni che la società ha prodotto limitando la sua piena capacitazione.

Nel prossimo triennio si ritiene opportuno creare una banca dati avvalendosi della classificazione ICF fondamentale per sviluppare strategie per realizzare progetti sulla base delle necessità che emergono dai bisogni della cittadinanza, creare forme di collaborazione con i servizi pubblici e le realtà private e del mondo delle associazioni e al fine di riorganizzare le strutture riabilitative e residenziali esistenti in collaborazione con la realtà del "Dopo di Noi". Indispensabile sarà ripensare alla corretta modalità di presa in carico degli utenti per un'adeguata fruizione dei servizi erogati attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e Livelli Essenziali di Assistenza Socio-Assistenziale (LIVEAS), un servizio di advocacy e supporto attraverso il segretariato sociale con l'obiettivo di garantire al cittadino:

- unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, capacità di accompagnamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi.

8 - La Politica del Farmaco e dei Dispositivi Medici

I farmaci ed i dispositivi medici hanno una funzione centrale nella diagnosi, cura e assistenza della popolazione. La politica del farmaco comprende l'insieme di azioni in tema di acquisto, prescrizione, distribuzione, informazione e vigilanza con l'obiettivo di garantire l'utilizzatore/cittadino.

All'interno di San Marino, in questi ultimi anni, si sono sviluppate molte aziende che operano nel settore farmaceutico. Tutte queste aziende per produrre e vendere hanno bisogno di regole chiare e certe che permetta loro di svolgere la loro attività secondo le regole nazionali ed internazionali.

Se da un lato l'Authority Sanitaria opera quale organismo garante del sistema di controllo e di vigilanza attiva su questo settore (farmaco vigilanza sui farmaci e di valutazione di conformità per i dispositivi medici), dall'altra parte è sempre più necessario un quadro normativo per garantire alle nostre aziende compresa la Farmacia Internazionale dell'I.S.S. di svolgere la loro attività nella massima fiducia sia per le istituzioni che per gli utenti.

Nell'ambito del programma sanitario dovranno essere avviate, nei tempi più brevi possibili, le iniziative volte a recepire le più aggiornate direttive europee sui farmaci e sui dispositivi medici, compresa la vendita online.

Il governo clinico del farmaco è interessato dal percorso gestionale dello stesso che è subordinato a sua volta all'acquisto, prescrizione, distribuzione, informazione e vigilanza nonché al continuo monitoraggio volto al controllo dell'appropriatezza clinico - terapeutica e della sicurezza delle terapie adottate per la cura dei pazienti.

L'approccio costante nella scelta del farmaco presso il nostro servizio sanitario è subordinato al rispetto delle evidenze scientifiche internazionali e condivise dagli enti preposti alla valutazione della efficacia e sicurezza dei prodotti. L'approccio alla gestione del farmaco nel territorio, dovrà essere ricompresa in *progetti legislativi* completi, che prevedano la formulazione di norme sui medicinali nel rispetto delle leggi internazionali in materia nonché della realtà su cui si fonda il nostro stesso servizio sanitario nazionale.

Cruciale per lo sviluppo interno del nostro sistema sanità sarà l'implementazione dei servizi offerti dalla *Farmacia Internazionale*, attraverso un progetto che ne comporti un aumento in termini di servizi offerti e prestazioni nonché di reperimento di farmaci per la gestione di terapie innovative.

Il sistema sanitario Sammarinese, già da anni offre la possibilità di gestire terapie innovative su patologie di rilevanza globale attraverso il reperimento di farmaci autorizzati da enti regolatori internazionali e sui quali emergono nutrite evidenze scientifiche, sia in termini di innovazione terapeutica che di efficacia. Questo settore, andrà implementato attraverso collaborazioni con Istituti di ricerca e di terapia internazionali nonché attraverso lo sviluppo di progetti competitivi, volti all'offerta di prestazioni anche per pazienti non afferenti al nostro sistema sanitario. Infine bisognerà prevedere percorsi che possano ricomprendere uno scambio di prestazioni con il SSN Italiano con il quale sono già in essere specifici accordi per la gestione dei pazienti. Per lo sviluppo di un progetto assistenziale di questo tipo, si dovrà inoltre prevedere la stesura di specifiche procedure gestionali e tavoli tecnici dedicati che lavorino in maniera continuativa sulla scelta delle terapie e dei percorsi attuabili.

L'implementazione delle attività dell'*UFA* (Unità Farmaci Antiblastici) si inserisce nel pool di attività terapeutiche già operative nel comparto ospedaliero a partire dalla gestione delle terapie onco - ematologiche e specialistiche e sarà interessata alla gestione delle terapie innovative di concerto con il servizio di farmacia internazionale e dei clinici su cui ricade il management dei pazienti candidabili ai cicli terapeutici proposti.

Per sopperire ai bisogni di cura emersi anche durante la recente pandemia, sarà necessario provvedere ad una implementazione del *piano di approvvigionamento* dei farmaci sia per la distribuzione sul territorio che per i servizi ospedalieri. Cruciale, sarà la valutazione di percorsi che rendano il reperimento di farmaci stupefacenti e ad uso ospedaliero più celere e snello anche tramite il supporto del servizio di fornitura offerta dai grossisti.

9 – Il Sistema Informativo Sanitario e Socio-Sanitario

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 sostenibilità 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.

Il sistema informativo sanitario e socio-sanitario sammarinese, basato su una piattaforma software evoluta e nativamente integrata fra ospedale, territorio, specialistica e servizi socio-sanitari è stato 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 e 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;
- l'implementazione di registri di patologia e specifiche indagini epidemiologiche (tumori, malattie cardiocircolatorie, demenze, ictus ecc.) nonché il monitoraggio sul fenomeno della violenza, ponendo particolare attenzione al sommerso;
- la diffusione alla popolazione del Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino (FSE) e la consultazione via web da parte del cittadino stesso, in un'ottica Smart.

Il Fascicolo consentirà di "leggere" tutta la storia socio-sanitaria del paziente a supporto della diagnosi, cura ed assistenza attraverso l'integrazione delle informazioni del singolo cittadino.

Al fine di facilitare l'operatività del sistema informativo il personale dell'I.S.S. dovrà essere adeguatamente formato e aggiornato sia sull'innovazione tecnologica 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 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 Sanitaria, organo di controllo e vigilanza, dovrà inoltre poter interrogare le banche dati dell'I.S.S. 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. Tale normativa dovrà regolamentare, altresì, l'importante attività di sorveglianza sugli stili di vita su tutta la popolazione.

Sarà inoltre necessario prevedere il riconoscimento e la validità giuridica degli atti in formato elettronico. La messa a regime del sistema informativo garantisce 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), rende disponibili report ed analisi statistiche ed epidemiologiche ad hoc sulle seguenti tematiche:

Area Sanità

- Assistenza Farmaceutica
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale
- Certificato di Assistenza al Parto
- Emergenza Urgenza - PS-118
- Laboratorio Analisi
- Vaccinazioni
- Screening
- Malattie infettive
- Schede di Dimissione Ospedaliera
- Mortalità

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

9.1. 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. Il 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 per la Sanità, la Segreteria all'Istruzione e l'I.S.S. (*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 elaborata in 5 round 2010-2012-2014-2016-2019;
- HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), indagine quadriennale *sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (11-13-15 anni)*, già elaborata negli anni 2010-2014-2018;

- GYTS (Global Youth Tobacco Survey), *sorveglianza quadriennale sul consumo di tabacco da parte dei giovani a livello globale (13-14-15 anni)*, già elaborata negli anni 2010-2014-2018;

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, l'Istituto Superiore di Sanità 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).

10 - La Medicina Non Convenzionale e/o Complementare e la Medicina Integrata

L'utilizzo di trattamenti non convenzionali e complementari sono particolarmente diffusi fra la popolazione sammarinese, nel rispetto della libertà di scelta delle cure, si intende mantenere la deducibilità fiscale di questi trattamenti, purché svolte da laureati in medicina e chirurgia iscritti in apposito registro e sotto il controllo dell'Autorità come previsto dalla legge vigente.

Sarà opportuno rafforzare nel prossimo triennio un sistema di monitoraggio specifico delle medicine non convenzionali effettuate in territorio sammarinese, soprattutto valutandole non solo in termini di sicurezza ma anche nei confronti dell'effetto placebo e di studi clinici controllati.

Al fine di approfondire le suddette tematiche di efficacia e sicurezza potranno essere sviluppati percorsi sperimentali di utilizzo, anche attraverso partnership pubblico-privato, nel pieno rispetto delle indicazioni provenienti dal Comitato di Bioetica e del CERS.



11 - 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.

San Marino, come già evidenziato nel Capitolo 1, ha siglato nel tempo importanti accordi con l'Italia a livello nazionale e regionale e collaborazioni con le AUSL e altre strutture di eccellenza.

In riferimento alle collaborazioni in ambito sanitario in essere con Emilia Romagna (RER) e Marche, dovranno essere sviluppati ulteriormente protocolli operativi fra I.S.S. e le strutture sanitarie e socio-assistenziali italiane, con l'obiettivo principale della presa in carico complessiva della persona che, anche in strutture fuori territorio sammarinese, deve sentirsi all'interno di un unico percorso diagnostico-terapeutico assistenziale.

Tale sinergia non deve essere vista solo come scambio di prestazioni ma come l'opportunità per i cittadini sammarinesi e italiani di utilizzare in modo reciproco i servizi e i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali di entrambi i sistemi sanitari e socio-sanitari.

Dovranno essere infine implementate 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.

Nell'ambito delle iniziative degli Small Countries particolare attenzione dovrà essere posta alla possibilità di interscambio di esperienze professionali e di professionisti oltre a condividere percorsi comuni e di sostegno reciproco. La recente emergenza sanitaria causata dalla pandemia SARS-CoV 2 ha mostrato quanto sia importante essere in rete e condividere percorsi comuni con altri soggetti siano essi Regioni Italiane che Istituzioni Nazionali ed Internazionali.

12 - L'Innovazione

L'innovazione in ambito medico e sanitario, declinata sia in termini di digitalizzazione dei processi e dei servizi che in termini di innovazione diagnostica, terapeutica e farmacologica, è fondamentale per garantire risposte di salute all'avanguardia e al più alto livello tecnologico. E' tuttavia necessario che l'innovazione, non solo tecnologica ma anche organizzativa, sia supportata da strumenti di governo (Health technology Assessment - HTA) e da un sistema di regole allineato a standard internazionali.

San Marino si è già dotata di organismi che hanno un ruolo di controllo e vigilanza sulla sperimentazione, la ricerca e la valutazione di nuove tecnologie quali il Comitato Etico per la Sperimentazione e la Ricerca (CERS) e l'Authority sanitaria e sta completando un percorso normativo che consentirà di facilitare e incentivare la ricerca e la sperimentazione, al fine di conseguire un reale miglioramento delle attività diagnostiche, terapeutiche e assistenziali nel rispetto di standard internazionali, con particolare riguardo a quelli dell'Unione Europea.

Sarà quindi necessario promuovere il raccordo e l'integrazione tra ricerca di base, ricerca applicata, sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi.

E' inoltre fondamentale stabilire una forte alleanza ed integrazione fra il settore della salute e l'Università, anche attraverso 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.

Diventa inoltre strategico sviluppare e adattare al contesto sammarinese innovazioni quali la telemedicina, la medicina predittiva o personalizzata (genomica), la robotica e l'utilizzo di nuovi farmaci che potrebbero avere importanti ricadute positive sulla salute della comunità e fungere anche da volano economico dell'intero paese. Le tecnologie digitali, nuovi strumenti diagnostici e terapie innovative possono infatti contribuire al miglioramento dei riscontri clinici, all'ottimizzazione delle risorse e alla sostenibilità di lungo termine del sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese.

Altro elemento fondamentale che è alla base dei processi di innovazione, e che il contesto sammarinese potrebbe sfruttare al meglio, è rappresentato dalla disponibilità e accessibilità crescente di dati genetici, clinici, e diagnostico-terapeutici.

Tali innovazioni possono contribuire non solo al miglioramento della salute della comunità ma anche allo sviluppo della medicina personalizzata, in grado di delineare percorsi di valutazione del rischio, prevenzione, diagnosi e cura modellati attorno al singolo paziente o a gruppi di pazienti con caratteristiche simili, migliorando gli esiti dei trattamenti e allo stesso tempo aumentando l'appropriatezza delle cure, con risparmio di risorse.

Inoltre, lo sviluppo delle conoscenze del genoma, può favorire lo sviluppo di terapie geniche per una cura maggiormente efficace di molte patologie oltre a contribuire in maniera significativa alla prevenzione delle principali patologie genetiche.

In particolare, nell'ambito della telemedicina, le applicazioni mobili e i dispositivi indossabili, da un lato possono contribuire ad arricchire il quadro informativo per ciascun cittadino e dall'altro lato offrire grandi opportunità per modificare l'assetto organizzativo dei servizi sanitari e socio-sanitari, spostando il più possibile i servizi fuori dalle strutture ospedaliere e sempre più presso i luoghi di vita e di lavoro.

Infine, lo sviluppo di tecnologie innovative quali la robotica, con particolare riferimento a quella chirurgica, consentirebbe di usufruire di tecnologie all'avanguardia con risultati di cura e guarigione migliori rispetto alle tecnologie tradizionali.

L'innovazione è sempre un grande sfida per chiunque e per tutti i sistemi sanitari, in particolar modo per un sistema sanitario come il nostro che ha la principale criticità nella sostenibilità di molti servizi erogati. Nel

prossimo triennio 2021-23 sarà necessario percorrere senza indugio questa via trasformando una potenziale criticità in una opportunità in grado di sviluppare un sistema sanitario di altissimo livello.

12.1 La Telemedicina

La telemedicina, specializzazione che rientra nell'ampio settore della sanità elettronica, descrive una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative quando la distanza è un fattore critico nella relazione tra il professionista della salute e il paziente, consentendo la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico.

L'introduzione della telemedicina, come innovativa modalità organizzativa, ben si potrebbe integrare con gli indirizzi e gli obiettivi strategici del PSSN di San Marino, sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dalla centralità dell'ospedale, finalizzato alle cure intensive, al territorio e alla continuità assistenziale presso il domicilio del cittadino.

L'evoluzione della dinamica demografica e la conseguente modificazione dei bisogni di salute della popolazione, con una quota crescente di anziani e pazienti con patologie croniche e bisogni complessi, rende necessario un ridisegno della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza. L'uso delle tecnologie di telemedicina diventa fondamentale in tal senso, contribuendo ad assicurare equità di accesso alle cure anche nei territori isolati, supporto alla gestione della cronicità, migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare oltre a rappresentare un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Molteplici sono gli ambiti di possibile intervento: prevenzione secondaria, con servizi dedicati alle categorie a rischio o a persone affette da patologie croniche (ad es. diabete, patologie cardiovascolari); diagnosi e cura, con servizi finalizzati ad operare scelte terapeutiche, telemonitoraggio e valutazione dell'andamento prognostico; riabilitazione, con servizi erogati presso il domicilio o altre strutture nei confronti di pazienti a cui viene prescritto l'intervento riabilitativo (ad es. pazienti fragili, disabili, bambini, anziani).

I servizi di telemedicina comprendono prestazioni quali la televisita, il teleconsulto, il telemonitoraggio e vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico, integrando il tradizionale rapporto personale medico-paziente.

Lo sviluppo di strumenti per la telemedicina offrirebbe quindi la possibilità sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e favorendo l'autogestione del paziente. Infine la possibilità di razionalizzare i processi sanitari potrebbe avere un possibile impatto sul contenimento della spesa sanitaria, riducendo così il costo sociale delle malattie.

13 – Professionalità e Appropriatelyzza

13.1 La Professionalità

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.

Nell'ambito della professionalità e delle competenze si dovrà perfezionare un percorso condiviso con l'Università sia per la formazione continua dei professionisti sanitari che nell'ambito di percorsi formativi specifici.

Nell'ambito della formazione dovrà essere completato il percorso per il riconoscimento dei crediti formativi e della gestione degli stessi in collaborazione fra la UO di Formazione dell'I.S.S., l'Authority Sanitaria, l'università e gli Ordini Professionali.

13.2. L'Appropriatelyzza

L'appropriatelyzza delle cure, un importante strumento del governo clinico, può essere considerata come la misura in cui un particolare intervento sanitario o socio-sanitario è efficace ed indicato "per la persona giusta, nel momento giusto, per la giusta durata, nel posto giusto e dal professionista giusto", utilizzando processi clinici e organizzativi con standard definiti.

L'appropriatelyzza, che deve necessariamente integrare quindi la dimensione professionale e quella organizzativa ponendo al centro del sistema la persona, 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 e le competenze professionali, tanto più il suo uso sarà appropriato.

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, per dare una risposta adeguata alle esigenze del cittadino all'interno della propria comunità è necessario, 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.

E' necessario inoltre che i professionisti sanitari e socio-sanitari applichino, ove possibile e nell'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali, le migliori evidenze scientifiche disponibili, adattandole al singolo paziente e al contesto locale.

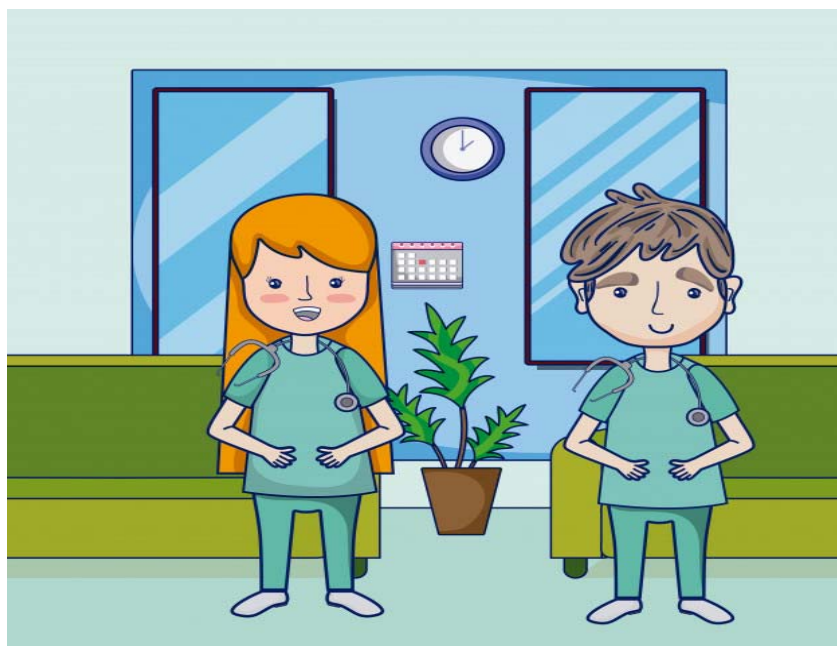
Nell'evoluzione delle conoscenze e delle competenze clinico-assistenziali e in un'ottica di integrazione fra i vari servizi e di continuità delle cure, è necessario:

- Sviluppare ulteriormente le linee guida e i piani terapeutici per l'assistenza farmaceutica facendo riferimento all'ATC (classificazione Anatomica Terapeutica Chimica) e consolidare il sistema di rilevazione per DDD¹⁹ per verificare l'appropriatelyzza dell'utilizzo dei farmaci.
- Effettuare il monitoraggio dei ricoveri, in particolare attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e dei DRG, al fine di individuare, in una prima valutazione, i DRG considerati potenzialmente inappropriati dalle evidenze scientifiche internazionali.

¹⁹ DDD: dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale

- Effettuare il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali di specialisti e medici di medicina generale secondo la classificazione contenuta nel Decreto Delegato 23 agosto 2019 n.128 e successive modifiche, al fine di verificare l'appropriatezza delle prestazioni, anche in relazione al quesito clinico, attraverso gli strumenti del governo clinico.
- Valutare l'appropriatezza delle richieste di prestazioni diagnostiche, codificate secondo Decreto Delegato n.128/2019 e successive modifiche, sulla base del sospetto diagnostico.
- Sviluppare ulteriormente i percorsi diagnostico-terapeutici sulla base di criteri di appropriatezza condivisi fra Ospedale e Territorio e monitorati attraverso indicatori organizzativi orientati al processo e indicatori clinici orientati alle competenze professionali e agli esiti degli interventi sanitari e assistenziali.

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, evidenziare le 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.



14. La Partecipazione del Cittadino e la Comunità Competente

La partecipazione e le istanze provenienti dai cittadini, sia in forma individuale che nelle forme collettive e/o organizzate, sono fondamentali per rendere efficaci le politiche e gli obiettivi di salute proposti dal Piano sottolineando che il cittadino/utente/paziente è e deve essere sempre al centro del sistema sanitario. In questo contesto affinché le politiche di salute inserite nel Piano siano efficaci è fondamentale la partecipazione attiva del cittadino.

L'I.S.S. attraverso le sue strutture dovrà garantire il diritto alla sicurezza sociale enunciato dalla Dichiarazione dei diritti dei cittadini (Legge 8 luglio 1974), dalla Carta dei Diritti e dei Doveri del malato (Legge 28 aprile 1989) e dalla Carta Sociale Europea.

Dall'altro lato il cittadino deve essere reso partecipe e responsabilizzato nelle scelte di salute individuali e collettive (prendersi cura di sé, stabilire un'alleanza attiva con i medici e gli operatori sanitari, adottare stili di vita salutari). Saro compito della struttura pubblica agire verso una alfabetizzazione culturale del cittadino all'accesso ed utilizzo della struttura sanitaria.

Il coinvolgimento del cittadino/paziente nella propria cura, riabilitazione e reintegrazione, è alla base del processo di empowerment. Il coinvolgimento deve essere sostenuto attraverso opportuni sistemi di comunicazione come gli strumenti informativi ed informatici, le nuove tecnologie digitali, garantendo trasparenza e accountability in tutti i settori che trasversalmente influenzano la salute.

In tal senso l'I.S.S. dovrà utilizzare la Carta dei Servizi sanitari e socio-sanitari ed il suo portale (ISSWEB) come strumenti dinamici a disposizione del cittadino ai fini della conoscenza, valutazione e scelta dei servizi. E' infine necessario che l'I.S.S., in collaborazione con i vari settori coinvolti direttamente o indirettamente nel determinare il benessere della popolazione, avvii un'intensa campagna di sensibilizzazione, anche con il supporto dei media, 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.

E' altresì 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) per costruire una consapevolezza dei limiti e delle risorse a disposizione e possono diventare protagonisti attivi. L'intero sistema sanitario e socio-sanitario dovrà quindi facilitare la costruzione di una rete e azioni sinergiche che coinvolgano tutta la società. A livello locale, con il supporto delle Giunte di Castello, le associazioni di volontariato e altri enti pubblici o privati, è necessario sviluppare iniziative e proposte che, integrate alle iniziative istituzionali, possono diventare veri e propri progetti e programmi di comunità su tematiche legate al benessere quali la promozione alla salute e l'adozione di corretti stili di vita, la sicurezza stradale, interventi di recupero urbanistico, il sostegno a soggetti fragili (anziani, disabili, ecc...).

La Carta dei Servizi sanitari e socio-sanitari, in tal senso, deve essere considerata un importante strumento per il cittadino ai fini della conoscenza, valutazione e scelta dei servizi.

15 – Risorse e Sostenibilità del Sistema

Come esplicitato nei precedenti Piani sanitari e socio-sanitari e ribadito in più occasioni dall'OMS, in tempi di crisi economica, diventa fondamentale proteggere il finanziamento dei sistemi sanitari, dal momento che i bisogni di salute possono crescere rapidamente. Assicurare l'accesso ai servizi di salute è uno degli aspetti cruciali nel più ampio sistema di sicurezza sociale. Allo stesso tempo tutti i sistemi sanitari e socio-sanitari devono affrontare criticità sempre più crescenti quali la carenza di personale, la carenza di risorse per investimenti di tipo strutturale e tecnologico, l'insufficiente valorizzazione delle cure primarie, la carenza di integrazione fra ospedale e territorio, i lunghi tempi di attesa, il rapporto fra pubblico e privato, la crescita dei costi dei farmaci, gli sprechi e gli abusi. Le cause di tali criticità vanno cercate nelle comuni difficoltà ad intervenire sui principali fattori che influenzano il funzionamento e i risultati dei diversi sistemi (il contesto socio-demografico e l'invecchiamento della popolazione, lo sviluppo e l'utilizzo di tecnologie, le caratteristiche della morbosità prevalente, l'organizzazione dei servizi, la globalizzazione dei mercati, ecc.). In questo contesto, affinché il sistema di sicurezza sociale di San Marino continui a garantire i principi di universalità, solidarietà ed equità, è necessario mettere al centro delle politiche di salute il tema della sostenibilità, in linea con quanto previsto dall'Agenda 2030 dell'ONU, assicurando al contempo un adeguato finanziamento del sistema del nostro welfare.

15.1 Risorse finanziarie ed economiche

Si ritiene 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 non può essere vista come condizione per fornire una sanità di più basso livello, ma deve essere vista 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.

L'I.S.S. dovrà raccogliere quindi la sfida di continuare a garantire un sistema universale, equo e solidale. Dovrà essere quindi avviata una riorganizzazione complessiva dell'Istituto, che mantenendo al centro del sistema la persona-cittadino, sia in grado di fornire servizi adeguati alla richiesta di salute in maniera sostenibile.

A fronte di risorse assegnate solo su parametri economici, che non tengono pienamente in considerazione il progressivo ed inevitabile aumento dei bisogni di salute e l'incremento della domanda di servizi sanitari e socio-sanitari, determinati anche da importanti cambiamenti sociali ed economici, come ad esempio l'invecchiamento della popolazione, è inevitabile ridisegnare i percorsi di cura e di assistenza intervenendo in maniera energica sull'attuale organizzazione che a distanza di oltre 10 anni dalla sua ultima emanazione mostra numerosi limiti operativi e organizzativi.

Il processo di budget, per una gestione del lavoro per obiettivi, declinati con modalità SMART (Specifico, Misurabile, Accessibile/raggiungibile; Realistico; Temporizzabile), non potrà essere più una semplice esercitazione o una prova, ma dovrà diventare la principale modalità di una gestione trasparente per il

raggiungimento degli obiettivi di salute che dovranno essere allineati alle strategie di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

E' necessario, coerentemente con le risorse economiche a disposizione ed in collaborazione con il Dipartimento Territorio e Authority sanitaria, definire un piano di riqualificazione delle strutture dell'I.S.S. al fine di garantire 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 già espressi nei Piani precedenti quali la medicina di iniziativa e il chronic care model, le cure intermedie e l'ospedale per intensità di cura.

Lo sviluppo di nuove attività, in particolare diagnostiche e chirurgiche, dovrà avvenire attraverso un'attenta analisi costo-beneficio, tenendo conto dell'evoluzione tecnologica e dei futuri possibili scenari di collaborazione con regioni limitrofe.

15.2 Allocazione delle risorse

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.

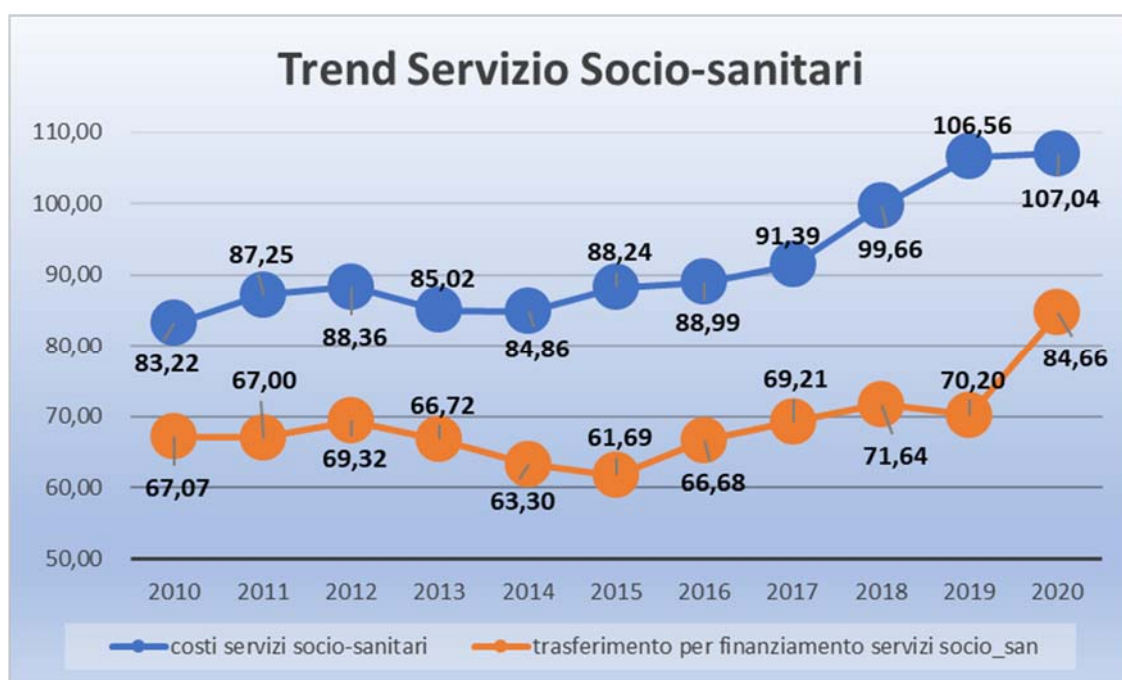
E' ampiamente dimostrato che la domanda di servizi sanitari aumenta progressivamente con il miglioramento del tenore di vita e del livello di istruzione dei cittadini. Se, da un lato, tali condizioni di dilatazione della domanda di servizi sanitari possono considerarsi in via di esaurimento nel corso 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 in 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 anche la sanità sammarinese in questi ultimi anni, seppure non si sia in presenza di aumento dei casi trattati.

Si pensi all'enorme spesa sanitaria legata alle cure per i pazienti affetti da patologie psichiatriche o dei pazienti affetti da AIDS.

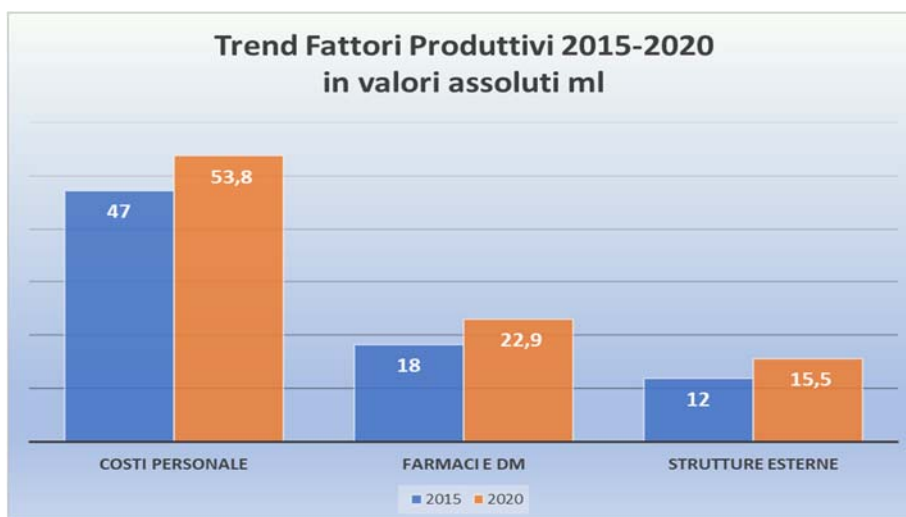
Dai bilanci dell'I.S.S. emerge che negli anni vi è stato un aumento costante dei costi generali dell'I.S.S. negli ultimi 10 anni, con un lieve mantenimento nell'esercizio 2020.



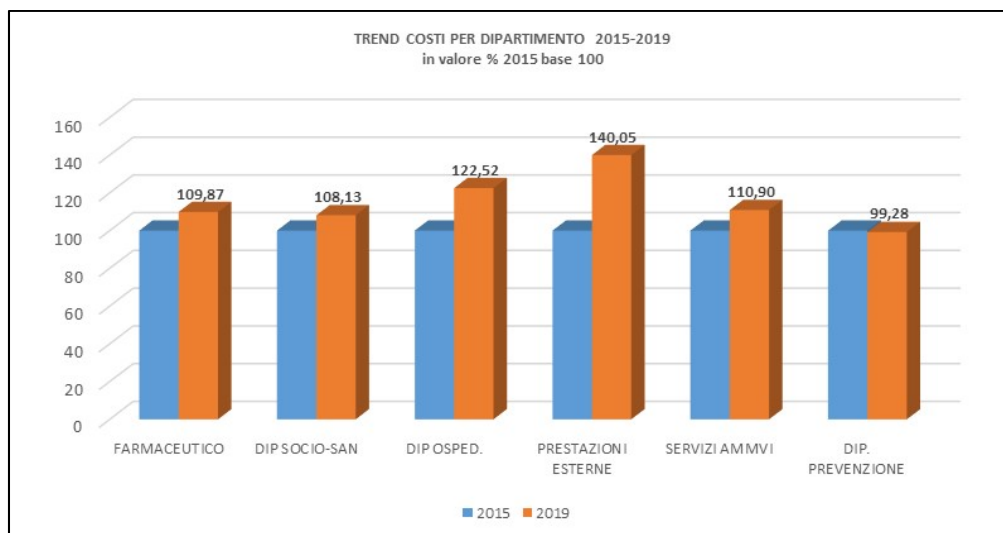
Si evidenzia altresì che a fronte di un aumento dei costi dell'assistenza sanitaria e sanitaria non vi è stato un conseguente aumento dei trasferimenti dello Stato e solo nell'esercizio 2020 è stato in parte adeguato.



Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, tali aumenti sono in buona parte imputabili ai fenomeni già descritti quali l'aumento della popolazione e il suo progressivo invecchiamento con un maggior carico di assistiti gestiti per patologie croniche, l'utilizzo di farmaci, attrezzature e dispositivi innovativi e costosi, e la necessità di investire sulle risorse umane per dare risposte ai bisogni della popolazione e gestire una crescente complessità professionale e organizzativa dell'I.S.S., a cui va ad aggiungersi l'utilizzo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie esterne per casi complessi non gestibili in territorio.



Nella tabella e nel grafico seguenti vengono esplicitati, nel dettaglio, i costi dell'I.S.S. per Dipartimenti, UO trasversali e servizi comuni, con un confronto fra 2015 e 2019, anche in termini di % di risorse utilizzate, in cui si evidenzia un maggior assorbimento di risorse dal parte del Dipartimento Ospedaliero (47,46% nel 2019) con un aumento del 19,38% rispetto al 2015.



Inoltre se andiamo ad analizzare i costi del Dipartimento di Prevenzione si può evidenziare che l'investimento in questo campo è progressivamente diminuito sia in termini di valore assoluto che di valore percentuale sulla spesa complessiva. Considerato che il Piano 2021-2023 si basa su importanti interventi legati alla prevenzione, le Unità organizzative che sono deputate principalmente alla prevenzione dovranno avere risorse adeguate agli impegni da perseguire.

Centri di Costo	Consuntivo 2015	%	Consuntivo 2019	%	Variazione % 2019-2015
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	2.694.436,61	3,04	2.708.224,76	2,55	- 0,51%
DIPARTIMENTO SOCIO SANITARIO	21.280.081,61	24,04	23.295.865,53	21,92	8,65%
DIPARTIMENTO OSPEDALIERO	40.655.447,40	45,93	50.429.241,06	47,46	19,38%
UOC FARMACEUTICA	13.264.738,87	14,98	14.754.794,40	13,89	10,10%
UOC MEDICINA LEGALE-FISCALE E PRESTAZIONI ESTERNE	10.630.596,34	12,01	15.072.839,81	14,18	29,47%
TOTALE	88.525.300,82	100,00	106.260.965,56	100,00	16,69%

A seguito dei dati a disposizione e del trend dei costi in aumento, si dovrà valutare se le risorse assegnate nel tempo, tenendo in considerazione anche la pandemia Covid-19, siano in grado di assicurare la sostenibilità del sistema oppure se sia necessaria una revisione del finanziamento e azioni specifiche che possano incidere anche su inefficienza, non appropriatezza e sprechi.

15.3 Personale

Il successo di un'organizzazione complessa come l'I.S.S., 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.

L'I.S.S. dovrà quindi 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. Il fabbisogno dell'I.S.S. dovrà essere funzionale agli obiettivi del Piano sanitario e socio-sanitario.

Dovrà essere altresì assicurato un adeguato piano formativo, che assicuri l'aggiornamento continuo delle competenze tecniche e specialistiche degli operatori sanitari e socio-sanitari dell'I.S.S., definendo quali sono le aree di formazione che più di altre sono coerenti con gli obiettivi di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria (es. cultura del management e del governo clinico - accreditamento, gestione del rischio clinico, percorsi assistenziali, audit clinico, health technology assessment - e la cultura del lavoro per obiettivi con la valutazione dei risultati - es. ciclo di progetto, indicatori, standard). Inoltre dovrà essere strutturato per ogni professionista dell'I.S.S. un dossier formativo che contenga le seguenti aree: anagrafe (dati anagrafici con l'indicazione del profilo professionale, della collocazione lavorativa/posizione organizzativa e del curriculum dell'operatore), programmazione (fabbisogno formativo individuale in rapporto al profilo e alle aree di competenza e caratteristiche dell'attività clinico-assistenziale svolta); realizzazione/evidenze (attività di

formazione effettuata per tipologia, e altre attività considerate rilevanti come ad esempio docenza, tutoraggio, ricerca); valutazione periodica. Il fascicolo formativo personale dovrà quindi avere un suo ruolo da protagonista così come il lavoro della UO Formazione non potrà limitarsi alla semplice approvazione di richieste formative ma dovrà acquisire un ruolo propositivo da protagonista che incide sulla gestione del singolo professionista.

15.4 Lo Sviluppo delle attività in Convenzione e in Libera Professione

Gli importanti investimenti effettuati in questi anni sul Personale Sanitario, in particolare sulla Dirigenza Medica sia in termini di numero di risorse che di inquadramento normativo e retributivo (Legge n.139/2018) pongono le basi per lo sviluppo di attività sanitarie da svolgere in convenzione e in libera professione, attività che permettono di contribuire alla sostenibilità del sistema dal punto di vista economico e del mantenimento della casistica per alcuni professionisti.

L'esercizio dell'attività libero-professionale del Personale Sanitario I.S.S. è disciplinato dal Regolamento approvato con delibera del Comitato Esecutivo n. 17 del 28 ottobre 2014 e successive modifiche. Tale Regolamento riconosce al personale sanitario I.S.S. la possibilità di svolgere attività in libera professione, fuori dall'orario di lavoro e dall'impegno di servizio istituzionale, individualmente o in *équipe*, sia in regime ambulatoriale (comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day hospital*, di *day surgery*) che di ricovero, in favore di non assistiti I.S.S.

La modalità prevista dal regolamento *de quo* per l'esercizio della libera professione è la cosiddetta intramuraria, o *intramoenia*, che si snoda sino alla cosiddetta "intramuraria allargata", ovvero esercitata in strutture esterne convenzionate con l'I.S.S.

Con l'entrata in vigore della Legge 5 novembre 2018 n. 139, ai Dirigenti Medici, in deroga al generale divieto posto per i pubblici dipendenti, è riconosciuta la possibilità di esercitare l'attività libero professionale medica non solo nella modalità "*intramoenia*", ma anche in modalità *extramoenia* o extramuraria, qualora il Dirigente Medico non sia rapporto di esclusività con l'I.S.S. (rinunciando tuttavia ad una serie di rilevanti vantaggi retributivi e indennità di esclusività e di carriera poiché le posizioni di responsabilità di struttura sono precluse a chi avesse scelto il regime *extramoenia*).

L'obiettivo specifico che si intende perseguire nell'arco del triennio è connesso all'implementazione della libera professione intramuraria del Personale Sanitario, che utilizza le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

Invero, la libera professione costituisce da un lato un momento di arricchimento per il personale medesimo, che può ampliare la propria casistica professionale, dall'altro un indiscusso centro di ricavo per l'Istituto: dal punto di vista meramente finanziario si rende sempre più preziosa, infatti, ogni fonte di reperimento di risorse addizionali rispetto a quelle pubbliche e questo spinge a considerare in una prospettiva diversa la libera professione e le attività a pagamento privato in genere.

Tuttavia, occorre una riflessione sulla sua riorganizzazione al fine di renderla più efficiente, fruibile e, dunque, redditizia. Invero, l'attuale architettura regolamentare che connota la libera professione è caratterizzata da un processo articolato e complesso, datato e inefficiente, fatto di autorizzazione multiple che rallentano il percorso, nonché da un'assenza di competitività economica per l'operatore che, in altre parole, disincentiva gli operatori e gli utenti.

Pertanto, nell'ambito dell'implementazione di un progetto più ampio di "revisione dei percorsi amministrativi di front office", si rende necessaria la revisione dei "percorsi di libera professione", che tenda a semplificare i processi al fine di supportare gli utenti e incentivare gli operatori.

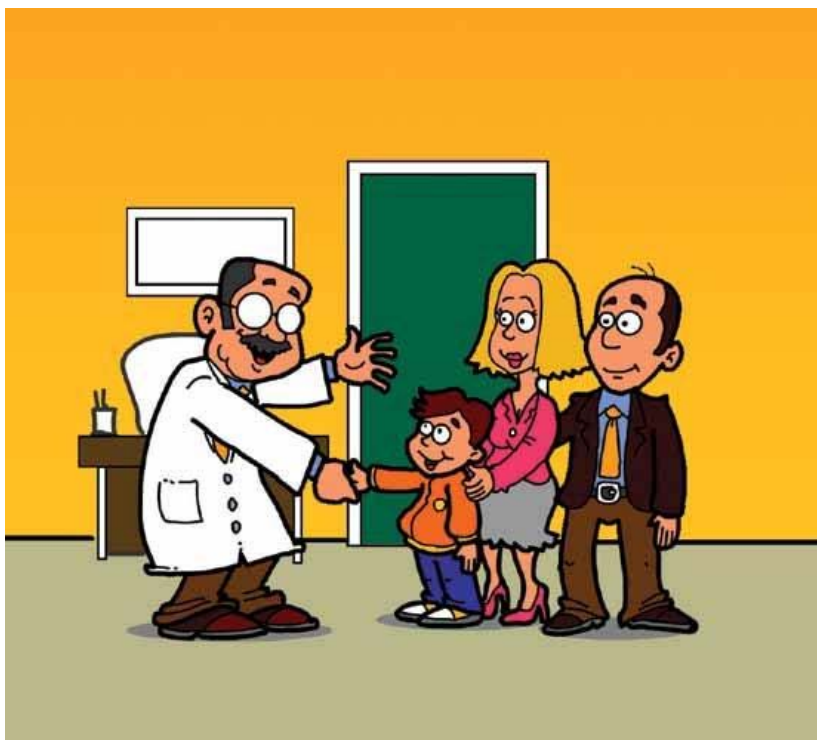
La sfida per l'Istituto sarà quella di assicurare la coesistenza di un sistema di vantaggi e convenienze individuali con il perseguimento delle finalità aziendali, nel caso specifico pubbliche. Questo al fine di garantire una

reciproca convenienza economica ed attrarre più utenti e professionisti, assicurando agli operatori la garanzia di lavorare in un ente con delle procedure amministrative chiare e semplici, una maggior tutela nell'esercizio delle proprie funzioni, nonché di aumentare la redditività attesa dall'esercizio della libera professione; agli utenti la certezza di seguire percorsi chiari per soddisfare le proprie esigenze senza incertezza, ricevendo un servizio efficiente ed efficace.

Oltre all'impegno a rivedere i percorsi amministrativi, che attraversa la revisione del Regolamento citato in premessa, la definizione di due percorsi distinti per l'erogazione delle prestazioni a pagamento, l'uno per le prestazioni ambulatoriali l'altro per quelle chirurgiche, la definizione di un tariffario standard predefinito che individui tariffe idonee a remunerare adeguatamente il professionista, l'equipe, il personale di supporto, i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature nonché ad assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dall'I.S.S., nonché l'implementazione delle modalità di prenotazione da parte dell'utente, l'Istituto promuoverà la possibilità per l'azienda di vendere prestazioni all'esterno, in particolare alle Aziende Sanitarie italiane limitrofe, facendo partecipare i medici ai proventi in regime di libera professione.

In questa direzione vanno gli accordi bilaterali in corso di definizione con omologhe istituzioni italiane, al fine di aumentare l'utenza transfrontaliera, passando quindi da accordi prevalentemente monodirezionali (poiché alla data odierna la mobilità dei pazienti è prevalentemente da San Marino verso strutture italiane, così come quella dei professionisti) ad accordi ove lo scambio di prestazioni, di professionisti e utenti sia, invece, bilaterale, reciproco. Con indubbe utilità non solo economiche, ma altresì professionali per il personale coinvolto, mediante un'integrazione ottimale delle rispettive programmazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Il modello che si auspica di implementare è, quindi, di un personale sanitario «pubblico» pienamente integrato ed esclusivamente dedicato alla azienda, una azienda pubblica che è in grado di gestire servizi rivolti al mercato – attentamente controllati perché si integrino coerentemente con le attività istituzionali – al fine di produrre vantaggi addizionali non solo ai professionisti, ma anche all'azienda stessa.



16 – Processo di valutazione del Piano Sanitario e Socio-sanitario

La valutazione del Piano sanitario e socio-sanitario è un 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'I.S.S., 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.

Si dovrà quindi tenere conto degli indicatori di salute (socio-economici, demografici, ambientali e comportamenti, ecc...) e sull'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari (pubblici e privati) che, nel loro insieme, consentiranno di avere una lettura integrata dei 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'I.S.S., utilizzando i 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'I.S.S., Scostamento dal Budget, Spesa farmaceutica);
- indicatori di processo:
 - 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, ecc...;
 - 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 in assistenza domiciliare integrata (ADI), ecc...;
- indicatori sul governo della domanda (es. tasso di ospedalizzazione globale e suddiviso per ricoveri ordinari, ricoveri in day hospital e day surgery, prestazioni fuori territorio);
- indicatori di appropriatezza (es. rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario, % DRG medici dimessi dai reparti chirurgici, % ricoveri in day surgery, % ricoveri ordinari medici brevi);
- indicatori di qualità clinica (es. % ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa categoria diagnostica maggiore, % parti cesarei primari sul totale dei parti, % pazienti in 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 (es. % 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).

Infine, dovranno essere previsti indicatori utili per analizzare l'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari privati e i relativi costi.