



REPUBBLICA DI SAN MARINO

*Segreteria di Stato
per la Sanità, la Sicurezza Sociale,
la Previdenza, gli Affari Sociali
e le Pari Opportunità*

*Piano Sanitario
e Socio-Sanitario
della Repubblica di San Marino
2006-2008*

Authority Sanitaria

INDICE

PREMESSA	2
-----------------------	----------

Prima parte

IL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO.....	3
1. LE BASI DEL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO.....	4
2. GLI OBIETTIVI DI SALUTE.....	10
3. LE GARANZIE PER IL CITTADINO.....	67
4. LA DOMANDA E L'OFFERTA.....	70
5. GLI STRUMENTI DEL SISTEMA.....	115
6. LA PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO.....	132
7. LE RISORSE.....	137
8. I GRUPPI DI LAVORO MULTIDISCIPLINARI ED I PROGETTI SPECIALI.....	152
9. IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO.....	154

Seconda Parte

IL PROFILO DI SALUTE	156
POPOLAZIONE E TERRITORIO	157
L'AMBITO SOCIO ECONOMICO	171
GLI STILI DI VITA.....	190
L'AMBIENTE	196
LA MORBOSITÀ.....	200
LA MORTALITÀ.....	241
LA POPOLAZIONE ANZIANA A SAN MARINO	258
INFANZIA ED ETÀ EVOLUTIVA.....	283
HANDICAP E DISABILITÀ.....	309
SALUTE DONNA.....	311
NEOPLASIE	332
LA SALUTE MENTALE E LE DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	356

PREMESSA

La Segreteria di Stato per la Sanità – sulla base gli indirizzi generali per la predisposizione del piano sanitario e del piano socio-sanitario approvati nella seduta Consiliare del 28 ottobre 2005 – ha elaborato il seguente piano sanitario ed il piano socio-sanitario, avvalendosi del supporto tecnico dell'Authority di cui alla Legge 25 maggio 2004 n.69 e secondo quanto previsto dall'articolo n. 4 della Legge 165/04.

Considerata la forte integrazione che esiste fra l'ambito sanitario e quello socio-sanitario, anche a seguito di quanto indicato nel documento degli indirizzi generali di cui sopra, si ritiene opportuno ipotizzare un solo documento che includa sia gli aspetti sanitari sia quelli socio-sanitari. Infatti, l'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio assistenziali è uno dei temi essenziali di ogni politica sociale. Si tratta di un tema storicamente complesso che non ha ancora trovato soluzione definitiva, al di là di ottimi esempi di collaborazione e lavoro integrato che hanno prodotto significativi risultati. Il presente documento è pertanto denominato “**Piano Sanitario e Socio-Sanitario della Repubblica di San Marino**”.

Il Piano Sanitario e Socio-sanitario prevede come sua parte integrante “ Il Profilo di Salute della Repubblica di San Marino”, già presentato da questa Segreteria al Congresso di Stato ed utile a meglio descrivere i bisogni di salute della popolazione.

Prima Parte

IL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO

1. Le basi del piano sanitario e socio-sanitario.

— La salute è un **diritto** dei cittadini e la tutela della salute è il fine del servizio sanitario e socio-sanitario nazionale. La salute, secondo la definizione dell'OMS è “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità”. I fattori in grado di influenzare la salute di un individuo e della sua comunità, i **determinanti di salute**, sono infatti molteplici e possono essere classificati come:

- *Fattori imm modificabili*
 - Patrimonio genetico
 - Sesso
 - Età
- *Fattori sociali ed economici*
 - Povertà
 - Occupazione lavorativa
 - Esclusione sociale
 - Ambiente sociale e culturale
- *Fattori ambientali*
 - Aria
 - Acqua e alimenti
 - Luogo di vita/abitazione/lavoro
- *Stili di vita*
 - Alimentazione
 - Attività fisica
 - Fumo
 - Alcool
 - Comportamento sessuale
 - Droghe
- *Accesso a servizi*
 - Sistema scolastico
 - Sistema sanitario
 - Servizi sociali
 - Trasporti
 - Attività ricreative

– **Le fondamentali missioni** di un sistema sanitario e socio-sanitario, come definite dall'OMS, sono:

- Il miglioramento dello stato di salute della popolazione, soprattutto attraverso strategie multisettoriali che sappiano agire sui determinanti di salute potenzialmente modificabili, cercando di favorire i fattori protettivi (es. attività fisica) e riducendo i fattori di rischio (es. fumo di tabacco);
- La capacità, e la sensibilità, di rispondere alle esigenze della popolazione. Questo compito riguarda gli aspetti non strettamente medici e sanitari del sistema come il rispetto della dignità delle persone, della loro autonomia, della riservatezza, dei tempi di attesa e del comfort;
- L'equità del finanziamento del sistema.

– **I principi ispiratori** del piano sanitario e socio-sanitario della Repubblica di San Marino, che rappresentano il filo conduttore di ogni parte del presente documento, sono i seguenti:

– ***Salute e non solo sanità***

La salute, intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità, costituisce la preconditione per il benessere e la qualità della vita e il riferimento per misurare la riduzione della povertà, la promozione della coesione sociale e l'eliminazione della discriminazione e presuppone l'alleanza da parte dei settori esterni alla sanità, quali quelli sociali ed economici, per sviluppare strategie multisettoriali per affrontare i determinanti della salute.

– ***La persona al centro del sistema***

Il sistema sanitario e socio-sanitario deve garantire la centralità della persona, in quanto titolare del diritto alla salute, che si esprime sia a livello individuale sia a livello collettivo, in tutte le sue fasi della vita ed all'interno della propria comunità.

– ***E' compito dello Stato la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, che contribuisce a determinare la qualità della salute della popolazione***

Il ruolo dello Stato in materia sanitaria e socio-sanitaria, attraverso la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e la verifica sulle politiche per la salute, è quello di garantire ai cittadini il diritto alla salute in ogni suo aspetto.

– *Sanità di qualità ed a misura d'uomo che garantisca uguaglianza, solidarietà, equità e sostenibilità – secondo i principi di efficacia, efficienza ed appropriatezza*

Il sistema sanitario e socio-sanitario deve garantire a tutti pari opportunità nell'accesso ai servizi (**Uguaglianza**) e nel migliorare e preservare la propria salute, in virtù di un accesso equo e giusto alle risorse per la salute (**Equità**).

Al finanziamento dei servizi sanitari e del servizio socio-sanitario concorrono tutti i cittadini in misura proporzionale al reddito posseduto attraverso la fiscalità generale (**Solidarietà**).

La sanità, sia sul terreno dell'assistenza sia su quello dello sviluppo tecnologico, deve aspirare a raggiungere una condizione di stabilità a un livello economicamente sopportabile, equamente accessibile e sostenibile, ossia tale da soddisfare la maggior parte dei bisogni e delle aspettative ragionevoli concernenti la salute (**Sostenibilità**).

Le prestazioni garantite dal Sistema Sanitario e Socio-Sanitario – proprio per supportare i principi di uguaglianza, solidarietà, equità e sostenibilità – devono essere **efficaci**, cioè aver dato prova in modo scientifico di migliorare la salute, **efficienti**, cioè erogate senza sprechi ed **appropriate**, cioè indicate per i bisogni dei pazienti e rese nel luogo, nel momento e nella quantità giusta.

– *Attenzione ai nuovi bisogni di salute della società adeguando le forme di assistenza alle esigenze di salute dei cittadini*

E' opportuno identificare nell'**Ospedale** il luogo principale dell'acuzie e nel **Territorio** il luogo principale per la gestione della cronicità attraverso le Cure primarie, l'assistenza domiciliare, il servizio socio-sanitario, le cure intermedie e le attività residenziali.

– *L'integrazione socio-sanitaria*

L'integrazione socio-sanitaria – che dovrà essere realizzata sia a livello operativo che a livello professionale – è una priorità strategica del Piano per superare atteggiamenti settoriali ed integrare differenti competenze e servizi attraverso l'unitarietà e la globalità degli interventi. Solo attraverso il coinvolgimento delle differenti attività interconnesse attraverso complessi processi assistenziali, si potranno soddisfare bisogni di salute che necessitano contemporaneamente sia di prestazioni sanitarie sia di azioni di protezione sociale in grado di garantire,

anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Perché si inneschi questo tipo di cambiamento è opportuno prendere in considerazione i seguenti aspetti:

_ la responsabilizzazione individuale e di gruppo, nel caso di prestazioni integrate, in ordine alla quantità e alla appropriatezza dei servizi prodotti;

_ il superamento delle visioni settoriali, centrate su interessi particolari di singoli profili professionali;

_ la flessibilità dell'impiego delle risorse umane, senza ancorarle a spazi, tempi e ambiti predefiniti.

_ ***Definizione dei soggetti erogatori delle prestazioni secondo standards di qualità (accreditamento) in base alle caratteristiche dello stato di salute della popolazione ed agli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione***

L'accreditamento è un processo che prevede, da parte dei soggetti che intendono accreditarsi, il possesso di requisiti che fanno riferimento alla qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e che si basano su aspetti quali la pianificazione, la comunicazione, le procedure ed i percorsi assistenziali, i requisiti professionali degli operatori, i risultati dell'assistenza ed il miglioramento continuo.

I soggetti accreditati, siano essi pubblici o privati, divengono potenziali erogatori di determinate prestazioni per il servizio sanitario nazionale.

L'accreditamento garantisce dunque la qualità dell'assistenza ed è il presupposto per la definizione da parte dell'Istituto di Sicurezza Sociale (ISS) di accordi contrattuali con soggetti pubblici o privati per la fornitura di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie utili per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini nell'ambito del fabbisogno indicato dalla programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

o ***Rilevanza alla dimensione di rete dei servizi nel contesto sammarinese e al di fuori di San Marino (la "rete" nella rete)***

Per garantire alla popolazione sammarinese una gamma di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie efficaci è opportuno creare sinergie fra tutti gli attori che possono concorrervi nell'ambito di un contesto territoriale "allargato".

In un sistema che voglia rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute dei

cittadini è infatti indispensabile che gli operatori della sanità, così come quelli del sociale, si mettano in rete fra loro, comunichino, condividano obiettivi e costruiscano progetti comuni. Lavorare in rete significa lavorare in una logica di sistema, nel quale i processi centrati sulla persona garantiscono una reale presa in carico dei bisogni del paziente e assicurano la continuità dell'assistenza.

Il governo della “rete” è assicurato dall'Istituto di Sicurezza Sociale.

– ***La specificità di San Marino***

E' opportuno valorizzare la specificità di San Marino, sia per la sua configurazione orografica sia per la sua storia ed il contesto culturale che ne deriva. In particolare, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, è opportuno preservare i principi sanciti dalla legge n.42 del 1955 che istituisce un sistema obbligatorio di Sicurezza Sociale.

– **Il profilo demografico ed epidemiologico**

È già stato presentato “Il Profilo di Salute della Repubblica di San Marino” – ed inserito quale parte integrante del presente Piano nella *Seconda Parte* – documento fondante degli indirizzi generali del piano sanitario e socio-sanitario sammarinese. Il profilo di salute di una popolazione è un documento tecnico – epidemiologico dove vengono descritti quei diversi aspetti che hanno importanti ripercussioni sullo stato di salute, sul benessere e sulla qualità di vita delle persone, quali ad esempio gli aspetti demografici, ambientali, sociali ed economici, gli stili di vita, le cause di malattia e di mortalità.

Dal profilo di salute emerge come San Marino sia in buona salute, abbia elevati livelli di reddito e sofisticati modelli di consumo, con una speranza di vita alla nascita tra le più alte al mondo, una popolazione relativamente giovane e comunque con un indice di vecchiaia più basso rispetto alle regioni italiane a noi limitrofe. Nonostante ciò dobbiamo registrare che, a fronte di un tasso di natalità del 10,9 per mille (periodo 1999-2003) che risulta essere in media europea, gli anziani con più di 74 anni sono 2188 (al 31/12/2003) ed il numero delle persone con più di 85 anni nel periodo 1982-2003 è quadruplicato. Va sottolineato che i dati sulla morbosità sono simili alle regioni italiane limitrofe, mentre la mortalità è inferiore a quella italiana, evidenziando quali principali cause di morte le malattie cardiovascolari ed i tumori.

Sono stati messi in evidenza alcuni aspetti che possono compromettere la salute come stili di vita non corretti, quali ad esempio l'obesità legata ad una errata alimentazione, il consumo

eccessivo di alcool e l'abitudine al fumo di tabacco.

Inoltre, considerando che esiste una chiara correlazione fra inquinamento ambientale e danni alla salute, si ritiene necessario implementare un sistema di monitoraggio dell'ambiente naturale ed urbano.

Infine, sono stati considerati target specifici di popolazione, dove si evidenzia, fra l'altro, che:

- Per quanto riguarda la popolazione anziana, vi è una copertura della vaccinazione anti-influenzale intorno al 48%, un elevato utilizzo dell'ospedale, dell'assistenza domiciliare e della casa di riposo.
- In riferimento all'infanzia nell'ambito della prevenzione la copertura vaccinale è superiore al 97%. Il tasso di mortalità infantile è inferiore ai territori a noi limitrofi.
- Su handicap e disabilità si dovrà analizzare ed eventualmente ricalibrare il tipo di offerta di servizi al fine di integrare, potenziare e attivare i servizi per le persone diversamente abili e favorire una ricerca costante di condizioni materiali, sociali e culturali in una dinamica complessa per permettere di integrarsi nel tessuto sociale.
- La salute della donna è garantita, fra l'altro, dagli screening per il tumore della mammella e della cervice uterina, dove si registra che la copertura è rispettivamente del 81,1% e del 31,6% (anno 2002), mentre per quanto riguarda la maternità, nel 2003 sono state registrate 300 nascite con un tasso di fecondità di 40,01 per mille, superiore alla media delle zone a noi limitrofe.
- A proposito di salute mentale e di dipendenze patologiche, nel 2003 il Servizio psichiatrico ha effettuato circa 4 mila visite psichiatriche mentre l'indice di prevalenza nella popolazione target per l'abuso di sostanze stupefacenti (15-44 anni) è inferiore a quanto registrato nei territori limitrofi, con un aumento del numero di soggetti seguiti per abuso di sostanze stupefacenti nella fascia di età tra i 15-19 anni.

2. Gli obiettivi di salute

Per una cultura della promozione della salute e prevenzione delle malattie

La promozione della salute

Il cambiamento epistemologico del concetto di salute, da assenza statica di malattia a concetto dinamico di promozione e crescita, e la stretta connessione fra stili di vita, ambiente e salute, hanno contribuito ad investire di un ruolo sempre più importante i processi di promozione della salute e quelli di analisi del bisogno di salute e dei fattori di rischio.

Secondo l'OMS la promozione della salute "è il processo che consente alla popolazione di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla". Se consideriamo la salute come il benessere determinato da molti fattori quali quelli economici, sociali, culturali, ambientali e psicologici, ognuno di noi, in quanto inserito in una comunità, ha il diritto ed il dovere di partecipare, direttamente o indirettamente, alle scelte che influiranno sul suo livello di salute, di contribuire alle decisioni della comunità nell'ambito delle politiche di salute, dell'ambiente, della cultura e dell'economia. La promozione della salute è quindi un processo culturale che permette ai cittadini di raggiungere livelli di consapevolezza che consentano di poter fare scelte adeguate senza doverle subire.

L'educazione, la formazione e l'informazione sono strumenti-principe per incoraggiare la pratica e l'acquisizione di abilità e per stimolare la responsabilità rispetto alla propria salute.

Il sapere condiviso, e non delegato ad una ristretta cerchia di addetti ai lavori, oltre a favorire la promozione della salute, favorisce anche la trasparenza dei progetti e la condivisione dei medesimi; risponde inoltre ai principi di multisettorialità e interdipendenza, considerati punti focali nella produzione di salute, tali da mettere in grado ciascun individuo e comunità di sviluppare al massimo il proprio potenziale di salute.

Nella letteratura internazionale più recente, si possono distinguere sette ambiti di promozione della salute a livello socio-culturale:

1. *Programmi di educazione alla salute* veri e propri, che offrono al soggetto informazioni volte a promuovere la modifica volontaria dei comportamenti. Includono

aree cognitive, valoriali e decisionali e hanno come obiettivo quello di sviluppare *l'empowerment*, inteso come consapevolezza e capacità di autoregolazione.

2. *Azioni sanitarie di tipo preventivo (preventive health services)*, come l'immunizzazione, i programmi di diagnosi precoce e screening e tutte quelle attività sanitarie che mirano alla prevenzione dalle malattie.

3. *Lavoro all'interno della comunità (community-based work)*, con coinvolgimento degli individui nell'identificazione dei problemi e dei bisogni di salute, nonché delle strade da percorrere, come per i gruppi di Auto-Aiuto.

4. *Sviluppo organizzativo (organizational development)*, come attività che mira all'implementazione di azioni di promozione della salute all'interno delle organizzazioni e dei gruppi dallo sviluppo delle pari opportunità, alla sicurezza alimentare, al coordinamento con le attività commerciali.

5. *Politiche pubbliche sane (healthy public policies)*, cioè le attività di salute pubblica che coinvolgono i professionisti, le associazioni, la scuola, e in genere le istituzioni impegnate nelle politiche sociali.

6. *Misure di salute ambientale (environmental health measures)*, come il controllo dell'inquinamento, la regolamentazione del fumo nei luoghi pubblici e l'uso di prodotti chimici.

7. *Attività economiche e regolatorie*, che mirano a favorire cambiamenti legislativi e finanziari per il miglioramento dello stato di salute e la riduzione dei rischi.

E' quindi necessario avviare una intensa campagna di sensibilizzazione su determinate tematiche che possono influire sullo stato di salute al fine di favorire stili di vita sani ed agire su fattori che possano compromettere la salute quali ad esempio il fumo, l'alcool, gli incidenti stradali e rendere partecipe ognuno di noi alla promozione della salute della propria comunità.

Gli *obiettivi specifici* che devono essere raggiunti nell'ambito dell'obiettivo generale di promozione della salute sono i seguenti:

- _ sviluppare strategie che siano in grado di ridurre i fattori di rischio per la salute e promuovere stili di vita sani, attraverso il rafforzamento della collaborazione con l'OMS garantendo un efficace interscambio in materia di attività di ricerca, formazione, sperimentazione, realizzazione e diffusione di modelli valutativi e buone pratiche di promozione della salute.
- _ orientare le politiche pubbliche, anche nei settori non sanitari, verso la tutela

- della salute e il miglioramento generale dello stato di salute della comunità
- _ coinvolgere le Giunte di Castello in iniziative riguardanti la promozione della salute
 - _ favorire la partecipazione dei cittadini nei processi decisionali che rientrano nell'ambito della promozione della salute
 - _ coinvolgere i singoli individui, affinché sviluppino abilità personali per migliorare il proprio benessere
 - _ ri-orientare l'offerta dei servizi sanitari sulla promozione della salute e non solo sulla cura e la riabilitazione
 - _ creare ambienti di vita e luoghi pubblici (scuole, luoghi di lavoro, ospedali ecc.) favorevoli alla salute e al legame uomo-ambiente

La prevenzione delle malattie

Lo scopo della prevenzione è il mantenimento dello stato di salute. La prevenzione significa quindi riconoscere i bisogni della popolazione, ridurre i rischi ed attuare interventi prima dell'insorgenza della malattia.

Possiamo distinguere vari livelli di prevenzione:

- _ *Prevenzione primaria*, che consiste nell'attuazione di misure che favoriscano il mantenimento della salute attraverso interventi individuali o collettivi sulla popolazione sana (esempio: campagne di vaccinazione). A questo livello si cerca quindi di evitare l'insorgenza delle malattie attraverso l'eliminazione di fattori di rischio o agenti eziologici.
- _ *Prevenzione secondaria*, intesa come l'adozione di interventi atti ad impedire l'insorgere della malattia in soggetti già esposti ad agenti eziologici o a fattori di rischio. A questo livello si è in una fase di latenza, ossia la malattia non si è ancora sviluppata. Possiamo considerare misure di prevenzione secondaria l'utilizzo di screening per la diagnosi precoce di determinate patologie che consentono di intervenire terapeuticamente prima che la patologia evolva.
- _ *Prevenzione terziaria* (o riabilitazione): prevenzione delle complicanze nelle malattie già in atto ed irreversibili.

Per garantire adeguate misure di prevenzione è necessaria l'azione, il più possibile integrata, di più attori che si occupano di prevenzione, a differenti livelli. Infatti se da un lato dovrà essere garantita la sicurezza nei luoghi di lavoro e negli ambienti di vita,

dall'altro lato dovranno essere attivate politiche che agiscano su stili di vita e comportamenti a rischio (alcool, fumo, incidenti stradali) e programmi di screening che prevengano l'insorgenza di malattie.

Gli *obiettivi* per prevenire le malattie riguardano, in particolar modo, la prevenzione primaria e la prevenzione secondaria.

Obiettivi della Prevenzione primaria

1. Riduzione dei fattori di rischio in ambiente di vita

Negli ultimi decenni è cresciuta sempre più la consapevolezza che l'esposizione agli inquinanti ambientali può essere alla base dell'insorgenza o dell'aggravamento di molte patologie, in particolar modo quelle cronico-degenerative che hanno una causa multifattoriale come ad esempio le malattie cardiovascolari, le neoplasie, le broncopneumopatie croniche e le allergie.

Al fine di salvaguardare la salute dell'uomo è quindi opportuno agire sugli inquinanti ambientali – intesi come agente fisici, chimici o biologici che comportino un rilevabile, anche se minimo, effetto dannoso su popolazioni umane o singoli individui – sia eliminando o riducendo la loro emissione nell'aria, nell'acqua o nel suolo sia evitando, ove possibile, l'esposizione dell'uomo a tali inquinanti.

Gli *obiettivi* per migliorare la qualità dell'ambiente e ridurre l'interazione fra inquinanti, ambiente ed uomo vengono declinati all'interno delle specifiche problematiche ambientali quali l'inquinamento atmosferico, l'inquinamento delle acque, l'inquinamento acustico, lo smaltimento dei rifiuti, la bonifica dei siti dove è presente l'amianto e l'eventuale esposizione a campi elettromagnetici, radiazioni ultraviolette e ionizzanti.

L'inquinamento atmosferico

Per contrastare l'inquinamento atmosferico e migliorare la qualità dell'aria è necessario individuare le aree maggiormente a rischio, monitorare e contenere i parametri di inquinamento entro livelli che garantiscano una buona qualità dell'aria, e verificare attraverso i dati epidemiologici correnti se e in che modo determinati livelli di inquinamento possano modificare le condizioni di salute.

Si ritiene quindi opportuno indicare alcune azioni prioritarie per ridurre

L'inquinamento atmosferico:

- attuare un monitoraggio periodico dell'aria esterna soprattutto in aree considerate potenzialmente a rischio;
- uniformare i parametri soglia degli inquinanti alle normative internazionali;
- attuare interventi che regolamentino la circolazione e riduzione del traffico veicolare privato nelle zone dove si riscontrano parametri fuori soglia;
- prevedere interventi specifici sull'emissione di inquinanti da parte delle industrie qualora vengano superati i parametri previsti dalla normativa;
- incentivare la rottamazione di automobili non più a norma secondo le Direttive Europee (Euro 4);
- adottare politiche che incentivino l'utilizzo di fonti energetiche alternative;
- sensibilizzare la popolazione all'uso razionale delle fonti energetiche finalizzate al trasporto e al riscaldamento;
- trasformazione dei sistemi di riscaldamento domestico e collettivo al fine di utilizzare combustibili meno inquinanti.

La qualità dell'acqua

Per garantire una buona qualità delle acque è opportuno perseguire i seguenti obiettivi:

- mantenere un buon controllo delle acque ed elevati livelli qualitativi delle acque destinate al consumo umano;
- incrementare le attività di tutela delle acque dai processi di contaminazione urbana e industriale;
- perseguire usi sostenibili e durevoli delle risorse idriche, con priorità per quelle potabili;
- monitorare e classificare i corsi d'acqua superficiali ai fini di verificare la qualità dell'ambiente e la loro destinazione d'uso;
- mantenere la capacità naturale di autodepurazione dei corpi idrici, nonché la capacità di sostenere comunità animali e vegetali ampie e ben diversificate;

L'inquinamento acustico

È opportuno effettuare un monitoraggio acustico per mappare tutto il territorio e valutare, in particolar modo, l'impatto che hanno il traffico veicolare e l'industria in termini di inquinamento acustico.

L'obiettivo generale di ridurre la percentuale di popolazione esposta all'inquinamento acustico può essere declinato in obiettivi specifici quali:

- Disponibilità della base conoscitiva, attraverso un adeguato monitoraggio, necessaria per mettere in atto politiche di risanamento acustico;
- Ricondurre i livelli di inquinamento acustico entro i limiti stabiliti dalla normativa vigente, nazionale o internazionale.

Lo smaltimento rifiuti

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

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

- adottare politiche di smaltimento dei rifiuti, urbani ed industriali, che tendano a minimizzare i rischi per la salute dell'uomo ed eliminare inquinamenti ambientali;
- attivare azioni educative nei riguardi della popolazione per ridurre la produzione dei rifiuti;
- diminuire la produzione dei rifiuti speciali e dei rifiuti speciali pericolosi, garantendo altresì un adeguato smaltimento;
- incentivare la gestione ecocompatibile dei rifiuti, con particolare riferimento al riciclaggio;
- sviluppare tecniche appropriate per l'eliminazione di sostanze pericolose contenute nei rifiuti destinati ad essere recuperati.
- implementare le attività di tutela ambientale per l'individuazione di forme di smaltimento non idonee;
- attuare azioni per il corretto recupero/smaltimento in luoghi prossimi alla produzione;

L'amianto

La recente Legge 28 giugno 2005 n.94 relativa alla utilizzazione, bonifica e smaltimento dell'amianto, detta le norme per la realizzazione di misure di decontaminazione e di bonifica delle aree interessate dall'inquinamento da amianto o materiali contenenti amianto.

Gli obiettivi da perseguire sono i seguenti:

- effettuare un censimento degli edifici che presentano materiali contenenti

amianto

- aggiornare ed estendere gli studi epidemiologici che, insieme alla mappatura delle esposizioni attuali e pregresse, possano fornire basi più solide agli interventi di risanamento ambientale e criteri per il sostegno sanitario e psicologico alle persone esposte.

I campi elettromagnetici

In riferimento al recente Decreto n. 166/2005 “Regolamento per la formazione del catasto delle sorgenti dei campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici”, è necessario avviare un’indagine al fine di mappare e monitorare le fonti che possono causare questo tipo di inquinamento.

La mappatura delle sorgenti potrà consentire di raggiungere seguenti obiettivi:

- lo sviluppo ordinato degli impianti di radiocomunicazione attraverso la regolamentazione delle installazioni e delle modifiche agli impianti;
- lo sviluppo ordinato della rete di distribuzione e trasmissione elettrica attraverso la definizione dei tracciati degli elettrodotti;
- il controllo dei livelli di campo e le conseguenti azioni di risanamento nelle situazioni di superamento dei limiti previsti dalle normative nazionali o internazionali;
- una progressiva riduzione delle emissioni e dell’esposizione da parte della popolazione ai campi elettromagnetici;
- l’approfondimento delle conoscenze scientifiche relative agli effetti per la salute della popolazione a seguito dell’esposizione a campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici soprattutto per lunghi periodi.

Le radiazioni ultraviolette (UV)

Le radiazioni UV hanno una certa rilevanza sulla salute dell’uomo in quanto è da tempo stata da tempo accertata la loro cancerogenicità soprattutto a causa dell’esposizione alla sorgente naturale costituita dal sole.

Il principale obiettivo da perseguire consiste nella sensibilizzazione della popolazione ad adottare opportuni accorgimenti che consentano un’adeguata protezione nei confronti delle radiazioni solari.

Le radiazioni ionizzanti

Le principali fonti di esposizione alle radiazioni ionizzanti sono rappresentate soprattutto dalla presenza di radon naturale che si accumula in ambienti chiusi – e

può essere causa di tumori polmonari – e dall'utilizzo di radioisotopi o di macchine radiogene in ambito medico, mentre esposizioni accidentali possono derivare da incidenti nucleari. Considerato che il terreno nelle nostre zone non rilascia significative quantità di radon, i principali obiettivi per ridurre l'esposizione alle radiazioni ionizzanti, che riguardano soprattutto l'utilizzo delle macchine radiogene, sono i seguenti:

- la riduzione del rischio associato all'esposizione a radiazioni ionizzanti sia per gli operatori che utilizzano macchinari e sostanze radiogene sia per le persone sottoposte ad indagini cliniche di radiodiagnostica e di medicina nucleare, mediante l'adozione di adeguati programmi di assicurazione di qualità, la sostituzione dei macchinari obsoleti e la riduzione degli esami non necessari anche attraverso campagne di educazione sanitaria;
- qualora vengano riscontrate eccessive dosi di radon mediante rilevazioni ad hoc, ridurre il rischio di tumore polmonare derivante dall'esposizione a radon, mediante la riduzione della sua concentrazione nelle abitazioni ed in altri luoghi chiusi;
- la rilevazione di dati di contaminazione radioattiva in caso di incidenti nucleari.

Le forme di supporto

Le politiche ambientali che hanno una ricaduta sullo stato di salute della popolazione, per la pluralità dei soggetti coinvolti e degli approcci richiesti, devono essere necessariamente multisettoriali e quindi investire competenze e risorse non solo limitate a quelle sanitarie, ma allargate necessariamente ai settori del Territorio e dell'Ambiente, a quelli economici e culturali.

E' opportuno che i sistemi informativi dei vari settori possano dialogare affinché sia possibile ottenere più informazioni possibili, le quali, integrate fra loro anche attraverso indagini epidemiologiche ad hoc, possano consentire di orientare politiche sanitarie ed ambientali.

2. Ridurre gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Lo stato di salute dei lavoratori

L'Organizzazione mondiale della sanità ha stimato, che, nel 1997, 220 mila persone nel mondo sono morte a causa di incidenti sul lavoro, 120 milioni hanno subito un infortunio e 160 milioni si sono ammalate in conseguenza delle attività lavorative.

Inoltre sottolinea come negli ultimi decenni si sia verificato uno spostamento dei rischi tradizionali verso i paesi poveri, dove sono state trasferite le lavorazioni più nocive per la salute e per l'ambiente, mentre nei paesi industrializzati acquistano maggior rilevanza i danni da rumore e quelli dovuti a sostanze cancerogene. Sono poi in fase di studio le malattie da videoterminale e quelle dovute a campi elettromagnetici.

In particolare in Europa muoiono ogni anno circa 6.500 persone per infortuni sul lavoro, mentre circa dieci milioni di lavoratori vanno incontro a infortuni industriali e a malattie professionali.

In seguito alla crescente sensibilità della società verso la tutela della salute e dell'ambiente e per far fronte all'elevato numero di morti bianche l'UE ha elaborato importanti direttive comunitarie sulla sicurezza e salute dei lavoratori perché diminuisse il fenomeno degli infortuni sul lavoro.

A San Marino il recepimento di tali direttive dell'UE è avvenuto con l'approvazione della legge 1998 n. 31 "legge quadro in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro".

Gli obiettivi per tutelare la salute dei lavoratori, che possono essere ricondotti soprattutto alla riduzione degli infortuni nei luoghi di lavoro e delle malattie professionali, devono dunque necessariamente fare i conti con l'applicazione della normativa vigente, cercando di migliorare le eventuali lacune e valorizzare gli aspetti che consentono di migliorare concretamente le condizioni di tutti i lavoratori.

▪ Riduzione degli infortuni sul lavoro

A San Marino nel 2003 sono stati registrati 859 infortuni nei luoghi di lavoro, distribuiti soprattutto nel settore delle industrie manifatturiere (39,5%), in quelli delle industrie di costruzione e installazione impianti (9,7) e del commercio (6,5), e nei servizi (6,4).

Al fine di ridurre il numero degli infortuni nei luoghi di lavoro è necessario:

- verificare il livello di applicazione della Legge 31/98 e norme successive sia nel privato che nel pubblico
- potenziare il monitoraggio degli infortuni:
 - _ migliorando i flussi informativi, soprattutto per quanto riguarda la prognosi definitiva dell'infortunato (attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera) e le ore lavorate,

- _ migliorando in generale lo scambio di informazioni su incidenti nei luoghi di lavoro fra i vari sistemi informativi;
 - o identificare le aree lavorative critiche in base alla gravità ed alla frequenza degli infortuni e definire in seguito priorità di intervento;
 - o potenziare l'attività di vigilanza e controllo in riferimento alla sicurezza nei luoghi di lavoro;
 - o promuovere la cultura della salute e della sicurezza, non solo nei luoghi di lavoro ma anche presso le scuole, realizzando interventi di informazione/formazione sugli aspetti normativi e comportamentali relativi alla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro soprattutto nelle scuole ad indirizzo tecnico-professionale;
- Riduzione delle malattie professionali

Dalle analisi statistiche epidemiologiche delle malattie professionali (MP) denunciate a San Marino nel 2003 alle commissioni per gli accertamenti sanitari individuali, risulta che le otopatie professionali rappresentano le MP più frequenti (58,54%), seguite dalle neuropatie da compressione (17%), dalle malattie muscolo tendinee e dalle affezioni cutanee (9,76%) e dalle affezioni respiratorie (4,88).

Al fine di ridurre le malattie professionali è opportuno agire sui seguenti punti:

- o Avere a disposizione tutte le informazioni necessarie ad analizzare in maniera esaustiva le malattie professionali:
 - _ creando una rete informativa che consenta di condividere dati che possono essere correlati alle patologie da lavoro, siano essi di carattere prettamente sanitario (segnalazioni di eventuali casi sospetti da parte di medici ospedalieri o medici di base) o che riguardino il settore lavorativo
 - _ sviluppando la ricerca attiva, attraverso studi scientifici ad hoc, utilizzando i Registri di patologia e di mortalità, per analizzare a fondo le cause che sono alla base della malattie professionali, ponendo l'attenzione anche sulle neoplasie professionali;
 - _ confrontando i dati di San Marino con altre realtà a noi limitrofe.
- o Verificare l'applicazione della sorveglianza sanitaria secondo quanto previsto dalla Legge 31/98 e decreti successivi:

- utilizzando linee guida che pongano l'attenzione su aspetti quali la valutazione del rischio, l'informazione e la formazione dei lavoratori, gli accertamenti sanitari periodici, la denuncia di casi di sospetta malattia professionale
- Identificare le aree lavorative critiche in base alla gravità ed alla frequenza delle malattie professionali, definendo in seguito priorità di intervento specifiche;
- Potenziare le attività di vigilanza e controllo nei luoghi di lavoro

3. Prevenzione degli incidenti stradali e domestici

○ *La sicurezza sulla strada*

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di assoluta priorità per la sanità pubblica per l'alto numero di morti e di invalidità permanenti e temporanee che causano nel mondo. Agli enormi costi sociali e umani, si aggiungono quindi anche elevati costi economici che rendono la questione della sicurezza stradale un argomento di enorme importanza per i dipartimenti di prevenzione e i sistemi sanitari di tutti i paesi. La grande maggioranza degli incidenti gravi e di quelli mortali sono dovuti a una serie di comportamenti scorretti dell'uomo, principalmente riassumibili in: eccesso di velocità, guida distratta e pericolosa, mancato rispetto della precedenza, della distanza di sicurezza, assunzione di alcol e sostanze stupefacenti.

Diversi studi hanno evidenziato che il 60 per cento degli incidenti è dovuto a fattori umani, il 30 per cento a fattori ambientali e il 10 per cento a fattori connessi con il veicolo.

I fattori umani possono essere assai diversi, e comprendono aggressività, disadattamento sociale, uso inappropriato dell'alcol, farmaci, malattie, deficit della vista, uso di sostanze psicotrope, stress, affaticamento, uso di apparecchi mobili alla guida.

Oltre a queste cause, molto legate allo stato del guidatore, un cattivo uso (o la totale mancanza) dei dispositivi di sicurezza incide fortemente sul rischio di incidente, soprattutto in ambiente urbano. L'efficacia del casco e delle cinture di sicurezza, così come dei seggiolini per bambini, e la pericolosità dell'uso del cellulare alla guida sono già stati ampiamente dimostrati con diversi studi

epidemiologici.

Per combattere il drammatico impatto derivante dagli incidenti stradali l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le istituzioni sanitarie dei diversi paesi puntano sulla prevenzione. Perché i programmi di prevenzione possano essere efficaci, però, è necessario partire da un'azione di informazione di tutti gli attori coinvolti, dagli operatori sanitari alle autoscuole, dalle famiglie alle scuole, per favorire la consapevolezza dei rischi derivanti da comportamenti scorretti sulla strada e per mettere a punto azioni preventive coordinate e attuabili.

Gli *obiettivi specifici* per garantire la sicurezza stradale, e quindi ridurre il numero degli incidenti stradali e le eventuali conseguenze, soprattutto in termini di gravità dei feriti, sono i seguenti:

- ✓ verificare la viabilità stradale ed individuare i punti critici e particolarmente pericolosi su cui intervenire
- ✓ miglioramento delle conoscenze epidemiologiche su mortalità e morbosità conseguenti ad incidenti stradali e delle conoscenze sul rapporto tra dinamica degli incidenti stradali ed effetti sulle persone, in particolare attraverso la rilevazione della gravità dei feriti
- ✓ migliorare le modalità ed i tempi di intervento di primo pronto soccorso
- ✓ potenziare l'azione di informazione, sensibilizzazione ed educazione sulla sicurezza stradale

Azioni:

- ✓ Mettere in atto provvedimenti di prevenzione per evitare che si verifichino gli incidenti attraverso la promozione della "guida sicura" mediante campagne mirate al rispetto dei limiti di velocità, della segnaletica stradale, dell'uso corretto dei dispositivi di sicurezza come cinture, seggiolini e caschi per i veicoli motorizzati a due ruote ed infine mediante la riduzione della guida sotto l'influsso dell'alcol.
- ✓ Analisi dei fattori di rischio (quali ad esempio la velocità del veicolo al di sopra dei limiti consentiti, assunzione di alcool e sostanze stupefacenti) ed azioni di contrasto su tali fattori soprattutto attraverso l'informazione e la sensibilizzazione nelle fasce di età più giovani;
- ✓ Aggiornare periodicamente le legislazioni in vigore in merito al rilascio delle patenti di guida, alle sanzioni ed alle norme di comportamento stradale al

fine di verificare che siano sempre rispondenti alle esigenze della popolazione ed alle linee guida nazionali ed internazionali.

Forme di supporto:

Considerato che la sicurezza stradale coinvolge differenti attori che possono agire sia in ambito di prevenzione (ad esempio la Polizia Civile e la Scuola) sia in ambito di interventi sul luogo dell'incidente (ad esempio il Pronto Soccorso), è opportuno integrare le differenti specificità attraverso la valorizzazione del Gruppo di Lavoro "Strade sicure" formato dai coordinatori di vari Dipartimenti (Affari Interni, Territorio e Ambiente, Affari Esteri, Istruzione, Sanità e Sicurezza Sociale), che ha i seguenti compiti previsti dalla legge:

- integrare le azioni dei singoli settori coinvolti nell'ambito della sicurezza stradale;
- sviluppare un sistema informativo relativamente agli incidenti stradali;
- realizzare linee guida per la progettazione di interventi sulle infrastrutture e la mobilità in territorio;
- conoscere progetti e azioni delle realtà limitrofe;
- informare ed educare la popolazione relativamente ai comportamenti stradali;
- rafforzare l'azione di controllo, prevenzione e repressione dei comportamenti illeciti.

Inoltre per meglio monitorare tutti gli aspetti che riguardano la sicurezza stradale è necessario rendere operativo l'"Osservatorio Permanente" sulla sicurezza stradale, che dovrà necessariamente coinvolgere gli attori della prevenzione, in particolare il Dipartimento di Sanità Pubblica, ed operare in sinergia con il Gruppo "Strade Sicure", svolgendo i vari compiti, previsti dalla legge, tra cui:

- promuovere piani di formazione e sensibilizzazione;
- produrre materiale informativo e didattico;
- rilevare e conoscere gli incidenti stradali;
- pianificare interventi di gestione dei sistemi e infrastrutture viarie.

○ ***La sicurezza domestica***

Il fenomeno degli incidenti domestici è in forte evoluzione. Come rileva

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, questo tipo di incidenti rappresenta nei Paesi sviluppati la prima causa di morte per i bambini, anche se il gruppo più colpito in assoluto è quello delle casalinghe. Svariate sono le cause di tali incidenti, che possono spesso interagire tra loro. Una parte di essi avviene a causa di distrazione, superficialità, scarsa conoscenza e/o inosservanza delle norme di sicurezza, la presenza in casa di apparecchi o sostanze chimiche pericolosi, ma anche, e forse soprattutto, a causa di un'inadeguata cultura della sicurezza e della prevenzione. I tipi di incidente che si verificano con maggior frequenza sono le cadute, gli urti, i tagli e le ustioni, mentre i luoghi dove maggiormente tali incidenti si verificano sono la cucina, il bagno, le scale ed altri ambienti ove è la particolare struttura costruttivo-architettonica (pavimento, spigoli ed altri parti fisse) all'origine dell'incidente.

Gli *obiettivi* per ridurre gli incidenti domestici sono i seguenti:

- Migliorare ed uniformare, sia a livello nazionale che a livello comunitario, le metodiche e le modalità per la raccolta di dati quanto più possibile attendibili e confrontabili sui vari aspetti (sesso, età, attività svolta, agente causale dell'evento, luogo ove lo stesso si è verificato, tipo di lesione, ecc.) del fenomeno stesso.
- Potenziare la sorveglianza epidemiologica delle lesioni causate dagli incidenti,
- Sviluppare politiche di prevenzione, attraverso la diffusione di linee guida e l'effettuazione di campagne di informazione e di educazione alla sicurezza, volte a ridurre l'incidenza degli infortuni in ambito domestico.

4. La sicurezza alimentare ed in ambito veterinario

○ *La sicurezza alimentare*

La sicurezza alimentare – che consiste in un insieme di azioni compiute sia da parte di chi opera nel settore degli alimenti sia da parte del sistema di controllo pubblico che devono fornire alimenti sicuri, ossia che non compromettano lo stato di salute dei consumatori – è un aspetto fondamentale per tutelare la salute pubblica e garantire gli interessi dei consumatori e degli operatori del settore.

Inoltre, nell'ottica del cosiddetto "villaggio globale", l'offerta nell'arco di tutto l'anno di prodotti e generi a largo raggio – superando confini e differenze stagionali e determinando altresì produzioni a larga scala – ha determinato anche un'aumentata circolazione di sostanze, sia chimiche che biologiche, potenzialmente dannose per l'uomo, per cui è necessario porre l'attenzione anche su eventuali intossicazioni e tossinfezioni alimentari del tutto nuove, emergenti o "riemergenti" per il nostro paese.

Infine, in considerazione del fatto che la crescente integrazione dei mercati alimentari su scala mondiale ha permesso di sviluppare modalità standardizzate di produzione, trasformazione e distribuzione che garantiscono la qualità igienico-sanitaria e nutrizionale di quello che mangiamo, si è affermato anche a San Marino, con l'emanazione del Decreto 9 marzo 2005 n. 32 "Norme di igiene per i prodotti alimentari", il concetto dell'autocontrollo attraverso il sistema HACCP (analisi del rischio e punti critici) e le procedure operative standard di igiene (SSOP), quale garanzia per la salute del consumatore e la protezione della collettività, identificando altresì nel Servizio Veterinario del S.I.A. l'organo preposto alla vigilanza.

A fronte di tutto ciò si ritiene necessario perseguire i seguenti obiettivi:

- Implementare le informazioni relative alle tossinfezioni:
 - _ utilizzando protocolli d'intervento per sospette o presunte tossinfezioni che consentano di far pervenire tutte le informazioni necessarie al Servizio Veterinario del SIA.
- Ridurre il numero delle tossinfezioni, infezioni ed intossicazioni:
 - _ Svolgendo attività di informazione e formazione agli operatori che si occupano di alimenti,
 - _ Attivando campagne di educazione alimentare anche per la popolazione, in considerazione del fatto che spesso le tossinfezioni possono avvenire entro le mura domestiche;
 - _ Potenziando il controllo quali-quantitativo sulla produzione primaria con particolare riguardo alla presenza di residui di farmaci, fitosanitari e contaminanti ambientali;

- Rafforzando la vigilanza ed il controllo della produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e vendita degli alimenti;
- Garantendo i controlli a livello di import delle materie prime e dei prodotti finiti che entrano a San Marino;
- Mantenendo il buon livello di controllo dei bovini da latte e destinati alla macellazione.
- svolgendo la sorveglianza e le relative indagini sui casi presunti o accertati di infezioni, intossicazioni, tossinfezioni
- Sviluppare il sistema di autocontrollo attraverso il sistema HACCP (analisi del rischio e punti critici) e le procedure operative standard di igiene (SSOP):
 - portando a regime l’autocontrollo delle aziende alimentari, sia private che pubbliche, entro il triennio 2006-2008, attraverso a) l’analisi, l’approvazione e le verifiche dei piani d’igiene del SSOP e dei manuali di autocontrollo per l’HACCP, secondo quanto previsto dal Decreto 32/05, b) il riconoscimento della validità dei corsi di formazione ed informazione sulle procedure e misure di prevenzione delle malattie trasmesse dagli alimenti, secondo quanto previsto dal Decreto 109/05 “Linee guida per l’organizzazioni dei corsi di formazione e aggiornamento in materia di igiene degli alimenti”

○ ***Sicurezza in ambito veterinario***

Le recenti emergenze che hanno investito il sistema zootecnico-alimentare (Influenza Aviaria, Encefalopatia Spongiforme nei bovini) testimoniano quale importanza assume la medicina veterinaria pubblica nel garantire la salute degli animali e la salubrità degli alimenti di origine animale, incidendo di conseguenza sulla salute dei consumatori e sul benessere di coloro che sono a contatto con gli animali.

Gli obiettivi da perseguire, nell’ambito della sanità pubblica veterinaria, sono i seguenti:

- Lotta alle malattie infettive degli animali, anche attraverso piani di prevenzione e di eradicazione, ordinari e di emergenza, nonché programmi di sorveglianza epidemiologica permanente che includano prelievi ed analisi

degli animali specifici, soprattutto in base alle priorità presenti a livello internazionale;

- In riferimento all'influenza aviaria, è necessario impedire il diffondersi del virus nel territorio sammarinese attraverso a) il monitoraggio degli animali che possono sviluppare la malattia, b) la vigilanza su un eventuale trasporto all'interno di San Marino di animali vivi (con particolare riferimento per il pollame), c) piani di prelievo per effettuare test sierologici su animali suscettibili all'influenza aviaria, d) soppressione di eventuali animali infetti con metodiche previste dalle attuali normative internazionali;
- Mantenere un adeguato controllo della popolazione canina a tutela della salute umana ed animale, potenziando la sterilizzazione per la lotta al randagismo, e mantenere San Marino libero dalla rabbia attraverso la vaccinazione obbligatoria ed il controllo dei cani morsicatori (a questo proposito è necessario mantenere buoni livelli di scambi informativi fra Pronto Soccorso, S.I.A. ed altri servizi coinvolti anche nelle regioni limitrofe);
- Potenziamento dei programmi di controllo degli alimenti di origine animale in tutte le sue fasi, dalla produzione al consumo;
- Miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie degli allevamenti e promozione della qualità delle produzioni zootecniche. Nel triennio 2006-2008 deve essere garantita la prosecuzione dei controlli in riferimento ai requisiti igienico-sanitari di base del latte e prodotti derivati e l'assenza di residui indesiderati nelle carni e negli altri prodotti di origine animale, anche attraverso uno stretto controllo sulla distribuzione e sull'impiego del farmaco e l'incremento quali-quantitativo dei programmi di ricerca dei residui chimici volontari ed involontari, attraverso il rafforzamento e l'integrazione dei servizi e dei laboratori di supporto;
- Vigilanza e controllo sull'alimentazione animale, con particolare riferimento ai mangimi integrati e medicati;
- Tutela del benessere animale negli allevamenti, durante i trasporti e nei macelli, nonché vigilanza sulla corretta utilizzazione degli animali da esperimento e sulle condizioni di detenzione degli animali di affezione;

5. Corretti stili di vita

○ *Alimentazione*

Lo stato attuale

Le conoscenze scientifiche attuali confermano che il regime alimentare costituisce uno dei più importanti determinanti di salute. Un'errata alimentazione, infatti, può provocare: ingestione di sostanze nocive, carenze acute o croniche di nutrienti essenziali, eccessi e squilibri nutrizionali, tutti fattori di rischio per l'insorgenza di malattie dismetaboliche, degenerative e neoplastiche.

Infatti, nei Paesi industrializzati la prevalenza di malattie croniche e degenerative, risultanti dalla complessa interazione tra variabili non modificabili (quali l'età, il sesso ed il codice genetico) e variabili passibili di modificazioni (fattori socio-economici ambientali e abitudini di vita) è notevolmente influenzata, in termini di rischio, proprio da uno scorretto regime alimentare.

In particolare si stima che in Europa i fattori nutrizionali e l'inattività fisica siano implicati:

- nel 30-40% dei tumori;
- in almeno 1/3 delle morti premature dovute alle malattie cardiovascolari;
- nella " epidemia " di obesità e sovrappeso, a loro volta causa di diabete mellito, di malattie cardiovascolari, di certi tumori e di morti premature;
- nell'osteoporosi e nelle sue complicanze, comprese le fratture del femore e delle vertebre negli anziani;
- nelle carie dentarie, nelle anemie sideropeniche, nei disordini dovuti al deficit di iodio, ecc.

Le politiche educative dovrebbero impegnarsi a promuovere nei cittadini la capacità di scelte consapevolmente orientate verso corretti comportamenti alimentari e stili di vita.

Obiettivi:

- ✓ Promuovere uno stile alimentare equilibrato considerando la specificità dei fabbisogni di persone con diverse età, peso corporeo, livello di attività fisica, o affette da particolari patologie.
- ✓ Ridurre il numero di persone con comportamenti alimentari squilibrati, eccessivi e disfunzionali.

- ✓ Ridurre il numero di persone obese e in soprappeso e i rischi di salute connessi con un alto indice di massa corporea.
- ✓ Aumentare il consumo quotidiano di frutta e verdura come parte di una dieta protettiva contro il diabete ed altre patologie.
- ✓ Promuovere una cultura dell'acquisto attento e consapevole dei cibi che preveda la lettura delle componenti nutrizionali, la provenienza geografica, le procedure di produzione e il controllo di qualità.

Azioni

- ✓ Proporre diete sane ed equilibrate da parte del Servizio di Dietologia nonché elaborazioni di nuovi moduli per consigli dietetici, menù, aggiornamenti su materiale scientifico clinico-nutrizionale, svolgimento di interviste radio-tv e articoli per la corretta informazione alimentare nei confronti della popolazione.
- ✓ Trattamento degli aspetti nutrizionali cognitivo-comportamentale dei soggetti affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) attraverso una collaborazione tra Servizio di Dietologia, personale sanitario e Servizio di Neuropsichiatria.
- ✓ Trattamento in equipe (Internista, Dietista, Chirurgo e Psicologo) di pazienti con obesità severa e con patologie associate (*Ambulatorio Grandi Obesi*).
- ✓ Coinvolgimento del *Centro di Diabetologia* per la preparazione di diete speciali, nell'organizzazione di sedute con il personale sanitario ed infermieristico per consigli dietetici e per la realizzazione di incontri di gruppo a favore dei pazienti diabetici
- ✓ Proporre politiche, regolamentazioni ed eventualmente leggi per promuovere coltivazioni biologiche, controlli sulla qualità e sicurezza dei cibi.

Forme di Supporto e assistenziali.

E' necessario che vi sia una reale integrazione e collaborazione fra tutti i servizi coinvolti.

L'Obesità Infantile

La prima conseguenza dell'eccessivo consumo di alimenti è stata la diffusione dell'obesità nella nostra popolazione, aggravata dal fatto che tale problema coinvolge sempre più le fasce di età più giovani. Attualmente più del 30% dei bambini che frequentano la scuola dell'obbligo è in soprappeso. Questa

condizione predispone all'obesità e all'ipercolesterolemia in età adulta, aumentando così il rischio di sviluppare patologie cardiocircolatorie, diabete, artropatie e tumori.

Da indagini conoscitive condotte nell'ambito delle visite mediche preventive rivolte allo studio epidemiologico e terapeutico dell'obesità in età pediatrica è stato possibile valutare come anche nella realtà di San Marino sia incombente il problema dell'eccesso di peso corporeo tra i bambini e i ragazzi a tal punto da richiedere azioni d'intervento.

Obiettivi per gli studenti (bambini e ragazzi)

- ✓ Educare alla salute
- ✓ Offrire gli elementi necessari per guidare gli alunni nella riscoperta dello stare a tavola
- ✓ Promuovere lo svolgimento di attività fisica moderata ma continuativa

Azioni:

- stesura di menù equilibrati e stagionali,
- incontri di educazione alimentare sia con i ragazzi sia con il personale di Cucina, nella formazione periodica del personale addetto di Cucina e nella distribuzione di materiale informativo ed educativo da destinare a maestre ed insegnanti.

Forme di assistenza e supporto

Il Servizio di Dietologia dovrà contribuire a rafforzare le varie collaborazioni con i servizi coinvolti nelle specifiche aree di azione, in particolare con il Servizio di Pediatria.

○ ***Alcool***

Danni alla salute prodotti dall'alcol

Le più frequenti condizioni morbose associate all'alcol riguardano il SNC, l'apparato circolatorio, l'apparato digerente, ma in realtà è probabile che abbia un'azione nociva più vasta su tutto l'organismo. I danni sul SNC dipendono in parte dall'azione diretta sulle strutture nervose, ma in parte sono dovuti a manifestazioni cerebrali di danno vascolare di natura aterosclerotica.

Di particolare interesse è l'azione epatotossica che l'alcol esercita anche a dosi relativamente modeste dal momento che l'alcol a differenza di altre sostanze che

vengono metabolizzate in tutti i tessuti, è ossidato soltanto nel fegato. Riferendoci alla cirrosi epatica possiamo constatare come il tasso di mortalità sia fra i più elevati in Europa. L'alcol è anche responsabile di un numero considerevole di morti e di invalidi indipendentemente dai danni cronici che provoca all'organismo, per la sua capacità d'influenzare il comportamento individuale, seppur transitoriamente. In particolare è provato che il rischio d'incidenti d'auto è proporzionale alla quantità d'alcol ingerita dal conducente, senza tralasciare poi gli incidenti nell'ambiente domestico e quelli sul lavoro. Quanto all'azione sul sistema cardiocircolatorio, si ritiene che il consumo abituale di oltre 80g di alcol al giorno aumenti il rischio di cardiopatia ischemica ed ictus. Viceversa un consumo moderato, avrebbe un effetto protettivo.

Obiettivi:

- ✓ Ridurre il consumo eccessivo di alcol
- ✓ Ridurre il numero di incidenti stradali e domestici e di aggressioni causate dall'abuso di alcol.
- ✓ Aumentare l'aiuto, l'assistenza, l'accesso ai servizi e la qualità del trattamento per le persone con alcol-dipendenza.
- ✓ Ridurre i rischi relazionali e sessuali connessi all'abuso di alcol nei giovani e negli adolescenti che frequentano locali e bar.
- ✓ Ridurre il consumo di alcol nelle donne in gravidanza.
- ✓ Promuovere corrette abitudini nell'uso moderato e consapevole del vino, in quanto fattore protettivo nella salute cardiovascolare nelle persone sane che non abusano di alcolici.

Azioni:

- ✓ Evidenziare il ruolo cardine del Medico di Medicina Generale nell'ambito della gestione dell'abuso di alcool, utilizzando fra i vari strumenti anche i "colloqui motivazionali" rivolti ai pazienti per spiegare gli effetti dannosi sull'organismo di un consumo eccessivo di bevande alcoliche.
- ✓ Attivare trattamenti sanitari e psicologici nei riguardi di persone con problemi concernenti l'abuso di alcool.
- ✓ Favorire giornate informative ed interventi educativi rivolti in particolar modo agli adolescenti.

- ✓ Produrre ed utilizzare materiale informativo e garantire una sua diffusione anche attraverso i mass media.
- ✓ Incentivare i controlli sulle strade anche attraverso mezzi di accertata idoneità per il riconoscimento dell'abuso di alcool nel territorio di San Marino.

○ ***Fumo di Tabacco***

Lo stato attuale

Un'ampia serie di studi epidemiologici ha dimostrato gli effetti negativi del fumo sulla salute ed i suoi rapporti con numerose malattie e stati patologici.

E' ormai assodato che esiste un nesso causale fra il fumo di sigaretta e determinate forme tumorali, soprattutto al polmone. E' noto infatti che varie sostanze cancerogene e co-cancerogene sono presenti nel fumo di tabacco.

Il rischio dell'insorgenza della malattia nell'uomo è in stretto rapporto con il numero di sigarette fumate e con l'età d'inizio del fumo.

Nel fumo di tabacco sono presenti anche sostanze irritanti che hanno effetti lesivi sulla mucosa dei bronchi e che portano nel complesso a pesanti ripercussioni sul tratto respiratorio, polmoni compresi (es. tubercolosi, polmoniti, bronchiti).

Il fumo di sigaretta è uno dei fattori di rischio maggiore nei riguardi delle cardiopatie ischemiche e comunque delle malattie cardiovascolari in genere (es. miocardite, degenerazione miocardica, ipertensione, arteriosclerosi, aneurisma, trombosi). Dall'insieme dei dati oggi acquisiti, risulta chiaro che nei paesi ad alto tenore di vita il fumo di sigaretta, da solo, è il più importante fattore di nocività cui è esposta gran parte della popolazione volontariamente, e involontariamente quando soggetti non fumatori sono costretti a coabitare con fumatori (es. bambini figli di fumatori).

Il fumo di tabacco nella Repubblica di San Marino:

A San Marino esistono una serie di provvedimenti che tendono a tutelare i cittadini dall'esposizione al fumo di tabacco.

E' infatti in vigore dal 1990 la legge 21 Novembre 1990 n° 139 "Tutela dall'esposizione al fumo di tabacco". La presente legge si colloca nel quadro di un processo di educazione sanitaria che coinvolge scuole, mezzi di informazione, servizi sanitari. Tale legge, a difesa del diritto degli individui a non essere esposti

al fumo di tabacco, vieta di fumare nell'Ospedale, nella Casa di Riposo, nei Centri Sanitari nei locali pubblici, negli uffici, nei bar, nei ristoranti, mentre consente di fumare nei locali ove siano funzionanti impianti di depurazione o aspirazione dell'aria omologati dall'ufficio Igiene Ambientale. Inoltre secondo l'articolo Unico del DECRETO del 22 giugno 2004 n°86, la Repubblica di San Marino s'impegna a dare piena ed intera esecuzione alla "Convenzione Quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Lotta al Tabagismo" (Ginevra, 21 Maggio 2003). L'obiettivo di tale convenzione e dei suoi protocolli è quello di proteggere le generazioni presenti e future contro gli effetti dannosi del consumo di tabacco e dell'esposizione al fumo di tabacco, offrendo un quadro per l'attuazione di misure di lotta al tabagismo al fine di ridurre sensibilmente la prevalenza del tabagismo e l'esposizione al fumo del tabacco.

Obiettivi:

- Motivare i cittadini che fumano a ridurre o interrompere la dipendenza da nicotina, attraverso campagne di sensibilizzazione eventualmente agganciate alle politiche motivazionali dell'OMS;
- Intensificare le azioni di controllo dove vige il divieto di fumare;
- Tutelare la salute dei cittadini che non fumano riducendo l'esposizione al fumo negli ambienti pubblici e privati;
- Prevenire il contatto con la sigaretta o lo sviluppo di dipendenza da nicotina nelle persone che non fumano, riservando una particolare attenzione nei confronti degli adolescenti;
- Ridurre le patologie e le morti fumo-correlate
- Promuovere l'"Ospedale senza Fumo". A tal proposito è già stata effettuata un'indagine all'interno dell'ospedale e dei servizi sanitari sammarinesi, per studiare come viene percepito il problema del fumo di sigaretta dagli stessi operatori sanitari ed anche per stimare la percentuale di fumatori nell'ambiente ospedaliero.

Azioni:

Vengono indicate le seguenti azioni specifiche, che comprendono provvedimenti nazionali ed interventi regionali e locali:

- ✓ Promuovere l'attuazione di interventi di educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione in età scolare, selezionando

rigorosamente gli interventi di cui è nota l'efficacia

- ✓ Realizzare campagne mirate a promuovere l'interruzione del fumo fra le donne in gravidanza
- ✓ Vigilare sulla corretta applicazione dei limiti alla pubblicità diretta e indiretta;
- ✓ Sostenere azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, impegnando anche i medici di medicina generale con programmi strutturati di provata efficacia;
- ✓ Promuovere iniziative volte alla limitazione del consumo di tabacco fra i minori di 16 anni;

○ **Attività fisica**

Lo stato attuale

In base alla letteratura scientifica i benefici dell'attività fisica possono essere: fisiologici, psicologici e sociali per l'individuo e la comunità.

L'attività fisica contrasta l'insorgenza di patologie quali le malattie cardiovascolari, l'ipertensione, l'obesità, il diabete non insulino-dipendente ed alcune tipologie di tumori.

Inoltre l'attività fisica favorisce, a livello individuale, condizioni di benessere psico-fisico e, a livello sociale, contribuisce al guadagno di salute della popolazione. Infine uno stile di vita attivo aiuta gli anziani a mantenere un'indipendenza funzionale e ad ottimizzare il numero di coloro che sono capaci di partecipare attivamente alla vita sociale.

Obiettivi:

- ✓ Motivare i cittadini sedentari ad aumentare il livello di attività fisica regolare e sicura e motivare i cittadini che praticano già attività fisica a mantenerla.
- ✓ Aumentare il numero dei bambini che svolgono attività fisica.
- ✓ Promuovere lo sport nei gruppi di persone disabili
- ✓ Aumentare le opportunità sociali aggregative delle persone adulte sedentarie della comunità attraverso la pratica di attività fisica di gruppo.
- ✓ Aumentare la consapevolezza di altri stili di vita sani correlati con l'attività fisica, come ad esempio una corretta alimentazione.

Obiettivi della Prevenzione Secondaria

Ridurre la mortalità e la morbilità di determinate patologie neoplastiche

Uno degli interventi strategici più efficaci per prevenire l'evoluzione di alcune neoplasie è rappresentato dagli screening che, consentendo di diagnosticare il tumore prima della sua manifestazione clinica, incide direttamente sulla mortalità e sulla morbosità provocata dal tumore stesso. Lo screening non può essere considerato solo come un fatto individuale ma soprattutto come una azione di sanità pubblica che riguarda un'intera comunità.

Gli *obiettivi* da raggiungere in ambito della prevenzione secondaria dei tumori sono:

- Ampliamento e consolidamento delle attività di screening già in atto quali quello per i tumori della mammella e dell'utero, con miglioramento dell'adesione e della qualità dei programmi, anche attraverso percorsi di accreditamento;
- Attivazione di un programma di screening per i tumori del colon-retto, anche in riferimento al progetto pilota sul programma di screening per il tumore del colon, già avviato nel 2002 (progetto SMAC);
- Valutare la fattibilità e l'efficienza di altri programmi di screening per tumori di forte impatto sulla popolazione, quali ad esempio quello del tumore del polmone.

- ***Gli attori della promozione della salute e della prevenzione delle malattie.***

- *Il Dipartimento di Salute Pubblica.*

E' necessario istituire un Dipartimento, attraverso la riorganizzazione del Servizio di Igiene Ambientale, che permetta di affrontare in maniera organica le problematiche legate alla salute pubblica, alla prevenzione delle malattie ed alla promozione della salute.

Il Dipartimento deve contribuire alle funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica svolgendo attività di:

- tutela della collettività dai rischi negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti degli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;

- tutela igienico sanitaria degli alimenti.

E' possibile realizzare tutto ciò attraverso l'articolazione del Dipartimento nelle seguenti unità organizzative:

- Tutela dell'ambiente naturale e costruito
- Sicurezza antinfortunistica nei luoghi di lavoro
- Medicina e Igiene del Lavoro
- Servizio Veterinari e Igiene alimenti e bevande.

– *Il Servizio Specialistico di Medicina del Lavoro*

Il servizio si occupa degli accertamenti sanitari preventivi; effettua le visite di inizio lavoro per tutti i lavoratori, sia del settore pubblico che privato (art. 3 - D.R. N° 68/98) ed esegue gli accertamenti sanitari periodici per i lavoratori della pubblica amministrazione (D.L. N° 31/98). Il servizio inoltre valuta la compatibilità lavorativa per le lavoratrici in gravidanza che fanno richiesta di proseguire il lavoro fino all'8° mese.

– *I servizi territoriali (cure primarie, assistenza socio-sanitaria)*

Devono essere in grado di coinvolgere il cittadino a mantenere un buon livello di salute attraverso campagne di educazione ed informazione sulla salute, programmi di screening e campagne di vaccinazione.

– *I servizi ospedalieri*

Devono offrire il supporto ai servizi territoriali per programmi di screening e campagne di vaccinazione.

Devono fornire il supporto a campagne di prevenzione per patologie che richiedono una competenza specialistica quali ad esempio le malattie cardio-vascolari, i tumori, le malattie neurologiche e le malattie dismetaboliche .

– *Il ruolo di attori esterni al mondo sanitario e socio-sanitario*

- Enti pubblici:
 - Attività informative svolte a livello scolastico;
 - Attività delle Giunte di Castello su tematiche riguardanti la prevenzione, in tutti i suoi aspetti;
 - Attività delle forze di polizia al fine di disincentivare comportamenti a rischio;
 - Il ruolo del Dipartimento del Territorio e dell'Ambiente nel promuovere politiche di tutela ambientale e di sicurezza stradale;

- Le confederazioni sindacali potranno sensibilizzare i lavoratori soprattutto nell'ambito della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Le associazioni di volontariato potranno avviare iniziative sviluppando tematiche riguardanti la prevenzione nei propri ambiti di competenza.

Obiettivi di salute in base al target di popolazione/utenza

La salute della donna e dei bambini

○ La prevenzione nella salute della donna

Screening dei tumori della mammella e del collo dell' utero

Secondo quanto descritto dal Profilo di Salute della Repubblica di San Marino, le neoplasie specifiche della sfera femminile, quali il tumore della mammella e il tumore dell'utero, rivestono un ruolo importante per la salute della donna, soprattutto per la possibilità di prevenire l'evoluzione di tali tumori attraverso adeguati programmi di screening.

Obiettivi

Tumore dell'Utero

L'*obiettivo principale* consiste nel garantire la copertura del 75% della popolazione target per lo screening del tumore dell'utero, attraverso *azioni* quali la chiamata attiva delle donne, l'informazione e comunicazione sull'utilità degli screening. E' inoltre necessario utilizzare le metodiche di screening considerate più appropriate ed efficaci dalla letteratura scientifica, quali l'associazione del PAP test con la ricerca del papilloma virus (HPV). *Forme di assistenza e di supporto* : è necessario vi sia integrazione fra il servizio ospedaliero di ostetricia-ginecologia, il Centro per la Salute della Donna ed il Laboratorio Analisi con il coinvolgimento dei medici di base.

Tumore della Mammella

Considerato che attualmente il livello di copertura è molto elevato (circa 85% della popolazione target), è auspicabile coinvolgere nel programma di screening l'intera popolazione target .

Forme di assistenza e di supporto: è necessario vi sia integrazione fra il servizio di Radiologia con il supporto di indagini citologiche da parte del Laboratorio Analisi ed

il Centro per la Salute della Donna con il coinvolgimento dei medici di base.

o Lotta alla violenza sulla donna

La violenza contro le donne – che include non solo forme eclatanti quali gli stupri, le molestie sessuali e la violenza domestica, ma anche forme di violenza psicologica e morale – può essere considerata a tutti gli effetti un problema collettivo in quanto (a) vi sono indizi di significativa incidenza e prevalenza durante l'intero arco della vita della donna, in tutti gli strati sociali ed economici della società, (b) è motivo di gravi conseguenze psichiche e fisiche.

Obiettivi specifici :

- _ Riconoscere la violenza contro la donna, anche attraverso la promozione di progetti di ricerca utili ad individuare la sua incidenza e prevalenza;
- _ Sviluppare la ricerca nell'ambito della violenza domestica, con particolare riferimento al tipo di utilizzo dei servizi socio-sanitari e all'analisi dei sintomi tipici che presentano le donne che subiscono violenza domestica, nei diversi ambiti clinici (includendo salute mentale, conseguenze ostetriche e ginecologiche).

o La menopausa

Il supporto assistenziale alle donne in menopausa è attualmente assicurato dal “Centro per la tutela della donna in menopausa”, aiutando in questo modo la donna che si trova una fase delicata, anche se fisiologica, della propria vita. Infatti le mutazioni ormonali che portano al passaggio dalla fertilità alla non fertilità possono comportare problematiche di carattere psicologico, legate soprattutto alla non accettazione di questa nuova condizione, e problemi di tipo fisico quali sintomi vasomotori (vampate di calore e rossore, sudorazioni notturne), una riduzione della massa ossea (che aumenta il rischio di osteoporosi) e variazioni della concentrazione nel sangue dei lipidi (con un aumentato rischio di sviluppare malattie cardiovascolari).

L'obiettivo principale consiste nel contrastare i fenomeni negativi della menopausa, attraverso un supporto multidisciplinare che preveda non solo l'assistenza psicologica e trattamenti sanitari adeguati nel caso che le conseguenze fisiche della menopausa diventino patologiche, ma anche azioni preventive quali ad esempio un'adeguata dieta e somministrazione di farmaci per controllare la comparsa dell'osteoporosi e ridurre le

complicanze. E' altresì necessario monitorare costantemente, anche attraverso studi scientifici ad hoc, l'efficacia dell'assistenza psicologica e dei trattamenti preventivi e farmacologici nelle donne in menopausa.

Le forme di assistenza devono prevedere una serie di attività, integrate fra loro, svolte all'interno del "Centro della tutela della donna in menopausa", prevedendo altresì di inserire tale Centro in un contesto più ampio per le problematiche legate, in particolare, a tutte le fasi della vita della donna (dall'adolescenza alla menopausa) e, più in generale, alle tematiche che riguardano la coppia e la famiglia, prevedendo in tal senso forme di assistenza consultoriali per la donna, la coppia e la famiglia. E' sottinteso che tali attività dovranno essere attuate in collaborazione con i medici di base.

o *Il Percorso nascita*

Il percorso nascita – nei suoi molteplici aspetti che vanno dalla preparazione al parto, all'assistenza in gravidanza fino al concepimento ed alla fase del puerperio (WHO Europe, 1998) – ha perso, oggi, quelle caratteristiche normalmente fisiologiche, assumendo sempre più una connotazione di carattere sanitario. Tutto questo può essere avvalorato dal fatto che il percorso nascita è sempre più medicalizzato (numero elevato di indagini strumentali e di laboratorio, un ricorso al taglio cesareo che supera il 30% delle gravidanze, un alto numero di giorni di malattia nelle donne in gravidanza).

Si sottolinea che l'intero percorso fisiologico, che va dalla gravidanza al puerperio, deve essere demedicalizzato ed i supporti tecnologici devono essere utilizzati in maniera appropriata. Inoltre tale percorso deve essere incentrato sulla famiglia ed avere un approccio multidisciplinare.

Risulta quindi opportuno sottolineare che l'assistenza debba essere organizzata in un percorso coerente per soddisfare i bisogni della popolazione, soprattutto in considerazione del fatto che, oggi, vi è un aumento dell'età media delle donne alla nascita del primo figlio, ed un crescente timore da parte delle nuove famiglie di non essere adeguatamente preparate ad affrontare l'evento della nascita.

L'obiettivo generale è quello di tutelare la salute della madre e del nascituro.

Gli obiettivi specifici, le azioni e gli strumenti da adottare sono i seguenti:

1) L'assistenza durante la gravidanza:

Il mantenimento e potenziamento dei corsi pre-parto; il monitoraggio della gravidanza fisiologica, con particolare riguardo alle ecografie di protocollo (i

protocolli sulla gravidanza fisiologica dovranno essere periodicamente aggiornati, qualora ritenuto necessario sulla base delle attuali evidenze scientifiche), alla prevenzione prenatale di determinate patologie (ad esempio attraverso la somministrazione di acido folico per prevenire la spina bifida), allo screening per alterazioni cromosomiche del feto ed allo screening del diabete in gravidanza.

2) La continuità dell'assistenza per tutto il percorso nascita

La continuità dell'assistenza durante tutto il “percorso nascita” è un elemento fondamentale per tutelare la madre ed il nuovo nato. La continuità deve essere assicurata anche attraverso l'integrazione fra i vari servizi coinvolti, sia territoriali sia ospedalieri, prevedendo, altresì, per i casi di elevata complessità, protocolli di intesa con le strutture specialistiche fuori territorio.

3) La gestione del parto

Promuovere il parto fisiologico e umanizzato; in caso di gravidanza a rischio e/o patologica deve essere assicurata un'adeguata assistenza, prevedendo, qualora si ritenga necessario, l'accesso alle strutture di 2° livello ed alle relative prestazioni presenti nelle zone limitrofe, nell'ottica della “rete nella rete”; contenere il ricorso al taglio cesareo avvicinandosi agli standard raccomandati dall'OMS, riservandolo ai casi con una indicazione precisa; occorre inoltre favorire il contatto neonato – madre – famiglia; la gestione del dolore nel parto, soprattutto attraverso la piena e corretta informazione alla donna, come supporto per una scelta consapevole sulle modalità di assistenza a lei più consone, inclusa la scelta del “parto senza dolore”.

4) Il sostegno alla donna nel puerperio e al neonato nella prima fase di crescita

Garantire la dimissione appropriata della puerpera e del neonato, presunto sano, soprattutto in termini di sicurezza del neonato, valorizzando inoltre attività di sostegno alla puerpera e al neonato, anche alla luce delle modificazioni sociali realizzatesi negli ultimi decenni nella nostra società; al fine di migliorare la qualità di assistenza del neonato è opportuno assicurare, come già evidenziato, la stretta collaborazione e il collegamento funzionale tra area ostetrico-ginecologica e l'area pediatrica dell'ISS e le Unità operative di Neonatologia presenti nelle zone limitrofe, al fine di assicurare un'assistenza qualificata al neonato in sala parto e garantire il trasporto alla U.O. di Neonatologia in caso di reale necessità. Dovrà essere promosso l'allattamento al seno, secondo quanto indicato dall'OMS, in quanto sono state dimostrate le positive conseguenze per la salute sia del bambino che della madre.

E' necessario infine potenziare il monitoraggio di possibili patologie del neonato attraverso gli screening neonatali,

o La tutela delle madri lavoratrici

La lavoratrice gestante e puerpera, proprio per la sua particolare situazione, ha diritto ad essere tutelata sia dal punto di vista sociale ed economico.

San Marino, attraverso una serie di normative, garantisce il soddisfacimento di molti aspetti, anche se sarebbe opportuno armonizzare ed aggiornare la legislazione vigente al fine di garantire ad ogni madre, ed a maggior ragione a coloro che lavorano, il diritto all'assistenza ed alla protezione della comunità in maniera sempre più rispondente alle mutate condizioni della nostra società.

L'obbiettivo principale è quello di promuovere interventi rivolti alla tutela delle madri lavoratrici allo scopo di assicurare condizioni lavorative idonee:

- garantendo la circolazione delle informazioni su questa tematica;
- aumentando il numero di segnalazioni da parte dei medici che accertano lo stato di gravidanza agli organi competenti, affinché questi ultimi possano valutare se vi sono rischi nell'ambiente lavorativo della gestante;
- implementando il flusso informativo fra i vari servizi che sono coinvolti (S.I.A., Servizio Specialistico di Medicina del Lavoro, l'Amministrazione dell'ISS, i vari operatori sanitari, Ufficio del Lavoro, ecc...).

o La salute del bambino

La specifica condizione dell'infanzia – dovuta in particolar modo alla forte dipendenza dai livelli di salute, dai comportamenti e dagli stili di vita della generazione precedente, dal livello di benessere nella vita fetale e quindi dalla salute materna, e alla fragilità verso determinate patologie – impone una particolare attenzione nei confronti di questa fase cruciale e vulnerabile della vita in quanto un'adeguata assistenza – che comprenda la prevenzione, la continuità assistenziale, la gestione dell'urgenza e della cronicità e l'assistenza ospedaliera – influenza fortemente la salute dell'adulto di domani.

Per garantire un'assistenza che risponda ai bisogni di salute del bambino, è necessario raggiungere, nel triennio 2006-2008, i seguenti *obiettivi*:

- Sviluppare e valutare una campagna di informazione ed educazione sanitaria rivolta a coppie/neogenitori e volta a promuovere i seguenti interventi di prevenzione

primaria nel campo della salute infantile:

- sconsigliare di fumare alle donne in gravidanza e ai neogenitori, consigliando altresì di non frequentare luoghi dove si fuma, per evitare che il bimbo venga esposto agli effetti dannosi del fumo di sigaretta;
 - favorire l'uso di multivitaminici contenenti acido folico nel periodo pre-concezionale per prevenire alcune malformazioni congenite;
 - favorire la durata dell'allattamento materno nei primi sei mesi di vita;
 - favorire la posizione supina in culla per ridurre sensibilmente il rischio di morte improvvisa del lattante;
 - aumentare la prevalenza di bambini sottoposti a vaccinazioni raccomandate per le quali le coperture non siano ottimali (superiore al 90%);
 - sensibilizzare i genitori ad utilizzare sempre i mezzi di protezione del bambino negli spostamenti in automobile, al fine di ridurre sensibilmente il rischio di trauma in caso di incidente;
 - introdurre comportamenti educativi e relazionali che facilitino lo sviluppo delle abilità cognitive, ad esempio la comunicazione verbale e la lettura ad alta voce ai bambini in età prescolare (a partire dai 6 mesi di vita);
- Considerata l'elevata specificità anche dell'attività vaccinale, se eseguita in età pediatrica, questa va gestita dal Servizio di Pediatria;
 - Garantire la continuità terapeutico-diagnostica ed assistenziale nel rapporto fra pediatra e bambino, migliorando in questo modo la qualità dell'assistenza e la risposta ai bisogni del bambino;
 - Garantire l'assistenza dell'urgenza pediatrica nelle forme organizzative adeguate, attraverso l'utilizzo di linee guida e percorsi assistenziali condivisi, valutando ad esempio l'opportunità di attivare una guardia medica attiva presso il Pronto Soccorso.
 - Nell'ambito dei ricoveri ospedalieri in territorio, privilegiare il Day-Hospital e rimodulare l'offerta dei ricoveri ordinari secondo i principi dell'appropriatezza, potenziando altresì i rapporti con le strutture pediatriche specialistiche di II e III livello, presenti fuori territorio, al fine di garantire un adeguato percorso diagnostico terapeutico per pazienti che presentano patologie complesse.

Forme di supporto ed assistenza

E' necessario riorganizzare il Servizio di Pediatria per rispondere alle nuove esigenze

della società nella tutela del bambino. Va garantita la continuità assistenziale, intesa come gestione del percorso di salute del bambino da parte di uno specifico pediatra di fiducia. Va altresì assicurata un'adeguata assistenza nelle urgenze pediatriche ed un'offerta ospedaliera nelle modalità già descritte negli obiettivi.

Infine, nell'ottica dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria, è necessario vengano potenziate le forme di collaborazione fra Servizio di Pediatria, Servizio Minori, Servizio di Terapia Fisica e Riabilitazione ed altri attori coinvolti nel percorso assistenziale del bambino.

I giovani e gli adolescenti

Le politiche rivolte all'adolescente devono tenere conto di molteplici aspetti che attengono sia agli atteggiamenti narcisistici e conflittuali che possono comparire in questa fase critica della vita, sia alle dinamiche che possono sorgere all'interno della famiglia e nel contesto sociale in cui vive l'adolescente, soprattutto in relazione ai propri coetanei all'interno di gruppi.

Per poter attuare efficaci politiche giovanili risulta strategico che vi sia una forte integrazione e comunicazione fra tutti i settori che si occupano dei giovani. E' quindi necessario sviluppare politiche di socializzazione (scuola, gruppi sportivi e ricreativi ecc...). Nello stesso tempo è opportuno avviare iniziative negli ambiti di aggregazione, e offrire un adeguato sostegno a giovani, adolescenti e famiglie dal punto di vista sociale e psicologico, soprattutto in quei delicati momenti di separazione dei genitori nei quali non mancano momenti di ripiegamento su di sé, anche con tendenze depressive.

Un punto di riferimento per i giovani ed adolescenti in difficoltà potrebbe essere rappresentato da centri di ascolto dedicati, inseriti eventualmente o all'interno di centri di aggregazione oppure prevedendo consultori per le famiglie, la coppia e gli adolescenti che prevedano tali centri di ascolto al loro interno.

Infine è opportuno educare alla salute gli adolescenti e i giovani sulle seguenti tematiche: alimentazione, attività motoria, prevenzione degli incidenti (domestici, stradali, ecc.), fumo - alcool - uso di droghe, un corretto rapporto con la sessualità, valori civici.

Alcuni *obiettivi* che possono essere perseguiti sono i seguenti:

- Prevenire l'obesità, favorendo corretti stili di vita nei giovani quali una adeguata alimentazione e la promozione di attività sportive, attraverso per esempio il potenziamento (scolastico e cittadino) di strutture per attività motoria/sportiva da offrire

fin dai primi anni di vita;

- Garantire un adeguato supporto a giovani con patologie alimentari quali l'anoressia e bulimia attraverso interventi multidisciplinari;
- Prevenire l'abuso di alcool e l'assunzione di sostanze stupefacenti attraverso campagne di sensibilizzazione su queste tematiche;
- Avviare campagne di educazione sessuale per evitare comportamenti a rischio;
- Avviare campagne di sensibilizzazione sulla sicurezza stradale;
- Promuovere una progettazione degli spazi urbani, della vita della comunità e dei tempi delle città sempre più attenti ai bisogni degli adolescenti;

La fragilità nell'età minorile

Nell'ambito dell'età minorile, soprattutto quando subentrano problematiche di carattere sanitario, socio-sanitario, psicologico e sociale, è opportuno intervenire tempestivamente nelle forme ed attraverso gli strumenti più adatti per riuscire a dare una risposta efficace a questo specifico target di popolazione.

Gli obiettivi da perseguire nel triennio 2006-2008 possono essere identificati all'interno dei seguenti aspetti

- Tutela del minore
- Prevenzione
- Disabilità
- Socializzazione

Tutela del minore

- Consolidare il rapporto di collaborazione con l'autorità giudiziaria
- Informazione e formazione sulle tematiche relative alla tutela del minore attraverso il coinvolgimento delle istituzioni coinvolte (Magistratura, Gendarmeria, Servizio Minori)
- Coinvolgimento della scuola nella lettura dei segnali di disagio del minore
- Sensibilizzazione sulle tematiche relative alle funzioni ed al ruolo dei genitori
- Garantire un'adeguata assistenza ai minori che devono essere allontanati temporaneamente o stabilmente dal nucleo familiare, attraverso la collaborazione con istituzioni di accoglienza all'interno o al di fuori del territorio.

Prevenzione

- Valutazione precoce di indici o indicatori di rischio nello sviluppo cognitivo,

- linguistico, relazionale, motorio, sociale;
- Potenziare gli strumenti di lavoro attraverso la definizione di protocolli operativi nell'ambito diagnostico, riabilitativo, terapeutico e sociale;
 - Attivare ed implementare, per la presa in carico globale del minore, la collaborazione con la Pediatria, la Medicina di Base, l'Ostetricia e Ginecologia, la Neuropsichiatria infantile e la Fisiatria.
 - Garantire l'intervento sul minore anche attraverso l'intervento nel contesto più ampio (famiglia, scuola, servizi vari) e facilitando l'integrazione nel contesto sociale

Disabilità

- Definire le priorità di intervento sulla base della gravità delle patologie, utilizzando anche sistemi di classificazione quali il DSM IV e l'ICD10;
- Presa in carico precoce del disabile attraverso una definizione personalizzata dell'intervento riabilitativo, educativo, assistenziale;
- Implementazione della collaborazione fra Scuola e Servizio Minori in riferimento all'integrazione del minore disabile nel contesto sociale;
- Presa in carico del disabile in una prospettiva evolutiva e di progetto di vita per favorire la massima autonomia possibile;
- Garantire risposte adeguate ai bisogni in relazione alle differenti disabilità;
- Favorire scambi e opportunità di integrazione fra disabili che frequentano le strutture residenziali e diurne ed il territorio, attraverso il dialogo con le associazioni e spazi di ascolto per le famiglie;

Socializzazione

- Favorire opportunità di vacanza per minori, disabili e loro famiglie

Forme di supporto

E' necessario potenziare la rete informatica ed il collegamento fra Servizio Minori ed i vari Servizi con i quali collabora affinché venga garantito un adeguato flusso di dati ed informazioni, utili alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria ed alla gestione del Servizio Minori stesso.

Handicap e disabilità

Per garantire una efficace risposta ai bisogni delle persone disabili è necessario che vi sia una rete che integri i vari servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, con il coinvolgimento famiglie, del volontariato, delle associazioni, dei singoli di altre settori quali la Scuola ed il

mondo del lavoro. Solo in questo modo è possibile favorire l'autonomia personale e l'integrazione scolastica, sociale, lavorativa della persona disabile.

In questo capitolo saranno sviluppati solo obiettivi che si riferiscono alla disabilità degli adulti, in quanto la disabilità nei minori è già stata trattata nel capitolo della "fragilità nell'età minorile).

I disabili adulti

In questo ambito dovrà essere posta una particolare attenzione verso i seguenti obiettivi:

- Sensibilizzare la popolazione nei confronti della disabilità, attraverso un sistema informatico che consenta di far circolare le informazioni sul problema specifico, per evitare che la "non conoscenza" diventi ignoranza, prevedendo altresì la creazione di un osservatorio sulla disabilità;
- Fornire adeguati supporti per garantire l'autonomia dei disabili (es. domotica);
- Sviluppare programmi organici di inserimento lavorativo che prevedano la fornitura di ausili tecnologici, la riabilitazione e formazione finalizzata, la riprogettazione dei luoghi di lavoro e lo sviluppo del tele-lavoro; adottare tutte le azioni possibili al fine di garantire un'occupazione alle persone disabili ed ai lavoratori con non idoneità specifica temporanea o permanente;
- Realizzare una efficace rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, integrati con l'associazionismo, per la presa in carico del disabile adulto e della sua famiglia nella sua globalità;
- Assicurare il più possibile il mantenimento della persona nel proprio nucleo familiare e il suo inserimento nel normale ambiente di vita;
- Sostenere progetti per l'autonomia personale per i giovani che vogliono sperimentarsi in situazioni extra-famigliari;
- Incentivare l'attività sportiva nei disabili come forma di riabilitazione e socializzazione;
- Garantire l'esigibilità di un diritto, ossia la possibilità di utilizzare i vari servizi che offre il paese, sviluppando modalità di esigere tale diritto al loro utilizzo qualora non ne venga data la possibilità a causa di una disabilità;
- Favorire, anche con il supporto delle famiglie, la realizzazione di strutture, (case alloggio e comunità protette) destinate a sostituire progressivamente il supporto familiare, nei confronti di disabili che vivono con i genitori, la cui capacità assistenziale tende inesorabilmente a ridursi con il passare degli anni;

- Promuovere l'utilizzo del sistema di classificazione della disabilità ICF (“Classificazione internazionale del funzionamento della salute e disabilità” – OMS), al fine di associare lo stato di un individuo non solo a funzioni e strutture del corpo umano, ma anche ad attività a livello individuale o di partecipazione nella vita sociale. In questo modo è possibile inquadrare il problema nella sua globalità e ricercare le migliori soluzioni alla disabilità specifica;
- Garantire adeguati percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi nelle gravi disabilità post-traumatiche.

Anziani

Il progressivo invecchiamento della popolazione avvenuto negli ultimi decenni, e destinato a protrarsi in futuro, impone di attuare adeguate politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali che sappiano dare una risposta alle esigenze di una fascia di popolazione fragile come quella degli anziani. Tale fragilità è caratterizzata da molteplici aspetti, quali l'alta prevalenza di negli anziani di patologie croniche, spesso multiple, e di disabilità che ne limitano l'autosufficienza. Tutto può comportare un deterioramento della qualità della vita per l'anziano e per la famiglia stessa, sulla quale ricade gran parte dell'impegno assistenziale ed il rischio che forme assistenziali non adeguate (quali una istituzionalizzazione non necessaria) possano compromettere la sfera sociale ed affettiva dell'anziano.

Gli *obiettivi* – e relative azioni – considerati necessari per tutelare l'anziano sono i seguenti:

- Promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano, attraverso:
 - a. la prevenzione della non autosufficienza, realizzando ad esempio campagne di informazione e promozione della salute rivolte alla popolazione anziana (prevenzione delle cadute e del decadimento cognitivo);
 - b. la riabilitazione della non autosufficienza non stabilizzata, attivando profili di assistenza riabilitativi sia al domicilio sia nelle strutture residenziali e sviluppando maggiormente le funzioni di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) della “Casa di Riposo”, anche attraverso il miglioramento delle caratteristiche strutturali, organizzative e professionali;
 - c. l'assistenza della non autosufficienza stabilizzata, fornendo un adeguato sostegno alle famiglie (supporto psicologico, assistenziale, formazione dei familiari o delle cosiddette “badanti, ecc...), qualificando maggiormente la funzione di Casa Protetta della “Casa di Riposo” e garantendo altresì forme di assistenza “di

sollievo” a ciclo diurno;

- Adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani che hanno necessità di assistenza a domicilio;
- Garantire l’assistenza continuativa e integrata (intra ed extra-ospedaliera) a favore degli anziani, sviluppando in questo senso una forte integrazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale;
- Istituire una Unità di Valutazione Geriatrica (UVG), necessaria per fornire un’analisi complessiva del bisogno dell’anziano e un’assistenza personalizzata e continuativa, garantendo un sistema unico di accesso;
- Potenziare le forme alternative al ricovero in grado di mantenere il più possibile l’anziano nel suo ambiente di vita, mediante l’assistenza domiciliare integrata (ADI), la dimissione protetta e l’assistenza semiresidenziale, favorendo altresì l’integrazione fra le diverse forme di intervento;
- Migliorare la gestione delle demenze:
 - a. garantendo una diagnosi adeguata e tempestiva,
 - b. favorendo il mantenimento a domicilio di anziani colpiti da sindromi demenziali,
 - c. sviluppando la rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali nella presa in carico e cura di persone affette da demenza, valorizzando altresì l’apporto delle associazioni,
 - d. sensibilizzare i professionisti sanitari dei reparti ospedalieri a cui accedono anziani affetti da demenza, allo scopo di evitare il ricorso a ricoveri impropri e garantire un adeguato livello di cura al soggetto demente.

Forme di supporto ed assistenza

Dalla domanda sempre più crescente verso forme di tutela per gli anziani non autosufficienti emerge la necessità di rivisitare il modello e la missione della Casa di Riposo originariamente concepita, e identificare la sua specifica funzione come RSA e Casa protetta.

La salute mentale

Nel mondo, circa il 20-25% della popolazione in età superiore ai 18 anni soffre, nel corso di un anno, di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo. Le problematiche legate alla salute mentale risultano essere fra le maggiori cause di disabilità e di malattia ed hanno

implicazioni rilevanti per ambiti diversi quali l'alcolismo o le tossicodipendenze, determinando elevati costi sociali ed economici per la società.

Il servizio neuro-psichiatrico è, allo stato attuale, il principale servizio che si occupa delle problematiche riguardanti i disturbi mentali, sia attraverso la prevenzione del disagio mentale e dell'esclusione dei malati mentali sia garantendo servizi ambulatoriali per la diagnosi e cura dei disturbi mentali con estensione della presa in carico dei pazienti in contesto più ampio (pazienti ricoverati in ospedale, pazienti istituzionalizzati, pazienti in cura presso centri specializzati in malattie mentali, ecc...).

Gli *obiettivi* che devono essere perseguiti in questo complesso ambito sono i seguenti:

o La prevenzione del disturbo mentale

Obiettivi specifici

- Favorire e consolidare la comunicazione e l'integrazione fra servizi ed enti sul territorio quali scuole, giustizia e servizi sanitari e socio-sanitari sulle tematiche riguardanti i disturbi mentali;
- Contribuire a contrastare i pregiudizi nei confronti della malattia mentale;
- Individuare i primi segni dei disturbi mentali in modo da definire precocemente il trattamento;
- Sostenere la famiglia con interventi psico-educazionali per ridurre le ricadute e la cronicità;
- Supportare i familiari nell'assistenza alla persona con disturbo mentale grave per prevenirne il loro disagio psichico;

Forme di supporto e di assistenza

Il Servizio di Salute Mentale nel garantire il raggiungimento di questi obiettivi deve predisporre programmi finalizzati, anche in collaborazione con il Servizio Minori, la Pediatria, la Medicina di Base e il Servizio Territoriale Domiciliare per la prevenzione e la cura tempestiva del disturbo mentale.

o La presa in cura della persona

La presa in cura della persona in età evolutiva e in età adulta, con disagio psichico o disturbo mentale, deve avvenire da parte del Servizio di Salute Mentale con 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.

Obiettivi Specifici

- La presa in carico della persona con disturbi mentali gravi che presentano carenze di supporto affettivo o sociale;
- La presa in carico della persona con disturbi mentali con temporanea compromissione del comportamento psico-sociale;
- la presa in carico della persona con disturbo mentale associato ad una patologia di confine (doppia diagnosi);
- la presa in carico della persona con disturbi mentali lievi priva di un sostegno affettivo e relazionale;
- il monitoraggio e riduzione delle condotte parasuicidarie.
- Supporto da parte della componente medica e sociale del DSM alla medicina sul territorio attraverso consulenze, corsi di formazione ed integrazione

Nel cercare di raggiungere questi obiettivi è necessario strutturare la collaborazione con gli altri servizi sanitarie e socio-sanitari per il miglioramento continuo dei progetti terapeutici intensivi e prolungati, prevenendo o riducendo le disabilità associate.

o La riabilitazione e il reinserimento sociale.

Queste rappresentano una delle attività centrali del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), orientata a valorizzare le abilità delle persone in cura riducendone il più possibile le disabilità e favorendo percorsi per il loro concreto reinserimento sociale tramite alloggi, formazione, borse-lavoro e attività produttive

Obiettivi Specifici

- Attivare interventi riabilitativi a persone con psicopatologia elevata e bassa disabilità;
- Attivare interventi riabilitativi rivolti a persone con disabilità elevata e disturbi mentali non prevalenti;
- Facilitare l'accesso al servizio da parte degli utenti tramite un decentramento dello stesso;
- Gli interventi riabilitativi a persone con psicopatologie di grado variabile e con disabilità relative a fattori ambientali;
- Gli interventi riabilitativi a persone con psicopatologia stabilizzata e disabilità elevata;
- Garantire una continuità assistenziale per i pazienti dimessi dalle strutture protette;

Forme di Supporto

Il Dipartimento di Salute Mentale nel garantire questi livelli essenziali di assistenza deve

prevedere la responsabilità del medico o di un referente del caso su un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato, organizzando percorsi integrati con gli altri servizi sanitari e sociali che vanno differenziati e modulati sulla variabilità clinica della persona in trattamento. Le prestazioni sanitarie vanno finalizzate al recupero della autonomia della persona e per quanto possibile al suo reinserimento sociale anche tramite l'assistenza socio-sanitaria (comunità alloggio e gruppi appartamento).

- Lotta allo stigma e ai pregiudizi legati alla malattia mentale che influenzano la qualità della vita delle persone in quanto fonte di isolamento e discriminazione, condizionando altresì l'utilizzo dei servizi;
- La prevenzione del disagio giovanile
- Il miglioramento ed il completamento della rete dei servizi offerti dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM);

Forme di supporto e assistenza

Vanno previste linee guida e protocolli congiunti fra la Medicina di Base, la Pediatria ed il Servizio di Salute Mentale, soprattutto nell'ambito della prima diagnosi e nei percorsi di trattamento dei pazienti con problemi di salute mentale.

Le dipendenze patologiche

Il consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope rappresenta un enorme problema sia per la salute del singolo individuo, sia per gli effetti indiretti sul contesto sociale.

Inoltre, negli ultimi anni l'uso di tali sostanze ha assunto proporzioni sempre più vaste, interessando ampi strati di fasce di popolazione, in particolare quella giovanile, soprattutto in seguito alla forte diffusione sul mercato illecito di nuove e vecchie sostanze (cocaina, eroina, sostanze sintetiche).

Studi epidemiologici effettuati nel settore mettono in evidenza altresì, oltre al notevole abbassamento dell'età del consumo, nuove abitudini di assunzione rispetto a quelle tradizionali, facendo emergere il fenomeno dell'uso contemporaneo o alternato di più sostanze, associato in moltissimi casi ad alcol e farmaci, nonché la comparsa di altre forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze quali ad esempio la dipendenza del gioco d'azzardo.

Tutto ciò comporta la necessità di adeguare le politiche socio-sanitarie alla complessità del fenomeno ed affrontare tali problematiche in maniera efficace in termini di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze

stupefacenti e psicotrope, legali e illegali, e da “dipendenza senza droga”.

Gli *obiettivi prioritari* che consentono di affrontare il problema delle dipendenze patologiche sono i seguenti:

- Potenziare gli interventi per la prevenzione primaria e secondaria, anche attraverso collaborazioni interistituzionali (Scuola, Polizia, Tribunale, ISS).
- Attivare la prevenzione nei luoghi di aggregazione giovanile.
- Attivare accordi con in SERT delle realtà limitrofe per gestire gli interventi riabilitativi;
- Potenziare e consolidare un osservatorio per le nuove droghe;
- Potenziare l’offerta dei servizi per i soggetti con problemi alcool-correlati e dipendenze multiple;

Forme di assistenza e di supporto

Per affrontare tali problematiche nella loro complessità, è opportuno che vi sia una azione di rete fra i vari servizi – sanitari, socio-sanitari, sociali ed educativi – impegnati nella prevenzione, terapia e cura delle dipendenze patologiche.

In particolare vanno previste linee guida e protocolli congiunti fra la Medicina di Base, la Pediatria ed il Servizio di Salute Mentale, soprattutto nell’ambito della prima diagnosi e nei percorsi di trattamento dei pazienti con problemi di dipendenze patologiche.

Lotta alle patologie di particolare rilevanza sanitaria e sociale

- **Le malattie cardiovascolari**

Stato Attuale

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro paese, essendo responsabili del 44,4% di tutti i decessi (tasso medio annuo per il quinquennio 1999-2003), per la maggior parte causati dalle malattie ischemiche del cuore.

I principali fattori di rischio a livello individuale e collettivo sono il fumo di tabacco, gli elevati livelli di colesterolemia, l’ipertensione, il diabete mellito ed una ridotta attività fisica; la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica il rischio di andare incontro alla malattia ischemica del cuore e agli accidenti cardiovascolari.

Gli *obiettivi principali* che devono essere perseguiti nel triennio 2006 – 2008 sono i seguenti:

1. Riduzione della mortalità per malattie ischemiche del cuore ed in particolare per l'infarto acuto del miocardio,
2. Riduzione della mortalità e disabilità per malattie cerebrovascolari,
3. Prevenzione di nuovi casi di scompenso cardiaco negli individui a rischio con riduzione del numero dei ricoveri per tale patologia;
4. riduzione della mortalità e della disabilità in pazienti cardiopatici congeniti adulti.

Per raggiungere tali obiettivi possono essere sviluppati i seguenti obiettivi specifici ed azioni, sia nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione:

La prevenzione primaria (vedi figura 1)

1) interventi finalizzati alla prevenzione nella popolazione generale

- _ Sviluppare iniziative di informazione ed educazione sanitaria per ridurre l'abitudine al fumo, promuovere l'attività fisica e diffondere abitudini di sana alimentazione che porti ad una riduzione del consumo di pasti ipercalorici.
- _ Aumentare il livello di attenzione verso la promozione di stili di vita e comportamenti che favoriscano lo stato di salute coinvolgendo medici ed operatori sanitari.
- _ Sviluppare iniziative di monitoraggio nella popolazione a rischio
- _ implementare le attività di monitoraggio e controllo della pressione arteriosa, dell'ipercolesterolemia e del diabete mellito;

2) interventi finalizzati alla prevenzione negli individui a rischio

- _ Migliorare l'identificazione degli individui a maggior rischio cardiovascolare, come gli ipertesi e gli ipercolesterolemici;
- _ garantire ai soggetti a rischio la continuità terapeutica, sia con mezzi non farmacologici che farmacologici, secondo quanto ritenuto di provata efficacia dalla comunità scientifica, anche attraverso programmi di dimissione protetta e di monitoraggio;

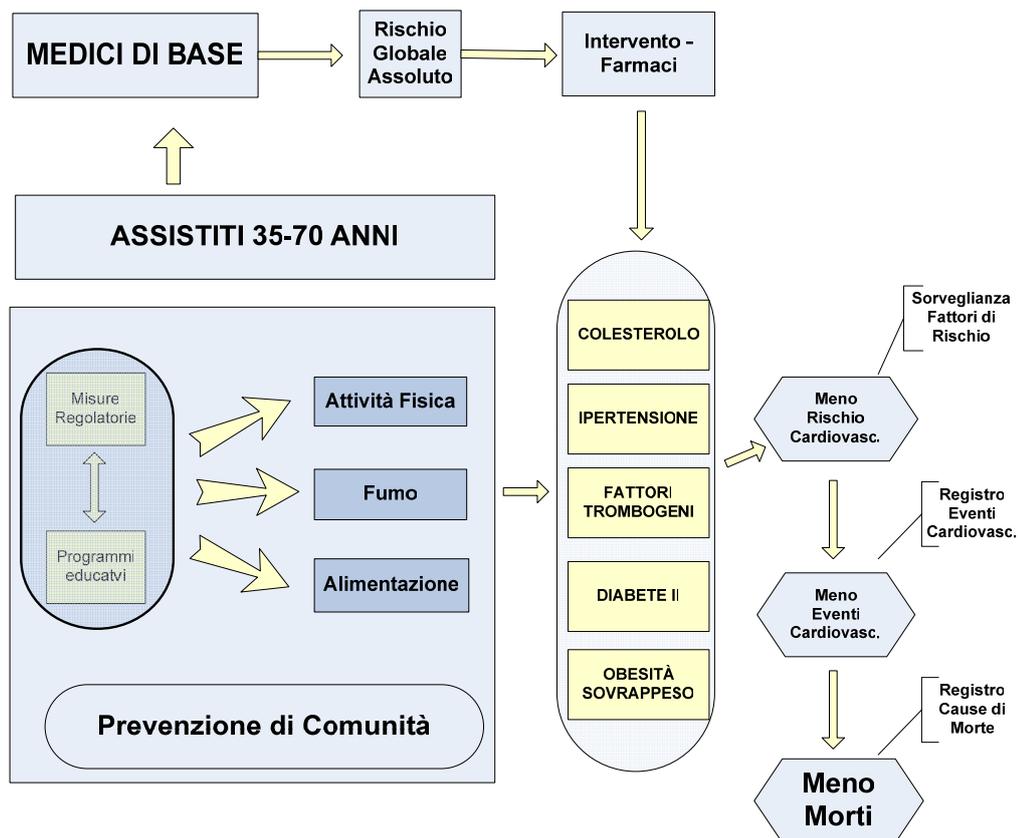


Figura 1

La cura delle malattie cardiache

È opportuno che venga sempre più migliorata l'organizzazione dei servizi di emergenza in caso di patologia ischemica acuta, in particolare è necessario migliorare l'accessibilità alle cure intensive iniziali attraverso adeguati modelli organizzativi dell'emergenza cardiologica. E' infatti opportuno che coloro che presentano dolore precordiale vengano soccorsi e ricoverati in tempi rapidi, in modo che, qualora questi siano effettivamente colpiti da eventi coronarici, possano essere sottoposti a terapia con trombolitici o con angioplastica percutanea (tali trattamenti sono particolarmente efficaci se effettuati entro le prime sei ore dall'inizio dei sintomi).

E' inoltre opportuno standardizzare, sia dal punto di vista operativo sia dal punto di vista tecnologico, il collegamento funzionale tra servizi territoriali, centrale operativa e presidi cardiologici ospedalieri di vario livello in modo che possa essere garantita per ciascuna emergenza cardiologia una risposta tempestiva e calibrata in base alla gravità e complessità.

E' necessario identificare, applicare ed implementare standard di qualità,

appropriatezza ed accessibilità delle cure in particolare per angina, infarto e scompenso cardiaco.

E' quindi opportuno il raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

- Rispondere in maniera efficace, efficiente ed appropriata a tutte le situazioni di emergenza-urgenza che molto frequentemente coinvolgono gli apparati cardiorespiratori;
- Mantenere ed implementare una forte integrazione fra terapia semi-intensiva e gli altri servizi coinvolti negli specifici processi di cura e assistenza in acuzie;
- Avviare e sviluppare un processo di integrazione fra territorio, Pronto Soccorso e Terapia intensiva e Semi-intensiva al fine di dare continuità al percorso del paziente acuto nella successione "territorio - pronto soccorso - reparto specialistico".
- Implementare il processo di collaborazione e integrazione con le strutture cardiologiche ospedaliere limitrofe per affinare sempre più i percorsi dei pazienti critici, applicare e aggiornare uniformemente dei protocolli diagnostico-terapeutici nel contesto di un modello di tipo hub & spoke che tende alla equità di accesso per i cittadini
- Sviluppare percorsi integrati fra tutte le strutture per cui il paziente cardiopatico possa trovare una completa risposta (diagnostica – terapeutica medica e/o chirurgica – riabilitativa)
- Avviare nuovi rapporti fra i servizi specialistici cardiologici ed i medici di base al fine di condividere profili diagnostici, processi di cura e sorveglianza clinica basati su linee guida per le principali e più frequenti malattie cardiovascolari.

La riabilitazione

E' importante migliorare l'accessibilità agli interventi di riabilitazione, garantire l'attivazione della riabilitazione cardiologica intensiva e garantire la continuità assistenziale in collegamento con i successivi interventi riabilitativi dei livelli intermedio ed estensivo, in un rapporto integrato Ospedale-Territorio.

E' infine importante l'applicazione di standard di qualità, appropriatezza ed accessibilità degli interventi riabilitativi in ambito cardiologico.

Forme assistenziali e di supporto:

La complessità della patologia cardiaca deve prevedere necessariamente

un'integrazione fra ospedale – territorio in un'ottica di rete allargata che comprenda centri di eccellenza in ambito cardiologico nelle regioni limitrofe.

- **Le Malattie cerebrovascolari**

Nei paesi industrializzati gli accidenti cerebrovascolari (ictus) rappresentano la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie e sono responsabili del 10-12% di tutti i decessi per anno (circa 400.000 morti per i paesi della CE). L'ictus rappresenta la principale causa di invalidità nelle comunità occidentali, se si considera che nel 35% dei pazienti colpiti da ictus residua una grave invalidità e una marcata limitazione nelle attività della vita quotidiana. Il 75% degli ictus colpisce soggetti di oltre 65 anni. Da questo quadro appare evidente quanto queste patologie abbiano elevati costi sociali. E' infine importante evidenziare che molti dei fattori coinvolti nella genesi della patologia, quali l'abitudine al tabacco, la ridotta attività fisica, gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa, il diabete ed alcune cardiopatie come fibrillazione atriale sono potenzialmente modificabili.

Gli obiettivi perseguibili nel triennio 2006-2008 sono i seguenti:

- attivare programmi di prevenzione ed informazione per la popolazione generale e quella a rischio;
- implementare le attività d'informazione e formazione sull'ictus per operatori sanitari coinvolti nella gestione dell'emergenza (118 e MMG);
- garantire la continuità assistenziale, dall'insorgenza dell'accidente cerebrovascolare alla riabilitazione fino alla prevenzione delle complicanze.
- Prevedere un ambulatorio dedicato per la gestione delle malattie cerebrovascolari nella componente preventiva e in post-acuzie

Forme di assistenza e di supporto

E' necessario prevedere l'istituzione di uno Stroke team – composto da medico di base, medico del pronto soccorso, radiologo, neurologo, cardiologo e riabilitatore – che garantisca un intervento polispecialistico integrato lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo dell'ictus.

- **Diabete**

Il diabete mellito (DM) è una malattia cronica a larghissima diffusione in tutto il mondo ed ha un elevato impatto sociale e alti costi sanitari. Secondo la OMS, l'ultima stima del

numero di malati di diabete nel mondo è di circa 177 milioni di persone. La prevalenza di questa malattia è però in continuo aumento e l'OMS prevede che entro il 2025 il numero dei diabetici potrebbe raddoppiare.

Il diabete comporta un elevato rischio di complicanze acute e croniche a livello di microcircolo e macrocircolo sanguigno e sistema nervoso, e di una maggiore incidenza di mortalità rispetto alla popolazione sana.

E' necessario distinguere il diabete di tipo I dal diabete di tipo II, in quanto vi sono differenze in termini di prevalenza, insorgenza e gravità dei quadri clinici.

Infatti il diabete di tipo I insorge prevalentemente in età giovanile, dipendente dalla carenza primaria di insulina per cui è necessario obbligatoriamente un trattamento insulinico sostitutivo, mentre il diabete di tipo II ha il suo esordio soprattutto in età adulta e non è dovuto alla carenza di insulina per cui non necessita obbligatoriamente della terapia insulinica.

A San Marino si stima che la prevalenza del diabete noto sia di circa il 3,5 %: il 90% è rappresentato dal diabete di tipo II ed il 10% dal tipo I. La prevalenza aumenta con l'età e dopo i 65 anni il 12 % della popolazione è diabetica.

Gli *obiettivi* specifici, ed azioni ad essi correlati, per una corretta gestione dei pazienti diabetici sono i seguenti:

- Potenziare la sorveglianza epidemiologica del diabete di tipo I e II al fine di stimare in maniera più puntuale l'incidenza e la prevalenza del diabete mellito e le sue complicanze;
- Per quanto riguarda il diabete di tipo I è necessario:
 - attuare programmi di prevenzione primaria e secondaria, con l'obiettivo di ridurre i tassi di ospedalizzazione ed i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazioni degli arti) ed adottare strategie per migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria;
 - garantire che la cura dei bambini e adolescenti con diabete sia assicurata dal Servizio di Diabetologia in collaborazione con il Servizio di Pediatria;
 - assicurare al bambino e adolescente con diabete ed alla famiglia un adeguato supporto sociale, psicologico ed educativo specifico.
- Per quanto riguarda il diabete di tipo II è indispensabile:

- ridurre l'incidenza attraverso counselling individuali finalizzati a ridurre il peso corporeo, a migliorare le scelte alimentari (riducendo il contenuto di grassi totali e di grassi saturi e aumentando il contenuto in fibre della dieta) e ad aumentare l'attività fisica;
- ridurre le complicanze del diabete soprattutto a carico dell'apparato cardio-circolatorio attraverso la diagnosi precoce, il miglioramento del trattamento specifico e programmi di educazione sanitaria orientati all'auto-gestione della malattia da parte del paziente;
- avviare un progetto di gestione integrata, fra centro di diabetologia e medici di base, nell'assistenza ai pazienti con diabete mellito di tipo II non complicato, prendendo in considerazione i seguenti aspetti:
 - Vi è consapevolezza che i medici di base possono gestire capillarmente gli aspetti della prevenzione primaria e la diagnosi precoce quando operino in un'ottica di medicina di iniziativa;
 - L'alta prevalenza del DM di tipo 2 rende gravosa una gestione solo specialistica della malattia diabetica. Il ruolo del Centro di Diabetologia sarà quello di predisporre protocolli (per prevenzione e monitoraggio delle complicanze) per pazienti già registrati presso il Centro ma seguiti dal Medico di base
 - Esistono evidenze che, a malattia conclamata, occorrono a) un approccio multidisciplinare di competenze aggiornate e coordinate e b) l'educazione terapeutica e la motivazione dei pazienti anche ad opera del medico di base
 - Si deve pertanto giungere ad una definizione chiara e condivisa di:
 - _ ruoli e responsabilità del medico di base
 - _ obiettivi generali (riduzione delle complicanze attraverso una diagnosi precoce)
 - _ processi e linee guida
 - _ strumenti di comunicazione tra attori del progetto ed il cittadino diabetico (Associazione Sammarinese Diabetici)
 - _ raccolta dati clinici ed epidemiologici (migliorando l'informatizzazione anche attraverso il software DIAINF)
 - _ momenti formativi e corsi regolari per i pazienti

– momenti di verifica

Forme assistenziali e di supporto

Il Centro diabetologico rappresenta il punto di riferimento per i pazienti diabetici, soprattutto per quanto riguarda il DM di tipo I e il DM di tipo II complicato.

La gestione integrata dei pazienti diabetici con DM di tipo II non complicato tra Medici di Base ed il Centro diabetologico potrebbe essere considerata la forma assistenziale più adeguata per ottenere risultati clinici migliori nella corretta gestione del diabete, e quindi nella prevenzione delle complicanze. Tutte le più recenti analisi, e la letteratura più aggiornata, hanno infatti evidenziato che per aumentare l'efficacia globale degli interventi sul diabete occorre agire attraverso un'opportuna integrazione operativa, centrata sul paziente, fra medici di medicina generale (m.m.g.) e specialisti diabetologi.

- **Neoplasie**

Il cancro rappresenta certamente uno dei maggiori problemi in sanità pubblica, non solo perché rappresenta una delle prime cause di morte principalmente nei paesi industrializzati – nel nostro paese è la seconda causa di morte – e l'incidenza del cancro (i nuovi casi registrati in un anno) sta aumentando in tutto il mondo – nella sola Europa ogni anno si registrano 1,6 milioni di nuovi casi di cancro – per molteplici fattori quali l'invecchiamento della popolazione, l'esposizione a sostanze cancerogene ambientali e stili di vita non salutari, ma anche perché attraverso determinate strategie è possibile prevenire un terzo dei tumori, curare adeguatamente un altro terzo e fornire buone cure palliative al restante terzo che ne necessita. Affinché le strategie consentano di ottenere risultati che abbiano una ricaduta sia sul singolo sia su tutta la comunità, è opportuno definire priorità di intervento, dettate soprattutto dall'incidenza e mortalità delle varie neoplasie (vedi il capitolo “Neoplasie” del Profilo di Salute della Repubblica di San Marino) e dal tipo di interventi, più o meno realizzabili ed efficaci, che andranno diversificati in base alla tipologia del tumore.

Anche in riferimento a quanto sopra esposto, durante il triennio 2006-2008 si dovranno perseguire i seguenti *obiettivi generali*:

- ridurre la morbilità per cancro,
- ridurre la mortalità per cancro,
- migliorare la qualità della vita dei pazienti ammalati di cancro.

Le *azioni* utili affinché si possa contrastare i tumori sono i seguenti:

- Nell'ambito della prevenzione primaria è necessario a) sviluppare un'efficace lotta al tabagismo ed aiutare le persone che vogliono smettere di fumare, per ridurre il numero di fumatori attivi e passivi e quindi il ridurre il rischio di ammalarsi di tumori correlati al fumo quali la neoplasia del polmone; b) intervenire sull'ambiente di vita e di lavoro per ridurre l'esposizione a cancerogeni ambientali, c) promuovere abitudini alimentari e stili di vita che possano diminuire il rischio di ammalarsi attraverso efficaci campagne di educazione sanitaria.
- Per quanto riguarda la diagnosi precoce è opportuno a) estendere la copertura degli screening per i tumori della mammella, sebbene allo stato attuale vi è un'alta copertura della popolazione target, e collo dell'utero, che invece allo stato attuale presenta una copertura insufficiente; b) sviluppare lo screening per i tumori del colon-retto, partendo dall'analisi dello "studio per valutare la utilità di un programma di screening per il tumore dello stomaco ed il tumore del colon nella Repubblica di San Marino" (Progetto pilota SMAC - San Marino Against Cancer - avviato nel 2002), c) verificare la fattibilità della diagnosi precoce per tumore del polmone;
- Per garantire un'adeguata assistenza oncologica, che è sempre più di natura multidisciplinare, è necessario a) migliorare la collaborazione fra i vari specialisti (oncologo, specialista di organo, chirurgo, radioterapista, patologo) che devono operare in maniera coordinata, definendo strategie comuni, tappe del percorso, linee-guida e protocolli di intervento, al fine di ottenere, attraverso specifici percorsi diagnostico-terapeutici, il miglior risultato possibile in termini di performance diagnostica e terapeutica b) identificazione di Centri di riferimento, entrando nell'ottica della "rete nella rete", anche in relazione al processo di accreditamento c) valorizzare l'assistenza domiciliare oncologica.
- A fine di garantire il miglioramento della qualità della vita dei malati di cancro, con particolare attenzione all'umanizzazione dell'assistenza, alla prevenzione delle complicanze e alla riabilitazione degli esiti è auspicabile che vengano attuati i seguenti interventi:
 - elaborazione, diffusione e adozione di linee guida per l'assistenza ai pazienti oncologici terminali,
 - attivazione di appropriati programmi per una adeguata terapia palliativa,
 - agire sul dolore oncologico, acuto e cronico, attraverso appropriati

trattamenti,

- diffusione di forme di assistenza domiciliare che favoriscano il concorso della famiglia e della rete sociale del paziente.

Forme di supporto ed assistenza

La patologia oncologica, per la sua complessità, richiede necessariamente un approccio multidisciplinare che deve prevedere il coinvolgimento integrato di una serie di attori quali ad esempio il medico curante, oncologi, chirurghi, radiologi, medici internisti, psicologi, citologi, laboratoristi.

E' indubbio che per garantire un'adeguata assistenza il Servizio Ospedaliero di Oncologia dovrà presidiare tutto il percorso diagnostico, terapeutico e di follow-up del paziente oncologico.

E' altresì indispensabile valorizzare il ruolo del medico di base, sia nella funzione che può avere nella prevenzione e nelle campagne di screening sia nella presa in carico del proprio assistito all'interno del percorso assistenziale, anche in riferimento all'assistenza domiciliare oncologica.

E' inoltre opportuno prevedere il supporto di associazioni che operano nel settore dell'oncologia sia per il ruolo che possono avere nelle campagne di prevenzione e lotta ai tumori sia nell'ambito di forme di volontariato per assistere i malati oncologici.

Infine è importante valorizzare il Registro dei Tumori che, integrato con altre banche dati sia di carattere sanitario che di carattere ambientale e lavorativo, può fornire importanti informazioni soprattutto sull'andamento della mortalità e morbosità, ed essere un valido supporto per indagini epidemiologiche ad hoc che possono riguardare, ad esempio, fattori di rischio implicati nella genesi di determinate neoplasie.

- **Le malattie respiratorie**

Le malattie respiratorie rivestono un ruolo importante nella società, soprattutto se si considera che rappresentano un'elevata frequenza nella pratica clinica e che la mortalità per tali patologie (oggi rappresentano 1/5 di tutti le morti nel mondo) è destinata ad aumentare (si prevede che le broncopatie croniche ostruttive saliranno al 3° posto come causa di morte nel 2020).

Fra le malattie respiratorie croniche – che comportano maggiori conseguenze sia

sull'individuo (peggioramento della qualità della vita ed invalidità) sia sulla società (ricoveri ospedalieri, terapie complesse e costose, compresa l'ossigeno terapia domiciliare e la ventilazione meccanica domiciliare) – verrà presa in considerazione la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

La BPCO è una patologia ad andamento cronico, ed è caratterizzata da un lento e progressivo decadimento della funzione respiratoria, che porta ad un lento aggravamento della sintomatologia clinica (dispnea) fino allo sviluppo di insufficienza respiratoria e scompenso cardiorespiratorio. I pazienti affetti da BPCO presentano ricorrenti episodi di riacutizzazione che si manifestano primariamente con un peggioramento di vario grado dei sintomi e che riconoscono nelle infezioni dell'apparato respiratorio (virali o batteriche) la loro causa più frequente.

Gli obiettivi per contrastare la BPCO sono i seguenti:

- Potenziare la prevenzione primaria mediante riduzione del fumo di sigaretta e rimozione di potenziali situazioni a rischio nell'ambiente di lavoro e domestico;
- Rallentare l'evoluzione e l'aggravamento della sintomatologia attraverso:
 - l'educazione sanitaria nei confronti dei pazienti con BPCO a non fumare e a riconoscere tempestivamente l'aggravamento della patologia
 - monitoraggio clinico per valutare la situazione del paziente con BPCO e trattare adeguatamente la patologia;
 - trattamento in ospedale delle forme più gravi di riacutizzazione bronchitica, con eventuale ricovero in terapia intensiva per ridurre la mortalità ed i ricoveri ospedalieri per BPCO;
 - garantire una completa assistenza domiciliare pneumologica al fine di riservare il ricovero solo per la grave patologia acuta.

- **Malattie neurologiche**

Molti studi epidemiologici evidenziano che vi è un aumento significativo delle malattie neurologiche come causa di morte. Nei Paesi sviluppati l'incremento delle malattie neurologiche è in relazione all'aumentare dell'età della popolazione, soprattutto per quanto riguarda l'ictus (che per la sua rilevanza è stato trattato nel capitolo specifico delle malattie cerebro-vascolari) e le varie forme di demenza. Inoltre la rilevanza sociale di questa categoria di malattie è dovuta al fatto che molte delle patologie neurologiche

sono causa di invalidità più o meno severe.

Gli obiettivi strategici per affrontare le malattie neurologiche sono i seguenti:

- Garantire l'appropriatezza delle procedure diagnostiche e riconoscimento delle malattie neurologiche nelle fasi iniziali (diagnosi corretta e tempestiva)
- Garantire un'adeguata assistenza per malattie neurologiche invalidanti quali quelle degenerative ed extrapiramidali (Sclerosi Laterale Amiotrofica e Morbo di Parkinson) ed autoimmunitarie (Sclerosi multipla), prevedendo l'istituzione di ambulatori orientati ed un servizio di DH e Day Service
- Garantire una adeguata diagnosi e trattamento per patologie non degenerative quali le Cefalee, l'Epilessia e malattie del sistema nervoso periferico attraverso ambulatori dedicati
- Nell'ambito delle demenze è opportuno:
 - Potenziare la diagnosi precoce delle demenze attraverso l'istituzione di una unità di valutazione per le demenze trasversale gestita da neurologi, psichiatri e geriatri.
 - Intervenire sulla demenza, rallentandone l'evoluzione e riducendone le complicanze, garantendo il mantenimento di adeguati livelli di autonomia;
 - Diminuire il carico assistenziale per le famiglie, individuando posti letto di residenza extraospedaliera "dedicati", finalizzati ad assistenza di "sollevio" alle famiglie con l'intento di allentare temporaneamente lo stress derivato dal carico assistenziale ed adeguando l'assistenza domiciliare, sia sanitaria che sociale;

Forme di supporto e assistenza:

è necessario istituire una Unità Operativa di Neurologia nell'ambito dell'area medica. Inoltre è opportuno favorire percorsi diagnostico - terapeutici ed assistenziali per garantire una tempestiva risposta alla patologia.

- **Altre patologia di rilevanza sociale**

Le malattie rare

Vengono definite rare quelle patologie il cui numero di malati non è superiore a 5 su 10.000 abitanti. Rappresentano un gruppo di malattie ampio - secondo l'OMS si tratta di circa 6000 malattie - e che riconosce le più svariate cause eziopatogenetiche.

Anche se le malattie rare costituiscono un gruppo mal definito riscuotono grande interesse per le caratteristiche assistenziali comuni ed unificanti, che si possono così

riassumere:

1. le difficoltà diagnostiche
2. la scarsità di opzioni terapeutiche
3. la scarsità di percorsi assistenziali strutturati
4. l'andamento spesso cronico ed invalidante
5. l'impatto emotivo dovuto alla solitudine di fronte alla malattia.

Gli obiettivi che si devono perseguire sono i seguenti:

- Collaborare, a livello internazionale, con i Centri che si dedicano alle malattie rare,
- Migliorare le conoscenze sulle malattie rare, incentivando la creazione di una rete internazionale d'informazione per i professionisti, i pazienti e le loro famiglie;
- la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari, al fine garantire una diagnosi appropriata e tempestiva, il riferimento a centri specialistici per il trattamento.
- il sostegno del monitoraggio delle malattie rare in rete con gli altri Stati membri dell'OMS

Il morbo celiaco

Il morbo celiaco o celiachia è una malattia dell'intestino causata dall'intolleranza permanente al glutine, proteina che si trova in molti cereali. E' una malattia autoimmune, nella quale cioè il sistema immunitario, attivato in misura anomala dal glutine, finisce con il danneggiare l'intestino stesso. La principale conseguenza della malattia è la malnutrizione dovuta a malassorbimento.

E' inoltre possibile che vi siano associazioni con altre patologie quali il diabete, l'artrite reumatoide, l'epatite cronica attiva, alterazioni della tiroide, la dermatite erpetiforme, sintomatologie cutanee.

Allo stato attuale l'unica terapia efficace è una dieta priva di glutine, che porta alla scomparsa dei sintomi ed evita serie complicanze per la salute.

Da qui l'importanza da una parte di un precoce riconoscimento della celiachia, dall'altra della presenza sul mercato di alimenti dietetici adeguati, ma anche di un'intensa opera di informazione per l'educazione alimentare non solo dei celiachi, ma anche di coloro che insieme a loro vivono, genitori, parenti, amici e conoscenti.

Al fine di tutelare la salute delle persone affette da celiachia devono essere perseguiti i seguenti obiettivi:

- effettuare la diagnosi precoce della malattia celiaca;
- effettuare la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze della malattia celiaca;
- agevolare l'inserimento dei celiaci nelle attività scolastiche, sportive e lavorative attraverso un accesso equo e sicuro ai servizi di ristorazione collettiva;
- migliorare l'educazione sanitaria della popolazione sulla malattia celiaca;
- favorire l'educazione sanitaria del cittadino celiaco e della sua famiglia;
- provvedere alla preparazione e all'aggiornamento del personale sanitario sulla celiachia;

- **Le malattie infettive**

Nonostante la progressiva riduzione delle malattie infettive, direttamente correlato allo sviluppo della società industriale e post-industriale, il loro impatto è ancora notevole in termini di morbosità, mentre la mortalità può interessare soprattutto gli anziani con patologie croniche che vedono peggiorare le loro condizioni di salute in occasione, per esempio, delle epidemie stagionali di influenza. Inoltre nuove abitudini di vita (ad esempio viaggi in paesi esotici), l'aumento del numero di soggetti anziani o immunodepressi e le modifiche ambientali hanno creato le condizioni per una maggiore diffusione di infezioni batteriche, virali e parassitarie che non sempre hanno riscontro in quadri clinici caratteristici e riconosciuti.

E' quindi opportuno individuare alcune priorità di intervento nell'ambito del controllo delle malattie infettive, ed in particolare in riferimento ai seguenti aspetti:

- _ il controllo delle malattie prevenibili attraverso la vaccinazione;
- _ individuazione di interventi adeguati in caso di pandemia influenzale;
- _ il miglioramento della sorveglianza delle malattie infettive;
- _ la prevenzione e controllo dell'andamento della Tuberculosis;
- _ la prevenzione ed il controllo delle malattie a trasmissione sessuale, con particolare attenzione alle infezioni da HIV;
- _ le infezioni acquisite nell'attività di assistenza;
- _ le malattie infettive acquisite all'estero.

Da tutto ciò consegue che la profilassi vaccinale, il monitoraggio e la sorveglianza delle patologie, integrati ad interventi di educazione sanitaria utili a sensibilizzare la popolazione nei confronti della prevenzione delle patologie infettive, rappresentano i

punti cardini della lotta contro tali malattie.

Le vaccinazioni

Uno strumento di prevenzione primaria nei confronti delle malattie infettive è rappresentato dalla somministrazione di vaccini che, consentendo di sviluppare le difese immunitarie nei confronti di determinate malattie infettive, impediscono al singolo individuo di ammalarsi. Le campagne di vaccinazione, cercando di coinvolgere la totalità della popolazione, garantiscono non solo una protezione individuale ma, soprattutto, una protezione dell'intera comunità, che è sempre più globale.

Risulta pertanto fondamentale perseguire i seguenti obiettivi:

- mantenere elevate le coperture vaccinali nei confronti di quelle malattie infettive per le quali è obbligatorio vaccinarsi o per le quali è fortemente consigliata la vaccinazione;
- promuovere appropriati interventi vaccinali nei confronti di patologie per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali;
- fornire indicazioni sui nuovi obiettivi perseguibili e sull'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla recente disponibilità di nuovi vaccini;
- mantenere sempre elevata la sicurezza delle pratiche di immunizzazione;
- implementare interventi di carattere strutturale, organizzativo, formativo e comunicativo utili ad incentivare la politica vaccinale sia nell'ambito degli interventi impositivi previsti dalle normative vigenti (calendari vaccinali obbligatori) sia nell'ambito della partecipazione consapevole delle famiglie.
- aderire alle strategie vaccinali globali promosse dall'OMS per l'eliminazione o l'eradicazione di determinate malattie infettive.

Influenza stagionale e piano per la pandemia dell'influenza

E' opportuno garantire un elevato livello di copertura vaccinale per fasce di popolazione verso i quali l'influenza stagionale può rivelarsi temibile (bambini con particolare riguardo per quelli con patologie croniche, anziani e persone con patologie croniche debilitanti).

Inoltre è opportuno adottare tutte le misure necessarie per poter affrontare un'eventuale pandemia dell'influenza secondo le indicazioni dell'OMS, prevedendo un piano d'acquisto e distribuzione di farmaci antivirali e vaccini, e limitando la possibilità che virus di origine aviaria possano infettare l'uomo e diventare,

attraverso modifiche del virus stesso, causa di pandemia influenzale nell'uomo.

AIDS

E' opportuno mantenere alto il monitoraggio di questa patologia al fine di predisporre campagne di informazione e garantire cure adeguate agli ammalati. Per le caratteristiche della patologia e per la specifica competenza specialistica, è opportuno prevedere protocolli ed accordi con le Aziende Sanitarie dei territori limitrofi.

Infezioni ospedaliere

E' necessario monitorare le infezioni ospedaliere, con particolare riguardo per quelle più diffuse quali la legionellosi, al fine di adottare adeguati interventi atti a prevenire la diffusione dei microrganismi chiamati in causa nella genesi delle infezioni ospedaliere.

Le malattie del viaggiatore

E' opportuno informare adeguatamente i cittadini che si recano all'estero, soprattutto in paesi a rischio, sulle patologie che si possono contrarre, sulle adeguate precauzioni per prevenire le malattie e le terapie appropriate.

3. Le garanzie per il cittadino

La sicurezza del paziente

La sicurezza rappresenta un fattore importante nella gestione di una organizzazione sanitaria. Infatti essa è un requisito fondamentale nel garantire un'assistenza di buona qualità.

E' quindi necessario porre l'attenzione sugli errori e sugli incidenti che possono verificarsi durante le attività diagnostico-terapeutiche ed assistenziali. E' opportuno gestire il rischio a livello dell'organizzazione nel suo complesso, sviluppando quindi un approccio non più centrato sulla ricerca delle responsabilità individuali, ma su aspetti tecnici, psicosociali, gestionali ed amministrativi all'interno dell'intera organizzazione, al fine di individuare, valutare e ridurre quelle situazioni considerate pericolose per pazienti, operatori e visitatori.

E' quindi necessario adottare un'adeguata "gestione del rischio", che dovrà basarsi sulle seguenti fasi:

- _ individuazione del rischio;
- _ analisi del rischio ai fini dell'assunzione di decisioni relative alla sua sostenibilità o trattamento (dall'eliminazione, alla minimizzazione e al trasferimento dello stesso);
- _ successivo monitoraggio della situazione.

In questo modo sarà possibile ridurre, eliminare o prevenire gli errori che avvengono in ambito sanitario e socio-sanitario e che comportano danni non solo sul singolo, ma sull'intero sistema.

L'accesso e liste di attesa

Per garantire l'equità e la trasparenza occorrono sistemi che garantiscano flussi informativi puntuali per governare la domanda, anche attraverso un sistema informatizzato di prenotazione e di monitoraggio delle liste di attesa.

Accesso ai servizi

La centralità del cittadino, la necessità di coniugare scelte appropriate e di qualità nel sistema di cura necessita una struttura di accesso che faccia riferimento ai valori di:

- equità,
- trasparenza,
- facilità nell'accesso,
- continuità di cura.

E' necessario considerare come le prestazioni specialistiche e diagnostiche rivestano una particolare importanza sia nel governo dei percorsi per patologia e per la gestione della cronicità nell'ambito delle cure primarie, sia come necessario supporto al percorso diagnostico di cui i

medici del territorio devono disporre.

Si deve inoltre considerare come tali risorse siano estremamente pregiate e che il loro utilizzo debba soggiacere ad un'effettiva necessità e che la tempestività di erogazione sia correlata con la continuità assistenziale.

I due fattori, dunque, appropriatezza prescrittiva e tempestività, fanno necessariamente riferimento a quel percorso di governo clinico che è necessario sempre più implementare. Tale governo consente di contrastare il rischio di utilizzo non oculato e non appropriato delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, soprattutto attraverso il dialogo tra i professionisti.

In tale contesto devono essere collocati i tempi di attesa. Infatti, così come non è corretto evidenziarne indiscriminatamente la dilatazione, (in quanto il tempo non può essere valutato in assoluto ma solo in riferimento al percorso diagnostico-assistenziale) altrettanto non è possibile non possedere un osservatorio permanente dei tempi, anche allo scopo di fornire una corretta e frequente informazione alla cittadinanza.

E' altrettanto ovvio che tutta la struttura deve essere responsabilizzata, in ogni caso, ad assicurare tempi accettabili e certi di accesso alle prestazioni.

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

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

Quanto sopra fa riferimento alle prestazioni programmabili. Laddove si riscontrino necessità di prestazioni urgenti indifferibili queste devono essere effettuate immediatamente, individuando perciò i canali e le modalità che ne garantiscano in ogni caso un accesso immediato.

Una particolare attenzione va posta al sistema di gestione delle prenotazioni.

Data l'esigenza di equità e trasparenza che l'accesso alle prestazioni sanitarie impone, dovrà essere previsto un repository informatizzato centrale in cui siano depositati tutti i database con le agende e relative allocazioni dovute alle prenotazioni.

Dovrà essere quindi previsto un ufficio centralizzato cui sia preposta l'attività di costruzione, modifica, gestione e manutenzione delle agende. Tale struttura sarà collocata preferibilmente nell'ambito delle Cure Primarie.

Le "agende" dovranno possedere le seguenti caratteristiche:

- _ dovranno essere sviluppate e mantenute per tempi non inferiori a quattro mesi,
- _ dovranno possedere la necessaria flessibilità in relazione alla prestazione da erogare.

Mensilmente dovranno essere prodotti reports che contengano la “Branca”, la tipologia di prestazione, l’ambulatorio dove viene effettuata, il numero di prestazioni settimanali, il tempo di attesa lordo al 1° di ciascun mese.

Gli indicatori da considerare per la valutazione di funzionalità sono:

il tempo minimo, il tempo massimo, l’indice di performance (n° di ambulatori che forniscono la medesima prestazione/n° di ambulatori in cui tale prestazione avviene nei tempi massimi definiti)

Dovranno, altresì, essere messi in atto tutti gli accorgimenti per migliorare l’ottimizzazione delle agende, e quindi delle attese, attraverso:

- _ la “pulitura delle agende”, attivando un sistema (anche informatizzato) di disdetta delle prestazioni non fruite in modo da “liberare” prestazioni disponibili.
- _ Overbooking: dopo aver valutato i volumi tendenzialmente non fruiti a livello settimanale, potrà inserire una quota di prestazioni in soprannumero (tendenzialmente il volume di prestazioni non fruite nei servizi sanitari si aggira sul 15%)

I servizi che forniscono prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio comunicheranno alla Direzione Sanitaria i volumi operativi.

La Direzione Sanitaria dopo avere espresso un parere di congruità, avrà cura di inserire le disponibilità per la loro immissione nel “repository”.

Per quanto riguarda la prenotazione appare molto efficace ed interessante la funzione di prenotazione diretta per il tramite dei “Centri per la Salute”.

In sintesi per quanto concerne le prestazioni ambulatoriali occorrerà:

- _ definire i tempi di attesa periodicamente, soprattutto per le prestazioni di maggiore criticità,
- _ gestione delle liste di attesa (monitoraggio, overbooking, pulizia delle liste)
- _ programmazione dinamica (attraverso valutazioni dei picchi di prescrizione, flessibilità dei budget e dei contratti di fornitura...)
- _ gestione dell'appropriatezza (linee guida, protocolli, percorsi...)
- _ attivazione di plurime possibilità di prenotazione
- _ attualizzazione della modalità di refertazione (ad esempio in via telematica o consegna a domicilio).

4 La domanda e l'offerta

Nei sistemi sanitari e socio-sanitari più evoluti, i bisogni del cittadino, più o meno espressi, generano una domanda di servizi tendente all'infinito e che non sempre risponde ai reali bisogni di salute, a fronte di un offerta di servizi ben definiti.

Per questo è necessario da una parte orientare la domanda del cittadino attraverso strumenti quali l'educazione sanitaria e la comunicazione, dall'altra offrire servizi efficaci, efficienti, appropriati e di qualità da parte del sistema sanitario e socio-sanitario ai vari livelli (politico, organizzativo-gestionale e professionale).

o *L'orientamento della domanda*

Il processo di formazione della domanda di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie può essere suddivisa nelle seguenti fasi:

- La percezione del bisogno di salute
- La reazione del soggetto
- La valutazione del professionista sanitario o socio-sanitario
- Il comportamento del paziente

In quest'ottica il professionista dovrebbe fornire al paziente tutte le informazioni di cui necessita per poter prendere una decisione; poi è dovere del professionista mettere in atto la decisione, una volta che il paziente l'abbia assunta (il consenso informato).

Se estendiamo il problema non solo all'individuo ed al professionista, ma anche all'intera comunità, dovremo considerare 3 differenti prospettive (individuale, professionale e comunitaria) che svilupperanno i seguenti orientamenti:

1. L'orientamento del singolo cittadino
2. L'orientamento del professionista sanitario o socio-sanitario
3. L'approccio comunitario

Se si vogliono garantire determinate prestazioni rispetto ai bisogni espressi attraverso la domanda di servizi, è opportuno che fra i 3 punti di vista, sebbene non si escludano a vicenda, venga privilegiato quello comunitario.

Dopo queste considerazioni appare evidente che per governare la domanda occorre identificare dove, come, perché e da chi origina la domanda di prestazioni sanitarie e nel decidere come questa deve essere trattata (ridotta, modificata o accresciuta) in modo da tendere ad un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo. E' quindi

fondamentale orientare la domanda offrendo risposte assistenziali coerenti ed appropriate.

L'appropriatezza

Se consideriamo l'appropriatezza delle cure come la misura in cui un particolare intervento sanitario o socio-sanitario è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve, perché un intervento sia appropriato è necessario che i benefici attesi siano superiori ai possibili effetti negativi e ai disagi derivabili dal suo impegno. L'appropriatezza può essere riferita anche al corretto uso del livello assistenziale per la soluzione del problema presentato dal paziente. Quanto più l'uso dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria si avvicina a comprendere e intervenire sul reale problema del paziente sfruttando in maniera mirata le risorse che ha a disposizione, tanto più il suo uso sarà appropriato. Al contrario, il giudizio di inapproprietezza segnala che lo stesso problema presentato dal paziente avrebbe potuto essere risolto ad un livello assistenziale minore, ricorrendo magari ai Day Hospital, agli ambulatori, all'assistenza domiciliare o alla medicina di base e non al ricovero ospedaliero, il tutto a vantaggio della salute del paziente, sia per una minore esposizione a diagnostiche pericolose o interventi invasivi, evitando l'ospedalizzazione inappropriata, considerata una delle cause di malattia. Soprattutto in ambito chirurgico vanno previste attività di Day Surgery e regimi di degenza a ciclo breve. Inoltre, se poniamo il cittadino, e tutta la comunità, al centro del sistema, considerato che i bisogni del cittadino sono molteplici, globali ed indivisibili (vanno dall'acuzie alla riabilitazione, al sostegno sociale, allo status come persona) mentre i servizi sanitari e socio-sanitari sono distinti e dotati di una organizzazione rigida, è facile che vi sia una dicotomia fra i bisogni "in-de-finiti" del cittadino e l'offerta "de-finita" dei servizi. Per dare una risposta adeguata alle esigenze del cittadino all'interno della propria comunità è necessario, quindi, non solo identificare quali sono i servizi più appropriati di cura per un determinato problema di salute in un determinato momento, ma anche garantire una adeguata integrazione fra i vari servizi.

○ *L'offerta del sistema*

IL SISTEMA SANITARIO E SOCIO-SANITARIO PRIMA DELLA RIFORMA DELL'ISS

Il Sistema Socio-Sanitario Sammarinese, che nasce nel 1950, è un sistema pubblico fondato sui principi della solidarietà, universalità ed equità.

Con l'approvazione della legge n. 42 del 1955, si fonda l'Istituto per la Sicurezza Sociale (ISS), dettando l'organizzazione del Sistema Socio-Sanitario. Gli obiettivi del sistema di Sicurezza Sociale della Repubblica sono precisati dall'articolo 1 della legge stessa, che recita:

“E' 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. Esso trae origine dai principi statutari della Repubblica e delle nuove esigenze della vita civile”.

“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, tramite i medici condotti e le ostetriche condotte alle dipendenze dell'I.S.S., nonché tramite le case di cura e i medici specialisti convenzionati con l'Istituto stesso.”

Il finanziamento del sistema è garantito dallo Stato, attraverso il prelievo fiscale.

– Attualmente l'I.S.S. fa parte del “Dipartimento Sanità e Sicurezza Sociale” della Pubblica Amministrazione.

L'assistenza sanitaria pubblica è garantita da un unico ospedale di Stato, integrato con i servizi dislocati sul territorio (Centri sanitari), che garantiscono l'assistenza di base e con i servizi socio-assistenziali (Servizio Anziani, Servizio Territoriale Domiciliare, Servizio Minori, Servizio Neuro-Psichiatrico), mentre le prestazioni ritenute necessarie, non erogate in territorio, vengono garantite generalmente dalle strutture sanitarie italiane (Prestazioni Fuori Territorio).

I NUOVI ELEMENTI DI ORGANIZZAZIONE SANITARIA

I dipartimenti

Per garantire una migliore integrazione fra i vari servizi sanitari e socio-sanitari è opportuno utilizzare il modello organizzativo dei Dipartimenti, intendendo il Dipartimento quella unità organizzativa di base che aggrega una pluralità di discipline e di funzioni assistenziali tra loro affini e complementari, ne assicura la gestione unitaria al fine di integrare le

competenze presenti, ottimizzando la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle risorse complessivamente assegnate.

I livelli assistenziali

E' opportuno identificare quali possono essere i livelli di assistenza sanitaria e socio-sanitaria che dovranno integrarsi fra loro attraverso percorsi assistenziali ben definiti.

Si possono identificare i seguenti livelli assistenziali:

- _ La prevenzione
- _ Le cure primarie
- _ L'assistenza specialistica
- _ L'ospedale per acuti
- _ Le cure intermedie
- _ Il sistema socio-sanitario

La prevenzione:

Le attività di prevenzione sono rivolte al mantenimento ed al miglioramento dello stato di salute, agendo in particolar modo prima dell'insorgenza della malattia.

Per garantire la salute alla popolazione è necessario agire su molteplici fattori (ad esempio stili di vita, inquinamento e sicurezza nei luoghi di lavoro) e a diversi livelli (prevenzione primaria, secondaria e terziaria).

E' quindi necessario che vengano definiti percorsi assistenziali che agiscano a) per prevenire determinate patologie attraverso la riduzione o eliminazione di agenti eziologici o fattori di rischio, b) per impedire l'insorgere della malattia in soggetti già esposti agli agenti eziologici o fattori di rischio, c) per garantire la sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro.

La complessità degli interventi presuppone la collaborazione fra differenti discipline e figure professionali nella scelta, attuazione e valutazione degli interventi stessi.

Le Cure primarie:

Un sistema sanitario evoluto ha come oggetto la risposta ai bisogni di salute che il cittadino manifesta nella sua globalità. La personalità, l'ambito di vita, le relazioni, il contesto sociale e culturale, politico e civile del cittadino influiscono e sono rappresentativi del suo stato di salute.

La persona come tale è dunque un "continuum", non vi è, cioè, soluzione di continuità nell'espressione di un bisogno nella sfera socio-sanitaria. La risposta dei servizi, tuttavia,

non può che essere segmentata e parzialmente erogata rispetto ad una domanda più ampia e globale.

Ecco perché i sistemi sanitari evoluti si interrogano sempre più sulle politiche e sugli obiettivi di salute, sull'integrazione socio sanitaria, sull'integrazione tra i servizi sanitari.

Proprio per queste ragioni le cure primarie assumono un ruolo centrale nel sistema, in quanto sono in stretta correlazione al contesto di vita del cittadino e sono in grado di offrire una prima risposta, qualificata ed integrata, ai problemi di salute.

Inoltre è necessario che sia il sistema e non il cittadino a provvedere affinché vi sia un percorso integrato, predisposto all'interno del sistema delle cure primarie coerente con i servizi ospedalieri e specialistici.

Il cambiamento non interessa solo la sfera clinica, professionale e organizzativa, ma anche la sfera della cultura dei servizi sanitari. E' necessario infatti partire dal presupposto che curare significa “prendersi cura”, cioè prendere in carico il cittadino in un processo di cura integrato e unitario, dove vengono presi in considerazione anche gli aspetti di prevenzione e riabilitativi.

In questo senso il sistema di cure primarie si avvale di una rete di servizi in cui rientrano i servizi ambulatoriali, specialistici, diagnostici, residenziali e semiresidenziali, di ricovero e riabilitativi.

La struttura di offerta dovrà quindi prevedere forme organizzate di integrazione professionale, favorendo le équipes multiprofessionali, il confronto tra gli operatori, momenti formativi che contemplino la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura.

La soluzione organizzativa prenderà spunto dall'attuale assetto della Medicina di Base, sviluppando i Centri sanitari in “Centri per la Salute”, a forte integrazione con l'attività ospedaliera e con l'attività sociale, presidiando tra l'altro i seguenti aspetti:

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

- Continuità assistenziale

I Centri per la Salute (ex Centri sanitari)

Il nucleo di base, in cui si articola organizzativamente il servizio di Cure Primarie, è il Centro per la Salute (CPS). Il CPS aggrega una porzione di territorio di circa 10.000 abitanti (anche se per configurazione geografica questo numero può, naturalmente variare).

Il centro per la salute eroga assistenza medica, infermieristica, pediatrica, consultoriale, sociale. La sede può altresì essere riferimento per attività di educazione sanitaria e di prevenzione.

Il Centro per la Salute rappresenta, sia il punto di primo accesso per il cittadino al servizio sanitario della Repubblica, sia un insieme integrato di risposte al complesso di bisogni di salute che i cittadini manifestano.

La maggiore complessità del sistema di diagnosi e cura, lo sviluppo delle tecnologie, l'empowerment del tessuto sociale e dei singoli cittadini, si riflette sulla sempre crescente necessità di introdurre percorsi per la gestione integrata dei pazienti, e sulla garanzia di una continuità assistenziale nell'ambito della ricca offerta di servizi socio-sanitari della Repubblica.

Il Centro per la salute, dovrà quindi garantire una gamma di offerta di prestazioni integrate, tale da soddisfare le esigenze di salute del cittadino (sia in termini di acuzie che di cronicità) nell'ambito del sistema di cure primarie, mentre all'Ospedale sarà affidata quella parte di percorso che richiede attività specialistica di secondo livello, day services, day surgery, day hospital e degenza per acuti.

Nel triennio 2006-2008 si dovrà prevedere una modifica organizzativa di tutte le attività sanitarie, con particolare riferimento a quella infermieristica.

Inoltre, il Profilo di Salute, pur indicando nella popolazione della Repubblica una percentuale di ultra sessantacinquenni molto più contenuta rispetto ai livelli italiani, tuttavia il trend di invecchiamento e di presenza di patologie croniche sta aumentando considerevolmente, per cui gli ambiti specifici dovranno essere rivolti soprattutto ai seguenti campi:

- Prevenzione ed educazione sanitaria
- Cronicità minori, adulti e anziani
- Percorso nascita
- Percorsi assistenziali

- Contrasto alla condizione di fragilità.

Tenendo conto di quanto sottolineato poc'anzi, e cioè dell'esigenza della presa in carico complessiva, ci si rende conto di quanto sia fondamentale il percorso assistenziale integrato in cui il cittadino, che si rivolge al CPS, viene avviato verso livelli che richiedono accertamenti diagnostici, ricoveri nel presidio, dimissioni gestite, presa in carico attiva dell'eventuale cronicità, assistenza domiciliare integrata.

Sarà dunque necessario individuare a priori protocolli organizzativi, prevedendo le modalità di accesso ai vari servizi e i relativi referenti.

Pertanto la gestione dei bisogni di salute dovrà passare da una logica che poggia sulle singole prestazioni erogate, a percorsi organizzativi e clinico assistenziali condivisi nei vari livelli dipartimentali e nella varie forme di cura: domiciliare, ambulatoriale, residenziale.

In particolare, dovranno essere previsti percorsi organizzativi e clinico assistenziali per rilevanti patologie croniche. I percorsi per la cronicità richiedono una forte integrazione con il presidio ospedaliero, per la necessità di produrre protocolli condivisi, in particolare per percorsi, che dovranno essere implementati nel triennio 2006-2008, quali il diabete mellito di tipo II e la BPCO, ed eventualmente il trattamento anticoagulante orale (TAO).

Sarà anche opportuno presidiare i percorsi riabilitativi integrati con le strutture di degenza per acuti, lungodegenze, riabilitazione (post ictus, fratture di femore ecc.).

Infine è necessario evidenziare l'importante ruolo che svolge il Medico di base nell'Assistenza Domiciliare Integrata e cure palliative domiciliari e nelle dimissioni protette.

L' Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'Assistenza Domiciliare Integrata è rivolta a persone non autosufficienti o a rischio di

Non autosufficienza in particolare con:

- _ presenza di patologie in fase terminale,
- _ riacutizzazioni di patologie croniche
- _ dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali
- _ bambini con patologie croniche e in particolari condizioni di disagio sociale
- _ portatori di gravi disabilità

L'*obiettivo* prioritario dell'Assistenza Domiciliare Integrata è:

- assistere pazienti con patologie trattabili a domicilio evitando il ricorso improprio al

ricovero in ospedale o in altra struttura residenziale, assicurando comunque la continuità assistenziale,

- mantenere le persone non autosufficienti al proprio domicilio,
- favorire il recupero delle capacità residue di autonomia e relazionali per migliorare la qualità di vita dei pazienti,
- supportare i familiari ed eventualmente trasmettere competenze per un'autonomia d'intervento.

L'ADI è sviluppata a diversi step di intervento, basati sui livelli assistenziali di intensità di cure, graduate in relazione al bisogno del singolo utente, il quale necessita della presa in carico con piano personalizzato di assistenza, valutazione multidimensionale ed integrazione tra le figure professionali.

Per gli utenti che non necessitano di tale integrazione e valutazione multidimensionale vengono erogate, dai servizi della rete territoriale, prestazioni socio-sanitarie (es. prelievo venoso, cambio catetere vescicale, medicazioni, accessi programmati del MMG, consulenze specialistiche occasionali, fornitura di ausili e presidi medico-chirurgici, assistenza di base per interventi di aiuto domestico alla persona, cicli di terapia riabilitativa), che consentano agli anziani e alle persone non autosufficienti, di restare al proprio domicilio. In queste situazioni, ancorché non di ADI (l'infermiere è la sola figura professionale coinvolta), purtuttavia esiste una scheda infermieristica .

L'ADI viene graduata in tre livelli di intensità.

I° LIVELLO ASSISTENZIALE: Assistenza Domiciliare Integrata a bassa intensità assistenziale.

Paziente dimesso o già a domicilio che necessita, nell'ambito di un piano personalizzato, di continuità assistenziale di tipo medico (accessi programmati del MMG), anche per lunghi periodi, e di tipo infermieristico (interventi domiciliari programmati e periodici)

Lo strumento operativo è costituito dalla scheda infermieristica.

II° LIVELLO ASSISTENZIALE:

Paziente dimesso o già a domicilio, che necessita, nell'ambito di un piano personalizzato, di una continuità assistenziale medico-infermieristica, in stretta integrazione multiprofessionale.

III° LIVELLO ASSISTENZIALE:

Paziente che necessita, nell'ambito di un piano personalizzato di assistenza, di un intervento coordinato ed intensivo; se il paziente è ricoverato la presa in carico a

domicilio rientra nel protocollo della dimissione protetta.

Il paziente ricoverato è preso in carico dall'équipe curante costituita dal MMG, quale responsabile terapeutico, dallo specialista ospedaliero, dal coordinatore infermieristico, con il coinvolgimento di altre figure professionali della rete dei servizi territoriali.

Lo strumento operativo è costituito dalla cartella clinica pluridisciplinare

Da rilevare che nell'ambito della definizione di ADI di III° livello vanno ricompresi, per la particolare intensità assistenziale anche i pazienti oncologici in trattamento domiciliare, così come andrà prevista la piena integrazione del servizio per gli ausili e presidi per l'incontinenza.

Vi è dunque una stretta sinergia, tra l'attività medico infermieristica e specialistica, l'attività riabilitativa compresa la gestione del presidiato, il particolare orientamento alle patologie oncologiche a trattamento domiciliare.

Dimissioni Protette

L'esistenza di specifici protocolli consente la dimissione protetta di pazienti anziani con patologia cronica, attuando percorsi integrati che eliminino gli ostacoli ad una coerente presa in carico tra ospedale e territorio, implementando automatismi di connessione tra servizi e riducendo al minimo le incombenze burocratiche e le segmentazioni prescrittive.

In particolare i reparti interessati, in base alla necessità del paziente, e in stretta sinergia con il servizio di riabilitazione, provvederanno, prima della dimissione a richiedere gli ausili previsti dalle procedure in vigore, in modo che alla dimissione l'utente abbia già a domicilio quanto serve (letti e materassi anti decubito, pannoloni, ecc) e attivare l'eventuale riabilitazione successiva al ricovero

In particolare preme sottolineare che, differentemente da altre situazioni anche gravi di per sè, le dimissioni protette, riguardano pazienti con problematiche altamente complesse in cui si richiede la diretta presenza di personale territoriale il quale si rechi in ospedale, prenda conoscenza diretta del paziente, concordi le consegne di trattamento e assistenza del paziente a domicilio con il personale ospedaliero. Così come appare necessaria, fin dalla permanenza in ospedale del paziente l'attivazione di tutti quei servizi necessari alla domiciliazione del Paziente.

L'assistenza specialistica

La progressiva differenziazione dei livelli di assistenza sanitaria e socio-sanitaria – legata sia

ai mutamenti della società ed alle differenti esigenze dei cittadini sia allo sviluppo di tecnologie diagnostiche e curative – ha determinato un aumento dell’offerta di prestazioni, sempre più complesse, in forme assistenziali differenti da quella del ricovero ospedaliero ordinario. Tutto ciò sta spostando progressivamente una parte delle risorse destinate ai ricoveri ospedalieri verso le attività ambulatoriali, che rappresentano sempre più una modalità per assistere tempestivamente e con continuità gli utenti.

Anche a San Marino vi è la tendenza ad utilizzare frequentemente i servizi ambulatoriali specialistici, soprattutto se ci riferiamo ai numeri assoluti riferiti alle visite ed agli esami strumentali e di laboratorio (vedi tabelle seguenti). Inoltre una nuova e più congruente codifica delle prestazioni, già avviata dall’Istituto per la Sicurezza Sociale, permetterà di avere dati più precisi ed utili al fine della programmazione e della gestione del sistema.

Tipologia*	Numero	Prestazioni/abitante
Diagnostica	37.841	1,27
Laboratorio	406.787	13,71

* dati riferiti all'anno 2004

Tipologia	Numero	Prestazioni/abitante * 1000
Visita Urologia	590	20,18
Visita Endocrinologia	632	21,61
Visita Ortopedica	11.829	40,45
Visita Oncologica	1.357	46,41
Visita Cardiologia	4.191	143,33
Visite Medicina Sportiva	969	33,13
Visite Medicina Generale	485	16,58
Visite Geriatriche	474	16,21
Visite Gastroenterologiche	426	14,56
Visite Pneumologiche	758	25,92
Visite Diabetologiche	2.028	69,35
Visite Centro Malattie Autoimmuni	961	32,86
Visite Nefrologiche	180	6,15
Visite Fisiatriche	1.560	53,34
Visite Pediatriche (Ambulatorio)	12.247	-
Visite Pediatriche (Domiciliari)	982	-
Visite Dermatologiche	7.032	240,48
Visite Chirurgiche	6.699	229,10
Visite Terapia Antalgica	4.440	151,84

* dati riferiti all'anno 2003

L'ospedale per acuti

L'attività ospedaliera, tradizionalmente identificata nell'attività di ricovero quale funzione peculiare della struttura, ha subito negli anni progressive modificazioni legate sia all'evoluzione scientifica e tecnologica applicata all'ambito medico, sia alla costante introduzione di modalità di gestione assistenziale sempre più orientate da criteri di appropriatezza clinica.

Tali cambiamenti hanno in sostanza determinato l'introduzione di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche che hanno così profondamente condizionato il percorso clinico-assistenziale dei pazienti da consentire lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi alternativi al ricovero ospedaliero tradizionale.

Oltre al ricovero ordinario ed all'ormai consolidato regime di ricovero in Day Hospital si stanno infatti sempre di più imponendo percorsi innovativi quali la Day Surgery e la Chirurgia Ambulatoriale, il Day Service Ambulatoriale e, nell'ambito dei percorsi di Pronto Soccorso, l'Osservazione Breve Intensiva.

Su queste basi si inseriscono inoltre doverose scelte di garanzia, sia di qualità prestazionale che di contenimento dei costi, che negli altri Servizi Sanitari sono ormai diffusamente affrontate attraverso meccanismi di concentrazione della casistica complessa in un numero limitato di poli ospedalieri. Tra questi e i centri periferici – dove vengono erogate prestazioni di più larga diffusione e minor complessità – devono essere predisposti meccanismi di integrazione che garantiscano l'erogazione di prestazioni assistenziali specialistiche e complesse anche ai residenti nei bacini d'utenza serviti dai poli ospedalieri periferici.

In questa ottica si ritiene che – soprattutto per l'assistenza ospedaliera in favore dei cittadini sammarinesi – sia prioritario sviluppare connessioni con i centri che erogano prestazioni a più elevata complessità ricercando, presso l'ospedale della Repubblica, i maggiori livelli possibili di accessibilità alle prestazioni di utilizzo più frequente al fine di garantire l'autosufficienza per le specialità di base. In tal senso, peraltro, già esistono presupposti consolidati come si evidenzia dall'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere (79% riferito all'anno 2002) e deponendo per una sostanziale adeguatezza nella scelta della tipologia delle specialità presenti nel presidio ospedaliero e delle prestazioni offerte. A fronte di tale adeguamento mix qualitativo, i dati di utilizzo (es. occupazione percentuale media dei posti letto, riferita all'anno 2004, pari al 55%) evidenziano però l'opportunità di produrre variazioni dell'assetto quantitativo in funzione del miglioramento

del livello di efficienza. La strutturazione delle Unità operative di degenza dovrà pertanto essere rimodulata attraverso la ridefinizione del volume dei ricoveri ordinari al fine di perseguire l'obiettivo, a fronte di una attività ormai stabilizzata nel tempo in termini quantitativi, che porti ad un tasso occupazionale medio percentuale tendenzialmente non inferiore al:

- _ 75% per specialità chirurgiche
- _ 85% per le specialità mediche
- _ 70% per l'ostetricia

Su questi presupposti si innestano poi alcune peculiarità da cui non si può prescindere in fase di programmazione:

- I dati relativi all'invecchiamento della popolazione mostrano un trend in aumento progressivo che, nella programmazione della struttura dell'offerta, deve essere considerato anche per quanto attiene il livello ospedaliero.
- Per quanto riguarda l'Emergenza e l'Urgenza è necessario che venga implementato un percorso che risponda alle esigenze della popolazione non solo a livello di dimensionamento (quante strutture, mezzi e personale), ma anche attraverso specifici protocolli che garantiscano appropriatezza e tempestività in relazione al bisogno espresso attraverso sistemi di classificazione dei pazienti "in entrata ed in uscita"(es.: triage).

Si propone quindi un'osservazione gestionale quali-quantitativa nell'arco del triennio 2006-2008 per valutare quali altre soluzioni introdurre seguendo il principio dell'appropriatezza.

- Il punto nascita, pur mostrando dati di attività oggi non compatibili con livelli specialistici di eccellenza, rappresenta una risorsa di stato socialmente irrinunciabile. Al fine di assicurare i massimi livelli di sicurezza assistenziale dovranno quindi essere garantiti raccordi con centri specialistici sia per la gestione dei parti a rischio che per l'assistenza intensiva ai prematuri.

In sostanza quindi, il piano programmatico dell'attività ospedaliera dovrà essere sviluppato tenendo in considerazione il rispetto dei seguenti principi:

- _ utilizzo appropriato del ricovero ospedaliero ed efficientizzazione d'uso dei posti letto
- _ autosufficienza per le specialità di base
- _ ricerca di connessioni funzionali con centri specialistici per la casistica complessa
- _ modelli organizzativi sempre più orientati all'integrazione dei percorsi clinico-assistenziali

ospedalieri e territoriali

_ offerta lungodegenza e lungodegenza riabilitativa

Le cure intermedie:

Per cure intermedie si intendono quelle cure che assicurano l'assistenza a pazienti affetti da problemi clinico-assistenziali non completamente stabilizzati, che da una parte richiedono una competente e continua sorveglianza medica ed un'assistenza infermieristica non erogabile a livello extraospedaliero e che dall'altra parte non giustificano un'assistenza di cure per acuti in ambito ospedaliero.

Possono essere considerate cure intermedie la riabilitazione, la lungodegenza/hospice.

La riabilitazione, rivolta a pazienti che necessitino di un trattamento riabilitativo da effettuare in un momento immediatamente successivo alla fase acuta per limitare il danno invalidante della patologia, è suddivisa in «intensiva», come ad esempio nel caso dei paraplegici ed «estensiva», come nel caso di *«trattamenti protratti post-acuzie e trattamento di prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati e simili»*;

La lungodegenza è rivolta a quei pazienti che siano parzialmente o totalmente non autosufficienti, affetti da patologie croniche non sufficientemente stabilizzate dal punto di vista clinico, che non richiedono un trattamento intensivo ospedaliero, ma comunque necessitano di assistenza medica continua e di cure non erogabili a domicilio. Possono essere considerate quindi due categorie di degenti:

- _ coloro che hanno necessità dell'intervento «limitatamente alla fase di convalescenza, di primo trattamento di rieducazione funzionale o di fase terminale», per i quali sono previsti precisi standard di personale;
- _ coloro che presentano « forme croniche stabilizzate, o anziani ultrasessantacinquenni abbisognevole di trattamenti protratti di conservazione, che sono impropriamente ricoverati in strutture per acuti a causa della carenza di residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere o dell'insufficiente approntamento di forme alternative di spedalizzazione domiciliare o di assistenza domiciliare integrata».

In questo ambito, in assenza di servizi strutturati di lungodegenza e riabilitazione, è opportuno prevedere, in una prima fase, circa 15 posti letto ospedalieri dedicati a tali funzioni.

Per quanto riguarda la riabilitazione va monitorata e rivalutata la gamma dell'offerta in termini di appropriatezza anche secondo le attuali indicazioni di letteratura scientifica.

Il sistema socio-sanitario:

Il servizio socio-sanitario, soprattutto se organizzato in un dipartimento socio-sanitario e di salute mentale e collegato ad altri dipartimenti o servizi, può offrire risposte adeguate a problemi che non investono solo la sfera sanitaria ma anche quella assistenziale e sociale. Si ritiene, quindi, opportuno agire sui seguenti aspetti:

1. Rafforzare l'integrazione fra i seguenti servizi socio-sanitari, nell'ottica della dipartimentalizzazione dell'ISS:

- *Il Servizio Minori*

Il Servizio Minori rappresenta la risposta istituzionale per persone da 0 a 18 anni e per persone con disabilità anche oltre il diciottesimo anno di età, occupandosi del disagio psicologico, sociale, relazionale, assistenziale e di integrazione dei minori al fine di garantire loro il più alto grado di benessere, di armonico sviluppo psico – fisico e di integrazione sociale, in una ottica di prevenzione, diagnosi e riabilitazione. (vedi catalogo prodotti/servizi MINORI)

- *Il Servizio Anziani*

Il Servizio attualmente garantisce l'assistenza agli anziani attraverso la “Casa di Riposo”, accoglie anziani non autosufficienti, svolge assistenza tutelare continua, attività riabilitative, sociali e ricreative (vedi catalogo prodotti/servizi ANZIANI). Per la tipologia degli utenti, la Casa di Riposo sta assumendo sempre più la connotazione di una Casa Protetta o Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

A San Marino sono disponibili 100 posti letto per 2.188 anziani oltre i 74 anni, 70 ospitati presso la Casa di Riposo di San Marino - 30 ospitati in strutture residenziali convenzionate fuori territorio. Inoltre va evidenziato che esiste una lista di attesa di circa 30 anziani.

Considerati i dati già disponibili ed il trend di invecchiamento della popolazione, il fabbisogno per il triennio 2006-2008 è quantificabile in circa 150 posti letto, privilegiando strutture residenziali accreditate in territorio.

- *Il Servizio Neuro-Psichiatrico*

Il Servizio, che attualmente è suddiviso in diversi settori – neurologico, psichiatrico, sociale, tossicodipendenza e disagio giovanile, psico-riabilitativo – dovrà essere riorganizzato, costituendo in quest'ambito un Centro o Servizio di Salute Mentale che si occupi prevalentemente di salute mentale e di dipendenze patologiche (vedi

tabelle relative ai servizi/prodotti specifici) e collocando altresì il settore neurologico nell'area medica e specialistica dell'ISS.

- *Il Servizio Domiciliare Territoriale*

Il Servizio Territoriale Domiciliare è stato istituito con l'obiettivo principale di contribuire a realizzare le migliori condizioni che consentano anche alle persone non-autosufficienti, parzialmente autosufficienti, autosufficienti che richiedono un'assistenza o disabili, di permanere al proprio domicilio assistiti e in condizioni di sicurezza. E' opportuno garantire un'appropriata assistenza domiciliare, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, e contrastare l'emarginazione delle persone compromesse sul piano funzionale e/o cognitivo (anziani non-autosufficienti, inabili in età lavorativa, soggetti con disturbi mentali, minori in situazioni di disagio sociale) e delle loro famiglie.

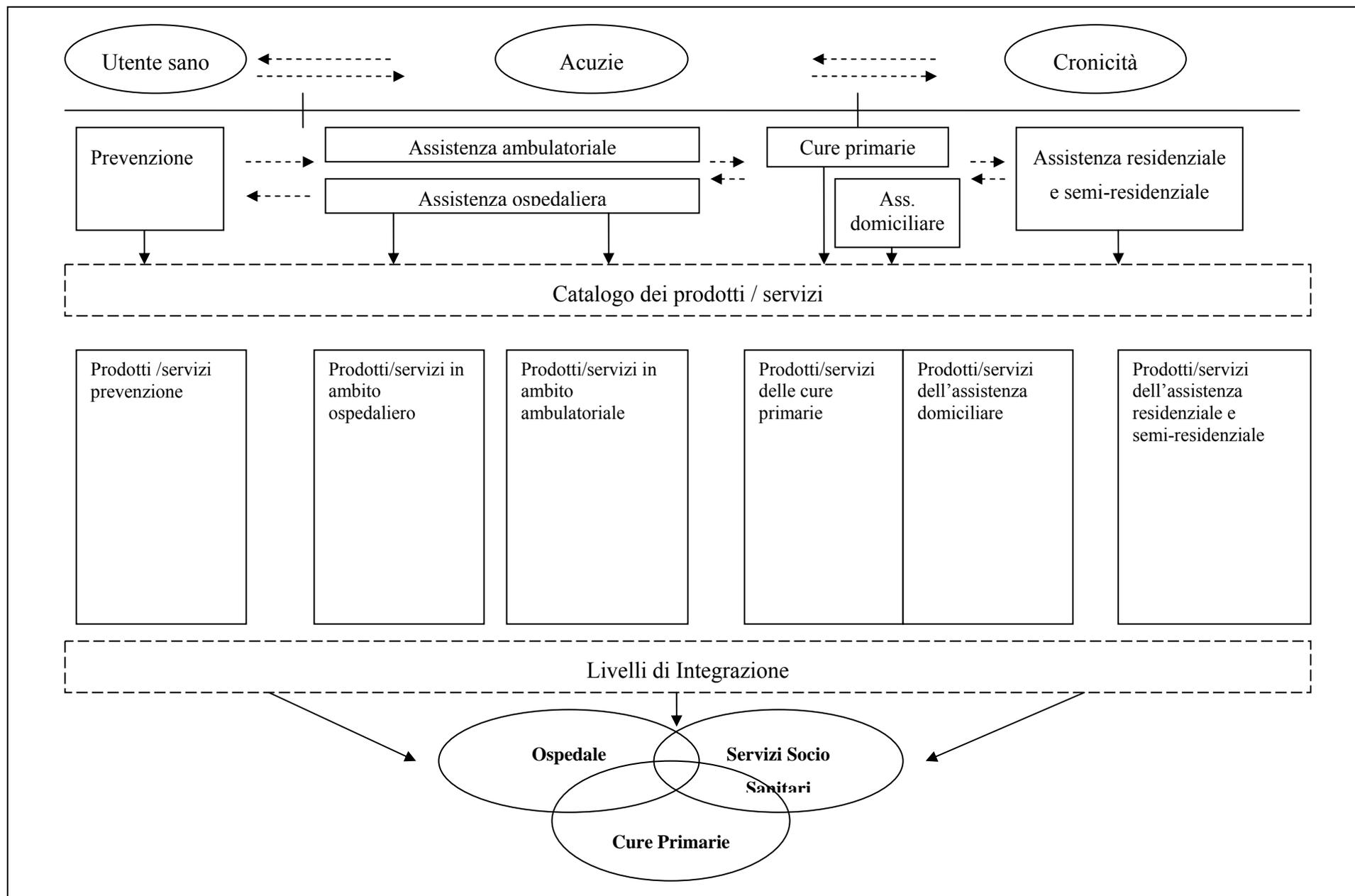
2. Garantire la presa in carico complessiva del cittadino ed una continuità di cura e di assistenza avviando programmi trasversali ed integrati fra il Dipartimento Socio-sanitario e gli altri Dipartimenti.

IL CATALOGO DEI PRODOTTI/SERVIZI

La disamina di quello che offre o potrebbe offrire un sistema sanitario e socio-sanitario è fondamentale per garantire un buon livello di salute. Solo conoscendo ciò che garantiscono i servizi sanitari e socio-sanitari è possibile migliorare le condizioni di vita attraverso il mantenimento di buoni livelli di qualità di servizi che già funzionano, il potenziamento di servizi che presentano alcune carenze e la creazione di nuovi servizi in settori dove si riscontra una effettiva necessità.

Il catalogo dei prodotti/servizi terrà conto del percorso che l'utente può seguire all'interno del sistema, andando dalla prevenzione alla gestione della cronicità ed attraversando all'interno del percorso l'acuzie, la domiciliarità e la residenzialità, così come esemplificato nella figura n. 1.

Figura n. 1 : il percorso dell'utente all'interno del sistema



Per quanto riguarda l'offerta del Sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese possiamo identificare i prodotti/servizi per **target specifici di popolazione** e per **area**.

A seguito della riorganizzazione dell'ISS – nella quale è prevista l'adozione del modello organizzativo dipartimentale – e nell'ottica dell'accreditamento dei Dipartimenti e delle Unità Operative, i prodotti/servizi potranno essere articolati, in seguito, all'interno di ciascun Dipartimento, una volta resa operativa la dipartimentalizzazione all'interno dell'ISS.

1. PRODOTTI/SERVIZI PER TARGET SPECIFICI DI POPOLAZIONE:

I prodotti/servizi erogati per la popolazione sammarinese sono stati, in questo caso, declinati secondo i seguenti target di popolazione:

- **La donna ed il percorso nascita** (tabella 1)
- **L'infanzia e l'età evolutiva** (tabella 2)
- **I minori** (tabella 3)
- **I disabili adulti** (tabella 4)
- **Gli anziani** (tabella 5)
- **La salute mentale** (tabella 6)
- **Le dipendenze patologiche** (tabelle 7)

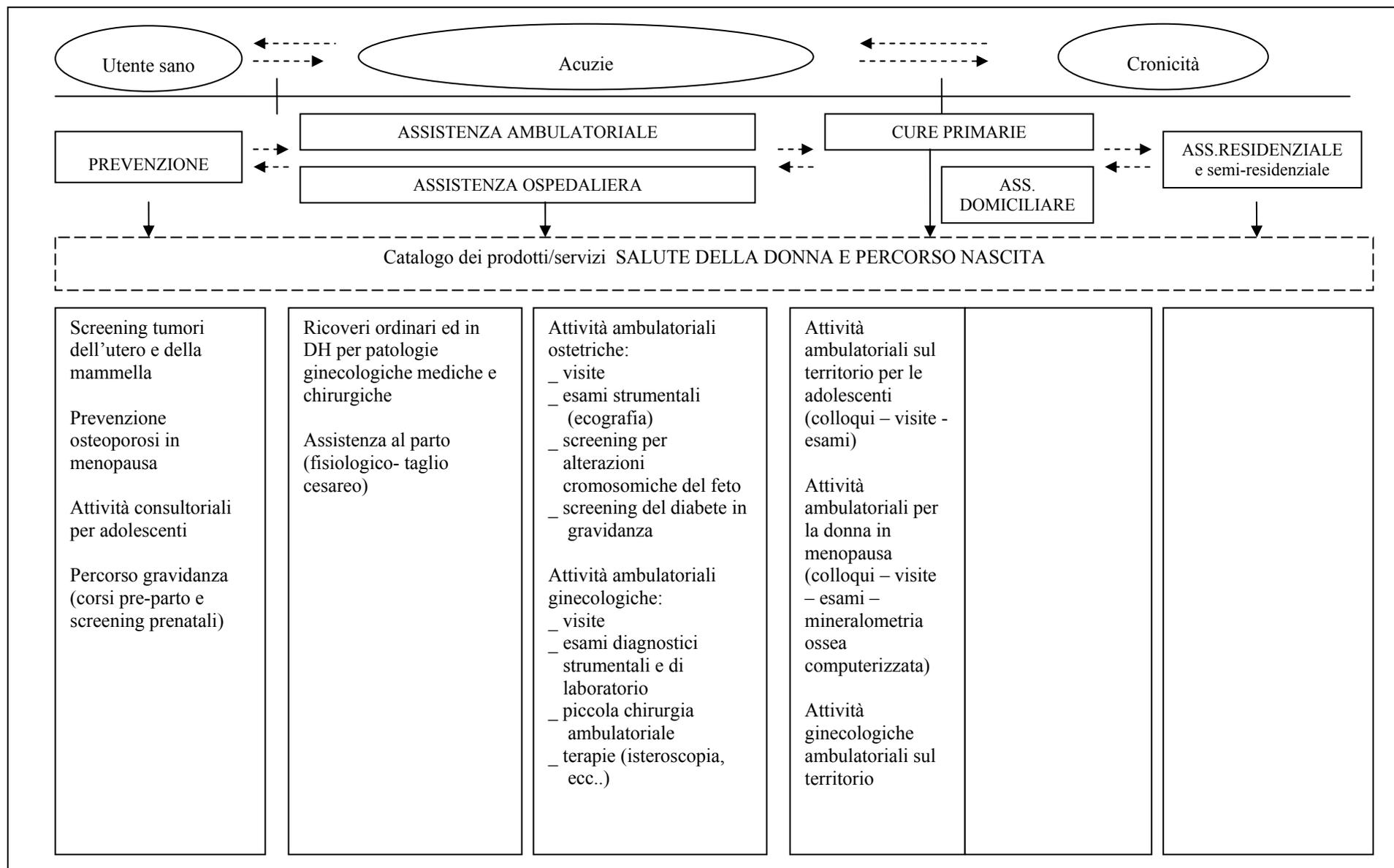


TABELLA 1: Catalogo dei prodotti/servizi SALUTE DELLA DONNA E PERCORSO NASCITA

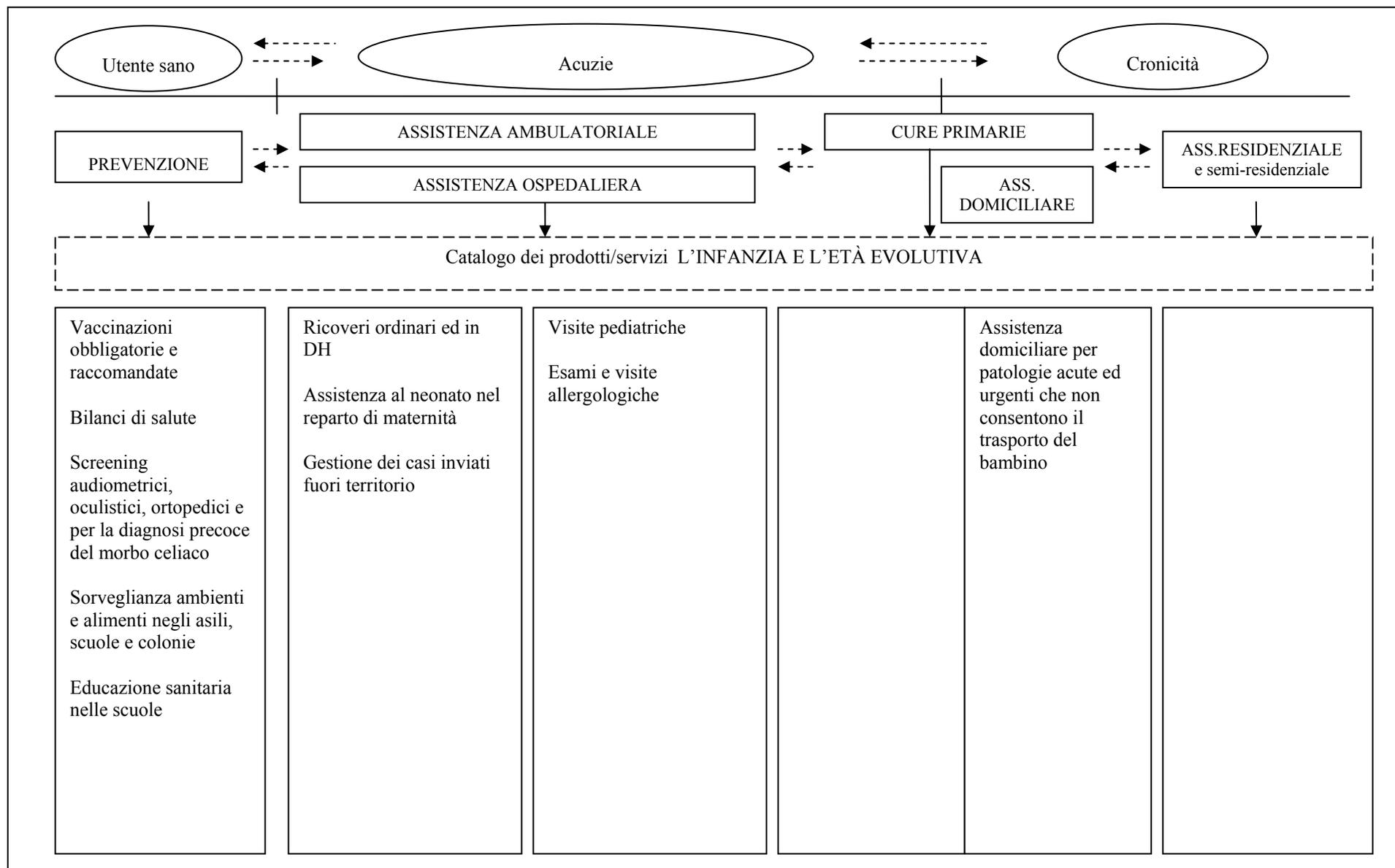


TABELLA 2: Catalogo dei prodotti/servizi L'INFANZIA E L'ETÀ EVOLUTIVA

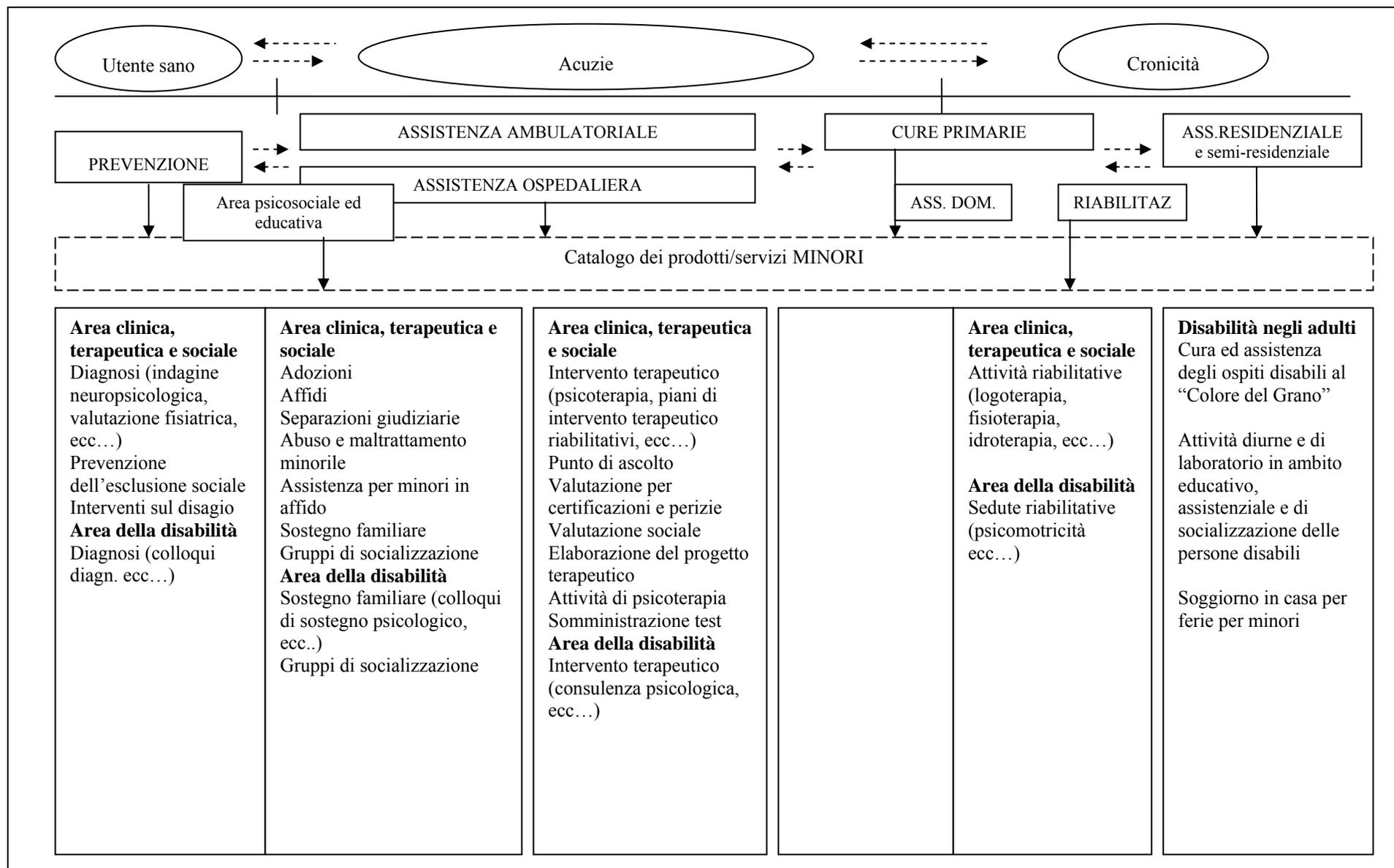


TABELLA 3: Catalogo dei prodotti/servizi MINORI

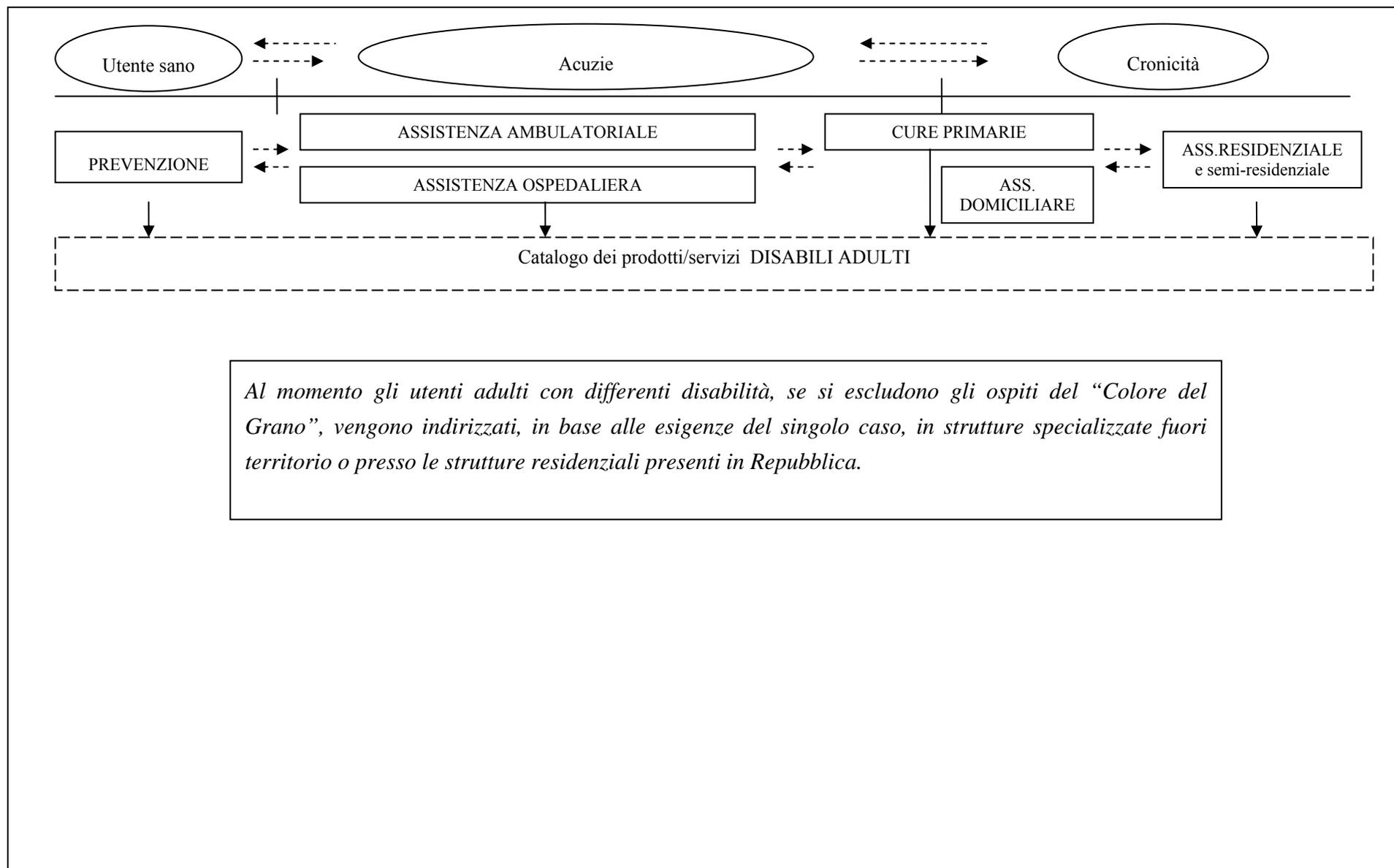


TABELLA 4: Catalogo dei prodotti/servizi DISABILI ADULTI

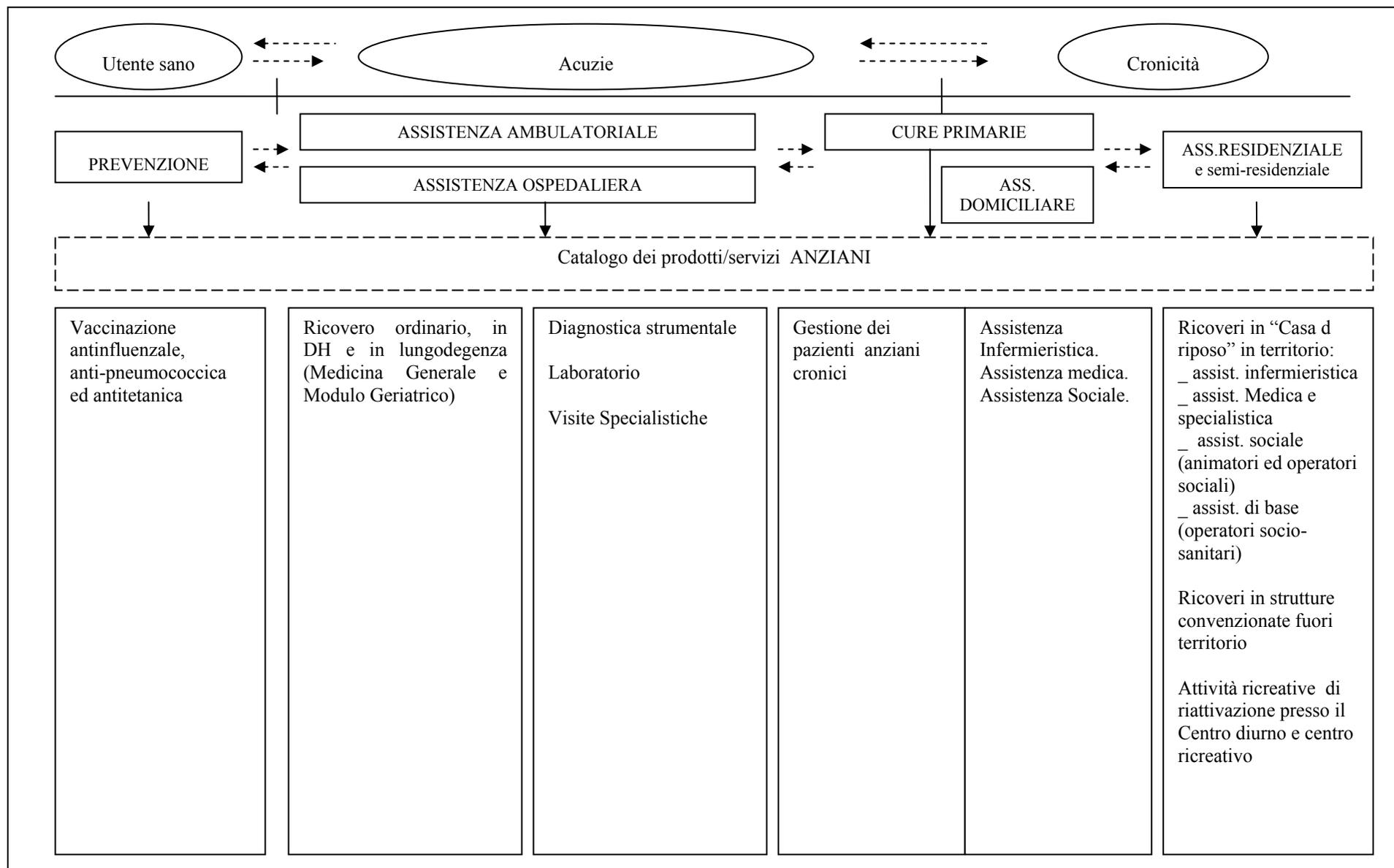


TABELLA 5 : Catalogo dei prodotti/servizi ANZIANI

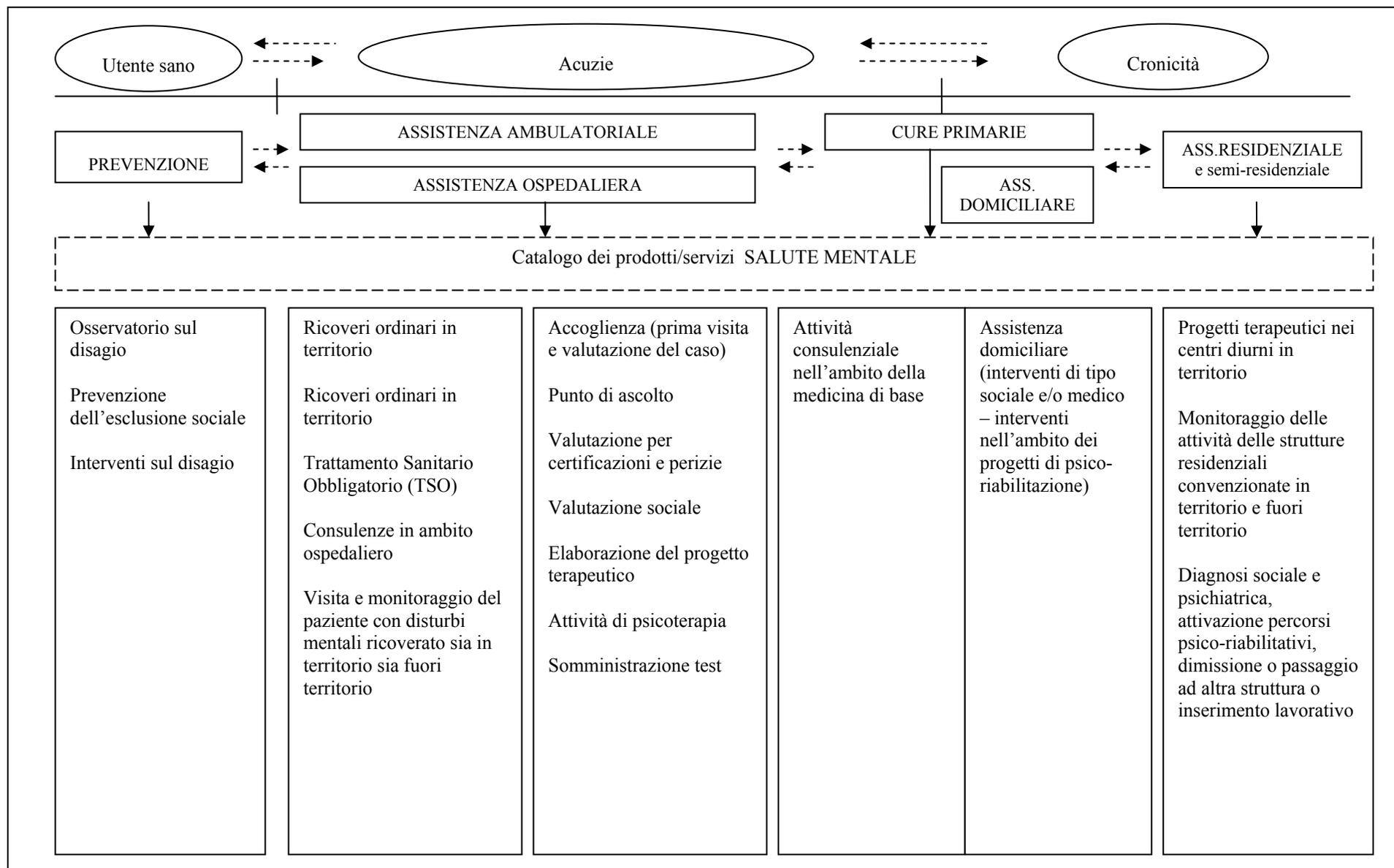


TABELLA 6 : Catalogo dei prodotti/servizi SALUTE MENTALE

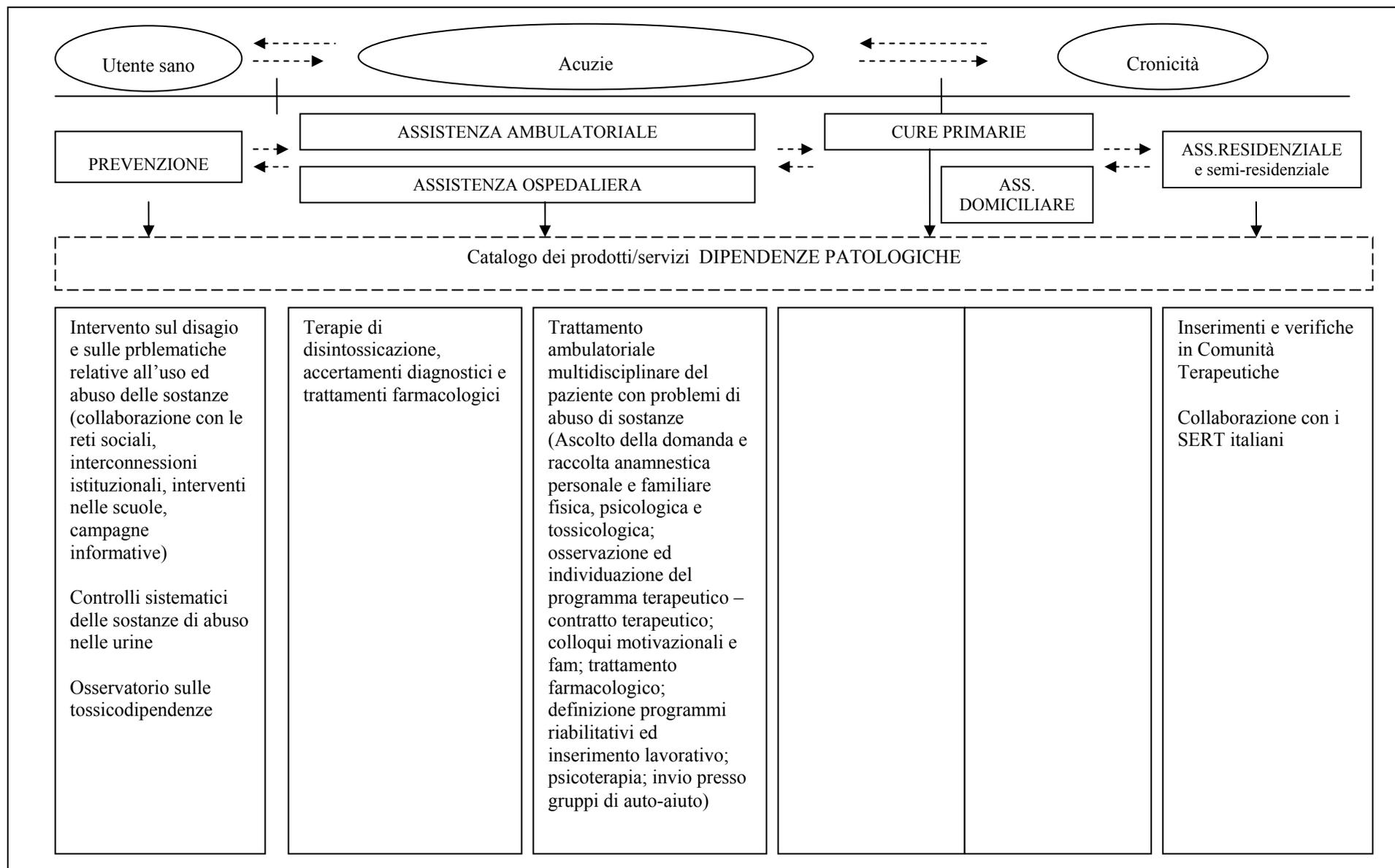


TABELLA 7 : Catalogo dei prodotti/servizi DIPENDENZE PATOLOGICHE

2. PRODOTTI/SERVIZI PER AREA

I prodotti/servizi, erogati attualmente all'interno delle strutture sanitarie e socio-sanitarie dell'ISS, verranno sviluppati nelle seguenti aree:

- **Prevenzione**
- **Assistenza Ospedaliera e Specialistica**
- **Cure Primarie**
- **Assistenza Domiciliare Territoriale**
- **Cure Intermedie**
- **Assistenza Residenziale e Semiresidenziale**
- **Assistenza Farmaceutica**

PREVENZIONE

All'interno del Servizio di Igiene ambientale operano attualmente le seguenti Unità Operative:

Tutela dell'ambiente naturale e costruito

Vengono svolgono attività di pubblico interesse in relazione agli scarichi idrici, le emissioni in atmosfera, i rifiuti e i campi elettromagnetici.

Vengono garantiti i seguenti prodotti/servizi:

_ istruzione delle domande di autorizzazione agli scarichi in ambiente o in fognatura di reflui idrici, di emissione in atmosfera da insediamenti produttivi, di valutazioni igienico sanitarie, della raccolta, detenzione e smaltimento di rifiuti, di installazione di sorgenti di campi elettromagnetici e di valutazione di impatto ambientale di insediamenti edilizi;

_ istruzione, per il parere di competenza, delle pratiche degli avvii di produzione delle nuove attività produttive e di servizio;

_ valutazione tecnica e vigilanza in materia di inquinamento ambientale chimico e fisico come pericolo e fattore di rischio per la salute umana, mediante sopralluoghi e campionamenti;

_ istruzione e segnalazione alla magistratura dei reati ambientali.

Medicina del Lavoro

Sono svolgono attività di pubblico interesse inerenti la tutela della salute nei luoghi di lavoro, vigilando sulla sorveglianza sanitaria a cui sono soggetti i lavoratori.

Sono erogati i seguenti prodotti/servizi:

- _ promozione, controllo e vigilanza sulla sorveglianza sanitaria, attuata sugli esposti a rischio nei luoghi di lavoro
- _ istruzione pratiche dei ricorsi presentati dai lavoratori, accertamenti e formulazione giudizio di idoneità alla mansione specifica con conferma, modifica o revoca del giudizio di inidoneità espresso dal medico del lavoro aziendale o dal medico del lavoro pubblico;
- _ istruzione di pratiche di segnalazione delle sospette malattie professionali e degli stati morbosi correlati al lavoro; consulenza specialistica nella valutazione dei casi di malattia professionale al fine del riconoscimento della pensione privilegiata.
- _ raccolta, elaborazione statistico-epidemiologica e divulgazione dei dati sanitari derivanti dagli accertamenti sanitari effettuati dai medici del lavoro, degli stati morbosi riconducibili alla attività lavorativa e delle malattie professionali riconosciute dagli organismi competenti
- _ emissione di provvedimenti di tutela nei confronti delle lavoratrici gestanti qualora sussistano situazioni di rischio per la salute della madre e/o del feto
- _ ispezione nelle aziende per verificare eventuali inosservanze delle norme di legge, in particolare in materia di sorveglianza sanitaria e dell'emanazione di prescrizioni attraverso processo verbale da inviare all'Autorità Giudiziaria.

Sicurezza del Lavoro

Sono svolte attività di valutazione dei pericoli e fattori di rischio in materia di sicurezza al fine di prevenire infortuni nei luoghi di lavoro e conseguenti danni alla salute dei lavoratori.

Vengono garantiti i seguenti servizi/prodotti:

- _ vigilanza programmata e di emergenza per verificare il rispetto delle norme inerenti la sicurezza antinfortunistica; prescrizioni e/o disposizioni in caso di inosservanze;
- _ informazione ed indirizzo in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro verso le associazioni di categoria, le aziende, i tecnici ed i lavoratori
- _ inchieste per infortuni sul lavoro in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria ed i Corpi della Polizia Civile e della Gendarmeria; elaborazione di specifici rapporti per la Magistratura.
- _ controlli in materia di sicurezza antinfortunistica per richieste di autorizzazioni preventive (avvii alla produzione, presidi diagnostici curativi ambulatoriali e case

di cura, licenze provvisorie, attività artigianali).

Igiene del Lavoro

Vengono svolte attività di valutazione dei pericoli e fattori di rischio chimico, fisico e biologico nei luoghi di lavoro al fine di prevenire malattie professionali e danni alla salute dei lavoratori.

I servizi/prodotti sono i seguenti:

- _ controllo e vigilanza nelle aziende produttive;
- _ campionamenti di inquinanti chimici e biologici, rilevazioni di livelli di rumore, di indici microclimatici, di vibrazioni, di parametri illuminotecnici in ambienti di lavoro;
- _ controllo ed istruzione per competenza delle pratiche riferite agli Avvii di Produzione;
- _ pareri sullo svolgimento di attività artigianali in immobili privi di specifica destinazione d'uso;
- _ valutazioni sull'idoneità di impianti tecnologici funzionali alla produzione;
- _ verifiche sull'idoneità del personale, delle attrezzature e delle procedure in operazioni di rimozione e trattamento di materiale contenente amianto;
- _ verifica e controlli, relativamente alla normativa riguardante la direttiva cantieri con particolare riferimento alle problematiche di Igiene del Lavoro.

Laboratorio chimico

Vengono erogati i seguenti prodotti/servizi:

- _ analisi chimiche con periodicità definita, emergenze e su richiesta dell'utenza in concerto con il Servizio nell'adempimento delle norme vigenti su :
 - o alimenti di origine animale e vegetale
 - o ricerca di residui indesiderati negli animali d'allevamento, in taluni alimenti di origine animale e nei mangimi
 - o bevande
 - o acque destinate alla produzione di acqua potabile
 - o acque destinate al consumo umano
 - o acque di piscina
 - o percolati di discarica
 - o reflui dei depuratori
 - o scarichi idrici di insediamenti produttivi
 - o rifiuti
 - o fanghi

- o terreni per verifica di eventuali contaminazioni

Laboratorio biologico

Vengono erogati i seguenti prodotti/servizi:

_ analisi microbiologiche su alimenti, bevande, acque potabili e minerali, sia per enti istituzionali che per associazioni e singoli cittadini.

_ analisi microbiologiche con periodicità definita su:

- o acque superficiali destinate alla produzione di acque potabili
- o acque destinate al consumo umano;
- o alimenti matrici di origine animale,
- o sierodiagnosi veterinaria

Servizio veterinario – Igiene alimenti e bevande

Sono svolte attività di pubblico interesse inerenti la tutela della salute pubblica in relazione all'igiene urbana, sanità animale e igiene degli alimenti. Il Servizio Veterinario eroga prodotti /servizi all'interno delle seguenti aree funzionali

Sanità animale

_ piani di profilassi obbligatoria nei confronti delle principali malattie infettive su bovini, equini, suini, ovicaprini;

_ diagnosi e cura delle malattie degli animali da reddito;

_ gestione informatizzata dell'anagrafe degli animali da reddito;

_ controllo sulla importazione, detenzione, vendita, somministrazione dei farmaci per uso veterinario.

_ rilascio Autorizzazione Sanitaria ai mezzi di trasporto per animali vivi.

Area Ispezione degli alimenti

_ controllo sulle filiere produttive degli alimenti.

_ prelievi ed esami per la ricerca di residui (farmaci ed ormoni) e contaminanti ambientali sugli animali allevati in territorio.

_ controlli sulle carni fresche importate

_ vigilanza sulla produzione, distribuzione, trasformazione, somministrazione, commercializzazione di alimenti e bevande;

_ istruzione di pratiche relative al rilascio dell'Autorizzazione Sanitaria dei locali e dei mezzi di trasporto per i quali ne è previsto il possesso;

_ rilascio del bollo CEE per gli stabilimenti sammarinesi che esportano in ambito comunitario.

_ vigilanza sui sottoprodotti di origine animale.

Area di Igiene urbana

_ gestione informatizzata dell'anagrafe canina, attraverso l'identificazione e l'iscrizione dei cani detenuti in territorio; profilassi antirabbica obbligatoria; controllo sugli animali morsicatori.

_ censimento e la successiva sterilizzazione dei gatti randagi.

ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA

L'assistenza ospedaliera e specialistica è attualmente garantita dalle seguenti Divisioni/Servizi (è stata mantenuta l'organizzazione per dipartimenti in attesa di una organica riorganizzazione in dipartimenti).

Pronto Soccorso

Il prodotti /servizi che vengono erogati nell'ambito del PS sono i seguenti:

- Servizio di emergenza/urgenza sanitaria sul territorio
- Servizio di ambulanze per trasporto primario e secondario
- Accettazione e trattamento dei pazienti in emergenza, urgenza indifferibile, urgenza differibile e di pazienti che si presentano spontaneamente e non hanno carattere d'urgenza
- Osservazione breve
- Ricovero da Pronto Soccorso
- Accettazione ospedaliera
- Guardia interna per i pazienti ricoverati nei reparti internistici
- visite di controllo e medicazioni nelle patologie di pertinenza.

Anestesia, Terapia Intensiva e Terapia Antalgica

Vengono svolte attività assistenziali intensive in reparto monitorizzato per il trattamento del paziente critico, attività anestesiologicala, attività antalgica.

I prodotti/servizi sono erogati all'interno delle seguenti sezioni:

ANESTESIA

- _ Valutazione e assistenza pre-anestesiologicala in reparto e ambulatorio di anestesiologicala
- _ Anestesia nelle specialità varie specialità chirurgiche
- _ Anestesia in Chirurgia d'urgenza
- _ Algo-sedazione in Endoscopia Diagnostica e Operativa, in Gastroenterologia, in Odontostomatologia, in Radiologia, in Fluorangiografia, in Cardiologia
- _ Consulenza anestesiologicala e posizionamento di devices per le sindromi

dolorose acute e post-operatorie

RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

- _ Trattamento rianimatorio ed intensivistico del paziente critico
- _ Terapia intensiva post-operatoria
- _ Trattamento del paziente critico intraospedaliero
- _ Guardia Interna Attiva per i pazienti ricoverati in ambiente chirurgico
- _ Assistenza Rianimatoria in Cardiologia, Allergologia, Pronto Soccorso
- _ Cateterismo Venoso Centrale
- _ Trasporto Medicalizzato del paziente critico con Centro Mobile di Rianimazione

SERVIZIO DI TERAPIA ANTALGICA

A livello ambulatoriale :

- _ Visita Ordinaria o Urgente
- _ Terapie mediche
- _ Trattamenti Ionoforetici
- _ Terapie Infiltrative (intra-articolari, peridurali, faccette articolari, blocchi nervosi)
- _ Controllo ed adattamento parametri neurostimolazione midollare
- _ Controllo e rifornimento pompe per infiltrazione intratecale di analgesici

A livello di ricovero:

- _ Gestione, cura e monitoraggio per pazienti sottoposti a posizionamento di cateteri spinali (peridurali e subaracnoidei)
- _ Test spinali ed endovena
- _ Sostituzione di neuro-pace maker
- _ Sostituzione di pompe per infiltrazione intratecale
- _ Blocchi del simpatico post-gangliare, del ganglio stellato, del simpatico lombare
- _ Impianto di port-a-cath venosi centrali e spinali

In ambito chirurgico

- _ Neurorolisi celiacale splacnica
- _ Denervazioni delle faccette articolari lombari
- _ Tecniche di neuromodulazione: peridurali lombari e transforaminali, blocchi peridurali selettivi
- _ Interventi sul trigemino: termorizotomia trigeminale a radiofrequenza e compressione percutanea del ganglio del Gasser

- _ Simpaticolisi chimica lombare
- _ Posizionamento di neurostimolatori spinali
- _ Neurostimolazione diretta radicolare e periferica
- _ Posizionamento di pompe (totalmente impiantabili) per infusione intratecale continua di analgesici e baclofene
- _ Impianto di port-a-cath spinali e vascolari

Terapia semi-intensiva e cardiologia

Il servizio eroga i seguenti servizi:

- _ ricovero ordinario (ricovero e trattamento delle sindromi coronariche acute; scompenso cardiaco ed aritmie; posizionamento di Pace-Maker e Defibrillatori; trattamento dei pazienti nel post-operatorio; gestione ed esecuzione delle indagini emodinamiche)
- _ ricovero in DH (pazienti con scompenso refrattario; ecocardiografia transesofagea, Cardioversione elettrica con Dc shock o tramite sondino transesofageo, studi elettrofisiologici endocavitari e transesofagei)
- _ Visite cardiologiche;
- _ Esami (Ecocardio, Eco doppler carotideo, Tilt test, Test da sforzo, Controllo Pace Maker, Applicazione Holter, Elettrocardiogrammi)

Medicina Generale e Ambulatorio Medicina Generale

Eroga i seguenti prodotti/servizi:

- _ Diagnosi e trattamento delle varie patologie in regime di ricovero o day-hospital
- _ Procedure diagnostiche cliniche
- _ visite di medicina generale

Geriatrics

- _ Ricovero ordinario ed in DH
- _ Visite geriatriche
- _ Valutazione di polipatologie in medicina geriatrics
- _ Valutazione Cognitiva
- _ Lettura e Valutazione MOC (Mineralometria Ossea Computerizzata)
- _ diagnosi Osteoporosi-Osteopenia (Densitometria ossea)

Onco-Ematologia

_ Ricovero in Day-Ospital:

- o Diagnosi e trattamento delle varie patologie neoplastiche in regime di day-hospital
- o Chemioterapie antitumorali
- o Terapie idratanti e nutrizionali
- o Studio delle patologie emolinfoproliferative
- o Assistenza psicologica
- o Procedure diagnostiche cliniche ed invasive (toracentesi , paracentesi, biopsie osteo-midollari...)

_ Visite oncologiche ed ematologiche ordinarie ed urgenti

Gastroenterologia ed endoscopia digestiva

Vengono erogate i seguenti prodotti/servizi:

_ Visite Gastroenterologiche ed Epatologiche

_ Consulenze in reparti

_ Esami (Ecografie epatiche; Esofagogastroduodenoscopia; Colonscopia; Rettoscopia; Biopsie epatiche; Endoscopia d'urgenza)

_ Terapie (Posizionamento di PEG; Polipectomie; Endoscopia terapeutica; Asportazione di corpi estranei; Sclerosi di varici esofagee)

Pneumologia

Vengono erogate i seguenti prodotti/servizi:

_ Visite Pneumologiche

_ Visite per ossigenoterapia

_ Consulenze in reparto

_ Esami (Spirometrie; Diffusione alveolocapillare; Test alla Metacolina; Emogasanalisi; Valutazione Funzionale Pre-operatoria; Polisomnografia notturna; Mantoux; Lavaggio Broncoalveolare; Broncoscopia; Biopsia; Ago aspirato transbronchiale; Ago aspirato transtoracico)

Endocrinologia

_ Visite endocrinologiche (Malattie della Tiroide, Disordini del Metabolismo Generale, Malattie del Metabolismo Osseo, Patologia Ipofisaria, Patologia Surrenalica ed Ipertensione Endocrina, Disordini del Ciclo Mestruale e Patologie

delle Gonadi, Tumori Endocrini e Neuroendocrini)

Diabetologia

- _ Visite Diabetologiche
- _ Esami (Prelievi Ematici; Curva da carico di glucosio; Test ACTH-Cortisolo; Holter Glicemia)
- _ Podologia (valutazione Podologica, Medicazioni)

Obesità Patologiche

Visite ambulatoriali per obesità patologiche con BMI > 35 oppure BMI > 30 con complicanze d'organo (valutazione Antropomorfica, diagnosi di patologie correlate, valutazione per Terapia Dietetica, Valutazione per Terapia Chirurgica Bariatrica)

Nefrologia ed Emodialisi

Nell'ambito delle attività dialitiche sono erogati i seguenti prodotti/servizi:

- _ Visita Medica Specialistica
 - _ Trattamento Emodialitico
 - _ Trattamento Emodialitico per pazienti in soggiorno temporaneo (esterni)
- I servizi/prodotti erogati in ambito ambulatoriale sono i seguenti:
- _ Prima Visita Ordinaria o Urgente per pazienti con nefropatie
 - _ Follow-up in pazienti con I.R.C.
 - _ Consulenza in reparti
 - _ Valutazione fistola per inserimento paziente in trattamento dialitico
 - _ Medicazioni

Neurologia

(anche se attualmente è ricompresa nel Servizio Neuro-Psichiatrico è inserita in questo ambito per una maggior attinenza con le attività mediche ospedaliere e specialistiche)

E' garantita la gestione dei pazienti affetti da patologie neurologiche (cefalea, epilessia, Parkinson, traumi, sclerosi multipla e neuroimmunologia, malattie-traumi e tumori del sistema nervoso periferico, patologie vascolari) attraverso un servizio ambulatoriale quotidiano e consulenze nei reparti ospedalieri. Il Servizio neurologico garantisce una reperibilità medica di 24 ore su 24.

Vengono erogati i seguenti prodotti/servizi:

- _ visite neurologiche (programmate ed urgenti)
- _ consulenza neurologica nei reparti e servizi dell'ISS
- _ elettroencefalogramma (EEG) adulti, EEG bambini e poligrafia immaturi;
- _ potenziali evocati visivi, acustici, somestesici, vestibolari;
- _ elettromiografia;
- _ terapia con tossina botulinica
- _ blocchi periferici selettivi
- _ test dell'acido lattico

Chirurgia

I prodotti/servizi vengono erogati all'interno delle seguenti divisioni

CHIRURGIA GENERALE

- _ Diagnosi e trattamento delle varie patologie in regime di ricovero o day-hospital
- _ Assistenza pre e post-operatoria
- _ Procedure diagnostiche cliniche e strumentali (eco-doppler, manometria, biopsie)
- _ Interventi di chirurgia (in elezione, urgenza ed emergenza) Digestiva, Toracica, Endocrinologia, urologica, Vascolare, di Plastica ricostruttiva, Bariatrica
- _ Interventi in day-surgery
- _ Visite (Chirurgia Generale, Urologia, Chirurgia Vascolare, Visite Proctologiche, Chirurgia Plastica)

ORTOPEDIA

Vengono erogati i seguenti prodotti/servizi:

- _ Ricoveri ordinari e in day-hospital
- _ Interventi di chirurgia riguardanti:
 - o Chirurgia della mano con particolare riferimento alla patologia traumatica e degenerativa del polso e del carpo
 - o Patologia nervosa periferica compressiva
 - o Patologia acquisita della mano per artrite reumatoide e patologia artrodegenerative in genere
 - o Artroscopia di polso diagnostica e chirurgica
 - o Microchirurgia vascolare e nervosa
 - o Chirurgia ricostruttiva per deformità congenite

- Chirurgia artroscopica del ginocchio
- Chirurgia ricostruttiva per lesioni del legamento crociato anteriore e posteriore
- Chirurgia riparativa per le lesioni della cartilagine con tecniche di autotrapianto cartilagineo di cellule autologhe coltivate in laboratorio
- Chirurgia protesica di anca e ginocchio
- Chirurgia del piede
- Traumatologia degli arti

_ Visite Ortopedica Ordinarie ed Urgenti

_ Consulenza in reparti

_ Terapie (Bendaggi funzionali, Apparecchi gessati, Applicazione di tutori in termoplastica, Medicazioni, Infiltrazioni, Ozonoterapia)

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Eroga prodotti/servizi per la salute della donna e percorso nascita (vedi tabella del catalogo prodotti relativa a SALUTE DELLA DONNA E PERCORSO NASCITA)

Pediatria

Eroga prodotti/servizi per l'infanzia e l'età evolutiva (vedi tabella del catalogo prodotti relativa a INFANZIA ED ETÀ EVOLUTIVA)

Medicina Specialistica (oftamologia sociale, otorinolaringoiatra, dermatologia, allergologia, medicina dello sport, dietologia, odontoiatria)

OFTAMOLOGIA SOCIALE

_ Visite (Visite Oculistiche ordinarie e urgenti; Consulenze in reparti; Screening in età neonatale e pediatrica; Visite oculistiche per pazienti diabetici; Visite oculistiche per patente; Visite oculistiche per idoneità al lavoro; Visite ortottiche)

_ Esami (Fluoroangiografie; Foto nervo ottico; Mappe Corneali; Campi Visivi; Schermo di Hess; Curve Monometriche; Carichi Idrici; Pachimetria e conta cellule endoteliali)

_ Terapia (Interventi di PRK - cheratectomia fotorefrattiva; Laserterapia; Medicazioni)

OTORINOLARINGOIATRIA

_ Visite ordinarie ed urgenti

- _ Consulenze nei reparti
- _ Esami (Refertazione di esami Audiometrici; Refertazione di esami Impedenziometrici)

DERMATOLOGIA

- _ Visite Dermatologiche Ordinarie ed Urgenti
- _ Consulenze in reparti
- _ Controlli e follow-up nevi
- _ Esami (Test epicutanei)
- _ Terapie (Piccola chirurgia ambulatoriale; Crioterapia)

ALLERGOLOGIA

- _ Visite ordinarie e urgenti
- _ Consulenza nei reparti
- _ Esami – Test (Diagnosi delle allergie respiratorie mediante Test cutanei; Prick test; Misurazione del Picco di Flusso Espiratorio e monitoraggio domiciliare dello stesso con misuratore in concessione al paziente; Somministrazione di Terapia Iposensibilizzante Specifica per via sottocutanea; Diagnosi delle allergie alimentari; Prick by prick con alimento fresco; Test intradermico con siero autologo per diagnosi dell'Orticaria Autoimmune; Diagnosi delle allergie cutanee da contatto; Patch test; Diagnosi di allergie a farmaci; Test intradermici; Test di tolleranza; Ricerca del farmaco alternativo nei soggetti plurisensibilizzati)

MEDICINA DELLO SPORT

- _ Visite Specialistiche agonistiche (ECG a riposo e da sforzo, Spirometria...)
- _ Consulenza traumatologica
- _ Valutazione funzionale dell'atleta
- _ Antidoping

DIETOLOGIA

Vengono erogati i seguenti servizi/prodotti:

- _ dietoterapia e di educazione alimentare per gli utenti dell'Ospedale, del Centro Diabetologico, dell'Ambulatorio Obesità Patologiche, dei Centri Sanitari e della Casa di Riposo;
- _ predisposizione di menù equilibrati e stagionali per gli Asili-Nido, le Scuole d'Infanzia ed Elementari, verificando altresì il lavoro degli Addetti di cucina attraverso periodici controlli.
- _ informazione ed indirizzo nutrizionale sul territorio attraverso i media,

formazione professionale per il personale operante nelle cucine delle strutture I.S.S. e scolastiche.

ODONTOIATRIA

Svolge attività di prevenzione nelle scuola e attività ambulatoriale

In ambito di prevenzione eroga i seguenti prodotti/servizi:

- _ Visita di controllo
- _ Educazione sanitaria e prevenzione dentale

A livello ambulatoriale eroga i seguenti servizi:

- _ Prima visita ordinaria ed urgente
- _ Visita di controllo
- _ Radiografie orali
- _ Cure conservative
- _ Estrazioni
- _ Piccola Chirurgia Orale
- _ Prestazioni per pazienti Casa di Riposo e Ospedalizzati
- _ Prestazioni in pazienti a rischio (cardiologico, coagulativo,...)
- _ Consulenza chirurgica, ortodontica e gnatologica pre-invio in strutture esterne

Diagnostica per Immagini

Vengono svolte tutte le attività di Diagnostica Radiologica Convenzionale e Digitale, Mammografia, TAC, Ecografia.

I servizi/prodotti suddivisi nelle seguenti sezioni

DIAGNOSTICA RADIOLOGICA CONVENZIONALE E DIGITALE:

- _ Rx (segmenti ossei, morfodinamica del rachide, torace, addome)
- _ Esofago-Stomaco-Duodenografia
- _ Clisma opaco a doppio contrasto; Clisma del tenue
- _ Urografie; Cistografie

MAMMOGRAFIA

- _ Screening mammografico per tutte le donne di età superiore ai 35 anni
- _ Esame mammografico su richiesta del medico curante

TAC DIAGNOSTICA ED INTERVENTIVA

- TAC (cerebrale, massiccio-facciale, collo, torace, addome, pelvi, arti)
- TAC total-body
- Biopsie

ECOGRAFIA DIAGNOSTICA ED INTERVENTIVA

- Eco (collo, parete toracica, addominale, pelvica, parti molli, mammella, prostatica trans-rettale)
- Eco-Doppler
- Ago aspirati

Laboratorio Analisi / Centro Trasfusionale

LABORATORIO ANALISI

Vengono erogati i prodotti/servizi all'interno dei seguenti settori:

Settore Laboratorio

- _ Esami di chimica clinica Elettroforesi
- _ Esame standard delle urine
- _ Farmacologia e tossicologia
- _ Sierologia
- _ Esami di ematologia e coagulazione
- _ Unità operativa di Immunometria
- _ Esami di immunologia
- _ Marcatori tumorali
- _ Ormoni
- _ Marcatori virali
- _ Allergologia

Settore Microbiologia

- _ Esami microbiologici morfologici e colturali
- _ Antibiogrammi
- _ Esami chimico-fisici e colturali di liquidi organici
- _ Spermigrammi

CENTRO TRASFUSIONALE

Il servizio esegue:

- _ Salasso dei Donatori
- _ Procedure terapeutiche (salassi, terapie endovenose)
- _ Autotrasfusioni
- _ Spikes della prolattina
- _ Gestione delle scorte di emocomponenti ed emoderivato
- _ Tipizzazione immunoematologica
- _ Prove di compatibilità

CURE PRIMARIE

Servizio Medicina di Base

Il Servizio dirige e coordina l'attività della Medicina di Base, predisponendo i progetti di educazione sanitaria ed effettuando visite, esami e certificazioni sanitarie.

L'attività si articola in:

- > coordinamento dei Centri Sanitari
- > visite e controlli pazienti
- > certificazioni sanitarie e rilascio del libretto sanitario
- > servizio vaccinazioni
- > esami audiometrici
- > visite donatori

Centri Sanitari

Vengono svolte visite da parte dei MMG ai propri assistiti

Servizio Infermieristico

Servizio infermieristico presso Centri Sanitari: effettua attività di assistenza infermieristica presso i Centri e al domicilio dell'assistito. L'attività infermieristica comprende: prelievi ematici, terapia intramuscolare, lavaggi auricolari, medicazioni, terapia endovenosa e fleboclisi, elettrocardiogrammi, assistenza medico-specialistica, vaccino terapia, rilevazioni parametri vitali, curve da carico glucosio, esami rapidi con stick sulle urine e sul sangue per glicemia, prove intradermiche. Conserva e trascrive le cartelle e le ricette.

Prestazioni infermieristiche a domicilio: si accede al servizio su richiesta del Medico di Base.

Vengono eseguite medicazioni, prelievi ematici, cambio di cateteri vescicali, terapie parenterali (intramuscoli ed endovenose), misurazione della pressione arteriosa.

ASSISTENZA DOMICILIARE TERRITORIALE

I prodotti/servizi sono erogati dal Servizio Domiciliare Territoriale, il quale è articolato nei seguenti ambiti

SERVIZIO DOMICILIARE

- Mobilizzazione (Aiuto nell'alzata e messa a letto dell'utente; Interventi di prevenzione delle piaghe da decubito, modificando la posizione di

- coricamento, anche avvalendosi degli ausili ritenuti più opportuni; Assistenza e aiuto nella deambulazione, mobilitazione, vestizione e nella gestione delle attività quotidiane, anche avvalendosi degli ausili ritenuti opportuni)
- Igiene e cura della persona (Interventi, ad aiuto o sostegno, nelle operazioni di igiene personale quotidiana)
 - Igiene e cura degli ambienti di vita (Attività di supervisione o di intervento diretto per il mantenimento di idonee condizioni igienico-sanitarie dell'ambiente di vita; segnalazione immediata dei bisogni strutturali dell'abitazione.)
 - Alimentazione (Aiuto o controllo nella preparazione o assunzione dei pasti)
 - Fornitura spesa (Consegna della spesa commissionata dall'utente; gestione della dispensa, eventuale accompagnamento dell'utente a fare la spesa.)
 - Controllo e sorveglianza delle condizioni dell'Utente, anche con sistemi di monitoraggio e reperibilità a distanza, avvalendosi di idonee strumentazioni telematiche (es. telesoccorso, telecontrollo)
 - Formazione (Supporto, Supervisione e trasmissione delle tecniche di intervento ai famigliari e/o alle assistenti private "Badanti")
 - Relazioni sociali (Attività di stimolo per il mantenimento delle relazioni sociali e di supporto al mantenimento delle reti relazionali, Attività per la prevenzione e il mantenimento delle residue capacità psicofisiche, Sostegno alle famiglie con supporto psicologico ed attivazione interventi di sollievo, Espletamento di attività di segretariato sociale, in rapporto con l'esterno, quali lo svolgimento pratiche burocratiche per accompagnamenti ecc., Pratiche di ascolto emotivo)
 - Monitoraggio/rapporti con medici e somministrazione delle terapie (Somministrazione e supervisione, dietro prescrizione medica, dei Farmaci; Rapporti con medici di base ed ospedalieri/caposala/referenti servizi sanitari)
 - Valutazione dello stato di bisogno e autosufficienza (Somministrazione di scale per la determinazione del grado di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane e le condizioni di autosufficienza)
 - Trasporto Protetto (Accompagnamento presso i Medici di Base e presidi ospedalieri e sanitari, Accompagnamento al Centro Diurno o al Centro Ricreativo)
 - Dimissioni protette (Organizzazione del rientro a domicilio per quei soggetti "fragili" che in assenza di un adeguato supporto di reti famigliari hanno la

necessità dell'intervento del servizio sociale per la gestione della convalescenza e della permanenza a domicilio, su invio della caposala di alcuni reparti ospedalieri)

- Attività di accoglienza (Fornire le informazioni sulle differenti possibilità di risposta istituzionale e extraistituzionale; Fornire le informazioni sulle modalità e procedure di percorso per l'accesso ai servizi; Consegna della modulistica; Valutazione delle emergenze; Ascolto attivo telefonico)

SEMI-RESIDENZIALE

- Trasporto protetto
- Alimentazione
- Attività ricreative e di animazione
- Riattivazione
- Relazioni sociali
- Monitoraggio e somministrazione delle terapie
- Cura del corpo
- Assistenza infermieristica
- Valutazione dello stato di bisogno e autosufficienza

CIRCOLO RICREATIVO

- Attività ricreative e di animazione
- Riattivazione
- Relazioni sociali

CURE INTERMEDIE

Riabilitazione e lungodegenza/hospice

I servizi/prodotti erogati dal Servizio di Terapia Fisica e Riabilitazione sono i seguenti:

ATTIVITA' AMBULATORIALE

- _ Visita Fisiatrica Ordinaria Urgente
- _ Controllo
- _ Consulenza in reparti
- _ Terapie (Medicazioni, Infiltrazioni, Manipolazioni, Mesoterapia, Terapia manuale)

ATTIVITA' IN PALESTRA

- _ Trattamenti con bacinelle galvaniche
- _ Elettroterapia

- _ Ionoforesi
- _ Ultravioletti ed Infrarossi
- _ Massoterapia
- _ Chinesiterapia
- _ Trazioni vertebrali
- _ Paraffinoterapia
- _ Laserterapia
- _ Magnetoterapia
- _ TENS
- _ Rieducazione posturale globale
- _ Isocinetica
- _ Ultrasuoni
- _ Ginnastica correttiva
- _ Riabilitazione neurologica, ortopedica, geriatrica, reumatologica

Per quanto riguarda la lungodegenza e l'hospice non è presente una U.O. strutturata, ma le attività specifiche sono svolte nell'ambito dei vari servizi ospedalieri e residenziali dell'ISS.

ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

L'assistenza residenziale e semiresidenziale è garantita attraverso l'erogazione di prodotti/servizi all'interno del Servizio Minori (residenziale - specificato nel catalogo prodotti MINORI), Servizio Anziani (residenziale - specificato nel catalogo prodotti ANZIANI) e Servizio Domiciliare Territoriale (semi-residenziale - specificato nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Territoriale).

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Assistenza Farmaceutica Ospedaliera

- Approvvigionamento, controllo e distribuzione di farmaci, ausili medici e materiali di supporto alle attività diagnostiche, per l'utilizzo in ambito ospedaliero, in regime di ricovero e ambulatoriale.
- Approvvigionamento, controllo e distribuzione di farmaci, ausili medici e altri prodotti sanitari, per l'impiego sia in fase di dimissione dall'ospedale che in ambito domiciliare o residenziale
- Supporto farmaceutico nei programmi di vaccinazione, cure palliative, nutrizione domiciliare e altre forme di assistenza domiciliare

- Supporto, analisi e valutazioni sulle attività e sulle prescrizioni farmaceutiche.
- Revisione periodica prontuario farmaceutico
- Collaborazione in programmi di informazione ed aggiornamento con il personale sanitario e socio-sanitario al fine di realizzare percorsi terapeutici appropriati e condivisi, di qualificare la prescrizione e ottimizzare l'uso delle risorse.

Farmaceutica sul Territorio

- Erogazione dell'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie pubbliche che dispensano, sia gratuitamente per prodotti in gamma prescritti dai medici dell'ISS sia a pagamento per prodotti al di fuori della gamma farmaceutica, medicinali, prodotti dietetici, ausili medici ed altri prodotti sanitari.

5 Gli strumenti del sistema

La riorganizzazione dell'ISS

Per garantire il raggiungimento degli obiettivi del Piano è necessario completare la riforma dell'ISS avviata con la legge 165/2004 che prevede, tra l'altro una riorganizzazione dell'ISS per Dipartimenti. Premesso che la dimensione del "governo clinico" (clinical governance) deve coinvolgere tutti gli attori del processo assistenziale, è necessario prevedere un organismo specifico di presidio della clinical governance, che è da identificarsi nel Collegio di Direzione.

Dovranno essere previsti, in una prima fase, i seguenti dipartimenti:

- Dipartimento delle Attività Amministrative e Tecniche
- Dipartimento Salute Pubblica
- Dipartimento Socio-Sanitario e di Salute Mentale e di Cure Primarie
- Dipartimento Medicina Generale e Specialità Mediche
- Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche
- Dipartimento dei Servizi

Il governo clinico, le linee guida ed i percorsi assistenziali

Il governo clinico

Il governo clinico (clinical governance) può essere definito come "il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili". Rappresenta dunque il tentativo di avviare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, non solo intervenendo sulle singole decisioni cliniche per orientarle verso una migliore appropriatezza, ma facendo anche in modo che i sistemi assistenziali nel loro insieme siano orientati verso questo obiettivo. In questo senso si tratta di creare quelle condizioni che rendano possibile agire in modo coordinato e coerente sull'insieme dei determinanti della pratica clinica e della qualità di quest'ultima, attraverso la formazione dei professionisti, il monitoraggio dei processi assistenziali e dei loro risultati (audit clinico), la gestione dei rischi clinici implicati nell'assistenza sanitaria (risk management). E' inoltre necessario enfatizzare l'importanza del dialogo fra tutti i professionisti che operano in ambito sanitario e socio-sanitario per governarne il sistema anche attraverso linee guida e percorsi

assistenziali condivisi.

Le linee guida

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

Considerando che oggi linee-guida sui più importanti aspetti e problemi assistenziali sono ampiamente disponibili ed accessibili attraverso i diversi canali informativi, è opportuno acquisire le capacità critiche necessarie a valutare in che misura le linee-guida già disponibili siano sufficientemente valide dal punto di vista scientifico per essere prese in considerazione per una loro applicazione a livello locale. Questa impostazione, che non vuole in alcun modo incoraggiare un uso passivo di linee-guida fatte da altri, ma anzi vuole stimolare il massimo della valutazione critica nella loro contestualizzazione, favorisce anche la valorizzazione delle competenze, cliniche ed organizzative. Valorizzare queste competenze significa essenzialmente consentire che possano concentrarsi sugli aspetti applicativi delle raccomandazioni (quegli stessi aspetti che, come si è detto, oggi paiono trascurati), entrando nel merito sia delle implicazioni organizzative dei comportamenti clinici raccomandati, sia delle modalità da adottare per consentire agli operatori di valutare se effettivamente queste ultime consentono di raggiungere gli obiettivi desiderati. In questo senso si tratta di fare in modo che lo strumento (la linea-guida) abbia una impostazione coerente con il fine (il governo clinico).

Nelle fasi iniziali di applicazione del Piano va previsto lo sviluppo di almeno una linea guida per dipartimento che sia in coerente agli obiettivi di piano.

I percorsi assistenziali

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

Al fine di definire percorsi che comprendano tutti gli aspetti dell'assistenza (sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziale) e necessario che vi sia una multidimensionalità di azione che costituisce l'elemento di forza dei percorsi, venendo a costituire la base di un governo efficace ed efficiente di tutti i processi clinici ed organizzativi che

determinano la qualità dell'assistenza sanitaria.

Nelle fasi iniziali di applicazione del Piano va previsto lo sviluppo di almeno un percorso assistenziale per dipartimento che sia coerente agli obiettivi di piano.

L'autorizzazione, l'accreditamento e gli accordi

In un sistema complesso come quello sanitario e socio-sanitario, per garantire prestazioni in maniera equa e solidale, è necessario dotarsi di efficaci strumenti di “governo” che orientino l'organizzazione sanitaria verso la qualità. Uno degli strumenti utilizzati è l'accreditamento istituzionale. In questa ottica, la Legge 69/04 – “Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio ed all'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private” – ha posto le basi per garantire ai cittadini ed agli utenti “prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento continuo della qualità dei presidi sanitari e socio-sanitari, nonché lo sviluppo sistematico e programmato dei servizi sanitari e socio-sanitari pubblici”, allargando il raggio d'azione anche nei confronti del settore socio-educativo. Per raggiungere tali obiettivi San Marino ha scelto il percorso dell'accreditamento istituzionale, subordinato al possesso della autorizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi, e degli accordi di fornitura di servizi.

AUTORIZZAZIONE

L'autorizzazione garantisce che le attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative si svolgano in condizioni di piena sicurezza ed un adeguato livello di qualità per chiunque utilizzi strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative, da quelle più semplici, come alcuni ambulatori medici, a quelle più complesse, come gli ospedali.

La Legge 25 maggio 2004 n. 69 prevede due distinte fasi per l'autorizzazione, riguardanti:

1. la realizzazione della struttura;
2. l'esercizio delle attività svolte.

Per l'autorizzazione sono necessari i requisiti, previsti dal Decreto 5 maggio 2005 n. 70, i quali variano a seconda della complessità dell'organizzazione necessaria per esercitare l'attività.

La nuova legislazione stabilisce un procedimento per la verifica del possesso dei requisiti necessari, che si conclude con il rilascio di un provvedimento di autorizzazione all'esercizio da parte dell'Authority sanitaria.

In particolare, i nuovi provvedimenti hanno introdotto una serie di elementi innovativi, che riguardano in particolar modo:

- _ la definizione di nuovi requisiti autorizzativi che riguardano le strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative, ma anche gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente;
- _ l'estensione dell'autorizzazione non solo a tutte le strutture private ma anche a quelle pubbliche;
- _ la ridefinizione del percorso per l'autorizzazione di nuove strutture e delle modalità per l'adeguamento di quelle strutture già esistenti o già autorizzate;
- _ la vigilanza di studi professionali che, pur svolgendo attività sanitarie e/o occupandosi della "cura del corpo", non sono soggette ad autorizzazione per la tipologia delle prestazioni erogate, quali ad esempio le medicine non convenzionali (MnC) definendo, in questo ultimo caso, regole precise in riferimento ai titoli di studio necessari per poter esercitare. Per quanto riguarda le MnC è altresì operativo un protocollo in materia di passività deducibili – predisposto dall'Authority ai sensi dell'art. 42 della legge 16 dicembre 2004 n. 172 (legge finanziaria) – che istituisce, fra l'altro, un registro per i medici e sanitari che praticano le MnC .

In particolare l'ISS, in base al piano Sanitario e Socio-sanitario dovrà indicare quali sono le aree critiche sulle quali intervenire e dovrà proporre le soluzioni e la tempistica per l'adeguamento strutturale, impiantistico ed organizzativo (es. emergenza e urgenza, blocco operatorio, ambulatori chirurgici e day surgery, day hospital).

ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

L'accREDITAMENTO istituzionale è un processo attraverso il quale organismi governativi riconoscono a determinate strutture, o professionisti, la possibilità di erogare prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale sulla base di criteri di qualità definiti dalla normativa pubblica.

L'organizzazione sanitaria sammarinese complessiva ha una connotazione di sistema ed ogni elemento del sistema deve possedere criteri oggettivi di qualità determinati dalle norme in materia di autorizzazione e accreditamento. In particolare, una volta autorizzate, le strutture, per poter erogare servizi per conto del Servizio Sanitario Nazionale, devono possedere, oltre ai requisiti minimi per l'autorizzazione, ulteriori requisiti che garantiscano elevati livelli di qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. E' importante evidenziare che anche le strutture pubbliche dovranno adeguarsi al sistema di accreditamento.

Possono essere identificati alcuni criteri generali per l'accreditamento:

- Coerenza con le scelte della programmazione, sulla base della domanda di salute espressa dalla popolazione di riferimento e del livello di offerta esistente per le varie tipologie di prestazioni;
- Adeguatezza qualitativa e quantitativa delle dotazioni strumentali, tecnologiche e amministrative;
- Equilibrio tra volume di prestazioni erogabili e potenzialità della struttura;
- Congruietà delle professionalità presenti con la tipologia delle prestazioni erogabili;
- Presenza di un sistema informativo connesso con quello nazionale; presenza di un idoneo sistema per il controllo ed il miglioramento continuo della qualità.

Si evince dunque che il processo di accreditamento potrà essere messo in atto solo dopo l'emanazione del Piano Sanitario e Socio-sanitario.

L'accreditamento si fonderà principalmente sui seguenti aspetti:

- _ POLITICA di qualità ed efficienza della azienda e della singola struttura: esplicitazione e diffusione di mission (la ragion d'essere, il motivo per cui un'organizzazione esiste), vision (le sfide di lungo termine dell'organizzazione) ed obiettivi generali (obiettivi che debbono essere specifici, misurabili, accettabili, orientati ai risultati, temporizzati);
- _ PIANIFICAZIONE della gestione: attribuzione di responsabilità e risorse; definizione di un piano annuale, individuazione di standard di qualità per le principali prestazioni erogate ("standard di prodotto");
- _ COMUNICAZIONE interna (volta a garantire che i principi fondamentali dell'organizzazione, gli obiettivi che si prefigge e quanto ha pianificato per raggiungerli siano compresi, condivisi, diffusi) ed esterna (trasparenza delle caratteristiche del servizio, Carta dei Servizi ed altri strumenti informativi);
- _ STRUTTURA (layout, fabbricati): gestione in sicurezza delle Strutture;
- _ ATTREZZATURE (impianti, apparecchiature): programmazione degli acquisti, inventario, manutenzione e gestione delle Attrezzature;
- _ FORMAZIONE del personale: valutazione delle competenze, piani di affiancamento per nuovi assunti, Piano della Formazione, programmazione e valutazione della formazione;
- _ SISTEMA INFORMATIVO (informazione, sistema di comunicazione) per la gestione dei dati e dei documenti;
- _ PROCEDURE GENERALI (gestione dei principali processi operativi): visibilità del corretto svolgimento delle attività tramite Procedure formalizzate che definiscano "Chi fa cosa? Con quali responsabilità?";

- _ VERIFICA DEI RISULTATI rispetto a quanto pianificato (adeguatezza del sistema, risultati/obiettivi);
- _ MIGLIORAMENTO (ricerca di opportunità, gestione dei progetti): si riferisce all'insieme delle azioni intraprese dalla struttura per accrescere l'efficacia e l'efficienza delle attività e dei processi e apportare benefici ulteriori alla struttura stessa e ai suoi utenti, anche in base ai dati emersi nella verifica.

Per avviare il percorso di accreditamento delle strutture pubbliche è necessario prevedere, all'interno dell'ISS, Referenti per la Qualità che sviluppino le necessarie competenze per facilitare l'accreditamento sia delle Unità Operative e dei Dipartimenti sia di processi e percorsi assistenziali.

GLI ACCORDI

Gli accordi che l'ISS può stipulare con le strutture accreditate consentono di integrare volumi di attività/prestazioni necessari per completare l'offerta in base al bisogno evidenziato dal profilo di salute. Tuttavia è evidente che, considerate le ridotte dimensioni di San Marino, è necessaria un'integrazione con l'estero, ed in particolare con le regioni italiane a noi limitrofe, entrando quindi nell'ottica della "rete" nella rete, consentendo anche uno scambio di prestazioni in un sistema più allargato.

Gli accordi con le regioni limitrofe dovrebbero rivestire una dimensione strategica che preveda non solo e non tanto lo scambio di prestazioni ma anche e soprattutto uno sviluppo integrato dei sistemi sanitari e sociosanitari comprendendo anche la possibilità di progetti comuni anche in termini di formazione e partecipazione all'attività di diagnosi e cura.

Ricerca, innovazione e sperimentazione

o La ricerca biomedica e biotecnologica

Per fornire una risposta sempre più adeguata ed efficace ai bisogni correlati alla salute è necessario un continuo miglioramento delle tecniche di cura utilizzate e una continua innovazione dei mezzi di supporto utilizzati per la diagnosi e la cura delle patologie.

I forti progressi compiuti dalla medicina negli ultimi decenni nascono in gran parte dalla forte integrazione che si è creata tra le discipline tecnico-scientifiche e quelle mediche e assistenziali. La bioingegneria e le biotecnologie hanno infatti fornito nuovi strumenti alla medicina per la diagnosi e la cura delle patologie.

I passi avanti compiuti dalla ricerca biomedica negli ultimi decenni hanno permesso di intraprendere nuove strade diagnostiche e terapeutiche o di approfondire la conoscenza di patologie e meccanismi fisiologici fino ad ora poco conosciuti.

In tale ambito risulta di particolare interesse l'impiego di cellule staminali adulte, la cui versatilità e potenza dal punto di vista delle applicazioni a scopo terapeutico è già stata ampiamente dimostrata.

Risulta quindi particolarmente importante incentivare un crescente impiego di risorse umane ed economiche per lo sviluppo della ricerca biomedica, indirizzata in modo specifico ad uno studio più approfondito dei meccanismi di differenziazione delle cellule staminali adulte. Lo studio di tali meccanismi consente infatti di comprendere le alterazioni alla base di un vasto numero di patologie (quali ad esempio i processi tumorali). Un'altra importante applicazione delle cellule staminali consiste nel loro utilizzo per la cosiddetta ingegneria dei tessuti (ovvero la possibilità di ricreare in laboratorio porzioni di tessuti umani che possano essere trapiantati, a partire dalle cellule prelevate dal paziente stesso).

E' inoltre molto interessante sottolineare che le piccole proporzioni del territorio sammarinese e la contemporanea presenza di un sistema sanitario alquanto completo e articolato, offrono la possibilità di creare una forte sinergia tra clinici e ricercatori e quindi una più veloce ed efficace traduzione in applicazioni cliniche delle ricerche effettuate, nonché una più mirata scelta dei progetti di ricerca in risposta alle reali esigenze presenti.

In base a queste considerazioni possono essere individuati alcuni obiettivi e proposte di azioni:

- Sviluppo di nuovi progetti e implementazione di progetti già esistenti, quale ad esempio il progetto di ricerca sostenuto dal 2002 dall'ASLEM (Associazione Sammarinese per la lotta contro le Leucemie e le Emopatie Maligne); all'interno del progetto è già operativo un laboratorio di ricerca (creato in collaborazione con il laboratorio analisi dell'Ospedale di Stato) nel quale vengono attualmente portati avanti due importanti progetti in collaborazione con il Politecnico di milano e l'Università di Urbino. L'attività di ricerca è focalizzata da una parte sullo studio dei meccanismi di differenziazione delle staminali adulte del sangue, per una miglior comprensione dei meccanismi di sviluppo delle malattie oncoematologiche, dall'altra sullo studio dei meccanismi di rigenerazione della cartilagine per una sua possibile ricostruzione in laboratorio.
- creazione di collaborazioni con università e centri di ricerca finalizzate alla partecipazione a progetti di ricerca internazionali

- maggior sensibilizzazione di professionisti e cittadini al problema ricerca, in modo da creare una cultura maggiormente aperta all'innovazione, nonché al reperimento di nuove risorse.
- Nuove modalità organizzative e operative del sistema socio-sanitario.

E' necessario sviluppare la ricerca nel settore del management dei servizi alla salute per l'innovazione organizzativa e gestionale. Solo in questo modo sarà possibile accrescere la tutela della salute e la conoscenza manageriale per chi opera in ambito sanitario e socio-sanitario.

Tutto questo sarà realizzabile mediante la valorizzazione delle logiche che stanno alla base del sistema sanitario sammarinese, lo studio delle sue specificità, anche in confronto con altri sistemi internazionali, e la verifica degli impatti organizzativi e gestionali nelle realtà dei soggetti istituzionali che compongono il sistema.

L'azione di ricerca dovrà essere orientata alle tematiche di management, misurazione delle performance ed organizzazione dei servizi sanitari. Alcuni filoni rilevanti individuati a tale scopo sono: modelli di governance dei sistemi sanitari, sistemi e metodologie di analisi e gestione dei percorsi assistenziali, strumenti e metodi per la gestione economico-finanziaria, modelli gestionali per i processi primari e di supporto aziendale, cambiamento organizzativo e gestione del capitale umano e comunicazione aziendale.

Per realizzare progetti in ambito di ricerca, innovazione e sperimentazione si dovranno sviluppare, ai vari livelli di competenze (ISS e Authority sanitaria e socio-sanitaria), le collaborazioni con le università, centri di eccellenza riconosciuti a livello internazionale e organismi internazionali che si occupano di sanità quali l'OMS, prevedendo le seguenti azioni:

- Istituzione di premi per incentivare la ricerca e lo sviluppo attraverso, ad esempio, un riconoscimento annuale sulle innovazioni in campo sanitario e socio-sanitario;
- Organizzazione di Convegni internazionali;
- Implementare i rapporti, in particolar modo con l'OMS, su tematiche quali:
 - Sistemi sanitari
 - Governo clinico
 - Promozione salute
 - Gestione del rischio
 - Monitoraggio delle Malattie infettive e croniche di interesse internazionale

o Il comitato di Bioetica.

Negli ultimi anni risulta evidente la crescente necessità dello Stato di San Marino di esprimere pareri e prendere posizioni riguardo a tematiche quali la ricerca biomedica o la richiesta di effettuare sperimentazioni di farmaci o biotecnologie sul nostro territorio. Inoltre, in qualità di stato membro di organizzazioni internazionali quali il Consiglio d'Europa e l'OMS, risulta opportuno che San Marino adegui la propria normativa in materia secondo quanto stabilito dalle convenzioni sottoscritte – quali ad esempio la CONVENZIONE PER LA TUTELA DEI DIRITTI DELL'UOMO E LA DIGNITA' DELL'ESSERE UMANO AL RIGUARDO DELLE APPLICAZIONI DELLA BIOLOGIA E DELLA MEDICINA: CONVENZIONE SUI DIRITTI DELL'UOMO E LA BIOMEDICINA *cd. Convenzione di Oviedo*, ratificata dal Consiglio Grande e Generale con Decreto 26 febbraio 1998 n.45 – e secondo quanto espresso nelle varie direttive e raccomandazioni emanate dai vari organi del Consiglio stesso.

In base a queste considerazioni si rende necessaria l'istituzione anche a San Marino di un Comitato Nazionale di Bioetica, in grado di garantire le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici e scientifico-metodologici degli studi proposti. A tal fine il Comitato di Bioetica dovrà includere un nucleo di esperti, con documentata conoscenza ed esperienza nelle materie di competenza del Comitato, comprendente esperti delle seguenti aree:

- Bioetica
- Filosofia morale
- Diritto
- Medicina Legale
- Farmacologia
- Psicologia
- Aree Mediche

Il Comitato di Bioetica può essere integrato da esperti non membri a seconda delle pratiche sottoposte all'esame del Comitato stesso.

L'esigenza di rendere manifesta l'assoluta imparzialità dell'organo richiede la presenza anche di componenti non dipendenti dall'istituzione che si avvale del Comitato e che la presidenza del Comitato venga preferibilmente affidata ad un componente non dipendente dall'istituzione.

Il Comitato di Bioetica deve svolgere principalmente le seguenti funzioni:

1. autorizzazione della ricerca medica e farmaceutica rilasciata sulla base di un accurato esame del progetto, dell'adeguatezza del protocollo di sperimentazione, con riferimento agli obiettivi, alla valutazione dei risultati, nonché alla competenza e all'idoneità dei ricercatori e di tutte le persone coinvolte nella sperimentazione;
2. valutazione della fattibilità della sperimentazione (in termini di risorse umane, strutturali e tecnologiche)
3. elaborazione di un quadro riassuntivo dei programmi, degli obiettivi e dei risultati della ricerca e della sperimentazione nel campo delle scienze della vita e della salute dell'uomo;
4. studio costantemente aggiornato delle normative internazionali inerenti pratiche sanitarie o attività particolari, quali la fecondazione assistita, i trapianti di organi e tessuti;
5. formulare pareri e indicare soluzioni, anche ai fini della predisposizione di atti legislativi per affrontare i problemi di natura etica e giuridica che possono emergere con il progredire delle ricerche e con la comparsa di nuove possibili applicazioni di interesse clinico, salvaguardando i diritti fondamentali e la dignità dell'uomo, nonché gli altri valori così come vengono espressi dagli altri organismi internazionali competenti;
6. valutazione delle nuove biotecnologie ed eventuale autorizzazione del loro impiego a livello clinico, vigilando sulla sicurezza dei pazienti coinvolti;
7. garantire la corretta informazione dell'opinione pubblica sugli aspetti problematici e sulle implicazioni dei trattamenti terapeutici, delle tecniche diagnostiche e dei progressi delle scienze biomediche.
8. emettere linee guida per regolamentare la sperimentazione e la ricerca seguendo le direttive generali emesse dagli organismi competenti all'interno della UE

Anche l'ISS, ai sensi del Titolo III del Decreto 5 dicembre 2005 n.175, si dovrà dotare di un Comitato Etico, da istituirsi con l'atto organizzativo, che avrà il principale compito di tutelare i diritti degli utenti in riferimento alle applicazioni in campo biologico e medico per le prestazioni erogate all'interno delle strutture di propria competenza.

Il sistema informativo sanitario e socio-sanitario

Secondo quanto previsto dalla legge 69/04 è necessario “organizzare 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”.

Il Sistema Informativo Sanitario e Socio-sanitario deve essere quindi considerato uno strumento indispensabile per rispondere alle esigenze della programmazione, della gestione, della verifica e della valutazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie.

Per ottenere tutto ciò è necessario dotarsi, oltre che delle insostituibili risorse umane, di un adeguato impiego di tecnologia informatica e di infrastrutture di comunicazione, identificando altresì i vari livelli di competenza per la produzione e la gestione delle informazioni. Quindi per quanto riguarda l'Authority Sanitaria e Socio-Sanitaria il sistema dovrà soddisfare le esigenze di programmazione ed epidemiologia, monitoraggio e valutazione, mentre per l'ISS dovrà rispondere alle necessità di ordine gestionale, produttivo e di governo.

Proprio al fine di rispondere alle esigenze di programmazione ed epidemiologia l'Authority Sanitaria predisporrà una serie di Tracciati Record, in relazione agli obiettivi che di seguito verranno indicati, che dovranno essere compilati ed inviati con cadenza trimestrale dall'Istituto per la Sicurezza Sociale.

Nell'organizzare un sistema informativo sanitario e socio sanitario è importante definire un modello concettuale che definisca le linee generali in un'ottica di lungo periodo che tenga tuttavia conto dell'esigenza di raggiungimento di risultati anche nel medio e breve periodo.

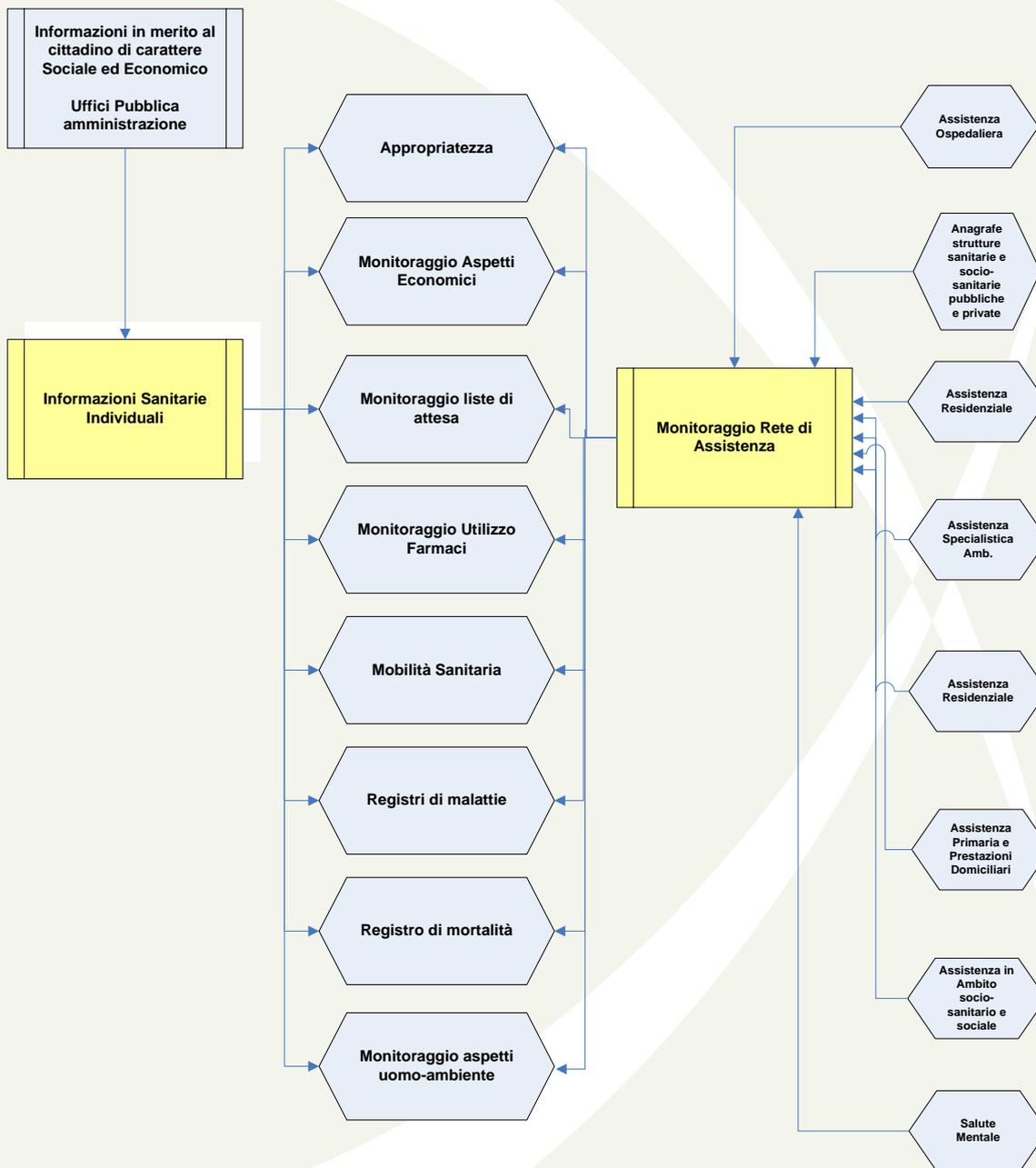
Gli obiettivi che nel loro complesso costituiscono un sistema coerente ed integrato possono essere identificati in:

- Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali;
- Monitoraggio della rete di assistenza sia pubblica che privata;
- Monitoraggio dell'appropriatezza;
- Monitoraggio degli aspetti economici;
- Monitoraggio delle liste di attesa;
- Monitoraggio della mobilità sanitaria;
- Monitoraggio dell'impiego dei medicinali;
- Registri di Malattie;
- Registro di Mortalità;
- Monitoraggio degli aspetti legati all'interazione uomo-ambiente.

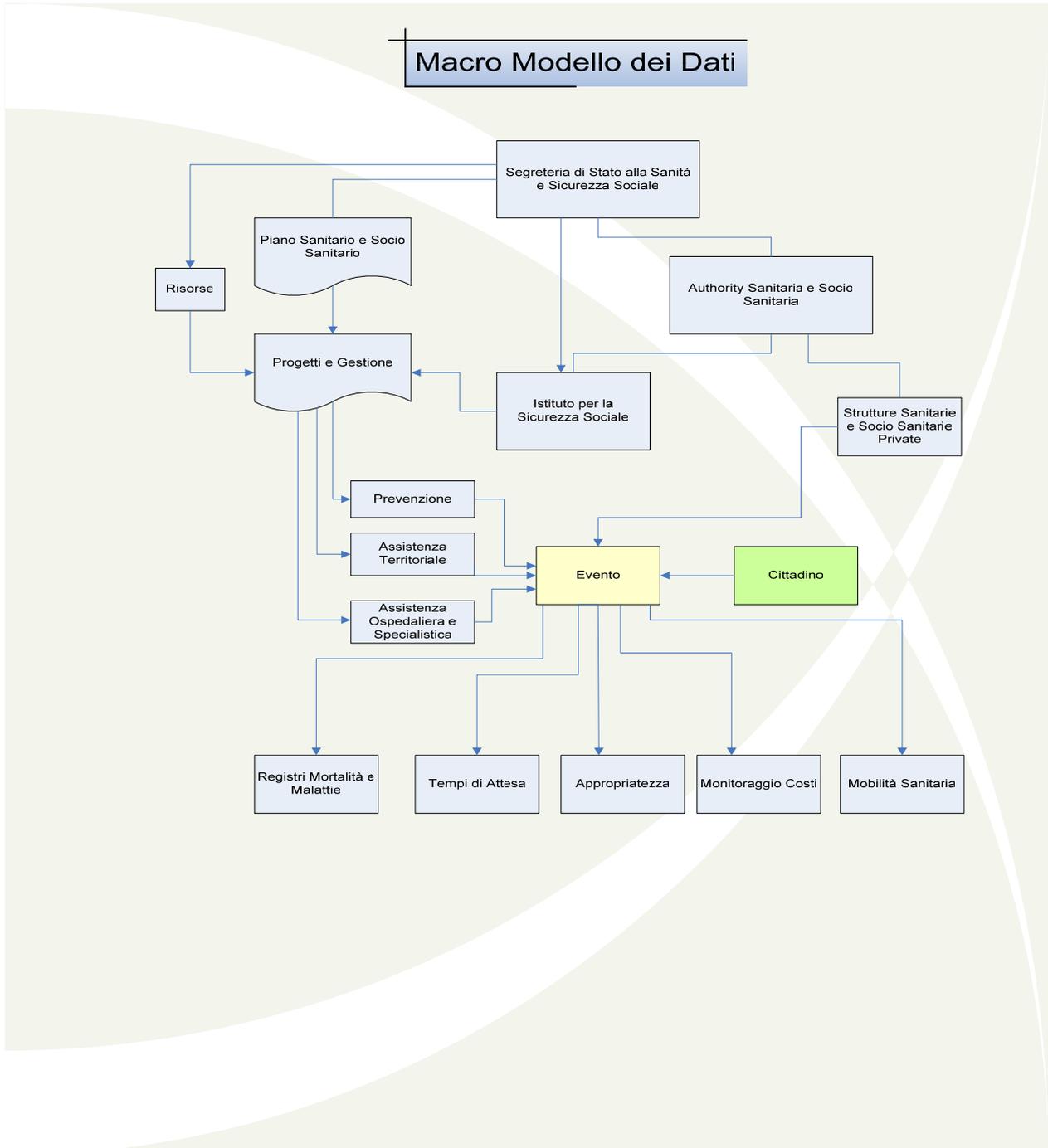
L'unitarietà di questo sistema di obiettivi è assicurata da numerose connessioni, sia di tipo funzionale, perchè nel loro complesso essi soddisfano le esigenze dei diversi livelli del Sistema Sanitario Sammarinese, sia di tipo logico, perché fanno tutti riferimento ai cittadini, alle prestazioni e alle strutture di erogazione dell'assistenza sanitaria (vedi

schema successivo).

Sistema Informativo Sanitario e Socio Sanitario Rep. San Marino



Il modello che segue definisce le informazioni necessarie al Sistema Informativo e le associazioni di significato che esistono tra esse, seguendo una impostazione organica, in cui le informazioni disponibili sono organizzate secondo un disegno unitario che dovrà consentire a ciascun utente un accesso selettivo, ma integrato alle informazioni di suo interesse, secondo logiche predeterminate



Le relazioni tra le entità, rappresentate nel diagramma, sono le seguenti:

- L'assistenza sanitaria e socio sanitaria a ciascun cittadino è assicurata dall'Istituto per la Sicurezza Sociale.

- L'assistenza sanitaria e socio sanitaria viene erogata attraverso una rete di assistenza composta da strutture che erogano prestazioni ai cittadini, dando vita ai singoli eventi, che rappresentano l'interazione tra il cittadino e il sistema sanitario e socio-sanitario (ricoveri, specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare etc).
- Ciascuna prestazione viene richiesta da una tipologia di prescrittore.
- Per l'erogazione delle prestazioni le strutture impiegano risorse a fronte delle quali sostengono dei costi.
- L'ISS si impegna a raggiungere gli obiettivi sanitari e socio-sanitari definiti nel Piano Sanitario Socio-Sanitario proposto dalla Segreteria di Stato alla Sanità ed approvato dal Consiglio Grande e Generale.

Per poter realizzare l'intero disegno occorrerà portare a termini i seguenti progetti:

- Classificazione delle strutture pubbliche e private;
- Classificazione delle prestazioni ambulatoriali;
- Adozione del sistema DRG;
- Tempi di attesa;
- Misura dell'appropriatezza;
- RegISTRAZIONI per ogni paziente;
- Prestazioni farmaceutiche;
- Prestazioni residenziali e semiresidenziali;
- Assistenza primaria e prestazioni domiciliari;
- Misura dei costi;

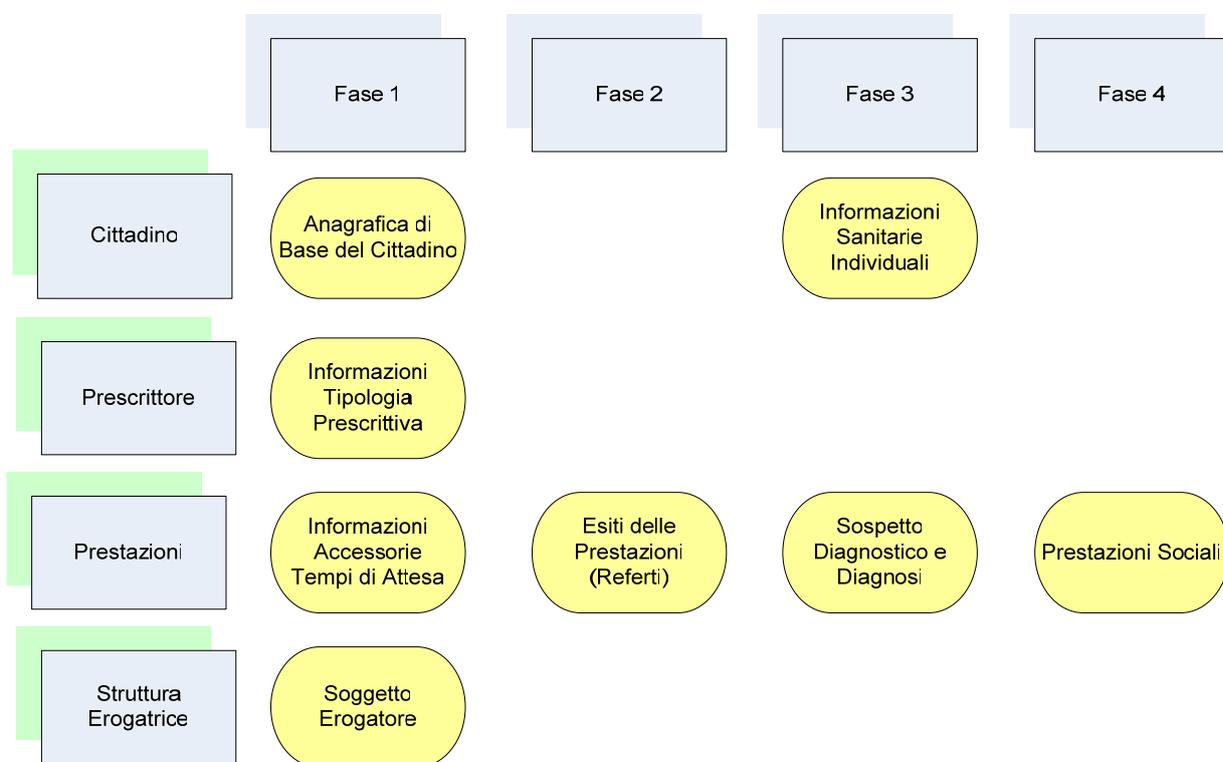
I punti di riferimento per poter raggiungere gli obiettivi prefissati saranno:

- L'orientamento al cittadino, attraverso la creazione di un record individuale che accumuli nel tempo tutta la storia clinica di ciascun individuo
- La trasparenza delle informazioni a tutti i livelli
- La tempestività del processo di raccolta, elaborazione e condivisione dei dati
- La necessità di un rigoroso processo di validazione.
- La garanzia del rispetto della Privacy.

Il progetto potrà essere così articolato:

- **Fase 1:** disporre, per ciascun evento, di informazioni codificate relative a cittadini, prescrittori, prestazioni e strutture;
- **Fase 2:** disporre, per ciascun evento di informazioni relative agli esiti delle prestazioni, con particolare riferimento alle prestazioni diagnostiche;

- **Fase 3:** disporre di informazioni relative al percorso diagnostico-terapeutico e informazioni sanitarie personali;
- **Fase 4:** integrare il monitoraggio delle prestazioni sanitarie con le prestazioni sociali;



La necessità di un Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali nasce dalla considerazione che qualità, appropriatezza ed economicità nella gestione dell'ISS, si originano dall'interazione professionista-paziente e che, conseguentemente, un sistema informativo che si collocasse ad un livello superiore a tale interazione non sarebbe in grado di cogliere le cause che condizionano i diversi livelli di performance del Sistema Sanitario nel suo complesso.

L'obiettivo da perseguire è quello di disporre di informazioni atte a ricostruire la sequenza delle prestazioni erogate allo stesso individuo indipendentemente dalla tipologia di prestazione.

Monitoraggio dell'Appropriatezza

L'attuazione di questo obiettivo non comporta lo sviluppo di un sistema informativo autonomo, ma piuttosto la definizione di un sistema di lettura dei dati messi a disposizione, ed in particolare dal sistema delle informazioni sanitarie individuali, agli stadi evolutivi del quale sono correlati quelli del monitoraggio. La prima fase avrà per oggetto il monitoraggio dell'appropriatezza generica relativo alle prestazioni sanitarie effettuate. La seconda fase avrà per oggetto il monitoraggio dell'appropriatezza

specifica. Considerando l'appropriatezza della singola prestazione, introducendo il **sospetto diagnostico**, fino ad arrivare all'appropriatezza del percorso diagnostico-terapeutico. E' opportuno sottolineare come sia assolutamente necessario che la codifica delle diagnosi di ricovero sia effettuata in maniera corretta e pertinente, a tal fine si possono avviare corsi di formazione per i professionisti che avranno il compito di codificare le diagnosi, le prestazioni erogate e gli eventuali interventi.

Monitoraggio dei costi

Diviene importante ripensare l'impostazione del monitoraggio dei costi dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria secondo due prospettive distinte e complementari:

- La **prospettiva aziendale**, basata su un'analisi dei costi aziendali per natura (classificazione dei costi in base alla causa economica dell'evento che ha prodotto il costo) e per destinazione (costi di produzione rilevati per singola struttura di erogazione o per livelli di assistenza) abbandonando la contabilità finanziaria per utilizzare quale primario strumento di rilevazione la contabilità economico-patrimoniale. Utilizzare degli schemi di Stato Patrimoniale e Conto Economico che possano permettere il calcolo di indici di bilancio congruenti e facilmente confrontabili con realtà sanitarie a noi vicine.
- La **prospettiva del cittadino**, basata su un'analisi del costo dell'assistenza sanitaria attraverso la valorizzazione economica delle singole prestazioni erogate

Monitoraggio delle Liste di Attesa

E' necessario monitorare il tempo di attesa (interpretabile come il risultato finale dell'incontro domanda – offerta) nelle due dimensioni:

- **ex-ante**: tempo di attesa che, al momento della richiesta di una prestazione, viene prospettato all'utente per l'esecuzione
- **ex-post**: tempo intercorso tra la richiesta di prenotazione e l'effettiva erogazione della prestazione.

Monitoraggio nell'Utilizzo dei Farmaci

Per poter effettuare valutazioni in merito all'appropriatezza e per poter effettuare confronti con altre realtà è indispensabile che venga utilizzato quale strumento di misura nell'utilizzo dei farmaci, accanto al numero di prescrizioni, al loro valore economico, la classe ATC anche il DDD (la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso) attualmente non disponibile. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha adottato i sistemi DDD e ATC come approccio globale per valutare il consumo di farmaci.

Mobilità Sanitaria

L'obiettivo da raggiungere è quello di avere dati certi in merito alle prestazioni ed in particolar modo in merito ai ricoveri effettuati fuori territorio. Attualmente per gran parte di essi, i DRG relativi vengono stimati sulla base della diagnosi di invio da uffici interni dell'Istituto; è necessario che vengano stipulati accordi con le case di cura e con la AUSL nelle quali vengono inviati i cittadini sammarinesi perché questi dati non siano più solo stimati, ma diventino dati certi ed affidabili. Il tutto per rispondere ad esigenze di programmazione, governo e di certezza del dato economico.

Registri di mortalità e delle malattie infettive

REGISTRO DI MORTALITA'

I dati di mortalità rappresentano uno dei principali strumenti di monitoraggio dello stato di salute della popolazione e, insieme alla morbosità, un indicatore indispensabile per la definizione delle patologie più diffuse e quindi dei bisogni sanitari della popolazione. Le statistiche di mortalità forniscono un indicatore di effetto globale delle condizioni di vita, dell'esposizione a fattori di rischio e dell'efficacia dell'assistenza socio-sanitaria.

REGISTRO DELLE MALATTIE INFETTIVE.

Un controllo effettivo delle malattie infettive e trasmissibili si basa su una buona sorveglianza epidemiologica attraverso la rilevazione e l'analisi dei dati relativi a tali malattie. La notifica delle malattie infettive da parte di ogni figura medica è l'unico valido metodo strategico per il controllo di queste malattie, nonché per la pianificazione e la valutazione dei programmi di prevenzione. Questo permette anche di intervenire tempestivamente su focolai epidemici o singoli casi di malattia trasmissibile al fine di evitarne la diffusione alla popolazione.

Monitoraggio degli aspetti legati all'interazione uomo-ambiente.

E' necessario saper "leggere il territorio" dal punto di vista ambientale, per meglio comprendere le interazioni fra uomo ed ambiente e le ricadute che queste hanno non solo sulla salute dell'uomo ma anche della tutela dell'ambiente. In tal senso è indispensabile raccogliere sistematicamente ed integrare informazioni riguardanti la qualità dell'aria, dell'acqua e del suolo, l'inquinamento acustico (costruendo ad esempio mappe acustiche), l'inquinamento elettromagnetico, i siti contaminati e le aziende a rischio di incidente rilevante.

6 La partecipazione del cittadino

La comunicazione al cittadino

- L'istituzione di una carta dei servizi sanitari e socio-sanitari.

La Carta dei Servizi rappresenta un patto fra cittadini ed ente pubblico, con lo scopo di tutelare i diritti delle persone rispetto ai servizi offerti e va quindi considerata non solo come un semplice riconoscimento formale, ma anche come attribuzione di potere nel controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati.

La Carta dei servizi sanitari dovrebbe basarsi sui seguenti principi:

- imparzialità nell'erogazione delle prestazioni e uguaglianza del diritto all'accesso ai servizi;
- piena informazione dei cittadini utenti sui servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi;
- definizione di standard e assunzione di impegni da parte di coloro che erogano i servizi rispetto alla promozione della qualità del servizio e alla determinazione di modalità di valutazione costante della qualità stessa;
- organizzazione di modalità strutturate per la tutela dei diritti dei cittadini;
- ascolto delle opinioni e dei giudizi, sulla qualità del servizio, espressi dai cittadini direttamente o tramite le Associazioni che li rappresentano attraverso modalità e strumenti di partecipazione e coinvolgimento.

L'ascolto del cittadino

- L'istituzione di un ufficio relazioni con il pubblico (URP)

E' fondamentale istituire un URP per garantire l'esercizio dei diritti di informazione, accesso e partecipazione. La sua attività si rivolge ai cittadini, singoli o in forma associata.

Le funzioni dell'URP sono:

- agevolare i cittadini nell'accesso ai servizi, attraverso la gestione delle informazioni sulla struttura, sulle prestazioni, sui servizi erogati e sulle modalità di accesso, sia in modo diretto, sia attraverso pubblicazioni e comunicazioni esterne, come la stesura della Carta dei Servizi e l'attività di Accoglienza ai cittadini, servizio coordinato

dall'URP;

- attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità e di gradimento dei servizi, attraverso strumenti come i reclami, le segnalazioni e i questionari sulla soddisfazione dei clienti, in collaborazione con il Servizio Sviluppo Sistema Qualità;
- garantire e sviluppare la reciproca informazione tra l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e le altre strutture operanti nella struttura.

Le principali attività svolte dall'URP sono:

- comunicazione aziendale, interna ed esterna
- reclami, segnalazioni e azioni-tampone
- Servizio di Accoglienza ospedaliera
- piano sponsorizzazioni
- sito web aziendale
- sito Intranet aziendale
- programmazione e organizzazione eventi aziendali
- indagini soddisfazione cliente

L'URP comunica e dialoga costantemente con i cittadini ed i pazienti, per assisterli nel loro rapporto con il Servizio Sanitario Pubblico, fornendo informazioni o cogliendo suggerimenti, osservazioni o reclami.

All'URP è possibile quindi: :

- ricevere informazioni sulla struttura, sui servizi erogati e sulle modalità di accesso;
- effettuare segnalazioni in merito a suggerimenti, ringraziamenti o disservizi;
- inoltrare reclami in caso di insoddisfazione;
- richiedere atti e documenti, in applicazione al diritto di accesso.

- La rilevazione della qualità percepita

L'analisi della qualità dei servizi sanitari percepita dai cittadini nasce nel mondo anglosassone attorno agli anni '50 in un più ampio panorama investigativo incentrato sull'interazione medico-paziente. Un'alta soddisfazione del paziente si associa ad un'altrettanto elevata *compliance*, intesa come collaborazione e condiscendenza al trattamento, con evidenti effetti sul buon esito delle terapie. Accanto ad altre dimensioni già consolidate di *efficienza, efficacia ed appropriatezza* dei trattamenti, anche la percezione del paziente viene ad essere così legittimata come un aspetto essenziale della ricerca scientifica sulla qualità dei servizi alla salute. Bisogna distinguere tra una valutazione della qualità *dal lato* dei cittadini ed una stessa valutazione effettuata invece

dai cittadini. Secondo l'OMS : “ Un sistema sanitaria che risponde meglio ai desideri ed alle aspettative dei cittadini può conseguire un miglior stato di salute, perché i possibili pazienti sono più incoraggiati ad utilizzare l'assistenza se sanno di essere trattati bene”. La validità di tale trattamento non è fondata solo su variabili strettamente tecniche, ma anche relazionali, come ad esempio il rispetto della “dignità” e dei “desideri” della persona, così come la garanzia di un adeguato supporto “affettivo”. Il coinvolgimento del cittadino è indispensabile al fine di strutturare servizi sanitari dotati di un'organizzazione il più possibile aperta al miglioramento della qualità: in tal senso, il punto di vista del paziente è una guida estremamente valida per valutare se sia stato fornito il servizio sanitario adeguato.

Ambiti di attuazione della qualità percepita:

L'analisi della qualità dei servizi sanitari percepita dai cittadini è attuata in una pluralità di ambiti organizzativi tra cui gli *Uffici per la Relazione con il Pubblico* (URP), la *Carta dei Servizi* (CdS) ed infine un parametro attorno al quale articolare tale valutazione è costituito dall'insieme di indicatori racchiusi in cinque aree tematiche:

- *personalizzazione dell'assistenza sanitaria* (diritto alla privacy, qualità delle relazioni interpersonali tra operatori e degenti, criteri di esclusione ed accesso ai trattamenti...)
- *umanizzazione* (senso di fiducia trasmesso al paziente, accoglienza, la credibilità e l'affidabilità professionale degli operatori...)
- *diritto d'informazione nei confronti sia del cittadino sia dei suoi caregivers* (informazioni generali sul servizio, informazioni fornite al cittadino sul suo stato patologico, sulle cure...)
- *comfort alberghiero nelle strutture ospedaliere e di ricovero*
- *prevenzione*

Si possono includere inoltre il *rispetto, l'accessibilità e la continuità delle cure.*

Metodologie di analisi della qualità percepita:

E' importante utilizzare strumenti per misurare la qualità percepita. A tal proposito si può seguire:

- *un approccio quantitativo*
- *un approccio qualitativo*

La ***metodologia quantitativa*** si fonda essenzialmente sull'uso del “questionario strutturato”. E' lo strumento di una tra le più diffuse ricerche in campo sociologico: il sondaggio. Attraverso questo strumento i sistemi sanitari hanno dato avvio ad una serie di rilevazioni tese ad indagare la percezione della soddisfazione dei cittadini-utenti-

pazienti riguardo alla qualità dei servizi utilizzati.

La **metodologia qualitativa** si avvale invece di una strumentazione alquanto diversificata:

- interviste strutturate o semistrutturate che permettono di articolare un problema dal punto di vista delle singole soggettività coinvolte. Le interviste in profondità rappresentano inoltre lo strumento emblematico di quella varietà di approcci tipici della *Narrative-Based Medicine*.
- Le tecniche di “osservazione su campo” efficaci per esaminare il contesto relazionale, il rapporto operatore utente tipico per esempio di case protette per anziani, centri diurni per disabili, ecc...
- Le “tecniche di gruppo” (*focus group, Delphi, Nominal Group Technique...*).

Il Ruolo del cittadino:

La partecipazione attiva:

- L’istituzione della Comitato Consultivo Integrato (CCI)

E’ fondamentale istituire Comitati che possano rappresentare l’istanza organizzativo-istituzionale prevista per dar voce alle associazioni e ai gruppi organizzati della società civile, al fine di garantire la rispondenza dei servizi sanitari alle esigenze dei cittadini. Questi comitati devono prevedere un’integrazione fra rappresentanti di organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei pazienti e dei pensionati da una parte, e rappresentanti dell’ISS, quali ad esempio dirigenti dei servizi sanitari e amministrativi, medici di base e personale dell’URP dall’altra.

L’altra caratteristica dei comitati è quella di essere **Consultivi** ovvero esprimono i propri pareri, effettuano visite e controlli nelle strutture sanitarie e suggeriscono proposte alle strutture sanitarie, che comunque mantengono ogni responsabilità e autonomia decisionale.

I comitati devono avere lo scopo di verificare la qualità delle prestazioni sanitarie nell’ottica dell’utente, devono inoltre rappresentare la cittadinanza e osservare i servizi sanitari con gli occhi del cittadino.

I compiti specifici previsti per i Comitati sono:

- assicurare i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi d’accesso ai servizi
- promuovere l’utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi dal lato dell’utenza definiti a livello regionale
- sperimentare indicatori di qualità dei servizi dal lato dell’utenza definiti all’interno delle strutture sanitarie

- sperimentare modalità di raccolta e di analisi dei segnali di disservizio.

- I Sindacati,

eventuali associazioni di difesa del cittadino

Le associazioni di difesa dei consumatori possono essere di volontariato, se l'attività degli associati e dei loro dirigenti è volontaria e rivolta in favore dei cittadini (altruismo); in altri casi l'associazione può essere semplicemente non profit, potendo in questo caso retribuire i propri dirigenti ed associati ed assumere dipendenti senza limiti di quota.

7 Le risorse

a) Le risorse economiche

L'attuale sistema di finanziamento

Nel 2002 con la legge n. 112, a parziale modifica dell'articolo 1 della Legge 20 dicembre 1990 n. 156, lo Stato procede al finanziamento dei servizi sanitari e del servizio socio-sanitario limitatamente agli stanziamenti disposti con la legge finanziaria. Il finanziamento da parte dello Stato è definito, quindi, "ex-ante" quale strumento di controllo della spesa. Gli stanziamenti sono attualmente definiti sulla base dell'andamento storico e divisi in due grandi aggregati: Assistenza Sanitaria e Assistenza Socio-Sanitaria; il Consiglio Grande e Generale definisce il finanziamento dei due macro-sistemi sulla base dell'approvazione del Bilancio Preventivo Annuale dell'Istituto per la Sicurezza Sociale (bilancio finanziario), importi che vengono poi fatti confluire nel Bilancio dello Stato.

Con la riforma dell'ISS approvata con la legge del 30 novembre 2004 n. 165 (Riordino degli organismi istituzionali e di gestione dell'Istituto per la Sicurezza Sociale) vengono previsti quali documenti di programmazione (art. 5):

- *Il Budget Generale dell'Istituto*, come strumento di controllo direzionale (che dovrà essere approvato dal Consiglio Grande e Generale e su cui il Comitato Esecutivo dell'ISS è chiamato a rispondere nei confronti del Congresso di Stato nel caso in cui non vengano rispettati gli obiettivi indicati)
- *Il Piano del Personale*
- *Il Piano degli Investimenti.*

Mentre nelle competenze del Comitato Esecutivo all'art. 14 sono previsti quali atti tra gli altri:

- *La predisposizione del bilancio preventivo annuale, delle eventuali variazioni e del budget dell'Istituto per la successiva approvazione del Consiglio Grande e Generale*

Appare evidente come vi sia un certo scollamento tra la predisposizione di un bilancio preventivo di carattere finanziario, la definizione di un tetto di spesa desunta prevalentemente da documenti di carattere finanziario ed un Budget sul quale si fonda l'intera gestione dell'Istituto che non può che non avere una connotazione esclusivamente economica.

Solamente a titolo esplicativo ricordiamo come i due sistemi contabili quello finanziario e quello economico hanno finalità molto diverse;

- **la contabilità finanziaria** privilegia gli aspetti formali, utilizza la partita semplice e si

concentra sul momento giuridico dell'insorgere delle entrate e delle uscite, preoccupandosi soprattutto delle rilevazioni preventive.

- **la contabilità economico-patrimoniale** mediante la rilevazione dei fatti esterni di gestione definisce il risultato economico prodotto in un esercizio e ne evidenzia le cause economico patrimoniali che hanno generato i proventi e i costi di competenza, privilegia le rilevazioni a consuntivo consentendo, quindi, di svincolarsi dal bilancio di previsione.

Ne deriva che, mentre la contabilità finanziaria si caratterizza per la sua natura autorizzativa, quella generale (economico-patrimoniale), quando opportunamente raccordata con gli altri strumenti tecnico-contabili, offre un contributo sostanziale al favorire del diffondersi di una cultura attenta alle modalità di impiego delle risorse ed ai risultati conseguiti. L'introduzione nell'Istituto per la Sicurezza Sociale di un sistema di Contabilità Generale quale unico sistema di rilevazione contabile si inserirebbe a pieno diritto nel progetto di riforma dell'ISS avviato con la legge del 2004 n. 165 dando una piena rilevanza **“aziendale”** all'Istituto.

Gli strumenti tecnico-contabili del sistema diverrebbero quindi:

1. *Il Sistema di Contabilità Economico-Patrimoniale* che dovrebbe prevedere quali schemi di rendicontazione:
 - *Bilancio Pluriennale* (Redatto su un periodo di tre anni, contenente la previsione della situazione patrimoniale e del conto economico relativi alle risorse destinate).
 - *Il Bilancio di Previsione* definito su base annuale e composto da uno Stato Patrimoniale e da un Conto Economico
 - *Il Bilancio Consuntivo e di esercizio* che rappresenta la situazione annuale del patrimonio, dei ricavi e dei costi di competenza economica
 - Prospetto sulle previsioni annuali di cassa.

Si suggerisce, inoltre di adottare schemi per lo Stato Patrimoniale e per il Conto Economico che permettano il calcolo di indici confrontabili con realtà sanitarie a noi vicine. E' infine opportuna una revisione e un potenziamento di un sistema di Contabilità Analitica. La Contabilità Analitica ha il compito di rilevare i fatti di **interna** gestione in termini di costi e ricavi riferiti ai singoli centri di responsabilità ed assieme alla Contabilità Generale (la cui introduzione consideriamo come propedeutica e necessaria per la Contabilità Analitica) è una delle fonti del Sistema di Controllo di Gestione. Il Piano dei Conti di Contabilità Analitica andrà costruito e modellato a seconda delle finalità conoscitive del Comitato Esecutivo dell'ISS.

Infine è necessario separare contabilmente la gestione dell'Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria da quella Previdenziale con la predisposizione di documenti di bilancio ben

distinti.

2. *Il sistema di Budgeting.*

Il budget, quale strumento tipico della contabilità analitica per centri di responsabilità, consiste nella traduzione in termini monetari (ossia di costo) dei piani di attività formulati dai centri di responsabilità in cui si articola ciascuna organizzazione. Secondo la letteratura economica il “budget è da considerarsi un programma di gestione, riferito all’esercizio futuro che si conclude con la formulazione di un bilancio preventivo (**economico**). Le caratteristiche principali del budget sono

- i. la globalità
- ii. l’articolazione per centri di responsabilità
- iii. la definizione di obiettivi espressi in termini di risultati da conseguire e risorse correlate.

Quanto definito in sede di definizione del Budget dovrà logicamente favorire il raggiungimento di obiettivi di salute in linea con quanto indicato nel Piano Socio-Sanitario.

Il governo economico.

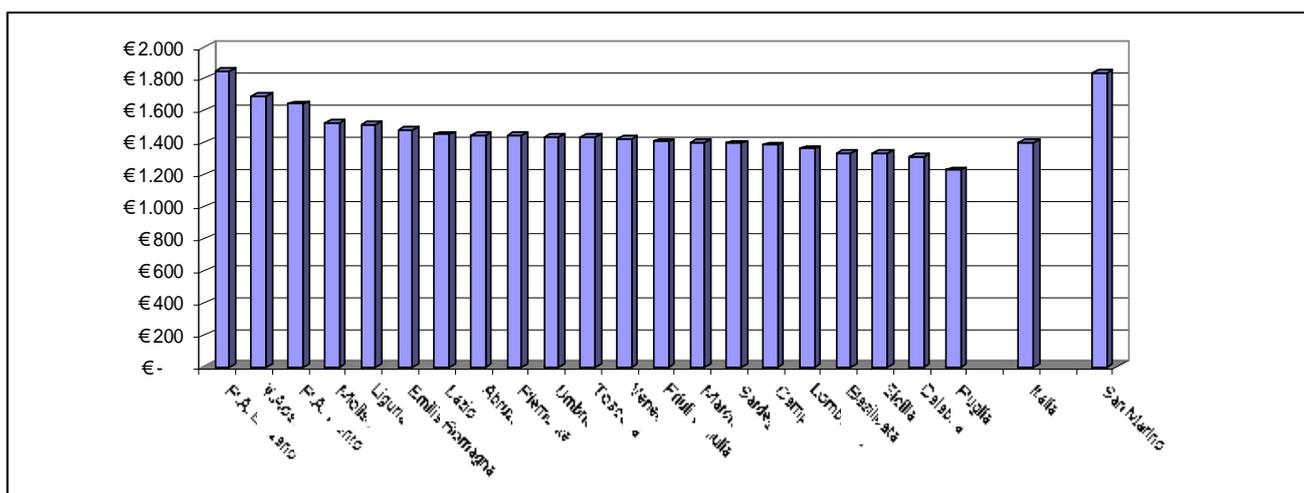
Il buon governo delle risorse è imprescindibile dall’etica dell’assistenza. Infatti un improprio uso delle risorse per determinate attività che possono essere considerate non appropriate, sottrae risorse ad altre attività che sono più efficaci ed efficienti nel rispondere ai bisogni dei cittadini.

Il governo economico e il controllo della spesa costituiscono un presupposto imprescindibile nell’ambito di un bisogno crescente di razionalizzazione delle risorse economiche a fronte di costi per la sanità e per la salute più in generale in continuo aumento. E’ opportuno ricordare comunque, come nel doveroso cammino verso il raggiungimento di un equilibrio economico finanziario del sistema sanitario sammarinese, non si dovrebbe assolutamente dimenticare che in paesi dove questo processo è cominciato da tempo si sta verificando un generale rifiuto degli strumenti aziendali da parte dei professionisti, che percepiscono tali strumenti come un’imposizione dall’alto appiattita sulla sola riduzione dei costi. Per evitare che anche a San Marino si verifichi questo rifiuto occorre che gli strumenti aziendali siano condivisi e che vengano percepiti non solo come uno strumento volto al contenimento della spesa, ma anche e soprattutto come uno strumento che permetta di gestire in maniera appropriata ed efficace le attività sanitarie e socio-sanitarie che il servizio eroga a vantaggio del cittadino.

La situazione economico-finanziaria

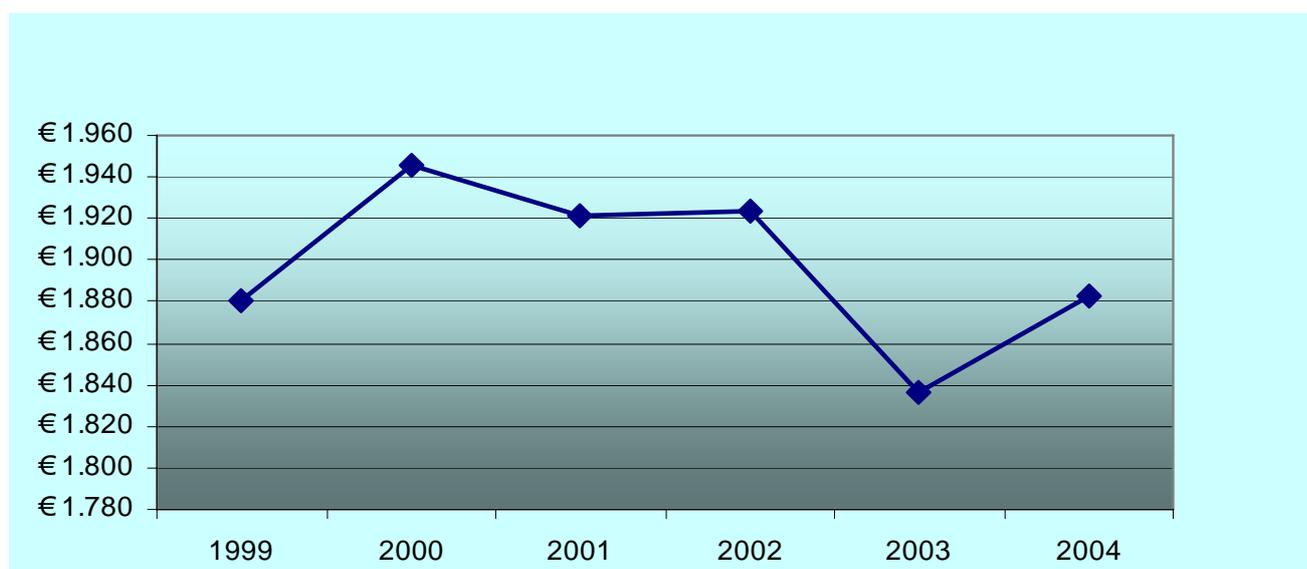
Un'analisi dell'andamento della spesa sanitaria pro-capite confrontata con la medesima registrata nelle regioni italiane mostra come San Marino si posizioni al di sopra dei valori medi di riferimento.

Spesa Pro-Capite confronto San Marino e Regioni italiane anno 2003	
P.A. Bolzano	€ 1.849
V.Aosta	€ 1.687
P.A. Trento	€ 1.640
Molise	€ 1.527
Liguria	€ 1.511
Emilia Romagna	€ 1.482
Lazio	€ 1.451
Abruzzo	€ 1.449
Piemonte	€ 1.447
Umbria	€ 1.439
Toscana	€ 1.433
Veneto	€ 1.426
Friuli V.Giulia	€ 1.406
Marche	€ 1.400
Sardegna	€ 1.396
Campania	€ 1.385
Lombardia	€ 1.363
Basilicata	€ 1.337
Sicilia	€ 1.333
Calabria	€ 1.308
Puglia	€ 1.228
Italia	€ 1.400
San Marino	€ 1.836



D'altra parte questi valori piuttosto elevati non possono essere ricondotti necessariamente ad una gestione ridondante delle risorse, ma piuttosto dimostrano come una politica sanitaria basata non su economie di scala, ma sulla personalizzazione dell'offerta in base ai bisogni della popolazione, incide significativamente sulla spesa specie se rapportata ai piccolissimi numeri della popolazione residente. Si ritiene, inoltre, opportuno sottolineare come nell'arco degli ultimi anni la spesa pro-capite sanitaria sia rimasta sugli stessi livelli del 1999 non seguendo quel trend di aumento che ha caratterizzato, invece, gran parte dei paesi ad economica più evoluta.

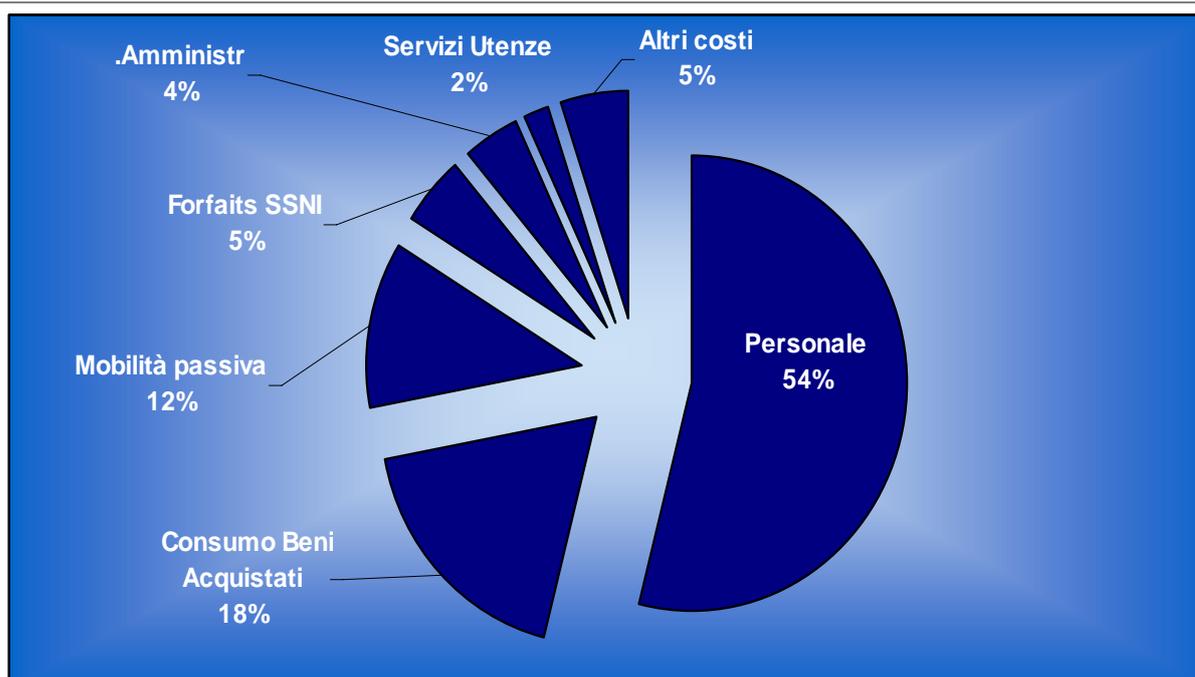
Spesa pro-capite sanitaria a San Marino



Anche negli elevati livelli di tutela garantiti ai cittadini in ambito sia sanitario che socio-sanitario è doveroso affermare uno dei principi guida che caratterizzano il Piano: quello dell'appropriatezza. Con appropriatezza si intende in questo ambito che le risorse dovranno sempre più essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio. E' opportuno porre in evidenza la necessità di un corretto utilizzo delle differenti tipologie di assistenza in funzione dell'intensità delle cure necessarie in base alla patologia riscontrata. L'analisi della composizione della spesa corrente sanitaria e socio-sanitaria per grandi aggregati mostra, in maniera piuttosto evidente, come per San Marino la spesa per il personale sia in percentuale molto rilevante.

Anno 2004

Personale	€ 38.984.401,48	54%
Consumo Beni Acquistati	€ 13.203.282,95	18%
Mobilità passiva	€ 8.835.727,59	12%
Forfaits SSNI	€ 3.550.000,00	5%
Spese Amministrative	€ 2.636.468,35	4%
Servizi e utenze	€ 1.731.640,31	2%
Altri costi	€ 3.581.626,66	5%
Totale Costi	€ 72.523.147,34	100%



In generale, come emerge da diversi studi effettuati in materia, associato ad un elevato peso relativo per la spesa per il personale si correla un elevato volume di spesa anche per l'acquisto di beni e servizi.

Un fattore da considerarsi strategico per la razionalizzazione della spesa sanitaria è individuabile nell'ambito della spesa farmaceutica.

Il consumo di farmaci deve essere strettamente correlato ai principi dell'appropriatezza, utilizzando, ove possibile, l'adozione linee guida e protocolli terapeutici attraverso l'implementazione dei principi della Evidence Based Medicine.

E' opportuno inoltre una qualificazione dell'ospedale come luogo di cura per le specialità di base per acuti che richiede adeguate e moderne dotazioni tecnologiche e modalità organizzative di trattamento e cura più appropriate per quei pazienti che possono o devono essere curati presso il proprio domicilio o nell'ambito di specifiche attività riabilitative-semiresidenziali.

Attraverso questi interventi, accanto a un miglior utilizzo nel consumo dei beni e servizi ed a un controllo della spesa inerente alle prescrizioni farmaceutiche, si intendono liberare e trasferire risorse oggi allocate nella funzione di ricovero ospedaliero verso altri e più appropriati livelli assistenziali, tali interventi consisteranno principalmente in:

- Incentivazione dei regimi di assistenza alternativi alla degenza ospedaliera attraverso lo sviluppo della tutela della salute della popolazione attraverso le cure primarie.
- Una più elevata attenzione alla prevenzione soprattutto in riferimento agli screening, stili di vita ed ambiente.
- Attivazione di percorsi integrati di cura per le patologie cronico - degenerative.

In ogni caso è necessario rendere esplicita la connessione e integrazione tra ospedale e territorio in modo da offrire ai cittadini non solo un migliore e più appropriato percorso di cura, ma anche una maggior qualità complessiva dell'assistenza sanitaria.

Strategie per la sostenibilità economica del sistema

In riferimento ai nuovi meccanismi di finanziamento ed agli strumenti utili per un corretto governo economico del sistema, è auspicabile sganciarsi dalla logica del tetto di spesa definito "ex-ante" desunto esclusivamente dallo storico e legare il finanziamento ad elementi oggettivi quali ad esempio l'andamento demografico, la struttura della popolazione e progetti specifici e in linea con la programmazione di cambiamento dell'offerta.

La modalità con cui si configura il sistema di finanziamento rappresenta una variabile fondamentale per l'ISS e uno strumento di grande importanza per l'intero sistema pubblico.

Inoltre la proposta di riorganizzare dell'Istituto per la Sicurezza Sociale per Dipartimenti

richiederebbe in ogni caso un aggiustamento delle modalità di finanziamento. La forte integrazione dell'Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria non giustificherebbe, considerata la particolare e favorevole configurazione dei Servizi nella Repubblica di San Marino, l'attuale separazione in due distinti capitoli di finanziamento. Si propone di ripartire l'intero ammontare delle risorse in macro-aggregati – quali ad esempio la Prevenzione, i Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e di Assistenza Territoriale (cure primarie e socio-sanitario) e l'Assistenza Ospedaliera e Specialistica – e in progetti obiettivo trasversali.

A tal fine si renderà necessario creare un FONDO PER L'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA.

Si ribadisce come sia di grande importanza che il fondo sia unico; non ha più alcun significato mantenere separato il finanziamento per l'assistenza sanitaria e l'assistenza socio-sanitaria nell'ottica di profonda integrazione dei due sistemi e di orientamento verso il cittadino.

Il Fondo sarà così alimentato:

A) FINANZIAMENTO DA PARTE DELLO STATO.

Il finanziamento da parte dello Stato dovrà essere agganciato a dei criteri oggettivi per soddisfare i BISOGNI DI SALUTE della popolazione.

A San Marino il Bisogno di Salute può agevolmente essere stimato in base ad un quota capitaria ponderata considerando sesso ed età, senza il bisogno di introdurre complessi meccanismi di selezione nella scelta dei criteri di ponderazione, dal momento che il nostro territorio è piccolo ed omogeneo come lo è d'altra parte la nostra popolazione.

Inoltre da studi effettuati emerge come l'età spieghi molta della variabilità nell'uso dei servizi. Si consideri inoltre che:

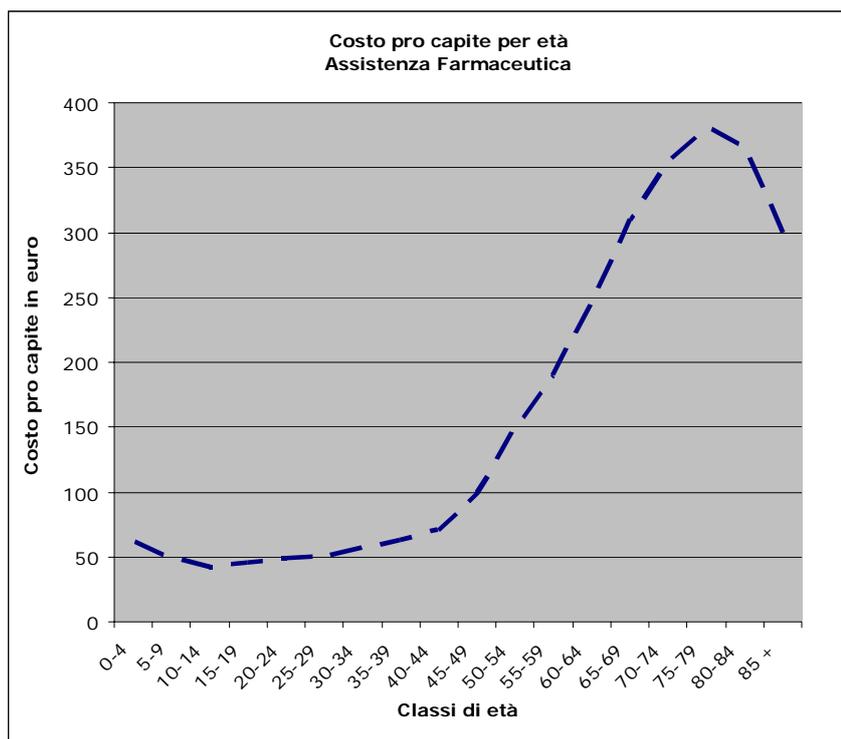
- a) L'età e il sesso sono le sole variabili di "rischio" conosciute con precisione ed in modo esaustivo.
- b) Sono di facile rilevazione ed in tempi molto brevi.
- c) Le altre variabili "proxy" della salute sono più che altro stime campionarie e tutte fanno registrare notevoli errori di stima.

Utilizzando quale criterio di ponderazione quello demografico, si decide, quindi, di adottare un criterio di equità su base verticale. In sostanza la variabilità delle risorse è assegnata in relazione alla variabilità dei bisogni espressi in base ad indicatori indiretti.

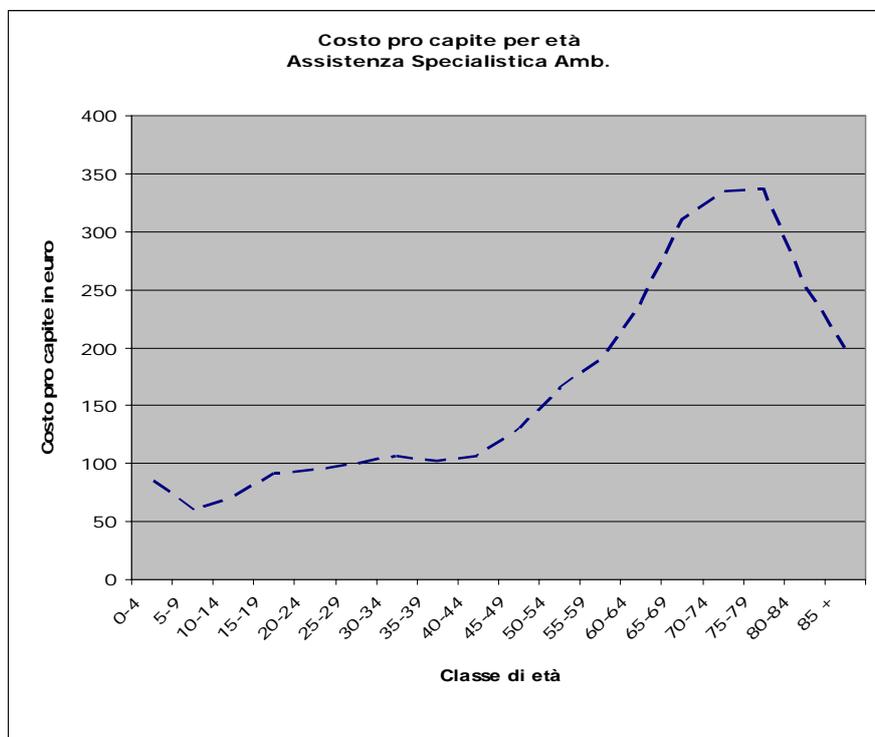
Se analizziamo come vengono assorbite le risorse in riferimento all'assistenza farmaceutica, ospedaliera e specialistica ambulatoriale si può facilmente desumere

come l'età sia un elemento determinante, come evidenziato dai seguenti grafici.

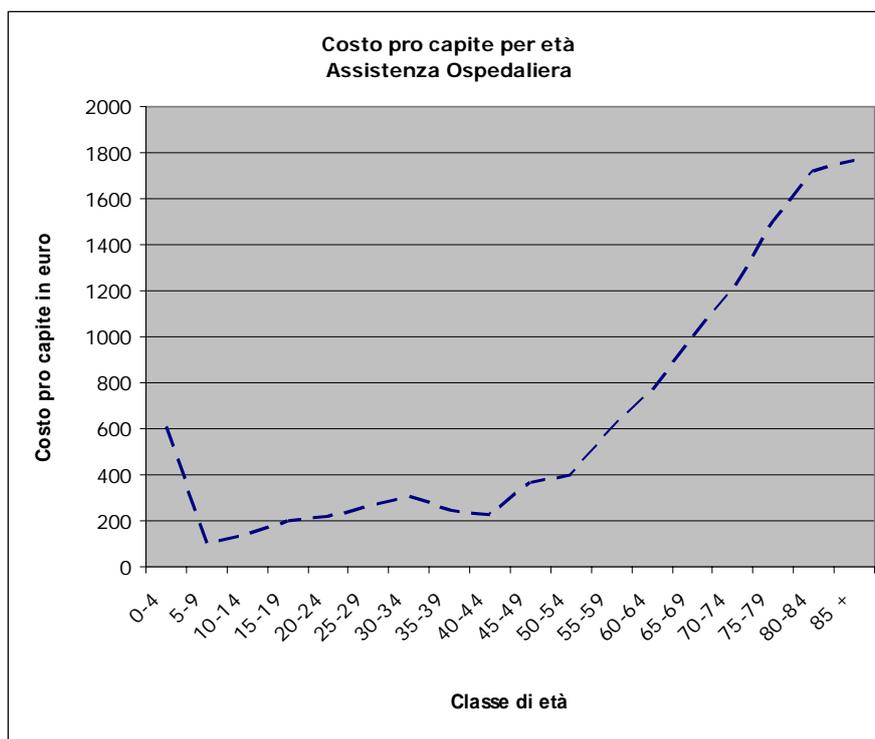
Farmaci



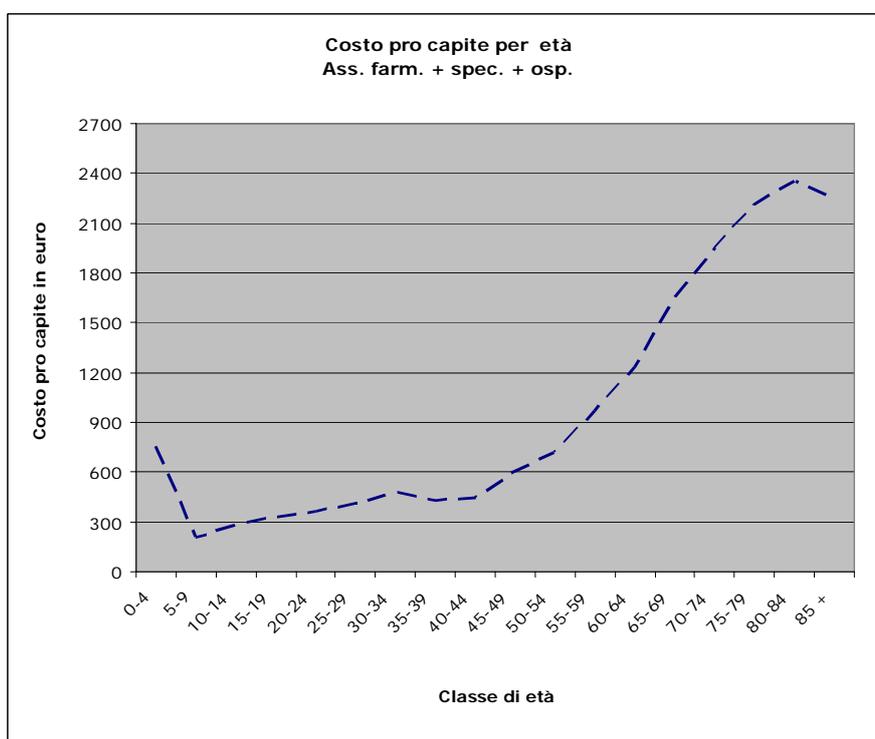
Assistenza Specialistica Ambulatoriale



Assistenza Ospedaliera



Farmaci, assistenza specialistica e ospedaliera



Si ritiene opportuno, per tenere in considerazione la specificità di San Marino, effettuare entro il 2006 uno studio che evidenzi in maniera puntuale i consumi per età creando in questo modo un sistema di pesi che tenga in considerazione l'effettivo utilizzo delle risorse

sanitarie e sociosanitarie a San Marino.

B) PROGETTI SPECIALI

A seconda di quanto definito nel Piano verranno definiti e concordati dei progetti speciali che dovranno avere un finanziamento ad hoc per poter essere realizzati.

C) AUTOFINANZIAMENTI DA PARTE DELL'ISS

L'Istituto potrà fare affidamento, come avviene anche oggi, sulla propria capacità di autofinanziamento derivante dai ricavi per la vendita di prodotti e l'erogazione di alcuni servizi. Nel Fondo dovranno confluire i ricavi conseguiti nell'esercizio precedente.

Il Fondo, che dovrà essere di competenza del Segretario di Stato alla Sanità, dovrà fare riferimento al Piano Socio-Sanitario per gli obiettivi strategici.

RIPARTIZIONE PER LIVELLO DI ASSISTENZA.

In relazione al profondo cambiamento avviato dalla Riforma dell'ISS – con particolare riferimento all'articolo 32, che prevede la riorganizzazione in Dipartimenti – sarà necessario riallineare la struttura dei dati dell'attuale contabilità analitica con le nuove forme organizzative al fine di:

- individuare nuovi ed adeguati criteri di finanziamento;
- allocare in maniera più precisa le risorse presenti nel Fondo Socio-Sanitario per i tre principali livelli di assistenza, di seguito riportati:
 - i. Prevenzione,
 - ii. Assistenza territoriale (Servizi Socio-Sanitari e Cure Primarie),
 - iii. Assistenza Ospedaliera e Specialistica,all'interno dei quali verranno poi identificati specifici sottolivelli assistenziali con l'attribuzione delle risorse dedicate;
- attribuire in maniera biunivoca il consumo di risorse al relativo centro di responsabilità.

Tutto ciò permetterà di allocare le risorse in linea con quanto previsto dal Piano Sanitario e Socio-Sanitario. Nello specifico, secondo i dettami del presente Piano, si dovranno rimodulare le quote attribuite alla Prevenzione, all'Assistenza Ospedaliera e Specialistica ed ai Servizi Sanitari, Socio-Sanitari e di Assistenza Territoriale.

L'Istituto avrà piena autonomia nell'impiego delle risorse stanziare per poter raggiungere gli obiettivi strategici che sono stati assegnati.

Sarà poi compito degli organi direttivi dell'ISS tradurre quanto definito a livello di Piano negli obiettivi assegnati ad ogni responsabile e professionista all'interno dell'Istituto.

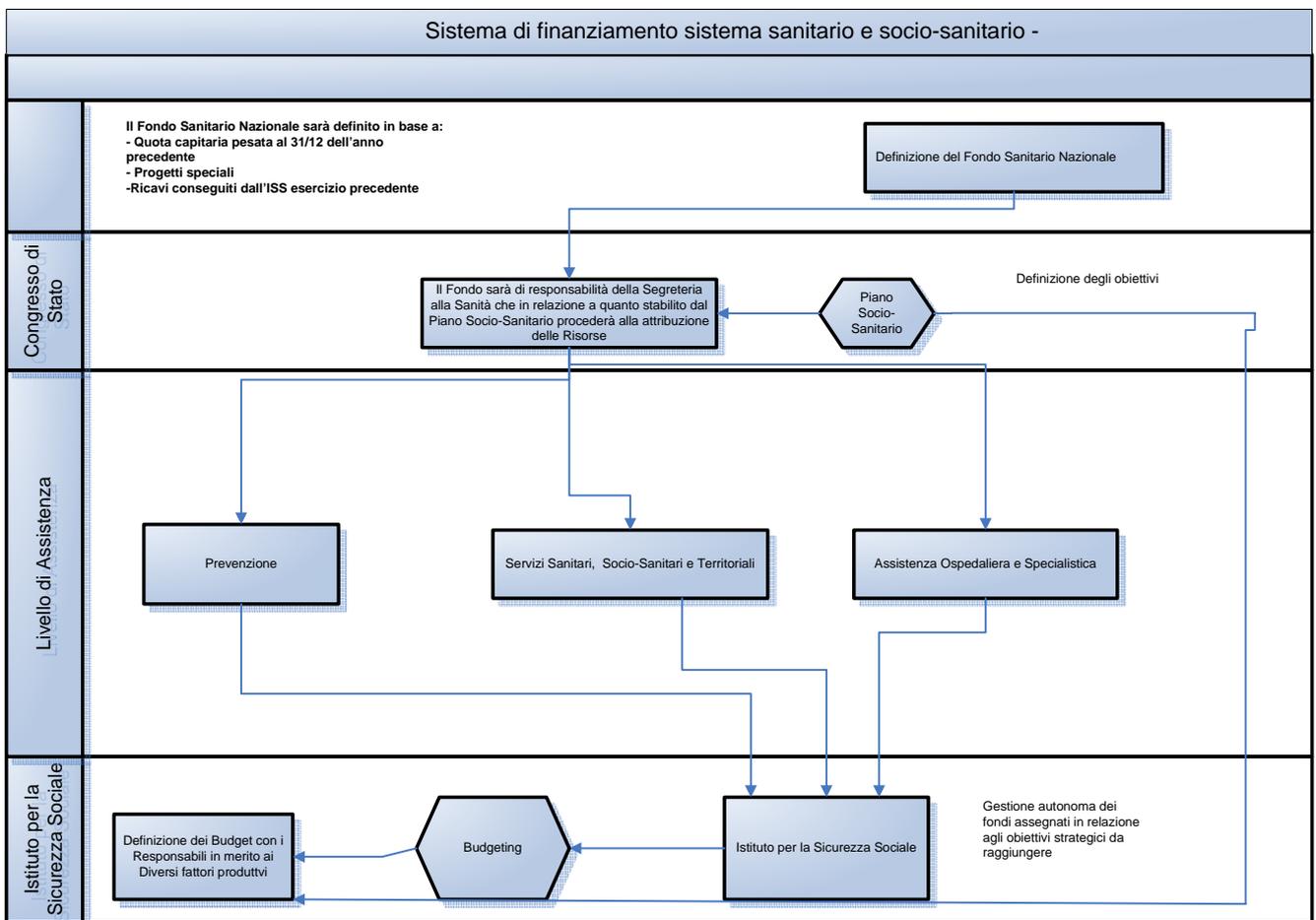
Il tutto con la sempre più cosciente consapevolezza della necessità di diffondere una cultura

di responsabilizzazione dei professionisti e dei dirigenti operanti ad ogni livello nel sistema sanitario e socio-sanitario.

E' opportuno prendere in considerazione i seguenti punti:

1. L'ammontare delle risorse disponibili per l'assistenza socio-sanitaria verranno definite su basi oggettive e sull'effettivo bisogno di salute della popolazione con una trasparenza nei criteri di assegnazione.
2. Gli obiettivi da raggiungere in ambito socio-sanitario saranno una responsabilità che rimarrà all'organo politico che tramite il Piano li esplicita.

L'Istituto per la Sicurezza Sociale avrà il compito di gestire in autonomia le risorse assegnate con l'obiettivo di raggiungere i risultati prefissati in termini di soddisfacimento dei bisogni di salute.



b) La valorizzazione e sviluppo delle professionalità

E' fondamentale avere una particolare attenzione nella gestione delle risorse umane 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.

I processi di cambiamento in atto nel sistema sanitario e socio-sanitario e nella pubblica amministrazione impongono una valorizzazione, ed un uso efficiente delle risorse umane, attraverso strategie coerenti con gli indirizzi generali previsti dal Piano e che abbiano rilevanza e ricaduta sul sistema, nel suo complesso.

Inoltre un'adeguata analisi del quadro delle risorse umane consente di individuare alcune esigenze, quali:

- Una puntuale valutazione del fabbisogno per ciascuna specifica figura professionale;
- La necessità di sviluppare competenze professionali finalizzate allo sviluppo dell'assistenza territoriale integrata con le attività ospedaliere;
- Il miglioramento delle capacità gestionali adeguate all'evoluzione delle modalità organizzative previste con l'aziendalizzazione;
- L'esigenza di stimolare le capacità professionali utili ad assicurare l'appropriatezza delle prestazioni e l'efficienza nell'utilizzo delle tecnologie sanitarie innovative;
- Lo sviluppo di una adeguata programmazione strategica della formazione di base finalizzata a garantire la copertura del fabbisogno di personale e ad evitare squilibri e tensioni imputabili ad eccessi di offerta per alcune figure professionali;
- Il potenziamento dei processi di formazione finalizzati al superamento della carenza di specifiche figure professionali indispensabili, oltre che al mantenimento delle attività erogate, anche all'attivazione di nuovi servizi, nonché al miglioramento continuo delle culture professionali;
- E' importante la valorizzazione del personale che opera nel settore sociale e socio-sanitario, in quanto la qualificazione e la motivazione degli operatori incidono sulla qualità del servizio erogato alle persone, proprio perché caratterizzato particolarmente dalla personalizzazione del rapporto tra operatore ed utente,
- E' fondamentale adottare adeguate modalità di selezione per il reclutamento del personale, al fine di valorizzare non solo le competenze professionali ed il livello motivazionale, ma anche le capacità adeguate allo specifico contesto lavorativo

assistenziale, al fine di garantire la qualità dei servizi stessi e, nello stesso tempo, tutelare cittadini fragili che si trovano a dover ricevere una adeguata assistenza.

Implementazione di un sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM).

Una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità è essenziale per mantenere e migliorare nel tempo le conoscenze dei professionisti ed incidere, in questo modo, positivamente sulla sicurezza, efficienza, efficacia ed appropriatezza degli interventi assistenziali.

L'educazione continua in medicina – intesa dunque come aggiornamento professionale necessario per migliorare le competenze e le abilità cliniche, assistenziali, tecniche e manageriali – dovrà tenere conto dei bisogni formativi strettamente connessi agli obiettivi prioritari del Piano Sanitario e Socio-sanitario, nel rispetto dei vari profili professionali di tutti gli operatori coinvolti nel sistema. L'esecutivo dell'ISS, sulla base dell'analisi dei bisogni formativi in riferimento agli obiettivi annuali e sentite le esigenze dei vari Dipartimenti, dovrà predisporre un piano di formazione annuale che contenga, oltre all'analisi dei bisogni formativi delle figure professionali interessate, la definizione degli obiettivi prioritari e la descrizione delle strategie ed azioni previste.

E' opportuno prevedere adeguati strumenti di misurazione della partecipazione a programmi di formazione continua, quali ad esempio l'acquisizione di crediti o sistemi di accreditamento formativi comunque riconosciuti in un più ampio contesto italiano ed europeo.

Sarà compito dell'Authority “effettuare il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi di formazione continua”, secondo quanto previsto dalla Legge 69/04.

Possono essere infine identificate le seguenti modalità formative:

- Residenziali

In quest'ambito sono incluse attività formative quali congressi, conferenze e seminari, tavole rotonde, corsi di formazione.

E' auspicabile che buona parte dei programmi di formazione avvengano all'interno della propria struttura o Ente di appartenenza. E' inoltre opportuno creare sinergie fra istituti ed enti sammarinesi (Università, ISS, Authority, ecc...) ed altre strutture di eccellenza o di provata qualità a livello italiano, europeo ed internazionale (varie Università italiane ed europee, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, associazioni e fondazioni accreditate, ecc...).

- A distanza

In questo caso chi usufruisce del programma formativo può apprendere a

distanza, soprattutto attraverso l'utilizzo di supporti informatici.

- Sul campo

Questa modalità consente di apprendere mentre si lavora. In questo caso per l'apprendimento si utilizzano direttamente le strutture sanitarie e le competenze degli operatori impegnati nelle attività assistenziali.

8 I gruppi di lavoro multidisciplinari ed i Progetti speciali

Si ritiene opportuno attivare GRUPPI DI LAVORO MULTIDISCIPLINARI che coinvolgano il più ampio numero di attori possibile, al fine di approfondire e monitorare quelle tematiche considerate prioritarie e sviluppare linee guida appropriate.

Alcune delle tematiche evidenziate sono le seguenti:

– *L'assistenza specialistica*

Per quanto riguarda l'assistenza specialistica – visite, esami di laboratorio e strumentali – è opportuno focalizzare l'attenzione su aree critiche per creare gruppi di lavoro multidisciplinari che costruiscano linee guida condivise e/o percorsi diagnostico-terapeutici adeguati.

– *L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)*

In riferimento a quanto indicato nel Piano va attivato un gruppo multidisciplinare che coinvolga professionisti ospedalieri, medici di medicina generale, infermieri professionali sia ospedalieri che territoriali, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali ed altre professionalità coinvolte stabilmente nel percorso. Il gruppo dovrà occuparsi di produrre linee guida, procedure e metodiche per l'assistenza integrata che presidi altresì il percorso in dimissione protetta dall'ospedale alle strutture intermedie e al domicilio.

Dovranno essere anche attivati o potenziati i seguenti PROGETTI SPECIALI:

– *La politica del farmaco*

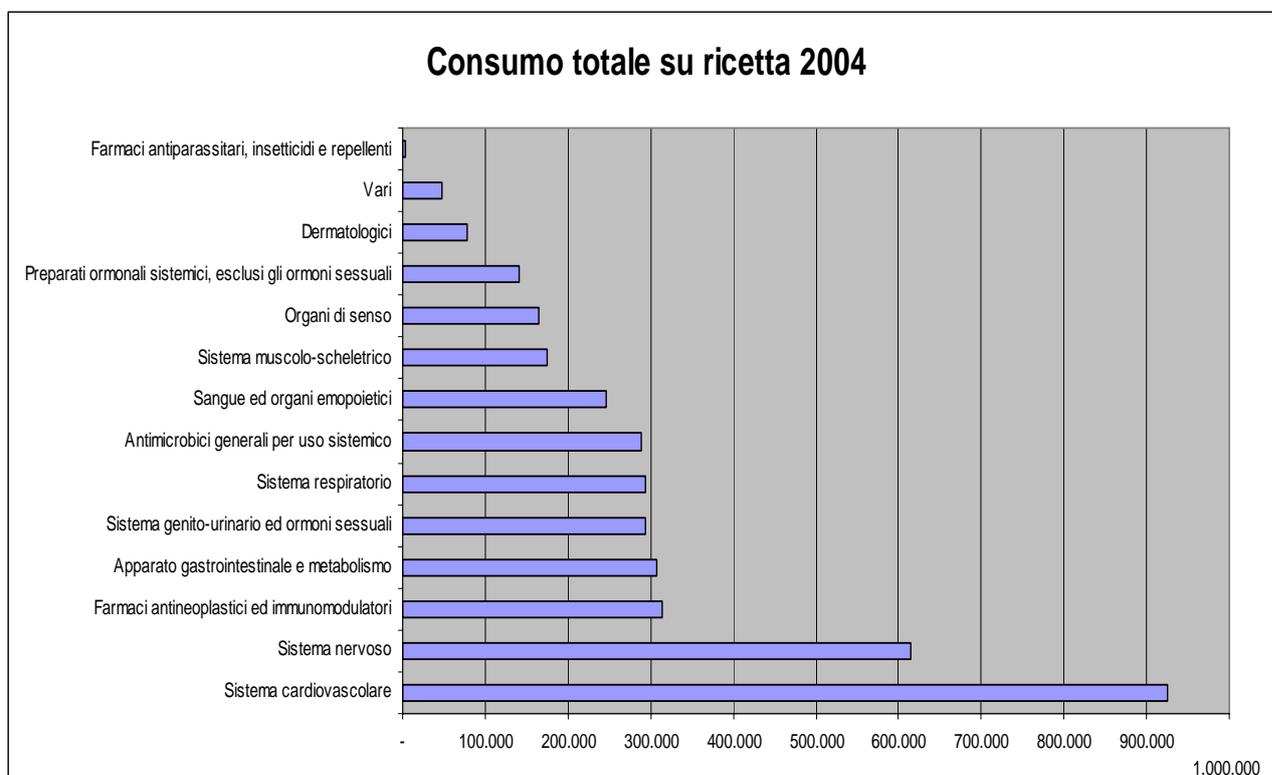
I farmaci sono importanti e necessari, ma è buona regola non abusarne. Un loro utilizzo indiscriminato e non appropriato non protegge di più la nostra salute e nello stesso tempo comporta una spesa inutile.

Due sono gli aspetti qualificanti: un impiego appropriato dei farmaci e la continuità della cura.

L'assistenza farmaceutica coinvolge tutta la rete assistenziale, dal medico di base, all'ospedale, alle strutture residenziali, all'assistenza domiciliare.

Per favorire lo sviluppo dell'appropriatezza e della continuità della cura dovrà essere avviata una attenta politica del farmaco, anche attraverso la formazione continua dei medici, l'informazione al cittadino sul corretto uso dei farmaci, il monitoraggio e la verifica delle prescrizioni dei medici di base e lo sviluppo di tutti gli strumenti del governo clinico (linee guida, aggiornamento continuo del prontuario farmaceutico, la gestione del rischio di sovradosaggio o sottodosaggio delle cure e delle possibili interazioni tra diversi farmaci).

Si ritiene opportuno inoltre utilizzare sistemi di classificazione, quali il DDD (dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto), utili per avviare dei confronti con le realtà sanitarie europee e mondiali nell'ottica di un uso appropriato dei farmaci.



I consumi farmaceutici a San Marino – anno 2004

- ***Percorsi diagnostico-terapeutici extraterritoriali;***
- ***L'ospedale senza fumo;***
- ***Il progetto gravi cerebrolesi*, anche nell'ottica di entrare in rete con le Regioni a noi limitrofe attraverso accordi;**
- ***L'ospedale senza dolore;***
- ***Gli screening* (implementazione degli screening per il tumore della mammella e dell'utero e sviluppo dello screening per il tumore del colon);**
- ***La gestione dell'Ictus;***
- ***I trapianti* (percorsi assistenziali con regioni limitrofe);**
- ***Qualità per il prelievo, la conservazione, la distribuzione ed il trasporto del sangue e emocomponenti***

9 Il processo di valutazione del piano sanitario e socio-sanitario

Al fine di garantire l'efficacia degli atti programmatori ed avere un riscontro obiettivo per evidenziare criticità ed attuare modifiche nei prossimi documenti di programmazione, è opportuno prevedere strumenti di valutazione di effetto delle politiche attivate dal presente Piano Sanitario e Socio-Sanitario. Questa scelta permette di analizzare il livello di realizzazione dei cambiamenti che le scelte del Piano sanitario inducono.

Il processo di valutazione richiede l'uso di specifici indicatori sintetici che possono coinvolgere non solo il sistema sanitario e socio-sanitario ma anche i sistemi economico, sociale e ambientale. Tali indicatori, affinché garantiscano la loro applicabilità ed utilità, devono essere:

- _ informativi rispetto agli obiettivi,
- _ integrabili fra loro,
- _ sintetici e numericamente limitati,
- _ facilmente rilevabili sia a livello politico sia per gli attori che devono perseguire gli obiettivi del Piano.

Gli indicatori, che devono essere accessibili, garantendo quindi la trasparenza di tale processo di valutazione, possono essere suddivisi in due gruppi:

- indicatori di effetto generale,
- indicatori di effetto delle scelte strategiche e degli strumenti,

prevedendo inoltre indicatori di processo o efficienza – utili a definire fino a che punto i cambiamenti organizzativi previsti sono stati attuati – e di esito o efficacia – necessari per capire quanto questi hanno cambiato parametri connessi con la salute e la percezione di essa da parte dei cittadini.

Il Congresso di Stato, avvalendosi del supporto tecnico dell'Authority secondo quanto previsto dalle normative vigenti, può attivare il processo di valutazione una volta approvato il Piano sanitario e socio-sanitario e sottoporre annualmente al Consiglio Grande e Generale una valutazione sintetica dello stato di attuazione del Piano stesso.

L'individuazione degli indicatori può avvenire ricercando la collaborazione con Enti internazionali, ed in particolar modo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità per il monitoraggio degli effetti delle azioni di Piano sulla salute dei cittadini. L'elaborazione di indicatori che tengano conto delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità consente un confronto ed una valutazione comparata con altri paesi europei e mondiali.

INDICATORI GENERALI DI EFFETTO

Possono essere individuati alcuni macro – indicatori, utili a verificare la qualità dell'intero sistema ed i suoi risultati nel loro complesso, sia rispetto alle finalità in termini di miglioramento e protezione della salute, sia rispetto alla sostenibilità economica.

Si intendono utilizzare i seguenti indicatori:

- _ *Speranza di vita alla nascita*
- _ *Mortalità infantile*
- _ *Tasso di Ospedalizzazione*
- _ *Tempi di attesa*
- _ *Utilizzo delle risorse economiche*

INDICATORI DI EFFETTO DELLE SCELTE STRATEGICHE E DEGLI STRUMENTI

Possono essere individuati i seguenti indicatori di attuazione ed effetto delle scelte strategiche e degli strumenti di intervento previsti dal Piano:

- _ *Gli obiettivi di salute*, con particolare riguardo a misure di incidenza e mortalità e misure di soddisfazione dell'utenza.
- _ *I livelli ed i tempi appropriati di erogazione della assistenza*, con misurazione di adesione ove sono previsti determinati standard;
- _ *Analisi ed orientamento della domanda*, utilizzando misurazioni riguardanti l'attivazione di percorsi assistenziali considerati appropriati e delle Carte dei Servizi;
- _ *Organizzazione dell'offerta*, attraverso misure di utilizzo e valorizzazione dei servizi a livello territoriale e ospedaliero.
- _ *Il governo delle risorse finanziarie*, verificando l'equilibrio e la congruità dei bilanci in riferimento agli obiettivi di Piano;
- _ *La valorizzazione delle Risorse umane*, attraverso misure di partecipazione degli operatori
- _ *Il sistema informativo*, attraverso misure di qualità dei dati
- _ *La ricerca e la sperimentazione*, attraverso misure di attivazione e completamento di progetti di ricerca e sperimentazione.

Il Congresso di Stato, con il supporto tecnico dell'Authority, avvia il processo di valutazione del Piano, avvalendosi anche di operatori dell'ISS e, se necessario, di esperti esterni, coinvolgendo altresì soggetti espressione della società civile, fra i quali le associazioni, per le tematiche a loro attinenti.

Seconda Parte

**IL PROFILO DI SALUTE
DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO**

(Documento 1-2005 – Authority sanitaria e Socio-sanitaria)

Popolazione e territorio ¹

La Repubblica di San Marino si caratterizza per:

- *Aumento costante della popolazione residente.*
- *Un indice di vecchiaia più basso rispetto alla Regione Emilia Romagna.*
- *Speranza di vita alla nascita tra le più alte al mondo.*
- *Elevata densità abitativa nei castelli di Serravalle, Borgo Maggiore e Città.*

La Repubblica di San Marino è suddivisa in nove castelli con una superficie complessiva di 61 km quadrati.

La popolazione residente, alla fine del 2003, ammontava a 29.241 unità, di cui 14.338 maschi (49%) e 14.903 femmine (51%). A giugno 2004, il numero di residenti raggiungeva le 29.421 unità (14.422 maschi e 14.999 femmine).

La *tabella 1* riassume la distribuzione dei residenti nei nove Castelli.

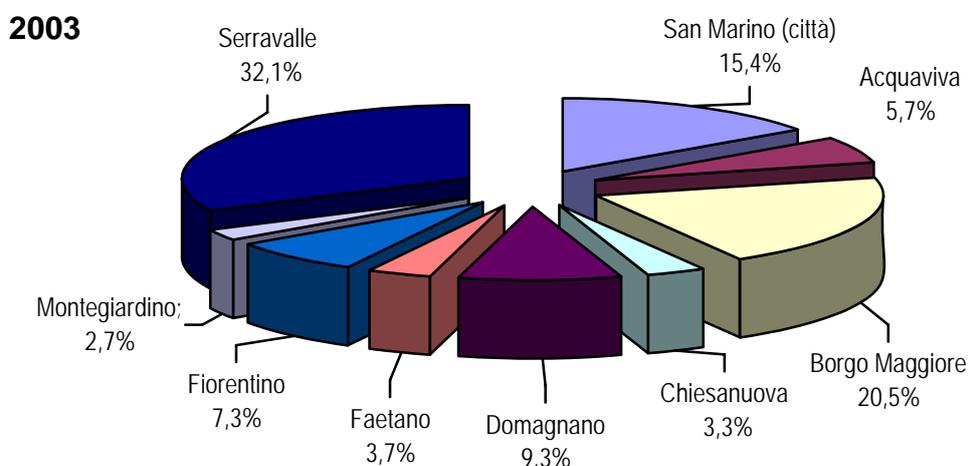
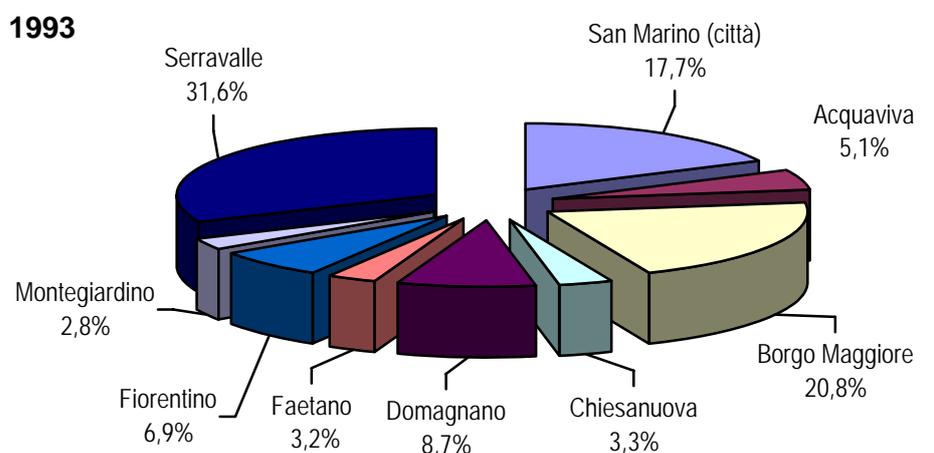
Tabella 1 – Popolazione residente per castello

Castello	31 dicembre 2003		Giugno 2004	
	N. soggetti	%	N. soggetti	%
Acquaviva	1.678	5,7%	1.688	5,7%
Borgo Maggiore	5.992	20,5%	6.038	20,5%
Città (San Marino)	4.493	15,4%	4.482	15,2%
Chiesanuova	976	3,3%	995	3,4%
Domagnano	2.714	9,3%	2.752	9,4%
Faetano	1.081	3,7%	1.081	3,7%
Fiorentino	2.120	7,3%	2.148	7,3%
Montegiardino	793	2,7%	803	2,7%
Serravalle	9.394	32,1%	9.434	32,1%

¹ *FONTE DATI:* Relazione economico-statistica 2005 – Ufficio Programmazione Economica e Centro Elaborazione Dati e Statistica.

Nell'arco del decennio 1993-2003, tale distribuzione non ha subito sostanziali modifiche, eccezion fatta per il Castello di San Marino Città, la cui popolazione rispetto a quella totale, è passata dal 17,7% del 1993 al 15,4% del 2003 (grafico 1).

Grafico 1 – Popolazione residente per castello



Alla fine del 2003 la densità abitativa ammonta a 478 ab/kmq, nel giugno 2004 ha raggiunto i 481 ab/kmq; questo valore è superiore di 2,6 volte rispetto alla densità media registrata al 1 gennaio 2001 nella regione Emilia Romagna (pari a 181 ab/Kmq).

La distribuzione della densità abitativa non è però omogenea nel territorio: la densità più elevata si registra nel castello di Serravalle (896,0 ab/Kmq a giugno 2004), seguito da quello di Borgo maggiore (669,9 ab/Kmq) e di San Marino Città (632,4 ab/Kmq). Nei castelli di Faetano e di

Chiesanuova sono presenti, invece, le densità abitative più basse (*tabella 2*).

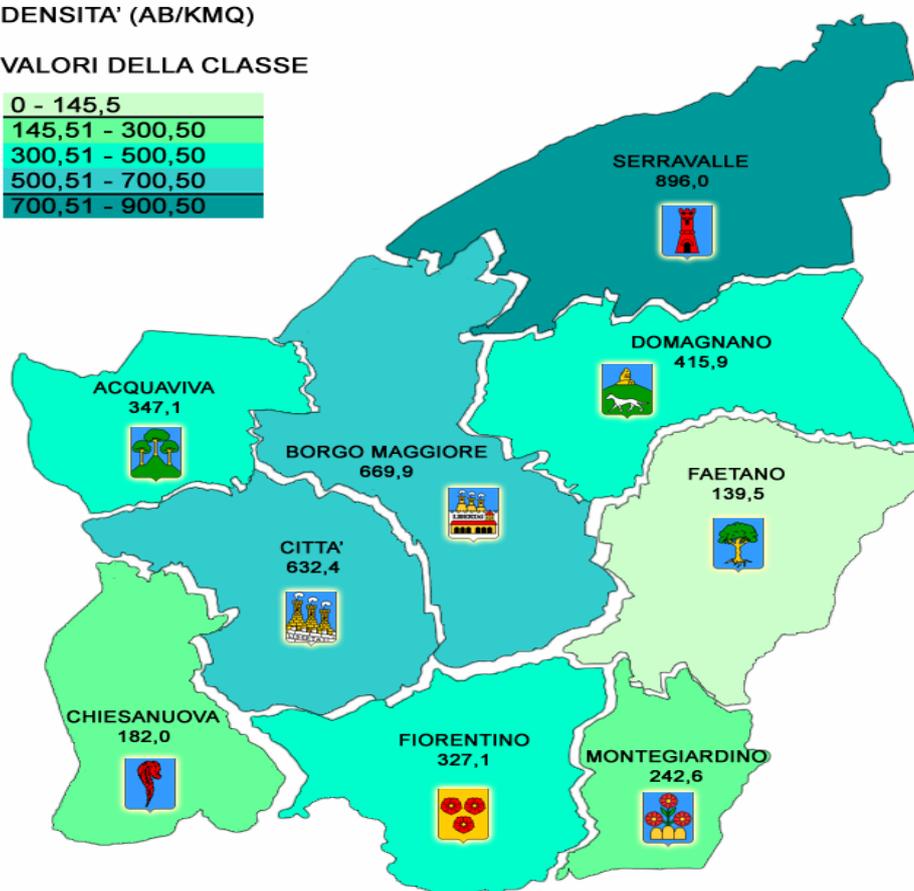
Tabella 2 – Densità abitativa (abitanti/kmq) (giugno 2004)

Castello	Superficie castello (Kmq)	Densità abitativa (ab/kmq)
Acquaviva	4,86	347,1
Borgo Maggiore	9,01	669,9
Città (San Marino)	7,09	632,4
Chiesanuova	5,46	182,2
Domagnano	6,62	415,9
Faetano	7,75	139,5
Fiorentino	6,57	327,1
Montegiardino	3,31	242,6
Serravalle	10,53	896,0
TOTALE	61,20	480,8

DENSITA' (AB/KMQ)

VALORI DELLA CLASSE

0 - 145,5
145,51 - 300,50
300,51 - 500,50
500,51 - 700,50
700,51 - 900,50



La crescita demografica e i movimenti migratori

Nel 2003 si registra un incremento dei residenti di 488 unità rispetto all'anno precedente (+ 1,7%); l'incremento gennaio/giugno 2004 ammonta a 180 unità: si assiste, quindi, ad una flessione della crescita rispetto al 2003 e ad una sua stabilizzazione dopo il forte incremento rilevato nel 2001 (tabella 3a, 3b, 4; grafici 2 e 3).

Per quanto riguarda i *soggiornanti*², questi sono complessivamente 931 alla fine del 2003, con una diminuzione dello 0,4% rispetto all'anno precedente; nel corso del primo semestre 2004 i soggiornanti tornano nuovamente ad aumentare (+12,8%).

La *popolazione presente*³ è aumentata del 1,6% nel 2003, dell'1% nel primo semestre 2004 per un totale del 18% nell'ultimo decennio (grafico 3).

Tabella 3a – Popolazione residente (1994 – giugno 2004)

	N. soggetti			Variazione % rispetto anno precedente			Variazione % sul 1994		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1994	12.079	12.628	24.707	-	-	-	-	-	-
1995	12.214	12.844	25.058	1,1	1,7	1,4	1,1	1,7	1,4
1996	12.426	13.089	25.515	1,7	1,91	1,8	2,9	3,7	3,3
1997	12.616	13.305	25.921	1,5	1,65	1,6	4,4	5,4	4,9
1998	12.785	13.447	26.232	1,3	1,07	1,2	5,8	6,5	6,2
1999	13.008	13.620	26.628	1,7	1,29	1,5	7,7	7,9	7,8
2000	13.185	13.756	26.941	1,4	1,0	1,2	9,2	8,9	9,0
2001	13.793	14.373	28.166	4,6	4,5	4,5	14,2	13,8	14,0
2002	14.072	14.681	28.753	2,0	2,1	2,1	16,5	16,3	16,4
2003	14.338	14.903	29.241	1,9	1,5	1,7	18,7	18,0	18,4
giu-04	14.422	14.999	29.421	0,6	0,6	0,6	19,4	18,8	19,1

² SOGGIORNANTI: persone che dimorano nel territorio della Repubblica

³ POPOLAZIONE PRESENTE: popolazione che risiede anagraficamente nel territorio della Repubblica di San Marino unitamente alle persone che nel territorio dimorano (soggiornanti)

Grafico 3 – Andamento della popolazione residente

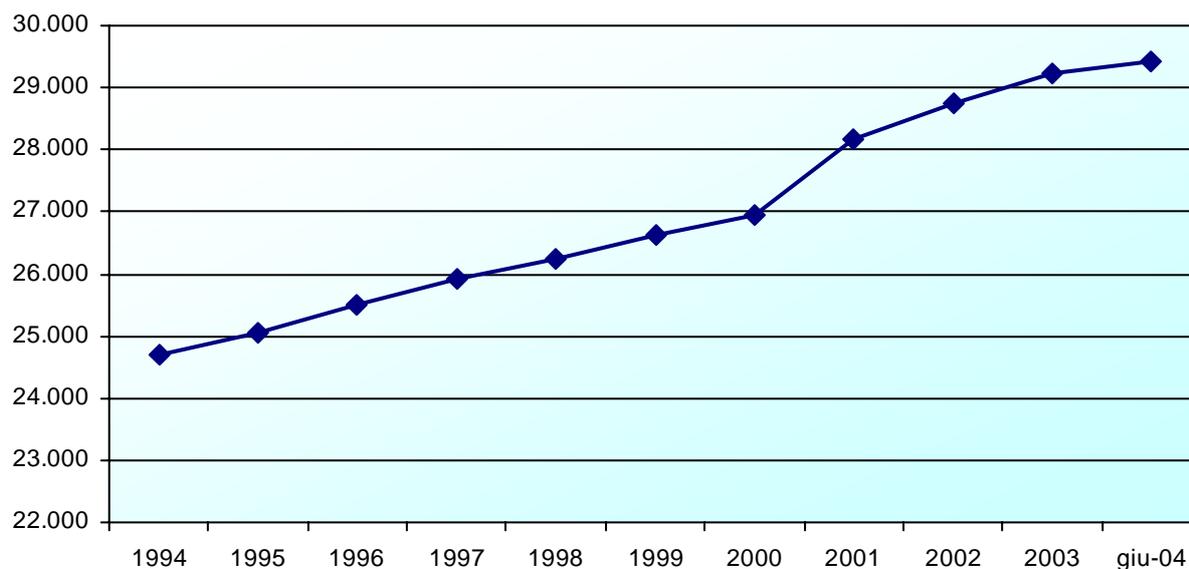


Tabella 3b – Andamento della popolazione residente, soggiornante, presente (1994 – giugno 2004)

	POP. RESIDENTE			POP. SOGGIORNANTE			POP. PRESENTE		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1994	12.079	12.628	24.707	573	317	890	12.652	12.945	25.597
1995	12.214	12.844	25.058	616	346	962	12.830	13.190	26.020
1996	12.426	13.089	25.515	617	350	967	13.043	13.439	26.482
1997	12.616	13.305	25.921	598	361	959	13.214	13.666	26.880
1998	12.785	13.447	26.232	670	496	1.166	13.455	13.943	27.398
1999	13.008	13.620	26.628	650	693	1.343	13.658	14.313	27.971
2000	13.185	13.756	26.941	622	677	1.299	13.807	14.433	28.240
2001	13.793	14.373	28.166	375	483	858	14.168	14.856	29.024
2002	14.072	14.681	28.753	388	547	935	14.460	15.228	29.688
2003	14.338	14.903	29.241	373	558	931	14.711	15.461	30.172
giu-04	14.422	14.999	29.421	436	614	1.050	14.858	15.613	30.471

Grafico 4 – Andamento della popolazione (variazione % sul 1994)

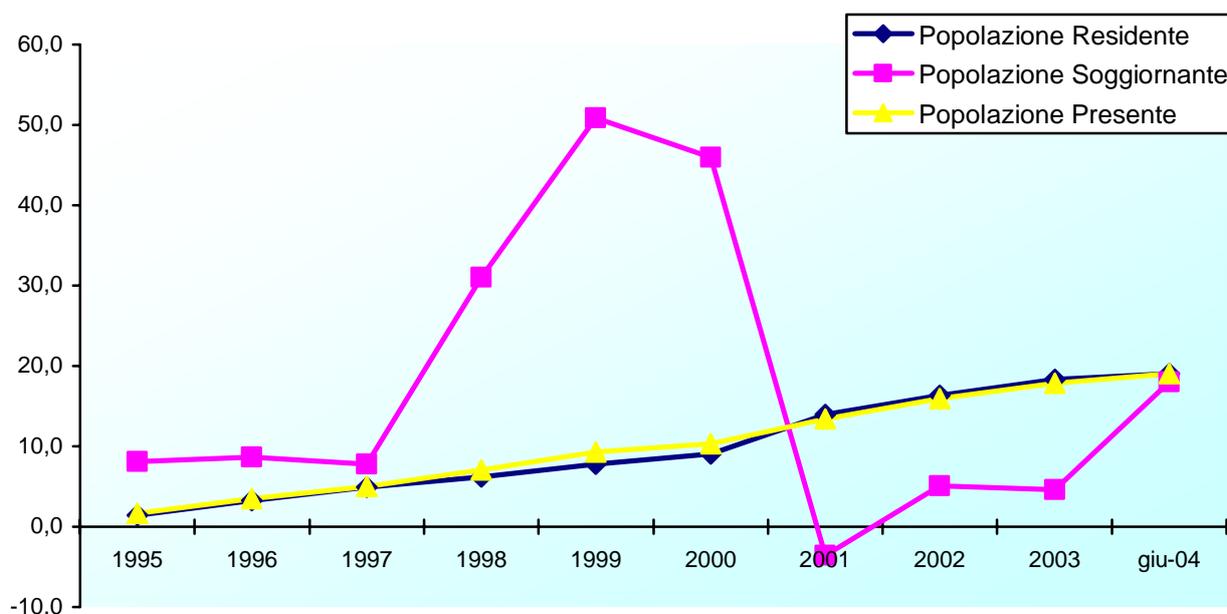


Tabella 4 – Bilancio demografico

	Pop. Res. inizio periodo	movimento naturale			movimento migratorio			Incr. netto	Pop. fine periodo*	* di cui forensi
		Nati vivi	Morti	Saldo	Immigrati	Emigrati	Saldo			
1998	25.921	285	190	95	328	96	232	327	26.232	3.871
1999	26.232	303	198	105	330	40	290	395	26.628	4.101
2000	26.628	290	188	102	254	43	211	313	26.941	4.273
2001	26.941	315	195	120	1.154	49	1.105	1.225	28.166	4.615
2002	28.166	295	203	92	570	76	494	587	28.753	4.104
2003	28.753	300	216	84	449	46	403	488	29.241	4.405
giu-04	29.241	149	96	53	161	34	127	180	29.421	4.531

Per quanto riguarda il bilancio demografico, il movimento naturale (*tabella 4*), nel 2003 si sono avute complessivamente 300 nascite mentre nel periodo gennaio/giugno 2004 ne sono state registrate 149; ciò conferma il costante andamento positivo riscontrato nell'ultimo quinquennio di lieve ma costante ripresa della natalità.

Il numero dei decessi è stato di 216 nel 2003 e di 96 nel primo semestre 2004. Nel 2003 il saldo naturale è stato di 84 unità, il più basso degli ultimi 5 anni.

Il movimento migratorio, è costituito dalla differenza tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche conseguenti a trasferimenti di residenza, anche nel 2003, è risultato in aumento, presentando un saldo positivo di 403 unità. In particolare, le immigrazioni sono state 449 e le emigrazioni 46. Nel primo semestre del 2004 gli immigrati sono stati 161 e gli emigrati 34.

La crescita demografica è stata, quindi, sostenuta principalmente dall'immigrazione, in analogia a quanto si osserva nella realtà circostante.

Per quanto riguarda la provenienza della componente migratoria, dal 2002 al 30 giugno 2004, gli immigrati provenienti dall'Italia ammontano a 875 (pari al 76%), quelli provenienti dall'Unione Europea sono complessivamente 12 (pari al 1%), mentre quelli che giungono da paesi extra-europei sono in tutto 262 (pari al 23%).

La natalità e la mortalità

Il *tasso di natalità*⁴ è in diminuzione rispetto agli anni '70, anche se a partire dal 1996 registra una timida ripresa. Il *tasso di mortalità*⁵ si è mantenuto, invece, pressoché costante dagli ultimi anni (7,3% negli ultimi cinque anni) (tabella 5).

Tabella 5 – Indicatori demografici

	Movimento naturale		
	Natalità	Nuzialità⁶	Mortalità
1976-1980	13,3	7,7	7,3
1981-1985	10,2	8,0	7,5
1986-1990	10,0	7,9	7,4
1991-1995	10,4	8,1	7,1
1996-2000	11,1	8,1	7,1
1997-2001	11,3	7,9	7,2
1998-2002	11,1	7,6	7,3
1999-2003	10,9	7,2	7,3

Il tasso di natalità misura l'intensità delle nascite con riferimento alla popolazione nel suo complesso, senza tener conto della quota di soggetti che possono realmente contribuire a produrre le nascite osservate. Per superare questo limite si può calcolare un indicatore che tiene conto dei soli individui in età riproduttiva, il cosiddetto quoziente di fecondità. Questo è ottenuto come rapporto tra il numero di nati e il numero di donne in età riproduttiva (15-49 anni) in un certo periodo di

⁴ TASSO DI NATALITA': nati vivi nel periodo di riferimento/popolazione media nel periodo di riferimento x 1.000

⁵ TASSO DI MORTALITA': morti nel periodo di riferimento/popolazione media nel periodo di riferimento x 1.000

⁶ TASSO DI NUZIALITA': matrimoni nell'anno di riferimento/popolazione media nel periodo di riferimento x 1.000

riferimento. Nella Repubblica di San Marino, nel 2003, il *quoziente di fecondità*⁷ è pari al 40 per mille. Le donne in età riproduttiva sono, infatti, 7500 mentre il numero dei neonati è pari a 300.

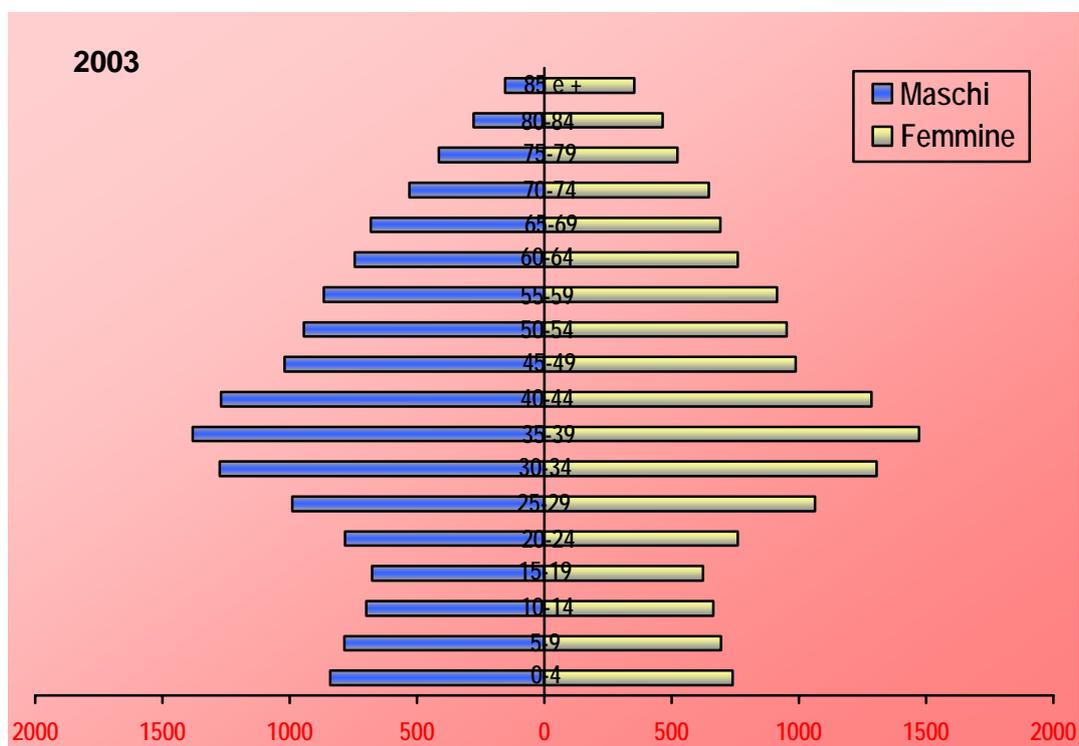
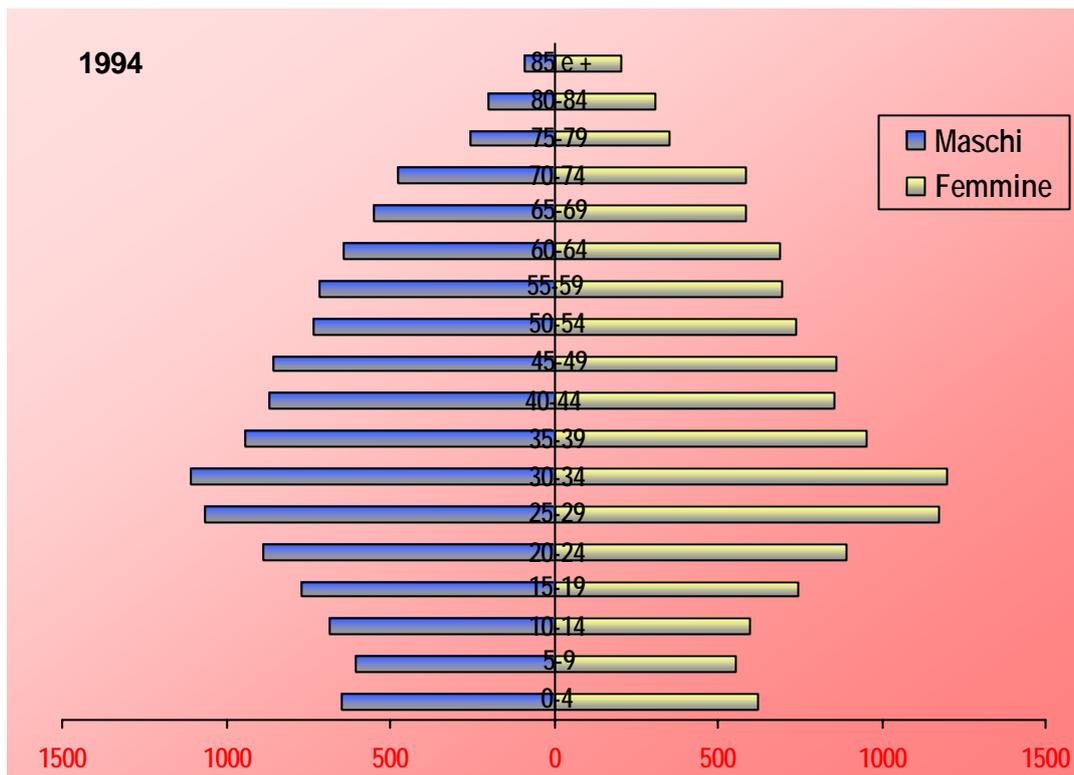
La dinamica demografica

Le dinamiche di crescita della popolazione sammarinese, come quelle dei paesi ad economie più avanzate, sono sempre più caratterizzate da un forte processo di

Invecchiamento, dovuto soprattutto ad una crescita della popolazione in età anziana, grazie all'aumento della speranza di vita. In particolare, l'età modale (*grafico 5*), ossia l'età riscontrabile con più frequenza tra gli individui, si assesta attorno alla fascia 35/39 anni.

⁷ *QUOZIENTE DI FECONDITA'*: numero di nati vivi / popolazione femminile in età feconda (cioè in età compresa tra i 15 e i 49 anni)

Grafico 5 – Piramide delle età della popolazione residente



Naturalmente, l'allargamento dal basso della piramide di età non sottintende una popolazione giovane: infatti, la fascia di età 0-16 anni nel 2003 rappresenta il 16,9% del totale della popolazione residente, mentre nel 1980 rappresentava il 25,6%; il peso della popolazione anziana (65 anni e oltre) sul totale della popolazione residente è, invece, progressivamente aumentato nel corso del tempo: si è passati da un 11,17% del 1980 ad un 16,21% del 2003 (*tabella 6*), un dato comunque sensibilmente inferiore a quello delle realtà circostanti.

Tabella 6 – Popolazione residente per fasce di età

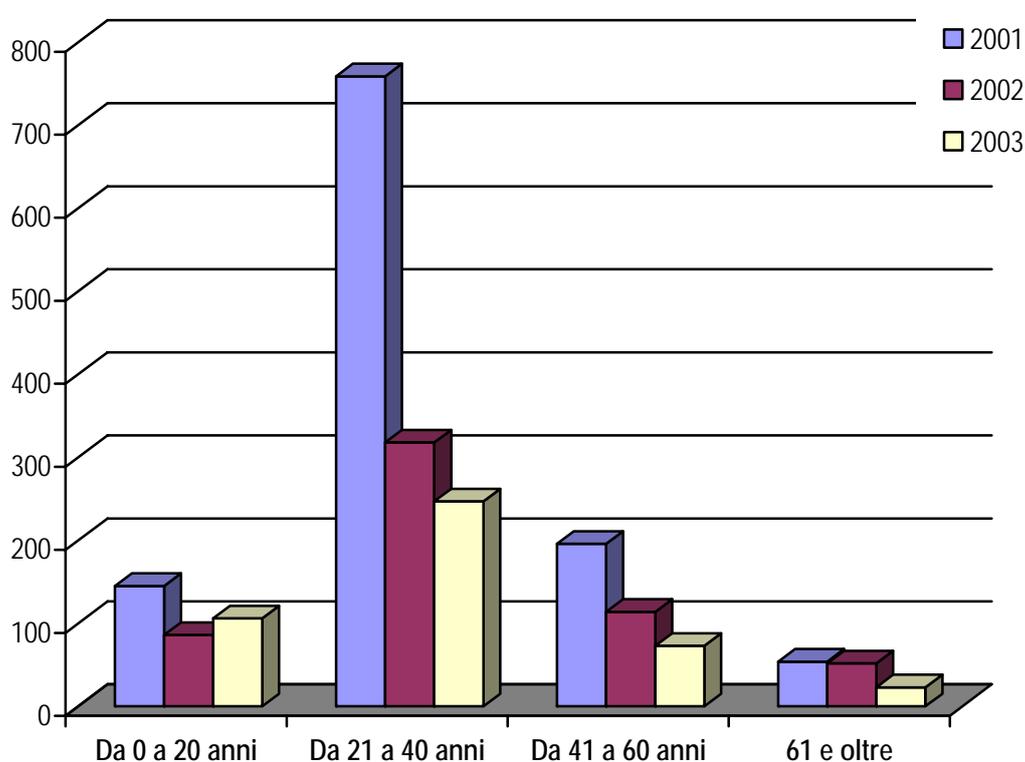
	0-16		17-64		65 e oltre	
	N. soggetti	% sul totale della pop. residente	N. soggetti	% sul totale della pop. residente	N. soggetti	% sul totale della pop. residente ⁸
1980	5.508	25,57	13.623	63,25	2.406	11,17
1990	4.433	19,07	15.653	67,35	3.156	13,58
2000	4.544	16,87	18.054	67,01	4.343	16,12
2001	4.705	16,70	18.967	67,34	4.494	15,96
2002	4.788	16,65	19.352	67,30	4.613	16,04
2003	4.938	16,89	19.564	66,91	4.739	16,21

Va sottolineato che a contenere gli effetti dell'invecchiamento della popolazione hanno contribuito, negli ultimi anni, gli immigrati, costituiti prevalentemente da giovani (*tabella 7*). Tutto ciò ha prodotto uno sbilanciamento assai irregolare della piramide, soprattutto a favore della popolazione femminile che ha superato quella maschile di circa 500 unità.

⁸ Anche chiamato con il termine di *indice di invecchiamento*

Tabella 7 – Immigrati per fasce di età

	2001			2002			2003		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.
Da 0 a 20 anni	76	69	145	49	37	86	52	54	106
Da 21 a 40 anni	367	392	759	145	173	318	117	130	247
Da 41 a 60 anni	108	88	196	49	65	114	47	26	73
61 e oltre	28	26	54	22	30	52	16	7	23
Totale Generale	579	575	1154	265	305	570	232	217	449



Anche l'indice di vecchiaia⁹ ha subito un forte aumento nel corso del tempo: il suo valore era pari al 43,68% nel 1980, nel 2003 ha raggiunto il 95,97%. Tale aumento può essere attribuito sia ad un incremento della popolazione anziana, sia ad una diminuzione della componente giovanile (tabella 8). L'indice di dipendenza strutturale¹⁰ ha assunto, negli ultimi quattro anni, valori abbastanza

⁹ INDICE DI VECCHIAIA: popolazione con più di 65 anni / popolazione di 16 anni o meno x 100.

Costituisce un indicatore simmetrico del grado di invecchiamento della popolazione.

¹⁰ INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE: popolazione oltre 65 anni + popolazione con meno di 16 anni / popolazione tra i 17 e i 64 anni x 100

costanti, variando tra il 48% e il 49,5% e registrando una diminuzione evidente rispetto al 1980. In particolare, analizzando tale indicatore in modo più dettagliato, attraverso la distinzione dei fattori da cui è determinato, si osserva un aumento, rispetto agli anni passati, dell'indice di dipendenza strutturale degli anziani¹¹ e una diminuzione considerevole dell'indice di dipendenza giovanile¹².

Tabella 8 – Indicatori di struttura della popolazione residente

	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza strutturale degli anziani	Indice di dipendenza giovanile
1980	43,68	58,09	17,66	40,43
1990	71,19	48,48	20,16	28,32
2000	95,58	49,22	24,06	25,17
2001	95,52	48,50	23,69	24,81
2002	96,35	48,58	23,84	24,74
2003	95,97	49,46	24,22	25,24

L'indice di vecchiaia indicato nella *tabella 7* è stato ottenuto come rapporto tra il numero di anziani residenti e il numero di individui con un'età compresa tra i 0 e i 16 anni. Considerato che in Italia e in Europa tale indice è calcolato sulla popolazione in età compresa tra i 0 e i 14 anni, al fine di confrontarci con altri paesi e regioni italiane a noi limitrofe, si è ritenuto opportuno ricalcolare l'indice ponendo a denominatore la popolazione tra i 0 e i 14 anni (*tabella 9*).

Tabella 9 – Indice di vecchiaia

1991	82,75	1998	105,4
1992	86,31	1999	106,29
1993	90,16	2000	108,09
1994	94,91	2001	106,67
1995	97,17	2002	107,01
1996	101,82	2003	107,12
1997	103,46		

¹¹ INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE DEGLI ANZIANI: popolazione oltre 65 anni/ popolazione tra i 17 e i 64 anni x 100

¹² INDICE DI DIPENDENZA GIOVANILE: popolazione con meno di 16 anni / popolazione tra i 17 e i 64 anni x 100

Tale indice nel 2003 ammonta a 107,12%, in ampio aumento rispetto al 1991 (82,75). Tale valore è molto più elevato rispetto al valore medio rilevato nei paesi dell'Unione Europea che ammonta al 91%; è, invece, un valore molto più basso rispetto all'indice di vecchiaia registrato nei territori emiliano-romagnoli o marchigiani che circondano la Repubblica di San Marino: *in particolare, nella Provincia di Rimini tale indicatore era pari a 150,8% alla fine del 2000.*

La speranza di vita

La *speranza di vita alla nascita*¹³ nel 2003 è di 78,03 anni per i maschi e 84,57 per le femmine (*tabella 10*), ponendo San Marino fra i paesi con i migliori valori di aspettativa di vita alla nascita (*vedi tabella 11*). Se consideriamo anche l'aspettativa di vita in buona salute alla nascita San Marino si attesta al secondo posto dopo il Giappone (*tabella 12*).

Tabella 10 – Speranza di vita

	Maschi	Femmine
1996	75,92	82,53
1997	76,43	82,68
1998	77,05	83,42
1999	77,45	83,67
2000	77,43	83,98
2001	77,85	84,21
2002	77,94	84,49
2003	78,03	84,57

¹³ Numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti alla nascita

Tabella 11 – I dieci paesi con i migliori o peggiori valori di aspettativa di vita alla nascita nel 2002 ¹⁴

Aspettativa di vita alla nascita (2002)			
Migliori 10		Peggiori 10	
1) Giappone	81,9	1) Sierra Leone	34,0
2) Monaco	81,2	2) Lesotho	35,7
3) San Marino	80,6	3) Zimbabwe	37,9
4) Svizzera	80,6	4) Swaziland	38,8
5) Svezia	80,4	5) Zambia	39,7
6) Australia	80,4	6) Angola	39,9
7) Andorra	80,3	7) Malawi	40,2
8) Islanda	80,1	8) Botswana	40,4
9) Canada	79,8	9) Burundi	40,8
10) Italia/Francia	79,7	10) Burkina Faso	41,7

Tabella 12 – HALE (DALE) alla nascita, 2002.¹⁵ I dieci paesi con i migliori o peggiori¹⁶

HALE Aspettativa di vita buona salute alla nascita (2002)			
Migliori 10		Peggiori 10	
1) Giappone	75,9	1) Sierra Leone	28,6
2) San Marino	73,4	2) Lesotho	31,4
3) Svezia	73,3	3) Angola	33,4
4) Svizzera	73,2	4) Zimbabwe	33,6
5) Monaco	72,9	5) Swaziland	34,2
6) Islanda	72,8	6) Zambia	34,9
7) Italia	72,7	7) Malawi	34,9
8) Australia	72,6	8) Burundi	35,1
9) Spagna	72,6	9) Liberia	35,3
10) Andorra	72,2	10) Niger	35,5

¹⁴ FONTE DATI : “Elaborazione su dati *The World Health Report 2003*, WHO

¹⁵ ASPETTATIVA DI VITA IN BUONA SALUTE: Tale indice prende in esame gli anni di vita trascorsi senza disabilità. Si calcola sottraendo il numero di anni passati in media con una invalidità al numero di anni che indicano l’aspettativa di vita. Può essere indicato in particolare per rappresentare situazioni in cui l’influenza delle invalidità è particolarmente significativa; ad esempio nei paesi poveri gli effetti invalidanti di alcune patologie colpiscono giovani e adulti in maniera diffusa e dunque a parità di anni vissuti la qualità della vita è sensibilmente diversa.

¹⁶ FONTE DATI : Elaborazione su dati *The World Health Report 2003*, WHO

La Repubblica di San Marino si caratterizza per:

- *Incremento delle famiglie mononucleari dal 1982 pari al 102%*
- *Nuclei familiari composti da anziani soli (+65 anni) pari al 10,3% sul totale del numero delle famiglie*
- *Tasso di scolarità superiore a quanto registrato in Italia*
- *Tasso di scolarità universitaria in continua crescita*
- *Elevato reddito medio dei lavoratori dipendenti con una considerevole differenza tra pubblico e privato*
- *Elevato numero di imprese di dimensioni assai ridotte*
- *Tasso di disoccupazione a livelli bassi, al di sotto della media europea*

La famiglia

Analizzando la composizione della popolazione sammarinese per nuclei familiari emerge come a fronte di un incremento dei nuclei dello 0,9% rispetto al 2003, sia presente una minima variazione nel numero medio dei componenti per famiglia.

A giugno del 2004, i nuclei familiari sono complessivamente 12.230.

I nuclei familiari più numerosi sono costituiti da quelli con due componenti (31%) e da quelli con un solo componente (22%) (*tabella 1*).

Tabella 1 – Nuclei familiari per numero di componenti

	2000	2001	2002	2003	giu-04
1 componente	2.476	2.363	2.522	2.592	2.653
2 componenti	3.371	3.589	3.659	3.739	3.751
3 componenti	2.559	2.761	2.859	2.881	2.897
4 componenti	2.070	2.171	2.141	2.156	2.193
5 o più componenti	689	706	708	747	736
Media del numero di componenti	2,58	2,61	2,58	2,58	2,58
Totale famiglie	11.165	11.590	11.889	12.115	12.230

¹⁷ *FONTE DATI:* Relazione economico-statistica 2005– Ufficio di Programmazione Economica e Centro Elaborazione Dati e Statistica

A giugno 2004 i nuclei familiari risultano così distribuiti per castello:

Castelli	% sul totale dei nuclei familiari
Acquaviva	5,7%
Borgo Maggiore	20,6%
Città (San Marino)	16,3%
Chiesanuova	3,2%
Domagnano	9,1%
Faetano	3,5%
Fiorentino	7,3%
Montegiardino	2,5%
Serravalle	31,9%

Alla fine del 2003, 1.247 nuclei familiari delle 2.592 famiglie unipersonali sono formate esclusivamente da anziani soli. Le famiglie con un unico componente di età superiore ai 65 anni rappresentano, cioè, il 10,3% dei nuclei familiari totali e il 48,2% di quelli unipersonali.

Nel corso degli ultimi venti anni le famiglie sono aumentate di oltre il 60%, i nuclei familiari unipersonali sono quasi raddoppiati (*tabella 2*).

Tabella 2 – Evoluzione delle famiglie unipersonali

	31/12/1982	31/12/2003	variazione % rispetto al 1982
Popolazione totale	22.010	29.241	32,9%
Numero famiglie	7.247	12.115	67,2%
Numero famiglie mononucleari	1.280	2.592	102,5%
di cui anziane (+65 anni)		1.247	

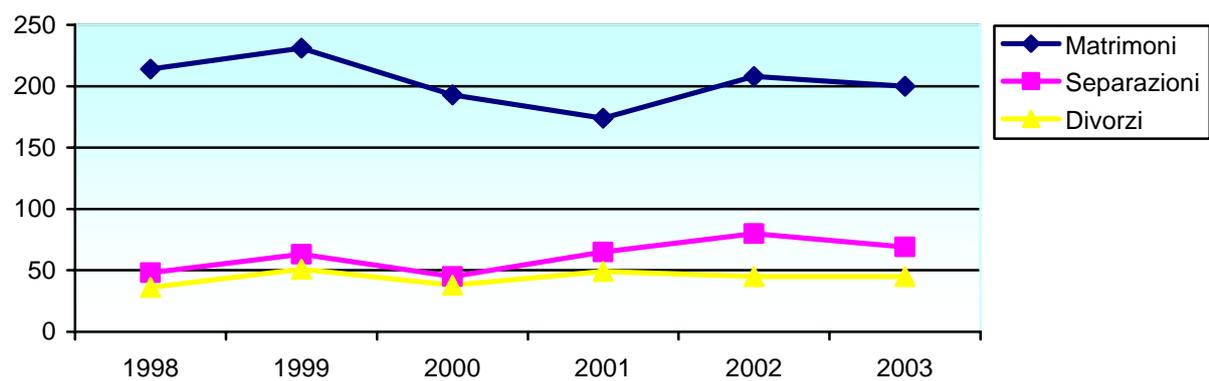
Matrimoni, separazioni, divorzi

I matrimoni, negli ultimi cinque anni sono stati circa 200 all'anno con una punta massima di 231 nel 1999 ed una minima di 174 nel 2001.

Se il dato viene rapportato alla popolazione si evidenzia una sostanziale diminuzione del numero di matrimoni e delle separazioni, mentre il numero di divorzi rimane pressoché costante (*tabella 3*).

Tabella 3 – Matrimoni, separazioni, divorzi

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Matrimoni	214	231	193	174	208	200
Separazioni	48	63	45	65	80	69
Divorzi	36	51	38	49	45	45



La Scuola

A San Marino la popolazione residente in età scolare, cioè con un'età compresa tra i 6 e i 18 anni, alla fine del 2003 ammonta a 3.551 unità, pari al 12,1% della popolazione residente totale.

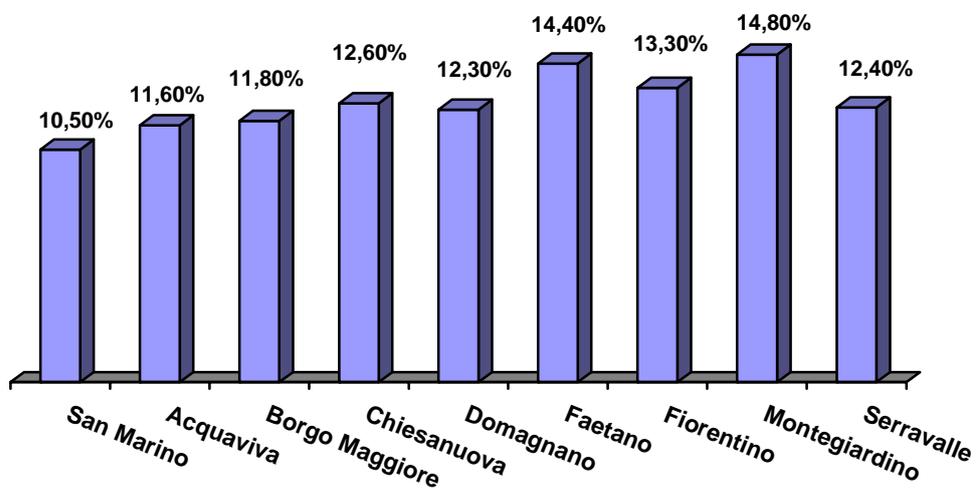
La *tabella 4* mostra la sua distribuzione nei nove Castelli.

Tabella 4 – Popolazione residente in età scolare per castello (2003)

Castelli	Popolazione residente in età scolare
San Marino	473
Acquaviva	194
Borgo Maggiore	709
Chiesanuova	123
Domagnano	333
Fa'etano	156
Fiorentino	283
Montegiardino	117
Serravalle	1163
Repubblica di San Marino	3.551

Il peso della popolazione in età scolare rispetto alla popolazione residente assume i valori più elevati a Faetano e Montegiardino, mentre il valore più basso viene registrato a San Marino Città (*grafico 1*).

Grafico 1 – Peso della popolazione residente in età scolare per castello

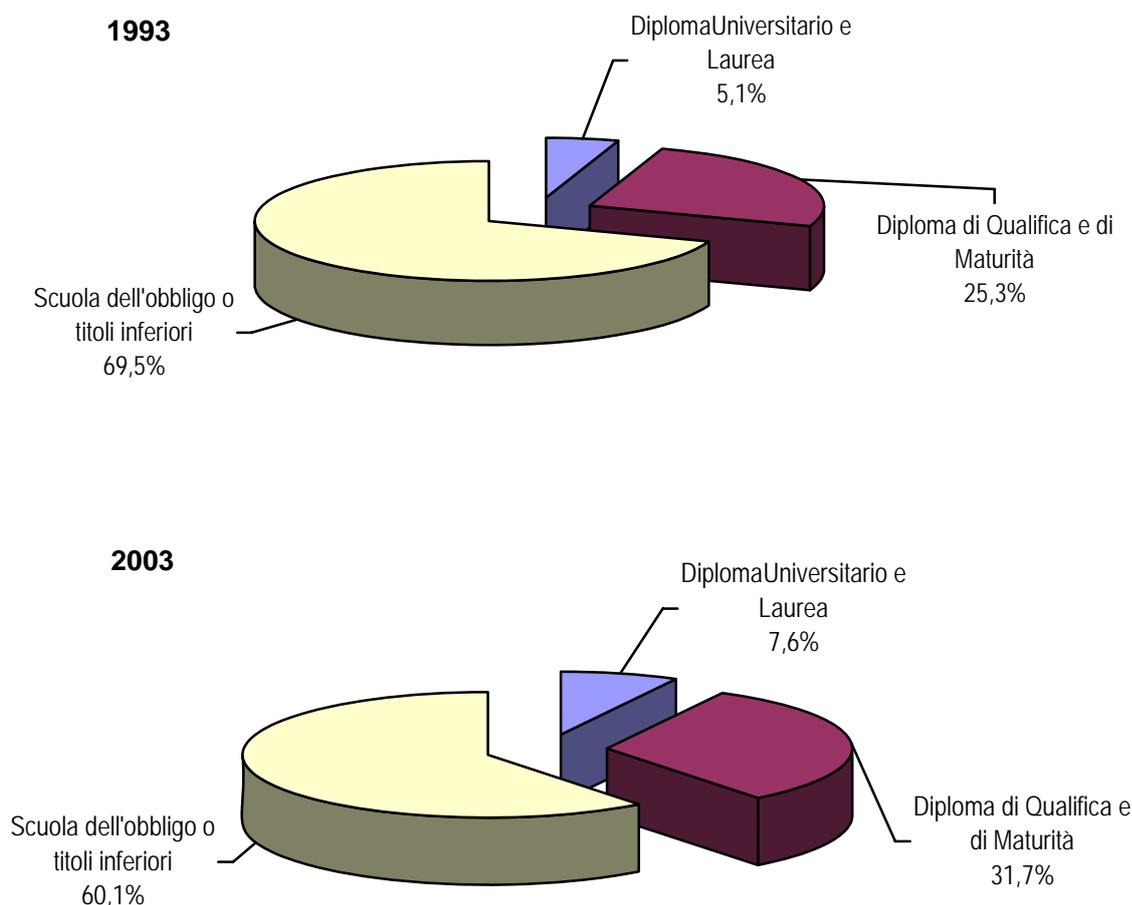


La costante crescita economica dell'ultimo decennio è stata accompagnata da un aumento del reddito pro-capite disponibile, da un netto miglioramento degli stili di vita e da un conseguente aumento progressivo del grado di istruzione della popolazione presente.

Nel 2003 la popolazione presente totale, esclusi coloro che sono in obbligatorietà scolastica, fa registrare 7.961 persone in possesso di Diploma e 2.064 persone in possesso di laurea o diploma universitario, evidenziando un incremento costante del livello educativo soprattutto se rapportato al dato del 1993.

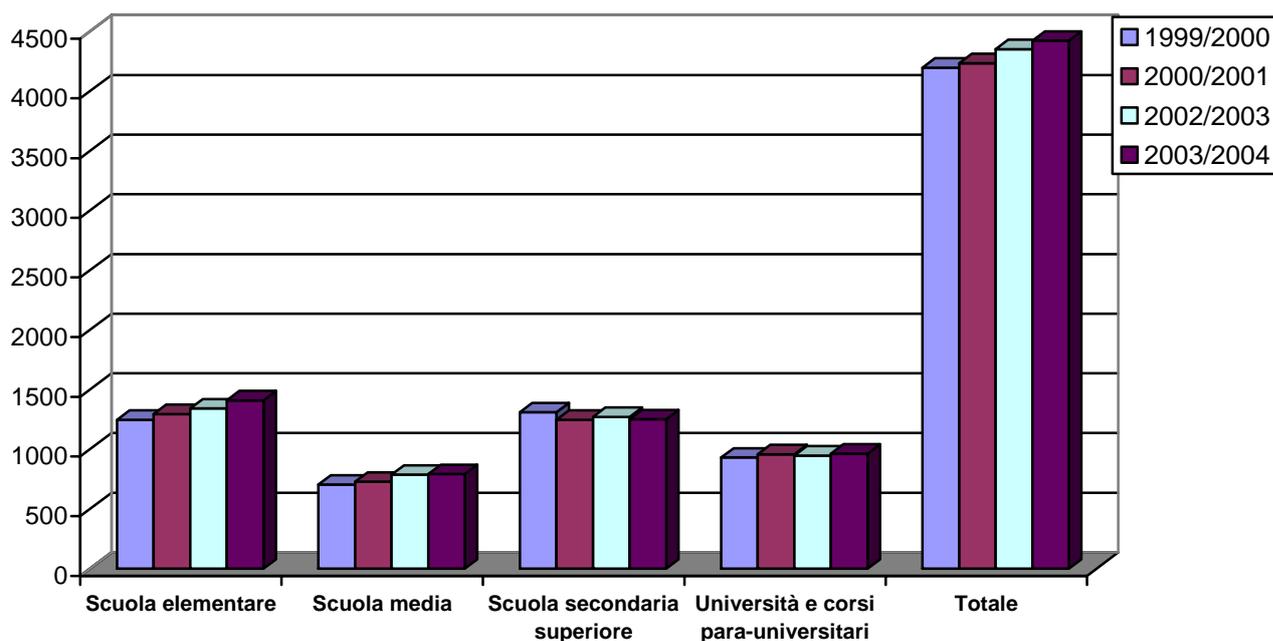
Analizzando la popolazione per grado di istruzione e per fascia di età con riferimento al decennio 1993/2003, il peso di coloro che sono in possesso di un titolo di studio minimo è ancora dominante (60,1% contro il 69,5% del 1993), anche se si registra un considerevole aumento del numero di coloro che sono in possesso di un diploma (*grafico 2*).

Grafico 2 – Popolazione presente per grado di istruzione



A San Marino, la popolazione scolastica totale, esclusa l'istruzione prescolastica, nell'anno 2003/2004 conta 4.425 iscritti presentando un incremento di 228 unità rispetto all'anno 1999/2000 (+5,3%) (*grafico 3*)

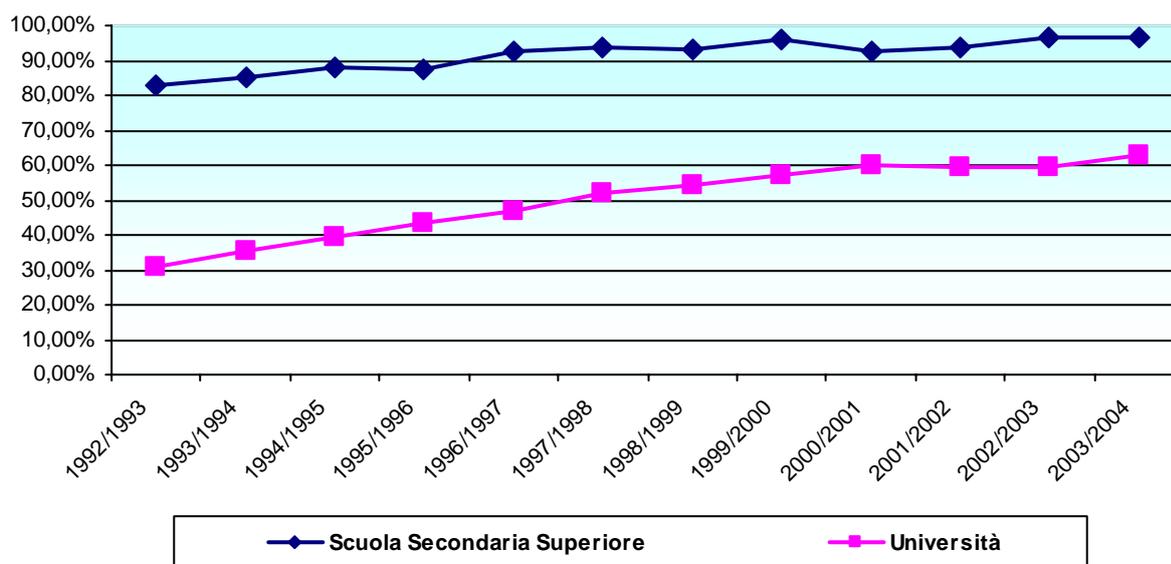
Grafico 3 - Popolazione Scolastica - Serie Storica



Il tasso di scolarità¹⁸ della Scuola Secondaria Superiore, calcolato rapportando gli iscritti alla popolazione di età teorica corrispondente al corso frequentato, nel 2003/04 è pari al 96,31% (in Italia 83,6%), mantenendosi costante rispetto all'anno precedente (96,37%).

Il tasso di scolarità universitario nell'anno accademico 2003/2004 riprende quel trend di crescita che si era interrotto solo agli inizi degli anni 2000 (grafico 4).

Grafico 4 – Andamento del tasso di scolarità (1994-2004)



¹⁸ TASSO DI SCOLARITA': numero di iscritti ad un determinato grado scolastico / pop. residente di età corrispondente x 100

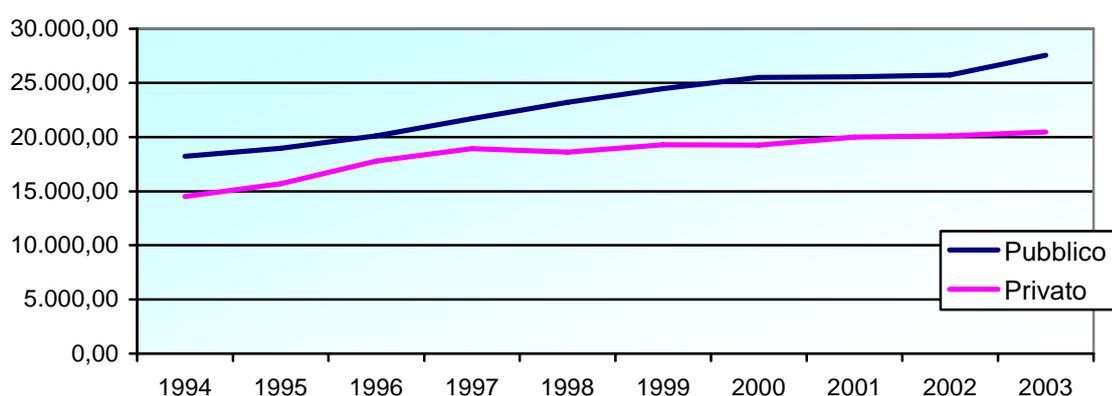
Il reddito

La retribuzione media per dipendente nel 2003 è pari a € 22.136,60 facendo registrare un incremento pari al 2,92% rispetto all'anno precedente. Vi è una considerevole differenza tra il reddito medio del lavoratore dipendente nel settore pubblico (€ 27.656,81) e quello ottenuto sempre dai lavoratori dipendenti nel settore privato (€ 20.462,15) (tabella 5 e grafico 5).

Tabella 5 – Retribuzioni lorde lavoratori dipendenti

	Retribuzione			Numero dipendenti			Retribuzione media per dipendente		
	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico	Privato	Totale
1994	68.893.868	124.311.244	193.205.112	3.779	8.568	12.347	18.231	14.509	15.648
1995	72.668.652	143.155.826	215.824.478	3.832	9.119	12.951	18.964	15.699	16.665
1996	78.511.250	168.071.096	246.582.346	3.903	9.444	13.347	20.116	17.797	18.475
1997	88.490.754	185.564.201	274.054.954	4.076	9.808	13.884	21.710	18.920	19.739
1998	97.920.029	193.851.552	291.771.582	4.220	10.419	14.639	23.204	18.606	19.931
1999	103.919.450	215.588.447	319.507.896	4.246	11.184	15.430	24.475	19.277	20.707
2000	109.821.984	229.182.214	339.004.198	4.307	11.910	16.217	25.498	19.243	20.904
2001	112.678.789	250.436.214	363.115.003	4.410	12.521	16.931	25.551	20.001	21.447
2002	110.770.523	262.796.569	373.567.092	4.303	13.066	17.369	25.743	20.113	21.508
2003	111.228.031	267.706.320	378.934.351	4.035	13.083	17.118	27.566	20.462	22.137

Grafico 5 – Andamento della retribuzione media per dipendente



Il reddito medio dei Lavoratori Autonomi/Imprese totali nel 2003 presenta una media generale pari a 15.338,62 euro (+2,08% rispetto al 2002).

Il flusso di cassa dell'imposta generale sui redditi ammonta, nel 2003, a € 90.550.579.78 con un

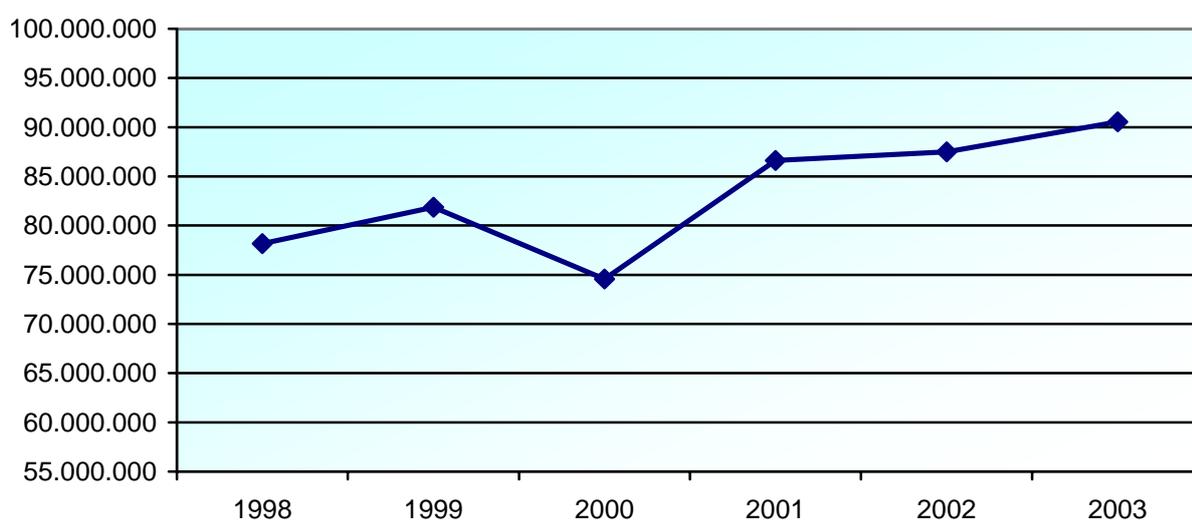
incremento sul 2002 del 3,50% (tabella 6 e grafico 6).

Tabella 6 – Imposta generale sui redditi (flussi di cassa)

	1998	var. %	1999	var. %	2000	var. %
Imposte su interessi passivi banc.	6.167.404	-	4.325.141	-29,87	3.525.304	-18,49
Imposte su redditi da lav. dipend.	11.286.315	-	15.929.594	41,14	14.826.656	-6,92
Imposte su altri redditi	11.674.242	-	13.532.615	15,92	15.292.930	13,01
Imposte su dichiarazione	47.909.578	-	47.449.518	-0,96	40.396.548	-14,86
I.G.R. mediante ruoli	1.135.166	-	635.914	-43,98	515.982	-18,86
<i>Totale Generale</i>	<i>78.172.704</i>		<i>81.872.781</i>	<i>4,73</i>	<i>74.557.420</i>	<i>-8,94</i>

	2001	var. %	2002	var. %	2003	var. %
Imposte su interessi passivi banc.	4.155.569	17,88	5.569.845	34,03	3.281.175	-41,09
Imposte su redditi da lav. dipend.	16.920.908	14,12	14.250.905	-15,78	14.664.634	2,9
Imposte su altri redditi	16.032.270	4,83	18.862.891	17,66	20.303.490	7,64
Imposte su dichiarazione	49.384.994	22,25	48.290.610	-2,22	51.780.369	7,23
I.G.R. mediante ruoli	111.976	-78,3	516.249	361,03	520.912	0,9
<i>Totale Generale</i>	<i>86.605.717</i>	<i>16,16</i>	<i>87.490.501</i>	<i>1,02</i>	<i>90.550.580</i>	<i>3,5</i>

Grafico 6 – Andamento IGR



Il Prodotto nazionale lordo pro-capite nel 2002 risulta pari a 28.819 euro e incrementa, a prezzi correnti, del 17,6% rispetto all'anno precedente e del 14,9% a prezzi costanti (tabella 7)

Tabella 7 – Prodotto nazionale lordo pro-capite

	Prezzi correnti	Incremento %	Prezzi costanti (base 1995)	Incremento%
1997	20.087	-	19.004	-
1998	21.362	6,3	19.853	4,5
1999	23.050	7,9	21.088	6,2
2000	23.382	1,4	20.858	-1,1
2001	24.510	4,8	21.270	2,0
2002	28.819	17,6	24.443	14,9

Le imprese

Il sistema produttivo sammarinese presenta delle specificità in stretta analogia con il contesto economico presente nelle regioni limitrofe: presenza di un elevato numero di imprese attive e loro dimensione media assai ridotta.

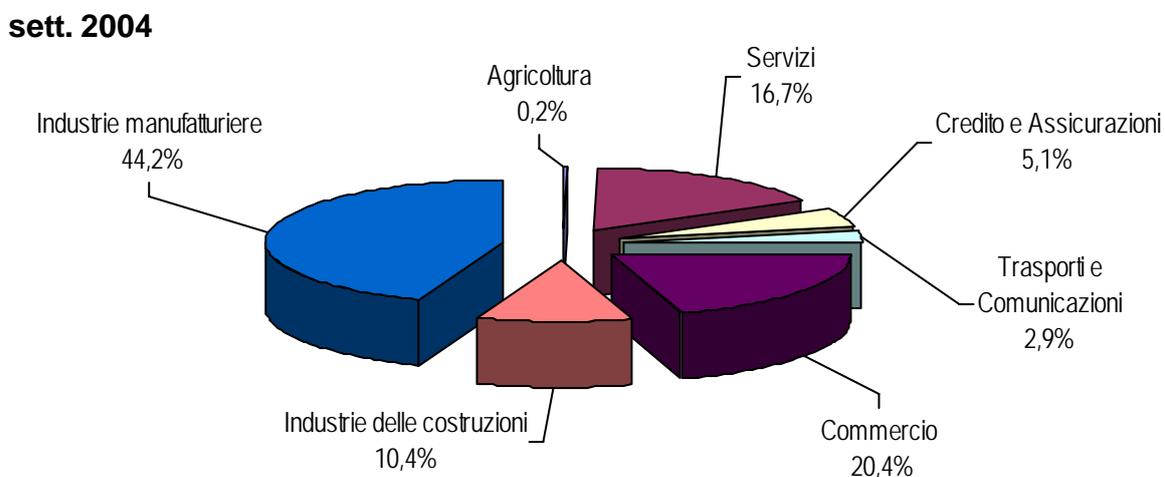
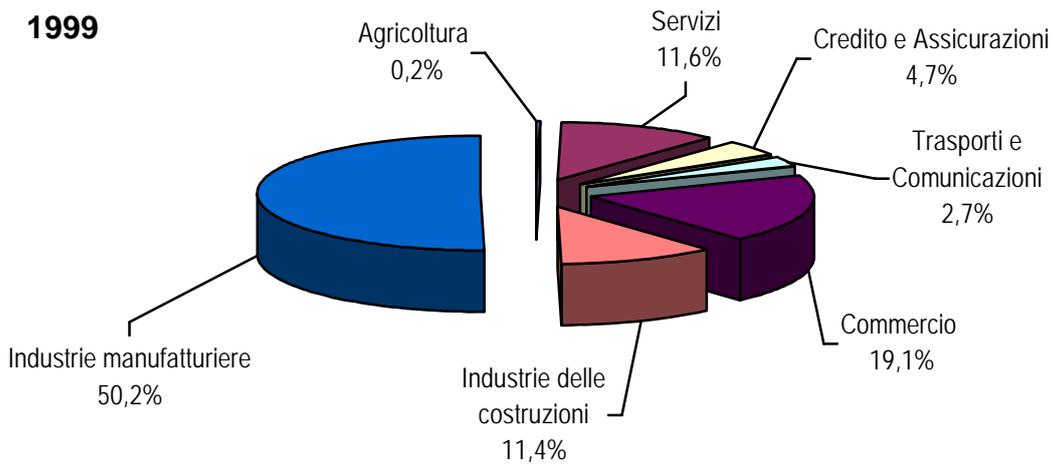
Dalla *tabella 8* si può notare che, a giugno 2004, il totale delle imprese attive, sono aumentate mediamente nell'ultimo quinquennio di circa il 4%, risultando pari a 4.986 (4.816 nel 2003) con un'occupazione complessiva di 15.912 addetti (dipendenti + indipendenti) a settembre 2004.

Tabella 8 – Imprese per ramo di attività economica

	2000	2001	2002	2003	giu-04
Agricoltura	118	115	85	87	88
Industrie Manifatturiere	681	667	679	691	713
Costruzioni e Impianti	384	393	436	452	456
Commercio e Alberghi	1.389	1.411	1.407	1.433	1.470
Trasporti e Comunicazioni	156	174	183	180	181
Credito e Assicurazioni	55	63	62	68	77
Servizi	1.491	1.612	1.771	1.905	2.001
Totale imprese	4.274	4.435	4.623	4.816	4.986

Per quanto riguarda il numero di dipendenti per ramo di attività economica (*grafico 7*), è l'Industria manifatturiera il settore che rappresenta la maggior percentuale di occupazione (44,2%), seguita dal Commercio (20,4%) ed infine dal ramo Servizi (16,7%), in crescita nel lungo periodo, poiché nel 1999 costituiva l'11,6% dell'occupazione del settore privato.

Grafico 7 – Dipendenti per ramo di attività economica



Il lavoro ¹⁹

Gli anni '90 sono stati caratterizzati da un apprezzabile ed ininterrotta crescita dell'occupazione (tabella 9, grafico 8). Solamente il 2003 risulta in controtendenza con una riduzione del tasso di occupazione che passa dal 97,26% del 2002 al 95,85% del 2003.

Tabella 9 –Tassi

	Tasso di occupazione totale			Tasso di occupazione interno		
	M	F	Tot	M	F	Tot
2001*	117,06%	78,27%	97,45%	76,79%	66,21%	71,44%
2002*	117,23%	77,92%	97,26%	76,30%	65,49%	70,81%
2003*	115,44%	76,95%	95,85%	75,83%	65,11%	70,38%
giu-04	117,26%	79,99%	98,31%	77,22%	67,39%	72,22%
set-04	115,49%	77,82%	96,33%	75,55%	65,48%	70,43%

	Tasso di partecipazione			Tasso di partecipazione interno		
	M	F	Tot	M	F	Tot
2001*	117,81%	79,31%	98,35%	77,53%	67,25%	72,33%
2002*	118,36%	79,39%	98,56%	77,43%	66,96%	72,11%
2003*	116,55%	78,92%	97,40%	76,94%	67,08%	71,93%
giu-04	117,93%	81,25%	99,28%	77,89%	68,64%	73,19%
set-04	116,42%	79,54%	97,66%	76,48%	67,21%	71,76%

* media annuale

¹⁹ GLOSSARIO.

FORZA LAVORO: lavoratori dipendenti, indipendenti e disoccupati

PERSONE IN CERCA DI OCCUPAZIONE (DISOCCUPATI): persone in età lavorativa (16 anni e oltre) iscritte nelle pubbliche graduatorie di collocamento. Tra di esse sono compresi i disoccupati in senso stretto cioè le persone immediatamente disponibili ad entrare nel mondo del lavoro. tra disoccupati totali sono comprese anche le persone che si dichiarano disoccupati ma che frappongono vincoli all'ingresso nel mondo lavorativo.

TASSO DI ATTIVITA' O DI PARTECIPAZIONE: forza lavoro \ la popolazione in età lavorativa (16/65 anni) x 100

TASSO DI ATTIVITA' O DI PARTECIPAZIONE INTERNO: persone appartenenti alle forze lavoro (residenti + soggiornanti) \ persone in età lavorativa (16/65 anni) x 100

TASSO DI DISOCCUPAZIONE: persone in cerca di occupazione \ forza lavoro x 100

TASSO DI DISOCCUPAZIONE IN SENSO STRETTO: disoccupati in senso stretto \ forza lavoro x 100

TASSO DI OCCUPAZIONE: numero di occupati \ popolazione in età lavorativa (16/64 anni) x 100

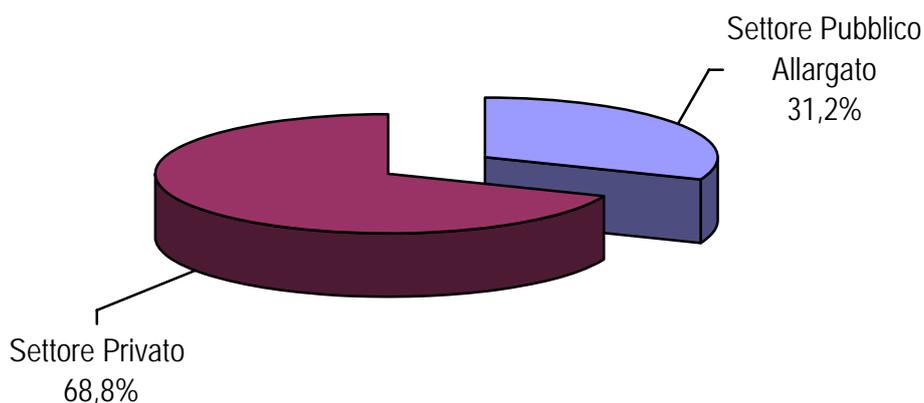
TASSO DI OCCUPAZIONE INTERNO: numero di occupati (residenti + soggiornanti) \ persone in età lavorativa (16/64 anni) x 100

Il numero dei disoccupati in senso stretto si attesta comunque su livelli bassissimi e sempre al di sotto della media europea. Per quanto riguarda il 2003 e i primi 9 mesi del 2004 il numero si abbassa leggermente (563 al 30 settembre 2004).

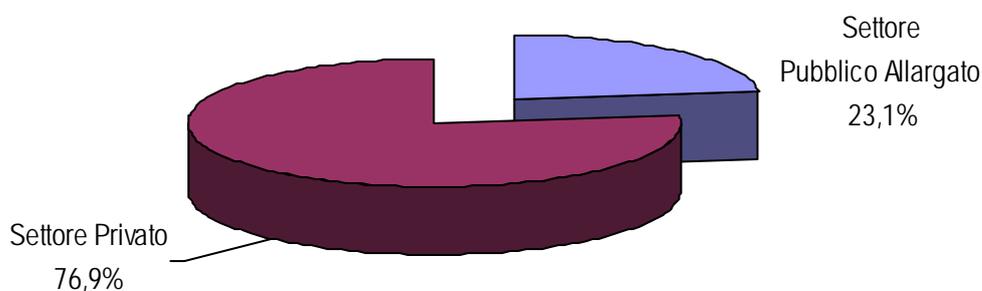
La struttura dell'occupazione, a giugno 2004, risulta formata per il 10,9% da lavoratori indipendenti, per l'89,1% da lavoratori dipendenti, di cui il 23,1% è collocato nel settore pubblico (25,8% nel 2001) e il 76,9% nel settore privato (grafico 8).

Grafico 8 – Distribuzione del lavoro dipendente nei settori pubblico e privato

1993



sett. 2004



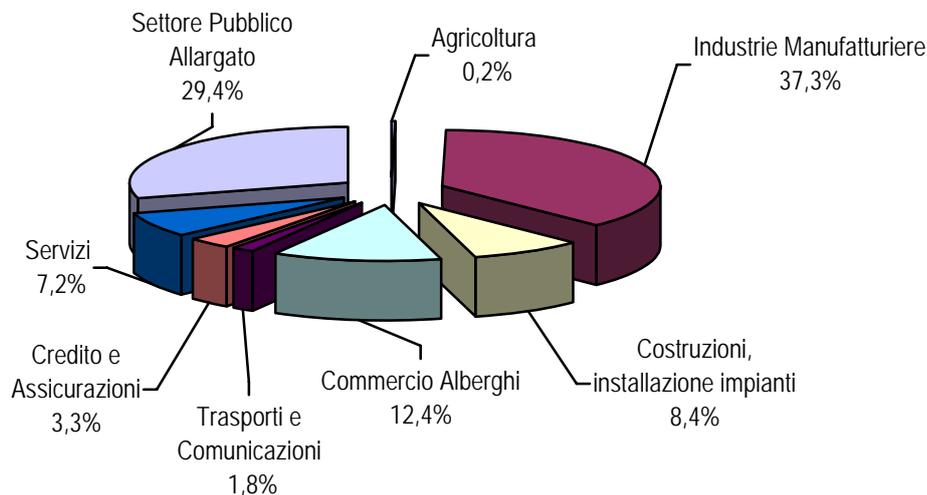
Il tasso di occupazione interno, a settembre 2004, è pari al 70,43%, mentre il tasso di partecipazione interno è pari al 71,76%; ciò conferma dunque che, in questi anni, si è consolidata la base occupazionale e che, come avviene nelle economie avanzate, si è indebolito il modello tradizionale di divisione del lavoro tra i componenti della famiglia; è aumentata la propensione al lavoro della popolazione, soprattutto femminile (tabella 9).

Dal 1997 al giugno 2004 si è notevolmente modificata la distribuzione dei lavoratori dipendenti nei vari settori economici: i lavoratori del settore manifatturiero sul totale dei lavoratori (compreso il ramo costruzioni e impianti) sono passati dal 45,7% al 41,8%, il settore Pubblico Allargato dal

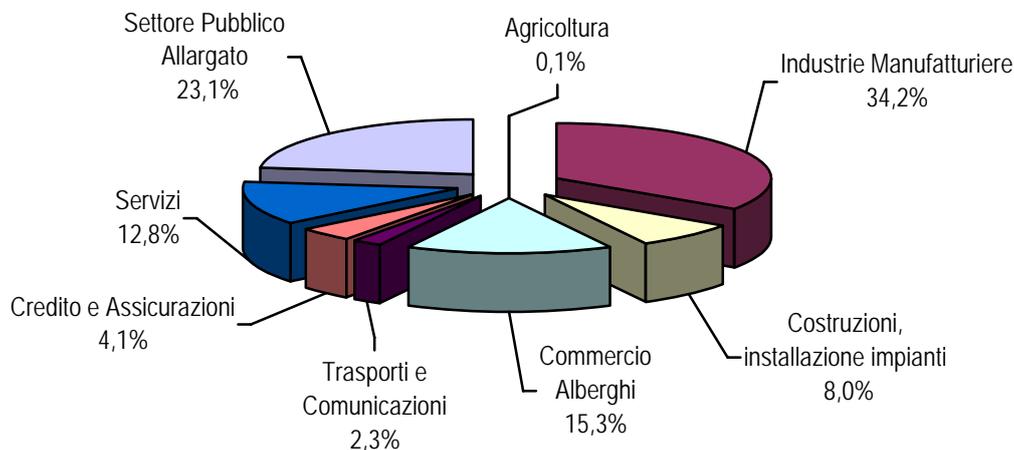
29,4% al 23,5%, mentre aumenta il peso del settore terziario, che passa complessivamente dal 24,7% al 34,5%, dove il maggior incremento lo si riscontra nel settore dei Servizi (dal 7,2% del 1997 al 12,8% del giugno 2004) (grafico 9).

Grafico 9 – Lavoratori dipendenti per settore di attività

1997



sett. 2004



La crescita dell'occupazione femminile rappresenta uno dei fenomeni che maggiormente contraddistingue le trasformazioni del mercato del lavoro degli ultimi decenni. Tuttavia tale incremento avviene nel contesto di un sovraccarico di lavoro sulle donne, soprattutto quando il ruolo di lavoratrice si va ad aggiungere a quello di moglie e/o di madre e, quindi, alle responsabilità di lavoro familiare e di cura a cui consegue un aumento di domanda di servizi socio assistenziali a

favore della famiglia (tabella 10a, 10b e grafico 10).

Tabella 10a - Lavoratori dipendenti per qualifica e sesso (2003)

Settore Pubblico Allargato			
	M	F	Tot.
Dirigenti e assimilati	45	26	71
Responsabili ed esperti di settore	316	506	822
Impiegati specializzati e tecnici	305	724	1.029
Impiegati operativi	298	445	743
Operai caporeparto	26	0	26
Operai specializzati e tecnici	524	261	785
Operai qualificati	100	110	210
Operai generici e commessi	125	176	301
Apprendisti e corsisti	0	0	0
Altri	37	11	48
Totale	1.776	2.259	4.035

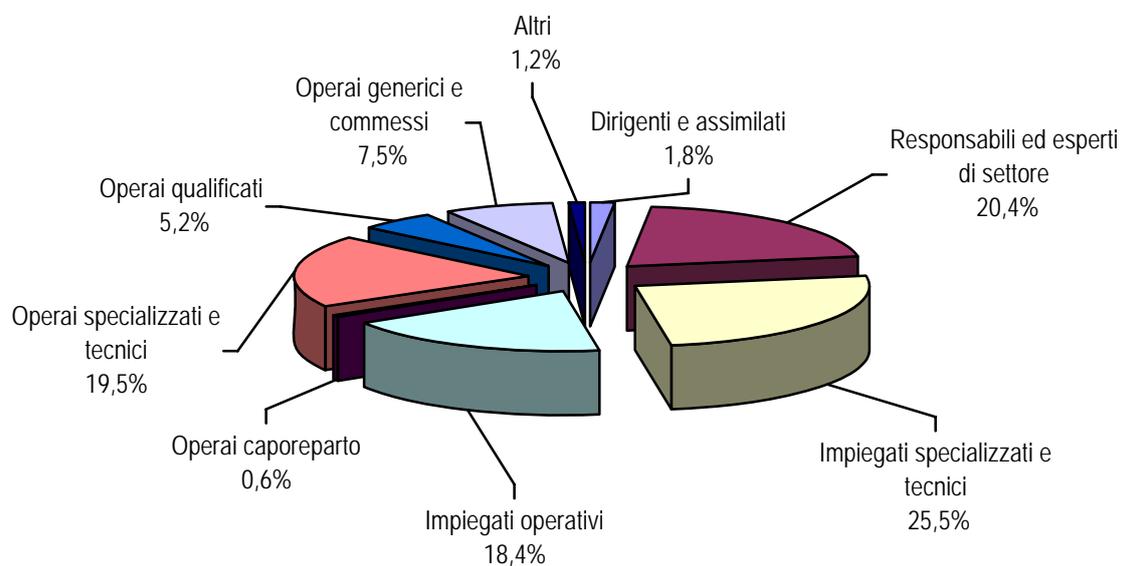


Tabella 10b - Lavoratori dipendenti per qualifica e sesso (2003)

Settore Privato			
	M	F	Tot.
Dirigenti e assimilati	157	18	175
Responsabili ed esperti di settore	765	308	1.073
Impiegati specializzati e tecnici	1.446	1.478	2.924
Impiegati operativi	629	858	1.487
Operai caporeparto	80	9	89
Operai specializzati e tecnici	2.792	343	3.135
Operai qualificati	1.512	837	2.349
Operai generici e commessi	768	1.065	1.833
Apprendisti e corsisti	8	0	8
Altri	8	2	10
Totale	8.165	4.918	13.083

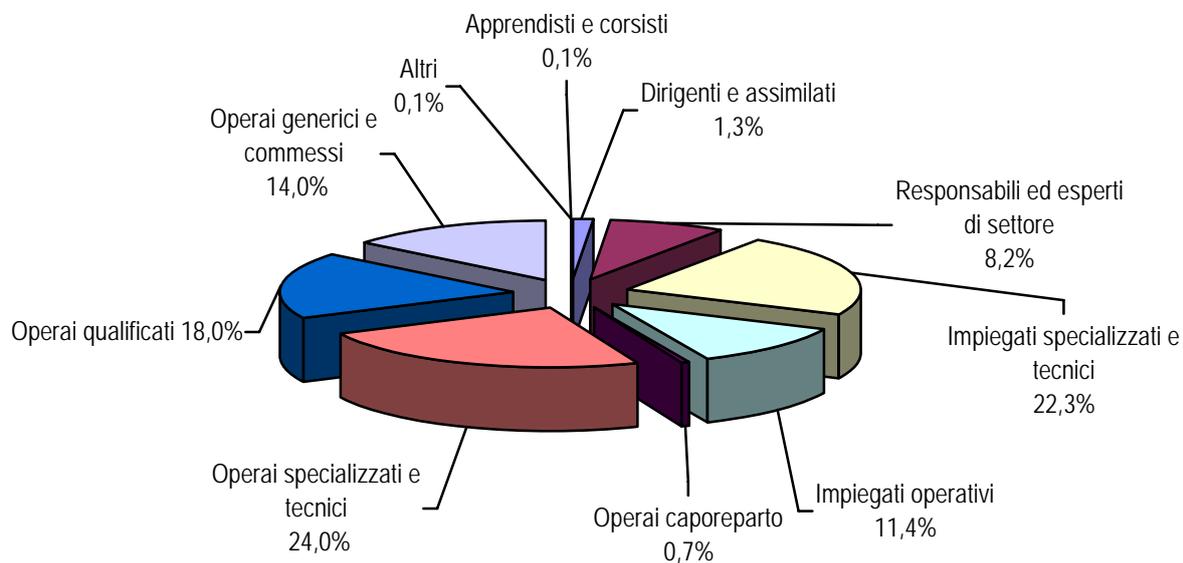
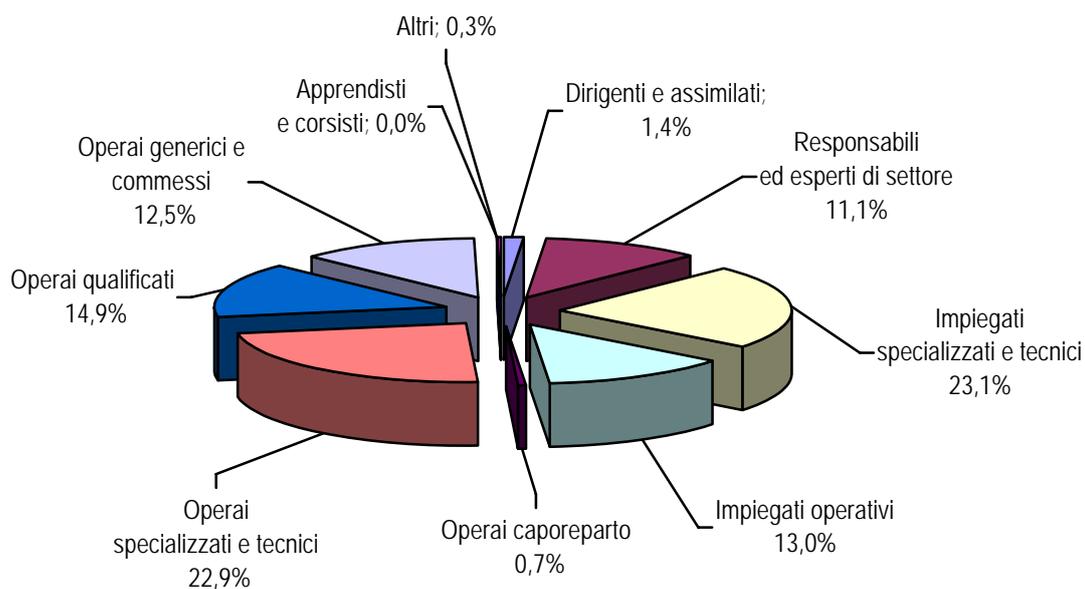


Grafico 10 – Lavoratori dipendenti totali per qualifica (2003)



La disoccupazione

La disoccupazione totale a San Marino si presenta dal 1992 con un andamento altalenante, registrando il punto minimo nel 2000 e quello massimo nel 2002. Come si può ben osservare dalla *tabelle 11a e 11b* e dal *grafico 11*, nel periodo 1996/2000 si assiste ad un persistente andamento decrescente della disoccupazione, e parallelamente negli stessi anni l'occupazione è cresciuta complessivamente del 22,6%.

Tabella 11a – Disoccupati totali e disoccupati in senso stretto (1993-sett 2004)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	sett. 2004
Disoccupati totali	616	580	495	653	568	553	454	428	514	710	628	563
Disoccupati in senso stretto									209	341	321	277

Grafico 11 – Andamento della disoccupazione (1993- sett 2004)

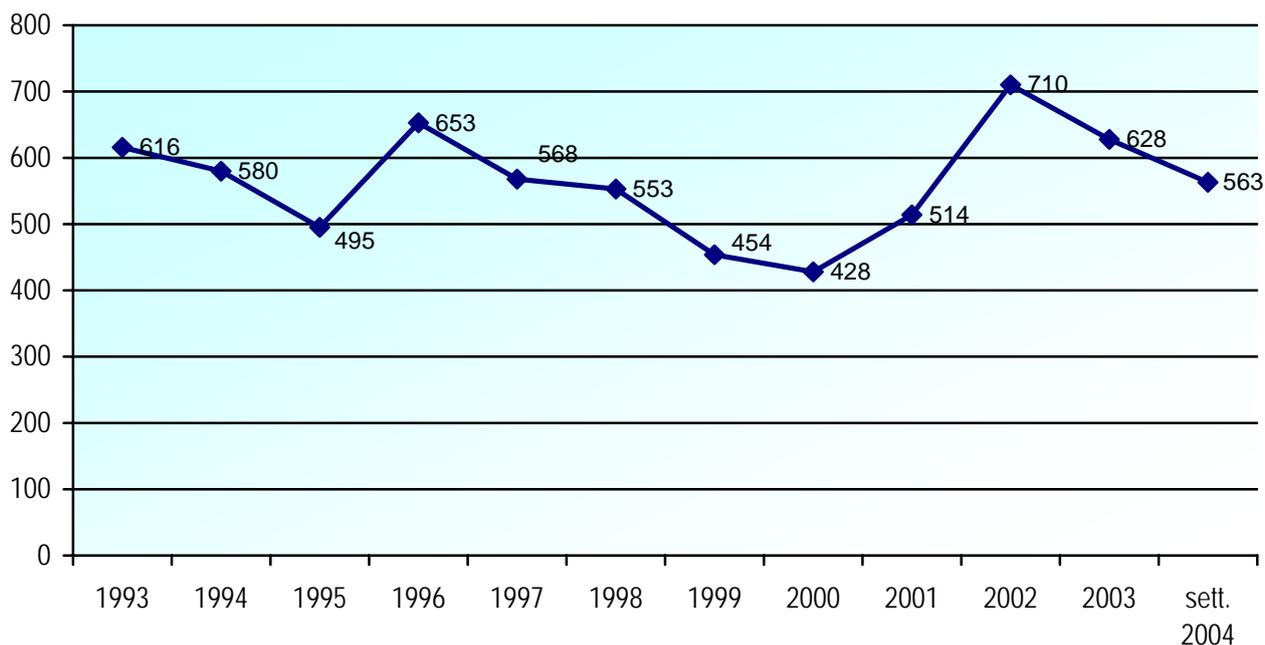


Tabella 11b – Tassi di disoccupazione

	Tasso di disoccupazione totale (per cento)			Tasso di disoccupazione in senso stretto (per cento)		
	M	F	Tot	M	F	Tot
2001*	1,79	4,17	2,92	0,95	1,5	1,21
2002*	2,32	5,67	3,92	1,44	2,11	1,76
2003*	2,12	6,27	4,12	1,43	2,84	2,11
sett. 2004	1,69	5,85	3,70	1,21	2,47	1,82

* si considera un valore medio annuale

Analizzando la disoccupazione per sesso si osserva come la disoccupazione femminile sia stata numericamente sempre più elevata di quella maschile (tabella 12a e grafico 12); prendendo in considerazione gli ultimi cinque anni, il numero di donne disoccupate si è ridotto fino al 2000, per poi aumentare nuovamente negli anni successivi. Nel 2003 il tasso di disoccupazione totale nelle donne ammonta a 6,27, quello dei maschi al 2,12.

Tabella 12 a – Disoccupazione per sesso

1999			2000			2001			2002			2003			set-04
M	F	Tot.	Tot.												
125	329	454	127	301	428	164	350	514	184	526	710	174	454	628	563

Grafico 12 – Andamento della disoccupazione per sesso

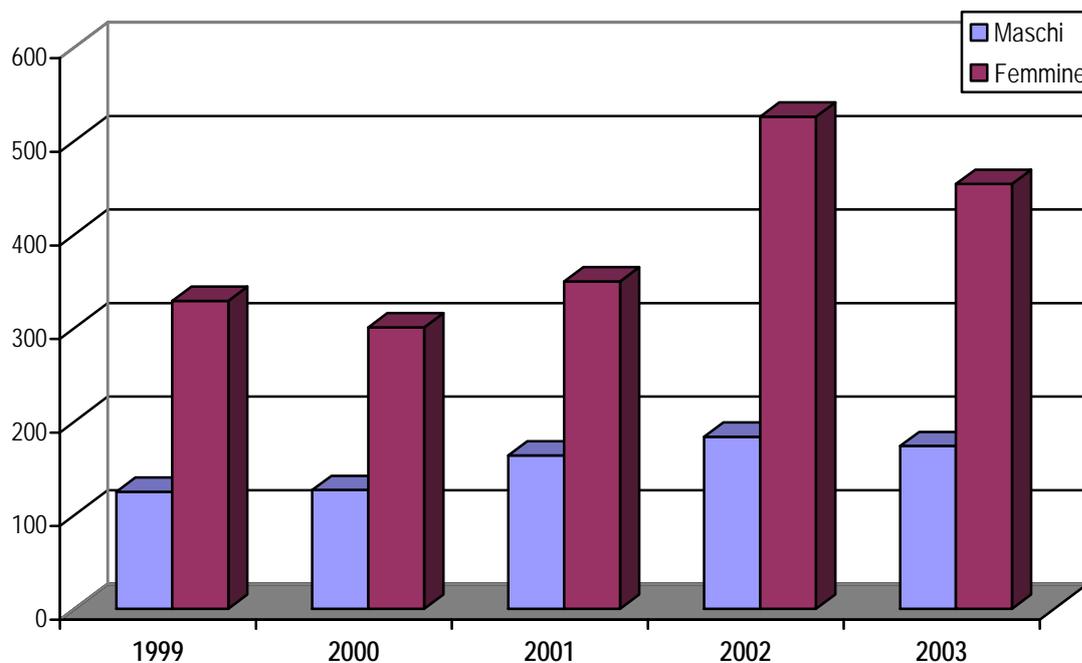


Tabella 12b – Andamento della disoccupazione per fasce di età

	1999			2000			2001			2002			2003			sett-04
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	Tot.
16-19 anni	8	21	29	11	6	17	16	21	37	22	25	47	21	22	43	44
20-24 anni	22	64	86	44	62	106	44	64	108	46	92	138	38	73	111	108
25-29 anni	33	67	100	28	70	98	47	81	128	38	100	138	34	100	134	126
30-34 anni	19	67	86	10	65	75	25	59	84	24	105	129	26	78	104	94
35 e oltre	43	110	153	34	98	132	32	125	157	54	204	258	55	181	236	153

Infine se consideriamo la disoccupazione per titolo di studio vi è un numero maggiore di disoccupati fra i diplomati (263) e laureati (163) rispetto a quelli con licenza media (137).

Tabella 12c – Andamento della disoccupazione per titolo di studio

	1999			2000			2001			2002			2003			Sett-2004
	M	F	Tot	M	F	Tot.	Tot.									
Licenza media ed altri	30	81	111	22	64	86	42	94	136	57	193	250	61	144	205	137
Diplomati, Diplomi di Qualifica	63	176	239	76	164	240	86	185	271	79	222	301	73	209	282	263
Laureati e Diplomi Universitari	32	72	104	29	73	102	36	71	107	48	111	159	40	101	141	163

Gli Stili di Vita

In sintesi:

- *Gli stili di vita possono influenzare negativamente o positivamente lo stato di salute*
- *L'obesità infantile, legata soprattutto ad un'errata alimentazione, è un problema che coinvolge anche San Marino*
- *Esiste una stretta relazione fra fumo di sigaretta ed aumento di morbilità e mortalità per patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche*
- *Il consumo eccessivo di alcool rappresenta nella realtà europea un serio problema di salute pubblica che non va sottovalutato*
- *L'attività fisica ha degli effetti positivi sul benessere delle persone*

I fattori che dipendono dal comportamento personale, i cosiddetti “stili di vita”, possono influenzare negativamente o positivamente lo stato di salute.

Quelli che rivestono maggiore interesse, soprattutto nei paesi industrializzati, sono i seguenti:

- alimentazione
- fumo di tabacco
- alcool
- attività fisica

Alimentazione

Le conoscenze scientifiche attuali confermano che il regime alimentare costituisce uno dei più importanti determinanti di salute. Una sbagliata alimentazione, infatti, può comportare un'ingestione di sostanze nocive, carenze acute o croniche di nutrienti essenziali, eccessi e squilibri nutrizionali, tutti fattori di rischio per l'insorgenza di malattie neoplastiche, cardiovascolari, dismetaboliche e degenerative.

Infatti, nei Paesi industrializzati la prevalenza di malattie croniche e degenerative, risultanti dalla complessa interazione tra variabili non modificabili (quali l'età, il sesso ed il codice genetico) e variabili passibili di modificazioni (fattori socio-economici ambientali e abitudini di vita) sia notevolmente influenzata, in termini di rischio, proprio da uno scorretto regime alimentare.

In particolare si stima che in Europa i fattori nutrizionali, associati all'inattività fisica, siano implicati:

- nel 30-40% dei tumori;
- in almeno 1/3 delle morti premature dovute alle malattie cardiovascolari;

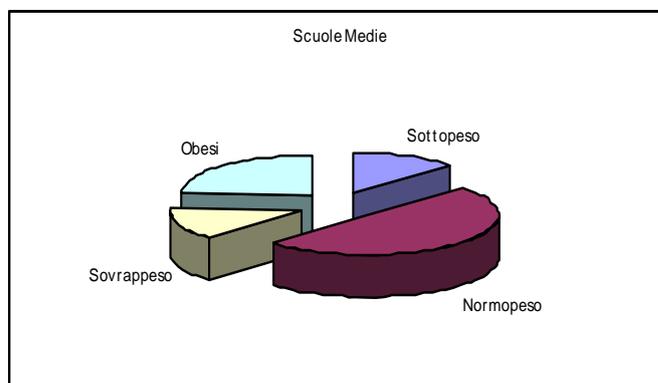
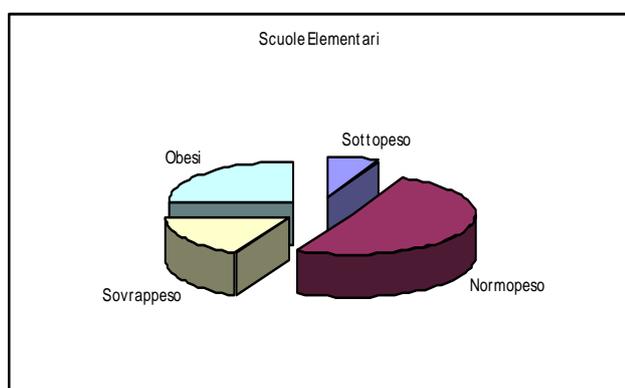
- nella " epidemia " di obesità e sovrappeso, a loro volta implicati nel diabete mellito, nelle malattie cardiovascolari, in certi tumori e morti premature;
- nell'osteoporosi e nelle sue complicanze, comprese le fratture del femore e delle vertebre negli anziani;
- nelle carie dentarie, nelle anemie sideropeniche, nei disordini dovuti al deficit di iodio, ecc.

Obesità nella Repubblica di San Marino

A partire dalla metà degli anni '80 la popolazione dei paesi occidentali ha avuto a disposizione, in media, oltre 1000 calorie in più rispetto al fabbisogno ottimale medio di 2300 calorie. La prima conseguenza dell'eccessivo consumo di alimenti è stata la diffusione dell'obesità nella nostra popolazione. Attualmente più del 30% dei bambini che frequentano la scuola dell'obbligo è in sovrappeso, condizione, questa, che predispone all'obesità ed all'ipercolesterolemia in età adulta, fattori di rischio, entrambi, per patologie quali malattie cardiocircolatorie, diabete, artropatie, tumori. La corretta informazione e l'educazione alimentare, opportunamente inserite nel percorso pedagogico scolastico, possono fare molto per indurre i bambini e gli adolescenti ad adottare una sana alimentazione, basata sul consumo equilibrato dei vari alimenti, con preferenza per quelli cosiddetti "mediterranei" : pane, pasta, legumi, pesce, olio d'oliva, agrumi e frutta di stagione, ortaggi in abbondanza.

In una indagine sull'obesità infantile²⁰ condotta a San Marino nell'anno scolastico 2003-2004, nell'ambito delle visite mediche preventive degli alunni di 1°, 5° elementare e 3° media, sono stati presi in esame 665 bambini della scuola elementare e 176 della scuola media ed è emerso che:

	Sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesi
Scuola elementare	6,77%	50,38%	17,29%	25,56%
Scuola Media	13,07%	49,43%	13,64%	23,86%



²⁰ Studio effettuato dal Servizio di Pediatria

Il Servizio di Dietologia

A San Marino è presente un servizio di dietologia che svolge le proprie attività – che vanno dalla compilazione di diete speciali e personalizzate, al controllo dei pazienti, ad incontri di educazione, informazione e formazione – nei seguenti ambiti:

- ospedale - dietoterapia ospedaliera
- socio sanitario (casa di riposo, servizio minori, servizio psico-sociale Libeccio, Colonia marina di Pinarella di Cervia)
- centro diabetologico
- ambulatorio grandi obesi
- centri sanitari
- pazienti con disturbi del comportamento alimentare (anoressia – bulimia)
- scuole elementari e dell'infanzia
- pazienti celiaci

Il fumo di tabacco

Un'ampia serie di studi epidemiologici ha dimostrato che esiste una stretta relazione fra fumo di sigaretta ed aumento di morbilità e mortalità per patologie cardiovascolari, respiratorie e neoplastiche.

L'entità del danno è risultata in particolare direttamente proporzionale alla durata dell'uso di sigarette ed alla quantità e qualità di esse. Il problema coinvolge non solo i fumatori, ma anche coloro che sono esposti al fumo passivo. E' stato, infatti, dimostrato come in questi soggetti vi sia un incremento del rischio per le stesse patologie e complicanze riconosciute ampiamente nei fumatori.

Nei Paesi industrializzati il fumo di sigarette è la più importante causa prevenibile di morte. In Italia si stima che 90 mila morti all'anno siano causate dal fumo. In particolare si stima che sia dovuto a tabagismo il 25% delle morti per malattie ischemiche del miocardio, il 90% delle morti per cancro del polmone e il 90% delle morti per Broncopneumopatie croniche ostruttive.

A San Marino esistono una serie di provvedimenti che tendono a tutelare i cittadini dall'esposizione al fumo di tabacco.

E' infatti in vigore dal 1990 la Legge 21 Novembre 1990 n°139 "Tutela dall'esposizione al fumo di tabacco", che, a tutela e difesa del diritto degli individui a non essere esposti al fumo di tabacco, vieta di fumare nell'ospedale, nella casa di Riposo, nei centri Sanitari nei locali adibiti a pubblica riunione e spettacolo, negli uffici, nei bar, nei ristoranti, mentre consente di fumare nei locali ove siano funzionanti impianti di depurazione o aspirazione dell'aria omologati dall'ufficio Igiene Ambientale.

Inoltre secondo l'articolo Unico del DECRETO del 22 giugno 2004 n°86, la Repubblica di San Marino s'impegna a dare piena ed intera esecuzione alla "Convenzione Quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Lotta al Tabagismo" (Ginevra, 21 Maggio 2003). L'obiettivo di tale convenzione e dei suoi protocolli è quello di proteggere le generazioni presenti e future contro gli effetti sanitari, sociali, ambientali, ed economici devastatori del consumo di tabacco e dell'esposizione al fumo di tabacco offrendo un quadro per l'attuazione di misure di lotta al tabagismo delle Parti a livello nazionale, regionale, ed internazionale, al fine di ridurre gradatamente e sensibilmente la prevalenza del tabagismo e l'esposizione al fumo del tabacco.

Alcool

L'alcol è probabilmente la droga che da più tempo l'umanità consuma; essa è anche, assieme al tabacco, la più largamente consumata.

L'Europa resta, nel mondo, la realtà con i più elevati livelli di produzione e consumo.

In realtà, il consumo di piccole quantità di alcol ai pasti, sotto forma di bevande naturali come il vino o la birra, ha un significato esclusivamente alimentare. Non solo non esiste alcuna prova che in piccole quantità esso sia nocivo, ma anzi si può ritenere che contribuisca al benessere aumentando il piacere dell'alimentazione e completando il gusto degli alimenti.

L'abuso di alcool ed il rischio di sviluppare patologie alcool-correlate (cirrosi, psicosi alcolica ecc.) rappresenta nella realtà europea un problema di salute pubblica tanto serio quanto, spesso, sottovalutato. Il danno provocato dall'abuso di alcool impone, inoltre, un carico economico significativo sugli individui, sulle famiglie e sulla società attraverso costi sanitari, perdita di produttività dovuta all'aumento della morbilità e costi dovuti ad incidenti (domestici, lavorativi, stradali).

Se analizziamo i dati della vicina Italia, risulta che:

- gli uomini consumano prevalentemente vino (69,7% contro il 44,8% delle donne), ne hanno un consumo quotidiano (42,3% per gli uomini e 18,6% per le donne) e, tra questi, sono soprattutto gli adulti (67,3% nella classe di età di 45-54 anni).
- in relazione all'evoluzione nel tempo, la quota di consumatori di vino risulta abbastanza costante, anche se si osserva un aumento del consumo occasionale (dal 20,1% del 1993 al 23,3% del 1999) a discapito di quello quotidiano (dal 36,1% al 30,1%).
- si beve più vino al Nord, in particolare nel Nordest (62,2%) e nel Centro Italia (59,4%).
- tra le Regioni il consumo è più diffuso in Valle d'Aosta (65,5%), in Emilia Romagna (64,6%) e nelle Marche (65,3%).
- la quota di popolazione che beve alcolici fuori pasto si è mantenuta abbastanza costante negli anni più recenti.

- nel 1999 coloro che facevano uso di vino, birra, aperitivi alcolici, liquori e amari fuori pasto erano il 23,5% della popolazione.
- il consumo risulta differenziato tra i due sessi e tra le diverse classi di età: a esso ricorre il 35,2% degli uomini contro il 12,7% delle donne; è piuttosto diffuso tra i giovani, per poi decrescere con l'aumentare dell'età.
- l'abitudine di bere alcolici fuori pasto è più accentuata nell'Italia Settentrionale (31,8% nel Nordest e 27,5% nel Nordovest) e nei piccoli centri. (29,9% nei Comuni con meno di 2000 ab.)
- in Italia, come anche in Emilia Romagna, i giovanissimi (14-17 anni) bevono più frequentemente birra (35,3%), aperitivi alcolici, liquori e altre bevande alcoliche (20,7%) rispetto al vino (19%) e lo stesso fenomeno si osserva fra i ragazzi dai 18 ai 24 anni, che assumono bevande alcoliche in misura maggiore.
- sin da giovani non sono pochi coloro che bevono fuori pasto: il 20,7% degli adolescenti tra i 14 e i 17 anni e ben il 46,6% dei ragazzi fra i 18 e i 24 anni. Il consumo di alcool di questi soggetti, quindi, è meno legato alle abitudini alimentari quotidiane ed avviene piuttosto fuori casa, al di fuori dei pasti, in occasioni sociali e di divertimento.

L'abuso di alcool nella Repubblica di San Marino:

I pazienti in carico al servizio neuro-psichiatrico con diagnosi d'abuso di sostanze alcoliche al 31/3/2001 sono in tutto 54. I pazienti in carico nel 2000 erano 46 e di questi 41 hanno continuato ad essere seguiti nel 2001. Inoltre, si sono avuti nell'arco di tre mesi, dal 1° Gennaio al 31 Marzo, 13 nuovi ingressi portando il totale dei pazienti seguiti a 54. Al 31 di Marzo 2001 il rapporto utenti maschi/ femmine è pari a 3,9. Il sesso maschile prevale rispetto a quello femminile.

E' opportuno precisare che i casi che afferiscono al servizio neuro-psichiatrico sono solo la punta dell'iceberg del problema. Sarà interessante analizzare in futuro quali sono le abitudini rispetto al consumo di alcool di tutta la popolazione di San Marino.

Attività fisica

La sedentarietà, frutto delle abitudini di vita e dell'evoluzione dell'attività lavorativa della nostra società, può essere considerato un fattore di rischio per alcune patologie legate alla ridotta attività fisica ed al conseguente eccesso ponderale.

Infatti, sulla base dei dati medico- scientifici, le più autorevoli organizzazioni sanitarie internazionali raccomandano che ogni cittadino sano pratichi quotidianamente un'attività motoria moderata o intensa per almeno 30 minuti consecutivi specificando che in tale tempo possono

rientrare attività aerobiche (in grado di aumentare il consumo di ossigeno) non formalmente sportive o ginniche, come passeggiate con andamento sostenuto, spostamenti in bicicletta, giochi ed attività domestiche o da giardino che presuppongono movimenti.

In base alla letteratura scientifica i benefici dell'attività fisica possono essere: fisiologici, psicologici e sociali per l'individuo e la comunità.

I benefici dell'attività fisica nella prevenzione delle malattie sono numerosi, in particolare riguardano:

- le malattie cardiovascolari
- l'ipertensione
- l'obesità
- il diabete non insulino-dipendente (l'attività fisica gioca un ruolo importante sul controllo glicemico)
- i tumori

L'attività fisica ha degli effetti positivi sulla salute mentale delle persone. Sia che si tratti di pazienti depressi o di persone psicologicamente equilibrate, l'attività fisica incrementa il benessere soggettivo, riduce l'ansia e lo stress e

indirettamente influenza la fiducia e la stima di sé. A lungo termine, l'attività fisica contribuisce ad incrementi cognitivi ed a un più efficace controllo motorio.

Dal punto di vista delle relazioni sociali, l'attività fisica contribuisce a:

- Aumentata integrazione sociale
- Formazione di nuove amicizie
- Mantenimento del ruolo ed acquisizione di nuovi ruoli: uno stile di vita attivo

Dal punto di vista fisico spinge a frequentare ambienti stimolanti necessari per mantenere un ruolo attivo nella società e ad acquisire nuovi ruoli.

Numerosi sono anche i benefici dell'attività fisica per la collettività:

- Ridotti costi di assistenza sanitaria e sociale
- Aumento della produttività degli anziani: le persone anziane sono in grado di offrire un rilevante contributo alla società. Uno stile di vita attivo aiuta gli anziani a mantenere un'indipendenza funzionale e ad ottimizzare il numero di coloro che sono capaci di partecipare attivamente alla società.

L'Ambiente

In sintesi:

- ***Esiste una chiara correlazione fra inquinamento ambientale e danni alla salute***
- ***E' opportuno focalizzare l'attenzione non solo sull'inquinamento atmosferico ed idrico ma anche sui possibili effetti negativi dei campi elettromagnetici e del rumore***
- ***Si ritiene importante ed urgente implementare un sistema di monitoraggio dell'ambiente naturale ed urbano a San Marino.***

Le condizioni dell'ambiente naturale e urbano in cui viviamo hanno sicuramente importanti effetti sulla salute umana. La tutela della salute non può essere attuata senza prendere in considerazione l'ampio intreccio di rapporti che si sviluppa tra l'ambiente e l'uomo: è ormai ampiamente dimostrato che nella comparsa di un numero sempre maggiore di patologie l'ambiente gioca un ruolo eziologico di primaria importanza. Ambiente e salute sono tra loro strettamente interconnessi: infatti, se da un lato la qualità dell'ambiente condiziona in modo fondamentale lo stato di salute della popolazione, dall'altro lo stato di salute della popolazione dà la misura dello stato di salute dell'ambiente.

L'inquinamento può alterare l'ambiente in una qualunque delle sue componenti:

- atmosfera (aria)
- idrosfera (acque superficiali e sotterranee)
- litosfera (suolo)
- biosfera (organismi viventi).

I fattori ambientali che sono implicati nell'insorgenza di determinate patologie, in particolare quelle cronico-degenerative a prevalente eziologia multifattoriale (neoplasie, patologie cardio-vascolari, broncopneumopatie croniche aspecifiche, neuropatie, allergie, infertilità, etc.), possono essere classificati, in base alla loro natura, in fisici, chimici e biologici.

- Agenti fisici: radiazioni ultraviolette, radiazioni ionizzanti, radiazione elettromagnetiche, ma anche temperatura, umidità e ventilazione.
- Agenti chimici: composti organici volatili, plastiche, pesticidi, benzene, monossido di carbonio, idrocarburi aromatici policiclici etc.
- Agenti biologici: batteri, muffe, funghi, pollini, etc.

Inquinamento atmosferico

L'inquinamento atmosferico derivante soprattutto dal traffico veicolare e da sistemi di produzione industriale è un noto fattore di rischio per la salute.

Nel caso che si verifichi un brusco innalzamento delle concentrazioni dei comuni contaminanti dell'aria (inquinamento acuto), l'aumentata esposizione a vari irritanti atmosferici provoca la riduzione della funzionalità polmonare, l'aumento delle malattie respiratorie nei bambini, gli attacchi acuti di bronchite e l'aggravamento dei quadri di asma; il tutto comporta un forte incremento nel numero dei decessi fra le persone più sensibili a determinati inquinanti, come gli anziani o le persone affette da malattie respiratorie e cardiovascolari.

L'effetto dell'inquinamento a bassi livelli e per lungo tempo risulta invece più subdolo e difficile da individuare. Si presume che provochi a breve termine disagio, irritazione, tossicità specifica, affezioni respiratorie acute e, in rari casi, mortalità, soprattutto fra gli anziani affetti da patologie croniche cardiovascolari o respiratorie. Gli effetti a lungo termine causati da una esposizione ad inquinanti presenti a concentrazioni relativamente basse non sono ancora completamente chiari; in ogni caso si ritiene che fra i vari effetti vi sia la comparsa di malattie polmonari croniche aspecifiche (come la bronchite cronica, l'asma e l'enfisema), la formazione di varie neoplasie maligne (cancro polmonare, leucemie) ed un aumento della mortalità per malattie cardiovascolari e respiratorie.

L'aria inquinata delle grandi aree urbane ed industriali è ricca di contaminanti che possono esplicare la loro azione sia singolarmente che sinergicamente. L'aria che respiriamo può essere contaminata da sostanze inquinanti provenienti da industrie, veicoli, centrali elettriche e molte altre fonti. Questi inquinanti rappresentano un grosso problema per gli effetti dannosi che possono avere nei confronti della salute o dell'ambiente in cui viviamo. Il loro impatto dipende da vari fattori, come ad esempio la quantità di inquinante dell'aria al quale si è esposti, la durata dell'esposizione e la pericolosità dell'inquinante stesso. Gli effetti sulla salute possono essere di piccola entità e reversibili (come un'irritazione agli occhi) oppure debilitanti (come un aggravamento dell'asma) o anche fatali (come il cancro).

Inquinamento idrico

La Carta Europea dell'acqua, all'art. 3, afferma: "alterare le qualità dell'acqua significa nuocere alla vita dell'uomo e degli altri esseri viventi che da essa dipendono". Inquinare l'acqua, dunque, vuol dire modificare le caratteristiche qualificative, al punto da renderla inadatta al consumo degli esseri viventi.

L'inquinamento idrico, microbiologico o chimico, può essere la causa, nel primo caso, di patologie infettive per contaminazione batterica dell'acqua potabile oppure di patologie tumorali nel secondo

caso.

I campi elettromagnetici

I campi elettromagnetici (CEM) o *elettrosmog* costituiscono oggi un motivo di preoccupazione per la popolazione soprattutto per quanto concerne possibili conseguenze a lungo termine (neoplasie). In effetti la rapida crescita tecnologica ha innalzato il naturale livello di fondo elettromagnetico e la Comunità scientifica internazionale, ed in particolare l'OMS, ha valutato gli studi epidemiologici condotti e ne sta predisponendo altri per definire le possibili conseguenze a lungo termine sulla salute ed i livelli di protezione necessari. Nel frattempo riconosce la necessità di applicare nei confronti di tale tipo di esposizione il principio della precauzione.

I CEM a cui la popolazione può essere esposta in ambito residenziale sono sostanzialmente quelli generati dalle linee di trasporto e distribuzione dell'energia elettrica (campi a bassissima frequenza o campi ELF) e quelli generati da ripetitori radiotelevisivi o impianti per la telefonia cellulare (campi ad alta frequenza: radiofrequenza e microonde). Anche gli elettrodomestici e le apparecchiature normalmente presenti nelle abitazioni contribuiscono all'esposizione.

I CEM a bassissima frequenza (linee elettriche) sono ritenuti, pur nell'incertezza scientifica, come più pericolosi e sono stati classificati dallo IARC come possibili cancerogeni. Per quanto concerne i CEM ad alta frequenza, lo stato delle conoscenze relativo agli effetti a lungo termine sulla salute è caratterizzato da ancora maggiori incertezze.

Radiazioni ionizzanti

La maggior parte delle radiazioni assorbite dalla popolazione proviene da sorgenti naturali. Questo tipo di esposizione è inevitabile ed è strettamente correlata alle caratteristiche geologiche e geografiche.

La radioattività artificiale deriva, invece, da attività umane quali ad esempio produzione di energia nucleare o utilizzo di radioisotopi per la ricerca scientifica di tipo medico o industriale. Per questi impieghi, i rischi per la popolazione e per l'ambiente derivano dall'utilizzo inadeguato delle sorgenti, dall'eventuale rilascio di scorie radioattive e dagli incidenti che si possono verificare durante l'impiego o il trasporto.

Inquinamento acustico

Il rumore, che è spesso direttamente collegato al traffico veicolare, costituisce una delle più importanti fonti d'inquinamento sia per la sua diffusione che per gli effetti nocivi. Sono infatti possibili disturbi al sistema nervoso, endocrino, della psiche ed alterazioni delle relazioni sociali.

Una persona adulta può tollerare un'esposizione occasionale ad un livello di rumore superiore ai

140 dB, ma per i bambini l'esposizione non deve mai superare i 120 dB. L'esposizione per più di 8 ore ad un rumore superiore agli 85 dB è potenzialmente rischiosa per la salute.

I rifiuti

La produzione di rifiuti complessiva, rilevata all'interno dell'Unione Europea, ha registrato, fra il 1990 e il 1995, un incremento del 10%. La produzione pro capite di rifiuti urbani risulta inoltre correlata positivamente con i fattori socio-economici quali il PIL ed i consumi, confermando che zone più produttive e con maggiori consumi pro capite tendono ad avere una più alta produzione di rifiuti. Per quanto riguarda la gestione dei rifiuti occorre privilegiare il recupero dei rifiuti, soprattutto attraverso la raccolta differenziata ed il riciclaggio, come importante risorsa di materia ed energia, ed un adeguato smaltimento dei rifiuti, soprattutto quelli tossici, al fine di evitare possibili contaminazioni dell'aria, del suolo e dell'acqua.

San Marino, per la sua configurazione territoriale e per la sua densità abitativa non può essere paragonata a metropoli e città dove l'inquinamento assume livelli critici.

Tuttavia a causa del traffico veicolare, che può essere intenso in strade ad alta percorrenza ed in alcuni periodi dell'anno legati al fenomeno del turismo, e di alcuni insediamenti produttivi industriali ed artigianali presenti a San Marino, si ritiene importante ed urgente implementare un sistema di monitoraggio dell'ambiente naturale ed urbano.

La morbosità

In sintesi:

- *Tasso di ospedalizzazione più basso rispetto alla regione Emilia Romagna*
- *Tasso di occupazione posti letto molto basso (55%)*
- *Numero di giornate di degenza costanti nel tempo*
- *Le principali cause di ricovero sono: complicanze per gravidanza, parto e puerperio nella donna e traumatismi e avvelenamenti negli uomini*
- *I ricoveri sono concentrati principalmente nell'età anziana*
- *La spesa per farmaci registra una spesa pro-capite più elevata rispetto alle zone a noi limitrofe*
- *Il numero di infortuni sul lavoro è in calo in valore assoluto anche se rimane costante per gravità*
- *Nel 2004 il numero di incidenti stradali con referto medico è stato pari a 624*

L'uso dell'ospedale

L'Ospedale di Stato di San Marino ha 127 posti letto e nel 2004 si sono avuti 4.559 ricoveri con un numero di giornate complessive di degenza pari a 25.715; si è registrato un tasso di occupazione posti letto del 55% (tabella 1, 2 e 3).

Tabella 1 – Posti letto per reparto ospedaliero (periodo 2002-2004)

	2002	2003	2004
P.S. e Acc.	-	-	5
Medicina Generale	37	37	37
Geriatria	14	14	14
Pediatria	7	7	7
Terapia Semi-int.	6	6	6
Chirurgia Generale	28	21	16
Ortopedia	19	20	21
Ostetricia Ginec..	18	16	16
Anestesia e T.I	6	6	5
Totale	135	127	127

Tabella 2 - Totale giornate di degenza per reparto ospedaliero (periodo 2002-2004)

	2002	2003	2004
P.S. e Acc.	-	-	407
Medicina Generale	9.044	9.578	9.547
Geriatria	4.473	4.552	4.568
Pediatria	819	816	709
Terapia Semi-int.	763	711	661
Chirurgia Generale	3.187	3.317	2.995
Ortopedia	3.505	3.186	3.458
Ostetricia Ginec..	2.596	2.567	2.453
Anestesia e T.I	804	794	917
Totale	25.191	25.521	25.715

Tabella 3 - Tasso di occupazione posti letto per reparto ospedaliero (periodo 2002-2004)

	2002	2003	2004
P.S. e Acc.	0%	0%	22%
Medicina Generale	67%	71%	71%
Geriatria	88%	89%	90%
Pediatria	32%	32%	28%
Terapia Semi-int.	35%	32%	30%
Chirurgia Generale	31%	43%	51%
Ortopedia	51%	44%	45%
Ostetricia Ginec..	42%	44%	42%
Anestesia e T.I	44%	36%	50%
Totale	43%	55%	55%

Nel corso del 2002, nell'ospedale della Repubblica di San Marino, sono avvenuti complessivamente 4.237 ricoveri²¹. Oltre a questi, sono stati effettuati 851 ricoveri in degenza ordinaria al di fuori del territorio della Repubblica e 274 in regime di day hospital per un totale di 1.125.

Il *tasso di ospedalizzazione totale*²², nell'anno 2002 è stato pari al 186,5 per mille. Ciò significa

²¹ FONTE DATI: Relazione sullo stato di salute della popolazione di San Marino (anno 2003) – Direzione sanitaria

²² Numero di ricoveri per tutte le cause (in regime ordinario e in day hospital) sia presso l'ospedale di San Marino sia presso presidi ospedalieri fuori territorio) / popolazione residente nell'anno di riferimento x 1000

che, nel corso del 2002, 187 persone su 1000 residenti sono state ricoverate presso l'ospedale di San Marino o presso strutture ospedaliere esterne al territorio della Repubblica in regime di degenza ordinaria o di day hospital.

Più precisamente, il tasso di ospedalizzazione complessivo presso l'ospedale di San Marino è stato del 147,3 per mille (147 persone su 1000 residenti sono state ricoverate presso l'ospedale nel corso dell'anno).

Dei 4.237 ricoveri, 1.917 hanno riguardato il sesso maschile (45,2%), 2.320 il sesso femminile (54,8%); nel corso dell'anno 2002, 136 maschi su 1.000 e 158 femmine su 1.000 sono stati ricoverati in ambito ospedaliero.

Il tasso di ospedalizzazione relativo alle strutture fuori territorio è stato, invece, del 39,13 per mille. Come si può notare dalla *tabella 4* il tasso di ospedalizzazione presso l'ospedale di San Marino non si differenzia molto se confrontiamo il 2001 con il 2002, mentre il tasso di ospedalizzazione relativo ai ricoveri in degenza ordinaria nelle strutture fuori territorio registra un leggero aumento dall'anno 2001 al 2002.

Tabella 4 - Tassi di ospedalizzazione a San Marino e in strutture fuori territorio - periodo 2001-2003

	2001		2002	
	N. ricoveri	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)	N. ricoveri	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)
Ospedale di San Marino <i>(ricoveri in degenza ordinaria e in day hospital)</i>	4.239	150,5	4.237	147,36
Strutture fuori territorio	-	-	1.125	39,13
- ricoveri in degenza ordinaria	-	17,6	851	29,60
- day hospital	-	-	274	9,53

Il *tasso di ospedalizzazione standardizzato*²³ relativo ai ricoveri dei residenti effettuati presso l'ospedale di San Marino è pari a 150 x 1.000 nel sesso femminile, 128,79 nel sesso maschile.

Il tasso standardizzato calcolato nella Provincia di Rimini nel corso dell'anno 2000 ammontava al 178,73 x 1.000 nei maschi, 199,57 x 1.000 nelle femmine. In questo caso, però, il tasso di ospedalizzazione considera i ricoveri di soggetti residenti effettuati sia presso i presidi locali sia al

²³ *Popolazione tipo: popolazione italiana del 1991*

di fuori.

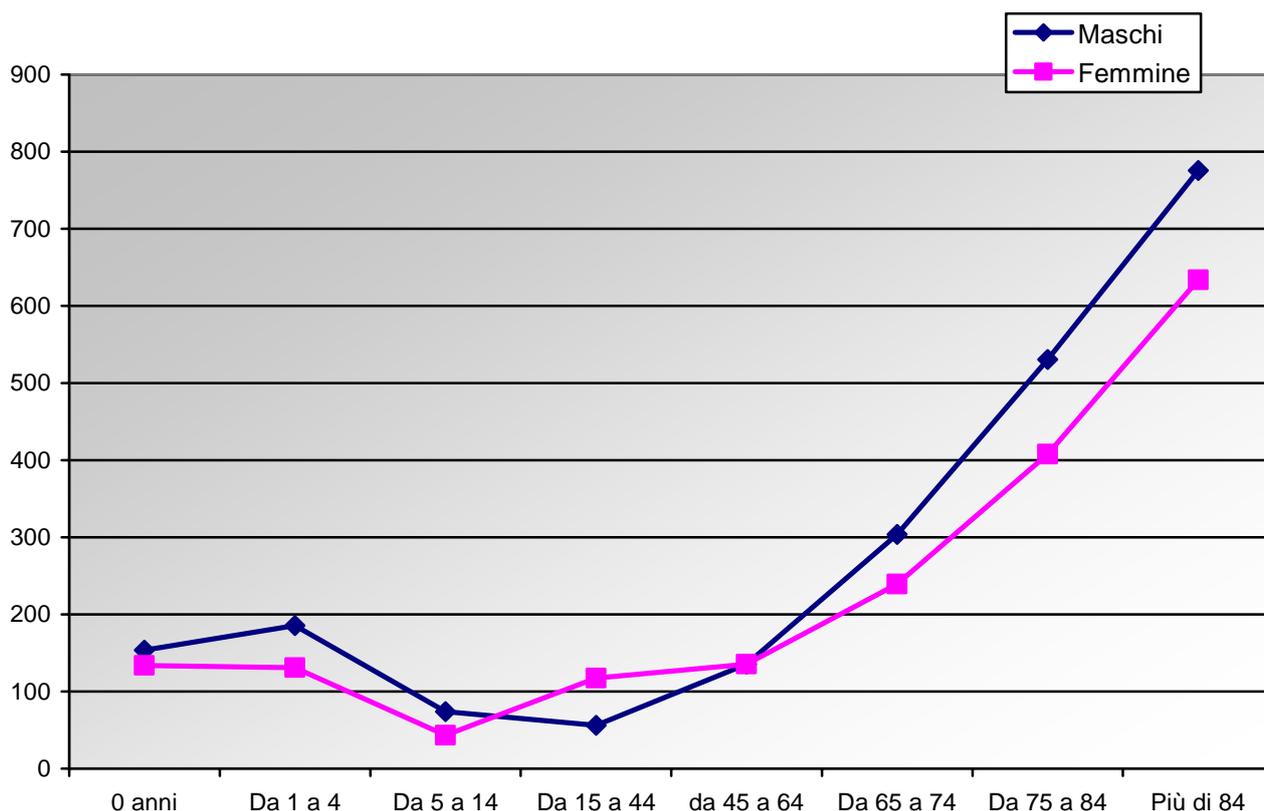
L'analisi del *tasso di ospedalizzazione totale* calcolato distintamente *per sesso e per età*²⁴, (escludendo i neonati sani), mostra che il maggior numero di ricoveri avviene nella popolazione anziana (persone con 65 anni e più); seguono poi i neonati e i bambini fino ai 4 anni di età. In particolare, in queste fasce di età, il tasso di ospedalizzazione è più elevato nei maschi piuttosto che nelle femmine (*tabella 5 e grafico 1*).

Tabella 5 – Tasso grezzo di ospedalizzazione totale distinto per sesso ed età

Fasce di età	Maschi		Femmine	
	N. ricoveri	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)	N. ricoveri	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)
0 anni	26	153,85	17	133,86
Da 1 a 4	122	185,41	79	131,01
Da 5 a 14	107	74,10	57	43,51
Da 15 a 44	355	56,29	758	117,46
da 45 a 64	474	135,58	484	135,46
Da 65 a 74	355	303,68	312	239,26
Da 75 a 84	357	530,46	393	407,68
Più di 84	121	775,64	220	634,01
Totale	1.917	136,23	2.320	158,03

²⁴ Per semplicità, l'età dei soggetti ricoverati è stata individuata tenendo conto del solo anno di nascita e di ricovero.

Grafico 1 – Andamento del tasso di ospedalizzazione per sesso ed età (2002)



L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere²⁵ (tabella 6) evidenzia che, per ottenere assistenza ospedaliera, la popolazione sammarinese si rivolge nella maggior parte dei casi all'ospedale della Repubblica e solo in poche situazioni si affida a presidi fuori territorio.

Tabella 6 – Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere (anni 2002)

Ospedale di San Marino	79,0
Strutture ospedaliere fuori territorio	21,0

Calcolando il tasso di ospedalizzazione per sesso, nel 2001 e nel 2002, si nota come questo sia superiore nelle donne piuttosto che degli uomini. Questa differenza è attribuibile in larga parte ai ricoveri per parto o per complicanze legate alla gravidanza, che costituiscono la prima causa di ricovero nel sesso femminile (tabella 7).

²⁵ L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere esprime, percentualmente a quali strutture /aziende una data popolazione si rivolge per l'assistenza ospedaliera. Da un altro punto di vista, tale indice esprime in che percentuale le diverse strutture/aziende contribuiscono alla formazione del tasso di ospedalizzazione delle aziende USL.

Tabella 7 – Tassi di ospedalizzazione a San Marino distinti per sesso – anni 2001 e 2002

	Maschi	Femmine
2001	140,7	159,9
2002	136,2	158,0

Le tabelle 8a e 8b mostrano le cause di ricovero nel 2001 e nel 2002 distinte per sesso.

Tabella 8a - RICOVERI PRESSO L'OSPEDALE DI SAN MARINO DISTINTI PER CAUSA (ICD-9) – POPOLAZIONE MASCHILE - Anni 2001 e 2002

	Maschi			
	2001		2002	
	Numero ricoveri	%	Numero ricoveri	%
I (001-139) Malattie infettive	51	2,63%	69	3,60%
II (140-239) Tumori	176	9,07%	210	10,95%
III (240-279) Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche, e dist. immunit.	26	1,34%	21	1,10%
IV (280-289) Malattie del sangue e organi emopoietici	10	0,52%	15	0,78%
V (290-319) Disturbi psichici	38	1,96%	34	1,77%
VI (320-389) Malattie del sistema nervoso	54	2,78%	44	2,30%
VII (390-459) Malattie del sistema circolatorio	330	17%	278	14,50%
VIII (460-519) Malattie del sistema respiratorio	196	10,10%	211	11,01%
IX (520-579) Malattie dell'apparato digerente	218	11,23%	219	11,42%
X (580- 629) Malattie dell'apparato genito-urinario	68	3,50%	69	3,60%
XI (630-677) Complicanze gravidanza parto e puerperio	0	0%	0	0,00%
XII (680-709) Malattie cute e sottocutaneo	28	1,44%	27	1,41%
XIII (710-739) Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	184	9,48%	180	9,39%
XIV (740-759) Malformazioni congenite	1	0,05%	7	0,37%
XV (760-779) Alcune condizioni morbose di origine perinatale	1	0,05%	3	0,16%
XVI (780-7999) Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	124	6,39%	112	5,84%
XVII (800-999) Traumatismi e avvelenamenti	341	17,57%	300	15,65%
CODICI E cause esterne dei traumatismi	1	0,05%	0	0,00%
(V01-V82) Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	94	4,84%	118	6,16%
TOTALE RICOVERI	1.941		1.917	

Tabella 8b - RICOVERI PRESSO L'OSPEDALE DI SAN MARINO DISTINTI PER CAUSA (ICD-9) – POPOLAZIONE FEMMINILE - Anni 2001 e 2002

	Femmine			
	2001		2002	
	Num. ricoveri	%	N. Ricoveri	%
I (001-139) Malattie infettive	47	2,05%	45	1,94%
II (140-239) Tumori	214	9,31%	203	8,75%
III (240-279) Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche, e dist.immunit.	43	1,87%	34	1,47%
IV (280-289) Malattia del sangue e organi emopoietici	9	0,39%	9	0,39%
V (290-319) Disturbi psichici	55	2,39%	50	2,16%
VI (320-389) Malattie sistema nervoso	86	3,74%	75	3,23%
VII (390-459) Malattie sistema circolatorio	280	12,18%	277	11,94%
VIII (460-519) Malattie sistema respiratorio	148	6,44%	131	5,65%
IX (520-579) Malattie apparato digerente	147	6,40%	187	8,06%
X (580- 629) Malattie apparato genito-urinario	171	7,44%	165	7,11%
XI (630-677) Complicanze gravidanza parto e puerperio	448	19,50%	413	17,80%
XII (680-709) Malattie cute e sottocutaneo	25	1,09%	25	1,08%
XIII (710-739) Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	205	8,92%	233	10,04%
XIV (740-759) Malformazioni congenite	3	0,13%	6	0,26%
XV (760-779) Alcune condizioni morbose di origine perinatale	1	0,04%	1	0,04%
XVI (780-7999) Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	120	5,22%	115	4,96%
XVII (800-999) Traumatismi e avvelenamenti	212	9,23%	240	10,34%
CODICI E cause esterne dei traumatismi	0	0,00%	0	0,00%
(V01-V82) Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	84	3,66%	111	4,78%
TOTALE RICOVERI	2.298		2.320	

Grafico 2 – Tassi di ospedalizzazione (x 1.000 ab.) distinti per causa e per sesso – anno 2002

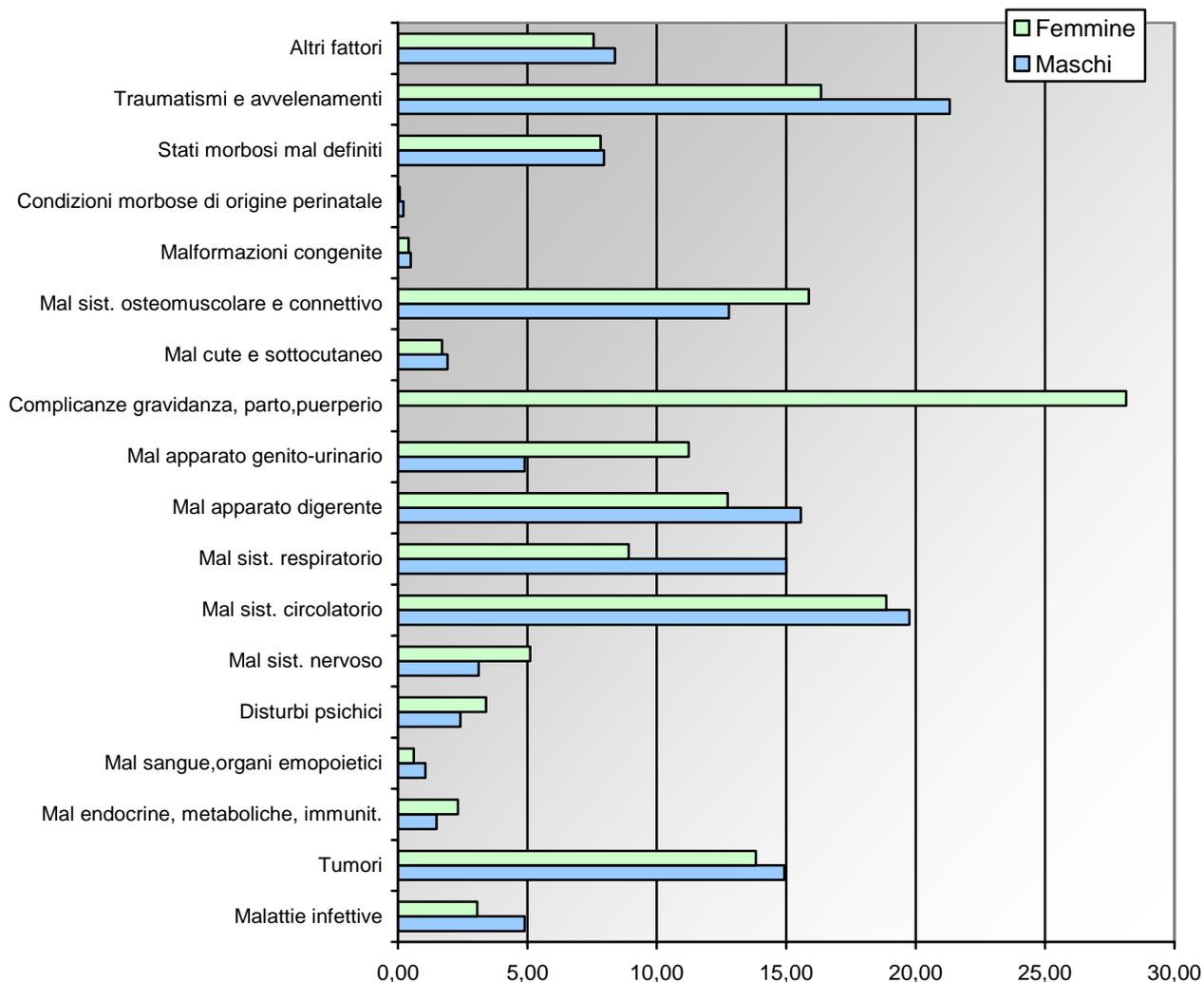


Tabella 9a - Principali cause di ricovero nel sesso maschile

Anno 2001

CAUSA DEL RICOVERO	% SUL TOTALE DEI RICOVERI	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (x 1000 ABITANTI)
Traumatismi e avvelenamenti	17,57%	24,72
Malattie sistema circolatorio	17,00%	23,93
Malattie apparato digerente	11,23%	15,81
Malattie sistema respiratorio	10,10%	14,21
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	9,48%	13,34
Tumori	9,07%	12,76

Tabella 9b - Principali cause di ricovero nel sesso maschile

Anno 2002

CAUSA DEL RICOVERO	% SUL TOTALE DEI RICOVERI	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (x 1000 ABITANTI)
Traumatismi e avvelenamenti	15,65%	21,32
Malattie sistema circolatorio	14,50%	19,76
Malattie apparato digerente	11,42%	15,56
Malattie sistema respiratorio	11,01%	14,99
Tumori	10,95%	14,92
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	9,39%	12,79

Bisogna evidenziare come, nel sesso maschile (*tabelle 9a e 9b e grafico 3a*), i ricoveri per traumatismi e avvelenamenti e per malattie al sistema circolatorio abbiano subito una diminuzione nel 2002 rispetto al 2001. Sono, invece, aumentati i ricoveri per malattie del sistema respiratorio, quelli per tumori e per malattie all'apparato digerente.

Tabella 10a - Principali cause di ricovero nel sesso femminile

Anno 2001

CAUSA DEL RICOVERO	% SUL TOTALE DEI RICOVERI	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (x 1000 ABITANTI)
Complicanze gravidanza parto e puerperio	19,50%	31,17
Malattie sistema circolatorio	12,18%	19,48
Tumori	9,31%	14,89
Traumatismi e avvelenamenti	9,23%	14,74
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	8,92%	14,26
Malattie apparato genito-urinario	7,44%	11,89

Tabella 10b - Principali cause di ricovero nel sesso femminile

Anno 2002

CAUSA DEL RICOVERO	% SUL TOTALE DEI RICOVERI	TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE (x 1000 ABITANTI)
Complicanze gravidanza parto e puerperio	17,80%	28,13
Malattie sistema circolatorio	11,94%	18,87
Traumatismi e avvelenamenti	10,34%	16,35
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	10,04%	15,87
Tumori	8,75%	13,83
Malattie apparato digerente	8,06%	12,74

Nel 2002, nel sesso femminile (*tabella 10a e 10b e grafico 3b*), è aumentato il numero dei ricoveri per traumatismi e avvelenamenti (10,34% nel 2002 contro il 9,23% del 2001) e per malattie del sistema osteomuscolare e connettivo (10,04% nel 2002 contro l'8,92% del 2001). Sono invece diminuiti i ricoveri per tumore .

Grafico 3a - Tassi di ospedalizzazione (x 1.000 ab) delle principali cause di ricovero per classi di età – sesso maschile (anno 2002)

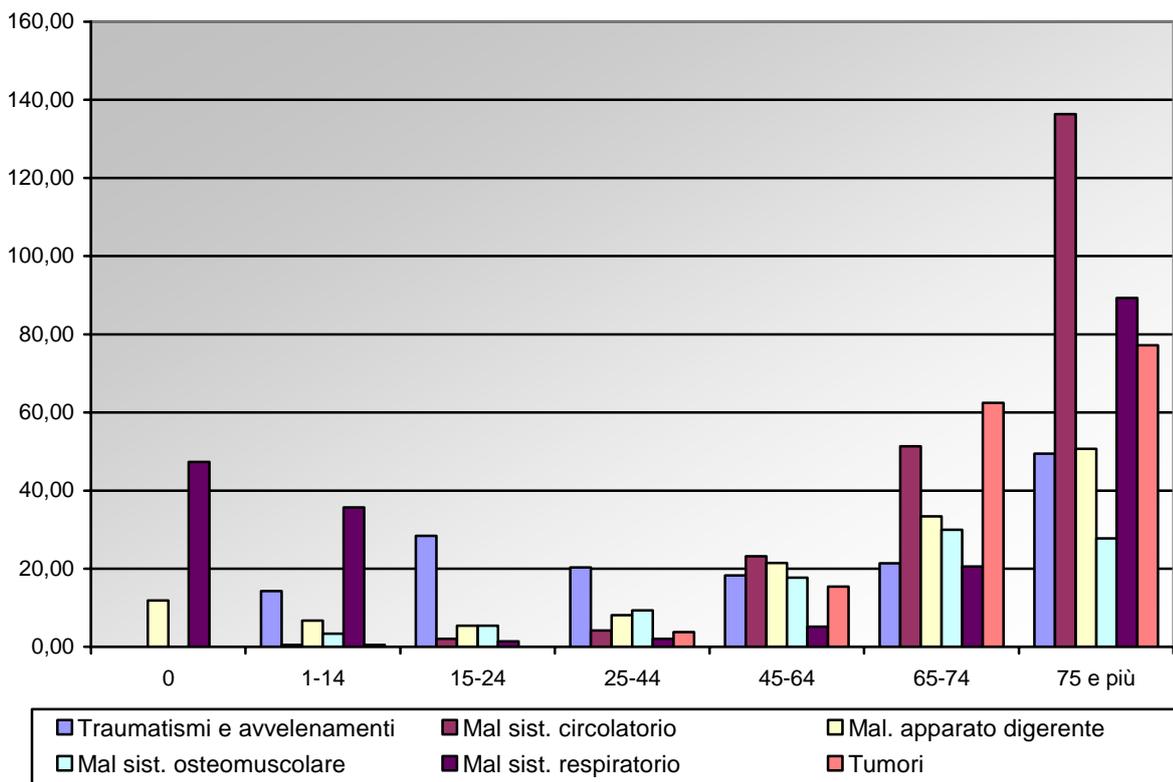
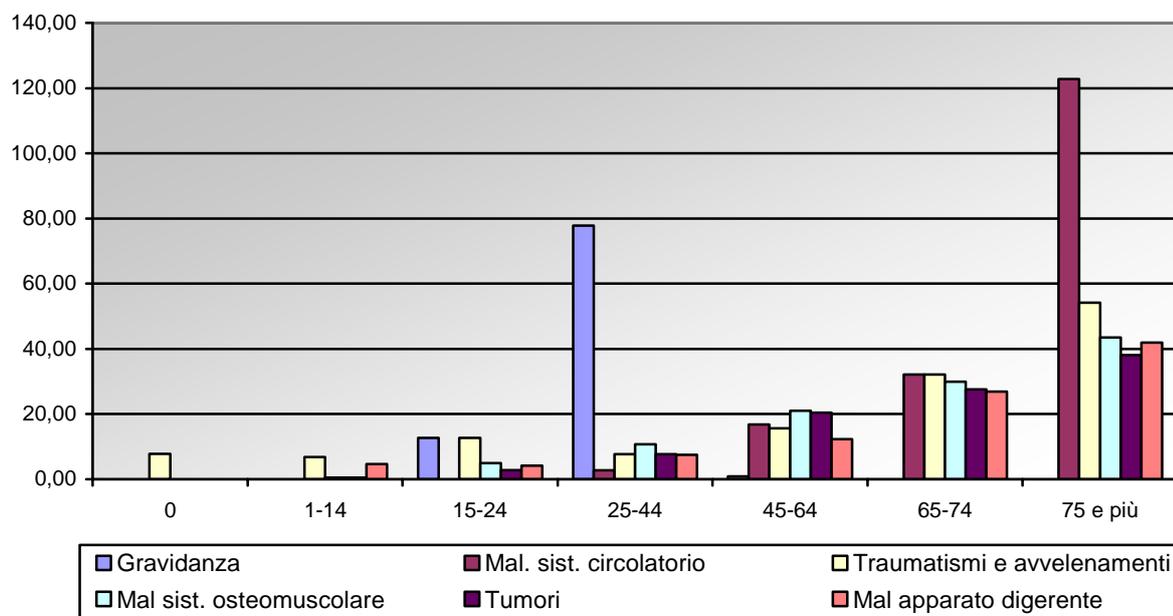


Grafico 3b - Tassi di ospedalizzazione (x 1.000 ab) delle principali cause di ricovero per classi di età – sesso femminile (anno 2002)



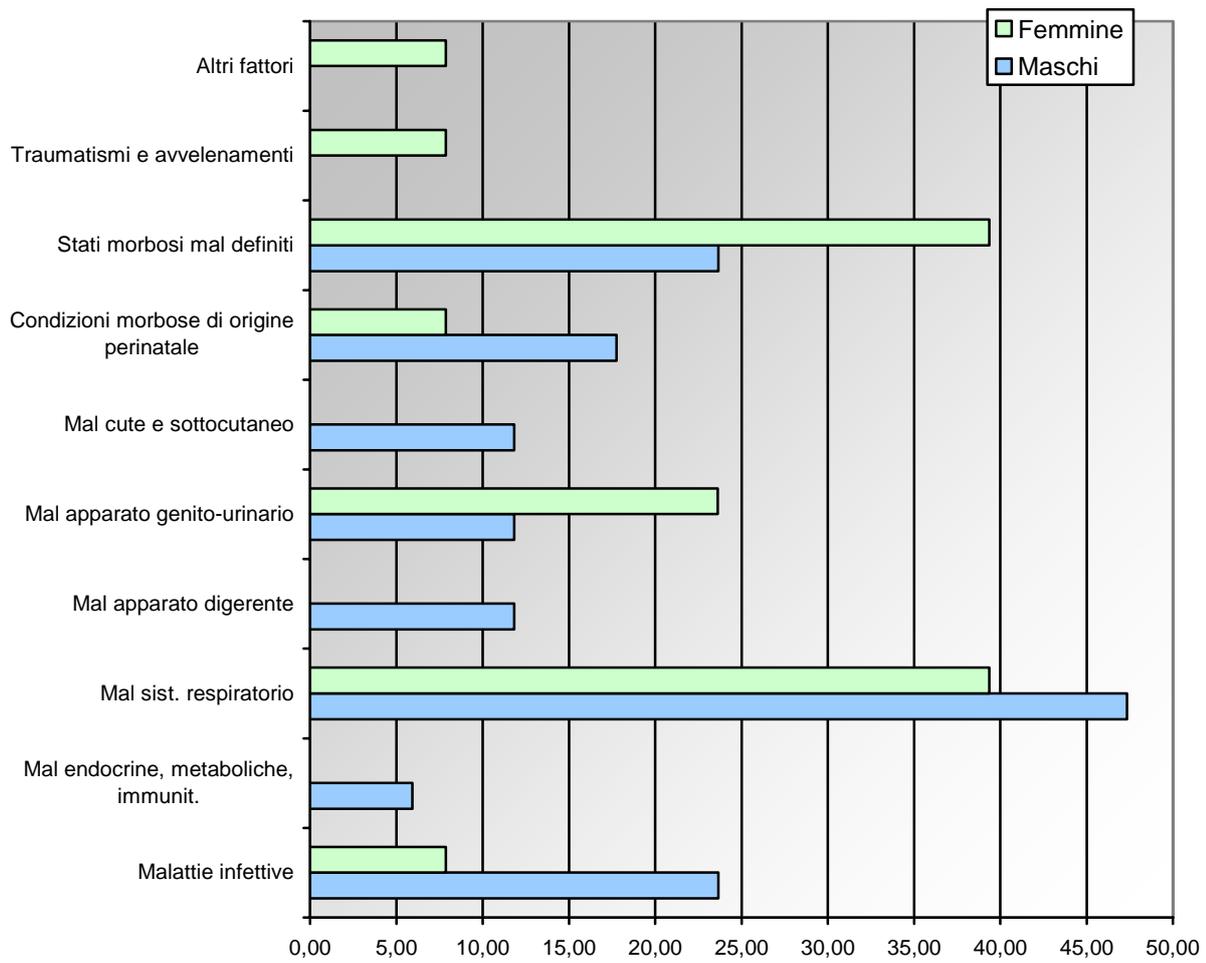
NEONATI

La principale causa di ricovero nei neonati è rappresentata, in entrambi i sessi, dalle malattie del sistema respiratorio. Da notare, inoltre, come in entrambi i sessi molti ricoveri siano determinati da sintomi, segni, stati morbosi mal definiti (*tabella 11a e grafico 4*).

Tabella 11a - Tassi di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – NEONATI (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	4	23,67	1	7,87
Tumori	0	0,00	0	0,00
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	1	5,92	0	0,00
Malattie del sangue e organi emopoietici	0	0,00	0	0,00
Disturbi psichici	0	0,00	0	0,00
Malattie sistema nervoso	0	0,00	0	0,00
Malattie sistema circolatorio	0	0,00	0	0,00
Malattie sistema respiratorio	8	47,34	5	39,37
Malattie apparato digerente	2	11,83	0	0,00
Malattie apparato genito-urinario	2	11,83	3	23,62
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	0	0,00
Malattie della cute e sottocutanea	2	11,83	0	0,00
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	0	0,00	0	0,00
Malformazioni congenite	0	0,00	0	0,00
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	3	17,75	1	7,87
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4	23,67	5	39,37
Traumatismi e avvelenamenti	0	0,00	1	7,87
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	0	0,00	1	7,87
Totale	26	153,85	17	133,86

Grafico 4 - Tassi di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – NEONATI (anno 2002)



FASCIA DI ETA' 1 – 14 ANNI

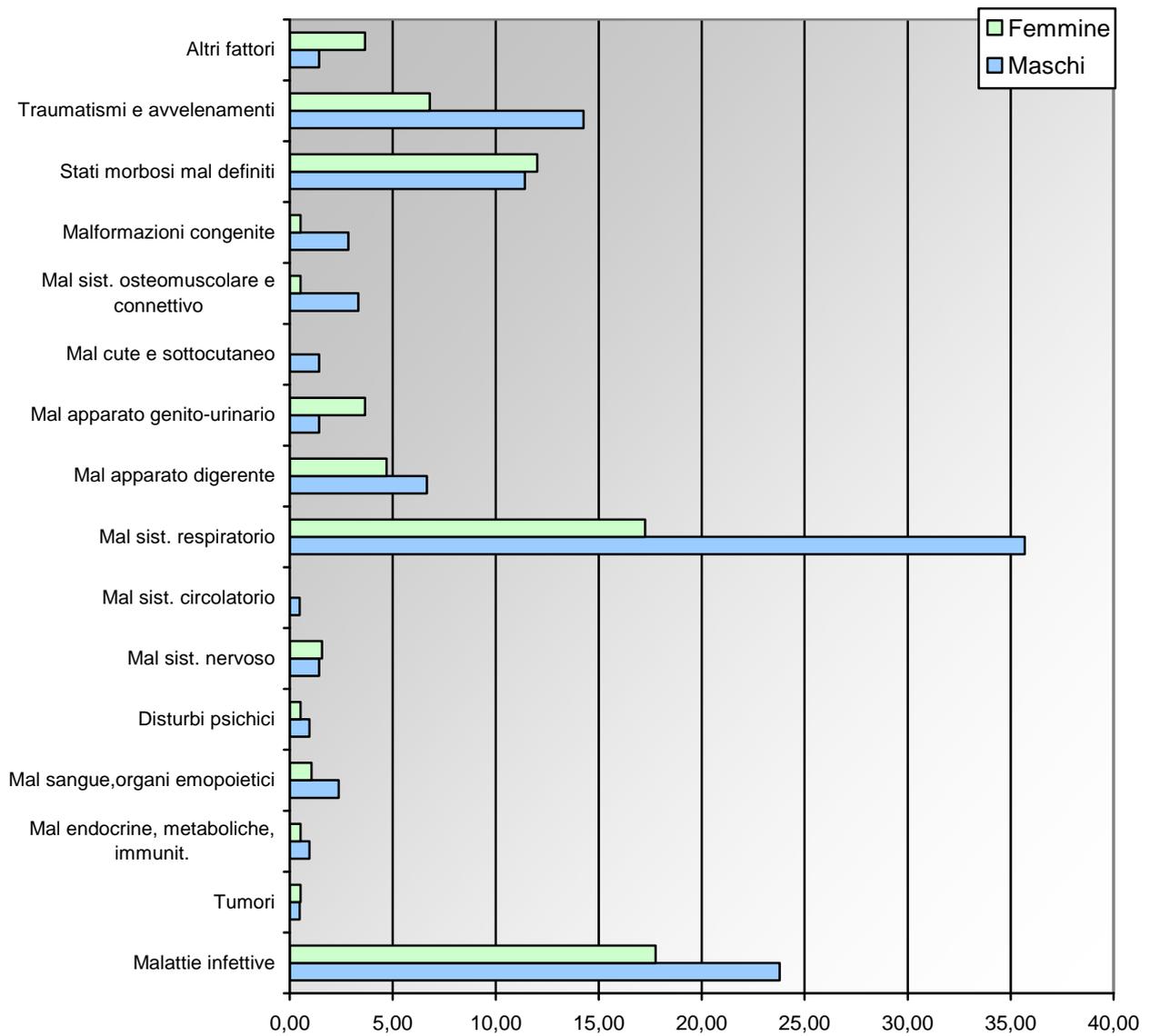
In analogia a quanto avviene nei neonati, la principale causa di ricovero in entrambi i sessi è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio (tasso di ospedalizzazione: 17,77 x 1.000 nelle femmine, 35,68 x 1.000 nei maschi). Seguono poi in entrambi i sessi i ricoveri per malattie infettive (tabella 11b e grafico 5).

Tabella 11b - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 1-14 ANNI (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	50	23,79	34	17,77
Tumori	1	0,48	1	0,52
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	2	0,95	1	0,52
Malattie del sangue e organi emopoietici	5	2,38	2	1,05
Disturbi psichici	2	0,95	1	0,52
Malattie sistema nervoso	3	1,43	3	1,57
Malattie sistema circolatorio	1	0,48	0	0,00
Malattie sistema respiratorio	75	35,68	33	17,25
Malattie apparato digerente	14	6,66	9	4,70
Malattie apparato genito-urinario	3	1,43	7	3,66
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	0	0,00
Malattie della cute e sottocutanea	3	1,43	0	0,00
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	7	3,33	1	0,52
Malformazioni congenite	6	2,85	1	0,52
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	24	11,42	23	12,02
Traumatismi e avvelenamenti	30	14,27	13	6,80
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	3	1,43	7	3,66
Totale	229	108,94	136	71,09

In analogia a quanto avviene nei neonati, la principale causa di ricovero in entrambi i sessi è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio (tasso di ospedalizzazione: 17,77 x 1.000 nelle femmine, 35,68 x 1.000 nei maschi). Seguono poi in entrambi i sessi i ricoveri per malattie infettive (tabella 11b e grafico 5).

Grafico 5 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 1-14 ANNI (anno 2002)



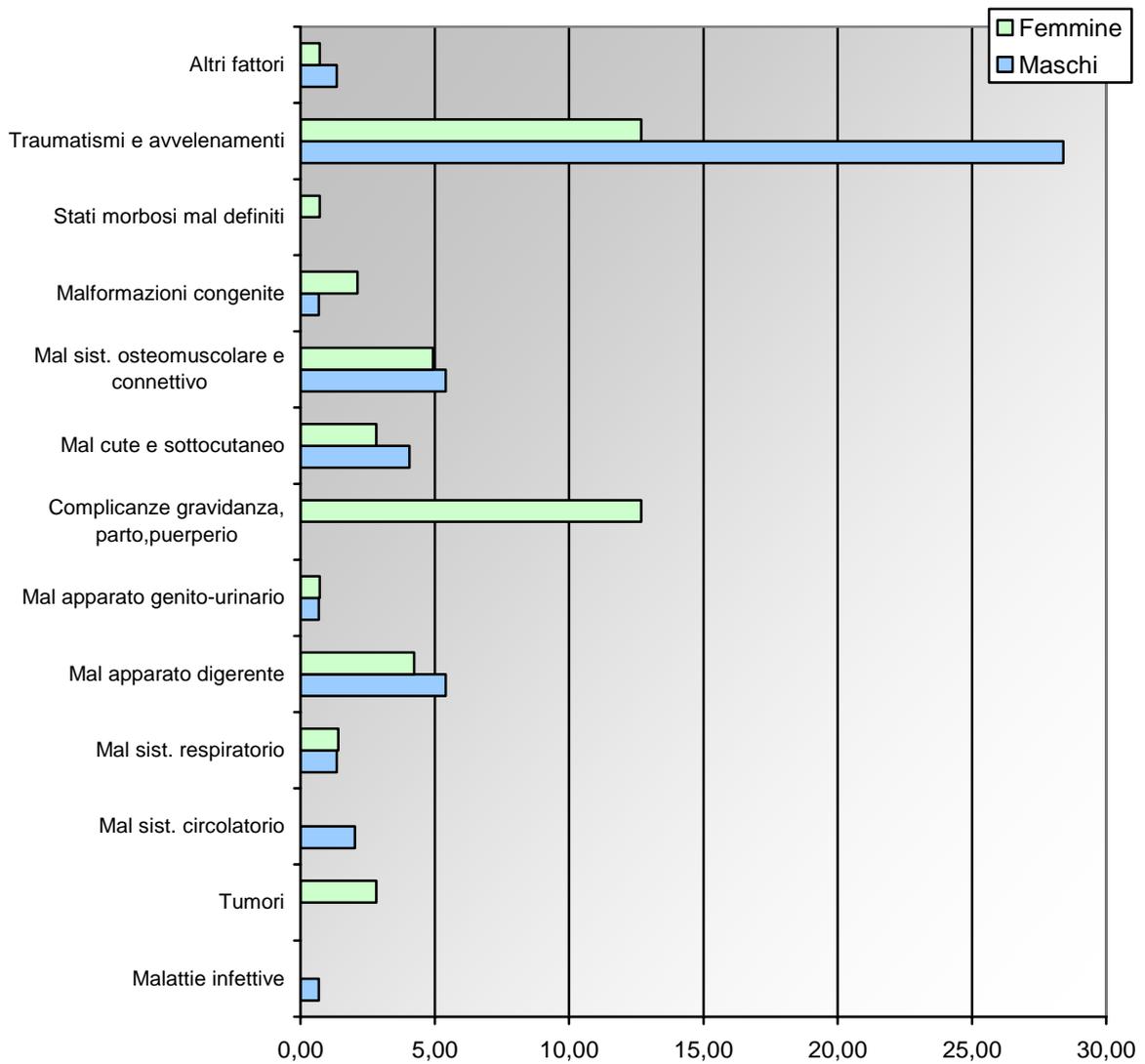
FASCIA DI ETA' 15 – 24 ANNI

Nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni si registra complessivamente il tasso di ospedalizzazione più basso in entrambi i sessi (45,84 x 1.000 nelle femmine, 50,03 x 1.000 nei maschi). Nelle femmine le principali cause di ricovero sono rappresentate dalle complicanze durante la gravidanza, parto e puerperio e dai traumatismi e avvelenamenti. I traumatismi e avvelenamenti costituiscono anche la causa prevalente di ricovero nel sesso maschile (tabella 11c e grafico 6).

Tabella 11c - Tasso di ospedalizzazione (x 1.000) per causa – FASCIA DI ETA' 15-24 ANNI (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	1	0,68	0	0,00
Tumori	0	0,00	4	2,82
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	0	0,00	0	0,00
Malattie del sangue e organi emopoietici	0	0,00	0	0,00
Disturbi psichici	0	0,00	0	0,00
Malattie sistema nervoso	0	0,00	0	0,00
Malattie sistema circolatorio	3	2,03	0	0,00
Malattie sistema respiratorio	2	1,35	2	1,41
Malattie apparato digerente	8	5,41	6	4,23
Malattie apparato genito-urinario	1	0,68	1	0,71
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	18	12,69
Malattie della cute e sottocutanee	6	4,06	4	2,82
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	8	5,41	7	4,94
Malformazioni congenite	1	0,68	3	2,12
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	0	0,00	1	0,71
Traumatismi e avvelenamenti	42	28,40	18	12,69
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	2	1,35	1	0,71
Totale	74	50,03	65	45,84

Grafico 6 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 15-24 ANNI (anno 2002)



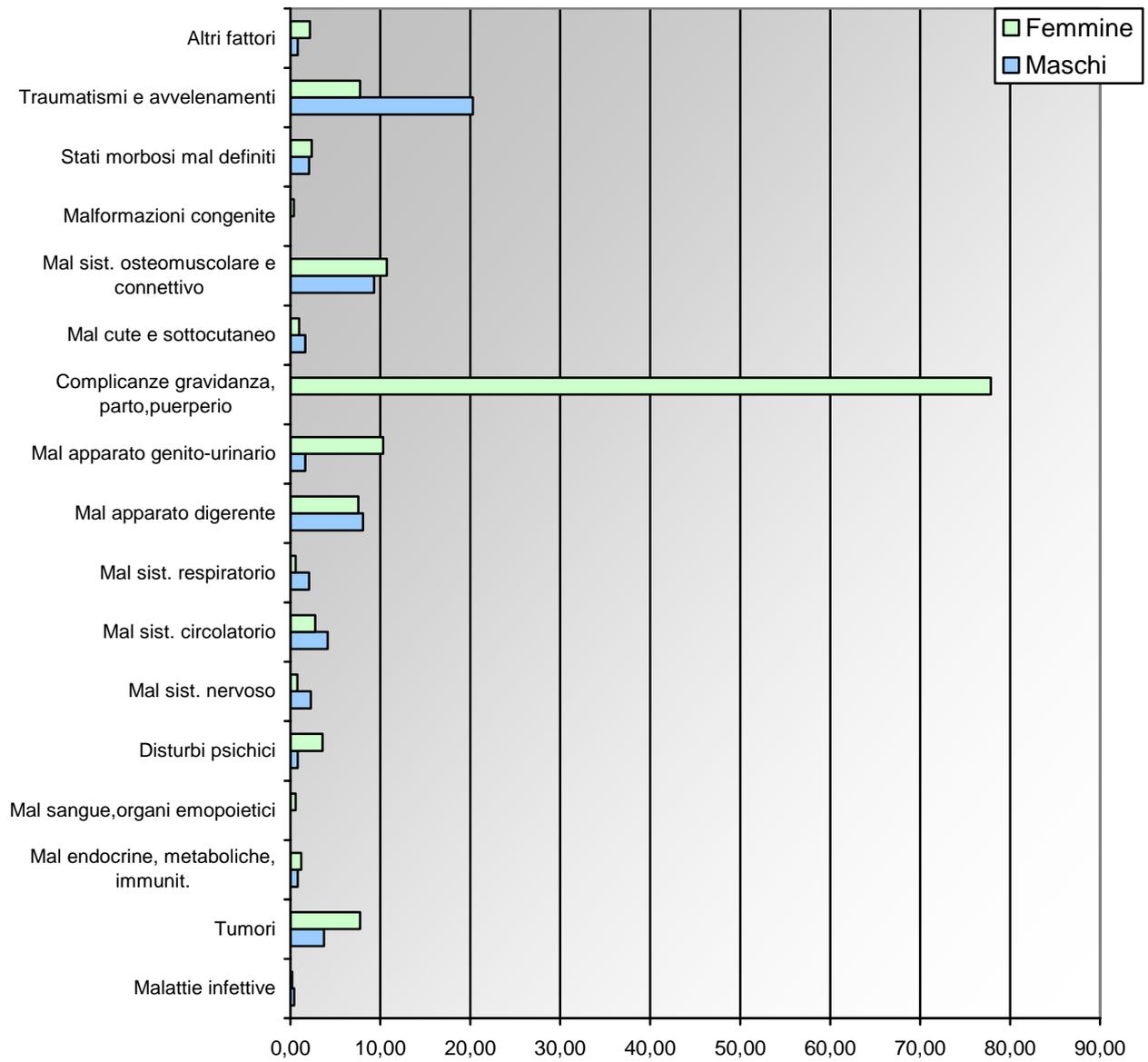
FASCIA DI ETA' 25 – 44 ANNI

Il tasso di ospedalizzazione complessivo nel sesso femminile subisce un aumento evidente (137,64 x 1.000) in forza dell'elevato numero di ricoveri dovuti al parto. Infatti, le complicanze durante la gravidanza, il parto e puerperio costituiscono la causa principale di ricovero nel sesso femminile, mentre la ragione principale di ricovero nei maschi è rappresentata dai traumatismi e dagli avvelenamenti (tabella 11d e grafico 7).

Tabella 11d - Tasso di ospedalizzazione (x 1.000) per causa – FASCIA DI ETA' 25-44 ANNI (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	2	0,41	1	0,20
Tumori	18	3,73	39	7,75
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	4	0,83	6	1,19
Malattie del sangue e organi emopoietici	0	0,00	3	0,60
Disturbi psichici	4	0,83	18	3,57
Malattie sistema nervoso	11	2,28	4	0,79
Malattie sistema circolatorio	20	4,14	14	2,78
Malattie sistema respiratorio	10	2,07	3	0,60
Malattie apparato digerente	39	8,08	38	7,55
Malattie apparato genito-urinario	8	1,66	52	10,33
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	392	77,86
Malattie della cute e sottocutanee	8	1,66	5	0,99
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	45	9,32	54	10,72
Malformazioni congenite	0	0,00	2	0,40
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	10	2,07	12	2,38
Traumatismi e avvelenamenti	98	20,30	39	7,75
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	4	0,83	11	2,18
Totale	281	58,20	693	137,64

Grafico 7 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 25-44 ANNI (anno 2002)



FASCIA DI ETA' 45 – 64 ANNI

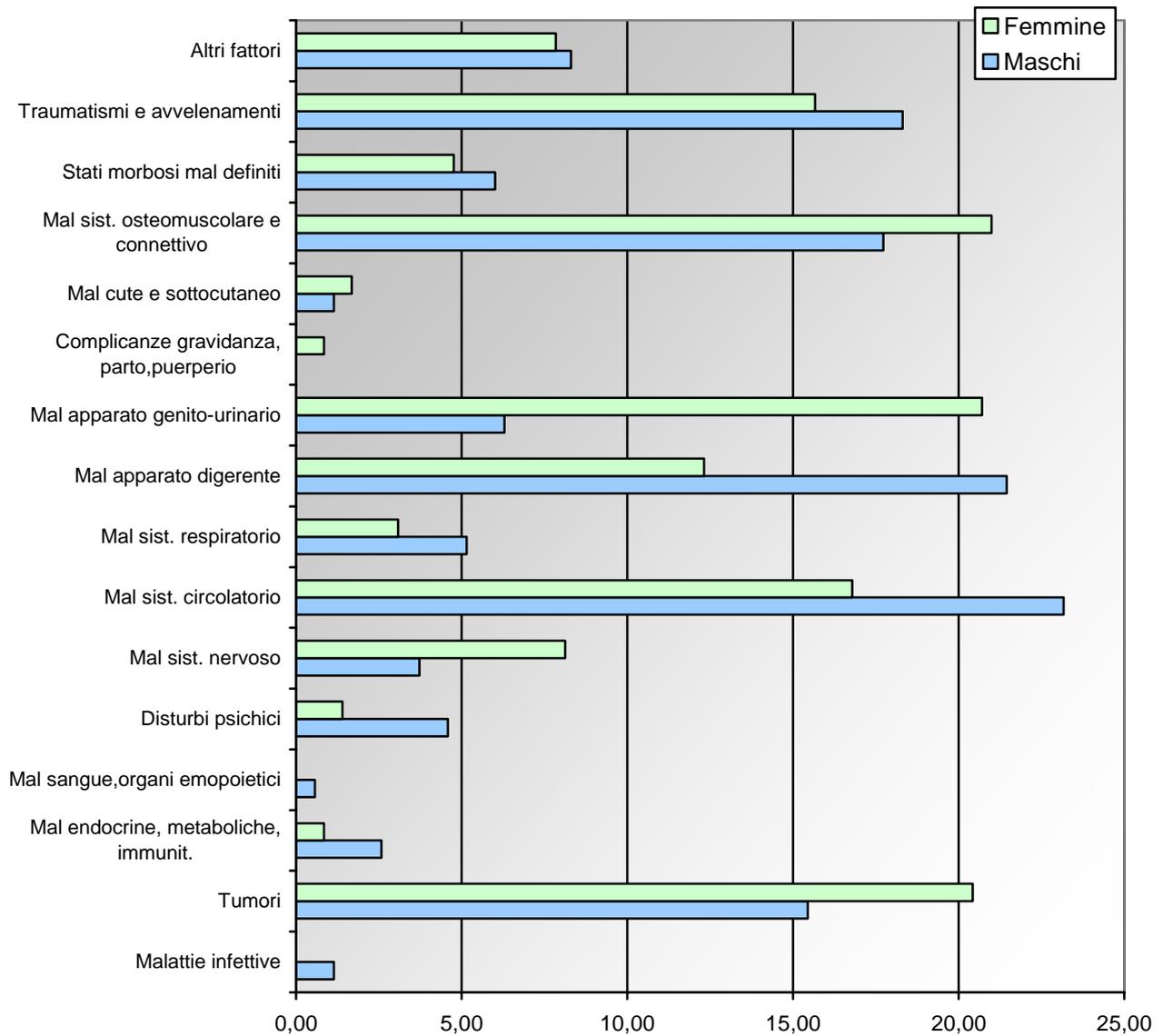
Il tasso di ospedalizzazione nel 2002 è simile per il sesso maschile e per il sesso femminile, attestandosi rispettivamente al 135,58 e 135,46.

Tabella 11e - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000 ab) – FASCIA DI ETA' 45-64 ANNI (2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	4	1,14	0	0,00
Tumori	54	15,45	73	20,43
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	9	2,57	3	0,84
Malattie del sangue e organi emopoietici	2	0,57	0	0,00
Disturbi psichici	16	4,58	5	1,40
Malattie sistema nervoso	13	3,72	29	8,12
Malattie sistema circolatorio	81	23,17	60	16,79
Malattie sistema respiratorio	18	5,15	11	3,08
Malattie apparato digerente	75	21,45	44	12,31
Malattie apparato genito-urinario	22	6,29	74	20,71
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	3	0,84
Malattie della cute e sottocutanee	4	1,14	6	1,68
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	62	17,73	75	20,99
Malformazioni congenite	0	0,00	0	0,00
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosì mal definiti	21	6,01	17	4,76
Traumatismi e avvelenamenti	64	18,31	56	15,67
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	29	8,30	28	7,84
Totale	474	135,58	484	135,46

Le cause di ricovero più comuni nel sesso femminile sono rappresentate dalle malattie del sistema osteomuscolare e connettivo, dalle malattie dell'apparato genito-urinario e dai tumori. Nel sesso maschile, invece, sono costituite dalle malattie del sistema circolatorio e dalle malattie dell'apparato digerente (tabella 11e e grafico 8).

Grafico 8 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 45-64 ANNI (anno 2002)



FASCIA DI ETA' 65 – 74 ANNI

In entrambi i sessi, e soprattutto nel sesso maschile, vi è un incremento notevole del tasso di ospedalizzazione complessivo rispetto alle fasce di età precedenti.

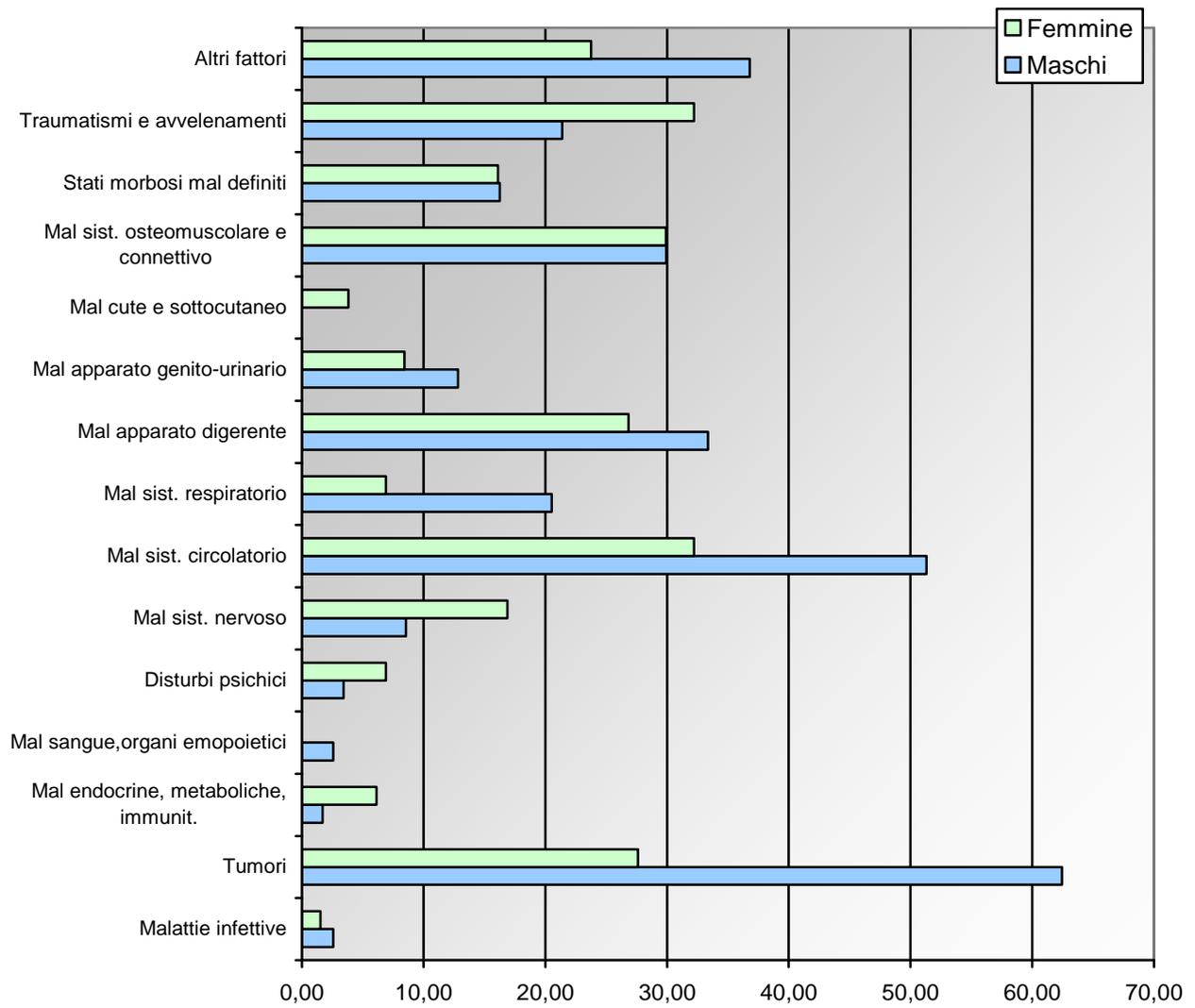
Tabella 11f - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 65-74 ANNI (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	3	2,57	2	1,53
Tumori	73	62,45	36	27,61
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	2	1,71	8	6,13
Malattie del sangue e organi emopoietici	3	2,57	0	0,00
Disturbi psichici	4	3,42	9	6,90
Malattie sistema nervoso	10	8,55	22	16,87
Malattie sistema circolatorio	60	51,33	42	32,21
Malattie sistema respiratorio	24	20,53	9	6,90
Malattie apparato digerente	39	33,36	35	26,84
Malattie apparato genito-urinario	15	12,83	11	8,44
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	0	0,00
Malattie della cute e sottocutanea	0	0,00	5	3,83
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	35	29,94	39	29,91
Malformazioni congenite	0	0,00	0	0,00
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	19	16,25	21	16,10
Traumatismi e avvelenamenti	25	21,39	42	32,21
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	43	36,78	31	23,77
Totale	355	303,68	312	239,26

Nel sesso maschile, il maggior numero di ricoveri è attribuibile ai tumori, la seconda causa di ricovero è attribuibile alle malattie del sistema circolatorio.

Nel sesso femminile le principali cause di ricovero sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio e dai traumatismi e avvelenamenti seguiti dalle malattie del sistema osteomuscolare e connettivo e dai tumori (tabella 11f e grafico 9).

Grafico 9 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 65-74 ANNI (anno 2002)



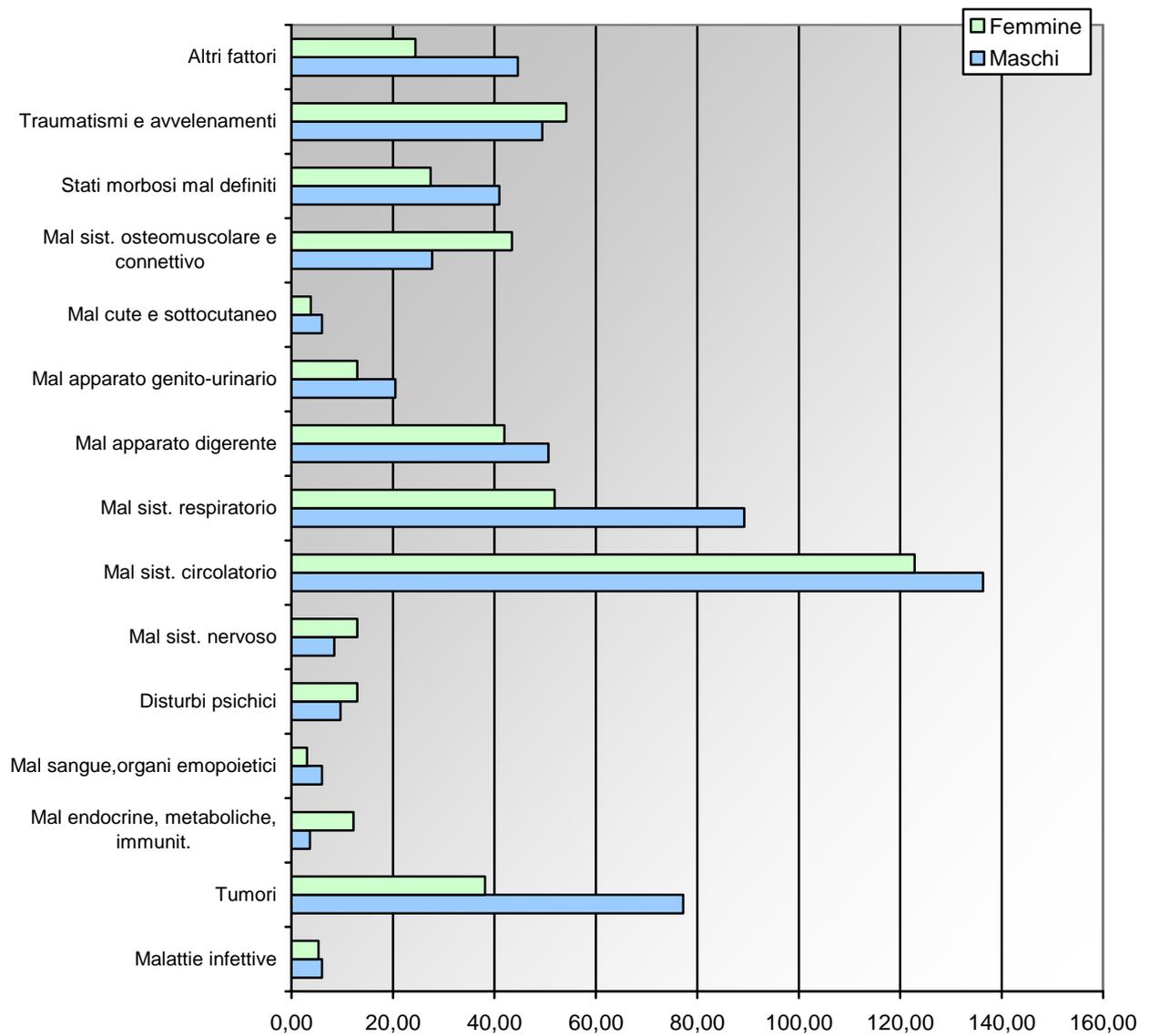
75 ANNI E PIU'

In questa fascia di età si rileva il tasso di ospedalizzazione complessivo più elevato per entrambi i sessi (467,58 x 1.000 nel sesso femminile, 576,60 x 1.000 nel sesso maschile). In entrambi i sessi la causa prevalente di ricovero è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio (*tabella 11g e grafico 10*).

Tabella 11g - Tasso di ospedalizzazione (x 1.000) per causa – FASCIA DI ETA' 75 ANNI E PIU' (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione	N.	Tasso di ospedalizzazione
Malattie infettive	5	6,03	7	5,34
Tumori	64	77,20	50	38,14
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	3	3,62	16	12,20
Malattie del sangue e organi emopoietici	5	6,03	4	3,05
Disturbi psichici	8	9,65	17	12,97
Malattie sistema nervoso	7	8,44	17	12,97
Malattie sistema circolatorio	113	136,31	161	122,81
Malattie sistema respiratorio	74	89,26	68	51,87
Malattie apparato digerente	42	50,66	55	41,95
Malattie apparato genito-urinario	17	20,51	17	12,97
Complicanze gravidanza, parto, e puerperio	-	-	0	0,00
Malattie della cute e sottocutanea	5	6,03	5	3,81
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	23	27,74	57	43,48
Malformazioni congenite	0	0,00	0	0,00
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	0	0,00	0	0,00
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	34	41,01	36	27,46
Traumatismi e avvelenamenti	41	49,46	71	54,16
Cause esterne dei traumatismi	0	0,00	0	0,00
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	37	44,63	32	24,41
Totale	478	576,60	613	467,58

Grafico 10 - Tasso di ospedalizzazione per causa (x 1.000) – FASCIA DI ETA' 75 ANNI E PIU' (2002)



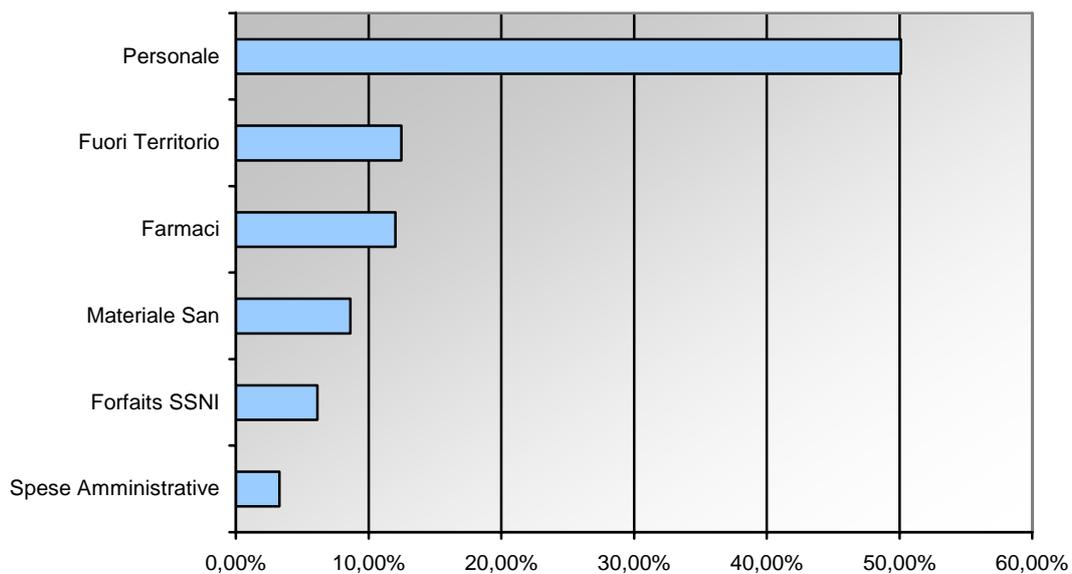
I farmaci

A San Marino la spesa per i farmaci costituisce il 12% del totale della spesa per l'assistenza sanitaria (*tabella 12 e grafico 11*).

Tabella 12 - Composizione della spesa per l'assistenza sanitaria (anno 2004)

Descrizione	Costi	%
Personale	€ 28.904.988,06	50,11%
Fuori Territorio	€ 7.191.901,98	12,47%
Farmaci	€ 6.935.928,35	12,02%
Materiale San	€ 4.978.844,24	8,63%
Forfaits SSNI	€ 3.550.000,00	6,15%
Spese Amministrative	€ 1.887.898,66	3,27%
Servizi e Consulenze	€ 875.457,74	1,52%
Acquisto beni e piccola attrezzatura	€ 767.397,45	1,33%
Affitti e Noli Passivi	€ 723.519,28	1,25%
Ammortamenti	€ 581.766,37	1,01%
Manutenzioni	€ 573.731,52	0,99%
Spese Diverse	€ 456.139,25	0,79%
Associazioni Esterne	€ 121.263,15	0,21%
Utenze	€ 100.194,88	0,17%
Trasferimenti	€ 21.633,45	0,04%
Accantonamenti	€ 15.504,72	0,03%
Rimborsi	€ 84,00	0,00%
Totale	€57.686.253,10	

Grafico 11 – Principali voci di spesa per l'assistenza sanitaria



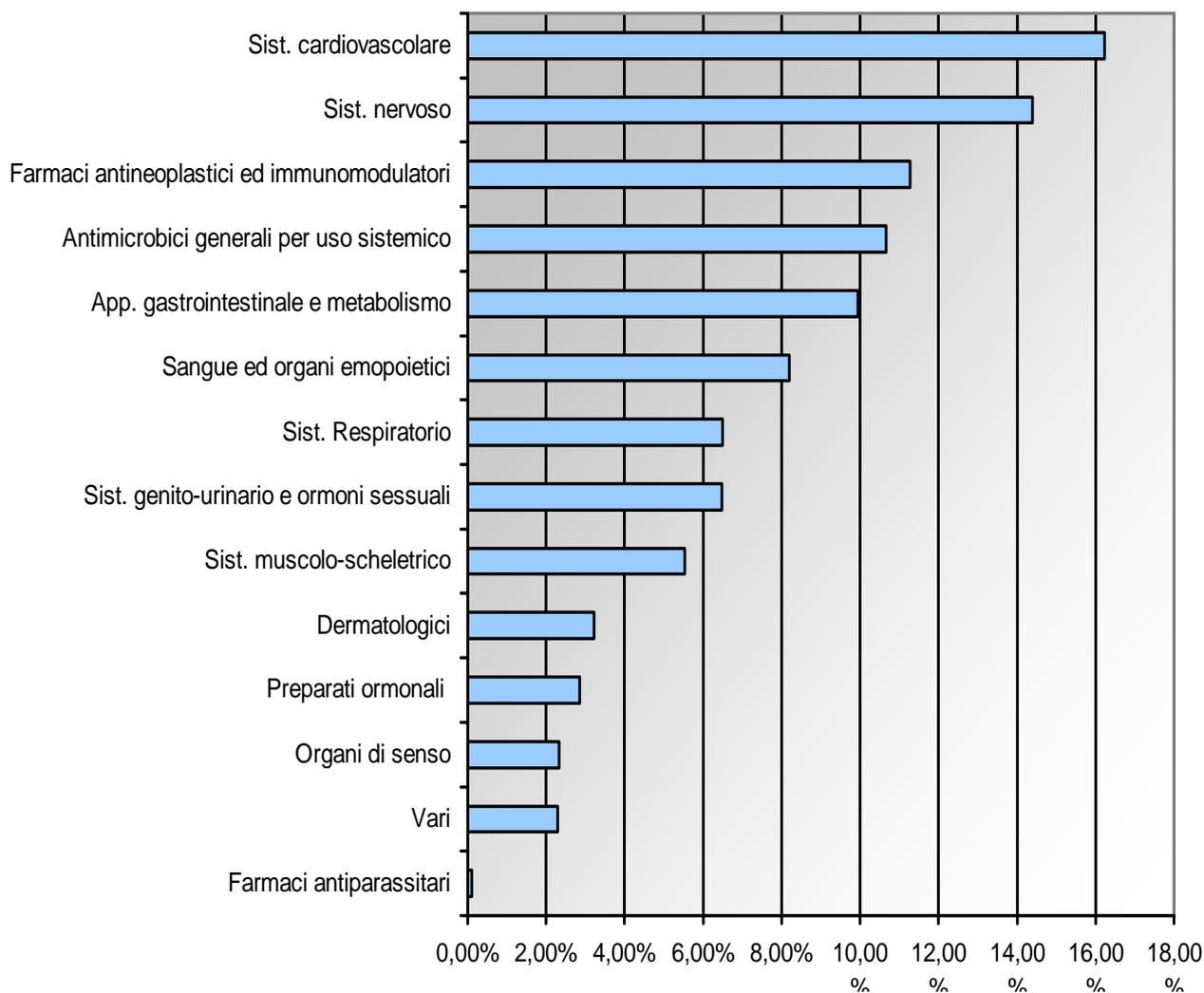
La tabella 13 e il grafico 12 mostrano la suddivisione per Gruppi Anatomici Principali della spesa per farmaci riferita agli anni 2003 e del 2004 ²⁶.

²⁶ Si tratta della Classificazione Anatomica Clinica (ATC), un metodo internazionale di classificazione dei farmaci, raccomandato dall'OMS per le statistiche sul consumo.

Tabella 13 - Spesa per farmaci suddivisa per Gruppi Anatomici Principali

GRUPPI ANATOMICI PRINCIPALI (primo livello della classificazione ATC)		2003		2004	
		Importo (in euro)	%	Importo (in euro)	%
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	757.519	11,73%	606.316	9,94%
B	Sangue ed organi emopoietici	494.876	7,66%	499.754	8,20%
C	Sistema cardiovascolare	926.631	14,35%	989.657	16,23%
D	Dermatologici	204.806	3,17%	196.215	3,22%
G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	435.961	6,75%	394.861	6,48%
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	173.491	2,69%	173.740	2,85%
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	720.941	11,17%	649.926	10,66%
L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	776.037	12,02%	687.424	11,27%
M	Sistema muscolo-scheletrico	412.124	6,38%	337.803	5,54%
N	Sistema nervoso	873.524	13,53%	877.550	14,39%
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	4.868	0,08%	6.589	0,11%
R	Sistema respiratorio	408.856	6,33%	395.702	6,49%
S	Organi di senso	135.972	2,11%	142.337	2,33%
V	Vari	131.411	2,04%	139.506	2,29%
Z	Ossigeno	-	-	-	-

Grafico 12 - Spesa per farmaci suddivisa per Gruppi Anatomici Principali (2004)



La quota maggiore di spesa è attribuibile ai farmaci per il sistema cardiovascolare (14,35% sul totale della spesa nel 2003, 16,23 nel 2004), seguita dai farmaci per il sistema nervoso (13,53% nel 2003, 14,39% nel 2004), dai farmaci antineoplastici e immunomodulatori (12,02% nel 2003, 11,27% nel 2004) e da quelli dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (11,73 nel 2003, 9,94 nel 2004).

Nel 2004, la spesa per farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo, per il sistema muscolo scheletrico e per i farmaci antineoplastici e immunomodulatori ha subito una evidente flessione rispetto al 2003.

Tabella 14 - Variazione della spesa per farmaci distintamente per gruppo ATC

GRUPPI ANATOMICI PRICIPALI		Var. % della spesa nel 2004 rispetto al 2003
A	Apparato gastrointestinale e metabolismo	-19,96
B	Sangue ed organi emopoietici	0,99
C	Sistema cardiovascolare	6,80
D	Dermatologici	-4,19
G	Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	-9,43
H	Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	0,14
J	Antimicrobici generali per uso sistemico	-9,85
L	Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	-11,42
M	Sistema muscolo-scheletrico	-18,03
N	Sistema nervoso	0,46
P	Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	35,36
R	Sistema respiratorio	-3,22
S	Organi di senso	4,68
V	Vari	6,16
Z	Ossigeno	-

AIDS²⁷

Nel quinquennio 1999-2003 si sono verificati complessivamente tre decessi per AIDS, tutti nel sesso maschile. Il tasso grezzo di mortalità attribuibile a questa causa è pari al 4,4 x 100.000 abitanti nel sesso maschile. E' importante, comunque, chiarire ed evidenziare che al contrario di quanto avviene in Italia, a San Marino è stato istituito l'obbligo di notifica sia per sieropositivi sia per pazienti affetti da AIDS e tale notifica è anonima e opportunamente criptata. Nonostante la garanzia dell'anonimato, la limitatezza del bacino determina una certa reticenza ed è probabile che i casi di AIDS siano sottostimati.

Pensioni per invalidità

A giugno 2005, il numero di soggetti residenti nella Repubblica di San Marino che percepiscono la pensione di invalidità e/o l'assegno di accompagnamento sono 1.753. Il maggior numero di pensioni vengono erogate per invalidità ordinaria (tabella 15a).

²⁷ FONTE DATI: Relazione sullo stato di salute della popolazione di San Marino (anno 2003) – Direzione sanitaria

Tabella 15a - Pensioni erogate per natura della prestazione (2 giugno 2005)

	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Invalidità ordinaria	486	73,52	650	51,22	1.136	58,86
Invalidità casalinghe	0	0,00	30	2,36	30	1,55
Assegno Accompagnamento	113	17,10	327	25,77	440	22,80
Invalido civile	22	3,33	50	3,94	72	3,73
Invalidità sociale	40	6,05	212	16,71	252	13,06
Totale	661		1.269		1.930	

Il numero di soggetti che percepiscono una pensione e/o un assegno di accompagnamento per malattia professionale o per infortunio sul lavoro sono pari a 488, con una prevalenza delle prestazioni erogate per malattie professionali (tabella 15b)

Tabella 15b - Pensioni erogate per malattia professionale o infortunio sul lavoro (2 giugno 2005)

	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	Incidenza %	N.	Incidenza %	N.	Incidenza %
Priv. Malattia Professionale	274	62,84	39	69,64	313	63,62
Priv. Infortunio sul lavoro	162	37,16	17	30,36	179	36,38
Totale	436		56		492	

Infortuni sul luogo di lavoro²⁸

Il contesto locale

Il sistema produttivo sammarinese, in analogia con il contesto economico esistente nelle regioni limitrofe, è caratterizzato dalla presenza di un elevato numero di imprese attive dalla dimensione media estremamente ridotta. In particolare, alla fine del 2003, erano presenti 4.816 imprese e il numero complessivo di addetti ammontava a 15.313. A giugno 2004 il totale delle imprese attive risulta pari a 4.986 con un'occupazione complessiva (dipendenti + indipendenti) di 15.912 addetti (a settembre 2004). Il 95% di queste imprese occupano meno di 11 dipendenti.

²⁸ FONTE DATI:

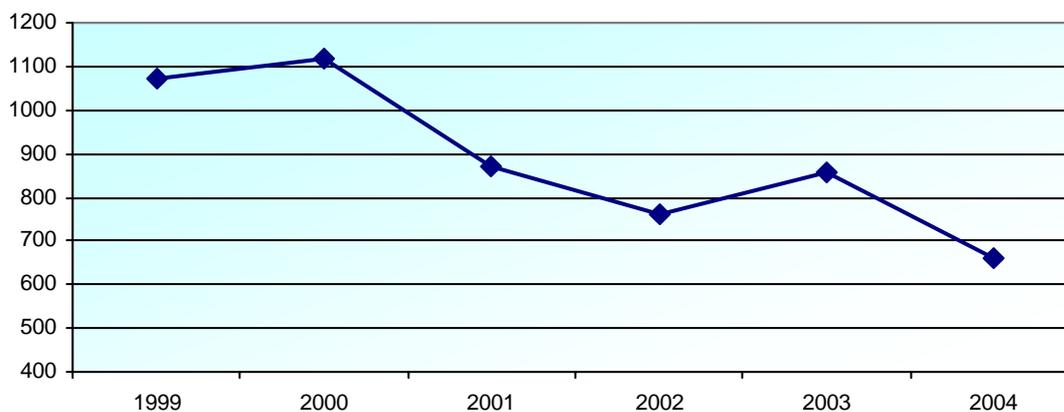
- Relazione economico-statistica 2005 - Ufficio di Programmazione Economica e Centro Elaborazione Dati e Statistica
- Relazione servizio *Igiene Ambientale* 2004

Nel 2003 sono stati registrati complessivamente 859 infortuni sul lavoro, nel 2004 questi sono risultati pari a 659, con una diminuzione rispetto all'anno precedente del 23,3%. In particolare, il numero di infortuni si è mantenuto al di sopra dei 1000 casi nel 1999 e nel 2000, mentre nel periodo 2001-2004 si registra un andamento piuttosto altalenante del numero di infortuni, con valori comunque chiaramente inferiori rispetto al 1999 e al 2000 (tabella 16 e grafico 13).

Tabella 16 – Infortuni sui luoghi di lavoro (1999-2004)

Anni	Totale infortuni	Var. % rispetto anno precedente	Var. % rispetto 1999
1999	1.074	-	-
2000	1.119	+ 4,2	+ 4,2
2001	869	- 22,3	- 19,1
2002	761	- 12,4	- 29,1
2003	859	+ 12,9	- 20,0
2004	659	- 23,3	- 38,6

Grafico 13 – Infortuni sui luoghi di lavoro (1999-2004)



Nel 2004, così come negli anni precedenti, il settore nel quale si è verificato il maggior numero di infortuni è quello delle industrie manifatturiere (39,5% del totale infortuni), seguito dal settore delle industrie delle costruzioni e installazione impianti (9,7%), del commercio (6,5%) e dei servizi (6,4%). E' importante notare come, in riferimento al quinquennio 1999 – 2004, risultano in diminuzione gli infortuni sul lavoro accaduti nei settori delle Costruzioni e Impianti e nel Commercio, evidenziando l'efficacia delle norme a tutela della sicurezza sul lavoro. Non si deve

tralasciare, comunque che per una quota consistente degli infortuni non si conosce il settore nel quale questi si sono verificati. (tabella 17 e grafico 14)

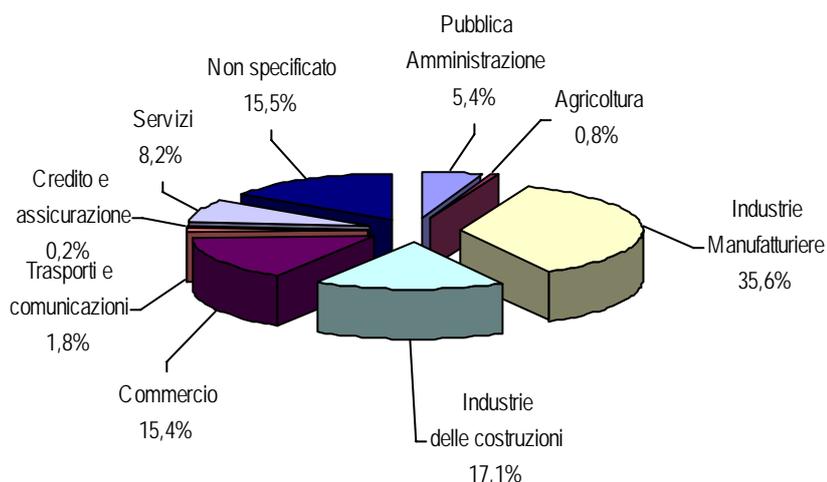
Tabella 17 – Infortuni sui luoghi di lavoro per ramo di attività (1999-2004)

Settore	1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	N. casi	Peso %	N. casi	Peso %	N. casi	Peso %	N. casi	Peso %	N. casi	Peso %	N. casi	Peso %
Pubblica Amministrazione	58	5,4	43	3,8	42	4,8	49	6,4	54	6,3	39	5,9
Agricoltura	9	0,8	8	0,7	4	0,5	6	0,8	7	0,8	0	0,0
Industrie Manifatturiere	382	35,6	439	39,2	311	35,8	343	45,1	310	36,1	260	39,5
Industrie delle costruzioni e installaz. impianti*	184	17,1	169	15,1	124	14,3	119	15,6	84	9,8	64	9,7
Commercio	165	15,4	149	13,3	132	15,2	134	17,6	105	12,2	43	6,5
Trasporti e comunicazioni	19	1,8	8	0,7	9	1,0	7	0,9	4	0,5	3	0,5
Credito e assicurazione	2	0,2	5	0,4	10	1,2	9	1,2	1	0,1	2	0,3
Servizi	88	8,2	106	9,5	84	9,7	47	6,2	75	8,7	42	6,4
Non specificato	167	15,5	192	17,2	153	17,6	47	6,2	219	25,5	206	31,3
TOTALE	1.074		1.119		869		761		859		659	

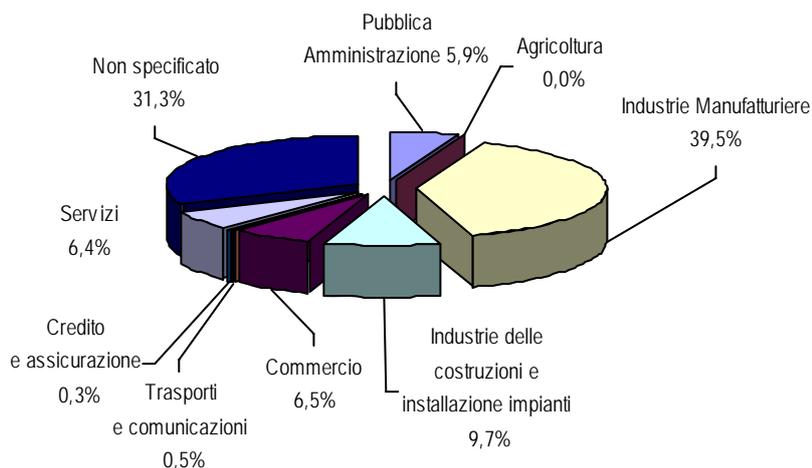
* compresi cantieri di stato

Grafico 14 – Infortuni sui luoghi di lavoro per ramo di attività

1999



2004



Se consideriamo l'indice di incidenza degli infortuni costituito dal rapporto tra il numero di infortuni e il numero complessivo di addetti per cento, si può notare come questo indicatore abbia assunto negli ultimi anni valori chiaramente più bassi rispetto agli anni 1999 e 2000 riconfermando quanto già esposto in precedenza. (tabella 18).

Tabella 18 –Infortuni ed Indice di incidenza (1999-2003)

Anni	N. infortuni	N. addetti	Indice di incidenza
1999	1.074	15.430	6,96%
2000	1.119	15.874	7,05%
2001	869	16.884	5,15%
2002	761	16.992	4,48%
2003	859	17.118	5,02%

Inoltre, l'indice di incidenza consente di fare una sorta di graduatoria dei lavoratori più esposti a rischio infortunistico. Dalla *tabella 19*, infatti, si evince che i lavoratori più a rischio sono quelli del settore agricolo seguiti dal settore industria delle costruzioni (anno 2003).

Tabella 19 - Tasso di incidenza (1999-2003)

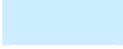
Settore	1999	2000	2001	2002	2003
Pubblica Amministrazione	1,4	1,0	1,0	1,2	1,3
Agricoltura	33,3	33,3	16,7	23,1	26,9
Industrie Manifatturiere	6,8	7,7	5,2	5,8	5,1
Industrie costruzioni, inst. e impianti	14,4	13,3	9,2	8,9	6,1
Commercio	7,7	6,7	5,4	5,3	4,2
Trasporti e comunicazioni	6,3	2,4	2,5	1,9	1,0
Credito e assicurazione	0,4	0,9	1,6	1,4	0,1
Servizi	6,8	7,3	4,8	2,4	3,6

Considerando il quinquennio 1999-2003, si può notare che la fascia di età con il maggior numero di infortunati risulta essere quella che va dai 36 ai 40 anni (*tabella 20*).

Tabella 20 – Infortuni sui luoghi di lavoro per fascia d'età

Età	Anni				
	1999	2000	2001	2002	2003
Fino ai 18 anni	1	4	8	5	13
19-20 anni	15	11	13	14	12
21-25 anni	59	89	72	61	53
26-30 anni	164	159	127	107	103
31-35 anni	168	188	155	163	151
36-40 anni	182	193	139	105	141
41-45 anni	125	126	121	95	114
46-50 anni	115	124	79	76	99
51-55 anni	105	99	73	68	91
56-60 anni	90	96	61	48	60
Oltre 61 anni	49	27	17	14	22
Non specificato	-	-	-	5	-

 Fascia Dominante

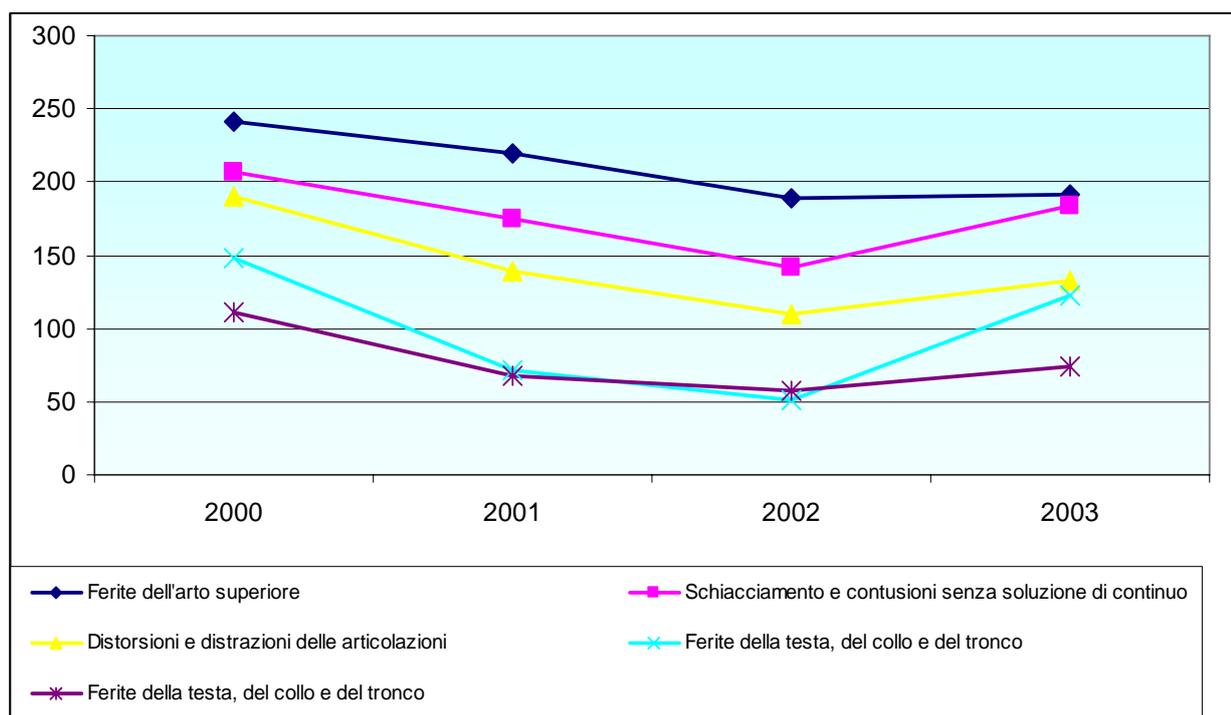
 Fascia Semi - Dominante

Per quanto riguarda la natura delle lesioni (*tabella 21*), nel corso del 2003, non si registrano evidenti differenze rispetto agli anni passati: gli infortuni più frequenti sono quelli che determinano ferite dell'arto superiore (22,2%); questi sono seguiti dagli infortuni che comportano schiacciamenti e contusioni (21,4%) e quelli che determinano distorsioni e distrazioni delle articolazioni e dei muscoli (15,5%).

Tabella 21 – Infortuni sui luoghi di lavoro per la natura delle lesioni (2000 – 2003)

Natura delle lesioni	2000		2001		2002		2003	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Fratture del cranio, del collo, del tronco	24	2,1	35	4,0	17	2,2	20	2,3
Fratture degli arti superiori	53	4,7	49	5,6	42	5,5	38	4,4
Fratture degli arti inferiori	27	2,4	21	2,4	19	2,5	18	2,1
Lussazioni	5	0,4	2	0,2	6	0,8	5	0,6
<i>Distorsioni e distrazioni delle articolazioni</i>	190	17,0	139	16,0	110	14,5	133	15,5
Traumatismi intra cranici, esclusi quelli associati a fratture del cranio	5	0,4	4	0,5	6	0,8	1	0,1
Traumatismi interni del torace, dell'addome e del bacino	0	0,0	2	0,2	3	0,4	0	0,0
Ferite della testa, del collo e del tronco	111	9,9	68	7,8	57	7,5	74	8,6
<i>Ferite dell'arto superiore</i>	241	21,5	219	25,2	189	24,8	191	22,2
Ferite dell'arto inferiore	33	2,9	24	2,8	27	3,5	20	2,3
Traumatismi superficiali	5	0,4	21	2,4	63	8,3	22	2,6
<i>Schiacciamento e contusioni senza soluzione di continuo</i>	207	18,5	175	20,1	142	18,7	184	21,4
Effetti da corpo estraneo penetrato attraverso orificio naturale	148	13,2	72	8,3	51	6,7	123	14,3
Ustioni	42	3,8	20	2,3	19	2,5	17	2,0
Effetti tossici di sostanze di origine principalmente medicamentosa	14	1,3	12	1,4	2	0,3	9	1,0
Altri e non specificati effetti da cause esterne e complicazioni di cure mediche	9	0,8	4	0,5	8	1,1	3	0,3
Non specificato	5	0,4	2	0,2	0	0,0	1	0,1
TOTALE	1.119		869		761		859	

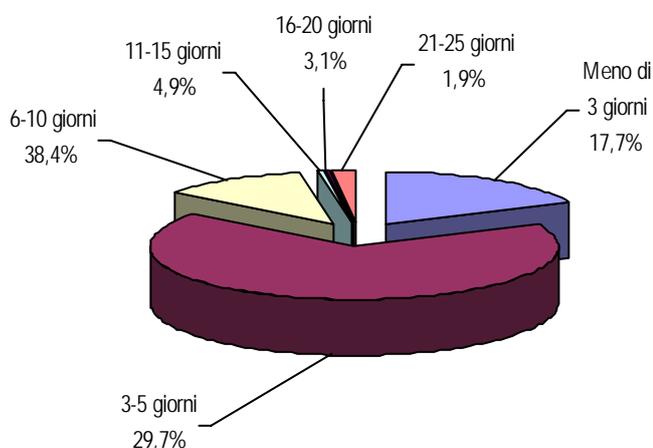
Grafico 15 – Andamento delle prime cinque lesioni per natura causate da infortunio sul lavoro nel periodo 2000-2003



Nel 2003 la quasi totalità degli infortuni ha comportato al massimo 10 giorni di prognosi (grafico 16); in particolare:

- gli infortuni con prognosi inferiore a tre giorni rappresentano il 17,7% (9,5% nel 2002),
- quelli con prognosi compresa tra 3/5 giorni sono pari al 29,7% (27,2% nel 2002),
- quelli con prognosi compresa tra 6/10 giorni sono il 38,4% (44% nel 2002)

Grafico 16 – Infortuni sui luoghi di lavoro per giornate di prognosi (anno 2003)



Malattie Professionali

Nel 2004 sono stati comunicati dai medici del lavoro aziendali 39 casi di sospetti stati morbosi correlati all'attività lavorativa (malattie professionali tabellate ai sensi del D.R. n. 1/95, patologie correlate al lavoro, ecc). I lavoratori sono stati sottoposti a visita specialistica di Medicina del Lavoro e ad accertamenti di II° livello (esame audiometrico completo, elettromiografia, ecografie, ecc). A seguito di tali accertamenti in 10 casi è stata sollecitata la denuncia di Malattia Professionale alla Commissione degli Accertamenti Sanitari Individuali e sono state avviate le inchieste specifiche ai fini del riconoscimento della malattia professionale per eventuale pensione privilegiata.

Sono, inoltre, stati segnalati dal datore di lavoro 82 casi di lavoratori esposti a livello di esposizione personale a rumore pari o superiore a 85 dB (A).

Gli incidenti stradali

Nel 2004 gli incidenti stradali, registrati dal Posto di Polizia dell'Ospedale di Stato e per i quali è stato emesso un referto medico dal Pronto Soccorso, sono stati 624.

Gli incidenti accaduti nel territorio sammarinese hanno la seguente distribuzione per castello (*tabella 22*)

Tabella 22

Castello	Numero incidenti	Superficie castello (Km²)	Densità abitativa (ab/km²)
Serravalle	151	10,53	896,0
Borgo Maggiore	142	9,01	669,9
Città (S.Marino)	45	7,09	632,4
Acquaviva	31	4,86	347,1
Domagnano	30	6,62	415,9
Faetano	26	7,75	139,5
Fiorentino	17	6,57	327,1
Chiesanuova	5	5,46	182,2
Montegiardino	3	3,31	242,6
TOTALE	450	61,2	480,8

A questi incidenti vanno aggiunti 145 incidenti avvenuti in Italia e 29 incidenti da accertare.

Dei 379 referti di laboratorio relativi al 2004, 334 sono risultati negativi, 45 positivi.

La tabella che segue descrive in dettaglio gli esiti di questi referti.

Tabella 23

	N.	%
Alcolemia	14	3,7%
Rifiuti di sottoporsi ai prelievi	11	2,9%
Cannabinoidi	7	1,8%
Benzodiazepine	7	1,8%
Positivi a più analisi	4	1,1%
Cocaina	1	0,3%
Oppiacei	1	0,3%
Negativi	334	88,1%
Totale	379	100,0%

Le principali lesioni delle persone infortunate per incidente stradale nell'anno 2004 sono:

Tabella 24

Descrizione	N°
Distorsione e distrazione del collo	250
Contusione del cuoio capelluto e del collo	53
Distorsione e distrazione di altre e non specificate parti del dorso	21
Contusione del ginocchio e della gamba	18
Ferite della faccia senza menzione di complicazioni	18

Il numero di morti per incidenti stradali nel periodo 1999-2003 è sintetizzato nella tabella che segue:

Tabella 25

<i>Incidenti stradali</i>	Maschi	Femmine
- scontro di due veicoli a motore	6	2
- scontro di veicolo a motore con altro veicolo	1	0
- scontro di veicolo a motore con pedone	1	4
- altri scontri da veicolo a motore	1	0
- incidente dovuto a perdita di controllo del veicolo	4	0
Totale	13	6

La mortalità

In sintesi:

- **La mortalità è sensibilmente inferiore a quanto registrato in Italia.**
- **La principale causa di morte per il sesso maschile è rappresentata dai tumori (43,2%), mentre per il sesso femminile dalle malattie all'apparato cardio-circolatorio (42,9%).**
- **I tumori sono la prima causa di morte nella fascia di età 15-64 anni in entrambi i sessi**
- **La principale causa di morte sotto i 40 anni di età è rappresentata dai traumatismi..**

Nel corso dell'anno 2003, a San Marino, si sono verificati complessivamente 216 decessi, di cui 105 nel sesso femminile, 111 in quello maschile.

Il *tasso grezzo di mortalità generale* risulta essere pari a 738,7 per 100.000 abitanti²⁹.

Nel sesso maschile la mortalità è superiore rispetto al sesso femminile; infatti, il *tasso grezzo di mortalità generale specifico per sesso*³⁰ è pari a 774,2 nei maschi e 704,2 nelle femmine.

Le principali cause di morte³¹

Le principali cause di morte³² della popolazione sammarinese, nel 2003, sono rappresentate nel sesso maschile (*tabella 1a*) dai tumori (43,2%) e dalle malattie all'apparato cardio-circolatorio (32,4%). Nel sesso femminile la causa di morte che presenta una maggiore frequenza è costituita dalle malattie all'apparato cardio-circolatorio (42,9%), mentre i tumori maligni (29,5%) rappresentano la seconda causa di morte (*tabella 1b*).

²⁹ *TASSO GREZZO DI MORTALITA' GENERALE*: numero di decessi totale avvenuti nell'anno indipendentemente dalla causa / popolazione residente nell'anno di riferimento x 100.000

³⁰ *TASSO DI MORTALITA' SPECIFICO PER SESSO*: numero di decessi totali avvenuti nell'anno di riferimento in uno dei due sessi / popolazione residente totale dello stesso sesso nell'anno di riferimento x 100.000

³¹ *FONTE DATI*: Bollettino statistico – 4° trimestre 2003

³² Per valutare le principali cause di morte si è fatto ricorso alla *MORTALITA' PROPORZIONALE*, cioè la percentuale di morti per una certa causa rispetto al numero totale di morti nell'anno di riferimento.

Tabella 1a - Principali cause di morte della popolazione maschile (anno 2003)

Cause di morte	N. decessi	% sul totale dei decessi
Tumori maligni	48	43,2%
Malattie apparato-cardiocircolatorio	36	32,4%
Altre cause	9	8,1%
Malattie maldefinite	7	6,3%
Traumatismi e avvelenamenti	6	5,4%
Malattie apparato respiratorio	2	1,8%
Malattie croniche del fegato e cirrosi	2	1,8%
Altre cause di mortalità perinatale	1	0,9%
Malformazioni congenite	0	0,0%

Tabella 1b - Principali cause di morte della popolazione femminile (anno 2003)

Cause di morte	N. decessi	% sul totale dei decessi
<i>Malattie apparato-cardiocircolatorio</i>	45	42,9%
<i>Tumori maligni</i>	31	29,5%
Malattie maldefinite	13	12,4%
Altre cause	9	8,6%
Malattie apparato respiratorio	4	3,8%
Traumatismi e avvelenamenti	2	1,9%
Malformazioni congenite	1	1,0%
Malattie croniche del fegato e cirrosi	0	0,0%
Altre cause di mortalità perinatale	0	0,0%

Se consideriamo il periodo 1999-2003³³, in questo arco di tempo si sono verificati complessivamente 989 decessi, di cui 531 nel sesso maschile e 458 nel sesso femminile. Il *tasso grezzo di mortalità generale* nel quinquennio 1999-2003 è pari a 707,8 per 100.000 abitanti³⁴. Il *tasso grezzo di mortalità generale specifico per sesso* ammonta a 776,4 nei maschi e 642 nelle femmine.

³³ *FONTE DATI*: Relazione sullo stato di salute della popolazione della Repubblica di San Marino (anno 2003) – Direzione sanitaria

³⁴ Il tasso così calcolato costituisce il tasso medio annuo per il quinquennio 1999-2003.

Tabella 2a - Principali cause di morte della popolazione maschile (1999-2003)

Cause di morte	Numero decessi	% sul totale dei decessi
Neoplasie	224	42,18%
Apparato cardiocircolatorio	202	38,04%
Traumatismi e avvelenamenti	31	5,83%
Malattie maldefinite	25	4,70%
Apparato Respiratorio	20	3,76%
Apparato digerente	8	1,50%
Malformazioni Congenite	4	0,75%
Malattie infettive	3	0,56%
Sistema nervoso	3	0,56%
Malattie metaboliche	3	0,56%
Disturbi psichici	2	0,37%
Apparato genito-urinario	2	0,37%
Altro	4	0,75%
Totale	531	

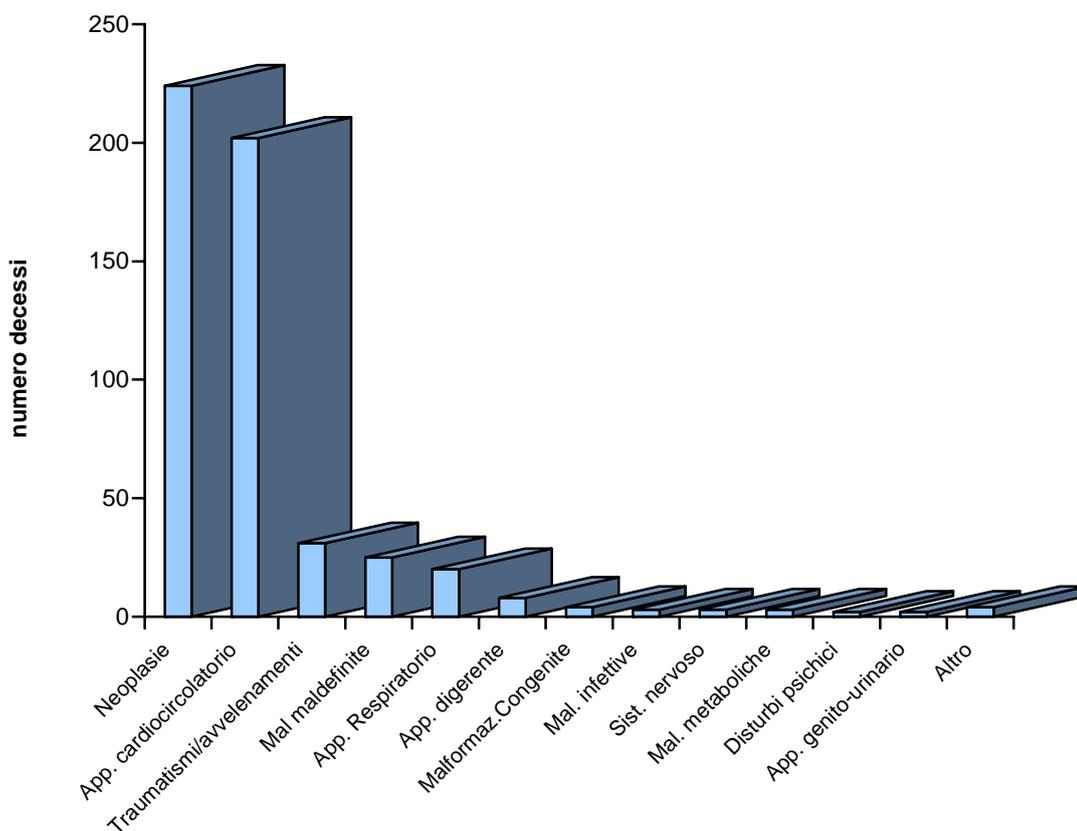
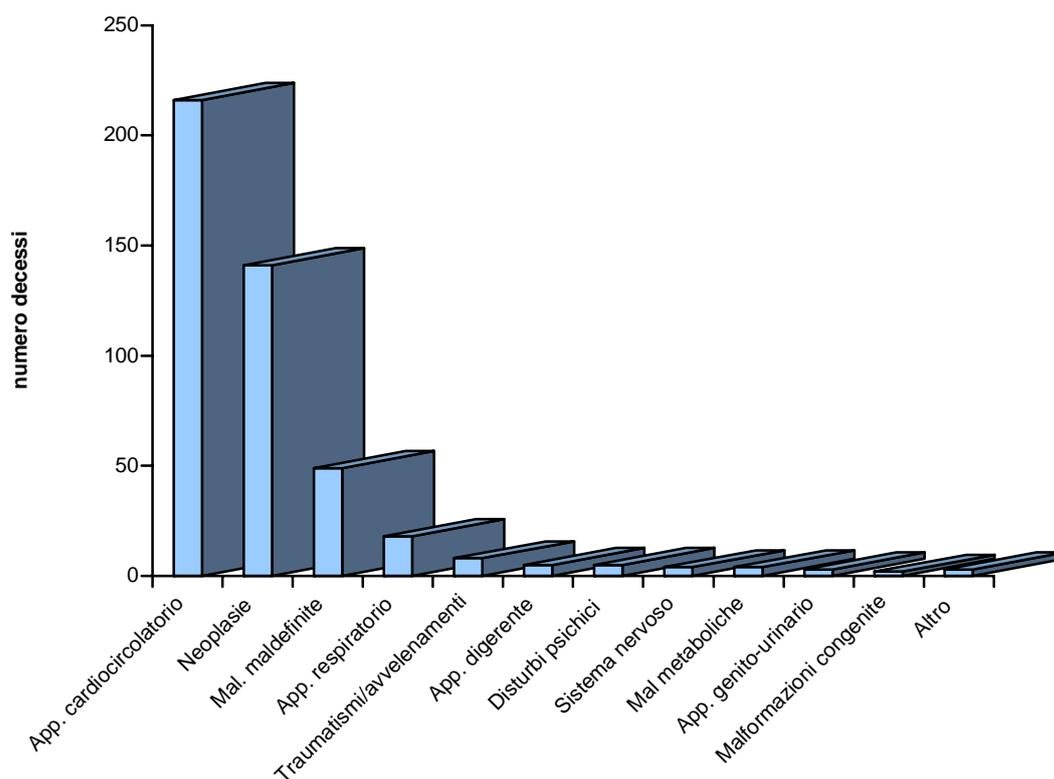


Tabella 2b - Principali cause di morte della popolazione femminile (anno 1999-2003)

Cause di morte	Numero decessi	% sul totale dei decessi
Apparato cardiocircolatorio	216	47,16%
Neoplasie	141	30,78%
Malattie maldefinite	49	10,69%
Apparato respiratorio	18	3,93%
Traumatismi e avvelenamenti	8	1,74%
Apparato digerente	5	1,09%
Disturbi psichici	5	1,09%
Sistema nervoso	4	0,87%
Malattie metaboliche	4	0,87%
Apparato genito-urinario	3	0,65%
Malformazioni congenite	2	0,43%
Altro	3	0,65%
Totale decessi	458	



Il tasso di mortalità nel quinquennio 1999-2003 standardizzato con il metodo della popolazione tipo (assumendo come popolazione tipo la popolazione italiana risultante dal censimento del 1991) è pari a 695,83 x 100.000 abitanti nel sesso maschile e a 601,1 x 100.000 abitanti nel sesso femminile.

Il tasso di mortalità standardizzato sulla popolazione della Provincia di Rimini (anno 2000), ammonterebbe a 808,82 nella Repubblica di San Marino³⁵ mentre nella Provincia di Rimini è pari a 919,56 x 100.000³⁶. La mortalità sarebbe, quindi, nel complesso, inferiore dell' 11,9% (-8,5% nel sesso maschile, -16,7% nel sesso femminile) nella Repubblica di San Marino (tabella 3).

Tabella 3 – Tasso di mortalità standardizzato (pop. tipo: pop. Provincia di Rimini – anno 2000)

Tasso di mortalità standardizzato	Maschi	Femmine	Totale
Provincia di Rimini	939,43	898,79	917,56
Repubblica di San Marino	859,48	748,44	808,82
Repubblica di San Marino/Provincia di Rimini (x 100)	91,5	83,3	88,1

Quasi il 90% dei decessi nel sesso femminile e l'80% dei decessi nel sesso maschile hanno interessato la popolazione anziana (65 anni e più), in particolare le persone con più di 75 anni di età. Nelle fasce di età più giovani, la prevalenza dei decessi ha riguardato prevalentemente le persone di sesso maschile (tabella 4 e 5).

Tabella 4 – Decessi per fasce di età (1999-2003)

	Maschi		Femmine	
	N.	%	N.	%
0 anni	4	0,8%	2	0,4%
1-15 anni	1	0,2%	0	0,0%
16-64 anni	102	19,2%	54	11,8%
65 anni e più	424	79,8%	402	87,8%
Totale	531		458	

³⁵ Tasso di mortalità relativo al quinquennio 1999-2003 standardizzato con il metodo della popolazione tipo.

³⁶ In questo caso il tasso di mortalità standardizzato per la Provincia di Rimini coincide con il tasso non standardizzato.

Tabella 5– Decessi per fasce di età (1999-2003)

	Maschi		Femmine	
	N.	%	N.	%
0 anni	4	0,75%	2	0,44%
1-29 anni	14	2,63%	2	0,43%
30-44 anni	12	2,26%	10	0,21%
45-64 anni	77	14,51%	42	9,17%
65-74 anni	123	23,17%	65	14,20%
>=75	301	56,67%	337	73,59%
Totale	531		458	

In entrambi i sessi, i decessi nei neonati sono legati esclusivamente a cause congenite. Nel sesso maschile, la principale causa di morte nella fascia di età 16-64 anni è rappresentata dalle neoplasie, seguita dai traumatismi/avvelenamenti. I decessi per traumatismi/avvelenamenti si concentrano principalmente nelle età giovani: da notare come il 40% dei decessi per traumatismi si sia verificato in età inferiore ai 40 anni. Nella persone di sesso maschile con 75 anni e più, neoplasie e malattie cardio-circolatorie costituiscono le principali cause di morte.

Anche nelle femmine la prima causa di morte nella fascia di età 16-64 anni è rappresentata dalle neoplasie. Nella persone anziane, invece, sono le malattie cardio-circolatorie a determinare il maggior numero di decessi, seguite sempre dalle neoplasie (tabella 6 e grafico 1 e 2).

Tabella 6 – Principali cause di decesso per fasce di età (1999-2003)

	0 anni		1-15 anni		16-64 anni		65 anni e più	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Cause congenite	4	2	0	0	0	0	0	0
Neoplasie	0	0	0	0	52	34	172	107
Malattie cardio-vascolari	0	0	0	0	19	11	183	205
Cause traumatiche	0	0	1	0	22	4	8	4
Malattie infettive	0	0	0	0	3	0	0	0
Malattie respiratorie	0	0	0	0	0	0	19	18
Sintomi e segni mal definiti	0	0	0	0	0	0	16	41

Grafico 1 – Principali cause di decesso nel sesso maschile per classi di età (1999-2003)

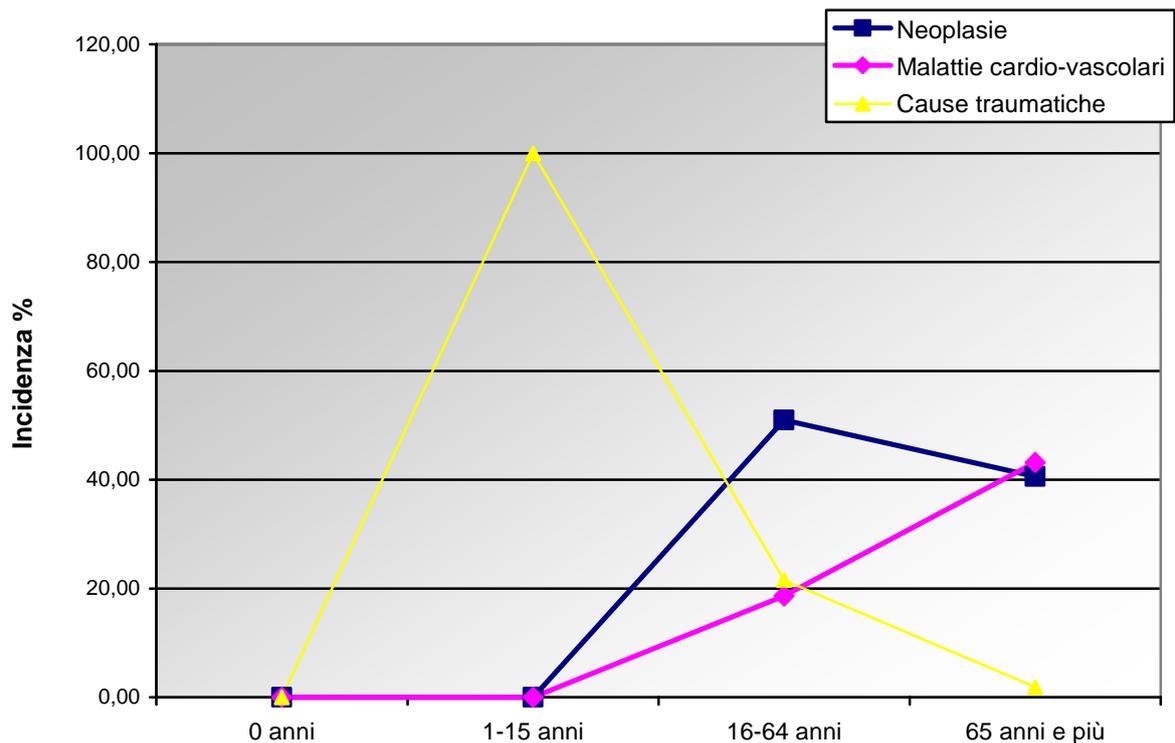
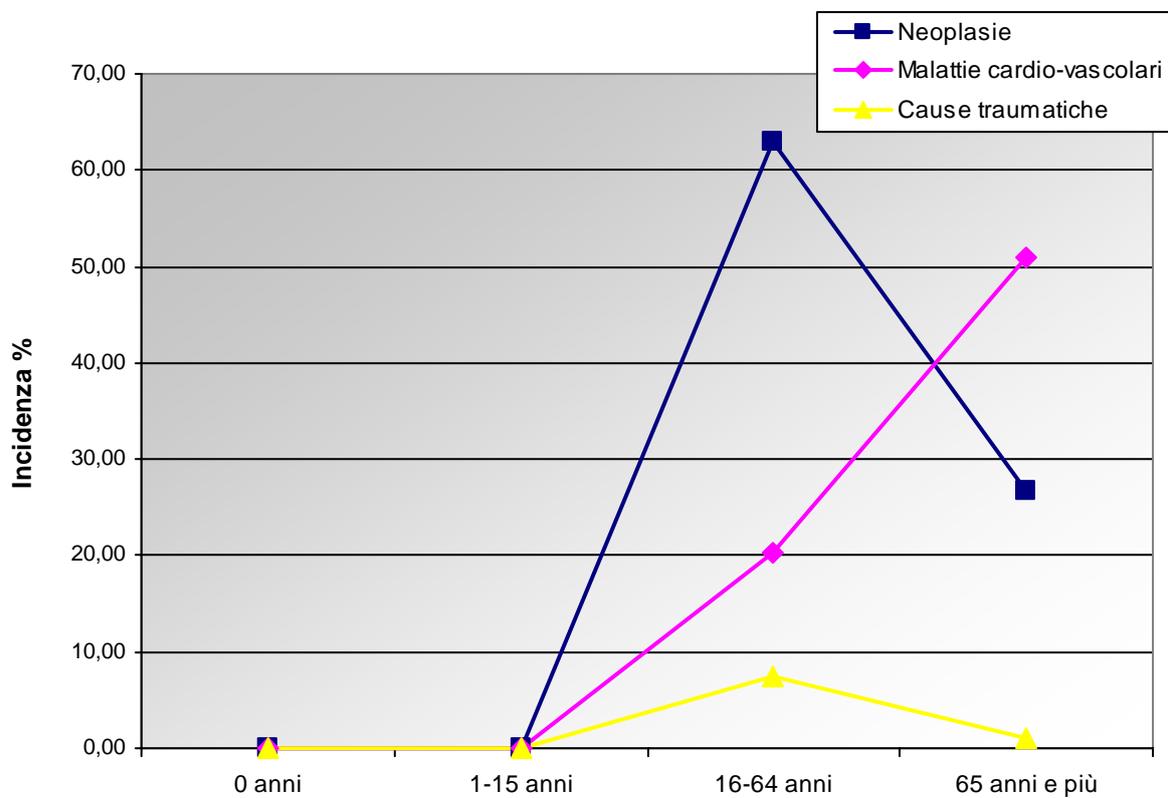


Grafico 2 – Principali cause di decesso nel sesso femminile per classi di età (1999-2003)



La mortalità per tumori

Nel quinquennio 1999–2003 il numero di soggetti residenti nella Repubblica di San Marino deceduti a causa di tumori sono complessivamente 365, di cui 141 femmine e 224 maschi. I tumori costituiscono la principale causa di morte nel sesso maschile (il 42,18% dei decessi negli uomini è stata causata da tumori) e la seconda causa di morte nelle donne (per il sesso femminile i tumori hanno provocato il 30,78% dei decessi). Il tasso grezzo di mortalità attribuibile a tumori maligni è di 327,5 su 100.000 abitanti nel sesso maschile³⁷, 197,66 su 100.000 abitanti nel sesso femminile.

Tabella 7 – Decessi per tumori per classe di età (1999-2003)

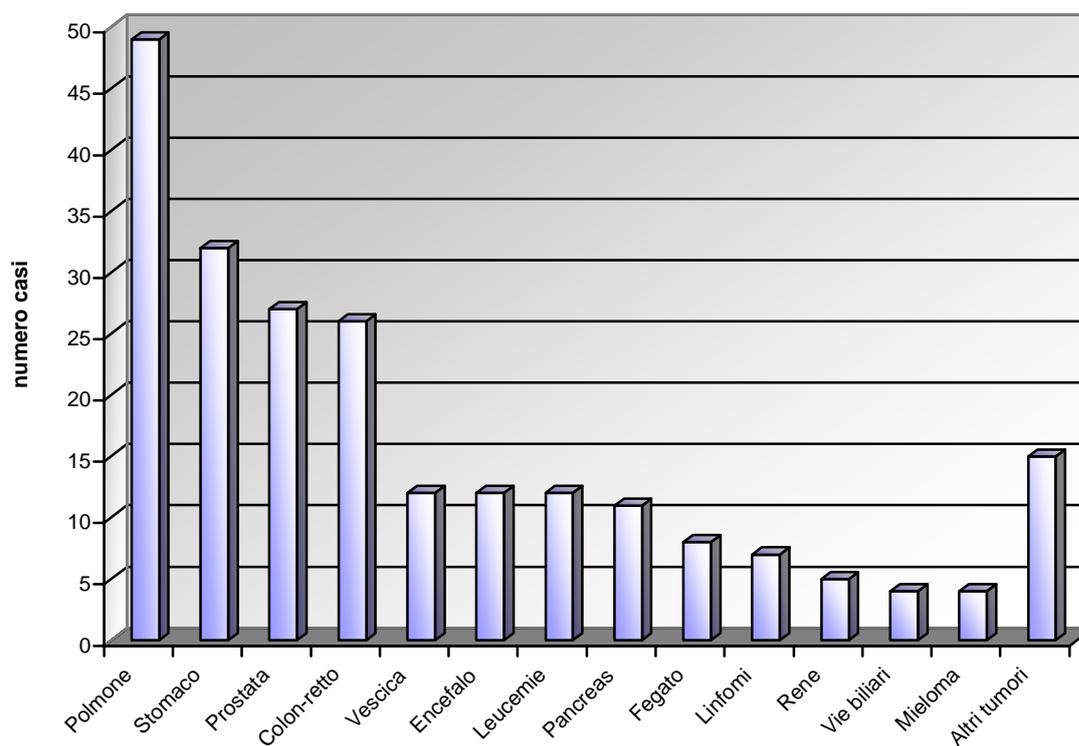
	Maschi		Femmine	
	N.	%	N.	%
0 anni	0	0,0%	0	0,0%
1-15 anni	0	0,0%	0	0,0%
16-64 anni	52	23,3%	34	24,1%
65 anni e più	172	76,8%	107	75,9%
Totale	224		141	

Se consideriamo la distribuzione dei principali tumori maligni nei due sessi (*tabelle 8a e 8b*), si può notare che nel sesso maschile la mortalità per tumore al polmone è al primo posto (21,9%), seguita da quella per il tumore allo stomaco (14,3%), alla prostata (12,1%) e al colon-retto (11,6%); nel sesso femminile, invece, la principale causa di morte nell'ambito dei tumori maligni è rappresentata dal tumore alla mammella (19,1%), seguito dal tumore allo stomaco, al polmone (11,3%) e al colon retto (10,6%).

³⁷ Numero di decessi per tumore relativi al sesso maschile nel periodo di riferimento (quinquennio 1999-2003) / popolazione maschile totale nel quinquennio 1999-2003 x 100.000

Tabella 8a - Mortalità proporzionale per i principali tumori – sesso maschile³⁸

Sede del tumore	Numero casi	% sul totale dei decessi per tumore
Polmone	49	21,9%
Stomaco	32	14,3%
Prostata	27	12,1%
Colon-retto	26	11,6%
Vescica	12	5,3%
Encefalo	12	5,3%
Leucemie	12	5,3%
Pancreas	11	4,9%
Fegato	8	3,6%
Linfomi	7	3,1%
Rene	5	2,2%
Vie biliari	4	1,8%
Mieloma	4	1,8%
Altri tumori	15	6,7%



³⁸ Numero di decessi per un particolare tipo di tumore (ad esempio tumore al polmone) / numero di morti totale per tumore

Tabella 8b - Mortalità proporzionale per i principali tumori – sesso femminile

Sede del tumore	Numero casi	% sul totale dei decessi per tumore
Mammella	27	19,1%
Stomaco	16	11,3%
Polmone	16	11,3%
Colon-retto	15	10,6%
Encefalo	13	9,2%
Linfomi	11	7,8%
Pancreas	10	7,1%
Ovaio	4	2,8%
Vescica	4	2,8%
Mieloma	3	2,1%
Leucemie	3	2,1%
Collo utero	1	0,7%
Corpo utero	1	0,7%
Altri tumori	17	12,1%

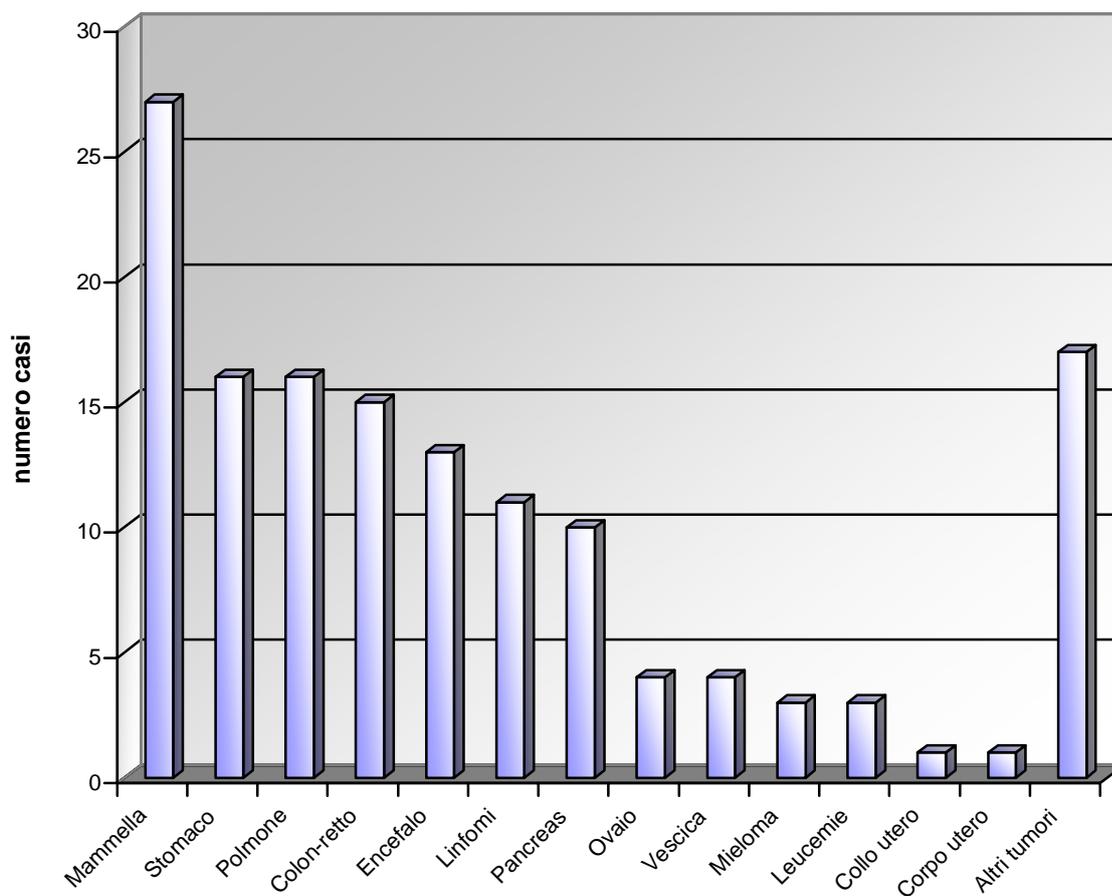


Tabella 9 – Tassi grezzi di mortalità per i principali tumori (1999-2003)

Maschi		Femmine	
Sede del Tumore	Tasso grezzo di mortalità (x 100.000 abitanti)	Sede del Tumore	Tasso grezzo di mortalità (x 100.000 abitanti)
Polmone	71,6	Mammella	37,8
Stomaco	46,8	Stomaco	22,4
Prostata	39,5	Polmone	22,4
Colon-retto	38,0	Colon-retto	21,0

Il tasso di mortalità per tumore standardizzato sulla base della popolazione italiana del 1991 relativo al quinquennio 1999-2003 ammonta a 295,23 x 100.000 abitanti nel sesso maschile e a 177,06 x 100.000 nel sesso femminile.

Nella Provincia di Rimini (anno 2000), il valore di questo tasso, è leggermente più basso nel sesso maschile (289,19 x 100.000); nelle femmine assume, invece, valori più elevati (244,74 x 100.000).

Mortalità per malattie apparato cardio-circolatorio

Nel periodo 1999–2003, le malattie cardio-circolatorio hanno rappresentato la principale causa di morte nella popolazione femminile (il 47,16% dei decessi) e la seconda causa di decesso nel sesso maschile (il 38,04% dei decessi).

Il tasso grezzo di mortalità attribuibile a malattie cardio-vascolari è stato di 295,3 su 100.000 abitanti nel sesso maschile e di 302,8 su 100.000 abitanti nel sesso femminile.

La quasi totalità dei decessi attribuibili a malattie all'apparato cardio-vascolare in entrambi i sessi riguardano quasi esclusivamente le persone di 65 anni e più. In particolare, nel sesso femminile il 95% dei decessi dovuti a malattie cardio-vascolari è avvenuto in età superiore ai 65 anni, il 73% si è verificato in età superiore agli 80. Nel sesso maschile il 90,6% dei decessi si è manifestato in età superiore ai 65 anni ma non bisogna trascurare la quota di persone decedute per tale motivo nella fascia di età 16-64 anni (9,5%) (tabella 10).

Tabella 10 – Decessi per malattie cardio-vascolari per classe di età (1999-2003)

	Maschi		Femmine	
	N.	%	N.	%
0 anni	0	0,0%	0	0,0%
1-15 anni	0	0,0%	0	0,0%
16-64 anni	19	9,5%	11	5,1%
65 anni e più	183	90,6%	205	94,9%
Totale	202		216	

In entrambi i sessi la principale causa di morte per malattie cardio-circolatorie nel periodo 1999-2003 sono attribuibili ad arresto cardiaco (dimostrando in ogni caso la difficoltà dei medici di attribuire con chiarezza la causa del decesso).

La seconda causa di morte sia per uomini che per donne è rappresentata dai disturbi circolatori dell'encefalo (25,9% dei decessi per malattie cardio-vascolari nelle femmine e 21,3% nei maschi), seguiti dai disturbi del ritmo che sono causa del 12% dei decessi nelle femmine e dall'11,4% nei maschi (tabella 11 e tabelle 12a e 12b).

Tabella 11 – Tassi grezzi di mortalità per le principali cause di morte per malattie cardio-vascolari (x 100.000 abitanti)

<i>Causa di morte</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>
Arresto cardiaco n.s.	98,0	93,9
Disturbi circolatori dell'encefalo	62,9	78,5
Disturbi del ritmo non specificati	33,6	36,4
Insufficienza cardiaca	20,5	32,2
Altre malattie ischemiche del cuore	17,5	15,4
Infarto miocardio acuto	30,7	14,0

Tabella 12a - Mortalità principali dell'apparato cardio-circolatorio (periodo 1999-2003) – sesso maschile

Causa di morte	Numero decessi	%
Arresto cardiaco n.s.*	67	33,2%
Disturbi circolatori dell'encefalo	43	21,3%
Disturbi del ritmo non specificati	23	11,4%
Infarto miocardico acuto	21	10,4%
Insufficienza cardiaca	14	6,9%
Altre malattie ischemiche del cuore	12	5,9%
Disturbi della conduzione e del ritmo	6	3%
Malattia ipertensiva	5	2,5%
Arteriosclerosi	1	0,5%
Altre cause	10	4,9%
Totale	202	

*n.s. : Non specificato

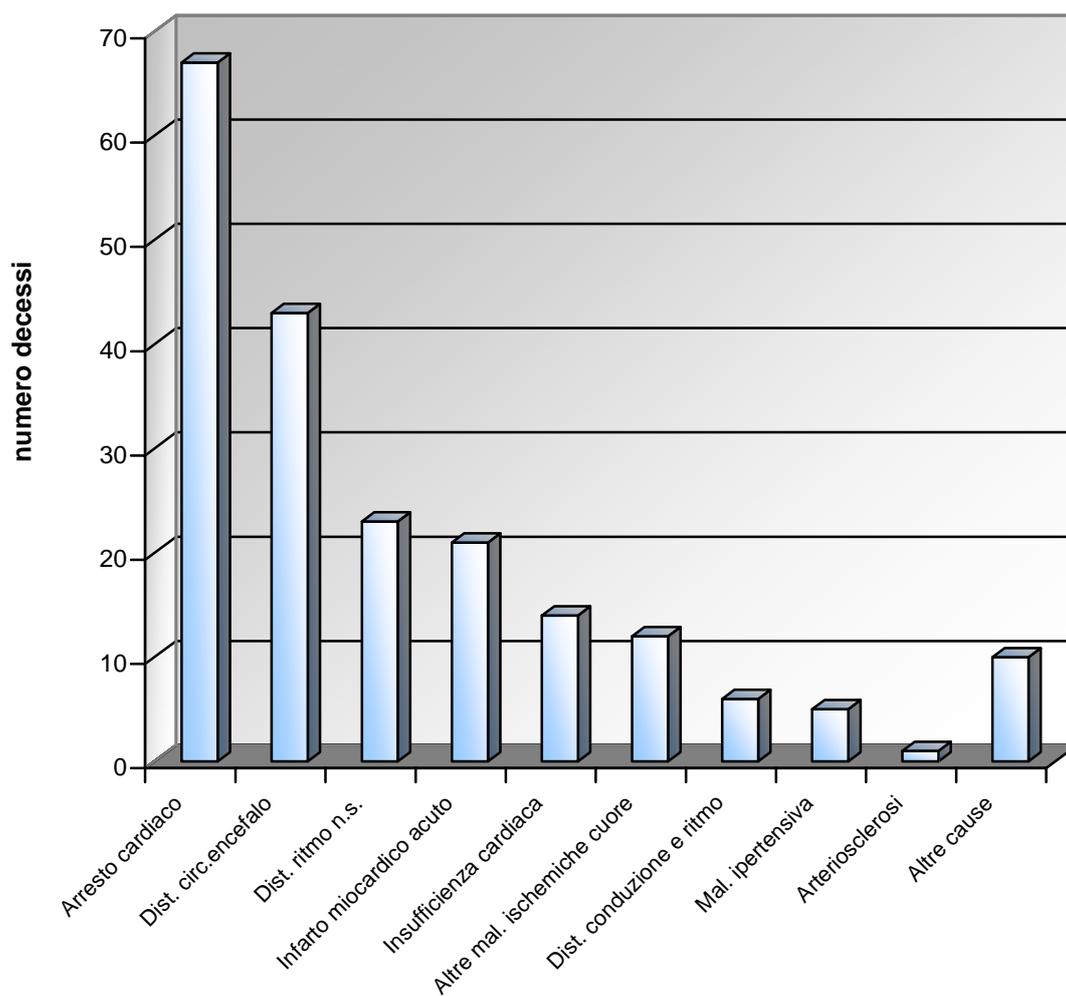
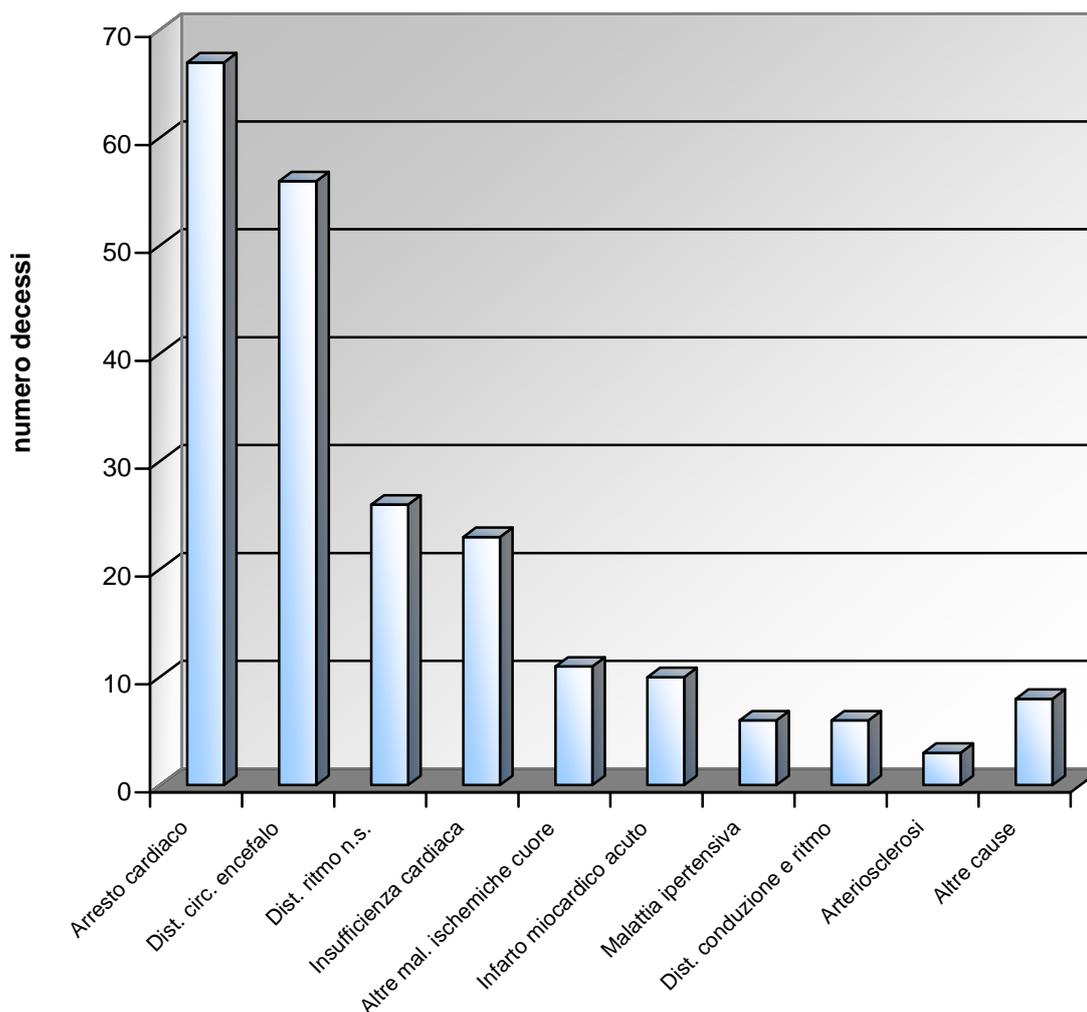


Tabella 12b -Mortalità principali dell'apparato cardio-circolatorio (periodo 1999-2003) – sesso femminile

Causa di morte	Numero decessi	Frequenza
Arresto cardiaco n.s. *	67	31,0%
Disturbi circolatori dell'encefalo	56	25,9%
Disturbi del ritmo non specificati	26	12,0%
Insufficienza cardiaca	23	10,6%
Altre malattie ischemiche del cuore	11	5,1%
Infarto miocardico acuto	10	4,6%
Malattia ipertensiva	6	2,8%
Disturbi della conduzione e del ritmo	6	2,8%
Arteriosclerosi	3	1,4%
Altre cause	8	3,7%
Totale	216	

* n.s. : Non specificato



Il tasso di mortalità per malattie cardio-circolatorie standardizzato sulla base della popolazione italiana del 1991 relativo al quinquennio 1999-2003 è pari a 257,1 x 100.000 abitanti nel sesso maschile e a 280,1 x 100.000 nel sesso femminile.

Nella provincia di Rimini (anno 2000), tale tasso assume valori leggermente più elevati in entrambi i sessi (272,04 x 100.000 nei maschi, 299,30 x 100.000 nelle femmine).

Mortalità per causa violenta

Oltre il 70% dei decessi per causa violenta nel quinquennio 1999-2003, attribuibili a suicidi, omicidi, incidenti e incidenti stradali, hanno interessato persone di sesso maschile.

Tabella 13a – Morti per incidente stradale (1999-2003)

	Maschi	Femmine
Scontro di due veicoli a motore	6	2
Scontro di veicolo a motore con altro veicolo	1	0
Scontro di veicolo a motore con pedone	1	4
Altri scontri da veicolo a motore	1	0
Incidente dovuto a perdita di controllo del veicolo	4	0
Totale	13	6

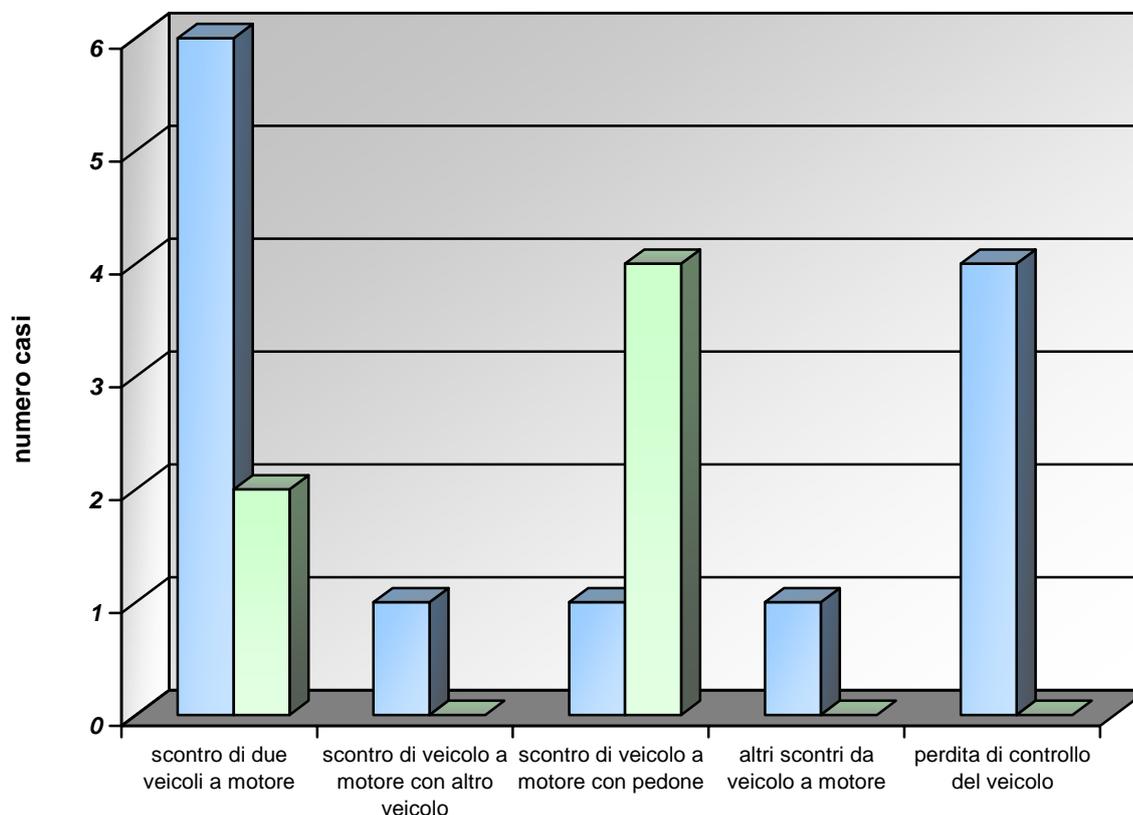


Tabella 13b – Morti per incidente (non stradale) (1999-2003)

	Maschi	Femmine
Con arma da fuoco	2	0
Annegamento	2	0
Caduta accidentale	1	1
Totale	5	1

Tabella 13c – Casi di omicidio (1999-2003)

	Maschi	Femmine
N. casi	0	1

Tabella 13d – Casi di suicidio a San Marino nel quinquennio 1999-2003³⁹

	Maschi	Femmine
1999	2	1
2000	0*	0
2001	2	2
2002	5	0
2003	3	0
Totale	12	3

* Ufficialmente risultano nel 2000 due casi di suicidio nel sesso maschile; non sono stati considerati in questa sede in quanto tali soggetti, pur risultando residenti a San Marino, vivevano di fatto in Italia.

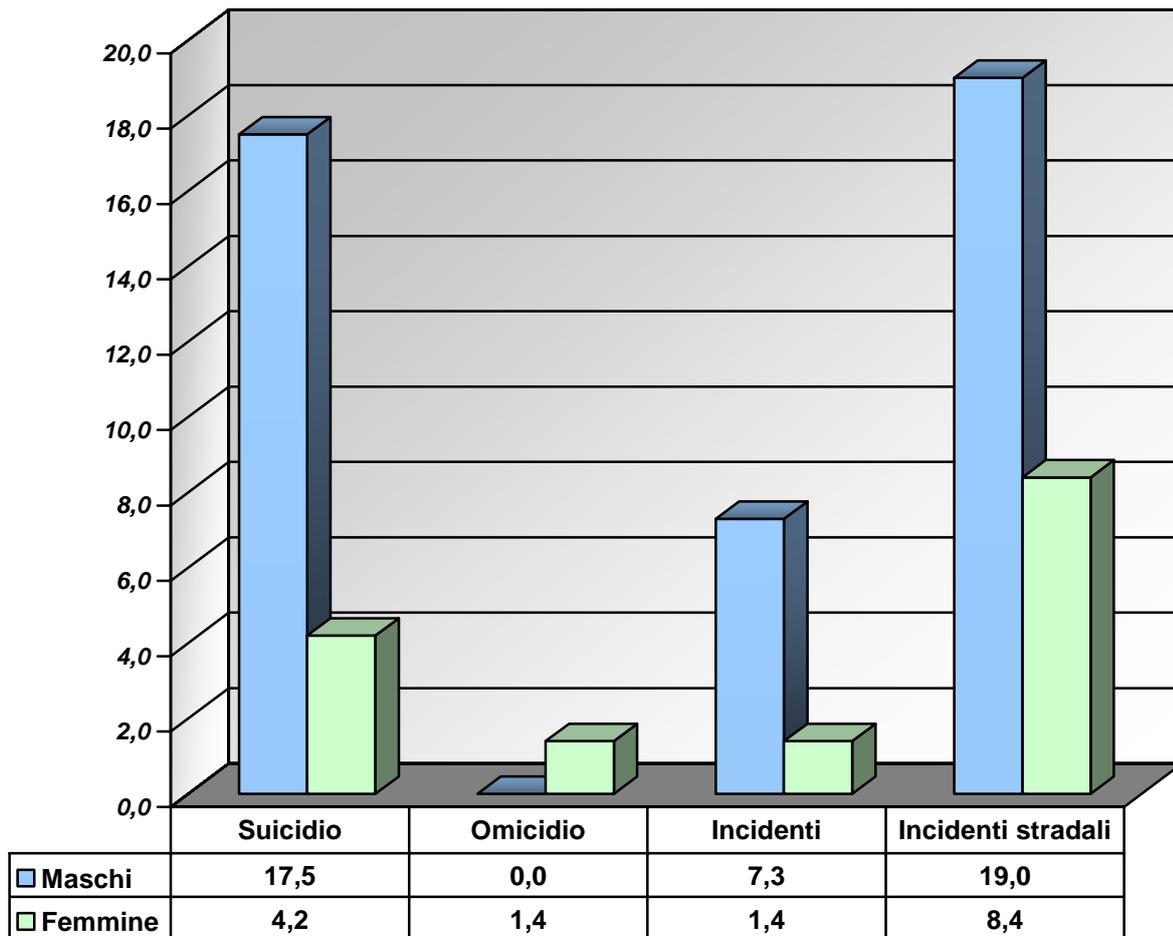
Nel sesso maschile la maggior parte delle morti per causa violenta è attribuibile a suicidi o è dovuta a incidenti stradali (in particolare, dallo scontro tra due veicoli a motore o da incidente provocato dalla perdita di controllo del veicolo).

Nelle donne, gran parte dei decessi per causa violenta è attribuibile a incidenti stradali ed in particolare a scontro di pedone con veicolo a motore (tabelle 13a, 13b, 13c, 13d e grafico 3).

Nel quinquennio 1999-2003 si è verificato un solo caso di omicidio che ha interessato il sesso femminile mentre i suicidi hanno riguardato quasi esclusivamente il sesso maschile.

³⁹ FONTE DATI: I casi di suicidio nel quinquennio 1999-2003 sono stati forniti dal Servizio di NeuroPsichiatria (dott. Bastianelli)

Grafico 3 - Tassi grezzi di mortalità (x 100.000 abitanti) per causa violenta (1999-2003)



La popolazione anziana a San Marino ⁴⁰

In sintesi:

- *Nonostante l'indice di vecchiaia sia relativamente basso il numero delle persone con più di 85 anni nel periodo 1982-2003 è quadruplicato*
- *Le famiglie formate da anziani soli sono 1.247, e rappresentano quasi il 50% delle famiglie unipersonali*
- *Il tasso standardizzato di mortalità degli anziani è inferiore a quanto registrato nelle realtà a noi circostanti*
- *La principale cause di morte è per entrambi i sessi dovuta alle malattie cardiovascolari*
- *La principale cause di ricovero è per i maschi causata dai tumori mentre per le femmine è dovuta a malattie del sistema cardiocircolatorio*

Nel 2003 le persone con 65 anni e oltre residenti nella Repubblica di San Marino sono in tutto 4.739, pari al 16,2% della popolazione complessivamente residente in Repubblica (*tabella 1a, 1b, 2a e 2b*).

Tabella 1a – popolazione di 65 anni e oltre (calcolato sulle persone con 16 anni o +)

Anni	Popolazione di 65 anni e oltre	Indice di vecchiaia
2001	4.494	95,52
2002	4.613	96,35
2003	4.739	95,97

Tabella 1b – popolazione di 65 anni e oltre (calcolato sulle persone con 14 anni o +)

Anni	Popolazione di 65 anni e oltre	Indice di vecchiaia ⁴¹
2001	4.494	106,67
2002	4.613	107,01
2003	4.739	107,10

⁴⁰ In seguito verrà indicata con il termine *popolazione anziana* la popolazione di 65 anni e oltre.

⁴¹ *INDICE DI VECCHIAIA*: popolazione residente in età di 65 anni e oltre/popolazione residente in età 0-14 anni x 100

I maschi sono 2.061 e rappresentano il 43,5% della popolazione anziana, le femmine sono 2.678, e costituiscono il 56,5% della popolazione anziana residente; si osserva, quindi, una prevalenza delle donne rispetto agli uomini nelle età avanzate (*tabella 2a*). Il rapporto fra i sessi è di 77 uomini ogni 100 donne.

Tabella 2a – La popolazione anziana (anno 2003)

	Numero persone			Incidenza sul totale della popolazione residente		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.
<i>65 anni e oltre</i>	2061	2678	4739	14,4%	18,0%	16,2%
<i>75 anni e oltre</i>	848	1340	2188	5,9%	9,0%	7,5%
<i>80 anni e oltre</i>	433	817	1250	3,0%	5,5%	4,3%
<i>85 anni e oltre</i>	155	353	508	1,1%	2,4%	1,7%

Nel corso del ventennio 1982-2003 le persone anziane sono aumentate di una volta e mezzo; gli ultrasessantacinquenni erano, infatti, 1.948 nel 1982, mentre nel 2003 se ne contano 4.739 (*tabella 2b*).

Tabella 2b – La popolazione anziana

	31/12/1982	31/12/2003	Incremento % rispetto al 1982
<i>65 anni e oltre</i>	1.948	4.739	+143%
<i>75 anni e oltre</i>	706	2.188	+210%
<i>85 anni e oltre</i>	115	508	+342%

Le *tabelle 3 e 4* mostrano la distribuzione della popolazione anziana in base al castello di residenza. In ciascuno dei nove castelli, le persone anziane di sesso femminile prevalgono nettamente rispetto agli uomini di 65 anni ed oltre. La percentuale maggiore di persone anziane rispetto al totale della popolazione residente si registra a San Marino città (20,7%) seguita da Chiesanuova (17,3%) e Borgo Maggiore (16,4%). Questo trova conferma nell'indice di vecchiaia: nel caso di San Marino città si hanno, per esempio, 158 persone ultrasessantacinquenni ogni 100 giovani di età inferiore o pari ai 14 anni.

Tabella 3 - Popolazione per castello e classi di età

	San Marino			Acquaviva			Borgo Maggiore			Chiesanuova			Domagnano		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
da 65 a 69	140	122	262	42	36	78	131	154	285	27	20	47	73	65	138
da 70 a 74	93	121	214	27	29	56	109	133	242	20	23	43	53	56	109
da 75 a 79	76	106	182	20	23	43	91	100	191	11	22	33	49	45	94
da 80 a 84	59	101	160	11	27	38	52	100	152	12	14	26	21	29	50
da 85 a 89	24	44	68	6	8	14	21	47	68	5	9	14	3	16	19
da 90 a 94	16	22	38	1	4	5	6	27	33	1	5	6	3	7	10
da 95 a 99	2	4	6	0	0	0	3	5	8	0	0	0	2	4	6
> 100	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0

	Faetano			Fiorentino			Montegiardino			Serravalle		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
da 65 a 69	17	19	36	43	48	91	10	16	26	199	211	410
da 70 a 74	12	21	33	44	39	83	7	18	25	166	207	373
da 75 a 79	13	15	28	23	44	67	6	15	21	126	153	279
da 80 a 84	8	15	23	17	23	40	10	14	24	88	141	229
da 85 a 89	3	11	14	4	18	22	5	7	12	31	62	93
da 90 a 94	4	5	9	2	3	5	1	6	7	10	30	40
da 95 a 99	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	5	6
> 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PESO % DEGLI ANZIANI

FASCE DI VALORI

12,01 - 14,00
14,01 - 16,00
16,01 - 19,00
19,01 - 21,00

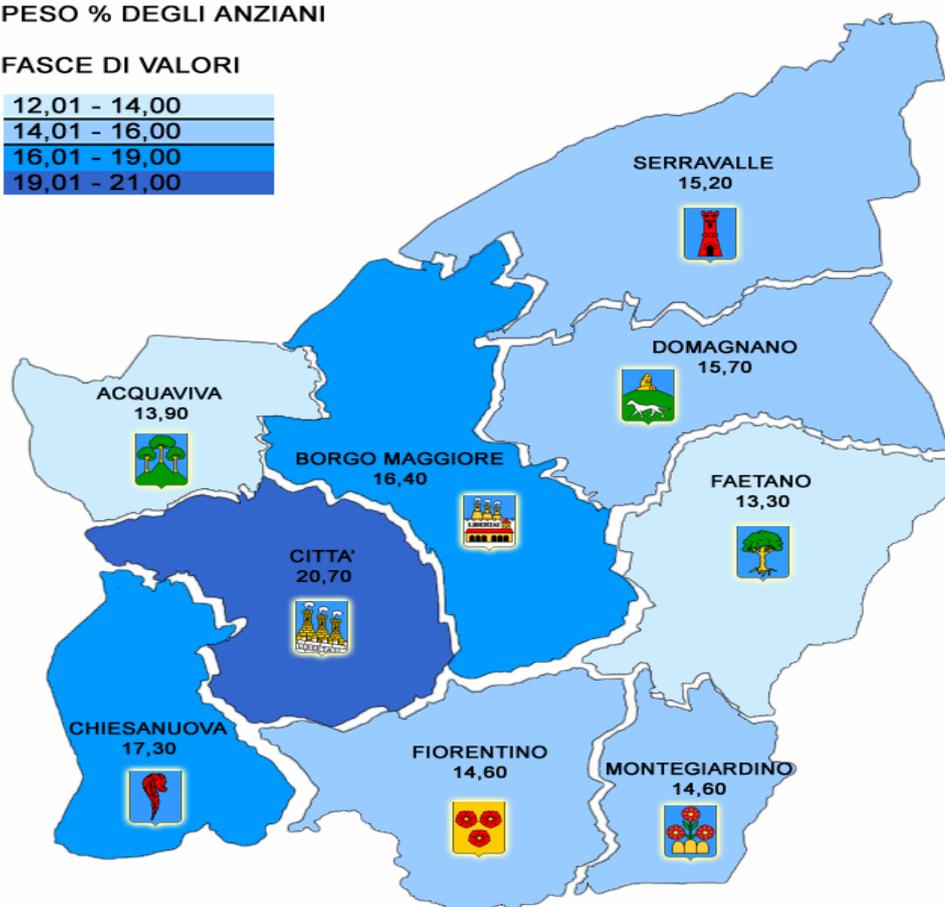


Tabella 4 - Distribuzione della popolazione anziana per sesso e castello di residenza (di 65 anni e oltre)

Castelli	N. SOGGETTI			INCIDENZA %			INDICE DI VECCHIAIA		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
Acquaviva	107	127	234	13,3%	14,5%	13,9%	79,3	100,0	89,3
Borgomaggiore	413	567	980	14,1%	18,5%	16,4%	91,4	143,5	115,7
Chiesanuova	76	93	169	16,1%	18,5%	17,3%	105,6	120,8	113,4
Serravalle	621	809	1430	13,3%	17,1%	15,2%	79,0	118,8	97,5
Domagnano	204	222	426	15,2%	16,1%	15,7%	91,9	103,7	97,7
Faetano	57	87	144	10,6%	16,1%	13,3%	57,6	93,5	75,0
Fiorentino	134	175	309	13,0%	16,0%	14,6%	80,2	97,2	89,0
Montegiardino	39	77	116	10,3%	18,6%	14,6%	52,7	122,2	84,7
San Marino	410	521	931	18,7%	22,6%	20,7%	128,5	193,7	158,3
Totale	2.061	2.678	4.739				88,6	127,6	107,1

Le persone di 75 anni ed oltre residenti in Repubblica sono, nel 2003, 2.188, e rappresentano il

7,5% della popolazione residente complessiva e il 46% della popolazione anziana totale (cioè di 65 anni e oltre) (*tabella 2a*). I maschi sono 848 (cioè il 38,8%), le donne 1340 (cioè 61,2%). Il rapporto tra i sessi è di 63 uomini ogni 100 donne.

La classe di età di 80 anni e oltre è costituita da 1.250 persone, delle quali 433 (34,6%) sono maschi e 817 femmine (65,4%) (*tabella 2a*). Essa rappresenta il 4,3% della popolazione residente in Repubblica e il 26,4% della popolazione anziana. Il rapporto tra i sessi è di 53 uomini ogni 100 donne.

Nel ventennio 1982-2003 le persone ultrasettantacinquenni sono aumentate di più del doppio, quelle con 85 anni e oltre sono incrementate di quasi 3 volte e mezza (*tabella 2b*).

La popolazione di età pari ai 65 anni e oltre è, nella prevalenza dei casi, coniugata; non bisogna, però, trascurare che quasi un terzo di essi è costituito da vedovi (31,4%). In particolare, gli uomini di 65 anni o oltre sono nella quasi totalità dei casi coniugati (83,2%); la quota di donne coniugate è, invece, molto più bassa e parallelamente è più alto il numero di donne vedove (47,5%) (*tabella 5a e 5b*)

Tabella 5a – Popolazione anziana per sesso e stato civile (anno 2003)

	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
celibe/nubile	117	5,7%	119	4,4%	236	5,0%
coniugato/a	1.715	83,2%	1.270	47,4%	2.985	63,0%
divorziato/a	16	0,8%	16	0,6%	32	0,7%
vedovo/a	213	10,3%	1.273	47,5%	1.486	31,4%
	<i>2.061</i>		<i>2.678</i>		<i>4.739</i>	

Nella fascia di età tra i 65 e i 74 anni prevalgono le persone coniugate; dai 75 anni in su, invece, aumenta il numero di vedovi/e, in particolare per quanto riguarda il sesso femminile. Si nota, inoltre, come le persone vedove siano costituite in prevalenza da donne, in forza della maggiore longevità del sesso femminile rispetto a quello maschile.

Tabella 5b – Popolazione anziana per stato civile e classe di età (anno 2003)

Età	Celibi-Nubili			Coniugati			Divorziati			Vedovi		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.
da 65 a 69	45	22	67	602	525	1127	9	5	14	26	139	165
da 70 a 74	22	22	44	474	371	845	4	9	13	31	245	276
da 75 a 79	25	28	53	344	213	557	2	2	4	44	280	324
da 80 a 84	17	27	44	209	122	331	1	0	1	51	315	366
da 85 a 89	7	13	20	61	35	96	0	0	0	34	174	208
da 90 a 94	1	5	6	23	4	27	0	0	0	20	100	120
da 95 a 99	0	2	2	2	0	2	0	0	0	7	18	25
> 100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Totale	117	119	236	1715	1270	2.985	16	16	32	213	1273	1.486

Nel 2003 le famiglie unipersonali formate da anziani soli sono 1.247, e rappresentano quasi il 50% delle famiglie unipersonali residenti in Repubblica (tabella 6). Come si può notare dalla tabella 7 il numero di anziani che vivono soli aumenta con il progredire dell'età, almeno fino ai 94 anni. Dai 95 anni in su, si ha una leggera flessione dei nuclei familiari unipersonali composti da anziani soli, probabilmente per la progressiva perdita di autosufficienza degli anziani stessi che spinge ad un ricongiungimento familiare con figli o altri parenti.

Tabella 6 - Famiglie al 31/12/2003

Popolazione totale	29.241
Numero famiglie	12.115
Numero famiglie mononucleari	2.592
Numero famiglie mononucleari formate da anziani	1.247

Tabella 7 - Numero dei nuclei famigliari unipersonali composti da anziani soli nella Repubblica di San Marino in relazione alla popolazione anziana totale, ripartita per fascia di età (anno 2003)⁴²

Età	Numero anziani soli	Numero anziani totali	% anziani soli sul totale
da 65 a 69	191	1.373	13,9%
da 70 a 74	243	1.178	20,6%
da 75 a 79	278	938	29,6%
da 80 a 84	300	742	40,4%
da 85 a 89	150	324	46,3%
da 90 a 94	72	153	47,1%
da 95 e oltre	13	31	41,9%
Totale	1.247	4.739	26,3%

L'indicatore di dipendenza di assistenza familiare⁴³ permette di capire, anche se in termini puramente teorici, qual è l'assistenza che si è in grado di garantire alle persone di età superiore ai 70 anni.

In particolare, si nota che sono presenti 1,3 donne in età compresa tra i 45 e i 69 anni (e che si suppone siano tutte in grado di garantire un'assistenza ad un anziano) per ciascuna persona anziana residente a San Marino. Si tratta di un valore leggermente superiore a quello registrato nella Provincia di Rimini nel 2000. A Rimini tale indicatore era pari a 1,2; la differenza tra Rimini e San Marino è probabilmente attribuibile al fatto che a San Marino la percentuale della popolazione anziana sul totale dei residenti è inferiore rispetto alla provincia di Rimini.

L'istruzione

Come è comprensibile, la maggior parte degli anziani⁴⁴ (popolazione sopra i 65 anni) possiede un titolo di studio pari o inferiore alla licenza media e pochi possiedono un diploma o una laurea (tabella 8a e 8b).

⁴² *FONTE DATI:* ufficio statistica RSM

⁴³ *INDICATORE DI DIPENDENZA DI ASSISTENZA FAMILIARE:* popolazione residente femminile in età tra i 45 e i 69 anni/ popolazione residente totale di età maggiore ai 70 anni x 100.

⁴⁴ In questo caso e solo in questa situazione si è fatto riferimento alla popolazione presente (popolazione residente + soggiornanti) in quanto, in riferimento alla popolazione presente, sono già presenti informazioni sul grado di istruzione distinto per fascia di età.

Tabella 8a – Popolazione presente anziana per titolo di studio

<i>Fascia di età</i>	Titolo inferiore o pari alla Licenza Media	Diploma di maturità e Diploma di qualifica	Laurea o diploma universitario
Dai 65 a 69 anni	1.145	113	57
Dai 70 ai 74 anni	1.043	68	32
Oltre 75 anni	1.937	101	67
<i>Totale pop. anziana</i>	<i>4.125</i>	<i>282</i>	<i>156</i>

Tabella 8b – Popolazione presente anziana (65 anni e oltre) per titolo di studio

	N.	%
Titolo inferiore o pari alla Licenza Media	4.125	90,4%
Diploma di maturità e Diploma di qualifica	282	6,2%
Laurea o diploma universitario	156	3,4%
Totale	4.563	

La speranza di vita

Oggi, la Repubblica di San Marino è tra le nazioni con la più alta aspettativa di vita media al mondo pari a circa 81,5 anni (78,03 anni per gli uomini e 84,57 per le donne, con una vita probabile rispettivamente di 81,24 e 87,23 anni). Tuttavia, per quanto invecchiata la popolazione di San Marino non è, in senso stretto, ancora vecchia, soprattutto se paragonata a quella dei territori emiliano-romagnoli o marchigiani che la circondano (*tabella 9*). Infatti, l'indice di vecchiaia, così come la percentuale della popolazione anziana sul totale della popolazione residente sono nettamente inferiori nella Repubblica di San Marino rispetto a ciò che si registra nei territori circostanti.

In particolare nella Provincia di Rimini la popolazione anziana costituiva nel 2003 il 19,9% della popolazione residente, con uno scostamento di oltre tre punti percentuali rispetto a quanto registrato a San Marino nel 2003. Questa differenza è attribuibile probabilmente anche al fatto che negli ultimi anni a San Marino è aumentata l'immigrazione di popolazione tra i 21 e i 40 anni: ciò ha contribuito a ridurre la percentuale della popolazione anziana sul totale dei residenti e a rallentare l'invecchiamento della popolazione.

Tabella 9 - Indicatori di struttura della popolazione anziana di San Marino, Emilia Romagna e Marche⁴⁵

	Indice di vecchiaia⁴⁶	% ultra 65enni	% ultra 75enni
Provi. di Pesaro-Urbino	163,3	21,3	10,4
Marche	169,7	22,0	10,7
Provincia di Rimini	151,3	19,9	9,4
Emilia Romagna	186,4	22,5	11,0
Italia	133,8	19,0	8,6
San Marino	107,1	16,2	7,5

Note: in nero sono indicati i dati relativi all'anno 2003, in rosso quelli del 2002

Nel 2000, la speranza di vita degli anziani residenti nella Repubblica di San Marino era pari a 21,3 anni; la *tabella 10* mostra la speranza di vita media all'età di 65 anni (periodo 1995-2000)⁴⁷.

Tabella 10 – Speranza di vita a 65 anni (1995-2000)

<i>Anni</i>	<i>Speranza di vita</i>
1995	19,04
1996	20,82
1997	20,25
1998	20,11
1999	19,76
2000	21,30

⁴⁵ FONTE DATI: ufficio Statistica RSM, Regione Emilia-Romagna; Istat

⁴⁶ L'INDICE DI VECCHIAIA è stato calcolato rapportando la popolazione con 65 anni e più e la popolazione con 14 anni o meno.

⁴⁷ FONTE DATI: dati OMS

La mortalità⁴⁸

Nel quinquennio 1999-2003 si sono verificati complessivamente 826 decessi nelle persone anziane (402 nel sesso femminile e 424 nel sesso maschile) pari all'84% dei decessi totali registrati nel quinquennio. Il numero di decessi è superiore nel sesso maschile rispetto a ciò che accade nel sesso femminile; infatti, nel sesso maschile, nel corso del quinquennio in esame, si sono verificati complessivamente 44 decessi ogni 1000 abitanti, nel sesso femminile 32 decessi ogni 1000 abitanti. *E' possibile confrontare la mortalità della popolazione anziana nella Repubblica di San Marino (quinquennio 1999-2003) con quella registrata nella Provincia di Rimini (anno 2000), attraverso i tassi standardizzati⁴⁹, riassunti nella tabella 11a.*

Tabella 11a – Tasso di mortalità standardizzato x 1.000 abitanti (pop. tipo: popolazione italiana 1991)

	Maschi	Femmine
Tasso di mortalità standardizzato Provincia di Rimini	47	38
Tasso di mortalità standardizzato Repubblica di San Marino	42	30

Si può anche calcolare il tasso standardizzato usando come popolazione tipo non la popolazione italiana, ma la popolazione della Provincia di Rimini nell'anno 2000⁵⁰ (tabella 11b).

Tabella 11b – Tasso di mortalità standardizzato (x 1.000 abitanti) (pop. tipo: pop. Provincia di Rimini – anno 2000)

	Maschi	Femmine
Tasso di mortalità standardizzato Provincia di Rimini	48	37
Tasso di mortalità standardizzato Repubblica di San Marino	42	31
Tasso standardizzato Repubblica di San Marino/ tasso di mortalità standardizzato Provincia di Rimini (x 100)	87,5	83,8

Le principali cause di morte sono evidenziate nella *tabella 12*.

Esse sono in linea e sovrapponibili con le principali cause di morte registrate nei territori a noi circostanti.

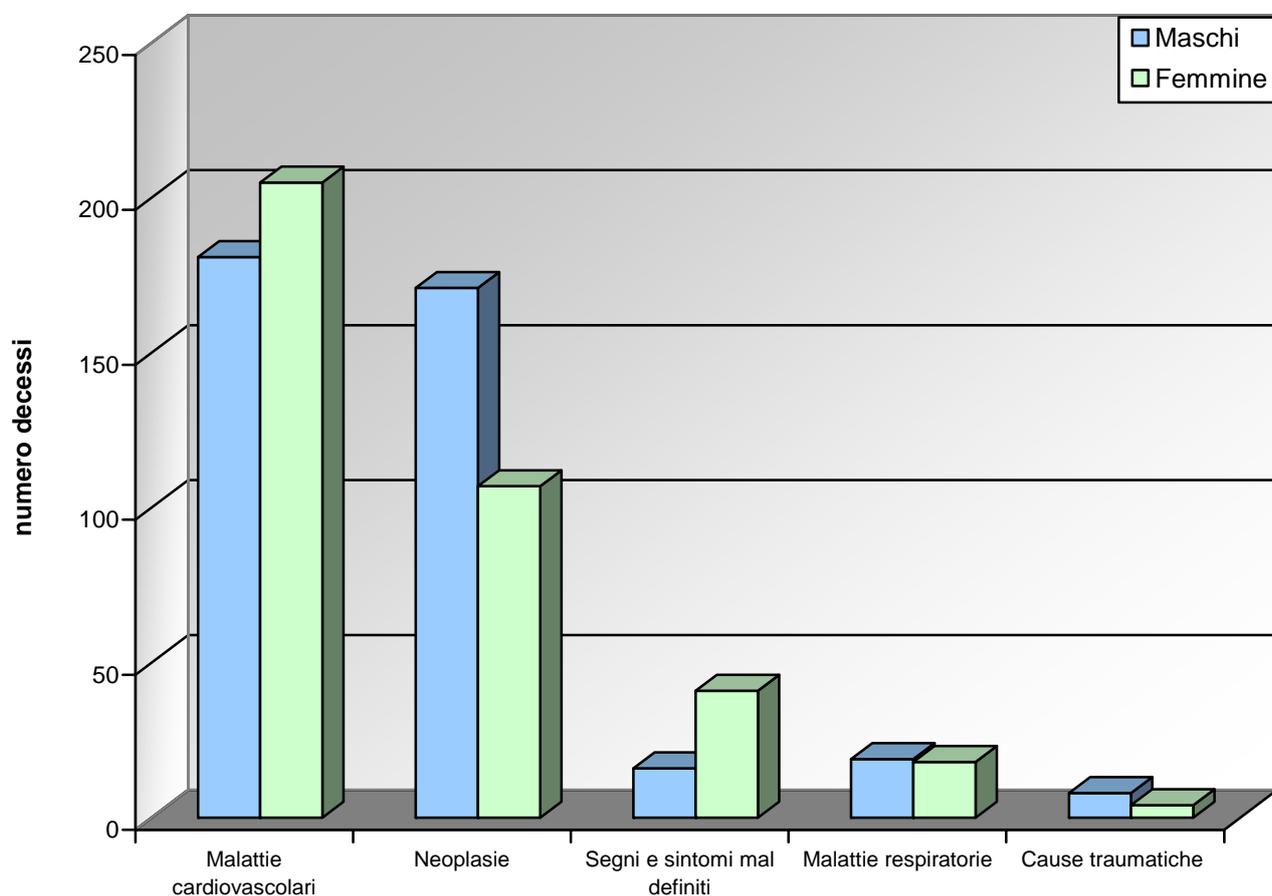
⁴⁸ *FONTE DATI:* Relazione sullo stato di salute della popolazione della Repubblica di San Marino (anno 2003) – Direzione sanitaria
I dati relativi alla mortalità fanno riferimento al quinquennio 1999-2003 e non solo all'anno 2003 come è avvenuto in precedenza.

⁴⁹ Standardizzazione con il *metodo della popolazione tipo. Popolazione tipo: popolazione italiana 1991*

⁵⁰ Il tasso di mortalità standardizzato per la Provincia di Rimini coincide con il tasso di mortalità non standardizzato.

Tabella 12 – Principali cause di decesso nella popolazione anziana (1999-2003)

Cause principali dei decessi	Maschi		Femmine	
	N. decessi	% sul totale dei decessi	N. decessi	% sul totale dei decessi
Malattie cardiovascolari	181	42,7%	205	51,0%
<i>di cui per arresto cardiaco</i>	83	19,6%	96	23,9%
Neoplasie	171	40,3%	107	26,6%
Segni e sintomi mal definiti	16	3,8%	41	10,2%
Malattie respiratorie	19	4,5%	18	4,5%
Cause traumatiche	8	1,9%	4	1,0%



La vaccinazione anti-influenzale⁵¹

Nel periodo 2004-2005 sono state vaccinati complessivamente 3.323 soggetti e di questi 2.290 hanno un'età pari o superiore ai 65 anni. Il *tasso di copertura vaccinale anti-influenzale⁵²* nella popolazione anziana ha raggiunto il 48,32 x 100.

Nella vicina Provincia di Rimini, nella campagna vaccinale 2001/2002 il tasso di copertura era pari al 64,25 x 100.

L'ospedalizzazione della popolazione anziana

Rimandando alla sezione “Morboosità” per ulteriori approfondimenti, si riportano qui di seguito alcune informazioni relative all'ospedalizzazione della popolazione anziana.

Nel corso del 2002, 1.758 persone di età pari o superiore ai 65 anni sono state ricoverate presso l'ospedale di San Marino, in regime ordinario o di day hospital. Di queste, 667 avevano un'età compresa tra i 65 e i 74 anni, 1.091 avevano 75 anni o più (*tabella 13*).

Tabella 13 – Tassi di ospedalizzazione relativi alla popolazione anziana (anno 2002)

	Maschi		Femmine	
	N. ricoveri	Tasso ospedalizzazione (x 1.000 ab.)	N. ricoveri	Tasso ospedalizzazione (x 1.000 ab.)
65-74 anni	355	303,68	312	239,26
75 anni e più	478	576,60	613	467,58
Totale	833	416,92	925	353,73

⁵¹ *FONTE DATI:* Servizio medicina di base

⁵² *TASSO DI COPERTURA VACCINALE ANTI-INFLUENZALE:* numero di soggetti sottoposti a vaccinazione anti-influenzale di età pari o superiore ai 65 anni / popolazione residente media di età pari o superiore ai 65 anni x 100.

Le tabelle 14a e 14b mostrano le principali cause di ricovero nella popolazione anziana.

Tabella 14a – Principali cause di ricovero nella popolazione in età compresa fra i 65 e i 74 anni (anno 2002)

Maschi			Femmine		
Causa ricovero	N.	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)	Causa ricovero	N.	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)
Tumori	73	62,45	Malattie sistema circolatorio	42	32,21
Malattie sistema circolatorio	60	51,33	Traumatismi e avvelenamenti	42	32,21
Altri fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso a servizi sanitari	43	36,78	Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	39	29,91
Malattie apparato digerente	39	33,36	Tumori	36	27,61
Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	35	29,94	Malattie apparato digerente	35	26,84

Tabella 14b – Principali cause di ricovero nella popolazione di 75 anni e più (anno 2002)

Maschi			Femmine		
Causa ricovero	N.	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)	Causa ricovero	N.	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000)
Malattie sistema circolatorio	113	136,31	Malattie sistema circolatorio	161	122,81
Malattie sistema respiratorio	74	89,26	Traumatismi e avvelenamenti	71	54,16
Tumori	64	77,20	Malattie sistema respiratorio	68	51,87
Malattie apparato digerente	42	50,66	Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	57	43,48
Traumatismi e avvelenamenti	41	49,46	Malattie apparato digerente	55	41,95

*L'assistenza agli anziani*⁵³

Alla fine del 2003, il numero complessivo di utenti beneficiari di servizi per anziani (Servizio Domiciliare, Casa di Riposo, Centro Diurno, Centro ricreativo, Telesoccorso) ammontano complessivamente a 707 unità.

Un anziano che si trova in condizioni di bisogno può contare, quindi, su un sistema di offerta capace di farsi carico di circa 700 utenti, attraverso le prestazioni della Casa di Riposo, del Servizio Domiciliare, del Centro Diurno, del Centro ricreativo (*tabella 15*).

In più, ha la possibilità di reperire direttamente sul mercato dei servizi in proprio, anche integrativi delle prestazioni pubbliche, utilizzando, oltre alla pensione, apporti finanziari statali quali assegni di accompagnamento e contributi integrativi per persone sole.

Tra i beneficiari di indennità di accompagnamento di età superiore ai 65 anni che risiedono a domicilio, solo 83 vengono assistiti dal servizio domiciliare o sono a carico del centro diurno (*vedi tabella 15*).

Tabella 15 - Beneficiari di servizi per anziani e indennità di accompagnamento della Repubblica di San Marino al 31/12/2003 ripartiti per classe di età e tipo di prestazione.

Età	Servizio Domiciliare	Tele-soccorso	Casa di Riposo*	Centro Diurno	Centro Ricreativo	Assegno Accompagn.**	Residenti
<i>64 anni o meno</i>	17	0	5	0	14	14 (5)	1.507
<i>da 65 a 69</i>	25	0	4	2	30	21 (5)	1.373
<i>da 70 a 74</i>	42	2	6	0	40	26 (5)	1.178
<i>da 75 a 79</i>	91	1	16	7	25	53 (21)	938
<i>da 80 a 84</i>	123	8	21	8	20	110 (21)	742
<i>da 85 a 89</i>	77	10	23	9	9	98 (16)	324
<i>90 anni e più</i>	39	2	25	5	1	68 (10)	184
	414	23	100	31	139	390	6246

* 70 posti letto nella casa di riposo dell'ISS e 33 posti convenzionati

** tra parentesi è indicato il numero di beneficiari che si avvale anche dei servizi domiciliari.

NOTA: Ad esclusione delle case di riposo, i dati non considerano gli utenti ricoverati presso strutture non convenzionate in territorio o presso le strutture fuori territorio.

Come si può osservare dalla tabella, gli utenti a carico del servizio domiciliare e i soggetti ricoverati

⁵³ FONTE DATI:

- Relazione servizio anziani (dott.ssa Caterina Gasperoni)
- Relazione "La famiglia in un mondo che cambia – Analisi e riflessioni sulla realtà di San Marino" di Aurelia Zafferani (27 novembre 2004)

presso la casa di riposo alla fine del 2003 sono complessivamente 514; essi corrispondono all'11%⁵⁴ delle persone ultra sessantacinquenni (l'8,7% nei servizi domiciliari, il 2,1% in quelli residenziali considerando le strutture fuori territorio) e al 23,5% delle persone di 75 anni o più (il 19% nel SAD, il 4,6% nelle strutture di ricovero).

La *performance reale*⁵⁵, ossia commisurata alla popolazione anziana ultrasessantacinquenne effettivamente a carico, è pari al 10,4% (l'8,4% nel SAD e il 2% nelle strutture). Se poi ci si riferisce agli ultra settantacinquenni, il sistema è in grado di rispondere ai bisogni di circa un quinto dei residenti, con un tasso di protezione pari al 19% dei residenti con più di 75 anni, distribuito tra 330 anziani a carico del SAD (15%), e altri ospitati nelle strutture residenziali (3,9%) (tabella 16).

Tabella 16 - Percentuale di beneficiari dei servizi per anziani e dell'indennità di accompagnamento della Repubblica di San Marino al 31/12/2003 sul totale della popolazione residente di pari età, ripartiti per classe di età e tipo di prestazione

	Servizio Domiciliare	Tele-soccorso	Casa di Riposo	Centro Diurno	Centro Ricreativo	Assegno Accompagnamento
Totale utenti	6,63%	0,37%	1,60%	0,50%	2,23%	6,24%
tot over 65	8,38%	0,49%	2,00%	0,65%	2,64%	7,93%
tot over 75	15,08%	0,96%	3,88%	1,33%	2,51%	15,04%

L'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare è una delle prestazioni più richieste e, nonostante un calo delle domande (a causa dell'incremento delle persone che si rivolgono a badanti), negli ultimi anni il trend di crescita ha continuato ad incrementarsi, anche in modo meno evidente rispetto a ciò che avveniva in passato.

Nel corso del 2003 il servizio domiciliare ha avuto complessivamente in carico 463 utenti, di cui 446 con più 65 anni. Al 31/12 dello stesso anno, gli anziani a carico con più di 65 anni risultano essere 400. Ciò significa che 8,4% dell'intera popolazione anziana del territorio nazionale si avvale di questo servizio (tabella 17).

⁵⁴ Numero di soggetti a carico del servizio domiciliare e persone ricoverate nella casa di riposo, di qualsiasi età (514) / popolazione residente di 65 anni e più

⁵⁵ Numero di utenti a carico del servizio domiciliare e ricoverati nella casa di riposo di con più di 65 anni / popolazione residente di 65 anni e più

Tabella 17 - Flusso storico dell'utenza assistita dal Servizio di Assistenza Domiciliare (anni dal 1998 al 2003)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Domande pervenute	83	109	124	97	60	61
Dimessi per ingresso Casa di Riposo	4	9	2	13	8	8
Interventi sospesi	13	10	10	28	20	19
Deceduti	19	21	31	30	37	19
<i>Utenti seguiti nel corso dell'anno per assistenza diretta e trasporto</i>	<i>246</i>	<i>299</i>	<i>342</i>	<i>417</i>	<i>439</i>	<i>463</i>

Gli utenti complessivi che si avvalgono del servizio sono passati dai 246 del 1998 ai 463 del 2003; si può comunque notare come gli interventi domiciliari stiano concentrandosi in alcune particolari fasce di età (tabella 18).

Gli interventi sono decresciuti e attualmente si sono stabilizzati nelle due fasce di età inferiori (cioè fino ai 69 anni); in modo analogo, dopo un periodo di forte crescita, si sono stabilizzati gli interventi domiciliari a favore delle persone con più di 80 anni di età (nel caso delle persone ultranovantenni gli interventi del servizio domiciliare sono persino diminuiti). Ciò è probabilmente attribuibile al fatto che le persone appartenenti a questa fascia di età vivono spesso in situazioni problematiche; l'assistenza domiciliare è, quindi, meno efficace della casa di riposo o del servizio di una badante. Sono aumentati, invece, gli utenti di età compresa tra i 75 e gli 84 anni, probabilmente perché in queste fasce di età si concentrano non-autosufficienze ancora gestibili a domicilio, in particolare per gli anziani senza famiglia.

Tabella 18 – Serie storica e composizione dell'Utenza del Servizio domiciliare per fascia di età (periodo 1999 – 2003)

Valori assoluti	1999	%	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%
Meno di 65 anni	15	5,02%	15	4,39%	11	2,64%	15	3,42%	17	3,67%
da 65 a 69	17	5,69%	26	7,60%	18	4,32%	24	5,47%	25	5,40%
da 70 a 74	42	14,05%	41	11,99%	45	10,79%	44	10,02%	48	10,37%
da 75 a 79	85	28,43%	100	29,24%	74	17,75%	80	18,22%	95	20,52%
da 80 a 84	71	23,75%	78	22,81%	121	29,02%	129	29,38%	136	29,37%
da 85 a 89	50	16,72%	63	18,42%	84	20,14%	87	19,82%	89	19,22%
90 anni e più	19	6,35%	19	5,56%	64	15,35%	60	13,67%	53	11,45%
	299		342		417		439		463	

Un aspetto che sembra importante evidenziare è che, oggi come in passato, sono le donne che si avvalgono in misura maggiore del servizio di Assistenza Domiciliare. In ciascuna delle fasce di età considerate gli utenti di sesso femminile prevalgono nettamente sugli utenti di sesso maschile (tabella 19).

Tabella 19 - Flusso storico dell'utenza assistita dal Servizio di Assistenza Domiciliare (anni dal 1999 al 2003 ripartito per sesso e classe di età)

Valori assoluti	Sesso	1999	2000	2001	2002	2003
Meno di 65 anni	M	4	5	1	2	2
	F	11	10	10	13	15
	tot	15	15	11	15	17
da 65 a 69	M	4	6	4	6	6
	F	13	20	14	18	19
	tot	17	26	18	24	25
da 70 a 74	M	10	10	12	10	10
	F	32	31	33	34	38
	tot	42	41	45	44	48
da 75 a 79	M	23	28	14	18	22
	F	62	72	60	62	73
	tot	85	100	74	80	95
da 80 a 84	M	18	21	33	32	30
	F	53	57	88	97	106
	tot	71	78	121	129	136
da 85 a 89	M	18	20	26	25	22
	F	32	43	58	62	67
	tot	50	63	84	87	89
90 anni e più	M	4	2	16	14	12
	F	15	17	48	46	41
	tot	19	19	64	60	53
TOTALE	M	81	92	106	107	104
	F	218	250	311	332	359
	tot	299	342	417	439	463

In tutti i castelli è molto elevato il numero di utenti del Servizio di Assistenza Domiciliare di sesso femminile nelle fasce di età che vanno dai 75 agli 89 anni. I castelli nei quali è presente il maggior numero di utenti sono quelli di San Marino città (23,3%) e di Serravalle (23,1%) seguiti da Borgo Maggiore (19,9%) (tabella 20)

Tabella 20 - Composizione e struttura degli Utenti a carico del Servizio di Assistenza Domiciliare nell'arco dell'anno 2003, distinti per classe di età, sesso, e castello di provenienza.

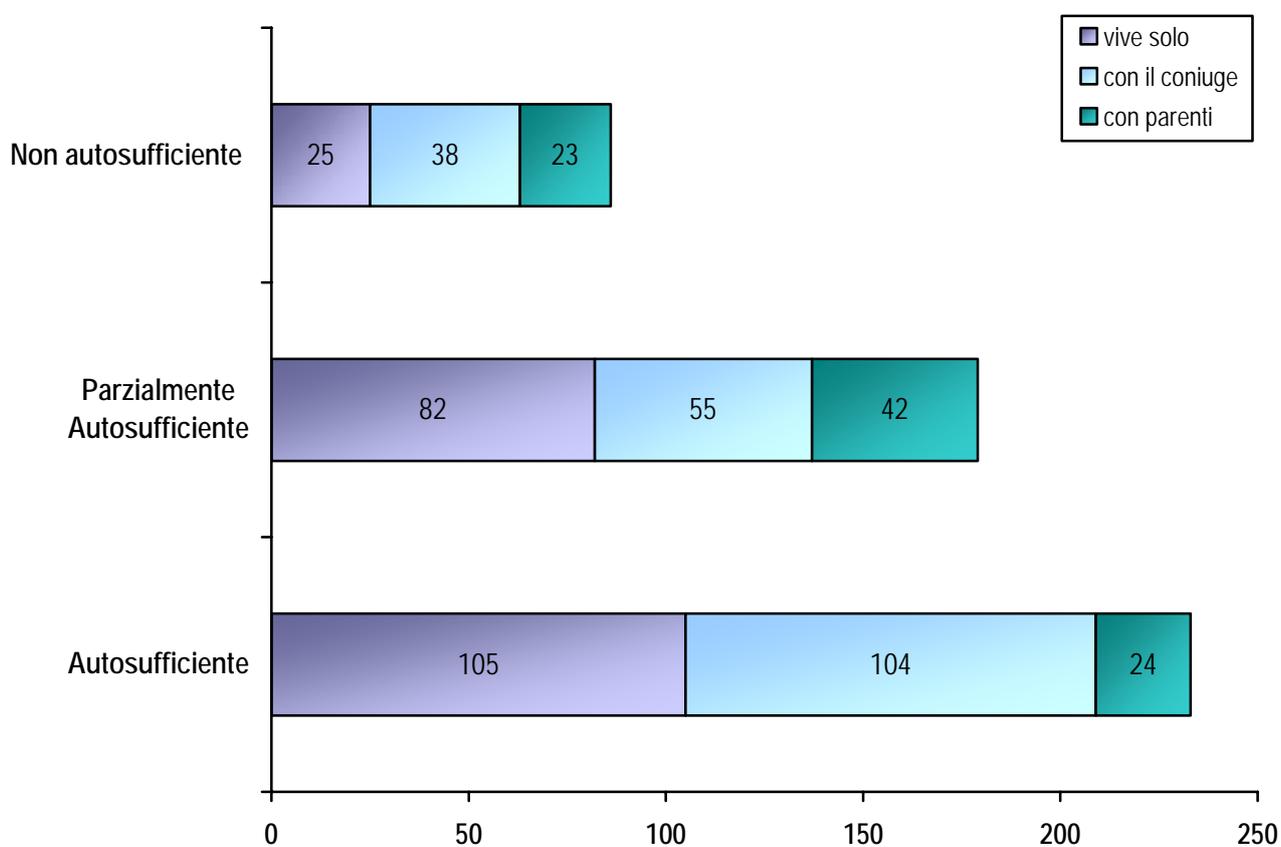
	60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85-89		>=90		TOTALE		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	TOT
<i>Castelli</i>																	
<i>Acquaviva</i>	0	1	0	0	1	5	2	1	2	6	4	5	0	1	9	19	28
<i>B.Maggiore</i>	0	3	2	2	3	4	5	13	7	23	2	12	1	6	20	63	83
<i>Chiesanuova</i>	0	0	1	3	0	3	1	4	1	2	0	6	0	1	3	19	22
<i>Serravalle</i>	1	4	1	3	5	7	4	12	7	24	6	15	4	14	28	79	107
<i>Domagnano</i>	0	3	2	4	0	4	3	8	4	5	3	2	0	3	12	29	41
<i>Faetano</i>	0	0	0	2	0	0	1	3	1	4	0	5	2	1	4	15	19
<i>Fiorentino</i>	0	0	0	0	0	0	1	8	2	8	0	2	0	0	3	18	21
<i>Montegiardino</i>	0	2	0	3	0	4	0	4	4	6	2	5	1	3	7	27	34
<i>San Marino</i>	1	2	0	2	1	11	5	20	2	28	5	15	4	12	18	90	108
Totale	2	15	6	19	10	38	22	73	30	106	22	67	12	41	104	359	463

Tabella 21 - Utenti per castello

<i>Castelli</i>	UTENTI	%
<i>Acquaviva</i>	28	6,0%
<i>Borgomaggiore</i>	83	17,9%
<i>Chiesanuova</i>	22	4,8%
<i>Serravalle</i>	107	23,1%
<i>Domagnano</i>	41	8,9%
<i>Faetano</i>	19	4,1%
<i>Fiorentino</i>	21	4,5%
<i>Montegiardino</i>	34	7,3%
<i>San Marino</i>	108	23,3%

Tabella 22 - Utenti del Servizio domiciliare in carico a tutto il 2004 distinti per livello di autonomia, sesso e stato di convivenza

	Autosufficiente		Parzialmente Autosufficiente		Non autosufficiente		TOTALE		
	M	F	M	F	M	F	M	F	Tot.
vive solo	6	99	9	73	6	19	21	191	212
con il coniuge	35	69	26	29	23	15	85	113	198
con parenti	3	21	4	38	0	23	7	84	91
TOTALE	44	189	39	140	29	57	113	388	501



Il Servizio di trasporto

Il Servizio di Assistenza domiciliare offre ai cittadini un importante aiuto per l'attività di trasporto utilizzando mezzi di proprietà dell'I.S.S.

Nel 2004 sono pervenute 49 nuove domande per usufruire del servizio (*grafico 1 e 2*); i servizi di trasporto complessivi nel corso dell'anno sono in tutto **1.850**.

Grafico 1 – Utenti che usufruiscono del servizio di trasporto (anni 1999-2003)

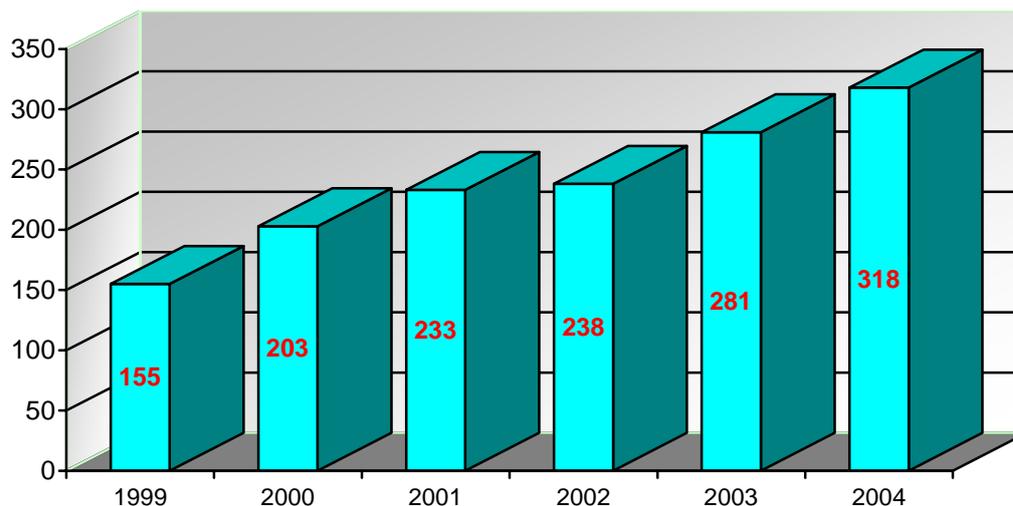
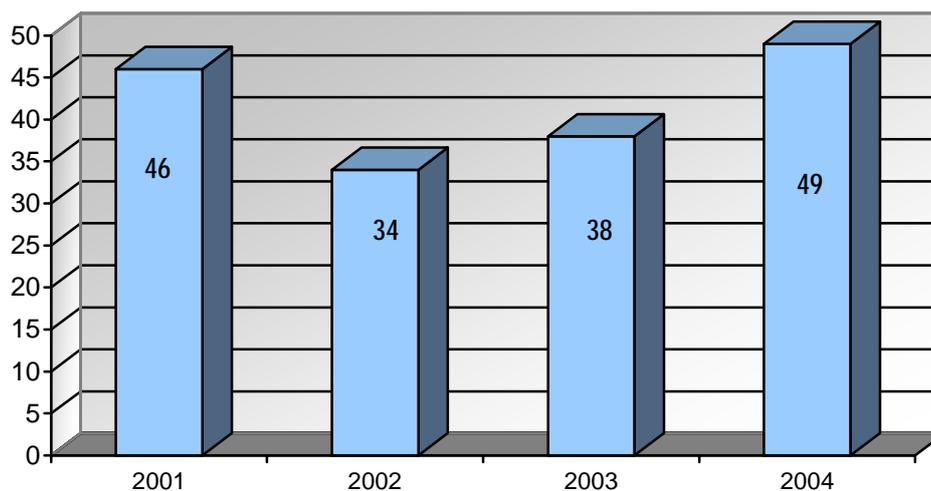


Grafico 2 – Utenti che hanno usufruito per la prima volta del servizio di trasporto (anni 1999-2003)



Il servizio di Telesoccorso⁵⁶

Il Servizio di telesoccorso⁵⁷ agli anziani è una delle prime prestazioni che sono state attivate nel territorio della Repubblica (il servizio è attivo dal 1993).

Attualmente sono disponibili complessivamente 80 apparecchiature di telesoccorso a favore delle persone anziane. Nonostante ciò il numero di soggetti che usufruiscono di questo servizio è molto limitato: nel corso dei dieci anni di attivazione (dal 1999 fino ad oggi – 2004) il numero di utenti non ha mai superato le 40 unità; negli ultimi quattro anni i numeri sono stati molto contenuti (*tabella 23*).

Tabella 23 - Utenti del telesoccorso e cessazioni dello stesso servizio (2001-2004)

Anno	Utenti al 1/1	Utenti nell'anno	Utenti al 31/12	Attivazioni	Disdette	Cessazioni per decesso
2001	24	25	23	1	2	0
2002	23	25	22	2	3	0
2003	22	23	15	1	7	1
2004	15	18	16	3	2	0

Il centro diurno per gli anziani

Il centro diurno per gli anziani è stato istituito nel 1999 e, dopo un periodo sperimentale, nel 2004 ha iniziato a funzionare a regime.

Il carattere semi-residenziale del Centro Diurno consente all'anziano di trascorrere le ore diurne in un luogo capace di offrire risposte adeguate alle sue concrete esigenze, permettendogli la permanenza nel proprio contesto familiare con il suo ritorno nelle ore serali.

Il Centro ha una ricettività massima di 15/18 ospiti. La struttura fornisce ai propri utenti, tramite personale professionalmente preparato e qualificato, un complesso di prestazioni fra loro integrate riassumibili in una gamma così articolata:

- aiuto nell'assunzione dei pasti;
- controllo nell'assunzione di terapie farmacologiche;

⁵⁶ Le informazioni relative al servizio di telesoccorso, al centro diurno per gli anziani e al centro ricreativo sono relative al 2004 –
Fonte dati: "Rendiconto annuale delle attività del servizio domiciliare (anno 2004)" a cura di Aurelia Zafferani

⁵⁷ Servizio attivo 24 ore su 24. Consiste in un sistema di telecomunicazione che consente all'utente di lanciare un segnale di soccorso premendo un telecomando ed agli operatori di contattare l'utente e di parlargli, anche se questi non può rispondere al telefono, e di attivare tempestivamente gli interventi necessari.

- aiuto diretto e consulenza volte a favorire l'autosufficienza nelle attività quotidiane (supporto per il mantenimento dell'autonomia);
- mantenimento della autonomia motoria (deambulazione, passeggiate assistite, ginnastica dolce, psicomotricità);
- terapie di riattivazione della memoria e di recupero dei riferimenti spazio-temporali;
- socializzazione e ricreazione attraverso giochi di gruppo, momenti di festa, gite, letture, ascolto di musica, rapporti con le realtà del territorio;
- trasporto degli anziani qualora sussistano condizioni di impossibilità da parte del familiare;
- servizio di mensa (colazione, pranzo, merenda), il pranzo viene preparato direttamente dagli operatori presso la cucina del centro e settimanalmente almeno 2 volte alla settimana attraverso i laboratori di cucina vengono preparati dagli anziani piatti tradizionali (tagliatelle, strozzapreti, gnocchi, polenta, piadina, ecc.)

Tabella 24 - Utenti e giornate complessive di presenza nel mese presso il Centro Diurno, anno 2004

Mesi	Presenze complessive	N. utenti
Gennaio	244	28
Febbraio	294	32
Marzo	314	32
Aprile	225	33
Maggio	303	32
Giugno	308	30
Luglio	325	34
Agosto	161	31
Settembre	283	26
Ottobre	301	28
Novembre	321	31
Dicembre	262	32
Totale	3.340	30,75 media

Il centro ricreativo per gli anziani

Il Centro Ricreativo per Anziani è attivo solo da pochi mesi, ma conta già 140 iscritti, di cui 77 uomini e 63 donne.

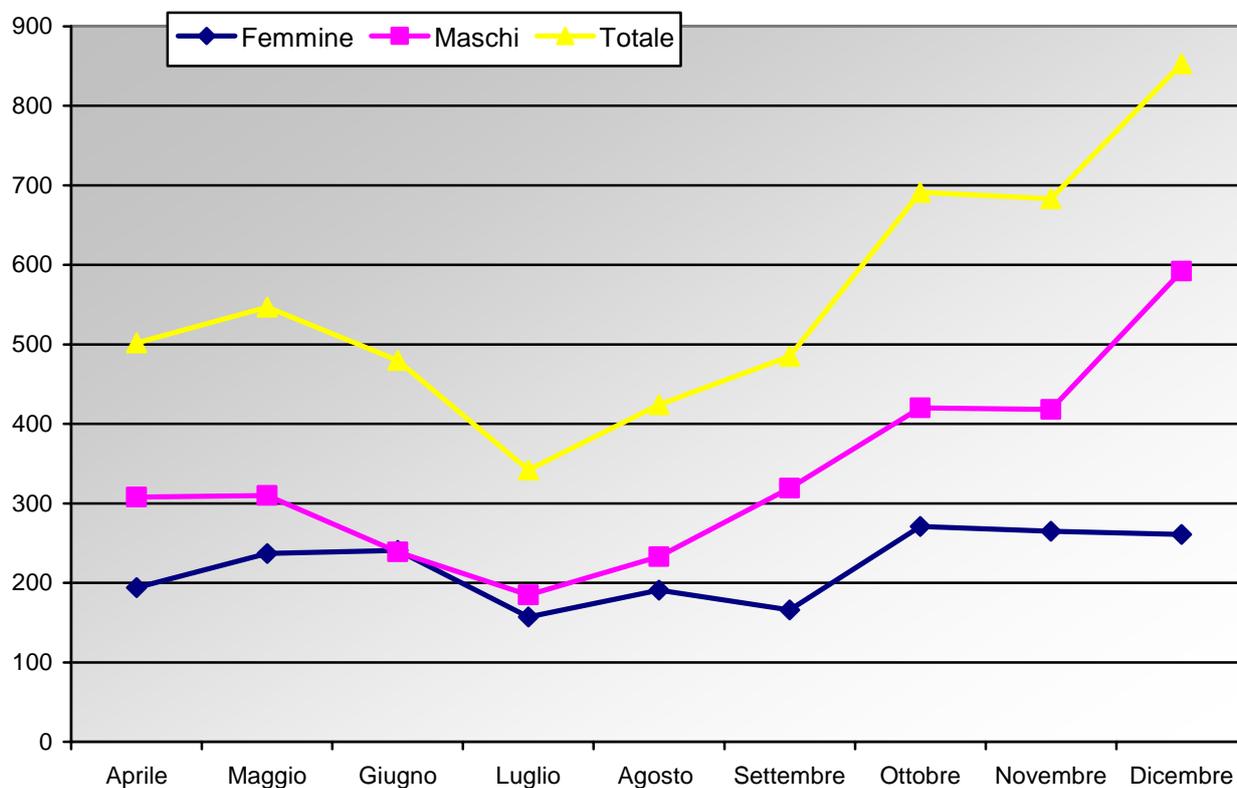
Dall'aprile 2004 al dicembre dello stesso anno ha registrato oltre 5.000 presenze.

La frequentazione dei pensionati al Centro è costante e la leggera flessione rilevata durante i mesi estivi è stata compensata dalle presenze dell'ultimo trimestre del 2004 (*tabella 25 e grafico 3*).

Tabella 25 - Presenze mensili nel centro ricreativo dal 1 aprile al 31 dicembre 2004

<i>Mese</i>	<i>Femmine</i>	<i>Maschi</i>	<i>Totale</i>
Aprile	194	308	502
Maggio	237	310	547
Giugno	241	239	480
Luglio	157	185	342
Agosto	191	233	424
Settembre	166	319	485
Ottobre	271	420	691
Novembre	265	418	683
Dicembre	261	592	853
<i>Totale presenze</i>	<i>1.983</i>	<i>3.024</i>	<i>5.007</i>

Grafico 3 – Andamento delle presenze nel Centro Ricreativo nel corso del 2004



*Le badanti*⁵⁸

Più della metà delle badanti che lavorano regolarmente nel territorio della Repubblica sono di nazionalità ucraina, seguite dalle badanti di nazionalità rumena, moldava e croata. Inoltre, quasi metà delle badanti ha un'età compresa tra i 40 e i 49 anni (*tabella 26*) e, ad esclusione delle badanti di nazionalità croata e ucraina, nessuna di esse ha un'età superiore ai 60 anni.

Tabella 26 - Badanti regolarmente presenti a San Marino per età e nazionalità (anno 2004)

	20-29	30-39	40-49	50-59	oltre 60	totale
Albanese	1	1	5	0	0	7
Bielorussa	0	0	1	0	0	1
Brasiliana	0	0	1	0	0	1
Croata	0	0	1	2	6	9
Eritrea	1	0	0	0	0	1
Marocchina	0	0	0	1	0	1
Moldava	0	5	5	2	0	12
Nigeriana	0	1	0	0	0	1
Peruviana	1	0	0	0	0	1
Polacca	0	0	3	0	0	3
Rumena	8	11	31	4	0	54
Russa	0	0	1	1	0	2
<i>Ucraina</i>	<i>7</i>	<i>25</i>	<i>72</i>	<i>40</i>	<i>2</i>	<i>146</i>
Totale	18	43	120	50	8	239

La quasi totalità delle badanti (in tutto 224) si occupa dell'assistenza degli anziani, qualcuna di esse assiste malati, ma praticamente nessuna è impegnata nell'assistenza di persone invalide. In particolare, è nelle badanti di nazionalità croata e albanese che si riscontra la quota maggiore di badanti che assistono malati (*tabella 27*).

⁵⁸ *FONTE DATI*: Relazione "Famiglia e Lavoro di cura" redatta da Aurelia Zafferani – Responsabile Servizio Territoriale Domiciliare (nov. 2004)

Tabella 27 - Badanti regolarmente presenti a San Marino per tipo di mansione assistenziale svolta e nazionalità (anno 2004)

	Assistente Malati	Assistente anziani	Assistente invalidi	Totale
Albanese	2	5	0	7
Bielorussa	0	1	0	1
Brasiliana	0	1	0	1
Croata	4	5	0	9
Eritrea	1	0	0	1
Marocchina	0	1	0	1
Moldava	1	11	0	12
Nigeriana	0	1	0	1
Peruviana	1	0	0	1
Polacca	0	3	0	3
Rumena	0	53	1	54
Russa	0	2	0	2
Ucraina	5	141	0	146
Totale	14	224	1	239

Infanzia ed età evolutiva

In sintesi:

- *Numero di tagli cesarei superiore a quanto raccomandato dall'OMS*
- *Tasso di mortalità infantile inferiore ai territori a noi limitrofi*
- *Le principali cause di ricovero sono riconducibili alle malattie dell'apparato respiratorio e alle malattie infettive per entrambi i sessi*
- *La copertura vaccinale raggiunge livelli superiori al 97%*
- *Le malformazioni congenite non evidenziano particolari casi di allarme attestandosi leggermente al di sopra della media italiana*
- *L'attività di lavoro clinico-terapeutica e sociale è in costante aumento facendo registrare nel 2003 un considerevole aumento casi.*
- *In costante aumento le domande di accesso al Servizio di Asili Nido*
- *La casistica giuridica e psicologica inerente alle separazioni coniugali è in costante aumento.*

L'infanzia e l'età evolutiva rappresenta un momento della vita dell'individuo nel quale la scelta degli adulti in termini di comportamento, stili e ambiente di vita, delle conduzioni e opportunità culturali e sociali sono particolarmente importanti quali determinanti la salute.

Nel 2003 la popolazione in età evolutiva, cioè in età compresa tra i 0 e i 18 anni, ammonta a 5.445 unità, pari al 18,6% della popolazione residente in Repubblica. Di questi soggetti, 2.857 sono di sesso maschile, 2.588 di sesso femminile (*tabella 1a*).

Tabella 1a – Popolazione in età evolutiva (anno 2003)

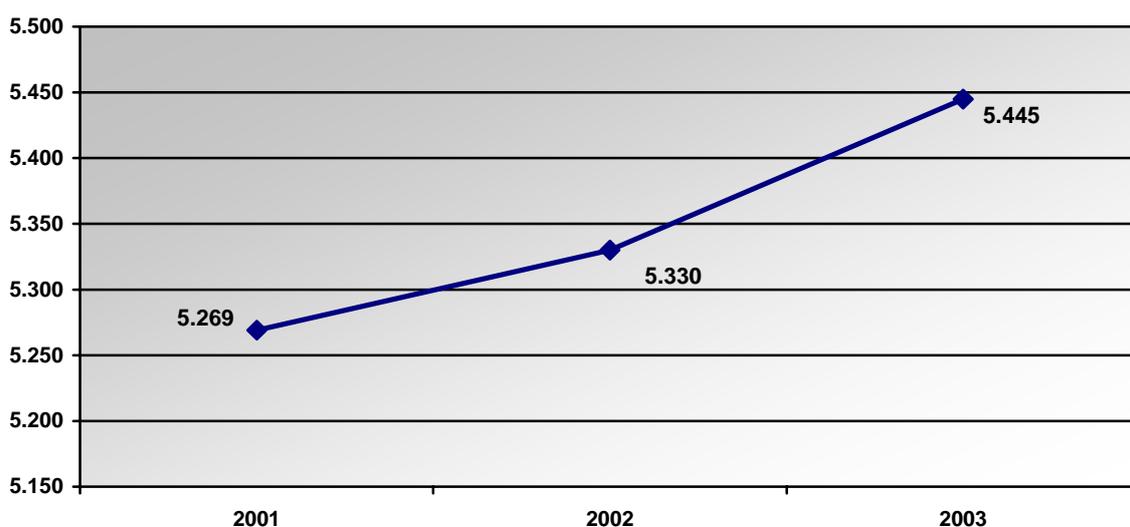
N. soggetti			Incidenza % sul totale della popolazione residente		
Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2.857	2.588	5.445	19,9%	17,4%	18,6%

La popolazione in età evolutiva ha registrato un lieve incremento rispetto al 2001 e sono soprattutto le persone di sesso maschile che hanno registrato un aumento più elevato (+3,89% contro +2,74% nel sesso femminile) (*tabella 1b*)

Tabella 1b – Popolazione in età evolutiva (2001-2003)

	N. soggetti			Variazione % rispetto al 2001		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2001	2.750	2.519	5.269	\	\	\
2002	2.795	2.535	5.330	+1,64%	+0,64%	+1,16%
2003	2.857	2.588	5.445	+3,89%	+2,74%	+3,34%

Grafico 1 – Andamento della popolazione in età evolutiva (2001-2003)



Nella provincia di Rimini, nell'anno 2000 la popolazione residente in età evolutiva era composta da 44.688 soggetti, pari al 16,3% della popolazione residente, mentre a San Marino è pari al 18,6%. (in Emilia Romagna: 14,5%).

Il peso della popolazione in età evolutiva rispetto al totale della popolazione residente (tabella 2) assume valori superiori nei castelli di Faetano e Montegiardino (con percentuali che raggiungono in entrambi i casi quasi il 22%) seguiti dai castelli di Fiorentino (19,9%), Domagnano e Serravalle (19,1%). Le percentuali più basse vengono registrate a San Marino città (16,2%) e a Borgo Maggiore (17,9%) dove parallelamente si riscontra un peso maggiore delle persone anziane (di 65 anni e oltre).

Tabella 2 – Popolazione in età evolutiva distinta per sesso e castello di residenza (anno 2003)

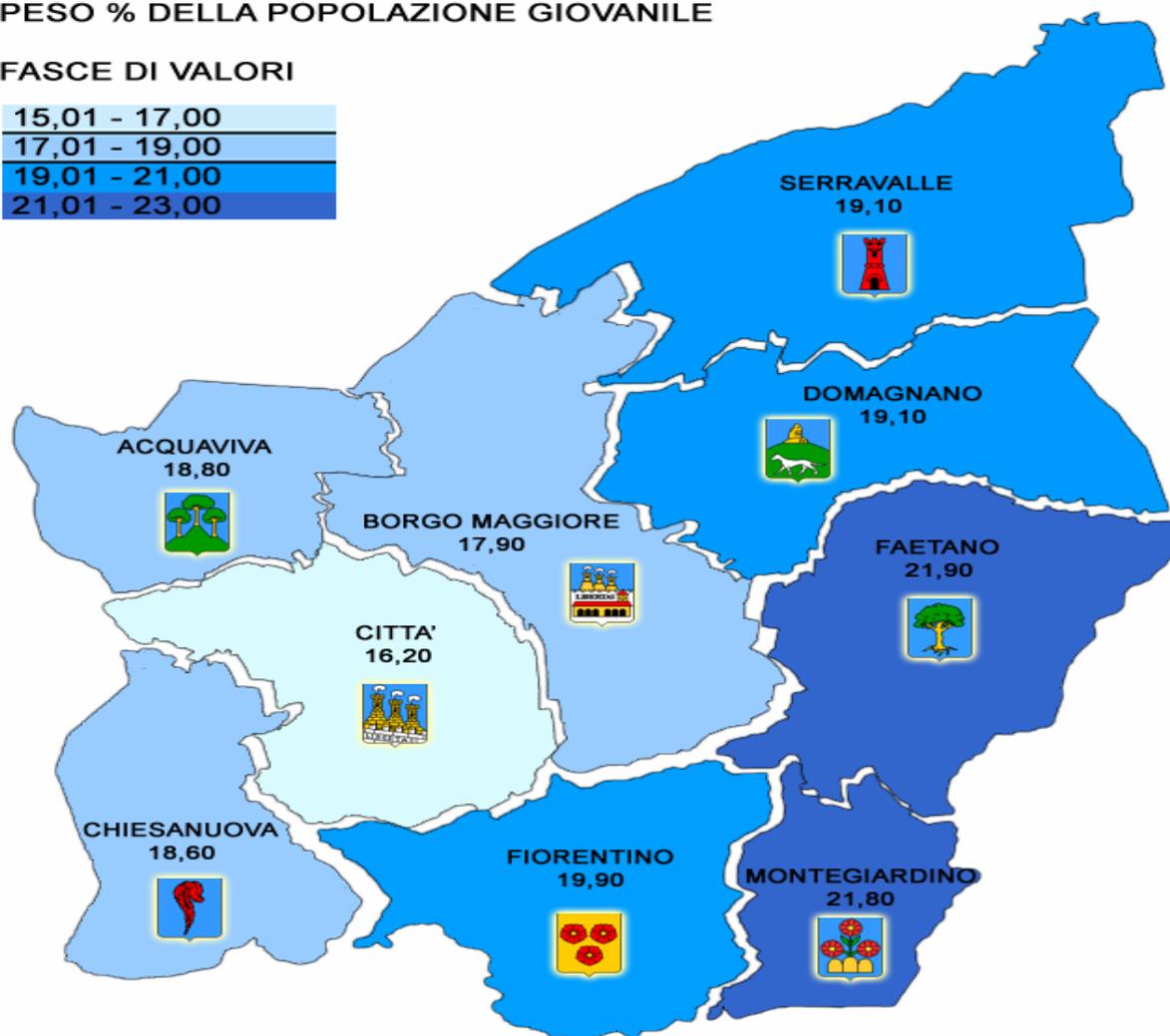
Castelli	N. SOGGETTI			% SUL TOTALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale

<i>Acquaviva</i>	161	154	315	20,0%	17,6%	18,8%
<i>Borgomaggiore</i>	568	507	1075	19,4%	16,5%	17,9%
<i>Chiesanuova</i>	91	91	182	19,2%	18,1%	18,6%
<i>Serravalle</i>	956	839	1795	20,5%	17,7%	19,1%
<i>Domagnano</i>	268	251	519	20,0%	18,2%	19,1%
<i>Faetano</i>	122	115	237	22,6%	21,2%	21,9%
<i>Fiorentino</i>	211	210	421	20,5%	19,2%	19,9%
<i>Montegiardino</i>	91	82	173	24,0%	19,8%	21,8%
<i>San Marino città</i>	389	339	728	17,8%	14,7%	16,2%

PESO % DELLA POPOLAZIONE GIOVANILE

FASCE DI VALORI

15,01 - 17,00
17,01 - 19,00
19,01 - 21,00
21,01 - 23,00



La mortalità

Un indice molto importante da prendere in considerazione è il *tasso di mortalità infantile*⁵⁹ che costituisce un indicatore fondamentale del livello di benessere sociale.

Nella Repubblica di San Marino il tasso di mortalità infantile calcolato per il quinquennio 1999-2003 è risultato pari a 3,99 per 1000 nati vivi (*tabella 3*). Nel quinquennio considerato questo indicatore assume valori superiori nel sesso maschile rispetto al sesso femminile: è proprio nel sesso maschile che si è verificato il maggior numero di decessi nel corso del primo anno di vita⁶⁰.

In entrambi i sessi, i decessi sono attribuibili esclusivamente a malformazioni congenite.

Tabella 3 - Tasso di mortalità infantile – periodo 1999-2003

	Maschi	Femmine	Totale
Decessi in età compresa tra 0 e 1 anno	4	2	6
Nati vivi	795	708	1.503
<i>Tasso di mortalità infantile (x 1000 nati vivi)</i>	<i>5,03</i>	<i>2,82</i>	<i>3,99</i>

Il tasso di mortalità infantile si situa al di sotto di quello registrato nelle regioni a noi limitrofe anche se il dato, basandosi su un numero limitato di casi, presenta una forte variabilità.

I parti⁶¹

Nel corso dell'anno 2003 si sono avuti complessivamente 307 parti; di questi 216 sono stati spontanei (pari al 70,4% dei parti totali) e 91 cesarei (29,6% del totale) (*tabella 4*).

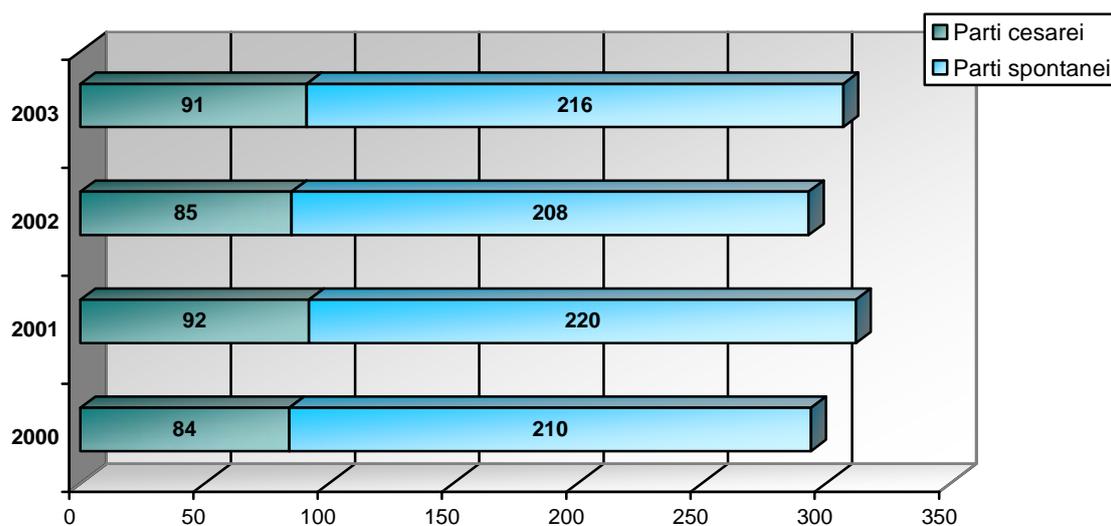
⁵⁹ **TASSO DI MORTALITA' INFANTILE:** numero di decessi per tutte le cause in età compresa tra 0 e 1 anno (cioè nel primo anno di vita) nell'anno t / numero di nati vivi nello stesso periodo di riferimento x 1000. Per nato vivo si intende ogni prodotto del concepimento che, separato dall'utero, dia un qualunque segno di vita, qualsiasi sia la durata della gravidanza.

⁶⁰ **FONTE DATI:** i dati relativi al numero di decessi in età 0 sono stati tratti dalla relazione "Stato di salute della popolazione della Repubblica di San Marino (anno 2003)".

⁶¹ **FONTE DATI:** Relazione sui servizi ospedalieri e specialistici (anno 2003) - Direzione sanitaria

Tabella 4 – Parti spontanei e parti cesarei (2000-2003)

	Parti cesarei		Parti spontanei		Totale
	N. casi	% sul tot. parti	N. casi	% sul tot. dei parti	N. casi
2000	84	28,6	210	71,4	294
2001	92	29,5	220	70,5	312
2002	85	29,0	208	71,0	293
2003	91	29,6	216	70,3	307



I parti cesarei sono aumentati nel 2003 del 7,1% rispetto all'anno precedente.

La morbosità

In questa sede si effettua una breve sintesi delle principali cause di ricovero della popolazione in età giovanile, rinviando al capitolo sulla morbosità per avere delle informazioni più specifiche su tale aspetto.

Tabella 5 - Ricoveri relativi alla popolazione in età 0-14 anni (2002)

Età al ricovero	Maschi		Femmine	
	N.	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000 ab.)	N.	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000 ab.)
Neonati	26	153,85	17	133,86
1 – 14 anni	229	108,94	136	71,09

I neonati registrano un tasso di ospedalizzazione pari a 153,85 per i maschi e 133,86 per le femmine.

Nella fascia di età 1 – 14 anni il tasso di ospedalizzazione complessivo è chiaramente inferiore rispetto a quello registrato nei neonati. Si riscontra, inoltre, una evidente differenza tra maschi e femmine: il tasso di ospedalizzazione totale è più elevato nei maschi (*tabella 5*).

Nell'anno 2002, le malattie dell'apparato respiratorio rappresentavano la principale causa di ricovero nei neonati di entrambi i sessi ed anche nelle persone in età compresa tra 1 e 14 anni queste costituivano uno dei motivi principali di ricovero insieme alle malattie infettive (*tabella 6a e 6b*).

Tabella 6a – Principali cause di ricovero nei neonati (anno 2002)

	Maschi			Femmine	
Causa ricovero	N.	Tasso ospedalizzazione (x 1.000 ab.)	Causa ricovero	N.	Tasso ospedalizzazione (x 1.000 ab.)
Malattie sistema respiratorio	8	47,34	Malattie sistema respiratorio	5	39,37
Malattie infettive	4	23,67	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5	39,37
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4	23,67	Malattie apparato genito-urinario	3	23,62

Tabella 6b - Principali cause di ricovero in età compresa tra gli 1 e i 14 anni (anno 2002)

	Maschi			Femmine	
Causa ricovero	N.	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000 ab.)	Causa ricovero	N.	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000 ab.)
Malattie sistema respiratorio	75	35,68	Malattie infettive	34	17,77
Malattie infettive	50	23,79	Malattie sistema respiratorio	33	17,25
Traumatismi e avvelenamenti	30	14,27	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	23	12,02

Malformazioni congenite

Nei paesi sviluppati le malformazioni congenite sono responsabili del **20-25% dei decessi nel primo anno di vita**, rappresentando la prima causa di morte in questa fascia di età.

Le malformazioni congenite hanno un **incidenza di circa il 3-4%**, anche se bisogna considerare che la frequenza delle malformazioni congenite varia da luogo a luogo (fattori socio-economici, geografici, etc...), muta nel tempo (fattori epidemici, ambientali, etc...) ed è influenzata da modalità diverse della raccolta dati soprattutto quando non c'è una netta demarcazione fra normalità morfologica e dismorfismo congenito.

A San Marino del periodo 1989-1999 38 neonati su 2.958 nati hanno presentato delle malformazioni congenite (prevalenza alla nascita: 1,3%).

I dati a nostra disposizione in base al trend temporale di tutte le malformazioni non evidenziano particolari situazioni di allarme, considerando anche l'esiguo numero di casi e quindi una oscillazione più marcata da un anno all'altro.

Si può tuttavia affermare che la prevalenza delle malformazioni congenite si avvicina a quella italiana, soprattutto per quel che riguarda le **malformazioni cardiache congenite** e le **malformazioni del SNC** che si attestano rispettivamente allo **6,7 ed 1,36 per mille a San Marino** al **5,12 e 1,35 per mille in Italia**

Il registro delle malformazioni congenite, nell'ambito della sanità pubblica, può essere uno strumento utile per identificare fattori di rischio ambientali e alterazioni genetiche, in quanto un monitoraggio continuo può essere in grado di cogliere differenze statisticamente significative nel tempo e tra varie aree geografiche, al fine di contribuire a formulare ipotesi su fattori eziologici.

Il monitoraggio delle malformazioni congenite assume anche una certa rilevanza sociale, in quanto può suggerire politiche socio-sanitarie volte ad una migliore integrazione sociale per deficit lievi ed una adeguata gestione per i malati con deficit psichici e fisici gravi.

Le vaccinazioni

La copertura relativa alle vaccinazioni effettuate nella Repubblica di San Marino nel corso del 2004 viene sintetizzata nelle seguenti tabelle.

Vaccinazioni obbligatorie

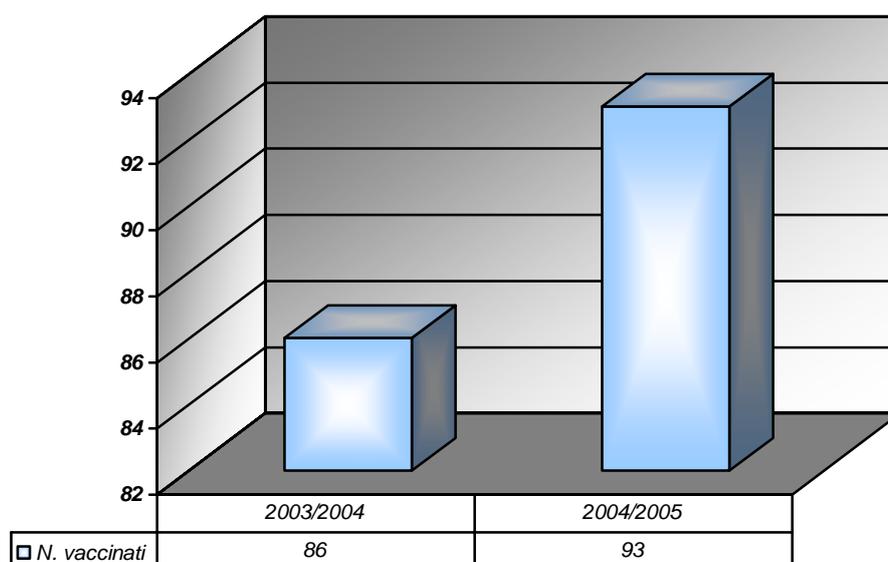
	Descrizione del GRUPPO TARGET usato come denominatore nella determinazione della copertura	Numero di soggetti del gruppo target	Copertura (in termini %)
Difterite Tetano Polio	Bambini in vita	320	98,1
Epatite B	Bambini in vita	320	97,1

Vaccinazioni/Interventi

	Descrizione del GRUPPO TARGET usato come denominatore nella determinazione della copertura	Numero di soggetti del gruppo target	Copertura (in termini %)
Morbillo	Target group specifico: 15/16 anni	325	97,5

Il dato sulla copertura è estremamente positivo: tale indice si posiziona, infatti, tra il 97% e il 98%. Per quanto riguarda le vaccinazioni anti-influenzali pediatriche⁶² (cioè effettuate sui soggetti in età compresa tra i 15 mesi e i 14 anni) nel corso del periodo 2004/2005 ne sono state effettuate complessivamente 93, con un aumento del 8,1% rispetto all'anno precedente (grafico 2).

Grafico 2 – Vaccinazioni anti-influenzali in età compresa tra i 15 mesi e i 14 anni



⁶² FONTE DATI: Servizio medicina di base

La scolarità⁶³

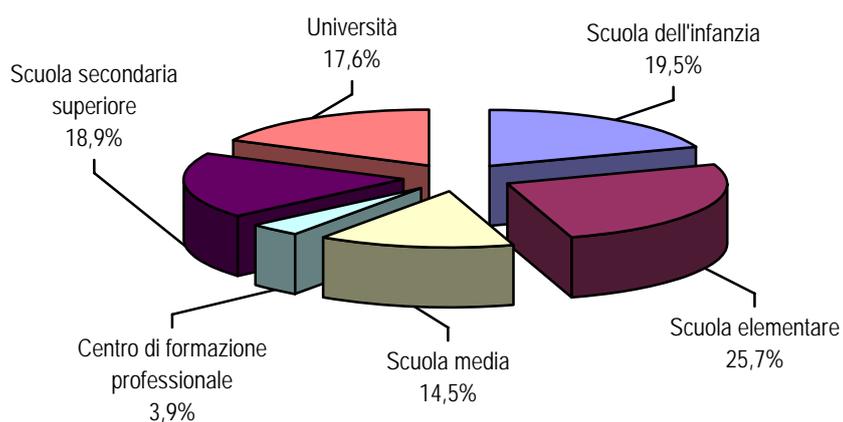
A San Marino la popolazione scolastica totale, inclusa l'istruzione prescolastica, (tabella 7), nell'anno di corso 2003/04 conta 5.494 iscritti, presentando un incremento, rispetto all'anno precedente, di 439 unità pari al 8,7%. La popolazione scolastica totale rappresenta il 18,9% della popolazione residente al 01/01/2004.

Tabella 7 – Popolazione scolastica (anno scolastico 2003/2004)

	<i>Popolazione scolastica in territorio</i>	<i>Popolazione scolastica fuori territorio</i>	<i>Totale</i>
Scuola dell'infanzia	1.069	0	1.069
Scuola elementare	1.412	0	1.412
Scuola media	794	0	794
Centro di formazione professionale	38	179	217
Scuola secondaria superiore	517	519	1.036
Università (**)	35	931	966
Totale	3.865	1.629	5.494
<i>Incidenza % sul totale della popolazione scolastica</i>	70,35	29,65	

Nel grafico che segue viene presentata la popolazione scolastica per ordine di studi.

Grafico 3 – Popolazione scolastica per ordine di studi (anno scolastico 2003/2004)



⁶³ FONTE DATI: Relazione economico-statistica (anno 2005) - Ufficio Programmazione Economico e Centro Elaborazione Dati e Statistica

Il *tasso di scolarità*⁶⁴ della Scuola Secondaria Superiore, calcolato rapportando gli iscritti alla popolazione di età teorica corrispondente al corso frequentato, nel corso del 2003/04 ammonta al 96,31% (in Italia 83,6%), mantenendosi costante rispetto all'anno precedente (96,37%) (*tabella 8 e grafico 4a e 4b*).

Relativamente al tasso di scolarità universitario, dal 1993 al 2000 si osserva una dinamica di crescita costante (si registrano aumenti nell'ordine del 3-4% di tale tasso); nel 2001 questa dinamica di crescita si arresta, ma nel corso dell'anno scolastico 2003/2004 il tasso percentuale riprende a salire assumendo valori di crescita pari agli anni antecedenti il 2001 (62,61 nel 2003/2004, 59,58 nel 2002/03).

Tabella 8 – Tasso di scolarità (1994 - 2004)

		94/95	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04
Femmine	Scuola Secondaria Superiore	93,71%	92,85%	97,18%	95,15%	95,07%	97,36%	96,23%	90,20%	97,18%	97,92%
	Università	43,90%	47,28%	51,32%	57,73%	61,70%	66,05%	70,18%	69,64%	69,49%	72,60%
Maschi	Scuola Secondaria Superiore	82,64%	82,41%	88,51%	91,87%	91,63%	94,28%	89,70%	97,10%	95,61%	94,83%
	Università	35,32%	39,59%	42,79%	45,00%	46,78%	48,30%	49,94%	49,10%	49,87%	52,81%
Totale	Scuola Secondaria Superiore	88,08%	87,56%	92,78%	93,48%	93,29%	95,74%	92,80%	93,70%	96,37%	96,31%
	Università	39,62%	43,44%	47,10%	51,73%	54,18%	57,11%	60,00%	59,45%	59,58%	62,61%

⁶⁴ *TASSO DI SCOLARITA'*: numero di iscritti ad un determinato grado scolastico/popolazione residente di età corrispondente x 100

Grafico 4a – Andamento del tasso di scolarità per sesso e ordine di studio (1994-2004)

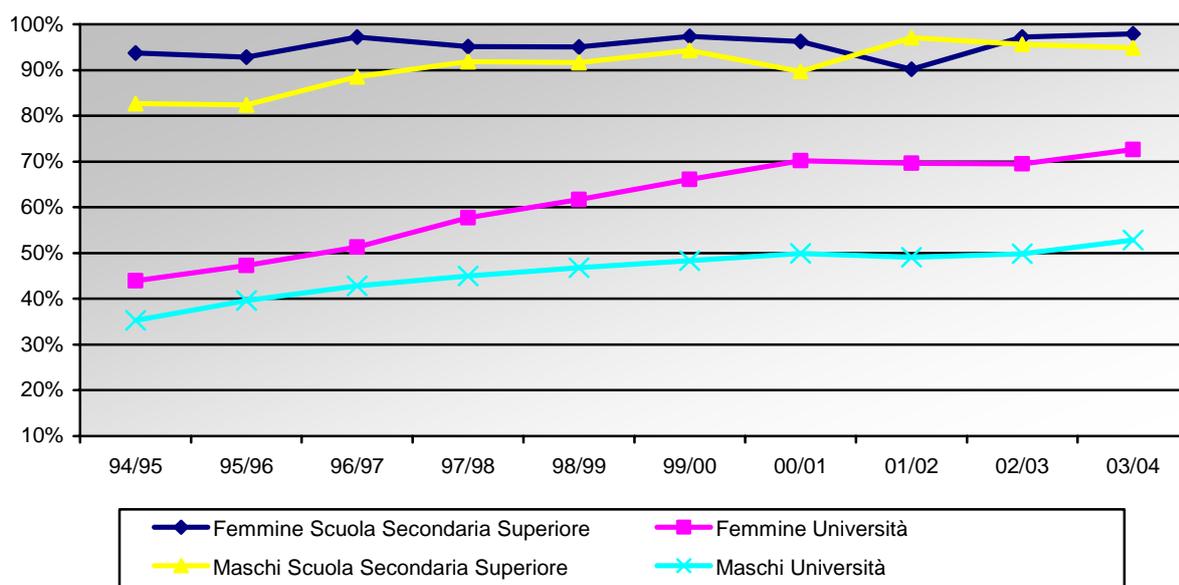
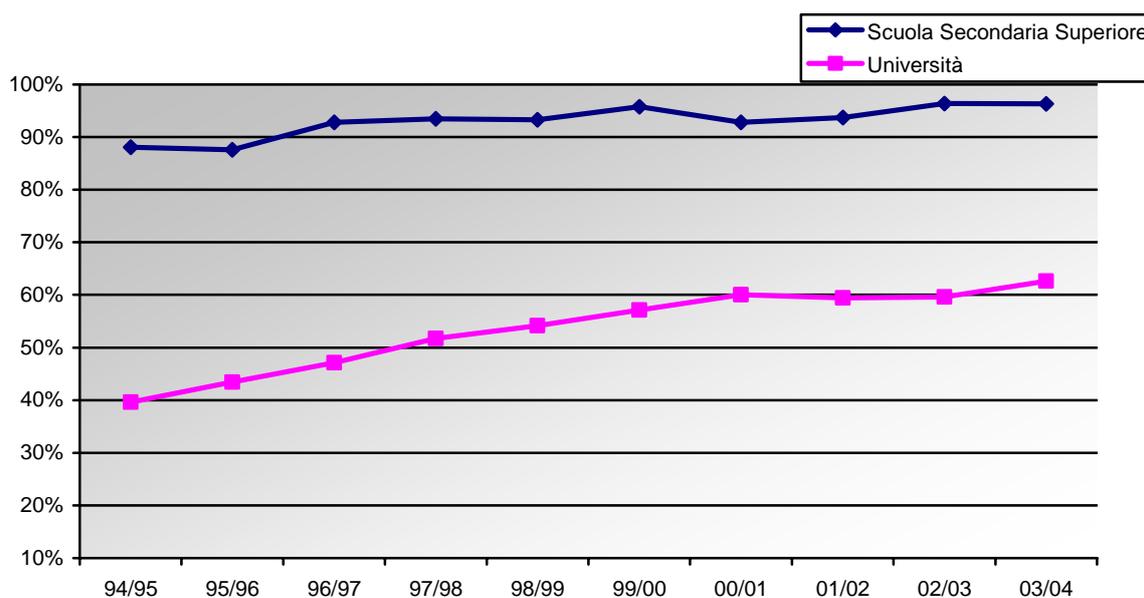


Grafico 4b – Andamento del tasso di scolarità totale (1994-2004)



San Marino registra un tasso di scolarizzazione riferito ai diversi gradi scolastici in linea o superiori alle diverse province dell'Emilia Romagna.

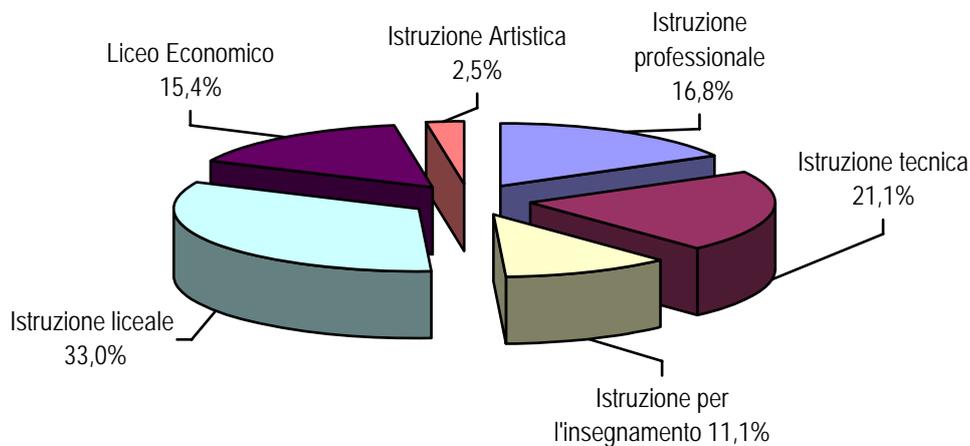
Le scelte scolastiche relative alla Scuola Secondaria Superiore, nell'anno di corso 2003/04, fanno registrare un'ulteriore calo delle iscrizioni agli Istituti Professionali e una leggera diminuzione delle iscrizioni ai licei. Inoltre, subiscono una importante battuta d'arresto le iscrizioni agli istituti tecnici dopo la crescita del 2003 mentre salgono le iscrizioni agli istituti per l'insegnamento (tabella 9).

Tabella 9 – Studenti iscritti al primo anno delle scuole secondarie superiori per tipo di corso

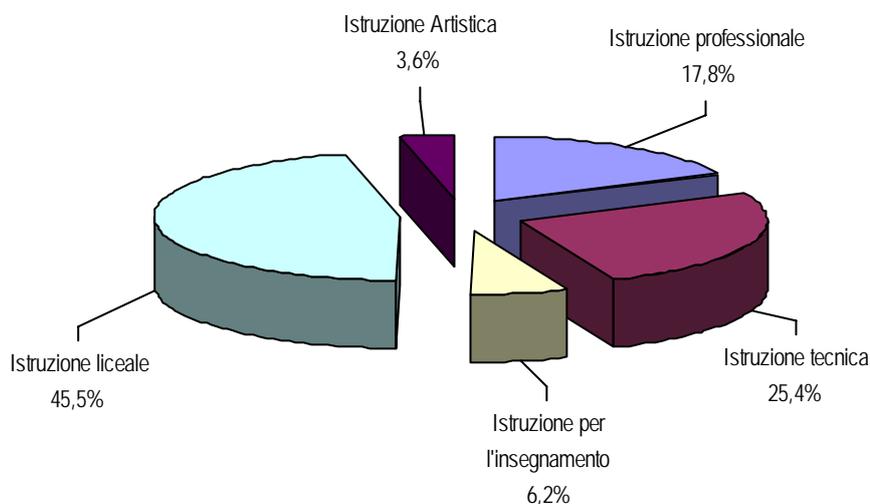
	1999/00			2000/01			2001/02			2002/03			2003/04		
	M	F	Tot.												
ISTRUZIONE PROFESSIONALE	45	20	65	52	30	82	39	22	61	39	13	52	36	11	47
Industriale	29	0	29	42	1	43	25	0	25	26	1	27	27	1	28
Commerciale	13	19	32	8	27	35	12	22	34	9	12	21	2	7	9
Alberghiero	3	1	4	2	2	4	2	0	2	4	0	4	7	3	10
Sociale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ISTRUZIONE TECNICA	64	45	109	43	13	56	37	15	52	67	18	85	51	8	59
Agraria	0	0	0	1	0	1	1	2	3	2	0	2	0	0	0
Industriale	30	2	32	30	1	31	26	0	26	36	0	36	34	1	35
Ragioneria	27	41	68	6	8	14	2	6	8	21	16	37	11	5	16
Geometri	7	1	8	5	2	7	8	3	11	6	1	7	6	0	6
Turismo	0	1	1	1	2	3	0	4	4	2	1	3	0	2	2
ISTRUZIONE PER L'INSEGNAMENTO	3	9	12	0	17	17	3	21	24	0	16	16	13	18	31
ISTRUZIONE LICEALE	50	58	108	49	61	110	60	61	121	67	76	143	49	86	135
ISTRUZIONE ARTISTICA	3	10	13	3	5	8	6	7	13	3	6	9	2	5	7
Totale	165	142	307	147	126	273	145	126	271	176	129	305	151	128	279

Le scelte scolastiche degli iscritti negli istituti di riferimento, risultano così composte:

Studenti iscritti al primo anno della Scuola Secondaria Superiore (2003/2004)



Studenti iscritti alla Scuola Secondaria Superiore (2003/2004)



Alunni con handicap

Le *tabelle 10 e 11* riportano informazioni sugli alunni con handicap seguiti nelle strutture scolastiche nel corso dell'anno scolastico 2003/2004. La prevalenza di essi presenta disturbi di apprendimento, disturbi dello sviluppo o deficit cognitivo lieve, medio o grave.

Tabella 10 - Casi seguiti per ordine di scuola – anno 2003/2004

Ordine di scuola	Deficit Cognitivo (Lieve, Medio e Grave)	Deficit fisico	Disturbi specifici dell'apprendimento	Disturbi generalizzati dello sviluppo (Autismo, Asperger..)	Casi vari	Totale casi	Totale insegnanti
	A	B	C	D	E		
Scuola Infanzia	2	2	0	5	1	10	6,5
Scuola Elementare	7	2	8	6	8	31	23
Scuola Media	6	0	12	5	4	27	
CFP*	2	0	0	1	0	3	
Totale	17	4	20	17	13	71	

* Corsi di Formazione Professionale

Tabella 11 - Alunni con disturbi per ordine di scuola – anno 2003/2004

	N. casi	per 100 studenti
Scuola Infanzia	10	0,94
Scuola Elementare	31	2,20
Scuola Media	27	3,40

I servizi di tutela dei minori

Un indicatore utile a comprendere i problemi connessi con questa fascia di età, sono i dati provenienti dall'attività del Servizio Minori.

Il Servizio Minori⁶⁵

Il Servizio Minori si occupa dell'aspetto psicologico, sociale e relazionale dei minori fino al 18° anno di età, in una prospettiva educativa, terapeutica, riabilitativa, di integrazione favorendo un armonico sviluppo psico-fisico e nello stesso tempo operando in una ottica preventiva del disagio stesso.

Il Settore Centro Educazione Psicomotoria è composto da:

- **Unità di lavoro Clinico - Terapeutica e Sociale** che comprende attività di psicodiagnostica, di profilassi, di psicoterapia; elabora piani di lavoro psicopedagogici ai fini dell'integrazione scolastica e sociale del disabile e del minore in difficoltà; offre opportunità di counselling nei confronti delle famiglie e collabora con il tribunale per indagini peritali riguardanti separazioni fra coniugi, affidi e adozioni dei minori. Sul

⁶⁵ FONTE DATI: Relazione "Nuovo modello genitoriale: ripercussioni sui figli" di Dott.ssa Maria Luisa Zavoli.

territorio attua interventi di sostegno socio-educativo nei confronti dei minori e delle famiglie in difficoltà.

- **Unità di lavoro riabilitativa** che opera attraverso sedute ambulatoriali di logoterapia, fisioterapia, idroterapia per problemi psicomotori, neuromotori, problematiche di ordine ortopedico e per problematiche legate ai disturbi del linguaggio e della comunicazione.

Un altro **Settore** è costituito dal **Centro Disabili Colore del Grano** che si articola in due contesti operativi:

- **il Centro Residenziale** che garantisce ai disabili adulti, non solo uno spazio di assistenza, ma anche e soprattutto uno spazio e luogo di vita;
- **il Centro Diurno e laboratori** che offrono un sostegno e uno spazio educativo assistenziale diurno al nucleo familiare.

Il **Settore Asilo Nido** che si configura quale servizio orientato allo sviluppo psico-educativo e sociale del bambino in collaborazione con l'insostituibile ruolo della famiglia.

Ed infine il **Settore Casa per Ferie** che offre dal mese di giugno a settembre, una opportunità di soggiorno al mare ai minori, alle loro famiglie, agli anziani e alle persone disabili in un'ottica educativa e ricreativa.

Settore Centro Educazione Psicomotoria⁶⁶

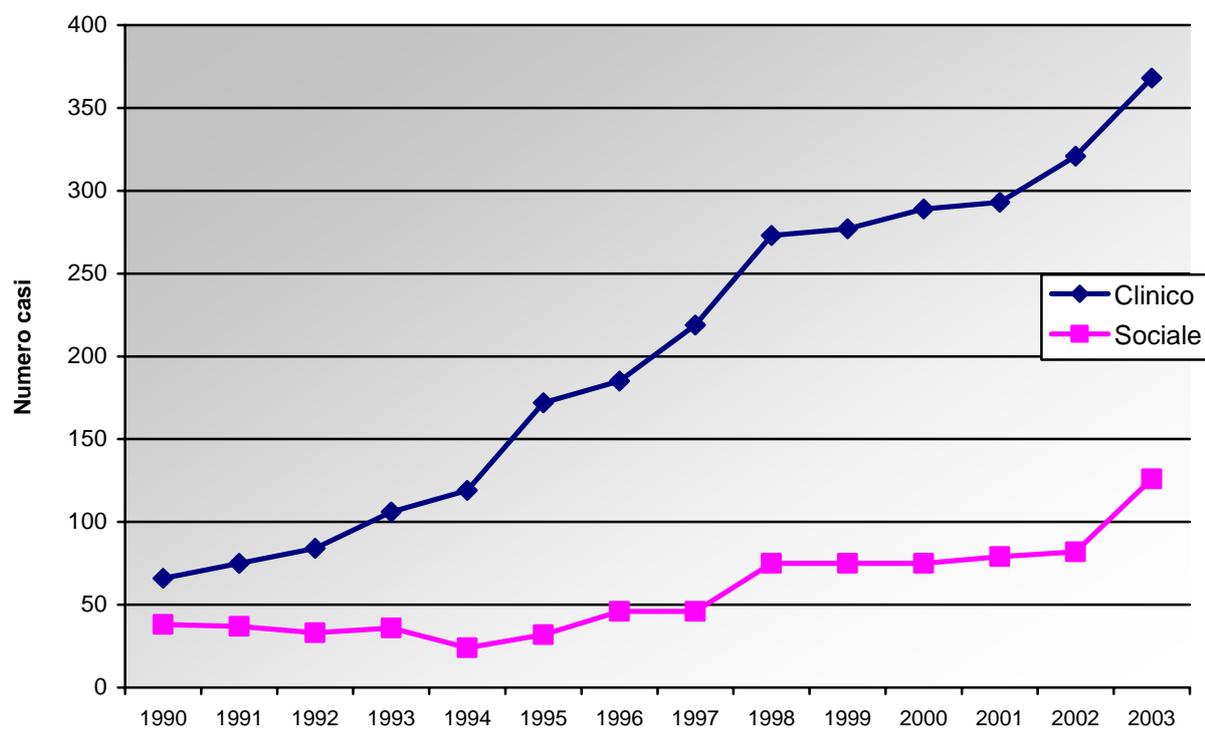
Unità di lavoro clinico-terapeutico e sociale e unità di lavoro sociale

L'attività dell'Unità di lavoro clinico – terapeutica e sociale e dell'Unità di lavoro Sociale è progressivamente aumentata nel corso del tempo (*tabella 12*); in particolare, nell'anno 2003, l'Unità di lavoro clinico – terapeutica e sociale ha avuto in carico complessivamente 368 casi, l'Unità di lavoro sociale 126.

⁶⁶ **FONTE DATI:** Relazione sul servizio minori (anno 2003) (in aggiunta ai dati presenti nella relazione prima indicata)

Tabella 12 - Carico di lavoro clinico e sociale dal 1990 al 2003

	<i>Clinico</i>	<i>Sociale</i>
1990	66	38
1991	75	37
1992	84	33
1993	106	36
1994	119	24
1995	172	32
1996	185	46
1997	219	46
1998	273	75
1999	277	75
2000	289	75
2001	293	79
2002	321	82
2003	368	126



Unità di lavoro Clinico – Terapeutico – Sociale

Tabella 13 - Casi seguiti dagli psicologi dell'età evolutiva (2003)

	N. casi	Totale
Settore psicopatologico		176
<i>Ambito psicopatologico</i>		<i>111</i>
Età 0-3 anni	41	
Scuola infanzia	6	
Scuola elementare	45	
Scuola media	12	
Scuola superiore	7	
<i>Altro</i>		<i>65</i>
Vigilanze	6	
Minore in anno preadottivo	16	
Perizie per separazione	23	
Perizie per adozione	13	
Minori in affido in strutture protette	7	
Settore handicap e apprendimento		192
Scuola infanzia	23	
Scuola elementare	76	
Scuola media	34	
Scuola superiore e C.P.F.	12	
Presenza in carico anno 2003	47	
TOTALE		368

Unità di lavoro sociale

Tabella 14 – Interventi attuati dall'Unità di Lavoro Sociale distinti per tipologia (2003)

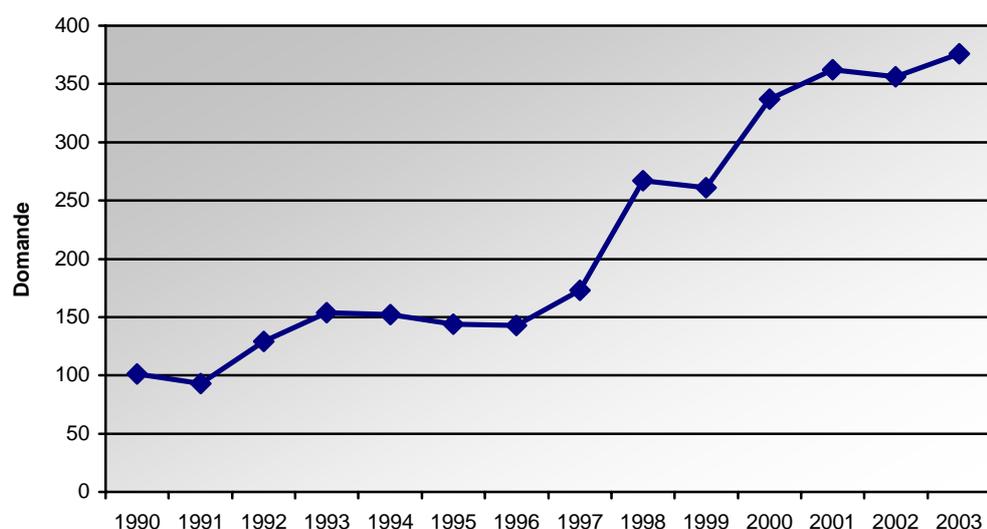
	<i>N. casi</i>
Casi seguiti in territorio	17
Vigilanze	3
Minore in anno preadottivo	16
Perizie per separazione	23
Perizie per adozione	13
Minori in affidamento in strutture protette	7
Inserimento lavorativo	23
Indagine graduatorie Asilo Nido	24
<i>TOTALE</i>	<i>126</i>

Asili Nido

Fra le problematiche che oggi la famiglia deve affrontare in maniera consistente c'è quella di conciliare tempi di lavoro e cura famigliare; ciò viene confermato dalla crescita esponenziale che negli ultimi anni ha subito la domanda di accesso al Servizio Asilo Nido (tabella 15). Tuttavia osserviamo con sempre maggiore frequenza che, anche qualora uno dei genitori non abbia impegni di lavoro, si ricorre ugualmente al supporto educativo dell'Asilo Nido, in quanto vissuto come modello educativo affidabile a cui delegare tale compito.

Tabella 15 - Domande di accesso al servizio Asilo Nido dal 1990 al 2003

Anno	Domande	Var. rispetto anno precedente	Var. rispetto 1990
1990	101	-	-
1991	93	-7,92%	-7,92%
1992	129	38,71%	27,72%
1993	154	19,38%	52,48%
1994	152	-1,30%	50,50%
1995	144	-5,26%	42,57%
1996	143	-0,69%	41,58%
1997	173	20,98%	71,29%
1998	267	54,34%	164,36%
1999	261	-2,25%	158,42%
2000	337	29,12%	233,66%
2001	362	7,42%	258,42%
2002	356	-1,66%	252,48%
2003	376	5,62%	272,28%



Separazioni coniugali

Anche la casistica, sia giuridica che psicologica, inerente le separazioni coniugali e la contesa dei figli ha avuto un incremento notevole a San Marino. Circa il 20% delle separazioni con minori vengono prese in carico dal Servizio attraverso l'invio dell'autorità giudiziaria perché particolarmente conflittuali (*tabella 16*).

Tabella 16 - Separazioni che arrivano al Servizio Minori (1990-2003)⁶⁷

Anno	Separazioni	Separazioni al servizio	Incidenza %
1990	9	5	55,6%
1991	15	0	0,0%
1992	22	1	4,5%
1993	25	5	20,0%
1994	17	9	52,9%
1995	19	3	15,8%
1996	22	4	18,2%
1997	29	4	13,8%
1998	22	5	22,7%
1999	28	1	3,6%
2000	25	4	16,0%
2001	31	6	19,4%
2002	38	4	10,5%
2003	34	7	20,6%
Valore medio nel periodo 1990-2003		19.5%	

Adozioni internazionali

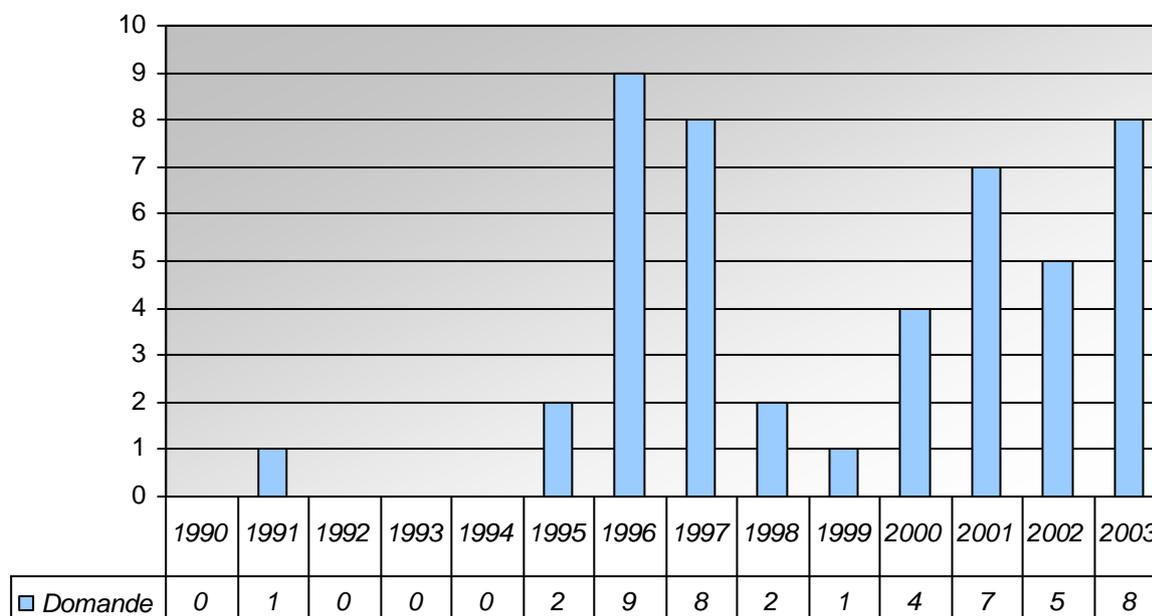
Un altro dato che il Servizio registra come significativo elemento di trasformazione della realtà familiare e sociale sammarinese, è quello riferito alle adozioni.

Sempre più numerose sono le coppie che presentano domanda di disponibilità all'adozione internazionale: fra queste si registra un trend in aumento anche nelle coppie con figli biologici. Sulle ragioni di tale crescita s'intrecciano varie ipotesi: un cambiamento culturale che favorisce una maggiore apertura all'accoglienza della diversità, il lento ma inarrestabile processo verso una

⁶⁷ Si fa riferimento non alle separazioni totali, ma solo quelle in cui sono coinvolti figli minorenni. Di queste, sono state indicate quelle che sono prese a carico dal Servizio Minori.

società multi-etnica che rende più accessibile l'idea di avere un figlio proveniente da un'altra parte del mondo, l'aumento delle coppie affette da problemi di sterilità. Infine, una certa sottostima delle difficoltà insite nel percorso adottivo (*tabella 17*).

Tabella 17 - Domande di adozione internazionale (1990-2003)



Unità di Lavoro Riabilitativa

L'attività riabilitativa si esplica attraverso sedute ambulatoriali di logopedia, fisioterapia, idroterapia e psicomotricità. Come si può osservare dalla *tabella 18*, nel corso del 2003, le attività prevalenti hanno riguardato la riabilitazione logoterapica e la riabilitazione fisioterapica.

Al settore di fisioterapia del Servizio Minori afferisce una casistica ricca, complessa ed estremamente diversificata, che va dai disturbi neuro e psico-motori ai paradisformismi dello scheletro. Negli ultimi anni sono aumentate notevolmente le richieste di visita per paradisformismi dell'età evolutiva, in particolar modo delle patologie del rachide.

Tabella 18 - Casi seguiti dall'unità di lavoro riabilitativa (2003)

Diagnosi	N. casi
Riabilitazione logoterapica	143
Casi seguiti	105
Terapia miofunzionale con difficoltà articolatorie associate	38
Riabilitazione fisioterapica	102
Casi trattati in riabilitazione fisioterapica	62
Casi trattati in riabilitazione fisioterapica, in carico dal 2003	27
Utenti del "Colore del Grano" (trattamento e controlli)	13
Riabilitazione idroterapica	60
Ginnastica rieducativa e ambientamento motorio	20
Approccio ludico e psicomotorio al nuoto	22
Utenti Centro Disabili "Colore del Grano"	18
Riabilitazione psicomotoria	13
Psicomotricità	13

Nuove Segnalazioni

Nel corso del 2004, sono pervenute al Servizio Minori 257 nuove segnalazioni; la *tabella 19* mostra la loro suddivisione in base ai vari ambiti a cui sono state indirizzate (clinico, riabilitativo, sociale).

Tabella 19 - Nuove segnalazioni pervenute al Servizio Minori (anno 2004)

	<i>N. casi</i>
Fisioterapia	87
Logoterapia	19
Psicologi ambito psicopatologico	63
Psicologi ambito handicap e apprendimento	87
Unità di lavoro sociale	1
TOTALE	257

Settore Centro Disabili “Colore del Grano”

Il Servizio Minori, attraverso il settore centro disabili “Colore del Grano” offre una risposta istituzionale qualificata ai disabili con deficit psicofisico grave e medio grave tale da comportare una notevole compromissione dell’autonomia funzionale.

Il Centro polivalente si dirama in due settori principali: Centro Residenziale, Centro Diurno – laboratori che, pur offrendo prestazioni diversificate, interagiscono tra loro, garantendo un servizio completo.

Una quota elevata di utenti del centro diurno è rappresentata da persone affette da sindrome di Down o da ritardo mentale o psicomotorio (*tabella 20a*).

Tabella 20a - Utenti del Centro Disabili “Colore del Grano” (anno 2003) – CENTRO DIURNO

	<i>N. utenti</i>
Sindrome di Prater Will	1
Sindrome di Down	8
Cerebropatia	2
Paralisi cerebrale infantile	1
Corea di Huntington	1
Ritardo mentale	1
Cri di chat	1
Ritardo mentale	6
Tetraparesi Spastica	1
Encefalopatia neonatale	1
Oligofrenia fenilpiruvica	1
Ritardo psicomotorio grave	3
Psicosi di tipo aulistico	1
Idrocefalo con ritardo mentale	1
Sindrome x fragile	1
Sindrome di William	1
Ritardo mentale in soggetto epilettico	2
Epilessia	1
<i>Totale</i>	<i>34</i>

La *tabella 20b e 20c* mostrano, invece, la suddivisione degli utenti del centro residenziale e semi-residenziale sulla base della patologia da cui sono affetti.

Tabella 20b - Utenti del Centro Disabili “Colore del Grano” (anno 2003) – CENTRO RESIDENZIALE

	<i>N. utenti</i>
Encefalopatia	3
Sindrome di Down	1
Sindrome "cri du chat"	1
Cerebropatia - Epilessia	1
Cerebropatia infantile	1
RMG	1
Ritardo Psicico - Psicosi	1
Schizofrenia - Psicosi dissociativa	1
Totale	10

Tabella 20c - Utenti del Centro Disabili “Colore del Grano” (anno 2003) – UTENTI CENTRO RESIDENZIALE/SEMIRESIDENZIALE

	<i>N. utenti</i>
Cerebropatia neonatale	1
Tetraparesi spastica	1
Cerebropatia atetoide in soggetto spastico	1
Totale	3

Per quanto riguarda il numero medio di presenze presso il centro disabili si osserva come, dopo una lieve flessione delle presenze durante i mesi estivi, queste abbiano ripreso a crescere negli ultimi mesi dell'anno (*tabella 21*)

Tabella 21 - Totale presenze presso il centro disabili "Colore del grano" (anno 2003)

	<i>Giornate di apertura</i>	<i>Totale presenze utenti</i>	<i>Media giornaliera presenze utenti</i>
Gennaio	19	222	11,68
Febbraio	19	190	10,00
Marzo	20	243	12,15
Aprile	20	266	13,30
Maggio	20	235	11,75
Giugno	20	187	9,35
Luglio	13	130	10,00
Agosto	16	132	8,25
Settembre	19	238	12,53
Ottobre	22	300	13,64
Novembre	20	262	13,10
Dicembre	14	187	13,36

Settore Casa per Ferie

La Casa per Ferie ha assunto, negli ultimi anni, una dimensione particolarmente significativa come proposta ricreativa, educativa e di gestione del tempo libero per minori, famiglie, anziani e persone disabili. Nel 2003, la metà degli utenti della Casa per Ferie era rappresentata da minori senza accompagnatore (399 in tutto), seguiti dagli anziani (192), la cui presenza si concentra nei mesi di giugno e settembre (*tabella 22*).

Tabella 22 - Ospiti della Casa per Ferie (anno 2003)

<i>Turni</i> ⁶⁸	<i>Minori</i>	<i>Accompagnatori</i>	<i>Disabili</i>	<i>Anziani</i>	<i>Totale</i>
I	-	-	-	102	102
II	109	27	1	-	137
III	36	32	28	-	96
IV	147	-	-	-	147
V	60	71	-	-	131
VI	47	49	-	5	101
VII	-	-	-	85	85
TOTALE	399	179	29	192	799

⁶⁸ La Casa per Ferie rimane aperta dall'inizio di giugno fino alla fine di settembre e ciascuno dei turni ha una durata quindicennale.

Handicap e Disabilità

In sintesi:

- *C'è una differente sensibilità nel considerare la disabilità e l'handicap*
- *Si tende a non parlare più di disabile ma di persona diversamente abile*
- *Non più handicap, o svantaggio, ma diversa partecipazione sociale*
- *Si dovrà analizzare ed eventualmente ricalibrare, anche a San Marino, il tipo di offerta al fine di integrare, potenziare e/o attivare i servizi per le persone diversamente abili e favorire una ricerca costante di condizioni materiali, sociali e culturali in una dinamica complessa per permettere di integrarsi nel tessuto sociale*

Nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel definire le condizioni di Danno/Minomazione, Disabilità e Handicap, distinse 3 livelli:

- Menomazione, ossia perdita o anomalia permanente a carico di una struttura anatomica o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica (esteriorizzazione);
- Disabilità, intendendo qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività di base (quale camminare, mangiare, lavorare) nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano (oggettivazione);
- Handicap come condizione di svantaggio, conseguente ad una menomazione o ad una disabilità, che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento di un ruolo sociale considerato normale in relazione all'età, al sesso, al contesto socio-culturale della persona (socializzazione);

Nel 1999 sempre l'OMS ha ridefinito due dei tre concetti portanti nel seguente modo:

- esteriorizzazione: **menomazione**
- l'oggettivazione: non più disabilità, ma **attività personali**, ossia le limitazioni di natura, durata e qualità che una persona subisce nelle proprie attività, a qualsiasi livello di complessità, a causa di una menomazione strutturale o funzionale. Sulla base di questa definizione ogni persona è **diversamente abile**.
- le conseguenze sociali: non più handicap o svantaggio, ma **diversa partecipazione sociale**, ossia le restrizioni di natura, durata e qualità che una persona subisce in tutte le aree o gli aspetti della propria vita (sfere) a causa dell'interazione fra le menomazioni, le attività ed i fattori contestuali.

In questo differente modo di vedere la disabilità e l'handicap, dopo una disamina del problema dal punto di vista quantitativo (pensioni di invalidità, assegni di accompagnamento) e qualitativo (il

tipo di offerta per le differenti abilità) anche a San Marino, si dovranno ricalibrare e riconsiderare le soluzioni a queste problematiche, ponendo l'attenzione sui seguenti punti:

- abbattimento barriere architettoniche
- facilità alla mobilità
- gestione del diritto allo studio
- sostegno all'inserimento lavorativo
- accesso a strutture riabilitative

Si dovranno prendere quindi in considerazione le seguenti azioni:

1. integrare, potenziare e/o attivare i servizi per le persone diversamente abili;
2. favorire una ricerca costante di condizioni materiali, sociali e culturali in una dinamica complessa per permettere di integrarsi nel tessuto sociale;
3. ridurre il disagio connesso alla disabilità per migliorare la qualità della quotidianità;
4. facilitare spostamenti per attività lavorative, formative e turistiche per soggetti con diminuita autonomia fisica;
5. promuovere occasioni di incontro fra disabili e non;
6. orientare ed assistere il processo di ricerca/mantenimento di occasioni di reddito compatibili;
7. sollevare le famiglie dai carichi materiali e psicologici connessi alla cura del disabile grave;
8. creare ambienti lavorativi funzionali alla sperimentazione di mestieri e attività, che producano identità sociali riconosciute;
9. introdurre elementi complementari finalizzati ad una migliore qualità della vita;
10. contrastare fenomeni di isolamento ed emarginazione sociale di individui e gruppi familiari.

Salute donna

In sintesi:

- *La disoccupazione femminile, nonostante sia a livelli molto bassi in assoluto, è stata numericamente sempre più elevata di quella maschile*
- *La principale causa di morte è rappresentata dalle malattie cardiovascolari*
- *Le neoplasie sono la principale causa di morte al di sotto dei 65 anni*
- *Il tasso di fecondità registra una lieve ripresa nel 2003*
- *Troppo elevato in percentuale, rispetto alle raccomandazioni OMS, il numero di tagli cesarei*

Le donne residenti nella Repubblica di San Marino al 31/12/2003 sono complessivamente 14.903, pari al 51% della popolazione residente in Repubblica (*tabella 1*).

Il rapporto di mascolinità⁶⁹, riferito all'intera popolazione residente, è pari al 96,2%.

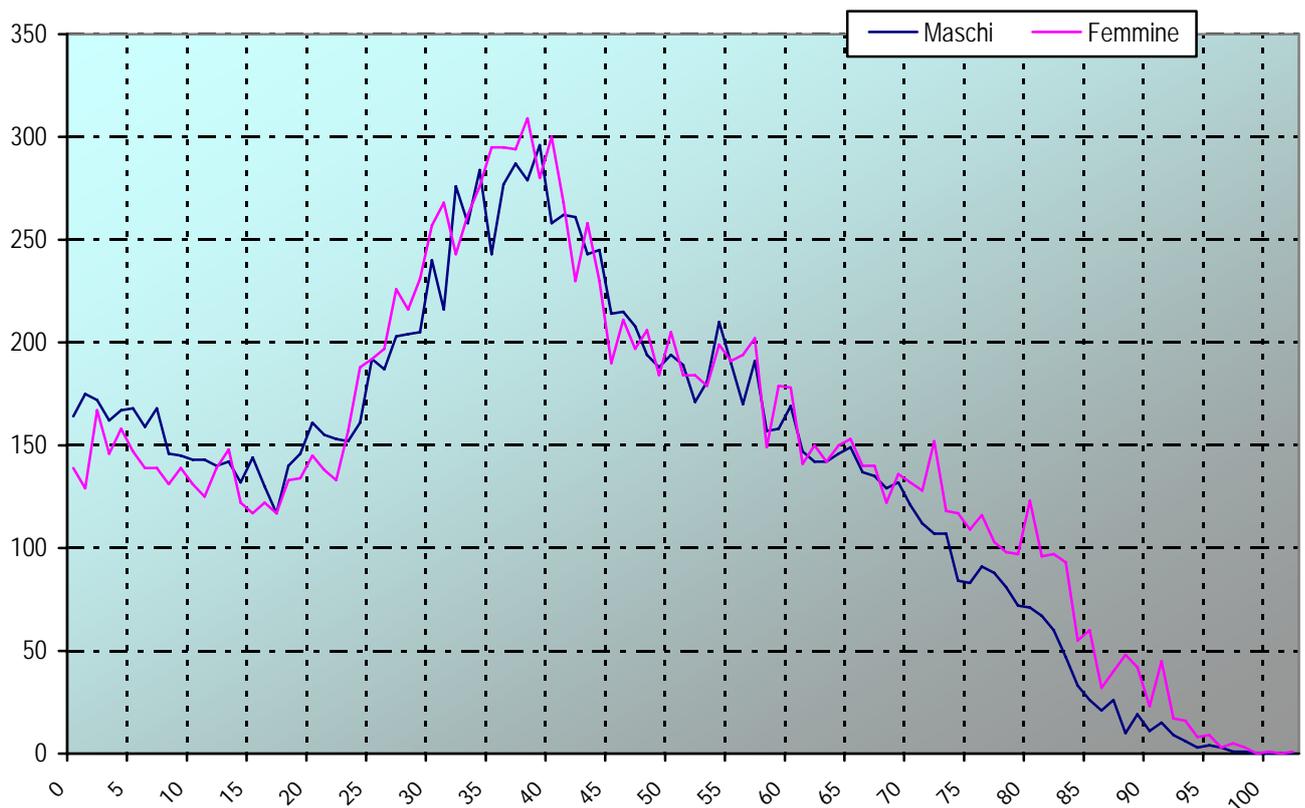
Il *grafico 1* evidenzia il rapporto tra i sessi nelle varie fasce di età: si può notare come il sesso femminile sia prevalente nelle fasce di età più avanzate.

⁶⁹ *RAPPORTO DI MASCOLINITA'*: numero di maschi residenti/numero di femmine residenti

Tabella 1 – Popolazione residente per sesso e fasce di età al 31 dicembre 2003

Fasce di età	Maschi	Femmine
0-4	840	739
5-9	786	695
10-14	700	665
15-19	677	623
20-24	782	761
25-29	991	1.062
30-34	1.274	1.306
35-39	1.382	1.473
40-44	1.269	1.286
45-49	1.019	988
50-54	945	951
55-59	866	915
60-64	746	761
65-69	682	691
70-74	531	647
75-79	415	523
80 anni e più	433	817
Totale	14.338	14.903

Grafico 1 – Popolazione per fascia di età e sesso al 31 dicembre 2003



L'età media delle donne residenti a San Marino è di 41,5 anni, ed è superiore di oltre 2 anni a quella degli uomini che si attesta sui 39,1.

In entrambi i sessi, l'età media registrata nella Repubblica di San Marino è inferiore rispetto all'età media registrata nella popolazione nella Provincia di Rimini alla fine del 2000 (pari a 43,7 anni per le donne e di 40,7 per gli uomini). Si può pensare che ciò sia dovuto ad un maggiore peso della popolazione anziana (65 anni e più) nella Provincia di Rimini rispetto a San Marino.

La tabella 2a mostra la distribuzione della popolazione femminile in base allo stato civile. Si può notare che:

- il 33% delle donne sono nubili, il 54,4% sono coniugate; se si considerano solo le donne anziane (cioè con più di 65 anni di età), queste percentuali scendono al 4,4% nel primo caso, al 47,4% nel secondo;
- il 10,1% delle donne sono vedove; se si considera solo la fascia di età di 65 anni e più questa percentuale aumenta considerevolmente (47,5%). Inoltre, le donne anziane vedove hanno un'incidenza molto più elevata rispetto agli uomini vedovi nella stessa fascia di età (tabella 2b);
- il 2,5% delle donne sono divorziate.

Tabella 2a – Donne per stato civile

	Numero soggetti	Incidenza % sul totale
Nubili	4.916	33,0%
Coniugate	8.103	54,4%
Divorziate	372	2,5%
Vedove	1.512	10,1%

Tabella 2b – Persone anziane (65 anni e più) per sesso e stato civile

Stato civile	Maschi		Femmine	
	N.	%	N.	%
celibe/nubile	117	5,7%	119	4,4%
coniugato/a	1.715	83,2%	1.270	47,4%
divorziato/a	16	0,8%	16	0,6%
vedovo/a	213	10,3%	1.273	47,5%
<i>Totale</i>	<i>2061</i>		<i>2678</i>	

Nel 2003 le famiglie unipersonali risultano essere 2.592 e costituiscono il 21,4% del totale delle famiglie residenti in Repubblica. (tabella 3).

Tabella 3 - Famiglie al 31/12/2003

Popolazione totale	29.241
Numero famiglie	12.115
Numero famiglie mononucleari	2.592
Numero famiglie mononucleari formate da anziani	1.247

La speranza di vita alla nascita nel 2003 è pari a 78,03 anni per gli uomini e 84,57 per le donne, con una differenza di quasi 6 anni tra i due sessi. *La speranza di vita alla nascita nella Repubblica di San Marino nel 2003 è superiore rispetto a quella registrata nell'anno 1998 nella Provincia di Rimini pari rispettivamente a 76,81 anni nei maschi e a 83,02 nelle femmine.*

La situazione lavorativa

Alla fine del 2003 la popolazione residente in età compresa tra i 15 e i 64 anni, cioè in età lavorativa (popolazione attiva), ammonta complessivamente a 20.077 unità e rappresenta il 68,7% della popolazione totale residente in Repubblica. Di questi, 9.951 sono uomini, 10.126 sono donne: è presente, quindi, una equa distribuzione tra i sessi (*tabella 4*).

Tabella 4 – Popolazione residente tra i 15 e i 64 anni distinta per sesso (anno 2003)

	N. persone	% sul totale della pop. residente	% sul totale della pop. tra 15-64 anni
Maschi	9.951	69,4%	49,6%
Femmine	10.126	67,9%	50,4%
Totale	20.077	68,7%	-

Bisogna considerare che a San Marino, a differenza dell'Italia e in generale dell'Unione Europea, gli indicatori relativi all'andamento del mercato del lavoro sono calcolati:

- considerando la popolazione presente e non quella residente (includendo, quindi, anche i soggiornanti);
- considerando la popolazione in età lavorativa non quella di età compresa tra i 15 e i 64 anni, ma quella tra i 16 e i 64 anni.

Proprio per questo motivo vengono riportate sia informazioni sull'ammontare della popolazione presente e residente di età compresa tra i 16 e i 64 anni sia informazioni sulla popolazione presente e residente nella fascia di età tra i 15 e i 64 anni (*tabelle A e B*).

Tabella A – Popolazione presente tra i 15 e i 64 anni distinta per sesso (anno 2003)

	N. persone	% sul totale della pop. presente	% sul totale della pop. tra 15-64 anni
Maschi	10.242	69,6%	49,2%
Femmine	10.569	68,4%	50,8%
Totale	20.811	69,0%	-

Tabella B – Popolazione presente tra i 16 e i 64 anni distinta per sesso (anno 2003)

Pop. Presente			Pop. Residente		
M	F	Tot.	M	F	Tot.
9.807	10.009	19.816	10.094	10.452	20.546

Il tasso di occupazione interno⁷⁰ nel 2003 è risultato pari a 70,38%, con una certa differenza tra i due sessi: nel sesso maschile, infatti, è pari al 75,83%, nel sesso femminile ammonta al 67,39%.

Il tasso di disoccupazione totale nel 2003 è risultato pari al 4,12%, con un valore molto più elevato nelle donne (6,27%) rispetto agli uomini (2,12%). Nel periodo 2001-2003 si osserva un progressivo aumento del tasso di disoccupazione totale che è passato dal 2,92% al 4,12%. A settembre del 2004 il tasso di disoccupazione totale ammonta al 3,70% (tabella 5).⁷¹

Tabella 5 – Tassi di occupazione interna e di disoccupazione

	Tasso di occupazione interno (%)			Tasso di disoccupazione totale (%)			Tasso di disoccupazione in senso stretto (%)		
	M	F	Tot	M	F	Tot	M	F	Tot
2001*	76,79	66,21	71,44	1,79	4,17	2,92	0,95	1,5	1,21
2002*	76,30	65,49	70,81	2,32	5,67	3,92	1,44	2,11	1,76
2003*	75,83	65,11	70,38	2,12	6,27	4,12	1,43	2,84	2,11
sett. 2004	75,55	65,48	70,43	1,69	5,85	3,70	1,21	2,47	1,82

* si considera un valore medio annuale

La tabella 6 e il grafico 2 mostrano l'andamento della disoccupazione per sesso: la disoccupazione

⁷⁰ GLOSSARIO

FORZA LAVORO: lavoratori dipendenti, indipendenti e disoccupati

PERSONE IN CERCA DI OCCUPAZIONE (DISOCCUPATI): persone in età lavorativa (16 anni e oltre) iscritte nelle pubbliche graduatorie di collocamento. Tra di esse sono compresi i disoccupati in senso stretto, cioè le persone immediatamente disponibili ad entrare nel mondo del lavoro, ed anche coloro che si dichiarano disoccupati ma che frappongono vincoli all'ingresso nel mondo lavorativo.

TASSO DI DISOCCUPAZIONE: persone in cerca di occupazione \ forza lavoro

TASSO DI DISOCCUPAZIONE IN SENSO STRETTO: disoccupati in senso stretto \ forza lavoro

TASSO DI OCCUPAZIONE INTERNO: numero di occupati (residenti + soggiornanti)/persone presenti in età lavorativa (16/64 anni)

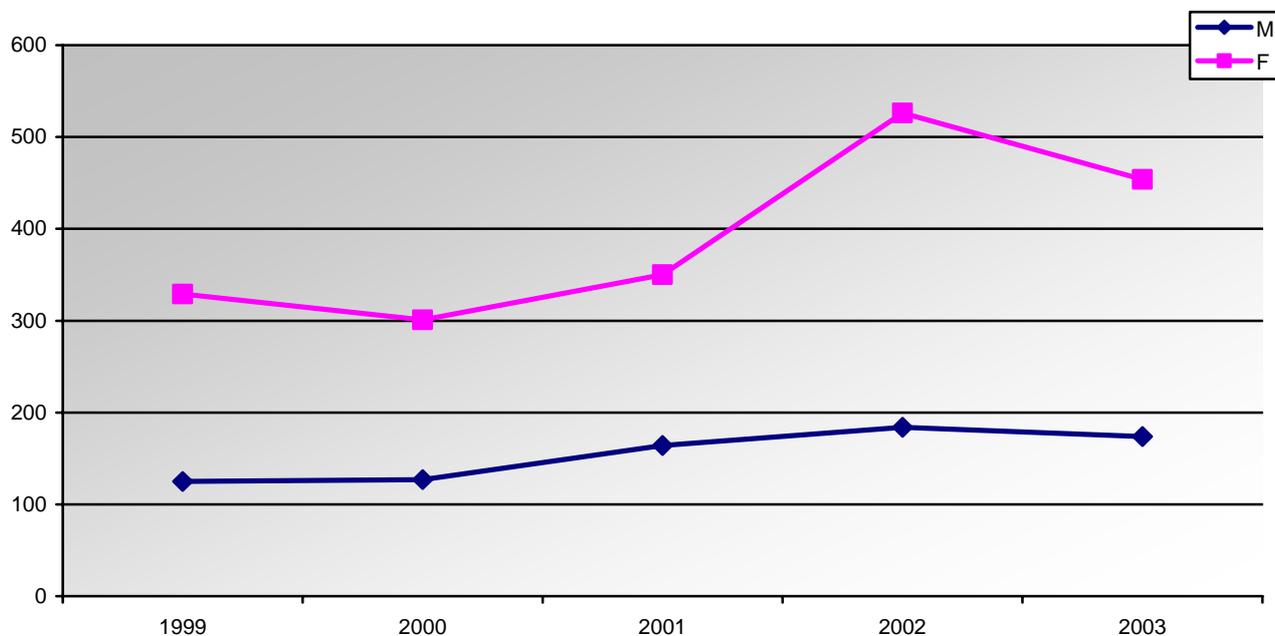
⁷¹ **FORTE DATI:** Relazione economico-statistica (anno 2005) – Ufficio di Programmazione Economica e Centro Elaborazione Dati e Statistica.

femminile è stata numericamente sempre più elevata di quella maschile; prendendo in considerazione gli ultimi 5 anni, il numero di donne disoccupate si è ridotto fino al 2000 per poi aumentare negli anni successivi. Nel 2003 si è assistito nuovamente ad una riduzione del numero di disoccupati rispetto al 2002.

Tabella 6 – Disoccupati distinti per sesso (1999-2003)

	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	Variazione rispetto all'anno precedente	N.	Variazione rispetto all'anno precedente	N.	Variazione rispetto all'anno precedente
1999	125	-	329	-	454	-5,7%
2000	127	1,6%	301	-8,5%	428	20,2%
2001	164	29,1%	350	16,3%	514	38,1%
2002	184	12,2%	526	50,3%	710	-11,6%
2003	174	-5,4%	454	-13,7%	628	-100,0%

Grafico 2 – Andamento della disoccupazione per sesso



La mortalità⁷²

La principale causa di morte nelle donne residenti nella Repubblica di San Marino è rappresentata dalle malattie cardio-circolatorie (il 47,2% dei decessi sono attribuibili a questa causa); al secondo posto si trovano le morti per tumore (30,8% dei decessi).

Il tasso grezzo di mortalità generale nel sesso femminile per il quinquennio 1999-2003 è pari a 642 x 100.000 abitanti.

Confrontando la mortalità della popolazione femminile registrata nella Repubblica di San Marino nel quinquennio 1999-2003 con quella rilevata nella Provincia di Rimini nel corso del 2000, servendosi dei tassi standardizzati sulla base della popolazione italiana del 1991, si osserva come la mortalità generale sia inferiore nella Repubblica di San Marino rispetto a Rimini. Il tasso standardizzato è, infatti, pari a 601,1 x 100.000 abitanti contro il 680 della vicina provincia.

Mortalità per malattie cardio-circolatorie

Analizzando la mortalità per patologie cardio-circolatorie nelle diverse fasce d'età, si osserva che la maggior parte dei decessi avvengono nelle età più avanzate. Infatti, il 95% dei decessi attribuiti a cause cardio-vascolari è avvenuto in età superiore ai 60 anni, il 73% in età superiore agli 80 anni.

Tra le patologie cardio-circolatorie, la principale causa di morte nel quinquennio 1999-2003 è dovuta ad arresto cardiaco non specificato, seguito dai disturbi circolatori dell'encefalo e dai disturbi del ritmo e della conduzione (tabella 7).

Tabella 7 – Mortalità proporzionale femminile per malattie cardio-circolatorie (1999-2003)

Causa di morte	Numero decessi	Frequenza
Arresto cardiaco n.s.(427.5)	67	31,0%
Disturbi circolatori dell'encefalo (430-438)	56	25,9%
Disturbi del ritmo non specificati (427.9)	26	12,0%
Insufficienza cardiaca (428-429)	23	10,6%
Altre malattie ischemiche del cuore (411-414)	11	5,1%
Infarto miocardico acuto (410)	10	4,6%
Malattia ipertensiva(401-405)	6	2,8%
Disturbi della conduzione e del ritmo (426-427.4)	6	2,8%
Arteriosclerosi(440)	3	1,4%
Altre cause	8	3,7%
TOTALE	216	

⁷² FONTE DATI: Relazione sullo stato di salute della popolazione della Repubblica di San Marino (anno 2003) – Direzione Sanitaria

Mortalità per neoplasie

Nel periodo 1999-2003, i tumori hanno rappresentato la seconda causa di morte per la popolazione femminile totale, la prima nelle persone con meno di 65 anni di età. Come già visto in precedenza, nelle persone con 65 anni e più, la causa principale di decesso è dovuta a malattie cardio-vascolari (*tabella 8*).

Tabella 8 – Cause principali di decesso nelle persone di sesso femminile con più e meno di 65 anni di età (1999-2003).

Cause di decesso	Meno di 65 anni		65 anni e più	
	N. decessi	% sul totale dei decessi	N. decessi	% sul totale dei decessi
Malattie cardio-circolatorie	11	19,6%	205	51,0%
Neoplasie	34	60,7%	107	26,6%
Malattie respiratorie	0	0,0%	18	4,5%
Cause traumatiche	4	7,1%	4	1,0%
Segni e sintomi mal definiti	0	0,0%	4	10,2%

Nel periodo 1999-2003 il maggior numero di decessi per cause tumorali (*tabella 9*) è attribuibile a:

- tumore maligno della mammella (19,1%)
- tumore allo stomaco e al polmone (11,3%)
- tumore al colon-retto (10,6%)

Tabella 9 – Decessi per cause tumorali nel sesso femminile (1999-2003) - Mortalità proporzionale⁷³

Sede del tumore	Numero casi	% sul totale dei decessi per tumore
Mammella	27	19,10%
Stomaco	16	11,30%
Polmone	16	11,30%
Colon-retto	15	10,60%
Encefalo	13	9,20%
Linfomi	11	7,80%
Pancreas	10	7,10%
Ovaio	4	2,80%
Vescica	4	2,80%
Mieloma	3	2,10%
Leucemie	3	2,10%
Collo utero	1	0,70%
Corpo utero	1	0,70%
Altri tumori	17	12,10%
TOTALE	141	

⁷³ *MORTALITA' PROPORZIONALE*: numero di decessi a causa di un particolare tumore/numero totale di decessi per tumore

Neoplasie

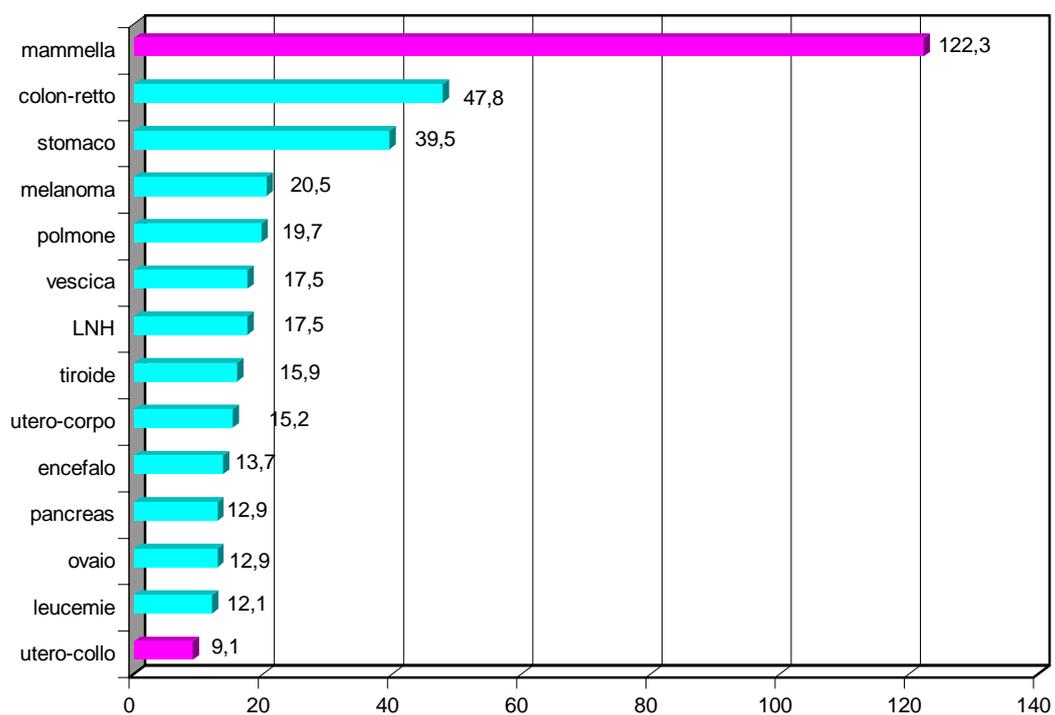
Tabella 10 – Tassi grezzi di incidenza⁷⁴ per i principali tumori nel sesso femmine (1999 -2003)

Tumore	Tasso grezzo di incidenza (x 100.000 donne residenti)
Mammella	124,80
Colon	50,50
Stomaco	33,60
Polmone	32,20
Encefalo, sistema nervoso	21,00
Leucemie	19,60
Pelle (melanomi)	18,20
Tiroide	18,20

Facendo riferimento ai tassi grezzi delle diverse patologie tumorali nella popolazione femminile residente (periodo 1999-2003) si osserva che i valori più elevati vengono registrati per il tumore della mammella (tasso del 124,8 x 100.000 donne residenti), per il tumore al colon (50,50 x 100.000), per il tumore allo stomaco (33,6 x 100.000), per il tumore al polmone (32,2 x 100.000) (tabella 10 e grafico 3)

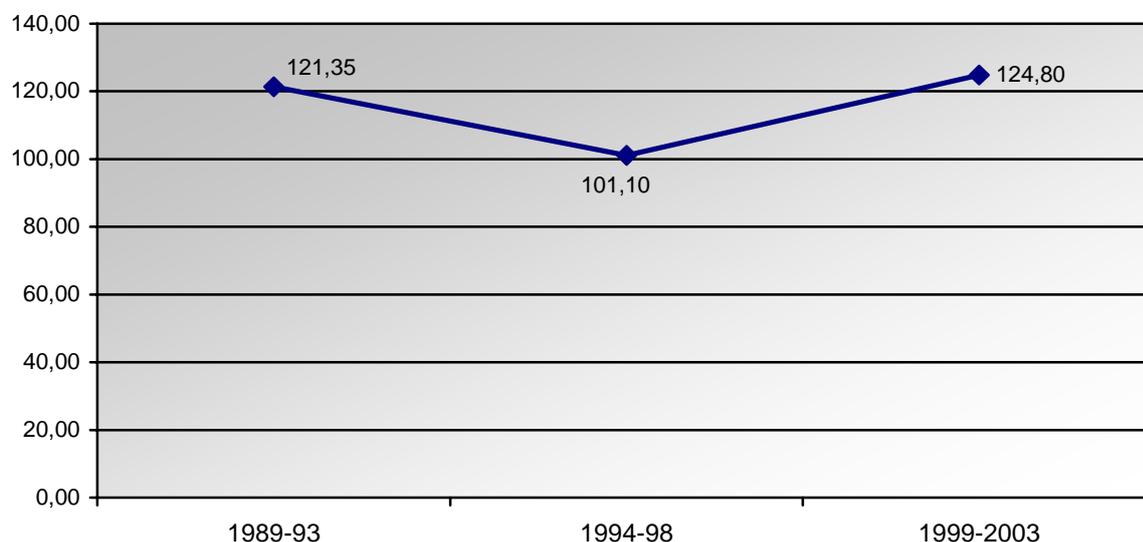
⁷⁴ TASSI GREZZI DI INCIDENZA: numero di nuovi casi di tumore/popolazione residente nel periodo di riferimento x 100.000

Grafico 3 - Neoplasie più frequenti nelle donne nella Repubblica di San Marino. Tassi grezzi di incidenza per 100.000 (periodo 1992-2001)



Tumore della mammella

Grafico 4 – Tassi grezzi di incidenza del tumore della mammella delle donne residenti nella Repubblica di San Marino (1989-2003)⁷⁵



Tumore del collo dell'utero

Tabella 11 – Tassi di incidenza e tassi grezzi di mortalità dei tumori maligni dell'utero suddivisi per sede specifica (1989-2003)⁷⁶

	COLLO DELL'UTERO		CORPO DELL'UTERO		UTERO (sede non specificata)	
	Tasso di incidenza*	Tasso grezzo di mortalità*	Tasso di incidenza*	Tasso grezzo di mortalità*	Tasso di incidenza*	Tasso grezzo di mortalità*
1989-1993	6,65	1,70	14,96	5,00	0,00	3,30
1994-1998	13,80	0,00	12,20	0,00	0,00	1,50
1999-2003	4,20	1,40	12,60	0,00	1,40	1,40

* tassi per 100.000 donne residenti

⁷⁵ E' una rappresentazione sommaria dell'andamento dei tassi grezzi di incidenza del tumore alla mammella nel periodo 1989-2003. Non è molto esatto presentare sull'asse delle ascisse anni "accorpati", ma per avere dati più significativi i tassi di incidenza e i tassi di mortalità sono stati calcolati su un periodo non di un anno ma di cinque.

⁷⁶ FONTE DATI: Relazione sui servizi ospedalieri e specialistici (anno 2003) - Direzione Sanitaria

Grafico 5 – Tassi di incidenza dei tumori maligni dell'utero suddivisi per sede specifica (1989-2003)

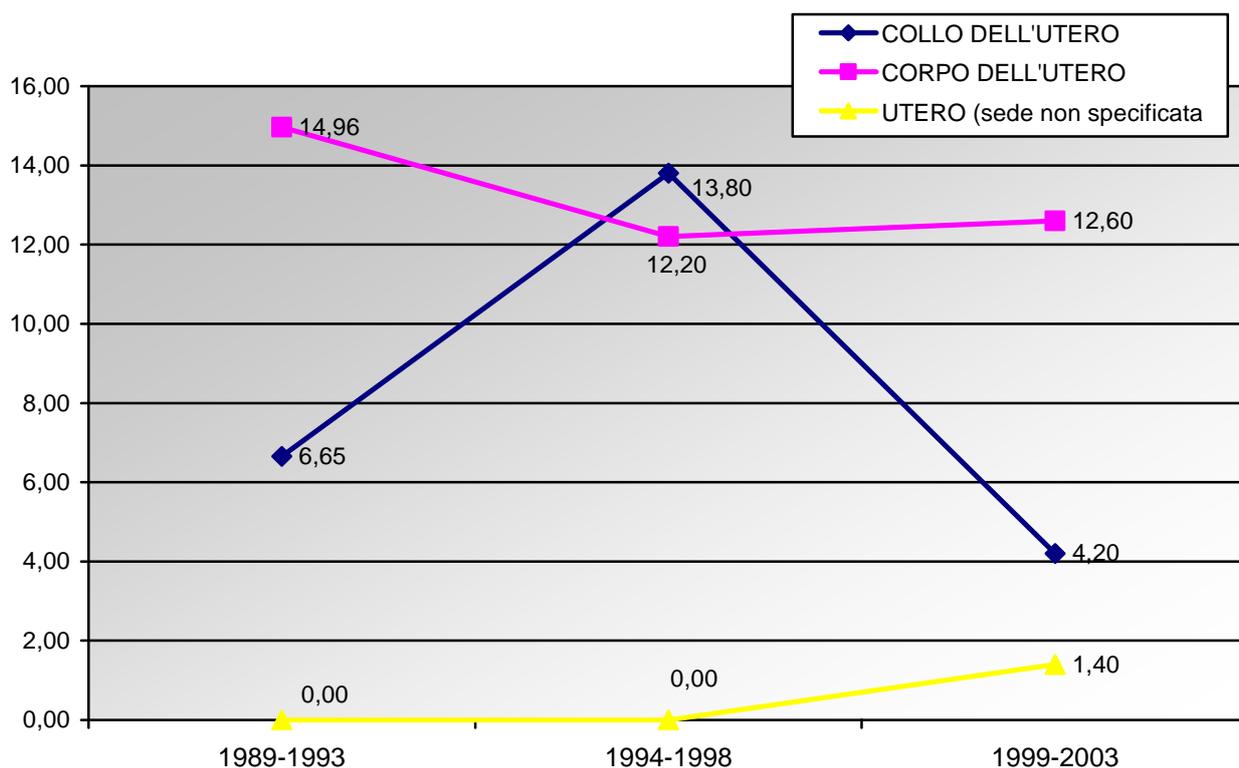
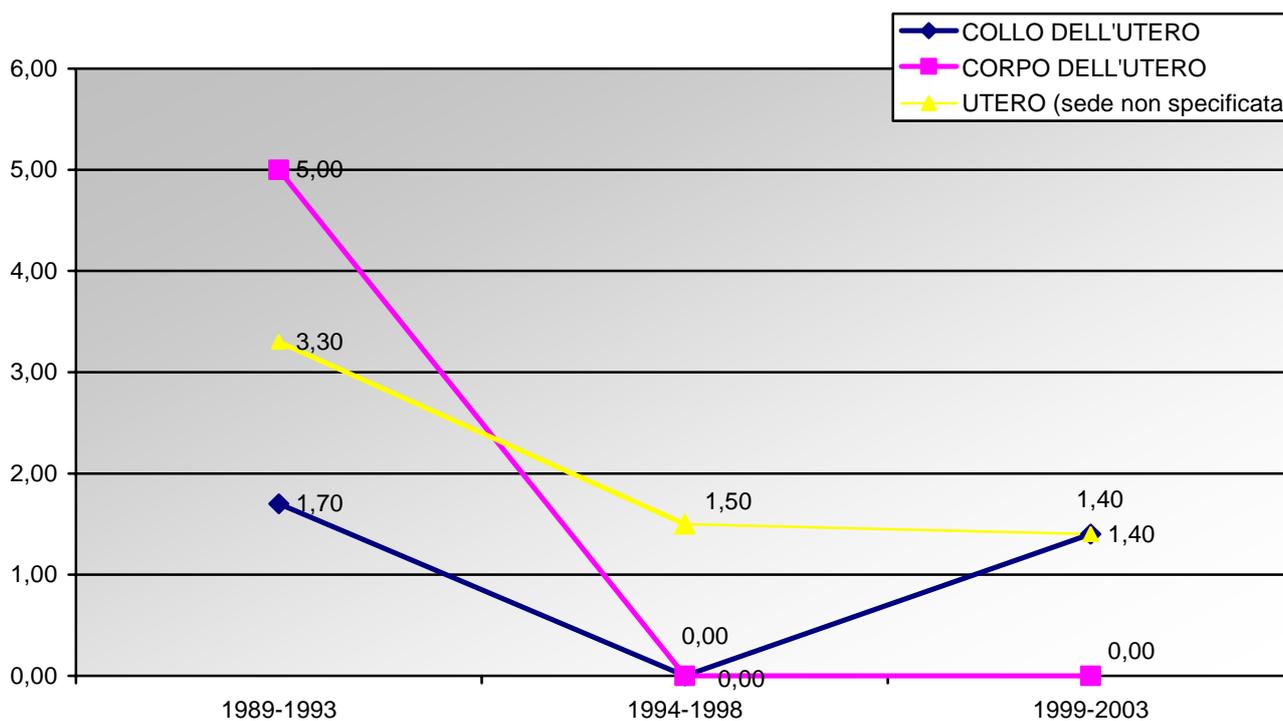


Grafico 6 – Tassi grezzi di mortalità dei tumori maligni dell'utero suddivisi per sede specifica (1989-2003)



Diagnosi precoce tumore alla mammella e alla cervice uterina⁷⁷

Mammella

Le neoplasie della mammella diagnosticate nel periodo 1992 -2001 sono 185 di cui:

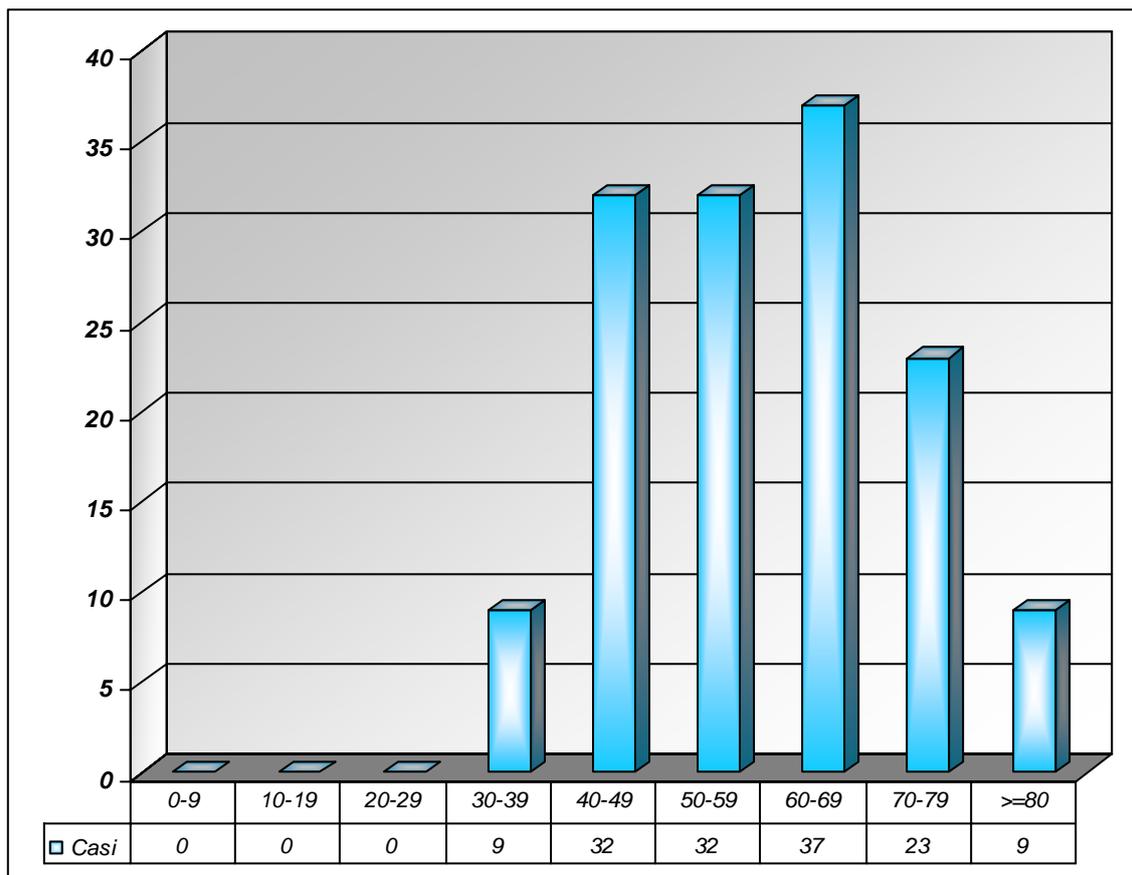
- 150 screen detected
- 35 non-screen detected refused
- 11 ca. in situ
- 9 decessi

La distribuzione per fascia d'età è la seguente (*grafico 7*):

- _ 9 casi fra i 30 e 39 anni
- _ 32 casi fra i 40 e 49 anni
- _ 32 casi fra i 50 e 59 anni
- _ 37 casi fra i 60 e 69 anni
- _ 23 casi fra i 70 e 79 anni
- _ 9 casi oltre gli 80 anni

⁷⁷ *Fonte:* Il Convegno “Screening di prevenzione del carcinoma della cervice uterina e del carcinoma mammario nella Repubblica di San Marino”. RSM, 18 gennaio 2003

Grafico 7 - Neoplasie della mammella. Distribuzione per fascia d'età (periodo 1992-2001)



Popolazione - bersaglio dello screening - *Tumore della mammella*

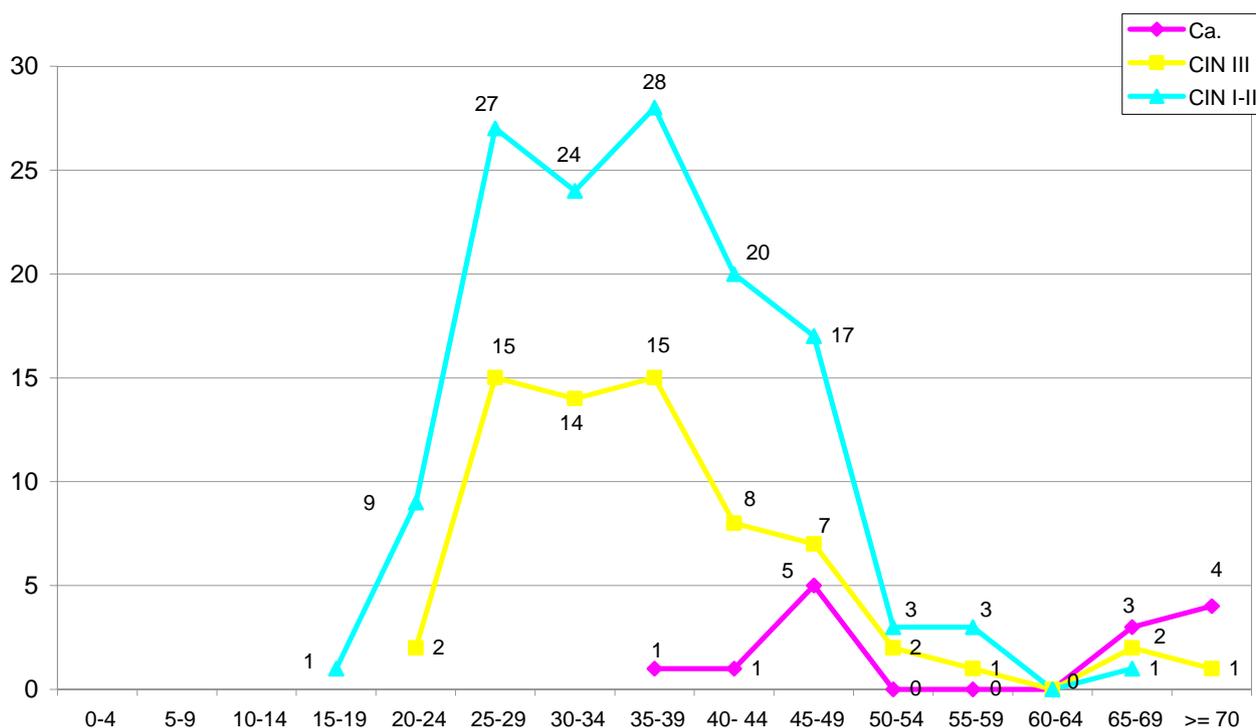
- *Età compresa nello screening: 35-70 anni.*
- *Chiamata attiva (lettera d'invito inviata dalla segreteria del Servizio di Radiologia)*
- *Popolazione inclusa nel range: 7272*
- *Mammografie eseguite anno 2002: 5900*
- *Intervallo di screening nei negativi: 1 anno*
- *Percentuale d'adesione: 81,1%*
- *Ecografie eseguite: 495*

Cervice Uterina

Per quanto riguarda il tumore della cervice uterina, nel periodo 1989 – 2001 sono state diagnosticate 14 neoplasie infiltranti. Per quanto riguarda le CIN (neoplasia cervicale intra-epiteliale o displasia), sono state diagnosticate 133 displasie lievi e moderate (CIN I-II) e 67 displasie gravi (CIN III). La distribuzione per fascia d'età è la seguente:

Fascia d'età	Carcinoma	CIN III	CIN I-II
15-19	0	0	1
20-24	0	2	9
25-29	0	15	27
30-34	0	14	24
35-39	1	15	28
40-44	1	8	20
45-49	5	7	17
50-54	0	2	3
55-59	0	1	3
60-64	0	0	0
65-69	3	2	1
>= 70	4	1	0

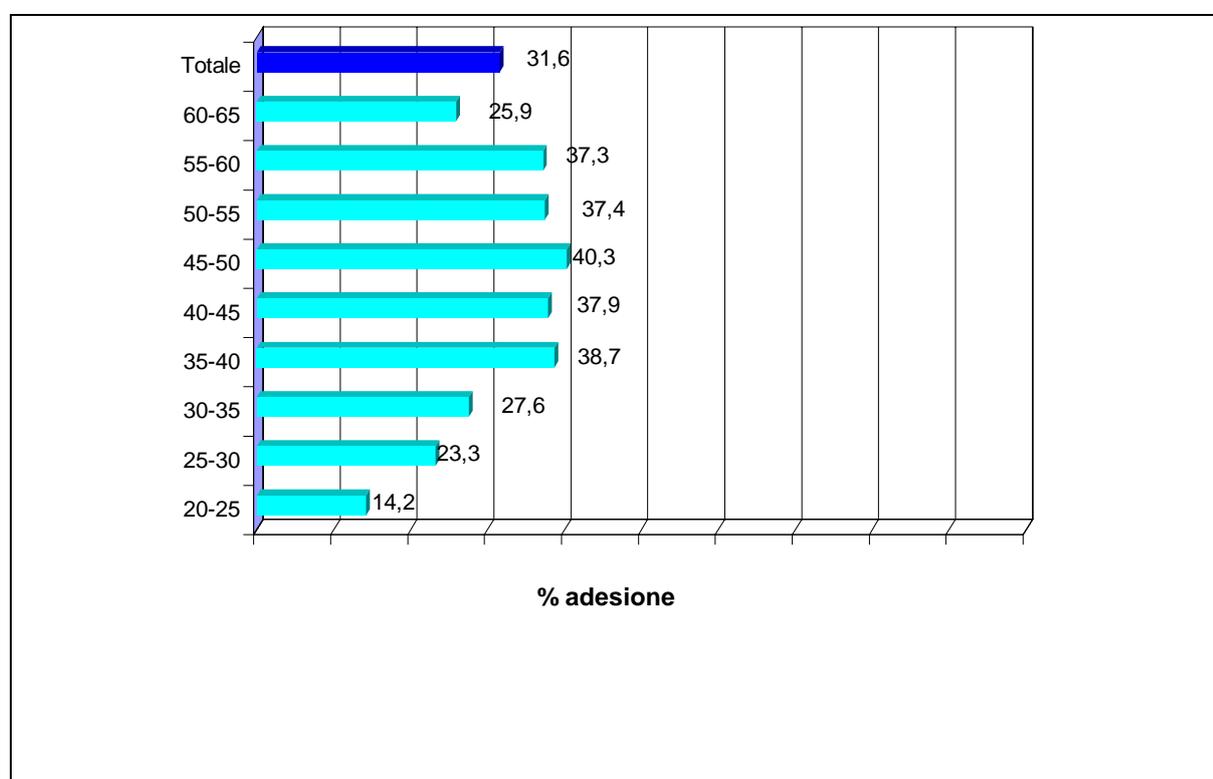
Grafico 8 - Distribuzione per fascia d'età dei casi di CIN I-II, CIN III e neoplasie infiltranti. Anni 1989-2001



Popolazione-bersaglio dello screening - *Tumore della cervice uterina*

- Popolazione- bersaglio: donne d'età compresa fra i 18 e 65 anni
- Adesione spontanea (non c'è chiamata attiva)
- Popolazione inclusa nel range: 9.445
- PAP test + HPV + speculosopia eseguiti nel 2002: 3777
- Intervallo di screening nei negativi al PAP test: 1 anno (senza HPV) o 4 anni (con HPV)
- Percentuale d'adesione: 31,6% (*grafico 9*)

Grafico 9 - Adesione allo screening per il tumore della cervice uterina (periodo compreso fra il 4-10-2001 ed il 17-10-2002)



La salute riproduttiva⁷⁸

Nel corso del 2003⁷⁹, si sono avute complessivamente 300 nascite; le donne in età riproduttiva, cioè in età compresa tra i 15 e i 49 anni, sono in tutto 7500 e il tasso di fecondità⁸⁰ è pari al 40 per 1000.

Si osserva che:

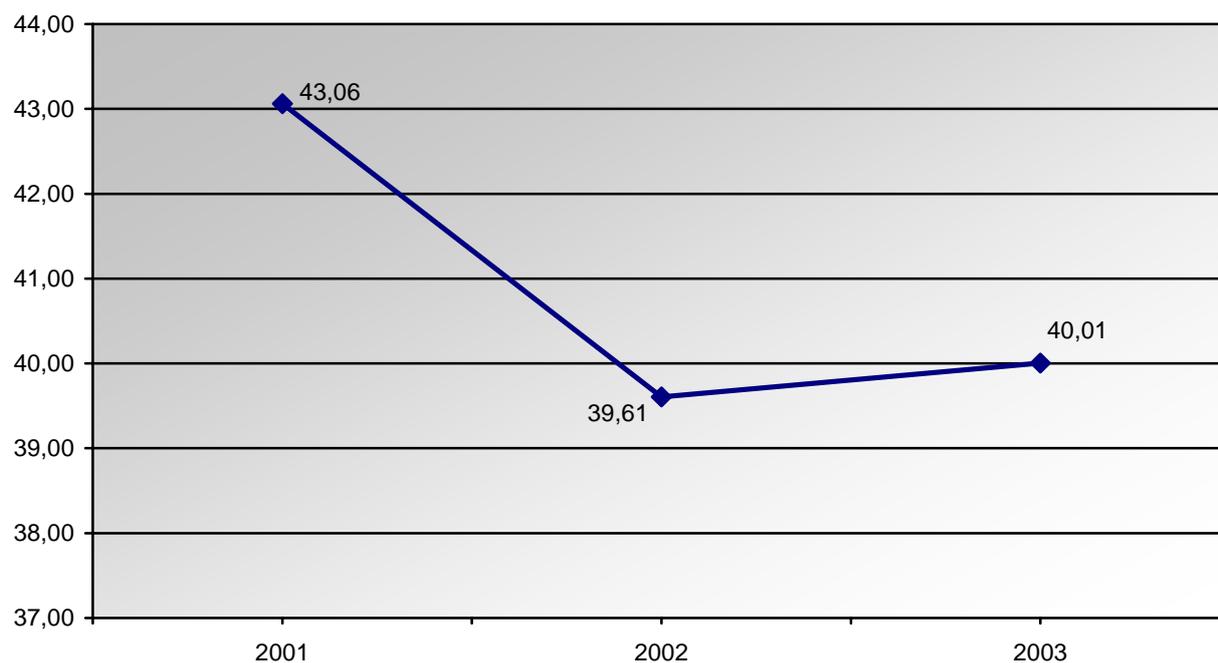
- nel 2002 il tasso di fecondità aveva subito una forte diminuzione rispetto all'anno precedente;
- nel 2003 tale tasso registra una leggera ripresa rispetto all'anno precedente.

(tabella 12 e grafico 10)

Tabella 12 – Tassi di fecondità (1999-2003)

	Donne in età feconda	Nati vivi	Tasso di fecondità (x 1.000)
2001	7315	315	43,06
2002	7448	295	39,61
2003	7499	300	40,01

Grafico 10 – Andamento del tasso di fecondità



⁷⁸ *FONTE DATI:* Relazione sui servizi ospedalieri e specialistici (anno 2003) – Direzione sanitaria

⁷⁹ *FONTE DATI:* Relazione economico-statistica 2005 – Ufficio Programmazione Economica e Centro Elaborazione Dati e Statistica

⁸⁰ *TASSO DI FECONDITA'*: Numero di nati vivi /popolazione residente femminile in età feconda (cioè in età compresa tra i 15 e i 49 anni) nell'anno riferimento x 100.000 abitanti.

L'età media della madre si differenzia, però, a seconda dell'ordine di filiazione: per il primo figlio l'età media è di 31 anni, per il secondo e il terzo figlio è pari a 34 anni, per il quarto si aggira intorno ai 40 anni.

Inoltre, dalla *tabella 13* si può notare che la maggior parte delle nascite avvenute nel 2003 sono relative al primo figlio (in tutto 170).

Tabella 13 – Nati per ordine di nascita ed età della madre (anno 2003)

Ordine di nascita	11 - 15 anni	16 - 20 anni	21 - 25 anni	26 - 30 anni	31 - 35 anni	36 - 40 anni	41 - 45 anni	Non specif.	TOTALE
1	1	7	17	63	61	20	1	0	170
2	0	0	1	24	48	29	4	0	106
3	0	0	1	5	6	4	2	0	18
4	0	0	0	0	0	2	1	0	3
Non specif.	0	0	0	0	0	0	0	3	3
TOTALE	1	7	19	92	115	55	8	3	300

Nell'anno 2003, il tasso di natalità⁸¹ registrato nella Repubblica di San Marino è pari al 10,3 x 1.000. Il tasso ammontava a 13,1 x 1.000 nel quinquennio 1976-1980 ed è passato ad una media del 10,2 x 1.000 negli anni 80. A partire dal 1996 si è registrata, poi, una lieve ripresa rispetto al passato (*tabella 14*).

Tabella 14 - Tassi di natalità

Periodo	Tasso di natalità (x 1.000 abitanti)
1976-1980	13,3
1981-1985	10,2
1986-1990	10,0
1991-1995	10,4
1996-2000	11,1
1997-2001	11,3
1998-2002	11,1
1999-2003	10,9

⁸¹ *TASSO DI NATALITA'*: numero di nati vivi nell'anno di riferimento / popolazione residente nell'anno di riferimento x 1.000

I parti

Nell'anno 2003, presso l'ospedale di San Marino, si sono avuti complessivamente 307 parti; di questi 216 sono stati spontanei (pari al 70,4% dei parti totali) e 91 cesarei (29,6% del totale).

Nel complesso si può osservare che, nel corso del 2003, i parti totali hanno subito un lieve aumento rispetto all'anno precedente (+ 4,8%), mentre nel corso del 2002 erano diminuiti di oltre il 6% rispetto al 2001 (*tabella 15*).

Tabella 15 – Parti spontanei e parti cesarei

	Parti cesarei			Parti spontanei			Totale	
	N. casi	% sul totale dei parti	Var. % rispetto anno precedente	N. casi	% sul totale dei parti	Var. % rispetto anno precedente	N. casi	Var. % rispetto anno precedente
2000	84	28,6%	-	210	71,4%	-	294	-
2001	92	29,5%	9,5%	220	70,5%	4,8%	312	6,1%
2002	85	29,0%	-7,6%	208	71,0%	-5,5%	293	-6,1%
2003	91	29,6%	7,1%	216	70,4%	3,8%	307	4,8%

Nel 2001, nella Provincia di Rimini, i parti totali erano stati 2.412; di questi, il 34% erano stati cesarei. Si tratta di un valore superiore di quasi cinque punti percentuali rispetto alla media regionale dell'anno (pari al 29,3%) e anche rispetto all'incidenza dei parti cesarei che è stata registrata nella Repubblica di San Marino.

Gli incidenti domestici

Gli incidenti domestici con referto medico registrati nel 2004 sono stati 120.

Neoplasie

In sintesi:

- ***Aumento del tasso grezzo di incidenza dei tumori in entrambi i sessi nel periodo 1998-2003 rispetto al quinquennio precedente***
- ***Elevati livelli di incidenza del tumore alla Vescica, allo Stomaco e a al Colon nel sesso maschile rispetto ai territori limitrofi.***
- ***Elevati livelli di incidenza del tumore al Polmone, al Colon e allo Stomaco nella donna rispetto ai territori limitrofi.***
- ***Il tumore al Polmone è la prima causa di morte nel sesso maschile seguita dal tumore allo Stomaco***
- ***Il tumore alla Mammella è la prima causa di morte nel sesso femminile seguita anche in questo caso dal tumore allo Stomaco.***
- ***I tumori rappresentano la quinta causa di ricovero su tutti i ricoveri effettuati presso l'Ospedale di Stato sia nei maschi che nelle femmine.***

I tumori rappresentano la prima causa di morte nel sesso maschile; sono, invece, la seconda causa di morte nel sesso femminile dopo le malattie cardio-vascolari.

Incidenza dei tumori⁸²

Nel periodo 1999-2003 sono stati diagnosticati complessivamente 760 nuovi casi di tumore, 431 nel sesso maschile (56,7%), 329 nel sesso femminile (43,3%).

Rispetto al quinquennio 1989-1993 si è osservato un aumento del tasso grezzo di incidenza⁸³ dei tumori in entrambi i sessi; nei maschi il tasso grezzo di incidenza è passato da 468,02 per 100.000 maschi residenti a 630,15 per 100.000, nelle femmine questo tasso è passato da 420,56 a 461,22. L'incremento è sicuramente in parte da attribuirsi all'invecchiamento della popolazione; si nota, infatti, che il numero assoluto di nuovi casi di tumore nella fascia di età tra i 66 e i 75 anni e in quella delle persone con più di 75 anni ha subito un aumento considerevole (+57,3% nel primo caso, +67,2% nel secondo). Non bisogna comunque tralasciare che anche tra le persone con meno di 65 anni, si sia assistito nel corso del tempo ad un aumento dei nuovi casi di tumore (+26,4%)

⁸² **FONTE DATI:** "Relazione sui servizi ospedalieri e specialistici (2003)" – Direzione sanitaria

⁸³ **TASSO DI INCIDENZA:** Numero di nuovi casi di tumore nel periodo considerato/popolazione residente nel periodo di riferimento x 100.000

(tabella 1). Questo potrebbe essere dovuto anche all'incremento nel corso del tempo della diagnosi precoce del tumore.

Tabella 1 – Incremento dei nuovi casi di tumore dal periodo 1989-1993 al periodo 1999-2003

	1989-1993			1999-2003			Incremento %		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.
65 e meno anni	118	136	254	158	163	321	33,9%	19,9%	26,4%
66-75	84	59	143	144	81	225	71,4%	37,3%	57,3%
più di 75	71	57	128	129	85	214	81,7%	49,1%	67,2%

Dei nuovi tumori diagnosticati nel periodo 1999-2003, lo 0,5% riguardano i soggetti di età inferiore ai 15 anni, il 41,7% le persone tra i 16 e i 65 anni (317 casi complessivi), il 57,8% i soggetti con più di 65 anni (tabella 2a).

Tabella 2a – Nuovi casi di tumore diagnosticati (1999-2003)

	Maschi		Femmine		Totale	
0-14 anni	1	0,2%	3	0,9%	4	0,5%
15-65	157	36,4%	160	48,6%	317	41,7%
66 e più	273	63,3%	166	50,5%	439	57,8%
Totale	431		329		760	

In particolare, si può notare che l'alta percentuale di tumori tra le persone di età compresa tra i 15 e i 65 anni è attribuibile al manifestarsi di tumori nella fascia di età tra i 45 e i 65 anni, soprattutto nel sesso femminile (tabella 2b).

Tabella 2b – Nuovi casi di tumore diagnosticati

	Maschi		Femmine		Totale	
0-14 anni	1	0,2%	3	0,9%	4	0,5%
15-29	6	1,4%	12	3,6%	18	2,4%
30-44	29	6,7%	28	8,5%	57	7,5%
45-65	122	28,3%	120	36,5%	242	31,8%
66-75	144	33,4%	81	24,6%	225	29,6%
più di 75	129	29,9%	85	25,8%	214	28,2%
Totale	431		329		760	

La tavola 3a e 3b mostrano i tassi grezzi di incidenza dei vari tumori nel periodo 1989-2003 nel sesso maschile e femminile.

In entrambi i sessi sono in aumento le neoplasie al colon retto, all'encefalo, e anche quella alla faringe (che ha comunque un tasso di incidenza ancora molto limitato).

Tavola 3a – Tassi grezzi di incidenza delle varie neoplasie (x 100.000 abitanti) nei maschi – periodo 1989-2003

	1989-93	1994-98	1999-2003
Prostata	46,6	135,7	117,0
Polmone	77,7	74,1	77,5
Colon	55,3	54,7	76,0
Vescica	39,7	41,9	73,1
Stomaco	89,8	66,0	64,3
Rene-Uretere-Uretra	22,5	19,3	27,8
Pelle (melanomi)	15,5	14,5	21,9
Encefalo, sistema nervoso	3,5	20,9	19,0
Retto, ano	10,4	16,1	17,5
Linfomi non Hodgkin	17,3	22,5	17,5
Pancreas	3,5	19,3	16,1
Leucemie	10,4	27,4	16,1
Fegato	8,6	8,0	10,2
Testicolo	6,9	6,4	10,2
Laringe	8,6	16,1	8,8
Tiroide	8,6	9,7	8,8
Faringe-Tonsille	3,5	4,8	7,3
Mieloma	8,6	16,1	5,8
Linfomi di Hodgkin	1,7	4,8	4,4
Sede non nota	5,2	8,0	4,4
Labbro	3,5	8,0	2,9
Cav. Orale	3,5	3,2	2,9
Esofago	1,7	4,8	2,9
Intestino tenue	1,7	1,6	2,9
Vie Biliari	6,9	8,0	2,9
Parti molli	0,0	9,7	2,9
Lingua	1,7	3,2	1,5
Timo-cuore	1,7	1,6	1,5
Osso	0,0	0,0	1,5
Gh. Salivari	3,5	0,0	0,0
Cav.Orale/Faringe	0,0	0,0	0,0
App. dig.	0,0	0,0	0,0
Cav. Nasali e paranasali	0,0	1,6	0,0
Respiratorio n.s.	0,0	0,0	0,0
Gen. Maschili	1,7	1,6	0,0
Occhio	0,0	1,6	0,0
Gh. Endocrine	1,7	0,0	0,0

Tavola 3b – Tassi grezzi di incidenza delle varie neoplasie (x 100.000 abitanti) nelle femmine – periodo 1989-2003

	1989-93	1994-98	1999-2003
Mammella	121,4	101,1	124,8
Colon	39,9	29,1	50,5
Stomaco	39,9	45,9	33,6
Polmone	24,9	9,2	32,2
Encefalo, sistema nervoso	8,3	9,2	21,0
Leucemie	6,7	10,7	19,6
Pelle (melanomi)	20,0	18,4	18,2
Tiroide	13,3	18,4	18,2
Linfomi non Hodgkin	19,7	13,8	16,8
Ovaio	6,7	19,9	15,4
Pancreas	15,0	12,2	14,0
Utero (corpo)	15,0	12,2	12,6
Vescica	15,0	18,4	12,6
Sede non nota	6,7	9,2	12,6
Retto, ano	8,3	7,7	9,8
Rene-uretere-uretra	10,0	12,2	9,8
Vie Biliari	13,3	9,2	4,2
Gen. Femminili	3,3	6,1	4,2
Utero (collo)	6,7	13,8	4,2
Labbro	1,7	3,1	2,8
Cav. Orale	0,0	1,5	2,8
Gh. Salivari	1,7	0,0	2,8
Faringe-Tonsille	0,0	1,5	2,8
Fegato	5,0	1,5	2,8
Mieloma	5,0	12,2	2,8
Parti molli	0,0	6,1	2,8
Intestino tenue	3,3	1,5	1,4
Timo-cuore	0,0	1,5	1,4
Osso	0,0	0,0	1,4
Utero n.s.	0,0	0,0	1,4
Linfomi di Hodgkin	1,7	1,5	1,4
Lingua	0,0	1,5	0,0
Cav.Orale/Faringe	0,0	0,0	0,0
Esofago	1,7	1,5	0,0
App. dig.	0,0	0,0	0,0
Cav. Nasali e paranasali	0,0	0,0	0,0
Laringe	0,0	4,6	0,0
Respiratorio n.s.	0,0	0,0	0,0
Peritoneo/retroperitoneo	0,0	1,5	0,0
Occhio	0,0	3,1	0,0
Gh. Endocrine	0,0	0,0	0,0

Tabella 4 – Tassi grezzi di incidenza per i principali tumori – maschi (1989-2003)

1989-93		1994-98		1999-2003	
Stomaco	89,8	Prostata	135,7	Prostata	117,0
Polmone	77,7	Polmone	74,1	Polmone	77,5
Colon	55,3	Stomaco	66,0	Colon	76,0
Prostata	46,6	Colon	54,7	Vescica	73,1
Vescica	39,7	Vescica	41,9	Stomaco	64,3
Rene-Uretere-Uretra	22,5	Leucemie	27,4	Rene-Uretere-Uretra	27,8
Linfomi non Hodgkin	17,3	Linfomi non Hodgkin	22,5	Pelle (melanomi)	21,9
Pelle (melanomi)	15,5	Encefalo, sistema nervoso	20,9	Encefalo, sistema nervoso	19,0
Retto, ano	10,4	Pancreas	19,3	Retto, ano	17,5
Leucemie	10,4	Rene-Uretere-Uretra	19,3	Linfomi non Hodgkin	17,5
Fegato	8,6	Retto, ano	16,1	Pancreas	16,1
Laringe	8,6	Laringe	16,1	Leucemie	16,1
Mieloma	8,6	Mieloma	16,1	Fegato	10,2
Tiroide	8,6	Pelle (melanomi)	14,5	Testicolo	10,2
Vie Biliari	6,9	Parti molli	9,7	Laringe	8,8
Testicolo	6,9	Tiroide	9,7	Tiroide	8,8
Sede non nota	5,2	Labbro	8,0	Faringe-Tonsille	7,3
Labbro	3,5	Fegato	8,0	Mieloma	5,8
Cav. Orale	3,5	Vie Biliari	8,0	Linfomi di Hodgkin	4,4
Gh. salivari	3,5	Sede non nota	8,0	Sede non nota	4,4
Faringe tonsille	3,5	Testicolo	6,4	Labbro	2,9
Pancreas	3,5	Faringe-tonsille	4,8	Cav. orale	2,9

Come si può osservare dalla *tabella 4*, il tasso di incidenza del tumore alla prostata ha subito un aumento notevole rispetto al periodo 1989-1993 quando si trovava al quarto posto per incidenza. La frequenza del tumore al polmone è rimasta essenzialmente costante nel corso del tempo mentre si osserva che:

- si sta progressivamente riducendo l'incidenza del tumore allo stomaco (89,8 per 100.000 abitanti nel periodo 1989-1993, 64,3 x 100.000 abitanti nel 1999-2003);
- è in aumento il tasso di incidenza del tumore al colon, alla vescica ed anche quello al pancreas.

Se si procede ad un confronto con la vicina provincia di Rimini dei tassi di incidenza delle neoplasie più frequenti nel sesso maschile attraverso una standardizzazione di tali tassi⁸⁴ (tabella 5) emerge che:

- il tasso di incidenza del tumore alla prostata e al polmone assume valori inferiori a San Marino rispetto a Rimini (tumore alla prostata: -4,8%; tumore al polmone: -13,3%);
- l'incidenza del tumore al colon, allo stomaco e alla vescica assume, invece, valori superiori nella Repubblica di San Marino (tumore al colon: +19,6%; tumore alla vescica: +46,5%; tumore allo stomaco: +32,5%).

Tabella 5 – Confronto tra i tassi di incidenza dei tumori standardizzati (pop. tipo: popolazione della Provincia di Rimini – anno 2000)

<i>Sede del tumore</i>	<i>Tasso di incidenza delle neoplasie nella Provincia di Rimini⁸⁵</i>	<i>Tasso di incidenza delle neoplasie a San Marino standardizzato</i>	<i>Tasso standardizzato Rep. di San Marino/ tasso di mortalità standardizzato Prov. di Rimini (x 100)</i>
Prostata	140,6	133,8	95,2
Polmone	101,7	88,2	86,7
Colon	71,0	84,9	119,6
Vescica	55,0	80,6	146,5
Stomaco	53,5	70,9	132,5

⁸⁴ Tasso standardizzato con il metodo della popolazione tipo, dove la popolazione tipo è la popolazione residente nella Provincia di Rimini nel corso dell'anno 1999. La standardizzazione dei tassi è necessaria quando si vogliono porre a confronto alcuni fenomeni tra popolazioni diverse.

⁸⁵ In questo caso il tasso di incidenza dei vari tumori calcolato nella Provincia di Rimini coincide con il relativo tasso standardizzato

Tabella 6 – Tassi grezzi di incidenza per i principali tumori – femmine (1989 -2003)

1989-93		1994-98		1999-2003	
Mammella	121,35	Mammella	101,10	Mammella	124,80
Stomaco	39,89	Stomaco	45,90	Colon	50,50
Colon	39,89	Colon	29,10	Stomaco	33,60
Polmone	24,93	Ovaio	19,90	Polmone	32,20
Pelle (melanomi)	19,95	Pelle (melanomi)	18,40	Encefalo, sistema nervoso	21,00
Linfomi non Hodgkin	19,65	Vescica	18,40	Leucemie	19,60
Pancreas	14,96	Tiroide	18,40	Pelle (melanomi)	18,20
Utero (corpo)	14,96	Utero (collo)	13,80	Tiroide	18,20
Vescica	14,96	Linfomi non Hodgkin	13,80	Linfomi non Hodgkin	16,80
Vie Biliari	13,30	Pancreas	12,20	Ovaio	15,40
Tiroide	13,30	Mieloma	12,20	Pancreas	14,00
Rene-uretere-uretra	9,97	Utero (corpo)	12,20	Utero (corpo)	12,60
Retto, ano	8,31	Rene-uretere-uretra	12,20	Vescica	12,60
Encefalo, sistema nervoso	8,31	Leucemie	10,70	Sede non nota	12,60
Leucemie	6,65	Vie Biliari	9,20	Retto, ano	9,80
Utero (collo)	6,65	Polmone	9,20	Rene-uretere-uretra	9,80
Ovaio	6,65	Encefalo, sistema nervoso	9,20	Vie Biliari	4,20
Sede non nota	6,65	Sede non nota	9,20	Gen. Femminili	4,20
Fegato	4,99	Retto, ano	7,70	Utero (collo)	4,20
Mieloma	4,99	Parti molli	6,10	Labbro	2,80
Intestino tenue	3,32	Gen. Femminili	6,10	Cav. Orale	2,80
Gen. Femminili	3,32	Laringe	4,60	Gh. Salivari	2,80

Si può notare come siano in aumento le neoplasie all'ovaio (tasso grezzo di incidenza: 6,65 x 100.000 abitanti nel periodo 1989-1993, 15,4 x 100.000 nel 1999-2003) (tabella 6).

Impiegando i tassi di incidenza standardizzati (sempre usando come popolazione tipo la popolazione della Provincia di Rimini nel 1999 si osserverebbe che (tabella 7):

- il tasso di incidenza del tumore alla mammella assume valori inferiori a San Marino rispetto a Rimini (-11,8%);
- l'incidenza del tumore al colon e allo stomaco è più elevata a San Marino che a Rimini (tumore al colon: +14,3%; tumore allo stomaco: 30,9%). Molto più elevata è anche l'incidenza del tumore al polmone.

Tabella 7 – Confronto tra i tassi di incidenza dei tumori standardizzati (pop. tipo: popolazione della Provincia di Rimini – anno 1999)

<i>Sede del tumore</i>	<i>Tasso di incidenza delle neoplasie nella Provincia di Rimini</i>	<i>Tasso di incidenza delle neoplasie a San Marino standardizzato</i>	Tasso standardizzato Rep. di San Marino/ tasso di mortalità standardizzato Prov. di Rimini (x 100)
Mammella	154,8	136,5	88,2
Colon	52,3	59,8	114,3
Stomaco	29,8	39,0	130,9
Polmone	13,1	37,8	288,5

Mortalità per tumore

Il tumore al polmone rappresenta la prima causa di morte per neoplasia nel sesso maschile (tasso grezzo di mortalità 71,6 per 100.000 abitanti) e la terza causa di morte nelle donne (tasso grezzo di mortalità: 22,4). La seconda causa di morte per tumore in entrambi i sessi è rappresentata dal tumore allo stomaco (*tabella 8a e 8b*).

Tabella 8a – Tassi grezzi di mortalità⁸⁶ delle varie neoplasie (x 100.000 abitanti) nei maschi – periodo 1989-2003

	1989-93	1994-98	1999-2003
Polmone	63,9	69,2	71,6
Stomaco	70,8	30,6	46,8
Prostata	31,1	32,2	40,9
Colon	15,5	24,1	35,1
Encefalo, sistema nervoso	1,7	22,5	19,0
Leucemie	5,2	9,7	17,5
Pancreas	1,7	19,3	16,1
Vescica	24,2	20,9	16,1
Fegato	6,9	8,0	11,7
Linfomi non Hodgkin	10,4	20,9	10,2
Retto, ano	5,2	8,0	7,3
Vie Biliari	3,5	8,0	5,8
Mieloma	0,0	3,2	5,8
Rene-Uretere-Uretra	12,1	11,3	5,8
Laringe	0,0	9,7	4,4
Lingua	1,7	1,6	2,9
Pelle (melanomi)	5,2	3,2	2,9
Cav.Orale/Faringe	0,0	1,6	1,5
Esofago	3,5	3,2	1,5
Timo-cuore	3,5	0,0	1,5
Gen. Maschili	3,5	0,0	1,5
Labbro	0,0	0,0	0,0
Cav. Orale	0,0	0,0	0,0
Gh. Salivari	1,7	1,6	0,0
Faringe-Tonsille	5,2	0,0	0,0
Intestino tenue	0,0	0,0	0,0
App. dig.	0,0	0,0	0,0
Cav. Nasali e paranasali	0,0	0,0	0,0
Respiratorio n.s.	0,0	0,0	0,0
Osso	1,7	0,0	0,0
Parti molli	1,7	3,2	0,0
Testicolo	0,0	0,0	0,0
Occhio	0,0	0,0	0,0
Tiroide	0,0	0,0	0,0
Gh. Endocrine	0,0	0,0	0,0
Linfomi di Hodgkin	1,7	1,6	0,0

⁸⁶ TASSO GREZZO DI MORTALITA' PER NEOPLASIA: Morti per una determinata neoplasia in un certo periodo di tempo / popolazione residente nel periodo considerato x 100.000

Tabella 8b – Tassi grezzi di mortalità delle varie neoplasie (x 100.000 abitanti) nelle femmine – periodo 1989-2003

	1989-93	1994-98	1999-2003
Mammella	23,3	15,3	37,9
Stomaco	19,9	24,5	22,4
Polmone	21,6	12,2	22,4
Encefalo, sistema nervoso	3,3	7,7	16,8
Linfomi non Hodgkin	6,6	10,7	15,4
Colon	19,9	19,9	14,0
Pancreas	16,6	12,2	14,0
Sede non nota	3,3	12,2	9,8
Retto, ano	3,3	4,6	5,6
Ovaio	5,0	1,5	5,6
Vescica	5,0	4,6	5,6
Mieloma	1,7	4,6	4,2
Leucemie	10,0	7,7	4,2
Gen. Femminili	1,7	3,1	2,8
Rene-uretere-uretra	5,0	3,1	2,8
Lingua	0,0	0,0	1,4
Faringe-Tonsille	1,7	0,0	1,4
Fegato	1,7	3,1	1,4
Vie Biliari	13,3	6,1	1,4
App. dig.	1,7	0,0	1,4
Pelle (melanomi)	3,3	3,1	1,4
Utero (collo)	1,7	0,0	1,4
Utero n.s.	3,3	1,5	1,4
Labbro	0,0	0,0	0,0
Cav. Orale	0,0	1,5	0,0
Gh. Salivari	0,0	0,0	0,0
Cav. Orale/Faringe	0,0	0,0	0,0
Esofago	1,7	0,0	0,0
Intestino tenue	1,7	0,0	0,0
Cav. Nasali e paranasali	0,0	0,0	0,0
Laringe	0,0	0,0	0,0
Timo-cuore	1,7	1,5	0,0
Respiratorio n.s.	0,0	0,0	0,0
Osso	0,0	1,5	0,0
Parti molli	1,7	0,0	0,0
Utero (corpo)	5,0	0,0	0,0
Occhio	0,0	0,0	0,0
Tiroide	3,3	0,0	0,0
Gh. Endocrine	0,0	0,0	0,0
Linfomi di Hodgkin	0,0	0,0	0,0

Nel sesso maschile, la terza causa di morte è rappresentata dal tumore alla prostata (40,9 per 100.000) seguito da (tabella 9):

- tumore al colon (35,1)
- tumore all'encefalo (19) e

- tumore al sistema nervoso (17,5).

Tabella 9 – Tassi grezzi di mortalità per i principali tumori – sesso maschile (1989-2003)

1989-93		1994-98		1999-2003	
Stomaco	70,8	Polmone	69,2	Polmone	71,6
Polmone	63,9	Prostata	32,2	Stomaco	46,8
Prostata	31,1	Stomaco	30,6	Prostata	40,9
Vescica	24,2	Colon	24,1	Colon	35,1
Colon	15,5	Encefalo, sistema nervoso	22,5	Encefalo, sistema nervoso	19,0
Rene-Uretere-Uretra	12,1	Vescica	20,9	Leucemie	17,5
Linfomi non Hodgkin	10,4	Linfomi non Hodgkin	20,9	Pancreas	16,1
Fegato	6,9	Pancreas	19,3	Vescica	16,1
Faringe-Tonsille	5,2	Rene-Uretere-Uretra	11,3	Fegato	11,7
Retto, ano	5,2	Laringe	9,7	Linfomi non Hodgkin	10,2
Leucemie	5,2	Leucemie	9,7	Retto, ano	7,3
Pelle (melanomi)	5,2	Retto, ano	8,0	Vie Biliari	5,8
Esofago	3,5	Fegato	8,0	Mieloma	5,8
Vie Biliari	3,5	Vie Biliari	8,0	Rene-Uretere-Uretra	5,8
Timo-cuore	3,5	Esofago	3,2	Laringe	4,4
Gen. Maschili	3,5	Mieloma	3,2	Lingua	2,9

Per quanto riguarda il sesso femminile, nel periodo 1999-2003, il tumore alla mammella rappresenta la prima causa di morte per tumore (tasso grezzo di mortalità: 37,9 x 100.000 abitanti). Questa è seguita dalla morte per tumore allo stomaco e per tumore al polmone (22,4 x 100.000 abitanti) (tabella 10). Troviamo poi:

- tumore all'encefalo (16,8)
- linfomi non Hodgkin (15,4)
- tumore al colon e al pancreas (14)

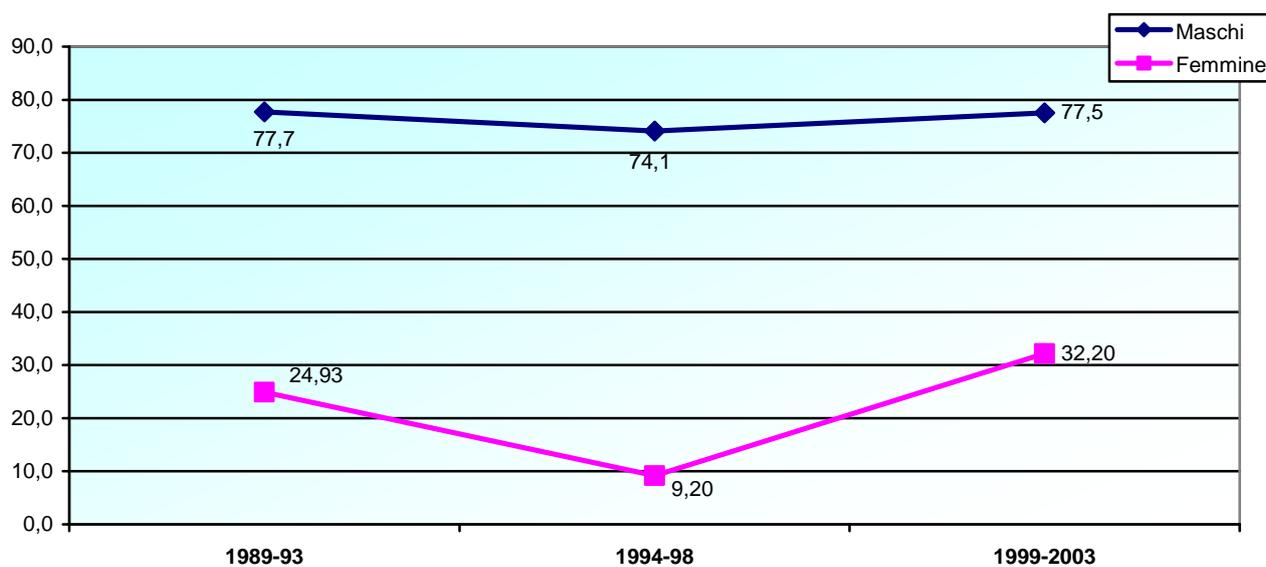
Tabella 10 - Tassi grezzi di mortalità per i principali tumori – sesso femminile (1989-2003)

1989-93		1994-98		1999-2003	
Mammella	23,3	Stomaco	24,5	Mammella	37,9
Polmone	21,6	Colon	19,9	Stomaco	22,4
Stomaco	19,9	Mammella	15,3	Polmone	22,4
Colon	19,9	Sede non nota	12,2	Encefalo, sistema nervoso	16,8
Pancreas	16,6	Polmone	12,2	Linfomi non Hodgkin	15,4
Vie Biliari	13,3	Pancreas	12,2	Colon	14,0
Leucemie	10,0	Linfomi non Hodgkin	10,7	Pancreas	14,0
Linfomi non Hodgkin	6,6	Leucemie	7,7	Sede non nota	9,8
Utero (corpo)	5,0	Encefalo, sistema nervoso	7,7	Retto, ano	5,6
Ovaio	5,0	Vie Biliari	6,1	Ovaio	5,6
Rene-uretere-uretra	5,0	Vescica	4,6	Vescica	5,6
Vescica	5,0	Retto, ano	4,6	Mieloma	4,2
Retto, ano	3,3	Mieloma	4,6	Leucemie	4,2
Pelle (melanomi)	3,3	Rene-uretere-uretra	3,1	Gen. Femminili	2,8
Utero n.s.	3,3	Pelle (melanomi)	3,1	Rene-uretere-uretra	2,8
Encefalo, sistema nervoso	3,3	Gen. Femminili	3,1	Lingua	1,4
Tiroide	3,3	Fegato	3,1	Faringe-Tonsille	1,4
Sede non nota	3,3	Utero n.s.	1,5	Fegato	1,4

Tumore al polmone

Nel corso del quinquennio 1999-2003, la neoplasia al polmone ha rappresentato il secondo tumore per frequenza nei maschi; si colloca, invece, al quarto posto per frequenza nelle femmine (*tabella 3a e 3b*). In particolare, sono stati registrati complessivamente 54 nuovi casi di tumore del polmone nel sesso maschile (tasso di incidenza: 78,7 per 100.000), 23 nel sesso femminile (31,2 x 100.000 abitanti).

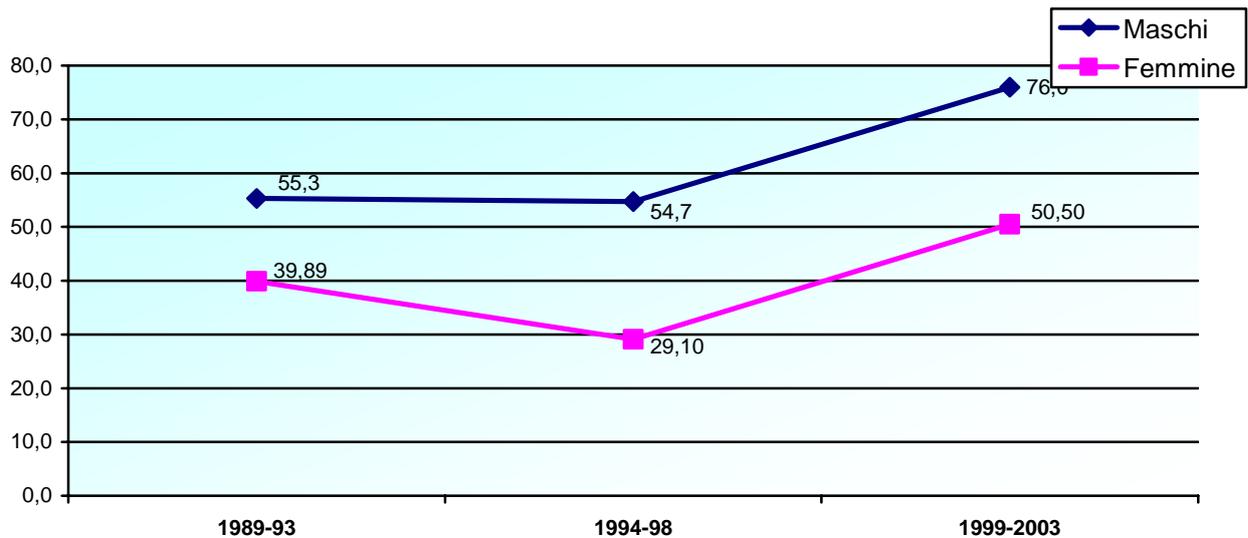
Grafico 2 - Tasso grezzo di incidenza del tumore del polmone nella popolazione residente a San Marino



Tumore del colon

Facendo riferimento al periodo 1999-2003, il tumore al colon rappresenta la terza neoplasia per frequenza nel sesso maschile, la seconda nel sesso femminile. Il tasso di incidenza è, in entrambi i sessi, in progressivo aumento rispetto al passato (*tabella 3a e 3b, grafico 3*). In tale periodo sono stati riscontrati 52 nuovi casi di tumore nel sesso maschile, 36 nel sesso femminile.

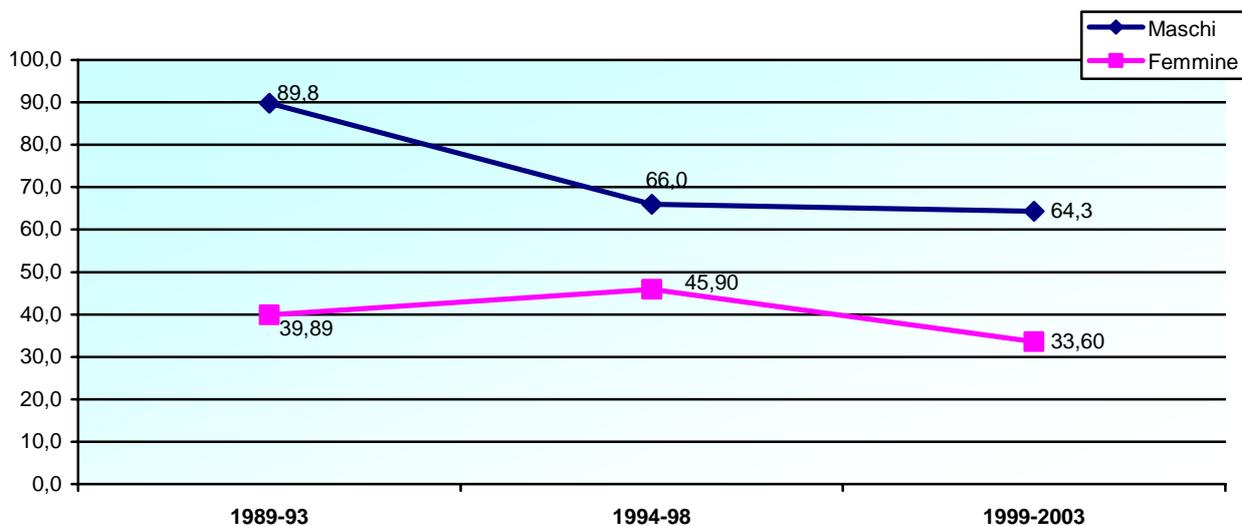
Grafico 3 - Tasso grezzo di incidenza del tumore del polmone nella popolazione residente a San Marino



Tumore dello stomaco

Il tumore allo stomaco rappresenta la seconda neoplasia per frequenza nel sesso femminile (quinquennio 1999-2003). Nei maschi, invece, il tasso di incidenza è, in progressiva diminuzione: attualmente si trova al quinto posto per frequenza mentre nel periodo 1989-1993 era il tumore più comune nel sesso maschile (*tabella 3a e 3b*). I nuovi casi registrati sono complessivamente 68, 44 nei maschi, 24 nelle femmine.

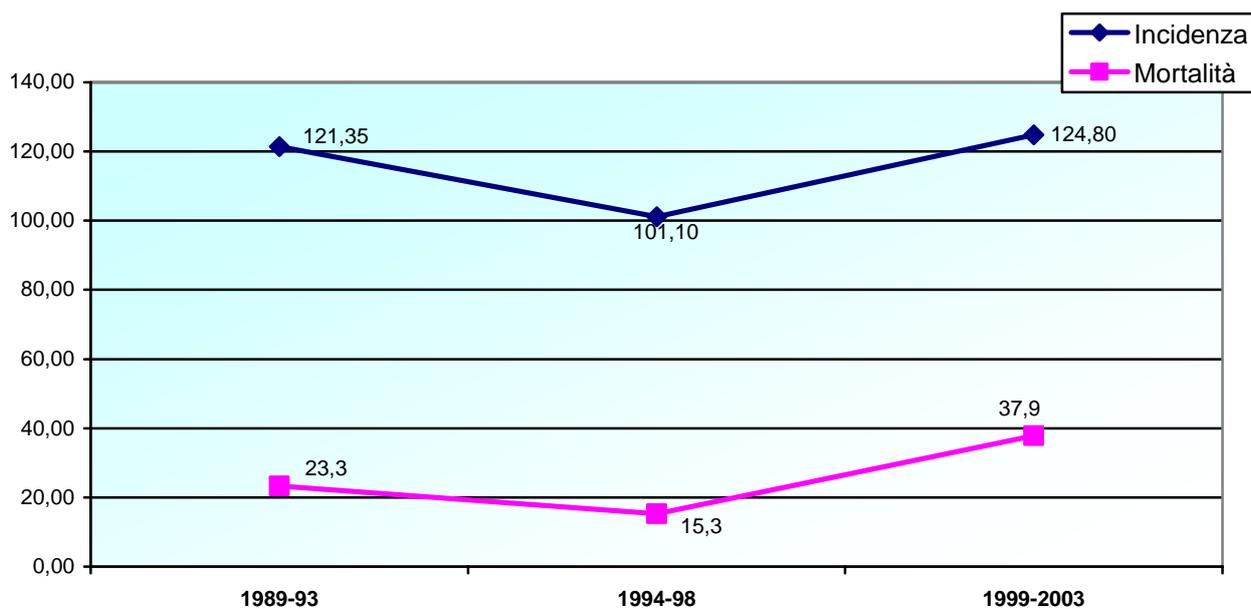
Grafico 4 - Tasso grezzo di incidenza del tumore dello stomaco nella popolazione residente a San Marino



Tumore della mammella

Il tumore della mammella ha rappresentato in passato e rappresenta ancora oggi il tumore con maggiore frequenza nel sesso femminile. Nel quinquennio 1999-2003 sono stati riscontrati 89 nuovi casi, con un tasso grezzo di incidenza era pari a 124,8 x 100.000 abitanti (*tabella 3b e grafico 5*).

Grafico 5 – Andamento dei tassi grezzi di mortalità e di incidenza per tumore alla mammella nelle femmine residenti nella Repubblica di San Marino



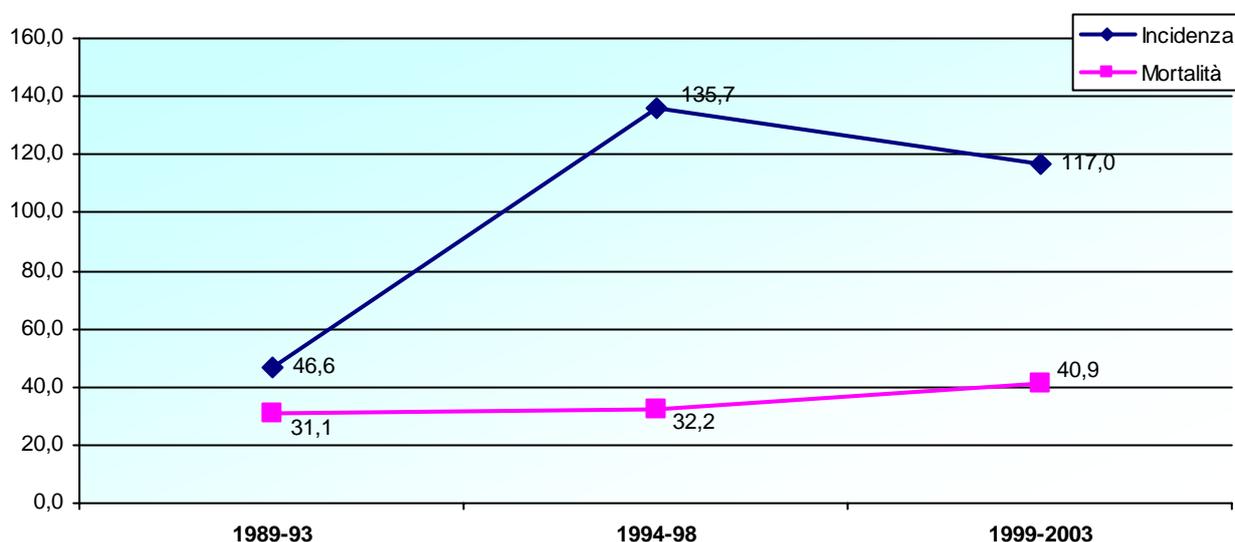
Tumore alla prostata

Nel quinquennio 1999-2003 sono stati riscontrati 80 casi nuovi di tumore alla prostata; questa neoplasia è stata la prima per frequenza nel sesso maschile, con un tasso di incidenza del 117,0 per 100.000 abitanti.

Si può osservare, inoltre, che nel corso del periodo 1989-2003 il tasso di incidenza del tumore alla prostata è progressivamente aumentato (*grafico 1*).

Qui sotto viene presentato l'andamento del tasso grezzo di incidenza e di mortalità per il tumore alla prostata nei maschi residenti nella Repubblica di San Marino.

Grafico 1 – Andamento dei tassi grezzi di mortalità e di incidenza per tumore alla prostata nei maschi residenti nella Provincia di Rimini⁸⁷



⁸⁷ E' una rappresentazione sommaria dell'andamento dei tassi grezzi di incidenza e di mortalità dei diversi tumori nel periodo 1989-2003. Non è molto esatto presentare sull'asse delle ascisse gli anni accorpati, ma per avere dati più significativi i tassi di incidenza e i tassi di mortalità sono stati calcolati su un periodo non di un anno ma di cinque.

*Mortalità proporzionale dei vari tumori*⁸⁸

Il tumore alla mammella rappresenta la principale causa di morte per tumore nelle donne (19,1% nel periodo 1999-2003); questo è seguito dal tumore allo stomaco, al polmone (11,3%) e al colon retto (10,6%) (tabella 11 e grafico 6).

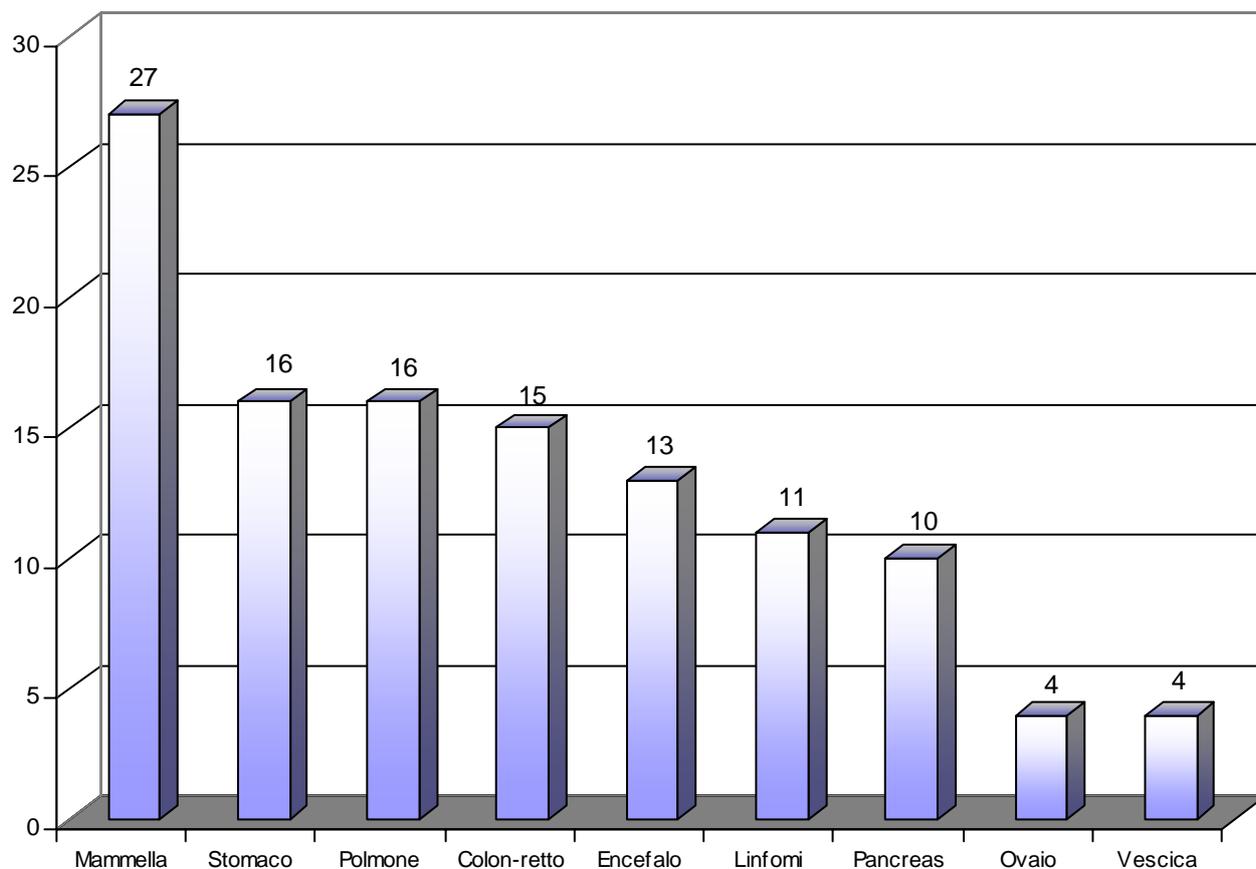
Tabella 11 – Mortalità proporzionale per i principali tumori (1999-2003)⁸⁹ – sesso femminile

Sede del tumore	Numero casi	Incidenza % sul totale dei decessi per tumore
Mammella	27	19,1%
Stomaco	16	11,3%
Polmone	16	11,3%
Colon-retto	15	10,6%
Encefalo	13	9,2%
Linfomi	11	7,8%
Pancreas	10	7,1%
Ovaio	4	2,8%
Vescica	4	2,8%
Mieloma	3	2,1%
Leucemie	3	2,1%
Collo utero	1	0,7%
Corpo utero	1	0,7%
Altri tumori	17	12,1%
<i>Totale</i>	<i>141</i>	

⁸⁸ *FONTE DATI*: I dati relativi al numero di decessi per tipologia di tumore nel periodo 1999-2003 sono stati presi dalla relazione sullo Stato di Salute della popolazione di San Marino (2003) – Direzione Sanitaria

⁸⁹ *TASSO DI MORTALITA' PROPORZIONALE*: numero di decessi per un particolare tipo di tumore nel periodo di riferimento /numero di decessi complessivo per neoplasia x 100.

Grafico 6 – Mortalità proporzionale per le principali neoplasie – popolazione femminile (1999-2003)

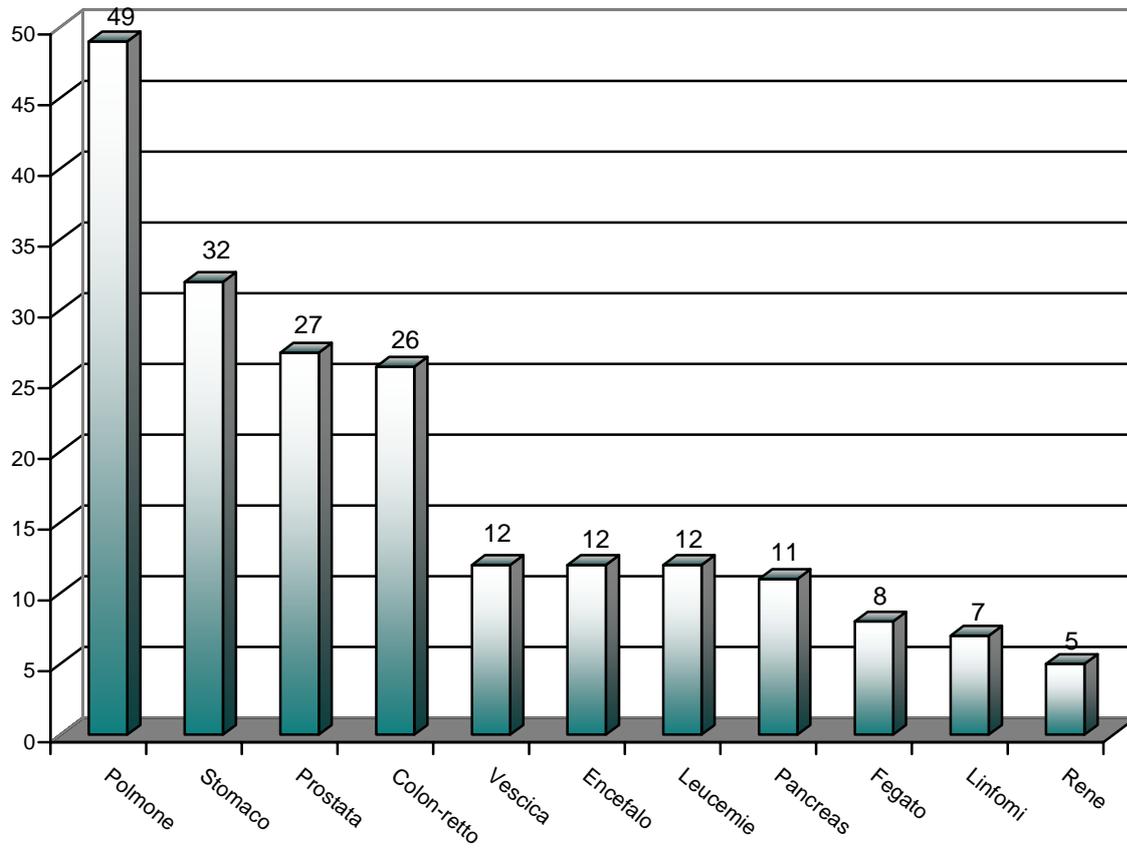


Nel sesso maschile la prevalenza dei decessi è causata dal tumore al polmone (21,9%), seguito dal tumore allo stomaco (14,3%) e da quello alla prostata (12,1%) (tabella 12 e grafico 7).

Tabella 12 – Mortalità proporzionale per i principali tumori (1999-2003) – sesso maschile

Sede del tumore	Numero casi	Incidenza % sul totale dei decessi per tumore
Polmone	49	21,9%
Stomaco	32	14,3%
Prostata	27	12,1%
Colon-retto	26	11,6%
Vescica	12	5,4%
Encefalo	12	5,4%
Leucemie	12	5,4%
Pancreas	11	4,9%
Fegato	8	3,6%
Linfomi	7	3,1%
Rene	5	2,2%
Vie biliari	4	1,8%
Mieloma	4	1,8%
Altri tumori	15	6,7%
Totale	224	

Grafico 7 – Mortalità proporzionale per le principali neoplasie – pop. Maschile (1999-2003)



L'uso dell'ospedale⁹⁰

Nel corso del 2002, i ricoveri per tumore effettuati presso l'ospedale della Repubblica di San Marino, sia in regime di degenza ordinaria sia in regime di day hospital, ammontavano complessivamente a 413, pari al 9,75% del totale dei ricoveri effettuati nel corso dell'anno (*tabella 13*).

Tabella 13 – Ricoveri per tumore (anno 2002)

	<i>N. casi</i>	<i>Incidenza %</i>
Maschi	210	10,95
Femmine	203	8,75
Totale	413	9,75

In entrambi i sessi i ricoveri per tumore si collocano al quinto posto per frequenza; come si può notare dalla *tabella 14* nel sesso maschile, esiste una differenza minima tra il numero dei ricoveri per tumore e quello per malattie dell'apparato respiratorio e per malattie dell'apparato digerente.

Tabella 14 – Principali cause di ricovero presso l'ospedale di San Marino (anno 2002)

Femmine		Maschi	
CAUSA DEL RICOVERO	% SUL TOTALE RICOVERI	CAUSA DEL RICOVERO	% SUL TOTALE RICOVERI
Complicanze gravidanza parto e puerperio	17,80%	Traumatismi e avvelenamenti	15,65%
Mal. sist. circolatorio	11,94%	Mal. sistema circolatorio	14,50%
Traumatismi e avvelenamenti	10,34%	Mal. apparato digerente	11,42%
Mal. sist. osteomuscolare e connettivo	10,04%	Mal. sist. respiratorio	11,01%
Tumori	8,75%	Tumori	10,95%
Malattie apparato digerente	8,06%	Mal. sist. osteomuscolare e connettivo	9,39%

La *tabella 15* mostra i tassi di ospedalizzazione relativi ai ricoveri per tumore, suddivisi per sesso e per classi di età. Si può notare che il ricorso all'ospedalizzazione per cause tumorali aumenta con l'aumentare dell'età; inoltre, si può osservare che, se nelle età più giovani è maggiore il numero di

⁹⁰ *FONTE DATI*: Relazione sullo Stato di Salute della popolazione della Repubblica di San Marino (anno 2003) – Direzione Sanitaria

ricoveri nel sesso femminile, nelle età più avanzate la situazione si capovolge e il tasso di ospedalizzazione nel sesso maschile è quasi doppio del tasso di ospedalizzazione nel sesso femminile.

Tabella 15 – Tassi di ospedalizzazione per tumore per sesso e classi di età (anno 2002) (ricoveri in degenza ordinaria e in regime di day hospital presso l'ospedale della Rep. di San Marino)

	Femmine		Maschi	
	N. casi	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000 ab.)	N. casi	Tasso di ospedalizzazione (x 1.000 ab.)
0	0	0	0	0
1-14	1	0,52	1	0,48
15-24	4	2,82	0	0
25-44	39	7,75	18	3,73
45-64	73	20,43	54	15,45
65-74	36	27,61	73	62,45
più di 75	50	38,14	64	77,2
Totale	203	13,83	210	14,92

La salute mentale e le dipendenze patologiche.

In sintesi:

- *I tentativi di suicidio riguardano prevalentemente il sesso femminile*
- *Indice di prevalenza nella popolazione target per l'abuso di sostanze stupefacenti (15-44 anni) inferiore a quanto registrato nei territori limitrofi*
- *Aumento del numero di soggetti seguiti per abuso di sostanze stupefacenti nella fascia di età tra i 15-19 anni*
- *L'80% dei ricoveri effettuati presso l'ospedale per abuso di sostanze psicotrope è legato a patologie connesse all'abuso di alcol*

Casi di suicidio⁹¹

Nel corso del quinquennio 1999-2003 si sono verificati complessivamente 12 casi di suicidio nel sesso maschile (con un tasso grezzo di mortalità⁹² pari al 17,5 per 100.000 abitanti); nel sesso femminile ne sono stati registrati 3 (tasso grezzo di mortalità: 4,2 per 100.000 abitanti) (tabella 8).

Tabella 8 – Casi di suicidio distinti per sesso (periodo 1999-2003)

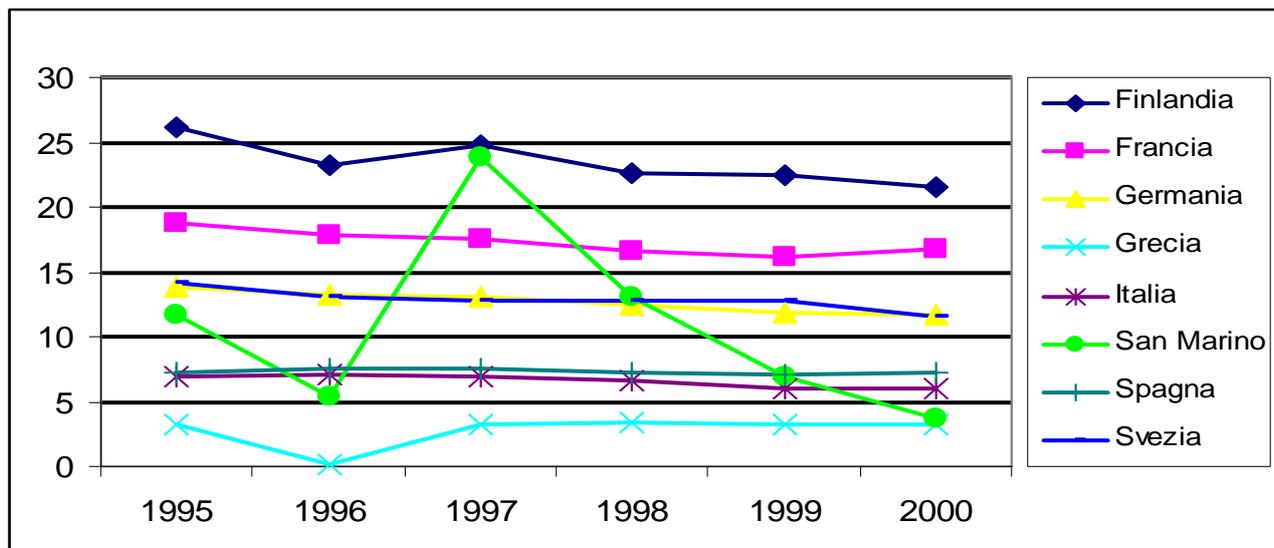
	Maschi	Femmine
1999	2	1
2000	0	0
2001	2	2
2002	5	0
2003	3	0
Totale	12	3

Confrontando i dati con alcuni paesi europei nel periodo 1995-2000 emerge come San Marino (nonostante una elevata variabilità da un anno all'altro dovuta al numero esiguo di casi) registri un numero di suicidi superiore all'Italia, ma inferiore a gran parte degli altri paesi europei.

⁹¹ *FONTE DATI:* Relazione sullo Stato di Salute della popolazione di San Marino (anno 2003) – Direzione Sanitaria

⁹² *TASSO GREZZO DI MORTALITA':* numero di casi di suicidio nel periodo 1999-2003 / popolazione residente nel periodo di riferimento x 100.000

Grafico 11 - Suicidi per tutte le età per 100.000 abitanti (1995-2000)⁹³



Tentativi di suicidio

Nel corso del periodo 1999-2003 si sono registrati 40 casi di tentativi di suicidio di cui 33 casi nel sesso femminile e 7 nel sesso maschile (tabella 9).

Tabella 9 – Tentativi di suicidio (periodo 1999-2003)

	Maschi	Femmine	Totale	%
Farmaci	2	21	23	58%
Precipitazione	4	4	8	20%
Sostanze tossiche	1	3	4	10%
Arma da taglio	0	3	3	8%
Non conosciuta	0	1	1	3%
Impiccagione	0	1	1	3%
Totale	7	33	40	

Il Servizio di Neuropsichiatria⁹⁴

Il Servizio di Neuropsichiatria è attualmente composto dal Settore Neurologico e dal Settore Psichiatrico.

⁹³ FONTE DATI: WHO/Europe, HFA Database, January 2005

⁹⁴ FONTE DATI: Relazione del Servizio Neuro-Psichiatrico relativa all'anno 2003 (Dirigente S.N.P. – Dott. Bastianelli)

Settore neurologico

Si occupa della gestione dei pazienti affetti da patologie neurologiche (prevenzione, diagnosi e cura) mediante un servizio ambulatoriale quotidiano, consulenze nei reparti ospedalieri, visite a domicilio.

Nel corso del 2003 sono state effettuate complessivamente 2.213 visite neurologiche e 705 di queste erano prime visite (corrispondenti al 31% circa del totale delle visite) (*tabelle 10a, 10b e 11*).

Tabella 10a – Visite neurologiche (2003)

	N. visite
Visite Neurologiche	1.508
Prime Visite	705
<i>Totale</i>	<i>2.213</i>

Tabella 10b – Attività presso i Reparti Ospedalieri (2003)

Visite in reparto	266
Pazienti	233

Tabella 11 – Servizio neurofisiopatologia (2003)⁹⁵

Esami	Numero	Pazienti	Tratti
E.E.G.	314	314	
Potenziali Evocati	72	71	
E.M.G.	549	549	5.409
Terapia con Tossina Botulinica	40	40	

⁹⁵ Il laboratorio di Neurofisiopatologia è dedicato all'esecuzione di esami Elettroencefalografici (E.E.G), Elettromiografici (E.M.G.) e Potenziali Evocati, Terapia con Tossina Botulinica.

Settore psichiatrico

Si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione di persone con problemi di salute mentale, dai 18 anni in poi.

Il lavoro è attualmente articolato in ulteriori settori:

- 1) Psichiatria: è un servizio territoriale che assiste i propri pazienti sia al loro domicilio sia presso i propri ambulatori. Nell'ospedale non esiste un reparto di psichiatria, pertanto i pazienti vengono ricoverati in Cliniche o Ospedali fuori territorio.
- 2) Psicoriabilitazione (gestione di laboratori per la produzione e vendita di oggetti di ceramica e altri prodotti artigianali, di negozi per la vendita dei prodotti realizzati...)
- 3) Dipendenze patologiche (tossicodipendenze e problemi alcool correlati): vengono elaborati programmi terapeutici e di riabilitazione, un osservatorio sulle problematiche giovanili...

Servizio psichiatrico

Nel 2003 sono state effettuate complessivamente 3.795 visite psichiatriche e di queste una quota davvero esigua è rappresentata dalle prime visite (1,8%) (*tabella 12a e 12b*).

Tabella 12a – Visite psichiatriche (2003)

	N. visite
Visite psichiatriche	3.726
Prime Visite	69
<i>Totale</i>	3.795

Tabella 12b – Attività presso i reparti ospedalieri (2003)

Visite in reparto	391
Pazienti	192

Nel corso dell'anno 2003 si è registrata una riduzione significativa dei ricoveri fuori territorio sia come numero di ricoveri sia come durata media delle degenze. In particolare:

- le giornate di degenza in cliniche fuori territorio sono passate da 5.662 nel 2002 a 3.316 nel 2003, con una riduzione del 41% rispetto all'anno precedente.

Tabella 13 – Ricoveri presso strutture in e fuori territorio (2003)

Luogo del ricovero	Fuori territorio	Comunità fuori territorio
Totale pazienti	57	37
Numero pazienti per 10.000 soggetti residenti ⁹⁶	19,5	12,5
Totale giornate di degenza	3.316	7.142
<i>Durata media degenza (espressa in giorni)</i>	53	193

Come si può osservare dalle tabelle sopra, 19,5 cittadini su 10.000 residenti sono stati ricoverati presso cliniche fuori territorio, 12,5 presso comunità fuori territorio. I cittadini ricoverati presso strutture in territorio sono, invece, 34,2 ogni 10.000 residenti.

Tabella 14 – Servizio sociale (2003)

Inserimenti lavorativi e verifiche	275
Colloqui	1.425
Interventi sociali nel territorio	612

Strutture psicoriabilitative

Nel 2003 il numero di utenti delle strutture psicoriabilitative ha subito un aumento evidente rispetto l'anno precedente. Il numero di utenti del centro di riabilitazione "Il Libeccio" e dei laboratori di ceramica di Galazzano e di Fiorentino sono complessivamente 45, mentre nell'anno precedente erano 29. Nel 2003, quindi, 14,4 residenti su 10.000 si sono rivolti a tali strutture.

⁹⁶ Numero pazienti/popolazione residente a fine anno x 10.000

Tabella 15 - Centro di riabilitazione Il libeccio

	N. utenti
Totale utenti	31
Nuovi ingressi	10

Tabella 16 – Laboratorio ceramica di Galazzano

	N. utenti
Totale utenti	5
Nuovi ingressi	2

Tabella 17 – Laboratorio ceramica di Fiorentino

	N. utenti
Totale utenti	9
Nuovi ingressi	4

Tabella 18 – Cantieri protetti

	N. utenti
Cantiere Valdragone	7
Cantiere CEP	5

Servizi dipendenze patologiche

Casi già seguiti	36
Nuovi ingressi	34
<i>Totale casi</i>	<i>70</i>

Servizio di psicologia

Psicoterapie e Training - Autogeno	921
Test Neuropsicologici e Psicodiagnostici	59

Attività servizio infermieristico

Interventi in Day Hospital	1967
Monitoraggio stupefacenti e farmaci	667
Prelievi ematici	325
Visite domiciliari	16

In Italia, le Unità Operative per le dipendenze patologiche delle USL si occupano, ad esclusione del servizio alcolologico, prevalentemente della popolazione compresa tra i 15 e i 44 anni che è considerata popolazione a rischio (anche chiamata popolazione target). Per l'alcool, invece, si considera popolazione a rischio la popolazione con età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Nella Repubblica di San Marino, alla fine del 2003, il numero di abitanti in età compresa tra i 15 e i 44 anni ammonta a 12.886 unità, corrispondenti al 44,1% della popolazione totale residente. Le persone in età compresa tra i 15 e i 64 anni sono 20.077, pari al 68,7% della popolazione residente totale (*tabella 1*).

Tabella 1 – Popolazione residente (anno 2003)

	Popolazione residente in età compresa tra i 15 e i 44 anni			Popolazione residente in età compresa tra i 15 e i 64 anni		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
N. soggetti	6.375	6.511	12.886	9.951	10.126	20.077
Incidenza % sul totale della popolazione residente	44,50%	43,70%	44,10%	69,40%	67,90%	68,70%

Le tabelle seguenti mostrano la distribuzione per castello della popolazione residente in età compresa tra i 15 e i 44 anni e in quella fra i 15 e i 64 anni nonché la loro variazione nel corso del tempo (*tabelle 2, 3, 4 e 5*).

Tabella 2 – Popolazione tra i 15 e i 44 anni distinta per castello di residenza (anno 2003)

Castelli	N. soggetti			Incidenza %		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.
Acquaviva	384	419	803	6,0%	6,4%	6,2%
Borgomaggiore	1.273	1.369	2.642	20,0%	21,0%	20,5%
Chiesanuova	211	202	413	3,3%	3,1%	3,2%
Serravalle	2.136	2.108	4.244	33,5%	32,4%	32,9%
Domagnano	601	609	1210	9,4%	9,4%	9,4%
Faetano	259	249	508	4,1%	3,8%	3,9%
Fiorentino	457	499	956	7,2%	7,7%	7,4%
Montegiardino	169	190	359	2,7%	2,9%	2,8%
San Marino città	885	866	1.751	13,9%	13,3%	13,6%
Totale	6.375	6.511	12.886			

Tabella 3 – Popolazione tra i 15 e i 64 anni distinta per castello di residenza (anno 2003)

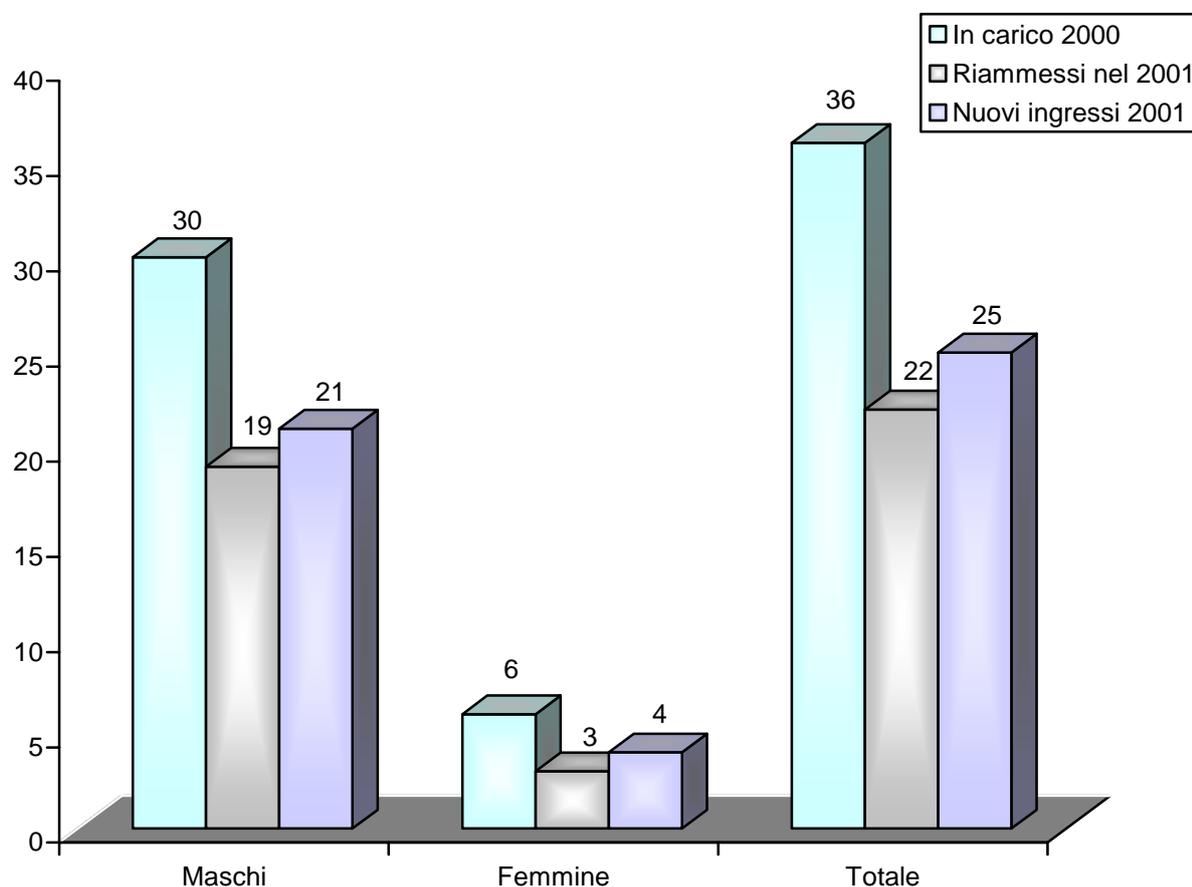
Castelli	N. soggetti			Incidenza %		
	M	F	Tot.	M	F	Tot.
Acquaviva	562	620	1182	8,8%	9,5%	9,2%
Borgomaggiore	2062	2103	4165	32,3%	32,3%	32,3%
Chiesanuova	325	333	658	5,1%	5,1%	5,1%
Serravalle	3255	3242	6497	51,1%	49,8%	50,4%
Domagnano	912	940	1852	14,3%	14,4%	14,4%
Faetano	383	362	745	6,0%	5,6%	5,8%
Fiorentino	726	738	1464	11,4%	11,3%	11,4%
Montegiardino	266	274	540	4,2%	4,2%	4,2%
San Marino città	1460	1514	2974	22,9%	23,3%	23,1%
Totale	9.951	10.126	20.077			

Abuso di sostanze stupefacenti⁹⁷

Al 31/03/2001 il numero di utenti in carico al Servizio Neuro-Psichiatrico (S.N.P.) con diagnosi di disturbo da uso di sostanze psicoattive era complessivamente di 103.

I pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria con diagnosi d'abuso di sostanze stupefacenti erano 36 nel 2000, di questi 11 hanno interrotto il trattamento, 3 hanno concluso il programma e 22 hanno continuato ad essere seguiti nel 2001. Inoltre, si sono avuti nell'arco di tre mesi, dal 1 Gennaio al 31 Marzo, 25 nuovi ingressi portando il totale dei pazienti seguiti a 47, con evidente incremento rispetto al 2000. Al 31/03/2001 il rapporto utenti maschi/utenti femmine è pari a 5,7, mostrando una netta prevalenza del sesso maschile rispetto al sesso femminile (*grafico 1*).

Grafico 1 – Pazienti con diagnosi di abuso da sostanze stupefacenti.



E' possibile mettere in relazione l'utenza tossicodipendente in carico al servizio di Neuro-Psichiatria con la popolazione target, vale a dire con la popolazione in età compresa tra i 15 e i 44 anni. L'indicatore di *prevalenza* (rapporto tra il numero di utenti del Servizio di Neuro-Psichiatria e

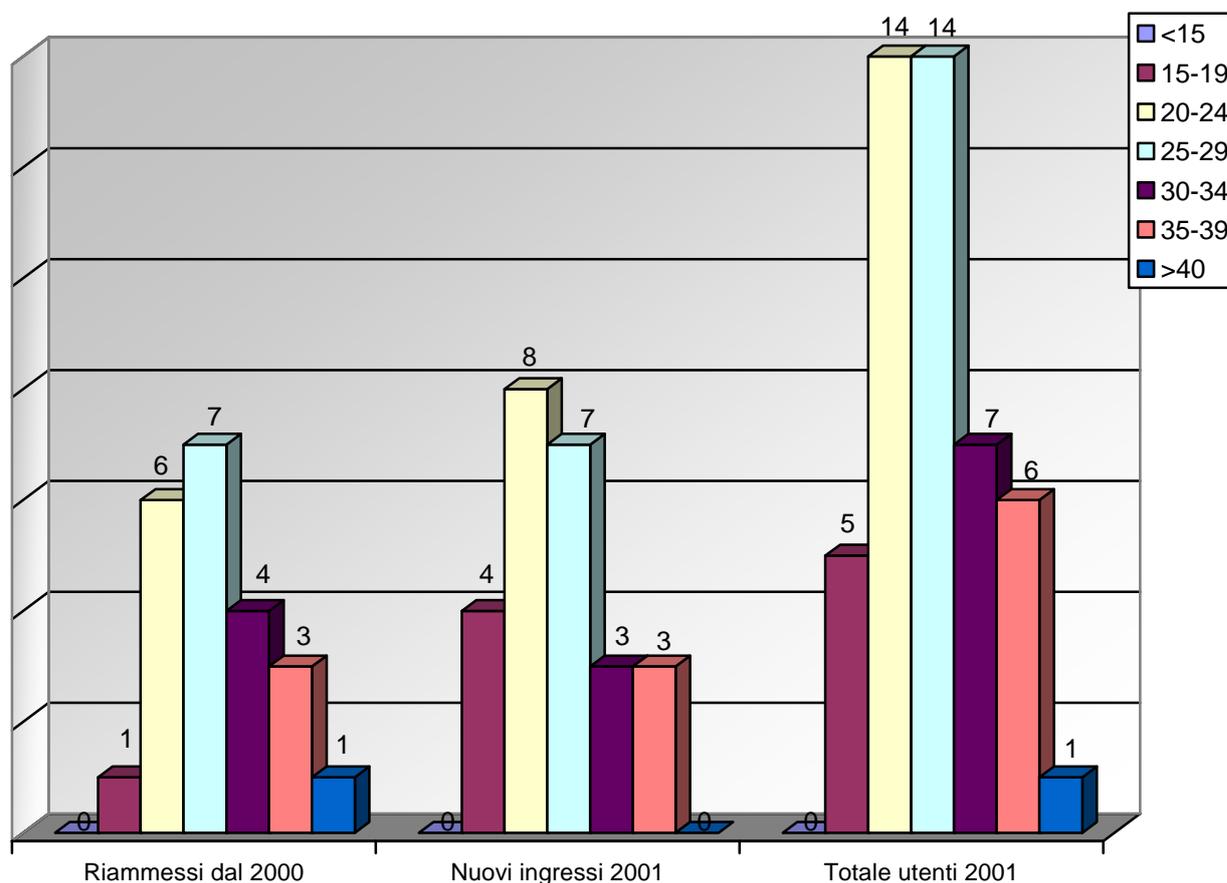
⁹⁷ *FONTE DATI:* Dati elaborati dal Servizio di Neuro-Psichiatria

la popolazione residente nella fascia di età tra i 15 e i 44 anni) nell'anno 2000 è pari a 30,15 per 10.000 abitanti.

Nella Provincia di Rimini lo stesso indicatore calcolato con riferimento al numero di utenti dell'Unità Operativa Dipendenze Patologiche si attesta sui 64,7 tossicodipendenti ogni 10.000 abitanti.

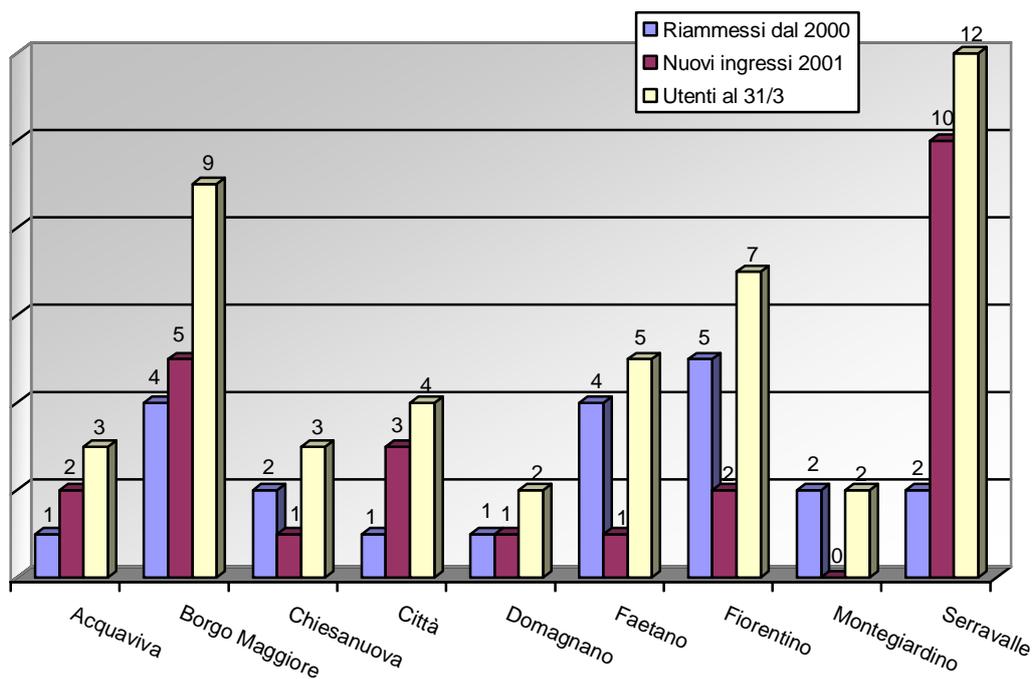
Oltre la metà degli utenti in carico al Servizio Neuropsichiatria al 31/03/2005 con diagnosi d'abuso di sostanze stupefacenti ha un'età compresa tra i 20 e i 29 anni. L'età media, sia degli utenti riammessi nel 2001 dal 2000, sia dei soggetti che sono stati ammessi nei primi 3 mesi del 2001, si colloca nella fascia di età tra i 25 e i 29 anni. Bisogna, comunque, notare come tra gli utenti ammessi al S.N.P. vi sia un aumento dei soggetti nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni (*grafico 2*).

Grafico 2 - Pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria con diagnosi d'abuso di sostanze stupefacenti per classi di età

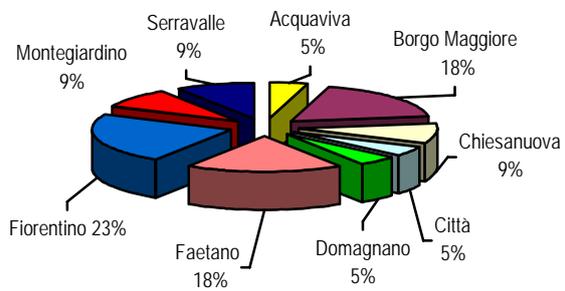


I pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria al 31/03/2001 con diagnosi d'abuso di sostanze stupefacenti provengono principalmente da Serravalle (26%), Borgo Maggiore (19%), Fiorentino (15%) e Faetano (11%) (*grafico 3*).

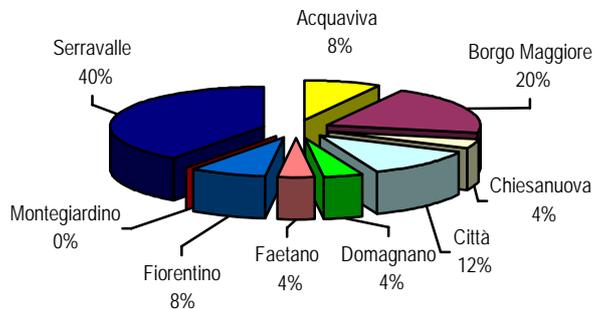
Grafico 3 - Pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria con diagnosi d'abuso di sostanze stupefacenti per castello di residenza.



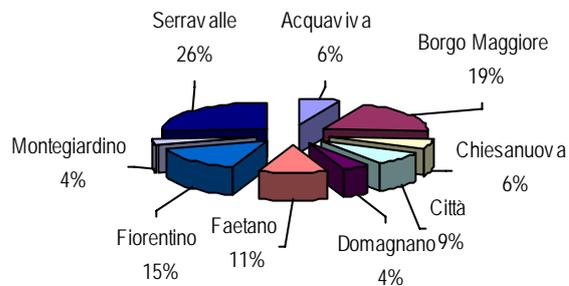
Utenti riammessi dal 2000



Nuovi ingressi anno 2001



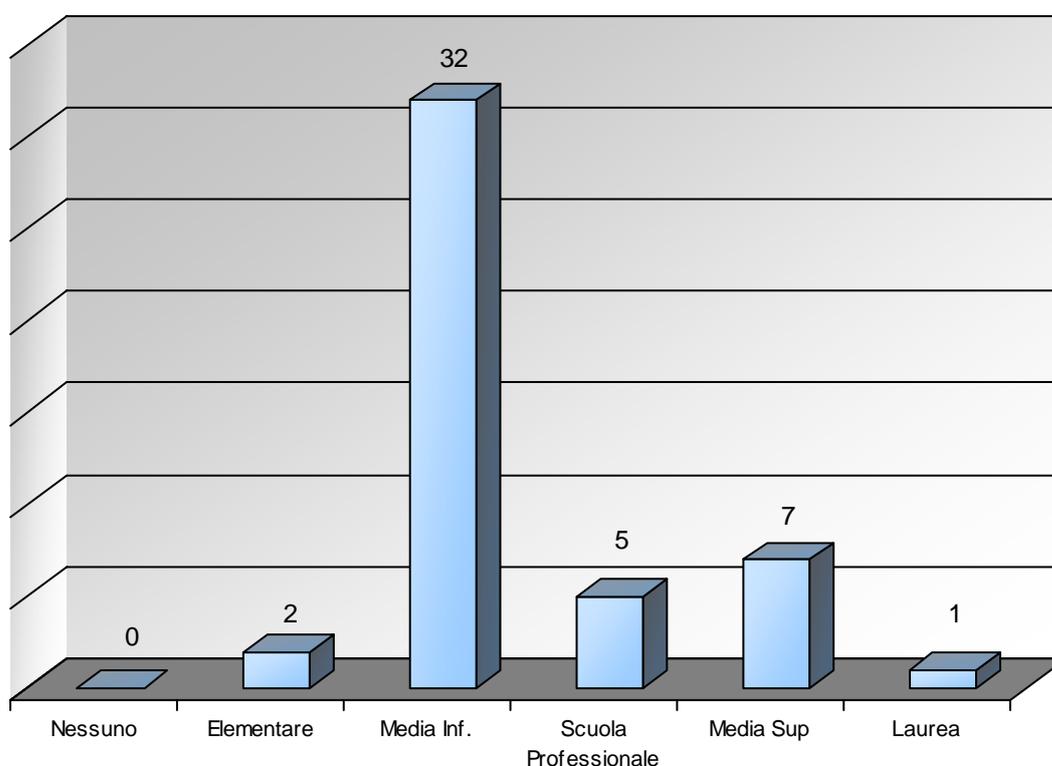
Totale utenti del S.N.P. al 31/03/2001



Tossicodipendenza e scuola non si accordano facilmente: la maggior parte dei pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria possiede un diploma di scuola media inferiore.

Il problema di tale aspetto è che la mancanza di un titolo di studio professionale o di scuola superiore comporta minori opportunità d'accesso nel lavoro; nella fase di reinserimento che segue un programma terapeutico, queste difficoltà sono acuite da una situazione di disagio sociale come quello della tossicodipendenza (*grafico 4*).

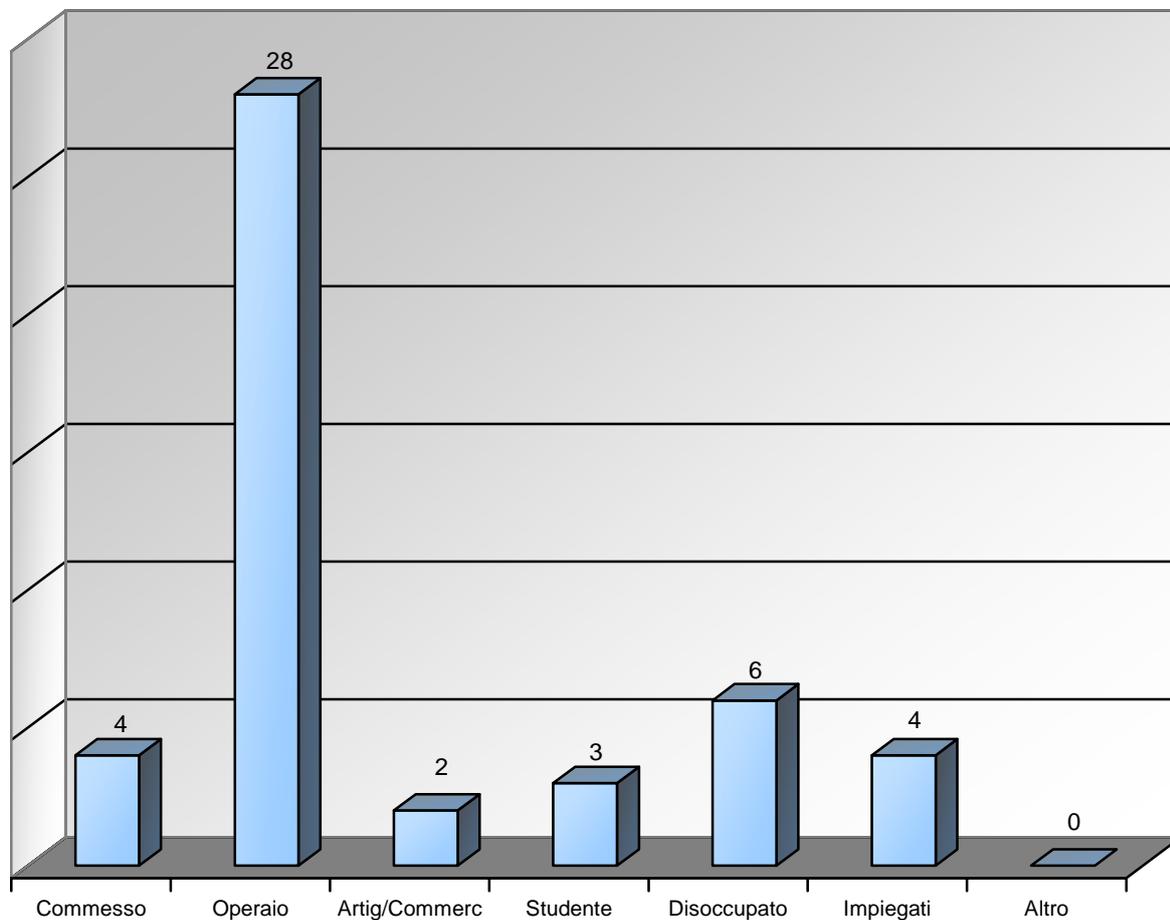
Grafico 4 - Pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria con diagnosi d'abuso di sostanze stupefacenti per titolo di studio (31/03/2001)



Analizzando la condizione professionale dei tossicodipendenti in carico al S.N.P. al 31/03/2001, si osserva che:

- il 60% dei pazienti ha un'occupazione come operaio;
- dei 47 utenti, 6 persone sono disoccupate (pari al 12,8%) (*grafico 5*).

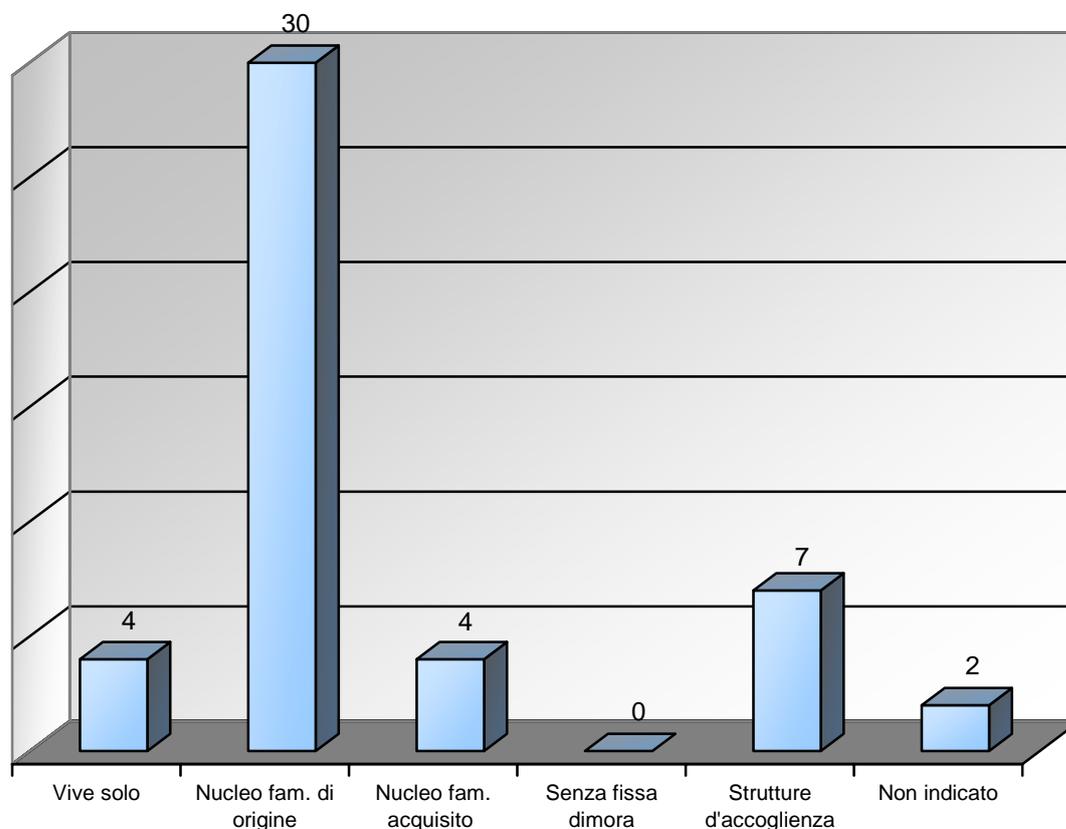
Grafico 5 - Pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria con diagnosi d'abuso di sostanze stupefacenti per condizione professionale (31/03/2001)



Oltre la metà degli utenti con diagnosi di abuso di sostanze stupefacenti in carico vive con il nucleo familiare di origine (*grafico 6*); ciò è dovuto essenzialmente a due motivi:

- 1) la giovane età dei pazienti,
- 2) la difficoltà di uscire dalla famiglia anche attribuibile al protrarsi della fase adolescenziale.

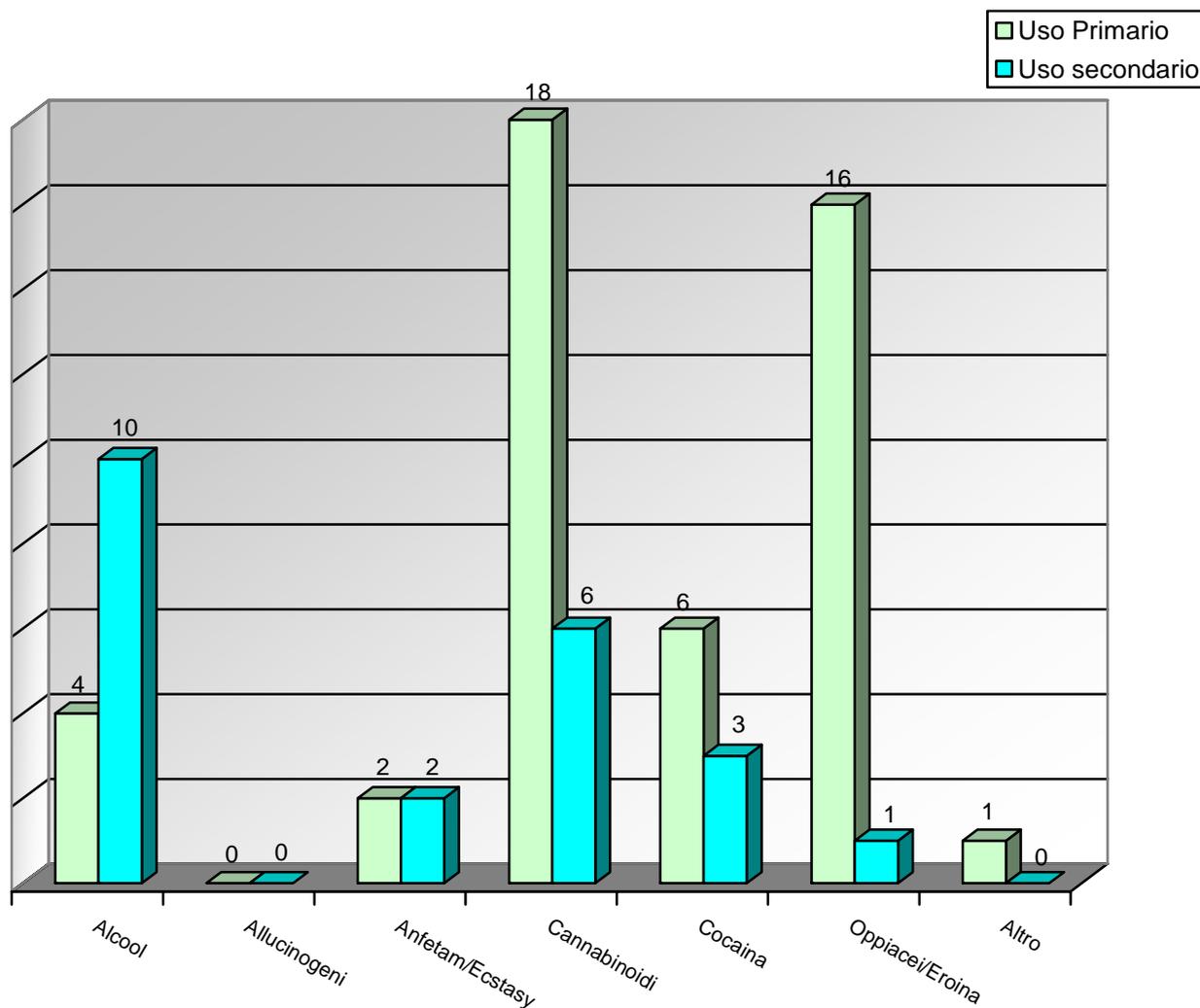
Grafico 6 - Pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria per situazione abitativa (31/03/2001)



I cannabinoidi si confermano la principale sostanza d'abuso primario; seguono gli oppiacei (eroina) e la cocaina. E' comunque sempre più elevato il numero di soggetti che consumano simultaneamente più droghe (poliassuntori). L'alcol, in particolare, rappresenta la sostanza di abuso secondaria di maggior rilievo seguito dai cannabinoidi, dalla cocaina (*grafico 7*).

Dal *grafico 7* si può osservare che il numero di utenti con problemi di abuso da anfetamine è estremamente ridotto: ciò è spiegabile con il fatto che l'abuso di tale sostanza comporta l'emergere di problemi in un arco di tempo più lungo rispetto all'eroina, rientrando, quindi, in un quadro di "normalità".

Grafico 7 - Sostanze di abuso primario e secondario relative ai pazienti del S.N.P. (31/03/2001)



La definizione di un nuovo metodo operativo ha portato nel corso del 2001 ad una preziosa collaborazione tra Medicina di Base e il Servizio di Neuro-Psichiatria. Nel corso dei primi 3 mesi del 2001, ben 12 dei 25 nuovi utenti assistiti dal Servizio di Neuro-Psichiatria hanno fatto il loro ingresso tramite il canale Medicina di Base. Seguono poi il Tribunale con gli Esperimenti Probatori e la Prefettura di Rimini. Sembrano, invece, in calo gli ingressi spontanei (*tabella 4*).

Tabella 4 - Pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria con diagnosi d'abuso di sostanze stupefacenti per canale di invio

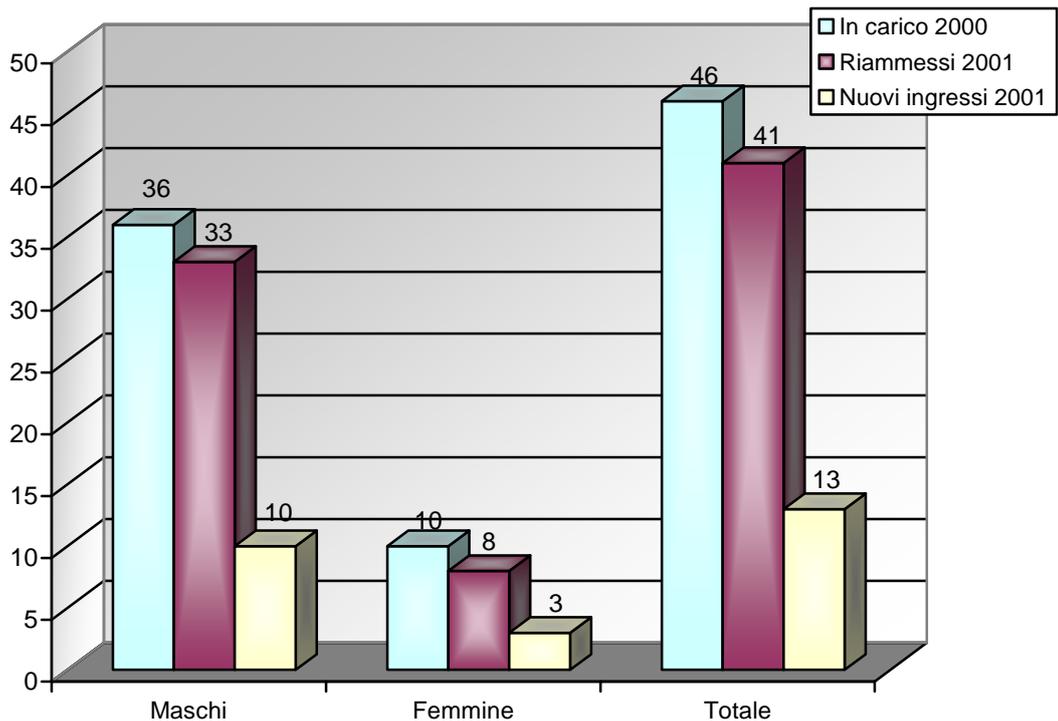
Canale d'invio TD	Riammessi dal 2000	Nuovi ingressi 2001	Utenti al 31/3
Spontaneo	3	0	3
Medico di Base	0	0	0
Medicina di Base	2	12	14
Tribunale	4	4	8
Gendarmeria	2	0	2
Pronto Soccorso	1	1	2
Familiari /Amici	6	1	7
Prefettura Rimini	2	4	6
Carcere	1	0	1
S.N.P.	1	2	3
Altro	0	1	1
Totale	22	25	47

L'abuso di alcol

I pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria con diagnosi d'abuso di sostanze alcoliche al 31/3/2001 sono in tutto 54. I pazienti in carico nel 2000 erano 46 e di questi 41 hanno continuato ad essere seguiti nel 2001. Inoltre, si sono avuti nell'arco di tre mesi, dal 1 Gennaio al 31 Marzo, 13 nuovi ingressi portando il totale dei pazienti seguiti a 54.

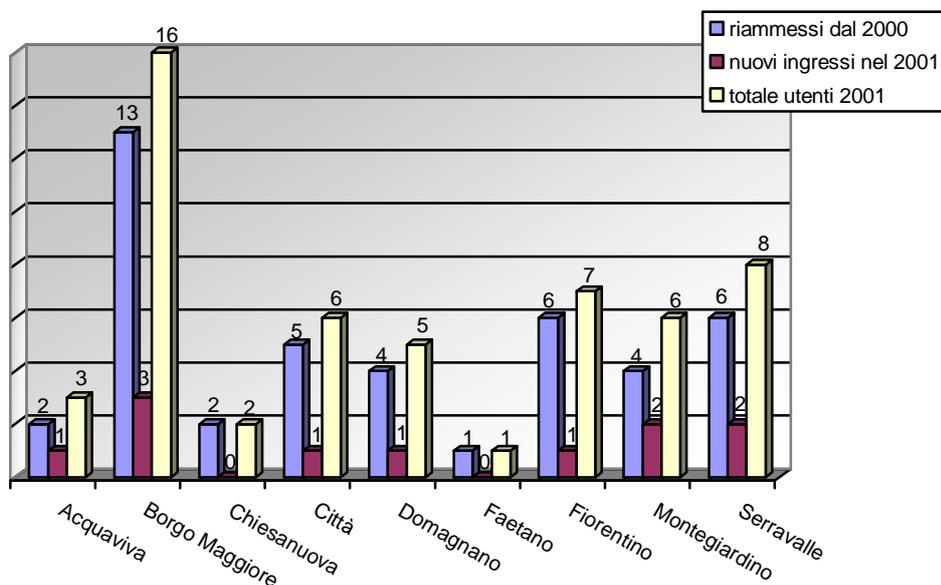
Al 31 marzo 2001 il rapporto utenti maschi/utenti femmine è pari a 3,9. Il sesso maschile prevale rispetto a quello femminile anche se in misura meno evidente rispetto a ciò che è stato registrato nella popolazione tossicodipendente dove il rapporto utenti maschi/utenti femmine è di 5,7 (*grafico 8*).

Grafico 8 – Pazienti con diagnosi di abuso da sostanze alcoliche

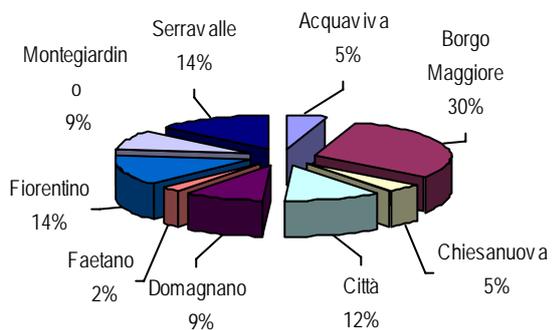


Una quota elevata di utenti in carico al S.N.P. al 31/03/2001 con problemi di abuso di sostanze alcoliche risiedono nei castelli di Borgo Maggiore (29,6%) e Serravalle (14,8%) (grafico 9)

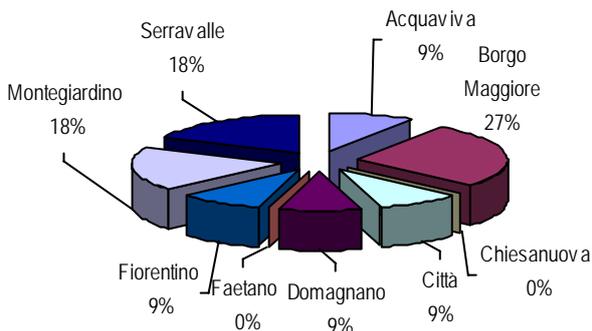
Grafico 9 - Pazienti in carico al Servizio di Neuro-Psichiatria con diagnosi d'abuso di sostanze stupefacenti per castello di residenza (31/03/2001)



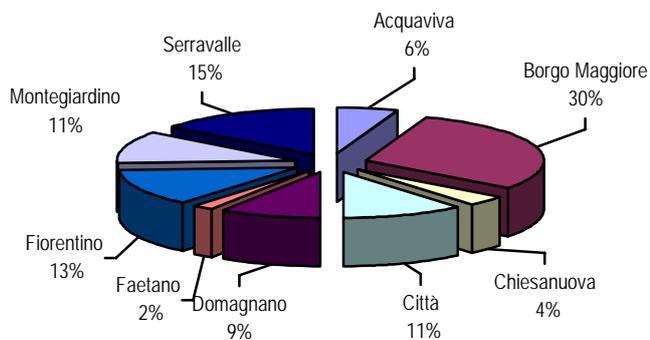
Utenti riammessi dal 2000



Nuovi ingressi 2001



Totale utenti del S.N.P. al 31/03/2001



I ricoveri

Nel biennio 2003-2004 i ricoveri effettuati presso l'ospedale di San Marino per patologie legate all'abuso di sostanze psicotrope sono risultati pari a 20 e hanno riguardato 18 soggetti. La quasi totalità di tali ricoveri è attribuibile a patologie connesse all'abuso di alcol (80%) (*tabella 6*).

Tabella 6 – Ricoveri presso l'ospedale di San Marino per abuso di sostanze psicotrope

	2003	2004	Totale biennio 2003/2004
Tossicodipendenza	1	3	4
Abuso di sostanze alcoliche	6	10	16
Totale	7	13	20

Il numero complessivo di giornate di degenza è pari a 178; ogni ricovero ha avuto in media una durata di 8,9 giorni.

Per quanto riguarda i ricoveri presso strutture fuori territorio, nel corso del biennio 2003-2004 ne sono stati effettuati complessivamente 40, 28 per problemi di tossicodipendenza, 12 per patologie legate all'abuso di sostanze stupefacenti (*tabella 7a e 7b*).

Tabella 7a – Ricoveri presso strutture fuori territorio per patologie legate all'abuso di sostanze stupefacenti (2003-2004)

	2003	2004	Totale biennio 2003/2004
Casa di cura/cliniche	4	2	6
Comunità/casa di riposo	8	13	21
SPDC *	0	1	1
Totale	12	16	28

* Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

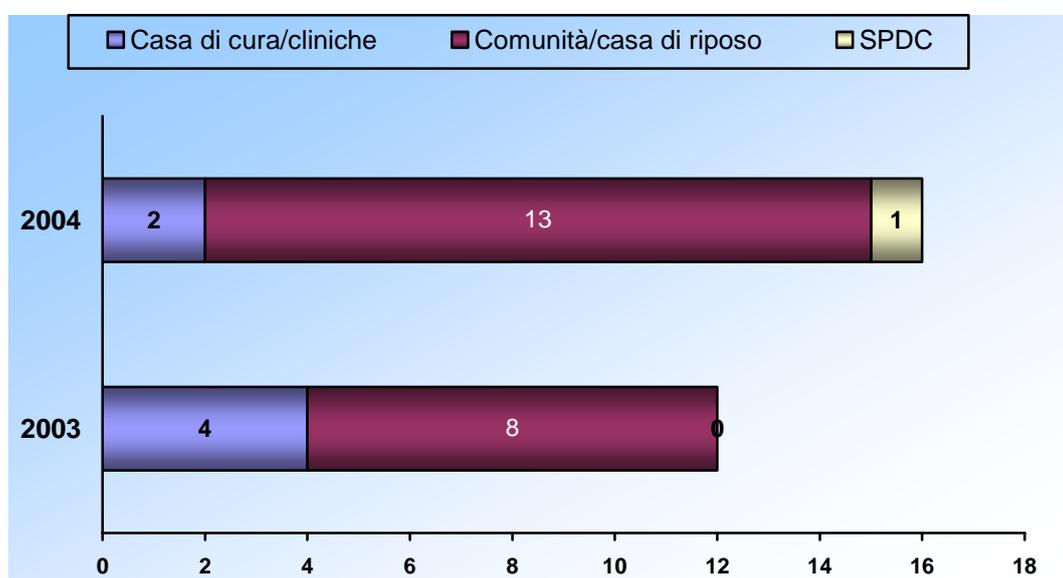


Tabella 7b – Ricoveri presso strutture fuori territorio per patologie legate all'abuso di sostanze alcoliche (2003-2004)

	2003	2004	Totale biennio 2003/2004
Casa di cura/cliniche	4	3	7
Comunità/casa di riposo	2	1	3
SPDC *	0	2	2
Totale	6	6	12

* Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

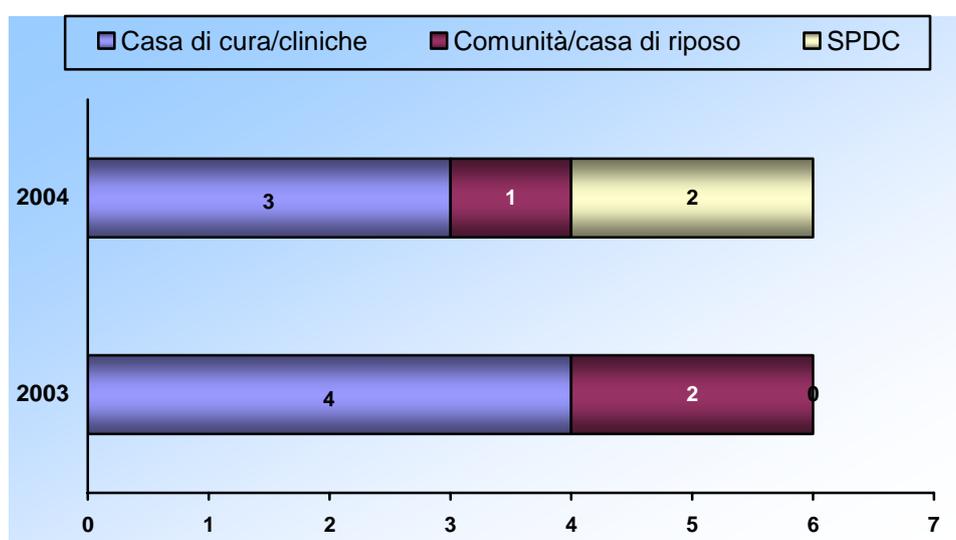


Grafico 10 – Totale ricoveri per patologie legate all'abuso di sostanze psicotrope (2003-2004)

