



SEGRETERIA DI STATO PER LA SANITÀ E SICUREZZA SOCIALE

**INDIRIZZI GENERALI
PER IL PIANO SANITARIO
E SOCIO-SANITARIO
DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO
2015-2017**

PREMESSA

**A) ELEMENTI CHIAVE DEL PROFILO DI SALUTE DELLA
POPOLAZIONE DI SAN MARINO**

**B) ANALISI DEL RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DEL PIANO
2006-2008 E DELLE LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI ANNUALI
DELL'ISS**

C) PRINCIPI GENERALI DI INDIRIZZO 2015-2017

**D) INDICAZIONI RELATIVE ALLA NUOVA STRUTTURA DEL
PIANO SOCIO-SANITARIO 2015-2017**

PREMESSA

La Segreteria di Stato per la Sanità, con il supporto tecnico dell'Authority, ha sviluppato il seguente Documento di Indirizzi Generali finalizzati a predisporre il Piano Sanitario e Socio-sanitario Nazionale (PSSN) per il triennio 2015-2017, secondo quanto previsto dall'articolo n. 4 della Legge 165/2004. Considerata la forte integrazione esistente fra l'ambito sanitario e quello sociale nell'attuale assetto dei servizi offerti ai cittadini, in linea con quanto già avvenuto per il precedente Piano sanitario e socio-sanitario, si ritiene opportuno sviluppare un unico Piano che includa entrambe le componenti, sanitario e sociale, in modo integrato.

In continuità con i principi del precedente Piano, si intende dare enfasi al fatto che i fenomeni collegati alla salute hanno assunto sempre più una dimensione globale e che, nello stesso tempo, si richiede per la loro soluzione un'azione capillare a livello locale. Inevitabilmente anche San Marino dovrà prendere in considerazione questo aspetto. Infatti, per la propria condizione di piccolo Stato indipendente con le proprie peculiarità, la nostra Repubblica ha la necessità non solo di confrontarsi con le politiche di salute sviluppate a livello mondiale, ma anche di interagire con i sistemi sanitari e sociali di altri Paesi, con particolare riguardo all'Italia e alle regioni limitrofe, creando un sistema strutturato di "reti", interne e con l'esterno, indispensabili per dare risposte efficaci ai bisogni di salute e garantire il benessere ai nostri cittadini.

Lo sviluppo del Nuovo Piano non può prescindere, quindi, dalla conoscenza dello stato di salute e benessere della comunità, che consente di individuare le criticità e le priorità da considerare all'interno della programmazione e delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Questo documento programmatico si apre, pertanto, riprendendo i punti salienti del profilo di salute della popolazione sammarinese.

Il secondo capitolo analizza i risultati finora ottenuti rispetto agli obiettivi prefissati dal precedente Piano e dalle linee di indirizzo aziendali annuali dell'ISS. Infatti, pur indicando anche indirizzi innovativi, il Piano Socio-Sanitario per il triennio 2015-2017 dovrà basarsi sulla valutazione dei risultati conseguiti negli anni passati, in una logica di continuità. Sono pertanto valutati i punti di forza e punti di debolezza emersi dal Sistema, includendo gli ambiti di politica sanitaria, di progettazione, di gestione e di implementazione per ciascuno dei settori chiave. Solo attraverso un

legame stretto tra pianificazione pluriennale, direttive annuali, fase di implementazione, valutazione degli obiettivi raggiunti, è possibile rendere il Piano sanitario e socio-sanitario strettamente collegato alla realtà operativa e pertanto concretamente utile.

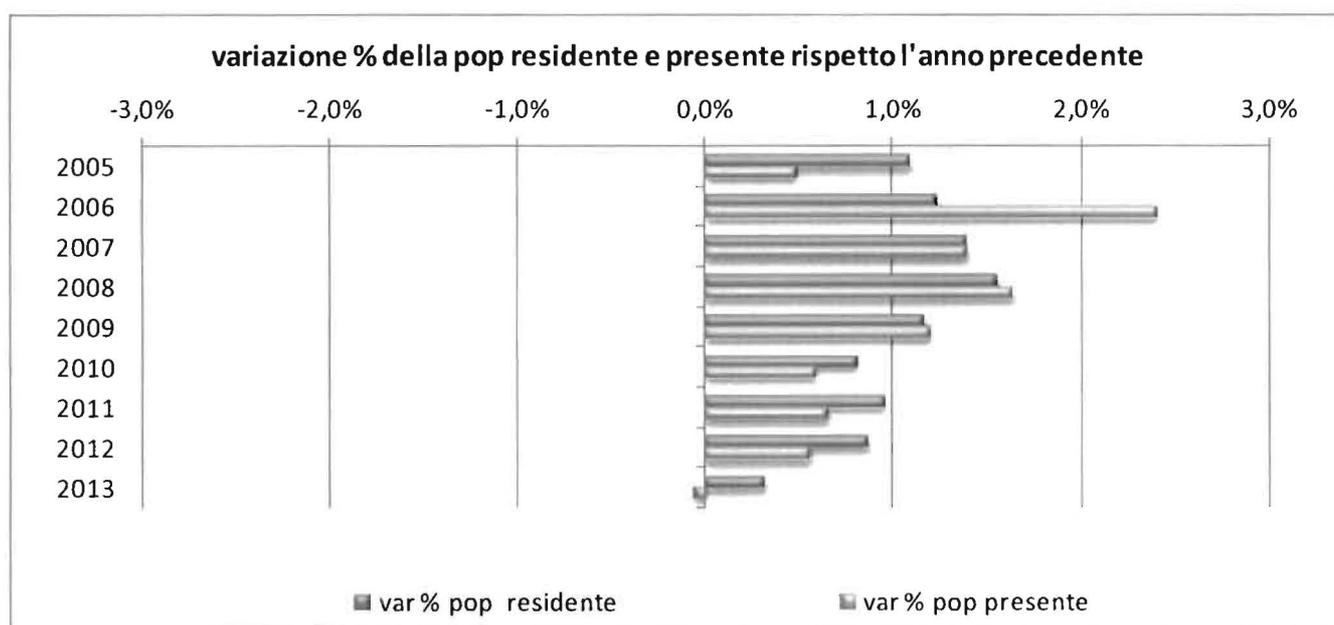
Il terzo capitolo del Documento identifica i principi generali di indirizzo del prossimo Piano che dovranno trovare poi concreta applicazione nella successiva articolazione.

Nel quarto e ultimo capitolo viene proposta la nuova struttura del Piano sanitario e socio-sanitario 2015-2017.

A) ELEMENTI CHIAVE DEL PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DI SAN MARINO

“Il Profilo di Salute della Repubblica di San Marino” resta il documento fondante degli indirizzi generali del Piano socio-sanitario sammarinese. Descrivendo, infatti, gli aspetti demografici, ambientali e socio-economici, gli stili di vita, le cause di malattia e di morte di una popolazione, consente di identificare i problemi più rilevanti che necessitano di un intervento. Tali azioni mirate avranno di conseguenza importanti ripercussioni sullo stato di salute, sul benessere e sulla qualità di vita delle persone. Vengono di seguito riportati i dati riassuntivi più significativi per inquadrare lo stato di salute della popolazione di San Marino.

Al 1° gennaio 2014 la “popolazione presente” (residenti + soggiornanti) nella Repubblica di San Marino era pari a 33.540 abitanti, di cui 17.224 femmine e 16.316 maschi). La popolazione “residente” rappresenta il 97% della presente (32.572 unità – 50.8% femmine e 49.2% maschi), mentre il restante 3% è costituito dalla popolazione “soggiornante” (968 unità – 69.6% femmine e 30.4% maschi). La densità abitativa è elevata, pari a 532,3 abitanti per Km quadrato, mentre in Italia, nel 2012, si aggira mediamente intorno ai 203 abitanti per km quadrato.



Negli ultimi 10 anni (dal 2004 al 2013) vi è stato un trend crescente della popolazione residente, dovuto alla continua positività sia del saldo naturale¹ che del saldo migratorio². Si può notare però che le variazioni percentuali rispetto l'anno precedente si stanno progressivamente riducendo. La popolazione presente nel 2013 presenta, per la prima volta, una variazione percentuale leggermente negativa (-0,1%) rispetto al 2012, mentre la residente ha fatto registrare una piccola variazione positiva (+0,3%), vi è invece un'importante variazione negativa per i soggiornanti (-11,3%).

A inizio anno 2014 la componente straniera residente in Repubblica si attesta a 4.867 unità (14,9% della popolazione residente complessiva), soprattutto da italiani (86%), seguiti dai rumeni e dagli argentini. Fra i soggiornanti gli italiani rappresentano una percentuale più bassa, pari al 42,5%, seguiti da un consistente numero di cittadini/ne ucraine e rumene, in prevalenza donne presenti sul territorio sammarinese per motivi di lavoro.

E' stata considerata anche la speranza di vita, indicatore che misura lo stato di salute ed è inversamente correlato alla mortalità di una popolazione. Quindi, oltre a rappresentare un indice demografico, è utile anche per valutare lo stato di sviluppo di un paese. La speranza di vita alla nascita della popolazione sammarinese risulta essere, nel 2011, pari a 81,1 per gli uomini e 86,07 per le donne, mentre per l'anno 2013 rispettivamente pari a 81,7 e 86,3

In Italia, secondo i dati del 2011, l'aspettativa di vita è pari a 84,5 anni per le donne e a 79,4 anni 79,8 per gli uomini, mentre in Emilia Romagna è rispettivamente di 80 e 84,7 anni 85,1 e 80,5.

Dai confronti con l'Italia e l'Emilia Romagna (vedi tabella) la speranza di vita alla nascita della popolazione sammarinese risulta quindi essere superiore e continua ad essere tra le più elevate al mondo³.

Dall'analisi della serie storica degli ultimi anni la speranza di vita alla nascita degli uomini sammarinesi continua ad avvicinarsi a quella delle donne, riducendo così la differenza di genere (la differenza nella

Speranza di vita alla nascita per sesso (anno 2011)		
	Uomini	Donne
San Marino	81,1	86,07
<i>Emilia Romagna</i>	80	84,7
<i>Italia</i>	79,4	84,5

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

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

³ Fonte dei dati: ISTAT per l'Italia, Ufficio Statistica regionale per l'Emilia Romagna e Ufficio di Statistica per San Marino

speranza di vita alla nascita tra i due sessi era 6,36 anni nel 2001 è pari a 4,66 nel 2013).

All'1/1/2014 l'indice di vecchiaia⁴ è pari a 119,9, ed è più basso rispetto ai territori limitrofi (Provincia di Rimini pari a 154,7, Regione Emilia Romagna pari a 170,1, Italia pari a 147,2⁵). Ciò sta ad indicare che per ogni 100 individui tra 0 e 14 anni a San Marino ci sono quasi 120 ultra-sessantacinquenni, di questi due su tre sono donne. Dal 2004 il trend di questo indicatore è comunque in progressiva crescita anche a San Marino (nel 2004 era pari a 108,19).

Un altro indicatore interessante ai fini dell'analisi demografica, ma anche economica e sociale, è l'indice di struttura della popolazione attiva⁶, che misura il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa (cioè la fascia 15-64). L'equilibrio si verifica quando la popolazione tra i 40 e i 64 anni (lavoratori anziani), eguaglia quella tra i 15 e i 39 anni (lavoratori giovani) e l'indice risulta pari a 100. A San Marino tale indice sta progressivamente peggiorando: dal 98,6 del 2004 si è passati al 138,8 del 2013, il valore è anche leggermente più alto dei territori limitrofi (provincia di Rimini 133,1, regione Emilia Romagna 133,6. Ciò sta ad indicare che la popolazione in età lavorativa è costituita maggiormente dai 40-64 enni, mostrando quindi che nella popolazione in età lavorativa è presente un processo di invecchiamento.

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo progressiva, stazionaria o regressiva a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.

Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario. A San Marino i giovani (0-14 anni) rappresentano il 15,3% contro il 13,9% della Provincia di Rimini e il 13,9% dell'Italia, mentre la fascia da 65 anni in su è pari al 18%, contro il 21,2% italiano e il 23,1% dell'Emilia Romagna. Le persone che hanno più di 79 anni rappresentano oggi il 5,5% della popolazione residente. In calo la componente tra i 15 e i 39 anni (27,8%).

⁴ Indice di vecchiaia : rapporto tra popolazione da 65 anni e oltre e popolazione da 0 a 14 anni *100

⁵ Valore dell'anno 2012

⁶ Indice di struttura della popolazione attiva: rapporto tra popolazione tra 40 e 64 anni e popolazione tra 15 e 39 anni *100

L'età media è pari a 42,4 anni, con un trend crescente sia tra i residenti che tra i soggiornanti, anche se risulta essere ancora inferiore rispetto ai valori dell'Emilia Romagna (44,8) e dell'Italia (43,5).

Nel 2013 i nuclei familiari sono 13.814, con un trend di crescita rispetto gli anni precedenti ed un numero medio di componenti pari a 2,36.

I quozienti di nuzialità⁷ si mantengono stabili (poco sotto ai 7 per mille negli ultimi 10 anni), 2 matrimoni su 3 sono celebrati con rito civile, circa un 20% viene celebrato fuori territorio.

Il numero delle separazioni si mantiene intorno ai 60-70 casi annuali. Riguardano per lo più i coniugi che hanno una convivenza tra i 10 e i 19 anni. I mariti hanno in prevalenza tra i 40 e i 49 anni e le mogli tra i 30 e i 39 anni. Circa la metà delle separazioni coinvolgono coppie con figli minori, che per il 63% vengono affidati alla madre, il 36% viene affidato congiuntamente ad entrambi i genitori, mentre solo l'1% viene affidato ai padri.

Il numero dei divorzi è inferiore alle separazioni. Nell'ultimo biennio vi sono stati 103 divorzi, 49 nel 2012 e 54 nel 2013, e riguardano per lo più i coniugi che hanno una convivenza tra i 10 e i 19 anni. La maggioranza divorzia dopo due anni di separazione. I mariti hanno in prevalenza tra i 40 e i 49 anni e le mogli tra i 30 e i 39 anni. Il 32% dei divorzi coinvolgono coppie con figli minori, che per il 79% vengono affidati alla madre, il 19% viene affidato congiuntamente ad entrambi i genitori, solo l'2,3% viene affidato ai padri.

Il quoziente di natalità⁸, aumentato nella seconda metà degli anni '90 (1996-2000), è leggermente diminuito nei periodi successivi, in particolare nell'ultimo biennio si è assestato sotto il 10 per mille abitanti (9,02 nel 2012 e 9,88 nel 2013), inferiore a quello europeo (10,4) ma più alto rispetto all'Italia (8,5). Ciò nonostante va rilevato che a San Marino vi è un valore abbastanza sostenuto della natalità, nonostante l'elevata partecipazione delle donne al mercato del lavoro (tasso di occupazione interno⁹ femminile nel 2013 pari a 66,4).

A San Marino il numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni) ha raggiunto a inizio 2014 il valore di 1,52, contro l'1,46 della Regione Emilia

⁷ Quoziente di nuzialità: rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1000).

⁸ Quoziente di Natalità: rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1000).

⁹ Tasso di occupazione interno: rapporto tra il numero degli occupati e la popolazione presente in età lavorativa (16/64 anni).

Romagna e l'1,39 dell'Italia. I quozienti di fecondità specifici¹⁰ sono più elevati per le donne tra i 30 e i 34 anni e, nel complesso¹¹, nel 2013 il 42,44% delle donne in età feconda (15-49 anni) ha avuto un figlio (nella provincia di Rimini, tale quoziente è circa pari al 42%). Nel 2013 il primo figlio è nato prevalentemente da madri tra i 26 e i 35 anni, il secondo figlio da madri tra i 31 e i 40 anni.

Nella Repubblica di San Marino i quozienti di mortalità¹² sono stabili da 15 anni, oscillano intorno al 7 per mille abitanti (7,32 nel 2012 e 7,62 nel 2013) contro il 10,8 per mille in Emilia Romagna e il 10 per mille in Italia. Anche i quozienti di natimortalità¹³, mortalità infantile¹⁴, mortalità perinatale¹⁵ degli ultimi quinquenni¹⁶ sono bassi, assestandosi nell'ultimo quinquennio rispettivamente a 1,90, 1,90, 2,53.

Dopo una revisione delle codifiche delle cause di morte da parte dell'Authority sanitaria e personale dell'ISS, nell'ultimo triennio 2011-2013 i tumori risultano essere la prima causa di morte (34,8%), mentre le "malattie cardiovascolari" risultano essere la seconda causa (32,3%), seguite dalle "malattie dell'apparato respiratorio" (9,6%).

Sulla base dei dati sopra esposti si può evidenziare che la popolazione sammarinese sia ancora in equilibrio nella struttura per età, questo grazie soprattutto al saldo naturale e a quello migratorio, che sono positivi da decenni. Tuttavia si dovrà tenere in considerazione il fatto che gli incrementi della popolazione si stanno di anno in anno assottigliando per i residenti, mentre per i soggiornanti il trend è già da tempo negativo, e che vi sia un invecchiamento della popolazione in età lavorativa. Questa dinamica ci farà avvicinare sempre più, anche se in maniera più lenta, all'andamento demografico dei territori limitrofi, in cui vi è un progressivo invecchiamento della popolazione. Se le nascite non si manterranno alle alte percentuali attuali si potrebbe assistere a futuri saldi naturali negativi. Altre conseguenze potrebbero essere la diminuzione della popolazione in

¹⁰ Quozienti di fecondità: si ottengono rapportando i nati vivi da donne in una certa età al complesso delle donne di quella età

¹¹ Tasso generico di fecondità è il rapporto tra nati vivi e le donne tra i 15 e i 49 anni *1000

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

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

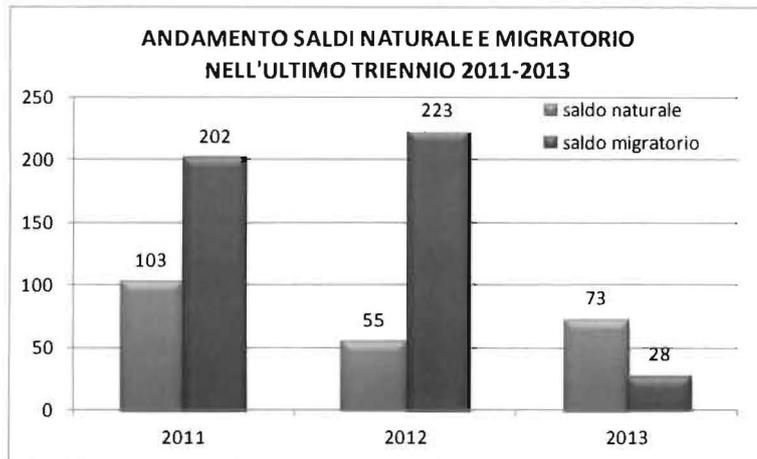
¹⁴ Il quoziente di mortalità infantile è il rapporto tra il numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita ed il numero di nati vivi (per 1000)

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

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

età riproduttiva e lavorativa¹⁷, tendenza alla crescita della componente più anziana, progressiva riduzione delle nascite. In Italia hanno sopperito in parte a questi aspetti con l'immigrazione¹⁸. A San Marino, considerato che l'immigrazione è regolata da leggi restrittive (vincoli di sangue, di matrimonio, di lavoro), la popolazione potrebbe subire una contrazione nel prossimo decennio.

Probabilmente negli ultimi anni i comportamenti demografici sono stati influenzati anche dal perdurare della crisi economica globale iniziata dal 2008 e che ha coinvolto anche San Marino. Il numero delle imprese e dei posti di lavoro è



drasticamente calato e sono aumentati sia i tassi di disoccupazione, soprattutto quelli giovanili, che il ricorso dei lavoratori agli ammortizzatori sociali. La diminuzione delle opportunità occupazionali a San Marino ha attirato meno persone

da fuori territorio. Nell'ultimo anno, infatti, il saldo migratorio si è ridotto da 223 del 2012 a 28 unità del 2013¹⁹.

Per tali ragioni, da un punto di vista socio-sanitario sarà importante agire in tutte le fasi della vita per migliorare non solo la speranza di vita, ma anche la speranza di vita in buona salute²⁰ e per ridurre l'impatto economico e sociale che può

¹⁷ A San Marino la ricerca di mano d'opera è stata sopperita nel tempo dai "lavoratori frontalieri".

¹⁸ In altri paesi, quali ad esempio l'Italia, le ondate migratorie che si sono registrate soprattutto a partire dagli anni '90 hanno contribuito a riportare, negli ultimi anni, il saldo naturale vicino allo zero o leggermente positivo; saldo che, dagli anni ottanta, per via della contrazione delle nascite, era risultato sempre negativo.

¹⁹ Gli emigrati ammontano a 433 individui, di cui 71 hanno scelto l'Italia come destinazione. Nel 2013 il fenomeno migratorio ha risentito dei provvedimenti di cancellazione conseguenti al VI Censimento Generale della Popolazione, che hanno generato numeri anomali rispetto agli anni precedenti; dei 433 emigrati (+207,1% rispetto al 2012) ben 275 sono generati dall'irreperibilità al censimento. Inversamente, dei 461 immigrati (+26,6% rispetto al 2012) sono 54 coloro che risultano da rettifiche censuarie. Escludendo il fenomeno appena descritto, gli immigrati nel 2013 sarebbero risultati 407 (+11,8% rispetto al 2012) e gli emigrati sarebbero stati 158 (+12,0% rispetto al 2012). E' anche vero che molte delle cancellazioni non porteranno a un reintegro degli individui interessati.

²⁰ la speranza di vita in buona salute misura il numero di anni che (ad una determinata età) una persona può aspettarsi di vivere ancora in buona salute (assenza di limitazioni nelle funzionalità/disabilità) che mostra delle differenze tra le due componenti della popolazione. Da una recente indagine multiscopo ISTAT svolta in Italia si è rilevato che:

- per le donne la speranza di vita in buona salute è di 44 anni, mentre per gli uomini è di 50,4 anni, un divario di oltre 6 anni a svantaggio del genere femminile
- le donne vivono più a lungo ma l'allungamento della vita si accompagna a crescenti periodi vissuti in difficili condizioni di salute e di non autosufficienza
- rispetto agli uomini le donne hanno un processo di invecchiamento più accentuato dovuto alla presenza di una o più patologie croniche che, nelle donne, insorgono più precocemente con un decorso che degenera fino a forme più o meno gravi di multicronicità
- il 50% delle donne anziane dichiara di essere affetta da almeno 3 patologie croniche mentre per i loro coetanei maschi la percentuale è del 34%.

derivare anche da una popolazione sempre più anziana che potrà presentare molteplici patologie croniche gravemente invalidanti. Inoltre si dovrà continuare a sostenere azioni per la tutela della maternità.

In riferimento alle malattie che hanno un maggior impatto sociale e sanitario, si può evidenziare che le cause di ricovero ospedaliero sono attribuibili principalmente alle malattie cardiovascolari ed ai tumori, in linea con quanto si riscontra nei territori italiani limitrofi.

Nei prossimi anni si dovranno studiare, nel dettaglio, incidenza e prevalenza delle malattie che possono influire sullo stato di salute della popolazione, utilizzando i dati sanitari provenienti dall'ospedale, dai registri di patologia (allo stato attuale sono attivi solo quelli riguardanti i tumori ed il diabete) e da indagini ad hoc.

Riguardo i target specifici di popolazione, si evidenzia che:

- Per quanto riguarda la popolazione anziana, vi è una copertura della vaccinazione anti-influenzale stagionale attorno al 40% delle persone ultrasessantatrenni con patologie croniche nel 2013, in linea con gli anni precedenti. In riferimento all'attività della UOC di Geriatria, risulta che nel 2013 sono stati accolti in ricovero ordinario 375 degenti con un tasso di occupazione dei posti letto pari al 93% e una durata media di degenza pari a 13 giorni. Dal 2010, la convenzione con la struttura residenziale per anziani del Casale La Fiorina ha consentito di ridurre notevolmente le liste d'attesa per l'accesso alle RSA/Case Protette. Attualmente gli anziani ospitati presso la Casa di Riposo dell'ISS ed il Casale La Fiorina sono rispettivamente 70 e 44. La casa di riposo ha introdotto anche 2 posti per ricovero di sollievo, a sostegno delle famiglie che scelgono di assistere l'anziano a casa e che, in determinati e brevi periodi, non possono provvedere all'assistenza per motivi contingenti.
- In riferimento all'infanzia, nell'ambito della prevenzione, la copertura delle vaccinazioni obbligatorie è superiore all'80%, pur con la presenza di numerosi obiettori che negli ultimi anni hanno fatto abbassare il valore della copertura. Per quanto riguarda l'utilizzo dei Servizi pediatrici risulta che nel 2013 i ricoveri ordinari sono stati 406, con un tasso di occupazione dei posti letto pari al 45% e una degenza media di circa 3 giorni, mentre sono state effettuate oltre

• le donne soffrono anche in misura maggiore e più precocemente di almeno una forma di disabilità (motoria, sensoriale, disabilità nelle attività quotidiane); tra le ultra 65enni 1 su 5 ha limitazioni nelle funzioni a causa di una disabilità, quota che tra gli uomini scende a 1 su 10.

18.000 visite ambulatoriali, fra cui 12.300 visite per acuti, 4.200 bilanci di salute (0-5 anni).

- Dal 2009 l'Authority sanitaria ha avviato, in collaborazione con il Ministero della Sanità Italiana, indagini volte a monitorare gli stili di vita dei giovani delle scuole primarie e secondarie soprattutto sui temi dell'alcool fumo e obesità (indagini OKKIO, HBSC, GYTS).

Dall'indagine "Okkio alla Salute", che indaga sull'obesità infantile nelle scuole primarie e che viene effettuata a cadenza biennale, è emerso che anche a San Marino la prevalenza di bambini obesi e in sovrappeso è aumentata (vedi tabella successiva).

	ITALIA 2012	Emilia- Romagna 2012	Rep. San Marino 2010	Rep. San Marino 2012
Prevalenza di bambini sotto-normopeso	67,2%	70,7%	70,8%	68,35%
Prevalenza di bambini sovrappeso	22,2%	22,1%	20,8%	22,3%
Prevalenza di bambini obesi	10,6%	7,2%	8,4%	9,35%

Dalle indagini HBSC e GYTS, rivolte agli adolescenti sono emersi dati significativi su consumo di alcool e obesità che richiederanno ulteriori approfondimenti ed interventi mirati. In riferimento al fumo, la percentuale dei giovani fumatori sammarinesi risulta , invece, essere inferiore rispetto all'Italia e ad altri paesi europei.

- In riferimento alle persone con disabilità, nel 2013, risultano titolari di assegno di accompagnamento 358 persone (86 M e 271 F). Gli utenti del Servizio Minori, nel 2013, risultano essere 69. Dovranno essere maggiormente approfondite le analisi riguardanti la disabilità, al fine di integrare, potenziare e attivare i servizi che si ritengono indispensabili per le persone diversamente abili e favorire, sempre più, l'integrazione nel tessuto sociale.
- Dai dati del Centro salute della Donna e della Ginecologia ed ostetricia dell'ISS emerge quanto segue:
 - alta copertura degli screening per il tumore della mammella e della cervice uterina.
 - Il Centro salute donna nel 2013 ha effettuato circa 3.000 visite ambulatoriali (consultorio, colloqui, visite adolescenti ecc).

- Per quanto riguarda l'attività della UOC di Ostetricia e Ginecologia, nel 2013, i ricoveri ordinari sono stati 430 con un tasso di occupazione posti letto del 33% e una degenza media di 3 giorni. I parti in territorio sono stati 330. Il 31% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, in linea con gli anni precedenti.
- Viene inoltre tenuto monitorato il fenomeno della violenza attraverso l'attività dell'Authority per le pari opportunità. Nel periodo 2008-2013 sono stati segnalati 139 casi di violenza di genere. Nella maggior parte dei casi si tratta di violenze sia fisiche che psicologiche (32,5%). Nella gran parte dei casi a usare violenza sulla donna è il coniuge o l'ex compagno.
- Nell'ambito della salute mentale, nel 2013, il Servizio di Salute Mentale ha effettuato 5.511 visite psichiatriche (dato in crescita rispetto alle circa 4000 visite del 2003) su 943 persone che hanno usufruito del servizio. Per quel che riguarda le dipendenze patologiche, nel 2009 il Servizio ha avuto in carico circa 120 persone per dipendenze rispettivamente da alcool (la componente più corposa), da più sostanze in contemporanea, eroina, cannabinoidi, ecc. Di queste persone il 68% apparteneva alla fascia di età tra i 26 e i 45 anni, il 22% alla fascia 17-25 anni e un 30% riguardava la fascia adulta (oltre i 45 anni). Per quanto riguarda il consumo di alcool, i dati del Servizio e quelli relativi alle indagini svolte nelle scuole dall'Authority Sanitaria (HBSC), indicano che l'abuso di alcolici, soprattutto nelle giovani generazioni, risulti essere un problema da non sottovalutare.

B) ANALISI DEL RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DEL PIANO 2006-2008 E DELLE LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI ANNUALI DELL'ISS

Le logiche e gli indirizzi del precedente Piano Sanitario e Socio-Sanitario dovranno essere presi in considerazione così da garantire continuità e linearità nei processi di cambiamento e di miglioramento. In particolare dovranno essere valutati i risultati raggiunti e riproposti gli obiettivi ancora "aperti" e rilevanti per il triennio futuro.

Di seguito verranno ribaditi brevemente indirizzi e risultati del precedente Piano ai quali verranno collegati obiettivi ed indirizzi per il prossimo Piano triennale.

1. Prevenzione primaria

➤ *Ambiente di vita e di lavoro*

Nel corso degli anni precedenti è stato strutturato un sistema di monitoraggio e rilevazione di inquinamento atmosferico, qualità delle acque, inquinamento da amianto, esposizione a campi elettromagnetici e inquinamento acustico. Ciò ha consentito di tenere sotto controllo i parametri per la valutazione della qualità dell'aria, sulla base della normativa europea, selezionando gli inquinanti più significativi: ozono troposferico (O₃), particolato (PM₁₀), biossido di azoto (NO₂) e monossido di carbonio (CO). Per quanto riguarda l'inquinamento delle acque, vengono utilizzati parametri per il monitoraggio dell'acqua per uso umano, mentre per quanto riguarda la qualità delle acque fluviali viene effettuata una valutazione dello stato qualitativo, sia dal punto di vista chimico fisico che biologico, in cui si trovano i torrenti che insistono sul territorio della Repubblica di San Marino. Infine, sono tenuti sotto controllo inquinanti considerati pericolosi per l'uomo, quali i campi elettromagnetici e l'amianto.

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

Altrettanto fondamentale è il consolidamento degli ambiti di sicurezza dei lavoratori sia riguardo gli infortuni che le malattie professionali. Nel 2010 è stato sviluppato un flusso informativo che ha consentito una maggior integrazione dei dati sanitari, occupazionali e di settore economico.

Per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro si rileva che:

- _ Nell'anno 2013 il numero degli infortuni sul lavoro è stato pari a 625, in calo rispetto agli anni immediatamente precedenti.
- _ Nel 2013 il 83% degli infortuni hanno avuto "prime prognosi" inferiori ai 10 giorni di degenza.
- _ I settori economici più colpiti sono la pubblica amministrazione ed il comparto industriale.

Da una valutazione dei dati riguardanti le malattie professionali si può notare che:

- _ Le segnalazioni di stati morbosi collegati al lavoro sono leggermente aumentati nell'ultimo quinquennio (+8%) (da 231 casi tra 2004-2008 e 250 casi tra 2009-2013).
- _ Nel biennio 2012-2013 le malattie più frequentemente denunciate sono, in ordine di frequenza, le neuropatie da compressione (discopatie, sindrome del tunnel carpale, ecc.), seguite da malattie muscolo tendinee, dalle otopatie (ipoacusia da rumore), dalle osteo-artropatie, e dalle patologie varie (ernia inguinale, vertigini, prostata, poliposi, ecc.).
- _ Nel 2013 solo il 36% delle denunce presentate (27 su 75) sono state riconosciute come malattie professionali.

Gli interventi diretti nelle principali aziende presenti nel territorio, già iniziati negli anni precedenti, dovranno essere ampliati e standardizzati. Si dovrà istituire un registro specifico per le malattie professionali.

In riferimento alla sicurezza stradale, nel periodo temporale 2008-2013 si sono verificati sulle strade sammarinesi complessivamente 897 incidenti stradali con morti e/o feriti, in cui si sono registrati 7 decessi e 1.169 feriti totali. Il dato confortante è che dal 2011 si è registrato un forte decremento rispetto agli anni precedenti del numero di incidenti stradali e dei feriti totali a seguito degli interventi riguardanti la sicurezza stradale attuati soprattutto sulla "Superstrada", che con i suoi cinque segmenti rappresenta la strada in assoluto più pericolosa del Titano; dal 2008 al 2013, il 26,3% degli incidenti totali si sono verificati proprio

sulla principale arteria della Repubblica provocando 3 morti e 324 feriti. Tra i 7 casi di decesso, per ben 3 volte si è trattato di "investimento di pedoni". Le persone coinvolte negli incidenti erano prevalentemente sammarinesi (62,4%) e italiani (27,5%). La fascia oraria con la maggior frequenza di sinistri è stata quella mattutina dalle 7 alle 13, con un picco che si verifica tra le 12 e le 13, mentre il mese in cui si sono registrati più incidenti è stato luglio. L'Authority sanitaria ha elaborato i dati degli accessi al Pronto Soccorso dal 2008-2012 ed emerge che solo il 30% degli accessi per incidente stradale riguarda sinistri avvenuti sul territorio sammarinese e rilevati dalle forze dell'ordine (1.008 su 3.492). In totale, 149 feriti (14,8%) sono stati ricoverati, 5 sono stati trasferiti in un'altra struttura ospedaliera, 252 (25%) sono stati inviati al medico curante, 237 (23,5%) sono stati invitati a ripresentarsi in Pronto Soccorso per ulteriori controlli e il 37 (3,7%) sono stati indirizzati presso uno specialista. In 314 casi (31,2%) non sono stati necessari ulteriori interventi. Confrontando la natura dell'incidente con i giorni di prognosi, emerge che la percentuale più alta di prognosi riservata o oltre i 30 gg riguarda "l'investimento di pedone", seguito da "fuoriuscita per sbandamento" che riguarda spesso veicoli a 2 ruote. Per quanto riguarda gli incidenti domestici, nel 2012 sono stati registrati 1750 accessi in Pronto Soccorso. Per il 6% di questi accessi è stato necessario il ricovero. Tali incidenti coinvolgono maggiormente bambini e anziani e la causa più frequente è la caduta.

Per il prossimo triennio si dovrà approfondire tale tematica e prevedere opportuni interventi di tipo strutturale sulla rete viaria, interventi educativi, soprattutto nelle scuole, e provvedimenti sanzionatori.

In ambito di sicurezza alimentare e veterinaria dovranno consolidarsi i buoni risultati raggiunti nell'ultimo anno (solo 3 casi di intossicazioni presunte), cercando di ampliare l'offerta dei corsi di formazione in questo ambito e mantenendo il buon livello di controlli.

Per quanto riguarda le malattie trasmissibili da animali e vettori, il Dipartimento di Prevenzione ha svolto numerose attività per contrastare la trasmissione di malattie che si possono contrarre attraverso animali selvatici, roditori, zecche, zanzare, ecc..., in stretta collaborazione con altri Servizi dell'ISS (Medicina di Base, Pronto Soccorso, Pediatria, ecc...), con l'Authority sanitaria ed altri Uffici della Pubblica

Amministrazione. Nel prossimo triennio tali attività di controllo e coordinamento dovranno essere maggiormente strutturate fra i vari servizi coinvolti, anche in prospettiva di percorsi condivisi per la gestione delle malattie trasmissibili e, più in generale, per le emergenze sanitarie.

Per quanto riguarda le malattie trasmesse dalle zanzare, è stato predisposto un sistema di monitoraggio della zanzara tigre (*Aedes albopictus*), in linea con quanto svolto nella Regione Emilia Romagna. Il controllo della zanzara tigre, insetto ormai radicato in tutto il territorio sammarinese, ha un'importanza rilevante per la salute dell'uomo, in quanto può essere vettore di patologie quali Chikungunya, Dengue e West Nile (quest'ultima può essere trasmessa anche dalla zanzara comune - *Culex*).

Per il prossimo triennio, in sinergia con le AUSL italiane delle zone limitrofe, per un'efficace lotta alla zanzara tigre si dovranno continuare a sviluppare e potenziare le seguenti azioni: censimento e mappatura dei focolai larvali non eliminabili e dei "siti sensibili", lotta antilarvale e lotta agli insetti adulti, monitoraggio quantitativo dei livelli di infestazione, divulgazione, educazione, sensibilizzazione rivolta alla cittadinanza, utilizzo di strumenti normativi e sanzionatori.

Per il monitoraggio della Leishmania, zoonosi trasmessa da un insetto (pappatacio) e che può essere trasferita dal cane all'uomo, il Servizio Veterinario sta conducendo una ricerca con l'Università di Bologna per monitorare lo sviluppo della malattia nel territorio sammarinese.

Per quanto riguarda la West Nile, malattia che può essere trasmessa dagli insetti ai cavalli, il Servizio Veterinario collabora con l'istituto zooprofilattico dell'Abruzzo per un monitoraggio continuo. In riferimento a Leishmania e West Nile, sebbene non si siano registrati casi a San Marino, è necessario proseguire la collaborazione con organismi italiani per effettuare un attento monitoraggio sugli animali presenti nel nostro territorio. Dovranno essere ulteriormente sviluppati momenti di informazione-formazione per la cittadinanza ed il personale medico (con particolare riguardo a medici di Pronto Soccorso e medici di base) per prevenire e, qualora trasmesse all'uomo, diagnosticare e curare tali patologie.

➤ **Promozione dei corretti stili di vita**

E' necessario sviluppare azioni multidisciplinari per contrastare stili di vita correlati ad un aumento di morbosità e mortalità, quali l'obesità, in particolare nell'età

pediatrica, il consumo eccessivo di alcool, la dipendenza dal fumo di tabacco, una alimentazione povera di fibre e vegetali e una vita sedentaria. Si dovrà inoltre dare avvio a campagne di sensibilizzazione per prevenire comportamenti sessuali a rischio, con particolare riguardo agli adolescenti.

A tale scopo, con delibera n.26 del 4 giugno 2013, è stato istituito il "tavolo multidisciplinare ed intersettoriale per la programmazione e il coordinamento degli interventi di promozione ed educazione alla salute nelle scuole".

Inoltre, nel 2012, San Marino ha siglato un Accordo di Cooperazione Tecnica con l'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Produrre salute e sviluppo – Piattaforma Strategica per Paesi di piccole dimensioni", che permetterà a San Marino di usufruire di un'assistenza tecnica diretta da parte dell'Ufficio Europeo dell'OMS per gli investimenti per la salute e lo sviluppo, consentendo di sviluppare know-how e rafforzare la capacità dei paesi con popolazione di piccole dimensioni di formulare, attuare, monitorare e valutare una solida strategia per la promozione della salute, basata su determinanti sociali ed economici, che riduca nel contempo le iniquità nello stato di salute della popolazione. Il 3 e 4 luglio 2014, si è tenuto a San Marino il primo vertice tra gli otto piccoli Stati che aderiscono al progetto: dopo due giornate di confronto e dibattito sulle pratiche implementate dai diversi Paesi e con un costante richiamo al documento programmatico Health 2020, ha prodotto il "Manifesto di San Marino", il cui obiettivo è quello di armonizzare i sistemi sanitari di Paesi tra loro simili, ottimizzandone le risorse anche in tempi di crisi, incoraggiando i Governi ad affrontare i problemi della salute in modo più costruttivo e omnicomprensivo, scongiurando tagli e incongruenze di intervento.

Riorganizzazione dei Servizi

In riferimento alla riorganizzazione del Servizio di Igiene Ambientale, come richiesto dal precedente Piano, è stato istituito il Dipartimento di Prevenzione, preposto a contribuire alle funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica svolgendo attività di tutela della collettività dai rischi negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti degli inquinanti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria; tutela igienico sanitaria degli alimenti. Il Dipartimento di Prevenzione, nell'ottica di garantire prestazioni di qualità riconosciute secondo standard internazionali, ha ottenuto la certificazione ISO 9000 ed ha avviato il

percorso di accreditamento del proprio Laboratorio secondo le norme UNI CEI EN ISO/IEC 17025:2005 "Requisiti generali per la competenza dei laboratori di prova e di taratura".

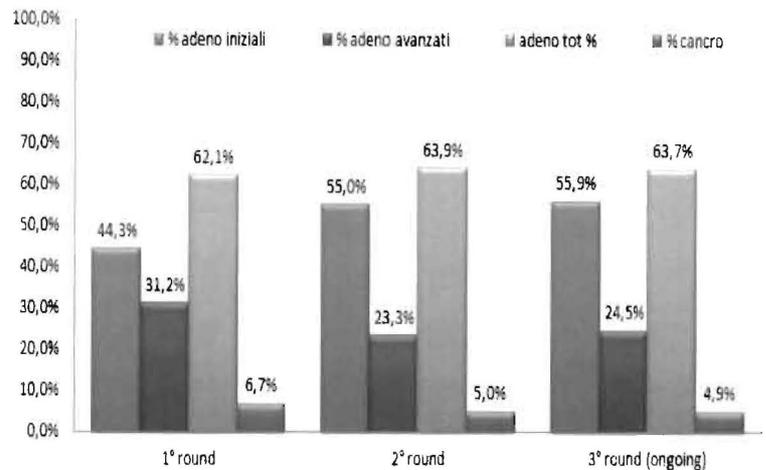
Nel prossimo triennio, al fine di integrare maggiormente gli interventi di promozione della salute e prevenzione delle malattie, sarà necessario ripensare all'intera riorganizzazione dei Servizi dell'ISS e della Pubblica Amministrazione che svolgono funzioni di prevenzione.

2. Prevenzione secondaria

Nel corso degli anni sono stati raggiunti importanti risultati nell'ambito dei seguenti screening oncologici con chiamata attiva della popolazione.

- ***Screening del tumore del collo dell'utero***
 - Fascia d'età delle donne: 25 – 65 anni.
 - Nel primo round (2008-2009) sono state invitate 10.153 donne e hanno risposto all'invito 9.915 donne (97,7%). Nel secondo round (2009) sono stati invitate 4.575 donne e hanno risposto 4.485 donne (98%). Nel terzo round 2010-2012 sono state invitate 13.673 donne e hanno aderito 9.969 (72,9%). Sempre nel 2009 sono stati eseguiti 1.165 HPV test.
 - Nel 2008 sono state riscontrate 44 lesioni precancerose (22 CIN1 - basso grado e 20 CIN 2-3 -alto grado). Nel 2009 sono stati riscontrati 23 casi di CIN 2-3 e 35 CIN1 e nel 2010 44 lesioni precancerose (25 CIN1, 16 CIN2-3, 2 Adenocarcinomi, 1 VAIN1). Nel 2011, sono state riscontrate 43 lesioni (CIN1 23 casi, 15 casi CIN2-3, 3 casi VAIN1, 1 caso VAIN2, 1 caso VAIN3), mentre nel 2012 61 lesioni (CIN1 38 casi, 18 casi CIN2-3, 3 casi VAIN1, 2 casi VAIN2).
- ***Screening del tumore della mammella***
 - Fascia d'età delle donne: 35-75 anni (35-70: 1 volta/aa; 71-75: 2 volte/aa).
 - Adesione annuale (2011) pari all'88% della popolazione target.
 - Nel 2011 sono state invitate 4.631 donne, eseguite 4.059 mammografie e 1.800 ecografie, con un numero di 32 neoplasie diagnosticate.
- ***Screening del tumore del colon-retto***

- Fascia d'età: 50-75 anni (inizio screening: anno 2009).
- Adesione complessiva al primo round (2009-2011) 65,1% al 2° round (2011-2012) 61,6%.
- Dal 2009 a febbraio 2014 sono risultati positivi al sangue occulto delle feci (SOF) 681 persone. Al 1° round 6,3%, al 2° round 4,8% delle persone che hanno aderito allo screening al primo livello).
- Al secondo livello (colonscopia) l'adesione all'esame è circa pari al 90% in tutti i round. Lo screening del colon retto in questi 5 anni ha portato alla scoperta di 44 tumori e di 208 adenomi avanzati.



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

Si dovranno tenere in debita considerazione le evidenze scientifiche inerenti l'utilità di attivare altri screening sulla popolazione (per esempio per la diagnosi precoce dei tumori della prostata, del polmone e della tiroide).

3. Obiettivi di salute in base al target di popolazione/utenza

➤ *La salute della donna e dei bambini (incluse le fragilità nelle età minorili)*

Gli obiettivi raggiunti sono stati rilevanti, con particolare riguardo agli screening dei tumori di utero e della mammella e all'attivazione del Centro per la Salute della Donna, che ha saputo integrare tra loro diversi servizi garantendo continuità e coerenza tra essi.

Dovrà essere mantenuta elevata la sorveglianza riguardo eventuali eventi di violenza sulle donne, in collaborazione con l'Authority per le pari opportunità e le autorità giudiziarie.

E' stato attivato il "Percorso nascita", che è entrato nella normale routine dei servizi per gravidanza (inclusa la gestione dei rischi in ambito lavorativo), parto, post partum e prime fasi di vita del neonato, integrando i servizi coinvolti in un percorso lineare e facilmente accessibile.

Riguardo la salute del bambino si dovrà migliorare la continuità clinico - assistenziale tra pediatra di famiglia, assistenza pediatrica d'urgenza, ricoveri in regime di Day Hospital e ricoveri in regime ordinario, nonché l'assistenza sanitaria pediatrica di II e III livello.

Le fragilità minorili dovranno trovare risposte ancora più complete attraverso il coordinamento tra Servizio Minori e gli altri Servizi Sanitari per l'età pediatrica e, quando richiesto, con le Autorità giudiziarie.

➤ *I giovani e gli adolescenti*

Nell'ambito delle politiche giovanili sono state sviluppate iniziative utili a contrastare stili di vita che possono influire negativamente sullo stato di salute (alcol, fumo, droghe, abitudini sessuali). L'avvio dell'Osservatorio permanente sulla condizione giovanile per la gestione di tali problematiche e la costituzione del "Tavolo multidisciplinare per l'educazione alla salute" sono stati un importante passo avanti, anche se dovranno essere meglio strutturate le attività e le azioni da intraprendere in una logica multidisciplinare.

E' stato attivato, presso il Centro Salute donna, un ambulatorio per adolescenti.

Nel prossimo triennio sarà importante sviluppare ulteriormente servizi e attività riguardanti le problematiche degli adolescenti e dei giovani.

➤ **Disabilità**

Negli anni precedenti si è lavorato per potenziare la rete dei servizi socio-sanitari e per assicurare il mantenimento della persona con disabilità nel proprio nucleo familiare e nel proprio normale ambiente di vita. Tale ambito dovrà essere consolidato nel triennio prossimo, attivando anche specifici percorsi diagnostico terapeutici e riabilitativi per la gestione delle disabilità.

Nel 2010, inoltre, è stata istituita la Commissione sammarinese per l'attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità per seguire l'attuazione della Convenzione attraverso un meccanismo di coordinamento interno al governo per agevolare le azioni collegate nei diversi settori e a diversi livelli, promuovere, tutelare e monitorare l'attuazione della presente convenzione, tenendo conto dei principi relativi allo status ed al funzionamento delle nostre istituzioni per la tutela e la promozione dei diritti umani. Inoltre il Comitato di Bioetica ha emanato e pubblicato un importante documento riguardante il tema della disabilità proprio a partire Convenzione ONU, elaborando la propria riflessione e argomentazioni intorno ai principi in essa stabiliti.

Con l'Atto Organizzativo dell'ISS del 2010 la UOSD Disabilità e Assistenza Residenziale ha ricondotto una parte della disabilità in una unità a sé rispetto ad una residenzialità e alla gestione dei centri diurni. La tematica della disabilità dovrà essere approfondita con analisi riguardanti la gestione della condizione di ciascun disabile, al fine di integrare, potenziare e attivare i servizi che saranno identificati come necessari per ogni persona nella specifica condizione di disabilità, al fine di favorire e permettere ogni integrazione / inclusione nel contesto sociale di appartenenza.

➤ **Anziani**

Come emerge dal Profilo di salute, il problema degli anziani è estremamente rilevante per San Marino. Fino ad oggi si è lavorato per gestire l'intero percorso di presa in carico dell'anziano non autosufficiente a vari livelli di assistenza (domiciliare, residenziale, ospedaliera e ambulatoriale).

Il triennio futuro dovrà consolidare la rete dei servizi per l'anziano nonché migliorare l'attivazione dei differenti percorsi per la gestione dell'anziano sia a

domicilio che presso le strutture residenziali, valorizzando anche ricoveri di sollievo.

➤ ***La salute mentale e le dipendenze patologiche***

Il Servizio di Salute Mentale dell'ISS ha svolto funzioni di prevenzione e promozione della salute mentale, cura e riabilitazione del disagio psichico, in un contesto di piena integrazione delle persone nel loro contesto sociale.

E' necessario continuare sulla linea della "lotta allo stigma" e della "de-istituzionalizzazione", nonché formalizzare e attuare dei percorsi chiari di presa in carico tra i differenti soggetti coinvolti (Servizio di Salute Mentale, Medicina Generale, Associazioni di Volontariato, altri enti ed istituzioni).

In riferimento alla gestione delle dipendenze patologiche sono stati attivati accordi con i SERT e altre strutture riabilitative dell'ASL italiane. Sarà necessario operare, anche per il prossimo triennio, per armonizzare il percorso riabilitativo di tali persone tra strutture sammarinesi e tra esse e le strutture extraterritoriali coinvolte.

4. Lotta a patologie di particolare rilevanza sanitaria e sociale

➤ ***Le malattie cardiovascolari***

Per quanto riguarda le malattie cardiovascolari si è lavorato su due fronti paralleli: la riduzione dei fattori di rischio legati a tali patologie ed il miglioramento dell'assistenza sanitaria e riabilitativa in ambito cardiovascolare.

E' stato creato un sistema di valutazione del rischio cardiovascolare, per ora attivato, in modo completo, solo in ambito ospedaliero.

Nel prossimo triennio si dovranno attuare strategie per una riduzione effettiva dei rischi nella popolazione (fumo, obesità, sedentarietà) nonché per migliorare ulteriormente l'integrazione fra strutture territoriali, Medicina di Base, Pronto Soccorso, Cardiologia e Terapia intensiva, associazioni di volontariato nonché con strutture specialistiche di livello superiore degli ospedali italiani limitrofi.

➤ ***Le Malattie cerebrovascolari (ictus)***

L'ictus è una patologia che richiede un'assistenza integrata e complessa. In quest'ambito è stato definito e strutturato un percorso assistenziale condiviso da tutti i soggetti e le istituzioni coinvolte.

Nel triennio futuro sarà necessario migliorare tale percorso, soprattutto per garantire la continuità terapeutica nel passaggio dalla fase ospedaliera alla fase territoriale/domiciliare.

➤ **Diabete**

Negli anni precedenti, con il supporto dell'Authority sanitaria, sono stati resi disponibili i dati dei pazienti che afferiscono al Centro antidiabetico, estendendo tale analisi anche a pazienti che utilizzano farmaci antidiabetici. Emerge che l'incidenza e la prevalenza di tale patologia nella popolazione sammarinese non si discosta da quanto riscontrabile nelle regioni italiane limitrofe (6,5% della popolazione).

In relazione a tale patologia si è lavorato per migliorare il collegamento fra Centro antidiabetico e Medici di base in relazione al diabete di tipo II, e tra Pediatria di base, reparto di Pediatria e Centro antidiabetico per il diabete di tipo I. Tali connessioni andranno migliorate e consolidate nel prossimo triennio.

➤ **Neoplasie**

Come richiesto dal Piano, è stato istituito il Registro Tumori, passo fondamentale per ottenere informazioni accurate inerenti l'incidenza di tali patologie nella popolazione sammarinese. Per il periodo di osservazione 1989-2011, le analisi condotte sui dati del registro tumori hanno evidenziato che sono state diagnosticate 3.452 neoplasie in 3.306 pazienti e si sono registrati 1.424 decessi attribuibili a neoplasie.

Lo stesso studio ha messo in evidenza che per gli uomini la neoplasia con maggiore incidenza sono i tumori della prostata, seguiti da quelli del colon-retto e ano, del polmone e della trachea, dello stomaco e della vescica. Per le donne invece la maggiore incidenza si ha nei tumori della mammella, seguiti da quelli del colon-retto e ano, stomaco, polmone e trachea.

La mortalità invece fa registrare, per gli uomini, tassi grezzi più elevati per la neoplasia del polmone, seguita da quella dello stomaco e dalla prostata. Per la componente femminile invece le neoplasie con il valore più alto di tassi grezzi di mortalità sono quella della mammella, del colon retto, e dello stomaco. E' in aumento la mortalità per neoplasia del pancreas.

In riferimento all'assistenza oncologica restano come punti nodali:

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

➤ **Le malattie respiratorie**

In linea con quanto previsto dal Piano precedente, per quanto concerne la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) deve essere garantita una presa in carico integrata (ospedale-territorio) che preveda, altresì, il monitoraggio a domicilio dei pazienti, con particolare riguardo per i pazienti con ventilazione meccanica domiciliare. Dal rapporto GYTS (Global Youth Tobacco Survey) elaborato dall'Authority Sanitaria (anno 2011), risulta che nel periodo 2009-11 i pazienti affetti da BPCO erano circa 446, di cui il 69% fumatori o ex fumatori.

➤ **Malattie neurologiche**

Secondo quanto previsto dal Piano è stata istituita l'Unità Organizzativa di Neurologia nell'ambito dell'area medica (ristrutturazione dell'ex servizio neuropsichiatrico).

Nel prossimo triennio si dovrà continuare a garantire i percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali delle malattie neurologiche, con particolare riguardo a:

- malattie neurologiche acute (traumi cranici, ictus, ecc.) che necessitano di forte integrazione tra servizi;
- malattie neurologiche degenerative (Parkinson, Alzheimer, SLA, e altre) che necessitano di un collegamento strutturato con la medicina di base e l'assistenza domiciliare e con le strutture di II e III livello.

➤ **Le malattie infettive**

Come anticipato, la copertura vaccinale per l'infanzia è risultata eccellente negli anni passati e sarà necessario consolidare tale risultato nel triennio futuro.

Nell'anno 2008 è iniziata la vaccinazione per l'HPV per le ragazze fra gli 11 e 12 anni con un'adesione del 56% per la popolazione target nel primo anno (84 vaccinazioni gratuite su 150 ragazze comprese nella popolazione target). Inoltre, sempre nel 2008, sono state vaccinate anche 59 donne che non rientravano nella

popolazione target (vaccinazioni a pagamento). Negli anni successivi si è riscontrato un progressivo calo dell'adesione alla vaccinazione (dal 27% del 2009 si è passati all'11% del 2010, e anche negli anni successivi il valore di adesione non si è sostanzialmente modificato oscillando tra il 10% e il 20%). Sulla base di questo trend negativo sarà opportuno attuare nuove strategie informative ed educative per migliorare i livelli di adesione.

Per quanto riguarda la pandemia influenzale A/H1N1, nel 2009 è stato istituito uno specifico Gruppo di Coordinamento che ha elaborato il piano pandemico e sviluppato protocolli operativi per affrontare la pandemia, sia dal punto di vista vaccinale che dal punto di vista della gestione degli ammalati.

Una corretta gestione della pandemia è stata garantita tramite:

- informazioni a tutta la popolazione e ai settori maggiormente esposti al rischio di contagio (scuole, ospedali, ambienti lavorativi);
- vaccinazioni effettuate sulle categorie a rischio (312 soggetti vaccinati, pari a circa l'1% della popolazione);
- attivazione di specifici percorsi clinico – assistenziali.

Non sono stati riscontrati decessi e casi complicati che hanno richiesto ricoveri ospedalieri per il virus A/H1N1.

Considerata l'esperienza positiva del ruolo svolto dal Gruppo di Coordinamento, si suggerisce di estendere le funzioni di tale Gruppo anche per altre situazioni di emergenza sanitaria.

Per quanto riguarda la copertura vaccinale dell'influenza stagionale per i soggetti a rischio di complicanze restano possibili ampi margini di miglioramento.

E' opportuno mantenere alta l'attenzione nei riguardi dell'HIV-AIDS sia attraverso specifici interventi di educazione nei giovani che attraverso la sorveglianza sul numero di casi esistenti e anche a segmenti mirati di popolazione maggiormente colpiti (ad es. tossicodipendenti e omosessuali ecc.). Da ultimo sarà importante continuare nella lotta alle infezioni nosocomiali alla luce delle più attuali evidenze scientifiche.

5. Garanzie del cittadino

➤ *La sicurezza del paziente*

Secondo le indicazioni del Piano sono state impostate le basi per una garantire la sicurezza del paziente, con particolare riguardo a specifici protocolli coerenti con i

percorsi di autorizzazione e accreditamento istituzionale dell'ISS (prevenzione delle infezioni ospedaliere, tracciabilità).

Nel prossimo triennio dovranno essere implementate, estese e consolidate in tutti i servizi assistenziali la cultura e le metodiche di gestione del rischio clinico, in primis attivando capillarmente un accurato sistema di *incident reporting* (base essenziale per intraprendere azioni di contenimento dei rischi) ed in prospettiva utilizzando strumenti proattivi di risk management per la riduzione degli errori nelle strutture sanitarie, quali la FMEA e FMECA.

➤ **L'accesso e le liste d'attesa**

Negli anni precedenti si è operato per garantire massima trasparenza nei criteri di gestione delle liste d'attesa. L'ISS ha cercato di garantire il rispetto dei tempi per visite/esami urgenti e prioritari nella maggior parte delle specialità, anche se dovrà essere sviluppata una rilevazione sistematica dei tempi d'attesa.

Nel prossimo triennio sarà necessario giungere al rispetto dei tempi di attesa da parte di tutte le specialità e alla definizione di procedure riguardanti le modalità di prenotazione.

Molto margine sembra esserci nell'ambito dell'appropriatezza delle richieste così da ridurre la domanda incongrua di prestazioni.

6. La domanda

➤ **Appropriatezza**

Secondo quanto richiesto dal Piano si è cercato di migliorare la base informativa inerente l'assistenza farmaceutica, ospedaliera e specialistica secondo la prospettiva di valutarne l'appropriatezza.

Risulta necessario per il prossimo triennio garantire un adeguato flusso informativo ed attuare strategie per riadattare la domanda in funzione dei risultati di non-appropriatezza. Questo passaggio risulta tutt'altro che semplice e sarà necessario un coinvolgimento diretto di tutti i soggetti che governano la domanda ed in primis dei Medici di base. Si ribadisce che tale approccio è strettamente legato alla riduzione delle liste d'attesa.

7. L'offerta

➤ **I Dipartimenti**

E' stato recentemente attivato il nuovo l'assetto dipartimentale secondo quanto previsto dall'*Atto organizzativo dell'Istituto per la Sicurezza Sociale*.

Tuttavia, proprio per la flessibilità organizzativa e gestionale che dovrà garantire l'ISS per raggiungere gli obiettivi di Piano, dovranno essere effettuate verifiche annuali rispetto alla funzionalità dei servizi stessi ed apportate eventuali modifiche che si rendano necessarie per garantire il conseguimento degli obiettivi di salute previsti dai documenti di pianificazione e programmazione.

➤ **I livelli assistenziali**

La UOC Cure Primarie e Salute Territoriale è organizzata in 3 Centri per la Salute²¹:

- Serravalle: 7 medici; 10.368 assistiti;
- Borgo Maggiore : 6 medici; 9.482 assistiti;
- Murata: 6 medici; 9.215 assistiti²².

La media utenti per medico è di circa 1530 unità.

Nel prossimo triennio sarà necessario potenziare ulteriormente la componente delle cure primarie, sviluppando i Centri per la Salute e ponendo l'accento sul lavoro in team, sulla medicina d'iniziativa ed il "chronic care model"²³. Solo attraverso un loro effettivo rafforzamento sarà possibile ridurre l'utilizzo improprio dell'ospedale e garantire continuità terapeutica per i cittadini.

Riguardo l'**assistenza specialistica**, sono stati sviluppati percorsi diagnostico-terapeutici in alcune aree specifiche. Nel prossimo triennio sarà importante continuare in tale direzione coinvolgendo tutte le aree specialistiche.

Per quanto riguarda l'**assistenza ospedaliera**, in linea con quanto previsto dal precedente Piano, state rimodulate le Unità Operative ospedaliere con il fine di migliorare l'appropriatezza ed il corretto utilizzo dell'ospedale.

Per quanto riguarda l'attività di Pronto Soccorso è stato ottimizzato l'accesso in emergenza e urgenza. Nel 2013 gli accessi primari al PS sono stati 14.531, di cui

²¹ Dati riferiti al 31/12/2014

²² Dati rilevati il 28 febbraio 2011

²³ La medicina di iniziativa, intervenendo in maniera proattiva prima dell'insorgere della malattia, si occupa di promozione della salute con l'intervento di team multidisciplinari coordinati dai MMG quali responsabili clinici ed assistenziali delle cure primarie sul territorio; il "chronic care model" individua le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "sistemico" alle malattie croniche, in quanto muove tutte le leve organizzative ed operative per promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori.

9.302 per patologia non traumatica. Se si considera l'urgenza del trattamento, le urgenze minori (codici verdi) rappresentano il 71% (in Emilia Romagna è pari al 75%) mentre le urgenze e le emergenze rappresentano rispettivamente il 5% (codici gialli) e lo 0,3% (codici rossi), a differenza dell'Emilia Romagna, dove i codici gialli si attestano al 9% e i codici rossi allo 0,5%.

La centrale operativa 118 è stata notevolmente potenziata. Si rileva che nel 2013 sono stati effettuati 2.146 interventi e trasporti in ambulanza.

L'attività chirurgica è stata potenziata sia per ciò che riguarda le competenze professionali che in termini organizzativi, anche attraverso l'attività di Day Surgery, secondo le evidenze a supporto di tale modalità per migliorare efficacia ed efficienza. Nell'ambito dell'area medica sono state sviluppate numerose iniziative volte ad attivare e migliorare i percorsi clinico-assistenziali. I Servizi di diagnostica, che già rappresentano un punto di eccellenza, come si evidenzia anche con il mantenimento della Certificazione ISO 9001 da parte del Servizio Laboratorio Analisi e Medicina Trasfusionale, sono stati ulteriormente potenziati, sia in termini di acquisizione di nuovi strumenti (TAC e RM) che di valorizzazione di servizi quali la medicina trasfusionale e alcune attività di laboratorio (citologia, microbiologia).

Per il prossimo triennio sarà necessario sviluppare ulteriormente i percorsi clinico assistenziali, con particolare riguardo alla rete dell'emergenza-urgenza, ai percorsi per specifiche patologie (malattie cardio-vascolari, tumori) e per target di popolazione (bambini, donne e anziani).

Dovranno essere attivati i 6 posti letto dedicati alle **cure intermedie**, con particolare riferimento alla lungodegenza e alla riabilitazione, identificando precisi criteri di accesso e valutazione dei risultati per singola tipologia di pazienti che vi accedono. Sarà necessario, altresì, organizzare strutture adeguate ad accogliere persone con patologie che richiedono una specifica assistenza (cure palliative, gravi cerebrolesi, SLA, ecc...).

In ambito **socio-sanitario**, al fine di garantire una maggior integrazione fra ambito sanitario, socio-sanitario e sociale, dovranno essere ulteriormente valorizzati i percorsi assistenziali, anche attraverso un rafforzamento ed una ridefinizione delle funzioni dei servizi attualmente coinvolti (Servizio Minori, Servizio Anziani, Servizio Salute Mentale, Servizio Domiciliare Territoriale).

8. Gli strumenti

➤ **Governo clinico**

Sono state avviate, negli ultimi anni, importanti iniziative per introdurre nuovi approcci nell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria quali l'utilizzo di linee guida, la formulazione e l'applicazione di percorsi assistenziali.

Nel prossimo triennio si dovrà dare piena operatività per passare da una fase sperimentale ad un consolidamento capillare in tutte le realtà operative, ponendo particolare attenzione alla gestione del rischio clinico, anche attraverso la diffusione della cultura degli audit.

➤ **Autorizzazione e accreditamento**

In ottemperanza al Decreto 70/05, l'ISS ha avviato il percorso di autorizzazione delle strutture pubbliche di propria gestione, adeguando alcuni Servizi ai requisiti richiesti per legge.

In relazione all'accreditamento del pubblico è stato avviato il percorso di accreditamento provvisorio dell'Ospedale di Stato e dei Servizi territoriali. A luglio 2013 è stata infatti effettuata una visita di pre-audit da parte dell'Authority, che ha utilizzato un team di valutatori della regione Emilia-Romagna.

Per quanto riguarda l'accreditamento provvisorio dei servizi privati ritenuti essenziali per la programmazione, è stata data inizialmente rilevanza alle strutture socio-sanitarie (RSA e Gruppi appartamento), alla terapia iperbarica e alle strutture odontoiatriche private al fine di un convenzionamento con l'ISS.

Sarà ora necessario, nel triennio successivo, giungere all'autorizzazione e all'accreditamento definitivi per le strutture pubbliche e private considerate strategiche per il sistema, in linea con quanto previsto dal Regolamento per l'accreditamento e secondo le indicazioni dell'Authority in conformità con la Legge 69/04, il Decreto 70/05 e successive modifiche.

In relazione alle risorse disponibili dovrà essere previsto un programma che definisca annualmente i servizi che andranno accreditati.

Anche in un'ottica di rapporti con le regioni limitrofe si ritiene necessario completare, prioritariamente, i percorsi di accreditamento dei servizi di Terapia intensiva e Laboratorio Analisi - Medicina trasfusionale.

Sulla base di quanto sopra esposto, si evidenzia quanto l'accreditamento

rappresenti sempre più un vincolo per quanto attiene l'interfaccia con i sistemi sanitari a noi vicini e, allo stesso tempo, una leva per il cambiamento che concorre a determinare, attraverso un approccio sistemico basato sulla gestione per processi e sul miglioramento continuo, le condizioni favorevoli per lo sviluppo di politiche generali quali l'integrazione, la sicurezza dei cittadini e la qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari.

➤ **Ricerca, innovazione e sperimentazione**

Con l'approvazione della Legge 29 gennaio 2010 n. 34 e del Decreto Delegato 17 gennaio 2011 n. 2 si è completato il quadro normativo in materia di bioetica e sperimentazione, in coerenza con i dettati della Convenzione di Oviedo.

Il Comitato Etico per la Ricerca e la Sperimentazione (CERS) ha approvato sperimentazioni di tipo osservazionale. In tale ambito, sarà necessario dare impulso alla sperimentazione clinica, creando una rete di key opinion leaders in vari settori della ricerca, prevedendo anche la partecipazione a studi internazionali. Per quanto riguarda l'innovazione, intesa anche come ricerca nel settore del management dei servizi alla salute, si dovrà proseguire nello sviluppo di progetti riguardanti nuovi modelli di governance dei sistemi sanitari, metodologie di analisi e gestione dei percorsi assistenziali, strumenti e metodi per la gestione economico-finanziaria.

Comitato di Bioetica

Il Comitato Sammarinese di Bioetica (CSB) ha emanato e pubblicato vari pareri: il documento "Approccio bioetico alle persone con disabilità", utile per l'attuazione della Convenzione dell'ONU sulla disabilità e "L'accertamento della morte", necessario per lo sviluppo delle normative in materia di trapianti.

➤ **Sistema Informativo**

Negli anni passati, pur apprezzando l'attivazione di flussi informativi che hanno consentito di utilizzare dati per valutare le attività clinico-assistenziali correlate con lo stato di salute della popolazione, tuttavia non è stato ancora strutturato un vero e proprio sistema informativo sanitario e socio-sanitario, che sappia rendere disponibili in tempo reale e in modo continuo le informazioni necessarie sia alla gestione che alla programmazione a medio e lungo termine.

Nel prossimo triennio, dunque, sarà necessario rendere operativo il nuovo sistema informativo - gestionale dell'ISS ed istituire il sistema informativo sanitario, socio-sanitario e socio-educativo nazionale al fine di garantire la disponibilità e la confrontabilità dei dati a tutti i livelli di interesse, nonché ampliare il set di dati per monitorare anche l'appropriatezza dell'utilizzo dei servizi sanitari e gli aspetti di integrazione tra i servizi.

➤ **Catalogo dei prodotti/servizi dell'ISS**

I prodotti/servizi sono stati declinati secondo target di popolazione (donna e percorso nascita; infanzia ed età evolutiva, i minori, i disabili adulti, gli anziani la salute mentale, le dipendenze patologiche) o secondo aree (prevenzione, assistenza ospedaliera e specialistica, cure primarie, assistenza domiciliare territoriale, cure intermedie, assistenza residenziale e semiresidenziale, assistenza farmaceutica).

Le logiche sono funzionali ad una maggiore integrazione nonché ad una facilitata fruibilità dei servizi da parte dei cittadini.

Il prossimo triennio dovrà consolidare tale organizzazione funzionale dei servizi offerti.

9. La partecipazione del cittadino

➤ **La comunicazione al cittadino**

L'ISS ha posto attenzione ad adeguate modalità di informazione al cittadino, anche se non è stata ancora formalizzata una Carta dei Servizi dinamica dell'ISS.

Nel prossimo triennio si dovrà sviluppare, quindi, una Carta dei Servizi sanitari e socio-sanitari, dinamica e declinata in ogni componente operativa, che sappia inglobare in modo coerente le informazioni necessarie all'utente che si rivolge ai Servizi dell'ISS.

➤ **L'ascolto del cittadino**

E' stato attivato l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) che ha raccolto importanti segnalazioni e reclami da parte dei cittadini.

Non vi è ancora una sistematica presa in carico di ogni singola segnalazione per effettuare un'analisi della stessa con il Responsabile del Servizio e apportare eventuali modifiche al processo/modalità di lavoro.

Dovranno anche essere migliorate le rilevazioni proattive di opinioni dei fruitori dei Servizi attraverso questionari/interviste.

➤ ***Il ruolo del cittadino***

Nel recente passato l'ISS ha attivato momenti di confronto con le Associazioni di volontariato come forma di partecipazione diretta nelle scelte di indirizzo a tutela degli interessi dei cittadini.

Nel prossimo triennio sarà necessario aumentare quantitativamente e qualitativamente il ruolo diretto dei cittadini nella partecipazione alle scelte strategiche dell'ISS.

10. Il governo delle risorse economiche

L'aumento della spesa sanitaria costituisce un fenomeno generalizzato che, pur in presenza di una variabilità dei contesti istituzionali e organizzativi che caratterizzano tutti i sistemi sanitari moderni, dipende da cause di fondo comuni.

Ormai è ampiamente dimostrato che la domanda di servizi sanitari aumenta progressivamente con il miglioramento del tenore di vita e del livello di istruzione dei cittadini. Se, da un lato, tali condizioni di dilatazione della domanda di servizi sanitari possono considerarsi in via di esaurimento nel corso degli ultimi anni, altri fenomeni hanno cominciato ad esercitare una spinta destinata ad aumentare negli anni a venire. Uno degli elementi che vanno tenuti in considerazione è l'invecchiamento della popolazione, anche se tale fenomeno va letto in un'ottica più generale e complessa. Infatti, oltre ai costi sanitari e sociali dell'anziano, ovviamente più elevati di quelli del giovane, bisogna considerare che i tutti i consumi sanitari aumentano con il passare degli anni. E' perciò bene distinguere l'effetto di generazione, cioè la maggior spesa assorbita dalla popolazione giovane e anziana di oggi rispetto a quella provocata venti / trenta anni fa, dall'effetto del solo invecchiamento. Non va poi dimenticato come in sanità vi sia la confermata tendenza del crescere dei costi a tassi superiori rispetto a quelli che caratterizzano il fenomeno inflattivo. Solo a titolo di esempio si pensi all'enorme aumento di spesa legato ai farmaci oncologici che ha caratterizzato la sanità sammarinese in questi ultimi anni, seppure non si sia in presenza di aumento dei casi trattati. E' auspicabile che, nell'allocazione delle risorse, si tenga conto di quanto sopra esposto.

Le risorse economiche complessivamente assegnate sono, per il 2014, suddivise per Dipartimenti ed Aree come da tabella seguente. Si ritiene interessante un raffronto con il 2011, anno in cui sono stati presentati gli ultimi Indirizzi Generali (vedi tabella).

	Preventivo 2011	%	Preventivo 2014	%
Dipartimento Prevenzione	€ 3.013.500,00	3,36%	€ 2.683.000,00	3,18%
Dipartimento Socio-sanitario	€ 21.144.000,00	23,60 %	€ 20.179.000,00	23,93%
Dipartimento Ospedaliero	€ 41.929.000,00	46,80%	€ 39.151.000,00	46,42%
UOC Farmaceutica	€ 9.814.000,00	10,95%	€ 10.358.000,00	12,28%
UOC Medicina Fiscale e Mobilità Passiva	€ 12.540.500,00	14,00%	€ 8.867.000,00	10,52%
Movimenti generali assistenza sanitaria	€ 1.155.000,00	1,29%	€ 3.095.250,00	3,67%
Totale	€ 89.596.000,00	100%	€ 84.333.250,00	100%

Il trasferimento dal Bilancio dello Stato per il finanziamento dell'Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria è previsto per il 2014 per un ammontare di € 63.040.000,00, mentre nel 2011 era di € 66.800.000,00.

Si dovrà quindi valutare se la riduzione delle risorse nel tempo possa garantire la sostenibilità del sistema.

➤ **Sistema di budget**

L'ISS ha sviluppato il processo di Budget per ogni centro di responsabilità, negoziato con i Responsabili delle singole unità organizzative e finalizzato ad orientare ogni singolo Servizio agli obiettivi generali dell'ISS, così come indicato dal Piano Socio-Sanitario 2006-2008 e le linee di indirizzo annuali dell'ISS.

Nello specifico, ai sensi di quanto previsto dall'art. 14 della legge 165/2004, l'Istituto per la Sicurezza Sociale predispone, nel rispetto dei vincoli posti dal Bilancio dello Stato e da quanto previsto dalle linee di programmazione emanate dal Governo, un Bilancio economico per centri di responsabilità, redatto con la valenza di "Budget economico generale dell'Istituto" e sottoposto in fase preventiva al Consiglio Grande e Generale.

Nell'ambito dei valori annualmente preventivati e strutturati, come sopra indicato, il Comitato Esecutivo procede poi all'assegnazione delle risorse alle singole Unità

Organizzative previa contrattazione dei Budget nei singoli Comitati di Dipartimento con ogni Direttore e Responsabile di Unità Organizzativa.

Il percorso di Budget definisce quindi obiettivi di produzione, qualitativi e quantitativi nel rispetto delle risorse assegnate ad ogni Direttore e o Responsabile. Il raggiungimento di tali obiettivi, in considerazione delle risorse assegnate, entrerà poi a far parte della valutazione annuale di ogni Dirigente. Seguendo il percorso brevemente sopra delineato i vari livelli di programmazione, governo e gestione vengono posti in essere nel rispetto delle risorse assegnate, a livello centrale, da parte del Governo.

Si ribadisce che il lavoro per obiettivi dovrà, nel prossimo triennio, diventare una modalità base di gestione dei singoli Servizi, sui quali verranno valutati, annualmente e triennialmente, i responsabili e le loro equipe di lavoro e ai quali dovranno essere legati gli incentivi finanziari e non finanziari.

➤ **Finanziamento del sistema sanitario e socio-sanitario**

Negli anni passati era stato proposto un nuovo sistema di Finanziamento che prevedeva la quota capitaria come principale sistema di allocazione delle risorse, anche se tale sistema non è stato ancora implementato. Nel frattempo però il Bilancio dell'Istituto è stato profondamente rivisto nella sua struttura, sia per quanto riguarda i conti di contabilità che i centri di responsabilità, ricalcando finalmente la struttura gerarchico-organizzativa prevista dai vari provvedimenti normativi che ne hanno disciplinato la configurazione. Tale intervento ha permesso di superare un disallineamento che ormai caratterizzava la struttura del bilancio dell'ISS rispetto alla sua organizzazione interna per Dipartimenti ed Unità Organizzative, rendendone sostanzialmente impossibile l'applicazione. Inoltre con tale intervento, nel raccordo che è previsto tra il Bilancio dell'ISS ed il Bilancio dello Stato, si è creato un unico capitolo di finanziamento per i trasferimenti al settore sanitario e socio-sanitario da parte dell'amministrazione centrale superando i due capitoli esistenti. In precedenza, infatti, erano previsti due distinti trasferimenti: uno per il settore sanitario ed uno per il settore socio-sanitario. Si è andati, quindi, nella direzione di integrazione tra i due settori anche per quanto riguarda il finanziamento.

Nel prossimo triennio, sarà importante continuare a garantire al Servizio sanitario e socio-sanitario le risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi fissati dal Piano.

Si ritiene infine utile evidenziare che, in questa fase storica, è necessario contestualizzare il sistema di finanziamento del sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese in un ambito generale e locale di crisi economica e finanziaria, che dovrebbe essere raccolta come sfida per i sistemi sanitari: trasformare una minaccia in un'opportunità. Dal documento elaborato dall'OMS nel 2009 sull'impatto dell'attuale crisi economica e finanziaria sulla salute globale, emerge quanto sia necessario mitigare l'impatto della crisi finanziaria sulla salute. Di fronte al declino della ricchezza e del reddito, la salute va tutelata come un diritto fondamentale; anche perché con la buona salute della popolazione si contribuisce alla crescita economica, alla riduzione della povertà, allo sviluppo sociale e alla sicurezza umana. La crisi finanziaria deve essere vista quindi come un'occasione per rafforzare i valori su cui si fonda una società e la tutela della salute dovrebbe essere usata per promuovere una maggiore attenzione alla giustizia sociale. Di qui un solenne appello ad attuare riforme basate sull'assistenza sanitaria di base ("implementing primary health care reforms") che si muovano verso l'obiettivo della copertura universale e che si basino su equità e solidarietà.

Sarà quindi necessario, anche al fine di una appropriata allocazione delle risorse, fare un'attenta analisi degli effetti che potrebbe avere la crisi sulla salute della popolazione sammarinese e su costi diretti ed indiretti a carico dell'ISS (cassa integrazione guadagni, mobilità, disoccupazione, possibili costi derivanti da patologie correlate alla crisi quali ad esempio malattie mentali, ecc...).

➤ **Ripartizione delle risorse**

La ripartizione delle risorse all'interno dei vari servizi e strutture dell'ISS, sulla base riforma del Bilancio dell'ISS avvenuta nel corso del 2010, come accennato in precedenza, ha seguito le logiche di aggregazione dei dati contabili per macro livelli di assistenza, suddivisi principalmente in Dipartimenti, assistenza farmaceutica, mobilità passiva e movimenti generali assistenza generale.

Nel prossimo triennio si dovrà ricalibrare la ripartizione sulla base degli obiettivi stabiliti dal Piano. Considerato, inoltre, che il Dipartimento di Prevenzione svolge esclusivamente attività riguardanti la tutela ambientale, la sicurezza dei lavoratori e l'igiene degli alimenti e sanità pubblica veterinaria, al fine di valorizzare e rendere esplicite le voci riguardanti gli obiettivi di prevenzione primaria e secondaria attualmente distribuiti sia a livello ospedaliero che a livello territoriale

(vaccinazioni, screening, promozione corretti stili di vita ecc...), nel prossimo triennio dovranno essere distinte le voci riguardanti tali attività.

11. Il governo delle risorse umane

➤ **Valorizzazione delle professionalità**

Dando per assodato che il successo di un'organizzazione complessa come l'ISS dipenda anche e soprattutto dai singoli professionisti che vi operano, nel passato triennio si è cercato di sviluppare iniziative per la valorizzazione delle professionalità presenti nell'organizzazione.

Il fattore umano è elemento strategico che influisce direttamente sulla quantità e qualità dell'assistenza nonché sul livello di soddisfazione dei cittadini. Per garantire una piena qualificazione ed operatività degli operatori sanitari e socio-sanitari è stato avviato l'iter per superare la logica del mansionario, prevedendo i profili di ruolo, coerenti con le necessità del sistema sanitario e socio-sanitario, che valorizzino le competenze e le funzioni dei professionisti stessi all'interno di tale sistema. In quest'ottica, dovranno inoltre essere implementate importanti misure di gestione proattiva di tali risorse anche attraverso la strutturazione di un definito sistema di incentivazione.

➤ **Formazione continua**

L'ISS, negli anni, ha strutturato il proprio Piano annuale di formazione per i propri professionisti.

Nel prossimo triennio, oltre alla necessaria formazione nei settori specifici per mantenere una elevata clinical competence, sarà fondamentale rendere capillare nell'organizzazione la cultura del management e del governo clinico (gestione del rischio clinico, percorsi assistenziali, audit clinico, health technology assessment) e la cultura del lavoro per obiettivi con la valutazione dei risultati (ciclo di progetto, indicatori, standard). E' necessario istituire un sistema di educazione continua in medicina obbligatorio (ECM) e che permetta un riconoscimento anche da parte di paesi dell'UE, anche avvalendosi di accordi stipulati con il Ministero della Salute italiano e con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

12. I Progetti speciali

➤ *Politica farmaco*

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

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

➤ *L'ospedale senza dolore*

L'ISS ha posto particolare attenzione alla riduzione del dolore legato all'assistenza sanitaria, soprattutto attraverso l'attivazione del Servizio di Terapia antalgica, che ha contribuito fortemente allo sviluppo di strategie per il controllo del dolore.

Nel prossimo triennio si dovrà sviluppare ulteriormente la cultura della lotta contro il dolore, non solo in ambito ospedaliero ma anche a livello territoriale.

➤ *Gestione del Sangue*

L'UO Laboratorio Analisi e Medicina Trasfusionale, in collaborazione con l'Authority, ha sviluppato un progetto per garantire la qualità del prelievo, conservazione, distribuzione e trasporto di sangue ed emocomponenti secondo le Direttive Europee, anche nell'ambito della collaborazione fra il Centro trasfusionale dell'ISS ed i Centri trasfusionali italiani. Nel 2012, in attuazione della legge n. 7/2010, sono stati emanati il Decreto Delegato 27 luglio 2012 n. 93 " ATTUAZIONE DELLE DIRETTIVE EUROPEE CHE STABILISCONO NORME DI QUALITÀ E DI SICUREZZA PER LA RACCOLTA, IL CONTROLLO, LA LAVORAZIONE, LA CONSERVAZIONE E LA DISTRIBUZIONE DEL SANGUE UMANO, DEI SUOI COMPONENTI ED EMODERIVATI" e il Decreto Delegato 10 Agosto 20 12 n. 104 " REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DEI SERVIZI DI MEDICINA TRASFUSIONALE".

Il recepimento delle direttive europee e l'accREDITAMENTO istituzionale sono

elementi fondamentali per favorire accordi di collaborazione in materia di donazione e scambio di sangue ed emoderivati fra il Centro trasfusionale dell'ISS ed i Centri trasfusionali italiani ed internazionali.

Nel prossimo triennio si dovrà dare piena applicazione alle normative in materia di sangue.

In futuro andrà verificata l'opportunità di sviluppare altri progetti speciali, riguardanti in particolare la donazione di organi, cellule e tessuti, che possano coinvolgere in modo trasversale i servizi dell'ISS per gli ambiti considerati strategici per l'intero sistema.

C) PRINCIPI GENERALI DI INDIRIZZO 2015-2017

Nel ribadire che rimangono valide le basi del Piano 2006-2008, l'intera articolazione del Nuovo Piano dovrà trovare un filo conduttore nei seguenti "principi generali di indirizzo", che rappresentano il quadro logico-concettuale del percorso complessivo che il sistema sanitario e socio-sanitario sammarinese dovrà affrontare nel prossimo triennio.

Possono essere altresì considerati come gli obiettivi strategici del Piano.

1) LA SALUTE COME DIRITTO UNIVERSALE E BENE COMUNE - LA PERSONA E LA COLLETTIVITA' AL CENTRO DEL SISTEMA

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

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

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

2) RIDURRE LE DISEGUAGLIANZE AGENDO SUI DETERMINANTI SOCIALI DI SALUTE

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

condizione di lavoro e nel tempo libero, la loro casa, la comunità, i paesi e le città". "Questa distribuzione iniqua di esperienze dannose per la salute non avrebbe luogo 'in natura' ma è il risultato di una combinazione tossica di scarse politiche sociali, di ingiusti assetti economici, e di cattive politiche. I determinanti strutturali e le condizioni di vita quotidiane costituiscono i determinanti sociali della salute e sono responsabili della maggior parte delle disuguaglianze di salute tra ed entro i Paesi."

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

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

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

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

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

In particolare si dovranno affrontare sia i rischi individuali quali gli incidenti (stradali, domestici e sul lavoro), l'abitudine al fumo, all'alcool e le dipendenze in genere, l'obesità, la sedentarietà, la dieta ricca di grassi animali e povera di fibre che i rischi generali quali gli effetti del riscaldamento globale, l'inquinamento atmosferico, la qualità di acque e alimenti, i campi elettromagnetici e la gestione dei rifiuti. Il servizio sanitario e socio-sanitario dovrà collaborare attivamente con altri settori chiave della società quali il sistema scolastico, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di categorie professionali e le forze dell'ordine. I

cambiamenti degli stili di vita e delle abitudini di una popolazione sono estremamente complessi da indirizzare e risulta pertanto imprescindibile un approccio multidisciplinare e sinergico.

Le attività di screening e più in generale di prevenzione secondaria, proprie del settore sanitario, dovranno essere consolidate e potenziate, a completamento di un contesto complessivo che vede nella prevenzione delle patologie la chiave di volta dell'intero sistema.

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

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

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

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

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

Inoltre, si dovranno sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali che prevedano un'integrazione con la cosiddetta medicina complementare (medicina cinese, omeopatia, osteopatia, fitoterapia, ecc...).

5) PROMUOVERE LA SOSTENIBILITA' ORGANIZZATIVA ED ECONOMICA

Nel terzo millennio parlare di sostenibilità organizzativa significa assumere i principi della *clinical governance*, che promuove l'applicazione pratica delle migliori

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

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

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

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

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

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

Anche l'innovazione e la sperimentazione sia clinica che organizzativa saranno elementi imprescindibili per non rischiare di essere relegati a ruoli marginali. Si citano a titolo di esempio la medicina d'iniziativa ed il chronic care model, un piano per la salute che includa settori differenti da quello sanitario, nuovi accordi di collaborazione con le Regioni limitrofe per la creazione di una rete di scambio di servizi, l'applicazione della salute in tutte le politiche - *health in all policies approach* - promossa dall'OMS, l'avvio di nuove sperimentazioni cliniche.

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

7) VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

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

in un riconoscimento professionale anche fuori dal nostro territorio, che favoriscano il senso di appartenenza al servizio sanitario e socio-sanitario sammarinese. La formazione, leva strategica delle politiche per il personale e del cambiamento organizzativo, assume un valore determinante per diffondere la cultura della tutela della salute e per garantire un'offerta di servizi sanitari efficaci e appropriati. Dovrà essere quindi istituito un sistema obbligatorio di educazione continua in medicina (ECM).

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

D) INDICAZIONI RELATIVE ALLA NUOVA STRUTTURA DEL PIANO SOCIO-SANITARIO 2015-2017

In riferimento ai principi generali di indirizzo esplicitati nel precedente capitolo, sulla base degli elementi chiave del profilo di salute della popolazione e dei risultati raggiunti nel passato triennio, si propone di seguito lo schema del nuovo Piano.

1 ELEMENTI DI BASE PER LA FORMULAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO 2015-17

1.1 INDIRIZZI POLITICI E CONTESTO INTERNAZIONALE

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

1.1.2 Documenti di indirizzo dell'organizzazione mondiale della sanità

1.1.3 Accordi della Repubblica di San Marino con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il Consiglio d'Europa, l'Unione Europea (UE) e l'Italia in ambito sanitario e socio-sanitario

1.2 ELEMENTI CHIAVE DEL PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DI SAN MARINO

1.3 CONTINUITA' CON GLI INDIRIZZI E GLI OBIETTIVI DEL PRECEDENTE PIANO SOCIO-SANITARIO

1.4 PRINCIPI GENERALI DI INDIRIZZO (linee strategiche del piano - obiettivi strategici)

1.4.1 La salute come diritto universale e bene comune - la persona e la collettività al centro del sistema

1.4.2 Ridurre le disuguaglianze agendo sui determinanti sociali di salute

1.4.3 Ridurre i fattori di rischio di malattia e morte nella popolazione

1.4.4 Migliorare l'integrazione tra servizi sociali e sanitari e tra diversi livelli del settore sanitario

1.4.5 Promuovere la sostenibilità organizzativa ed economica

1.4.6 Evitare l'isolamento e favorire l'innovazione e la conoscenza

1.4.7 Valorizzazione delle risorse umane

2 OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE

2.1 LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE

2.1.1 Stili di vita

2.1.2 Ambiente di vita e di lavoro

2.2 INDIRIZZI SPECIFICI PER FASCE DI POPOLAZIONE 77

2.2.1 Neonati e bambini

2.2.2 Adolescenti e giovani

2.2.3 La fragilità in età minorile

2.2.4 Donne e differenze di genere

2.2.5 Anziani

2.2.6 Persone con disabilità

2.3 LE MALATTIE DI PARTICOLARE IMPATTO SANITARIO E SOCIALE

2.3.1 Malattie Cardiovascolari

2.3.2 Neoplasie

2.3.3 Malattie Cerebrovascolari

2.3.4 Diabete

2.3.5 Malattie Respiratorie

2.3.6 Malattie Neurologiche

2.3.7 Disturbi Mentali

2.3.8 Dipendenze Patologiche

2.3.9 Malattie Infettive

2.3.10 Celiachia

2.3.11 Malattie Rare

2.4 SANGUE, CELLULE E ORGANI

2.4.1 Sangue

2.4.2 Cellule

2.4.3 Organi

2.5 MEDICINA COMPLEMENTARE

3 OBIETTIVI E STRUMENTI DI SISTEMA

3.1 L'Authority ed il sistema delle regole

3.2 L'organizzazione dei servizi dell'Istituto per la Sicurezza Sociale (ISS)

3.2.1 I SERVIZI PER LA PREVENZIONE

3.2.2 SERVIZI TERRITORIALI

3.2.3 CURE INTERMEDIE

3.2.4 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.2.5 SERVIZI DI SUPPORTO

3.3 GOVERNO CLINICO E QUALITA' DEI SERVIZI

3.3.1 Clinical Governance

3.3.2 Autorizzazione e Accreditamento

3.3.3 La gestione del rischio

3.3.4 Accesso e liste d'attesa

3.3.5 Appropriatelyzza e i livelli essenziali di assistenza

3.3.6 Linee guida

3.3.7 I Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali

3.3.8 Health Technology Assessment

3.3.9 Politica del Farmaco

3.3.10 La gestione dei dispositivi medici

3.4 BIOETICA, RICERCA e SPERIMENTAZIONE CLINICA

3.5 INNOVAZIONE E CONOSCENZA

3.5.1 Università a Istruzione

3.6 IL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E SOCIOSANITARIO

3.7 LE RETI

3.7.1 Integrazione socio-sanitaria

3.7.2 Le reti esterne

4 LA PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO E DELLA COMUNITA' COMPETENTE

4.1.1 IL SUPPORTO DI ALTRI SETTORI DELLA SOCIETA'

4.1.2 LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE

5 ELEMENTI CHE CONCORRONO A DETERMINARE IL BENESSERE DELLA POPOLAZIONE AGENDO SUI DETERMINANTI STRUTTURALI

6 RISORSE E SOSTENIBILITA'

6.1 FINANZIAMENTO GENERALE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI

6.2 POLITICHE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITA'

6.3 PIANO DEGLI INVESTIMENTI

7 IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE DEL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO