



**REPUBBLICA DI SAN MARINO**

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

# INDIRIZZI GENERALI PER IL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO 2011-2013

Art. 4 LEGGE 30 novembre 2004 n. 165

Processo di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria

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

# **INDIRIZZI GENERALI PER IL PIANO SOCIO-SANITARIO 2011-2013 DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO**

*“PENSARE GLOBALE, AGIRE LOCALE”*

## ***PREMESSA***

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

**B) ANALISI DEI RISULTATI RAGGIUNTI NEL PASSATO TRIENNIO**

**C) PRINCIPI GENERALI DI INDIRIZZO 2011-13**

**D) INDICAZIONI RELATIVE ALLA NUOVA STRUTTURA DEL PIANO SOCIO-SANITARIO 2011-13**

# **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 2011-13, 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, si ritiene opportuno sviluppare un unico Piano che includa entrambe le componenti 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 raggiunti nel passato triennio rispetto agli obiettivi prefissati dal precedente Piano. Infatti, pur indicando anche indirizzi innovativi, il Piano Socio-Sanitario per il triennio 2011-13 dovrà basarsi sulla valutazione dei risultati conseguiti nei tre 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 triennale, direttive annuali, fase di implementazione, valutazione degli obiettivi raggiunti, è possibile rendere il Piano triennale strettamente collegato alla realtà operativa e pertanto concretamente utile.

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 triennale per il 2011-13.

# 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 2011 la “popolazione presente” (residenti + soggiornanti) nella Repubblica di San Marino è pari a 33.162 abitanti, di cui 17.039 femmine e 16.123 maschi. La popolazione “residente” ne rappresenta il 96,2% (31.887 unità – 51% femmine e 49% maschi), mentre per il 3,8% si tratta di popolazione “soggiornante” (1.275 unità – 63% femmine e 37% maschi). La densità abitativa è elevata, pari a 521,9 abitanti per Km quadrato, mentre in Italia si aggira mediamente intorno ai 200 abitanti per km quadrato.

Negli ultimi 7 anni (dal 2004 al 2010) vi è stato un trend crescente della popolazione, dovuto alla positività del saldo naturale<sup>1</sup> e del saldo migratorio<sup>2</sup>, anche se le variazioni percentuali rispetto l’anno precedente si stanno riducendo nell’ultimo biennio; la popolazione presente nel 2010 è rimasta pressoché costante (+0,6%) rispetto al 2009, la residente ha fatto registrare un +0,8%, mentre per i soggiornanti si è registrato un calo pari a -4,6%.

La componente straniera dei residenti è pari a 4.880 unità (15,3%), rappresentata per la maggior parte da italiani (87,9%), mentre fra i soggiornanti gli italiani rappresentano il 54,7%.

La speranza di vita alla nascita della popolazione sammarinese è una delle più elevate al mondo, come si evidenzia dal confronto, nell’anno 2008, con Emilia Romagna (uomini: 79,1; donne: 84,2), Italia (uomini: 79,1; donne: 84,5) ed Europa (uomini: 76,4; donne: 82,4), con un trend in crescita che nel 2010 a San Marino ha portato la speranza di vita alla nascita a 80,9 anni per gli uomini e 86,0 per le donne.

L’indice di vecchiaia<sup>3</sup>, pari a 112, è relativamente basso rispetto ai territori limitrofi (Provincia di Rimini pari a 148,5, Regione Emilia Romagna pari a 170, Italia pari a 143). Ciò sta ad indicare che per ogni 100 individui tra 0 e 14 anni ci sono 112 ultra-sessantacinquenni, di questi due su

---

<sup>1</sup> Il saldo naturale è dato dalla differenza tra nati e morti

<sup>2</sup> Il saldo migratorio è dato dalla differenza fra immigrati ed emigrati

<sup>3</sup> Indice di vecchiaia : rapporto tra popolazione da 65 anni e oltre e popolazione da 0 a 14 anni \*100

tre sono donne. Dal 2004 il trend di questo indicatore è comunque in crescita (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<sup>4</sup> della popolazione attiva, 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 126,7 del 2010, in linea con quanto avviene nei territori limitrofi (provincia di Rimini, regione Emilia Romagna).

I giovani (0-14 anni) rappresentano il 15,5% contro il 13,8% della Provincia di Rimini e il 13,2% dell'Italia, mentre la fascia da 65 anni in su è pari al 17%, contro il 20,3% italiano e il 22,2% dell'Emilia Romagna. Le persone che hanno da 80 anni in su rappresentano oggi il 5% della popolazione residente. In calo la componente tra i 15 e i 39 anni (29,5%).

L'età media è pari a 41,7 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 (oltre 44,4) e dell'Italia (42,8).

Nel 2010 i nuclei familiari sono 13.761, con un trend di crescita rispetto agli anni precedenti ed un numero medio di componenti pari a 2,3.

I quozienti di nuzialità<sup>5</sup> si mantengono stabili (circa 7 per mille negli ultimi 10 anni), prevale il matrimonio con rito civile e spesso si tratta di matrimoni misti prevalentemente tra sammarinesi e italiani.

Il quoziente di natalità<sup>6</sup>, aumentato nella seconda metà degli anni '90 (1996-2000), è leggermente diminuito nei periodi successivi, raggiungendo nel 2010 il valore 10,21 per mille abitanti, inferiore a quello europeo (10,83) ma più alto rispetto all'Italia (9,2). Si rileva che a San Marino vi sia un alto tasso di natalità nonostante una maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro (tasso di occupazione interno<sup>7</sup> nel 2010 pari a 67,32). A San Marino il numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni) è pari a 1,57, contro l'1,46 della Regione Emilia Romagna e l'1,40 dell'Italia. I quozienti di fecondità specifici<sup>8</sup> sono più elevati per le donne tra i 30 e i 34 anni e, nel complesso<sup>9</sup>, nel 2010 il 43,44% delle donne in età feconda (15-49 anni) ha avuto un figlio (nella provincia di Rimini, tale quoziente è circa

---

<sup>4</sup> Indice di struttura della popolazione attiva: rapporto tra popolazione tra 40 e 64 anni e popolazione tra 15 e 39 anni \*100

<sup>5</sup> Quoziente di nuzialità: rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1000).

<sup>6</sup> Quoziente di Natalità: rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1000).

<sup>7</sup> Tasso di occupazione interno: rapporto tra il numero degli occupati e la popolazione presente in età lavorativa (16/64 anni).

<sup>8</sup> Quozienti di fecondità: si ottengono rapportando i nati vivi da donne in una certa età al complesso delle donne di quella età

<sup>9</sup> Tasso generico di fecondità è il rapporto tra nati vivi e le donne tra i 15 e i 49 anni \*1000

pari al 42%). Nel 2010 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 mortalità<sup>10</sup> sono stabili da 15 anni, attestandosi al 7 per mille abitanti contro il 10,9 per mille in Emilia Romagna e il 9,7 per mille in Italia. Anche i quozienti di natimortalità<sup>11</sup>, mortalità infantile<sup>12</sup>, mortalità perinatale<sup>13</sup> degli ultimi quinquenni<sup>14</sup> sono bassi, attestandosi nell'ultimo quinquennio rispettivamente a 0,63, 1,26, 1,26.

Le principali cause di morte sono risultate mediamente, nell'ultimo quinquennio 2006-2010, le malattie cardiovascolari (49,5%), i tumori maligni (32,4%) ed i traumatismi e avvelenamenti (2,4%).

Sulla base dei dati sopra esposti si evidenzia che la popolazione sammarinese, nonostante un'elevata speranza di vita alla nascita, è ancora abbastanza equilibrata tra le varie fasce d'età. Il saldo naturale e quello migratorio, negli ultimi 7 anni sempre positivi, hanno portato ad un incremento della popolazione.

Dal 2008 la crisi economica globale ha contribuito a modificare alcuni comportamenti demografici e sociali anche nella Repubblica di San Marino. Infatti il saldo migratorio negli ultimi 3 anni ha fatto segnare una significativa diminuzione (nell'ultimo anno si è quasi dimezzato rispetto l'anno precedente). Da sottolineare come questo sia un dato in controtendenza rispetto ai territori italiani, dove invece l'immigrazione anche da paesi esteri è una componente molto rilevante da oltre un ventennio. Anche il saldo naturale, da sempre positivo nella nostra realtà, tende a diminuire nel tempo<sup>15</sup>.

Tutti questi fenomeni possono portare alle seguenti conseguenze: diminuzione della popolazione in età riproduttiva e lavorativa<sup>16</sup>, tendenza alla crescita della componente più anziana, progressiva riduzione delle nascite.

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 salute<sup>17</sup>

---

<sup>10</sup> Il quoziente di mortalità è il rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente (per 1000)

<sup>11</sup> Il quoziente di natimortalità è rapporto tra il numero di nati morti e il numero complessivo di nati (per 1000)

<sup>12</sup> 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)

<sup>13</sup> 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)

<sup>14</sup> 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

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> A San Marino la ricerca di mano d'opera è stata sopperita nel tempo dai "lavoratori frontalieri".

per ridurre l'impatto economico e sociale che può derivare da una popolazione anziana che presenti patologie 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% nel 2009, in linea con gli anni precedenti. In riferimento all'attività della UOC di Geriatria, risulta che nel 2010 ci sono stati 283 ricoveri ordinari e 73 Day Hospital. Nel 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, con un incremento di dieci posti disponibili.
- In riferimento all'infanzia, nell'ambito della prevenzione, la copertura delle vaccinazioni obbligatorie è superiore al 97%. Per quanto riguarda l'utilizzo dei Servizi pediatrici risulta che nel 2010 i ricoveri ordinari sono stati 457 e i Day Hospital 56, mentre sono state effettuate circa 20.000 visite ambulatoriali, fra cui 14.799 visite per acuti, 3.742 bilanci di salute (0-5 anni) e 869 visite per medicina scolastica (6-13 anni).

---

<sup>17</sup> 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%.
- 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.

- Dal 2009 l'Authority 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). I risultati di tali indagini verranno riportati per esteso nel profilo di comunità.
- In riferimento alle persone con disabilità, alla fine del 2010 risultano titolari di assegno di accompagnamento 407 persone (96 M e 311 F). Gli utenti del Servizio Minori, nel 2009, risultano essere 68 (20 in carico al Colore del Grano, 20 presso l'Atelier). 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.
- Sono stati attivati e potenziati i servizi che si occupano della salute della donna (istituzione del Centro salute della Donna, ristrutturazione della UOC ginecologia ed ostetricia). L'utilizzo dei servizi da parte delle donne può essere così riassunto:
  - alta copertura degli screening per il tumore della mammella e della cervice uterina.
  - Il Centro salute donna nel 2010 ha effettuato circa 3.000 visite ambulatoriali.
  - Per quanto riguarda l'attività della UOC di Ostetricia e Ginecologia, emerge che, nel 2010, i ricoveri ordinari sono stati 593, mentre i Day Hospital 548. I parti sono stati 334. Il 33% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, in linea con gli anni precedenti.

Viene inoltre tenuto monitorato il fenomeno della violenza sulle donne attraverso l'attività dell'Authority per le pari opportunità. Nel periodo 2008-2009 sono stati registrati 47 casi di abusi sulle donne (17 i casi nei quali sono state coinvolte minorenni). Nella maggior parte dei casi si tratta di violenze fisiche (37,5%) e psicologiche (36,1%), mentre le violenze sessuali rappresentano il 2%. Nel 42,6% dei casi a usare violenza sulla donna è il coniuge, nel 17% l'ex compagno.

- Nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze patologiche, va sottolineato che, nel 2010, il Servizio di Salute Mentale ha effettuato oltre 5 mila visite psichiatriche (dato in crescita rispetto al 2003 quando erano circa 4000). 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% nella 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 DEI RISULTATI RAGGIUNTI NEL PASSATO TRIENNIO**

Le logiche e gli indirizzi del precedente Piano 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***

Il Dipartimento di Prevenzione, nello scorso triennio, ha ottenuto la certificazione ISO 9000. Tale riconoscimento pone le basi per l'effettiva attivazione di un sistema di gestione basato sul miglioramento continuo della qualità.

Inoltre 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 non solo di dare risposte efficaci per limitare o eliminare dall'ambiente inquinanti dannosi per la salute, ma anche 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 2009 il numero degli infortuni sul lavoro è stato pari a 698, in calo rispetto agli anni immediatamente precedenti (807 nel 2008, 764 nel 2007, 870 nel 2006).
- \_ Il rapporto del numero degli infortuni su ogni 100 addetti è risultato pari a 3,2 e denota un progressivo trend in diminuzione dagli anni '90.
- \_ Nel 2009 il 72% degli infortuni hanno avuto "prime prognosi" inferiori ai 10 giorni di degenza.
- \_ I settori economici più colpiti sono la pubblica amministrazione, il comparto edile e il settore industriale.

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

- \_ Le segnalazioni di stati morbosi collegati al lavoro sono diminuiti (da 63 casi del 2006 si è passati a 11 casi nel 2008).
- \_ Le malattie più frequentemente denunciate sono, in ordine di frequenza, la sindrome del tunnel carpale, l'ipoacusia, la dermatite irritativa da contatto, la discopatia lombare e ernia discale e la periartrite scapolo-omerale (dati 2008).
- \_ Nel periodo 2007-2008, solo il 58% dei 24 lavoratori che hanno presentato denuncia di malattia professionale ha ottenuto il riconoscimento.

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

Per quanto riguarda gli incidenti stradali il numero di infortunati, rilevati presso il posto di Polizia Civile presso il Pronto Soccorso, nel quinquennio è stato di 3870 unità.

Per ciò che concerne la prevenzione degli incidenti stradali, l'Authority, in collaborazione con l'Ufficio di Statistica, le forze di polizia e l'ISS, dal 2010 ha creato un datawarehouse contenente tutte le informazioni relative agli incidenti rilevati ed al numero degli infortunati, che consentirà, in futuro, di individuare le strade più a rischio e di valutare, nel dettaglio, le conseguenze sanitarie e sociali per gli infortunati.

E' necessario implementare un sistema di monitoraggio sugli incidenti domestici, attualmente rilevati dal Pronto Soccorso. Nel quinquennio 2005/2009 sono stati rilevati 3334 casi.

In ambito di sicurezza alimentare e veterinaria dovranno consolidarsi i buoni risultati raggiunti nel triennio passato (solo 2 casi di intossicazione), cercando di ampliare l'offerta dei corsi di formazione in questo ambito.

Per le malattie trasmissibili da animali e vettori, 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**

Nel corso del triennio sono state effettuate indagini ad hoc per indagare gli stili di vita dei bambini e degli adolescenti (Okkio alla salute, HBSC e GYTS).

Dall'analisi dei dati disponibili, risulta ancora preoccupante il fenomeno dell'obesità, in particolare nell'età pediatrica, che necessita di interventi integrati a più livelli.

Dovranno essere sviluppate azioni multidisciplinari per contrastare stili di vita correlati ad un aumento di morbosità e mortalità, quali ad esempio 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.

## 2) Prevenzione secondaria

Nel corso del precedente triennio 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 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%). Sempre nel 2009 sono stati eseguiti inoltre 1165 HPV test.
  - Nel 2008 sono state riscontrate 44 lesioni (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.
- **Screening del tumore della mammella**
  - Fascia d'età donne 35-75 anni (35-70: 1 volta/aa; 71-75: 2 volte/aa).
  - Adesione annuale di circa l'85% della popolazione target.
  - Nel 2009 sono state eseguite 5.196 mammografie e 1559 ecografie, con un numero di 38 neoplasie diagnosticate.
- **Screening del tumore del colon-retto**
  - Fascia d'età 50-75 anni (inizio screening: anno 2009).
  - Adesione febbraio-dicembre 2009 di 5.620 su 8.000 inviti (circa 70%).
  - Sono risultati positivi al sangue occulto delle feci (SOF) 314 persone (circa 5,7% degli aderenti).
  - Al secondo livello (colonscopia) hanno partecipato 262 soggetti risultati positivi al SOF; a questi sono state diagnosticate 110 lesioni polipoidi e 18 neoplasie.

Per il prossimo triennio si dovranno attuare strategie informative ed educative per mantenere e/o migliorare i livelli di adesione.

Si ritiene necessario inoltre 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 del tumore della prostata o del tumore del polmone).

## 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 nel passato triennio 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, anche in collaborazione con l'Authority per le pari opportunità e le autorità giudiziarie.

Il "Percorso nascita", già attivato nel triennio precedente, dovrà entrare 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 ritiene sia possibile 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 Autorità giudiziarie, Servizio Minori e gli altri Servizi Sanitari per l'età pediatrica.

#### ➤ ***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 è stato un importante passo avanti, anche se dovranno essere meglio strutturate le attività e le azioni da intraprendere in una logica multidisciplinare.

#### ➤ ***Disabilità***

Nel triennio passato 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.

#### ➤ ***Anziani***

Come emerge dal Profilo di salute, il problema degli anziani è estremamente rilevante per San Marino. Nel triennio passato 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, ricorrendo anche a ricoveri di sollievo.

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

Nel triennio passato 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 nel 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***

Nel triennio trascorso si è cercato di lavorare su due fronti paralleli: la riduzione dei fattori di rischio legati a tali patologie e il miglioramento dell'assistenza sanitaria e riabilitativa in ambito cardiovascolare.

E' stata creato un sistema di valutazione del rischio cardiovascolare per ora attivato 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. Nel triennio precedente si è lavorato per definire un percorso assistenziale condiviso da tutti i soggetti e le istituzioni coinvolte.

Nel triennio futuro sarà necessario rendere operativo e funzionante al meglio tale percorso, soprattutto per garantire la continuità terapeutica nel passaggio dalla fase ospedaliera alla fase territoriale/domiciliare.

### ➤ **Diabete**

Nel triennio precedente, con il supporto dell'Authority, 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 consolidate nel prossimo triennio.

### ➤ **Neoplasie**

Nel triennio trascorso è stato istituito il Registro Tumori, passo fondamentale per ottenere informazioni accurate inerenti l'incidenza di tali patologie nella popolazione sammarinese.

In ambito di prevenzione primaria (fattori di rischio) e secondaria (screening) si è già accennato nelle sezioni precedenti.

Riguardo l'assistenza 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 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.

### ➤ **Malattie neurologiche**

Nel passato triennio è stata istituita l'unità Organizzativa di Neurologia nell'ambito dell'area medica. Si rende ora necessario riorganizzare gli spazi dedicati (ristrutturazione dell'ex servizio neuro-psichiatrico).

Gli ambiti di maggiore criticità sono i seguenti:

- 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 nel triennio passato 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). 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. 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*

Nel passato triennio si sono 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).

### ➤ *L'accesso e le liste d'attesa*

Nel triennio trascorso si è operato per garantire massima trasparenza nei criteri di gestione delle liste d'attesa. L'ISS ha garantito 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*

Nel triennio passato 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***

Nel triennio passato si è cercato di dare centralità alle **cure primarie** nel contesto del sistema, secondo quanto previsto dagli indirizzi programmatici.

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

- Serravalle: 7 medici; 9.911 assistiti;
- Borgo Maggiore : 6 medici; 9.414 assistiti;
- Murata: 6 medici; 8.953 assistiti<sup>18</sup>.

La media utenti per medico è di circa 1500 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"<sup>19</sup>. 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 2009 gli accessi primari al pronto soccorso sono stati 13.807, di cui 8.456 per patologia non traumatica. Se si considera l'urgenza del trattamento, le urgenze minori (codici verdi) rappresentano l'88% (in Emilia Romagna è pari al 75%) mentre le urgenze e le emergenze rappresentano rispettivamente il 3,5 (codici gialli) e lo 0,25 (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 2009 sono stati effettuati 2.573 interventi e trasporti in ambulanza.

---

<sup>18</sup> Dati rilevati il 28 febbraio 2011

<sup>19</sup> 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.

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 ciò che riguarda l'utilizzo dell'ospedale, si può rilevare che il tasso di occupazione di posti letto, in alcune aree, si sia avvicinato a quanto auspicato dal Piano precedente.

Infatti, si evidenzia che, per specialità chirurgiche, si è passati dal 52% del 2007 al 68% del 2009 (valore standard del Piano: 75%); mentre per le specialità mediche si registra sempre un alto tasso di occupazione posti letto (Medicina Interna: dal 77% del 2007 al 79% del 2009, Geriatria: 93% nel 2009) a fronte di uno standard dell'85%.

Per il prossimo triennio sarà necessario sviluppare ulteriormente i percorsi clinico assistenziali, con particolare riguardo alla rete dell'emergenza-urgenza (inclusa la rianimazione pediatrica), a 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.

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**

Nel passato triennio sono state avviate importanti iniziative per introdurre nuovi approcci nell'assistenza socio-sanitaria quali l'utilizzo di linee guida, la formulazione ed 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**

Nel passato triennio, in ottemperanza al Decreto 70/05, l'ISS ha avviato il percorso di autorizzazione delle strutture pubbliche di propria gestione.

In relazione all'accreditamento del pubblico è stato avviato il percorso di accreditamento provvisorio dell'Ospedale di Stato e dei Servizi territoriali. Per quanto riguarda l'accreditamento provvisorio dei servizi privati ritenuti essenziali per la programmazione, allo stato attuale è stata data rilevanza alle strutture socio-sanitarie (RSA e Gruppi appartamento).

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**

Nello scorso triennio sono state poste le basi legislative necessarie a definire strumenti e regole per favorire la ricerca e la sperimentazione clinica nel territorio sammarinese (Comitato di Bioetica ed Etico, Recepimento Direttive europee). In tale ambito, in linea con quanto avvenuto nel triennio passato, sarà necessario implementare nuovi progetti all'interno dell'ISS, anche in collaborazione con Centri di ricerca italiani ed 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.

➤ **Sistema Informativo**

Nel precedente triennio, 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 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***

Nel passato triennio 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, declinata anche 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***

Nel passato triennio è 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

E' necessario ricordare come l'aumento della spesa sanitaria costituisca 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 2011, suddivise per Dipartimenti ed Aree come da tabella seguente.

	<b>Preventivo 2011</b>	<b>% su tot</b>
Dipartimento Prevenzione	€3.013.500,00	3,36%
Dipartimento Socio-Sanitario	€21.144.000,00	23,60%
Dipartimento Ospedaliero	€41.929.000,00	46,80%
UOC Farmaceutica	€9.814.000,00	10,95%
UOC Medicina Fiscale e Mobilità Passiva	€12.540.500,00	14,00%
Movimenti generali ass. sanitaria	€1.155.000,00	1,29%
<b>Totale</b>	<b>€89.596.000,00</b>	<b>100,00%</b>

Il trasferimento dal Bilancio dello Stato per il finanziamento dell'Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria è rimasto invariato rispetto all'esercizio precedente ed è previsto per il 2011 per un ammontare pari a 66.800.000,00 €

Inoltre, nel rispetto del principio di solidarietà introdotto con l'articolo 3 della Legge 28 dicembre 1990 n. 156 "Fondo di solidarietà per prestazioni socio assistenziali", nell'anno 2011 il 5% del saldo della Cassa di Compensazione Prestazioni Economiche Temporanee viene destinato al finanziamento dell'attività assistenziale sanitaria e socio sanitaria. Tale intervento, introdotto con la Legge di Bilancio del 2010, appare un interessante intervento di solidarietà tra il mondo previdenziale ed il settore assistenziale pubblico.

### ➤ **Sistema di budget**

Nel passato triennio si è consolidato 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**

Nel passato triennio 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.

#### ➤ **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 sarà necessario superare la logica del mansionario e prevedere 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**

Molteplici sono state le iniziative di formazione continua sviluppate nel passato triennio, contestualizzate all'interno di definiti Piani annuali per la formazione.

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).

## **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.

Nel prossimo triennio tale progetto dovrà essere maggiormente strutturato ed esteso a quegli ambiti considerati strategici per un corretto ed appropriato utilizzo dei farmaci.

➤ ***L'ospedale senza dolore***

Un secondo progetto trasversale a tutti i Servizi è stato quello inerente la riduzione del dolore legato all'assistenza sanitaria.

L'attivazione del Servizio di Terapia antalgica 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***

Nel passato triennio, 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 in funzione della collaborazione fra il Centro trasfusionale dell'ISS ed i Centri trasfusionali italiani). Nel prossimo triennio sarà necessario adeguarsi alle direttive europee in materia e definire accordi di collaborazione con l'Italia in materia di donazione e scambio di sangue ed emoderivati.

Nel triennio futuro andrà verificata l'opportunità di sviluppare altri progetti speciali che possano coinvolgere in modo trasversale i servizi dell'ISS per gli ambiti considerati strategici per l'intero sistema.

## **C) PRINCIPI GENERALI DI INDIRIZZO**

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. 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.

### **2 MIGLIORARE L'INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SOCIALI E SANITARI E TRA DIVERSI LIVELLI DEL SETTORE SANITARIO**

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

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

Le aree dove il problema si presenta con maggiore evidenza sono l'ambito dei servizi sanitari ospedalieri con quelli territoriali (inclusando i medici di medicina generale e i pediatri di

famiglia), l'ambito dei servizi sanitari con quelli sociali per la popolazione anziana, per la fascia di bambini/adolescenti fragili e dei disabili, l'ambito della presa in carico complessiva di persone affette da patologie gravi che necessitano di numerosi livelli e settori di intervento come, ad esempio, 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.

### **3. 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).

#### **4. 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.

#### **5. VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE**

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

del cambiamento organizzativo, assume un valore determinante per diffondere la cultura della tutela della salute e per garantire un'offerta di servizi sanitari efficaci e appropriati.

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

## **D) INDICAZIONI RELATIVE ALLA NUOVA STRUTTURA DEL PIANO SOCIO-SANITARIO 2011-13**

In riferimento ai principi generali di indirizzo 2011-13 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 2011-13**

#### ***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 ACCORDI DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO CON L'ITALIA E L'UNIONE EUROPEA IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO**

**1.1.3 DOCUMENTI DI INDIRIZZO DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' E DI ALTRI ORGANISMI INTERNAZIONALI**

#### ***1.2 ELEMENTI CHIAVE DEL PROFILO DI COMUNITA' DELLA POPOLAZIONE DI SAN MARINO***

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

### **2 OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE**

#### ***2.1 PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE***

##### **2.1.1 PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI**

- a) **Promozione di una corretta alimentazione e di una regolare attività fisica per contrastare l'obesità**

- b) Lotta all'abuso di alcool
- c) Prevenzione dell'abitudine al fumo
- d) Contrasto alle dipendenze da sostanze stupefacenti
- e) Promozione di comportamenti sessuali responsabili per ridurre le patologie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'HIV

#### **2.1.2 AMBIENTE DI VITA SANO**

- a) Adattamento ai cambiamenti climatici
- b) Riduzione dell'inquinamento atmosferico
- c) Qualità dell'acqua e degli alimenti
- d) Smaltimento rifiuti e amianto
- e) Riduzione dei campi elettromagnetici
- f) Sicurezza sul lavoro
- g) Sicurezza stradale
- h) Sicurezza domestica

## **2.2 INDIRIZZI SPECIFICI PER FASCE DI POPOLAZIONE**

### **2.2.1 NEONATI E BAMBINI**

### **2.2.2 ADOLESCENTI E GIOVANI**

### **2.2.3 SALUTE MATERNA**

### **2.2.4 ADULTI E LAVORATORI**

### **2.2.5 ANZIANI**

### **2.2.6 PERSONE CON DISABILITA'**

## **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**

## **3 INDIRIZZI SPECIFICI PER I SERVIZI OFFERTI AI CITTADINI**

### **3.1 ASSISTENZA OSPEDALIERA**

#### **3.1.1 INDIRIZZI DI ATTIVITA' E SVILUPPO**

#### **3.1.2 INDIRIZZI SPECIFICI PER CIASCUNA AREA**

**Dipartimento Ospedaliero**

- a) Area Medico - riabilitativa**
- b) Area Diagnostico - interventistica**

### **3.2 SERVIZI TERRITORIALI**

#### **3.2.1 INDIRIZZI DI ATTIVITA' E SVILUPPO**

#### **3.2.2 INDIRIZZI SPECIFICI PER CIASCUNA AREA**

**Dipartimento Socio-sanitario**

- a) Cure primarie e Salute Territoriale**
- b) Servizio minori**
- c) Servizio di salute mentale e tossicodipendenze**
- d) Servizio anziani**
- e) Servizio territoriale domiciliare**
- f) Disabilità e Assistenza Residenziale**

### **3.3 SANITA' PUBBLICA**

#### **3.3.1 INDIRIZZI DI ATTIVITA' E SVILUPPO**

#### **3.3.2 INDIRIZZI SPECIFICI PER CIASCUNA AREA**

**Dipartimento Prevenzione**

- a) Sanità Pubblica (Laboratori, Sanità Veterinaria e Igiene Alimentare, Tutela ambientale)**
- b) Sicurezza sul Lavoro (Medicina e Igiene del Lavoro, Sicurezza antinfortunistica nei luoghi di lavoro)**

## **4 INDIRIZZI ORGANIZZATIVI E STRUMENTI GESTIONALI**

### **4.1 QUALITA', INNOVAZIONE E GESTIONE**

- 4.1.1 AUTORIZZAZIONE, ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE E GOVERNO CLINICO**
- 4.1.2 GESTIONE DELLA SICUREZZA DI PAZIENTI E OPERATORI**
- 4.1.3 RICERCA, SPERIMENTAZIONE CLINICA E COMITATO ETICO**
- 4.1.4 SEMPLIFICAZIONE DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO E FORMULAZIONE DEL PIANO DI SVILUPPO STRUTTURALE DEI SERVIZI**
- 4.1.5 APPLICAZIONE DI STRUMENTI DI MANAGEMENT PER LA GESTIONE DEI SERVIZI (SISTEMA DI BUDGET, BALANCE SCORE CARD, MANAGEMENT BY OBJECTIVE, ECC.)**
- 4.1.6 INFORMATIZZAZIONE E SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E SOCIOSANITARIO**

### **4.2 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA**

- 4.2.1 SVILUPPO E APPLICAZIONE DI PERCORSI ASSISTENZIALI**
- 4.2.2 CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
- 4.2.3 SEMPLIFICAZIONE COMPLESSIVA DEI PERCORSI DEGLI UTENTI**
- 4.2.4 CREAZIONE DI RETI INTEGRATE**

### **4.3 PARTECIPAZIONE**

- 4.3.1 IL RUOLO PROATTIVO DEL PERSONALE SANITARIO E SOCIO-SANITARIO**
- 4.3.2 IL COINVOLGIMENTO DIRETTO DEI CITTADINI**
- 4.3.3 IL SUPPORTO DI ALTRI SETTORI DELLA SOCIETA'**
- 4.3.4 LA COOPERAZIONE SANITARIA INTERNAZIONALE**

### **4.4 LE RETI ESTERNE**

- 4.4.1 L'ACCORDO DI COOPERAZIONE CON L'ITALIA IN AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO**
- 4.4.2 GLI ACCORDI DI COLLABORAZIONE CON LE REGIONI ITALIANE**

## **5 RISORSE E SOSTENIBILITA'**

**5.1 FINANZIAMENTO GENERALE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI**

**5.2 CRITERI ALLOCATIVI DELLE RISORSE TRA I DIVERSI SERVIZI/AREE**

**5.3 POLITICHE DEL PERSONALE E VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITA'**

**5.4 PIANO DEGLI INVESTIMENTI**

## **6 GRUPPI DI LAVORO MULTIDISCIPLINARI E PROGETTI SPECIALI**

## **7 IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO**