



SEGRETERIA DI STATO PER LA SANITÀ E LA SICUREZZA SOCIALE

INDIRIZZI GENERALI PER IL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO 2021-2023

PREMESSA

- A) ELEMENTI CHIAVE DEL PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE DI SAN MARINO
- B) ANALISI DEL RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DEL PIANO 2015-2017 E DELLE LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI ANNUALI DELL'ISS
- C) PRINCIPI GENERALI DI INDIRIZZO 2021-2023

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 2021-2023, secondo quanto previsto dall'articolo n. 4 della Legge 30 novembre 2004 n.165. 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, sanitaria 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. 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 in base ai dati pubblicati negli anni dall'Ufficio Informatica, Tecnologia, Dati e Statistica.

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 Sanitario e Socio-Sanitario per il triennio 2021-2023 dovrà basarsi sulla valutazione dei risultati conseguiti negli anni passati, in una logica di continuità. Sono pertanto valutati i punti di forza e i 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.

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 Sanitario e 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 quindi di seguito riportati i dati riassuntivi più significativi per inquadrare lo stato di salute della popolazione di San Marino.

Al 31 dicembre 2020 la "popolazione presente" (residenti + soggiornanti) nella Repubblica di San Marino era pari a 34.805 abitanti, di cui 17.823 femmine e 16.982 maschi). La popolazione

"residente" rappresenta il 97% della presente (33.627 unità - 50.7% femmine e 49.3% maschi), mentre il restante 3% è costituito dalla popolazione "soggiornante" (1.178 unità - 66.5% femmine e 33.5% maschi). La densità abitativa è elevata, pari a 549,5 abitanti per Km², mentre in Italia, al 31 dicembre 2020, è intorno ai 200,2 abitanti per Km². Qui di seguito alcuni dati sull'andamento demografico.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>Popolazione residente</i>	32.193	32.471	32.572	32.789	33.005	33.196	33.328	33.419	33.574	33.627
<i>Popolazione soggiornante</i>	1.183	1.091	968	949	1.001	1.071	1.125	1.171	1.161	1.178
<i>Popolazione presente</i>	33.376	33.562	33.540	33.738	34.006	34.267	34.453	34.590	34.735	34.805
<i>Nati vivi</i>	325	292	320	296	269	262	228	235	232	224
<i>Quoziente di natalità</i>	10,1	9,0	9,8	9,0	8,2	7,9	6,8	7,0	6,9	6,7
<i>Decessi</i>	222	237	247	252	235	253	278	244	251	343
<i>Quoziente di mortalità</i>	6,9	7,3	7,6	7,7	7,1	7,6	8,3	7,3	7,5	10,2
<i>Saldo naturale</i>	103	55	73	44	34	9	-50	-9	-19	-119

Negli ultimi 10 anni (2011- 2020) vi è stato un costante aumento della popolazione residente grazie alla continua positività del saldo migratorio perché il saldo naturale (differenza tra nascite e decessi) è in diminuzione dal 2017.

A fine anno 2020 la componente straniera residente in Repubblica si attesta a 5.495 unità (16,3% della popolazione residente complessiva rispetto al 14,9 del 2014), ed è costituita soprattutto da italiani, rumeni e argentini. Tra i soggiornanti gli italiani rappresentano la percentuale più alta, pari al 44,4%, seguiti da un consistente numero di cittadini/ne ucraini/e (26,9%) e rumeni/ne (8,7%); due terzi dei soggiornanti sono donne presenti sul territorio sammarinese principalmente per motivi di lavoro.

La speranza di vita, indicatore che misura lo stato di salute ed è inversamente correlato alla mortalità di una popolazione, rappresentare un indice demografico utile per valutare lo stato di sviluppo di un paese. La speranza di vita alla nascita della popolazione sammarinese risulta essere, dato 2020, pari a 83,0 anni per gli uomini e 86,8 per le donne. Questi dati sono in leggerissima contrazione rispetto al 2019 quando i valori erano rispettivamente di 83,2 e 86,9; in Italia la speranza di vita 2019 è, rispettivamente di 81,0 e 85,3, mentre la media nei paesi dell'OCSE (Organizzazione per la Collaborazione e lo Sviluppo Economico) è di 78,1 e 83,4.

Dai confronti con l'Italia e l'OSCE la speranza di vita alla nascita della popolazione sammarinese risulta quindi superiore e continua ad essere tra le più elevate al mondo.

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.

Questa differenza, infatti, era 6,36 anni nel 2001, 4,66 nel 2013 e si è ridotta a 3,7 nel 2019 per poi risalire leggermente a 3,8 nel 2020.

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani da 65 anni in poi. 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 13,5% (erano il 15,3% nel 2013) rispetto al 13,0% dell'Italia e il 12,9% dell'Emilia-Romagna, mentre la fascia da 65 anni in su è pari al 20,6 (era il 18% nel 2013), contro il 23,1 % italiano. Le persone che hanno più di 79 anni rappresentano oggi il 10% della popolazione residente (nel 2013 erano 5,5%). In ulteriore calo la componente tra i 15 e i 39 anni a 25,5 (era il 27,8%).

L'età media della popolazione presente è in continua crescita dal 2011 arrivando agli attuali 44,5 con un incremento medio nel periodo di 0,27 anni e un picco di crescita tra il 2018 e il 2019.



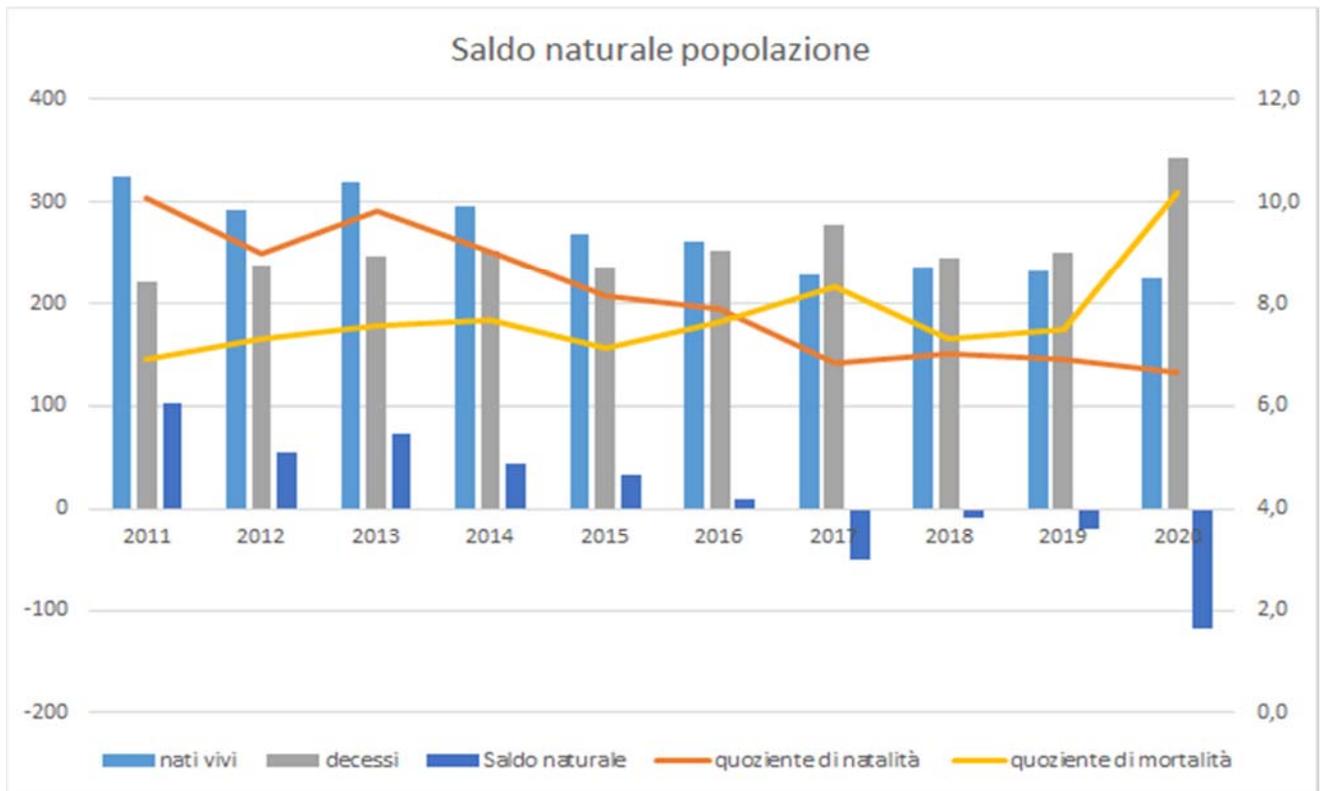
A fine 2020 i nuclei familiari sono 14.510, con un andamento in continua crescita rispetto ai 14.321 del 2018 e 14.417 del 2019, mentre il numero medio di componenti di 2,32 è sostanzialmente stabile nel triennio 2018-2020.

Al 31/12/2020 l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra la popolazione con oltre 65 anni e quella sotto i 14 anni è pari 151,9 con un notevole incremento rispetto al 119,9 del 2014 e al 112 del 2010. Ciò sta ad indicare che per ogni 100 individui tra 0 e 14 anni a San Marino ci sono quasi 152 ultra-sessantacinquenni, in prevalenza donne.

Un altro indicatore interessante ai fini dell'analisi demografica, ma anche economica e sociale, è l'indice di struttura 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 138,8 del 2013, fino a 158,7 al 31/12/2020. Ciò sta ad indicare che la popolazione in età lavorativa è costituita maggiormente dai 40-64enni, mostrando quindi un evidente processo di invecchiamento. Il quoziente di natalità, aumentato nella seconda metà degli anni '90 (1996-2000), è progressivamente diminuito nei periodi successivi, in particolare nell'ultimo quadriennio si è assestato costantemente intorno al 7 per mille abitanti (era 9,02 nel 2012 e 9,88 nel 2013).

Nella Repubblica di San Marino i quozienti di mortalità sono stati stabili per 9 anni tra il 6,9 e 8,3 ma hanno subito un notevole incremento a 10,2 nel 2020 mentre il quoziente di natalità è in

diminuzione è stabile intorno a 7 dal 2017. Questo comporta che il saldo naturale è negativo dal 2017. I dati sono riepilogati nella seguente tabella e nel relativo grafico (sull'asse secondario sono riportati i due quozienti)



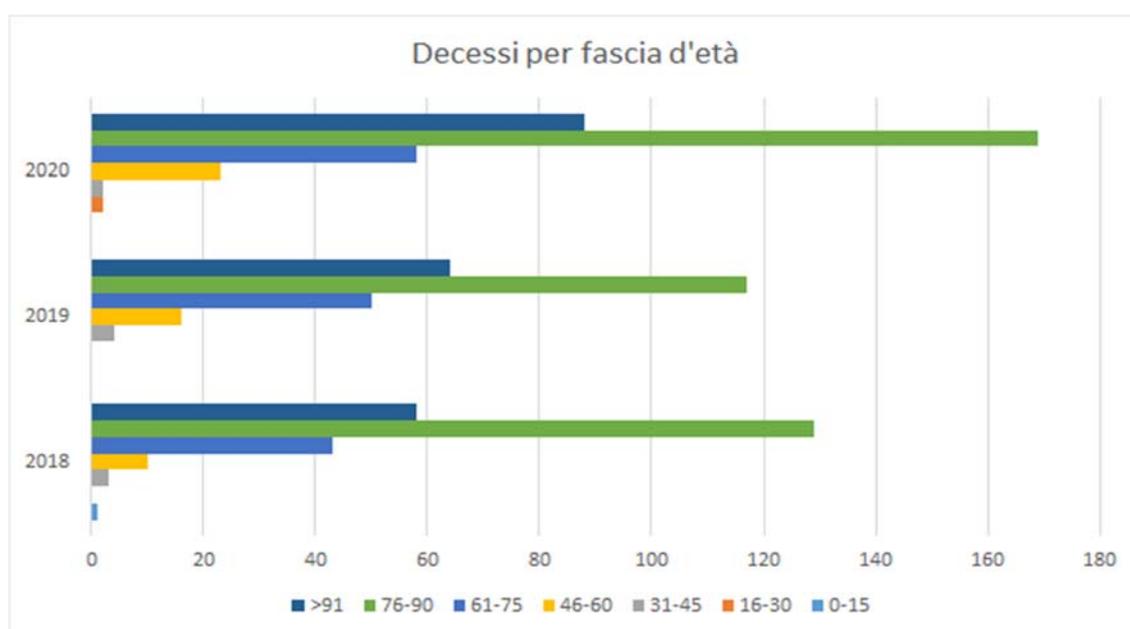
Nel 2020 il primo figlio è nato nel 75% dei casi da madri tra i 26 e i 35 anni, il secondo figlio da madri tra i 31 e i 40 anni (71% dei casi) mentre le madri tra 31 e 35 anni hanno generato circa un terzo (32%) dei nuovi nati del 2020. Da segnalare la diminuzione dei parti cesarei che è passata dai 115 del 2011 ai 39 del 2020 dimezzando la percentuale sul totale dei parti registrati che è passata dal 35% al 17%.

Dopo una revisione delle codifiche delle cause di morte da parte dell'Authority sanitaria e personale dell'ISS, negli ultimi due trienni 2014-2017 e 2018-2020 si è osservata un'inversione di tendenza per cui non sono più i tumori la prima causa di morte come nel triennio 2011-2013 ma le "malattie cardiovascolari" mentre i tumori sono la seconda causa. Nella prossima tabella sono riportati i dati relativi alle 4 malattie non trasmissibili secondo la definizione dell'OMS (noncommunicable diseases NCDs) riguardanti il sistema cardiocircolatorio, i tumori, e le morti per COVID-19 nel 2020. Nella tabella qui di seguito sono riepilogati i principali dati sulle cause di morte dal 2015 al 2020.

Decessi per causa di morte	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sistema cardio-circolatorio	71	82	94	83	84	103
Tumori	70	73	75	82	82	85
Sistema respiratorio	26	26	25	25	30	32
Sistema nervoso	17	19	27	17	15	13
Altre cause di morte	51	53	57	37	40	51
COVID-19	0	0	0	0	0	59
Totale decessi	235	253	278	244	251	343
% decessi relativi ai NCDs	78%	79%	79%	85%	84%	68%

Questi dati evidenziano sia l'eccezionalità del 2020 in termini di morti totali con un +36% rispetto alla media del quinquennio 2015-2019 di 252,2 decessi sia l'aumento costante dei decessi legati a patologie del sistema cardio-circolatorio che oggi risultano essere la prima causa di morte nella nostra Repubblica.

Analizzando nello specifico le morti per fascia d'età si evidenzia come già a partire dal range 46-60 anni l'aumento di decessi sia statisticamente significativo.



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 (che devono essere ulteriormente implementati e aggiornati) e da indagini ad hoc.

B) ANALISI DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO 2015-2017 E DELLE LINEE DI INDIRIZZO AZIENDALI ANNUALI DELL'ISS

Le logiche e gli indirizzi del precedente Piano Sanitario e Socio-Sanitario (PSSS) saranno tenuti in considerazione al fine di garantire continuità e linearità nei processi di cambiamento e di miglioramento aziendali.

Di seguito si riportano indirizzi e risultati del precedente PSSS ai quali verranno collegati obiettivi ed indirizzi per il prossimo Piano triennale.

1. PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Fin dalla sua istituzione il Dipartimento di Prevenzione ha contribuito alle funzioni di prevenzione collettiva e di sanità pubblica svolgendo attività di tutela della collettività dai rischi negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti degli inquinanti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria; tutela igienico sanitaria degli alimenti e, recentemente, di altri prodotti destinati al consumo umano (integratori, cosmetici, etc).

Il Dipartimento di Prevenzione, nell'ottica di garantire prestazioni di qualità riconosciute secondo standard internazionali ed in ragione del confronto e della collaborazione costante con la realtà italiana ed europea ed internazionale, ha necessità di mantenere i requisiti di accreditamento, in particolare per il Laboratorio di Sanità Pubblica, secondo le norme UNI CEI EN ISO/IEC specifiche. Al proprio interno sono presenti figure tecniche, sanitarie e non, idonee ad attuare una sinergia con l'Authority Sanitaria al fine di produrre o aggiornare le norme vigenti in materia di regolamentazione, in linea con le direttive europee e già previste nell'Accordo di Cooperazione con la Repubblica Italiana, in tema di dispositivi medici, presidi, biocidi e fitosanitari, nonché l'immissione sul mercato di nuovi prodotti che siano di particolare impatto sulla salute.

Lo stesso Dipartimento, potenziando le proprie strutture potrà essere in grado di aggiornare e pubblicare database dedicati, campionare e analizzare i prodotti e definire gli iter corretti di richiesta e acquisizione delle autorizzazioni.

> Ambiente di vita e lavoro

È ormai strutturato da tempo un sistema di monitoraggio e di rilevazione che, attraverso controlli costanti, valuta il livello di inquinamento atmosferico e acustico, la qualità delle acque, l'inquinamento da amianto e l'esposizione a campi elettromagnetici.

Proseguono gli interventi volti alla sorveglianza della sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, anche con la raccolta di dati su infortuni e malattie professionali. Nell'anno 2020 gli infortuni sul lavoro sono stati 439 in aumento rispetto al 2019 con 351 accertati su 399 casi denunciati (416 infortuni nel 2018 e 476 nel 2017).

Per il futuro sarà necessario procedere all'aggiornamento della Legge 18 febbraio 1998 n.31 e di alcuni decreti applicativi.

> Sicurezza Alimentare e Veterinaria

In ambito di sicurezza alimentare e veterinaria prosegue l'attività di controllo sia sulle attività di produzione e allevamento che su quelle commerciali, anche in collaborazione con la Polizia Civile. Restano attivi i sistemi di allerta rapido per le emergenze di sicurezza alimentare.

Per quanto riguarda le malattie trasmissibili da animali e vettori è attivo il programma di sorveglianza.

Nel prossimo triennio, attraverso costanti confronti con altre Istituzioni e con le associazioni di categoria il Dipartimento di Prevenzione potrà supportare programmi di informazione e formazione destinati sia alla popolazione generale che a soggetti specifici.

A completamento della sua mission potrebbe garantire una valutazione complessiva delle attività economiche presenti sul territorio, fornendo supporto tecnico e di indirizzo a tutti gli operatori dei vari settori, sui temi dell'impatto economico, ambientale e sociale nel contesto locale e globale nei confronti di obiettivi di sviluppo sostenibile per la comunità stessa.

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.

> **Promozione dei corretti stili di vita**

È necessario sviluppare azioni multidisciplinari per continuare a 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, un'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.

> **Vaccinazioni**

Le disposizioni relative alle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, finalizzate alla salvaguardia della salute pubblica ed a tutela di quella individuale dei residenti nella Repubblica di San Marino, sono indicate nella Legge 23 maggio 1995 n.69 e nel Decreto Delegato 12 settembre 2019 n.139, che ha modificato il calendario vaccinale anticipando la seconda dose di antimorbillo parotite rosolia (trivalente) entro il 6° anno di vita del bambino.

In linea con le disposizioni di legge e in continuità con il Piano 2015-2017, la copertura vaccinale deve continuare a registrare ottimi risultati anche per il prossimo triennio.

Nel 2020, nonostante le difficoltà incontrate a fronte delle misure per il contrasto della pandemia da COVID-19, sono state garantite due sedute di vaccinazioni a settimana.

Si segnala che, ad oggi, le vaccinazioni obbligatorie sono nove. La vaccinazione per la varicella rientra invece tra quelle raccomandate. Occorre evidenziare che attualmente la legge consente l'esercizio del diritto all'obiezione per le vaccinazioni pediatriche, mediante la sottoscrizione di una polizza assicurativa contro i danni da contagio. Anche al fine di allineare la realtà sammarinese alle disposizioni vigenti in Italia, che non contemplano detta previsione, si ritiene necessario un intervento normativo che risolva detta asimmetria. Nell'ambito della modifica della legge, si potrebbe altresì prevedere il trasferimento dell'attività vaccinale rivolta agli infraquattordicenni in capo alla U.O.C. Pediatria. È invece in corso di valutazione l'opportunità di ricorrere al sistema della chiamata attiva anche per la vaccinazione anti-HPV sugli adolescenti maschi, garantendo, anche in questo caso, la gratuità del vaccino.

Per quanto riguarda la **vaccinazione antinfluenzale**, nel 2020, ha visto la somministrazione di 6700 vaccini, il 65% in più dell'anno precedente (4100). Questo è stato possibile grazie alla massiccia campagna informativa nonché alla sensibilità della popolazione, che, in piena pandemia da COVID-19, ha ritenuto, responsabilmente, di immunizzarsi contro l'influenza.

Il trasferimento dell'attività in un'unica sede (Centro Azzurro) ha consentito un afflusso più controllato, con adeguate tempistiche e un corretto distanziamento sociale. La vaccinazione antinfluenzale ha riguardato anche tutti gli ospiti della RSA la Fiorina e le persone sottoposte a quarantena domiciliare grazie ai Medici della Medicina Generale. Si auspica di consolidare tali risultati anche nel triennio futuro.

> **Screening**

Nel corso degli anni sono stati raggiunti importanti risultati nell'ambito dei seguenti screening oncologici con chiamata attiva della popolazione. I programmi di screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto, sono programmi di popolazione

organizzati e controllati offerti attivamente alla popolazione bersaglio individuata, con l'obiettivo di identificare precocemente i tumori e le lesioni pre-cancerose.

- *Screening mammografico.* Nella Repubblica di San Marino lo screening mammografico viene effettuato sin dal 1993 attraverso un invito personale con appuntamento per eseguire l'esame diagnostico presso l'U.O.C. Radiologia senza prescrizione medica. La popolazione coinvolta nella diagnosi precoce del tumore alla mammella è costituita da tutte le donne assistite dal sistema sanitario che hanno dai 40 ai 74 anni di età. Nella fascia di età che va dai 40 ai 70 anni il richiamo per la mammografia è annuale (12-18 mesi) mentre, dai 71 ai 74 anni il controllo è biennale. Gli esiti dello screening sono riepilogati nella tabella seguente.

Anno	Inviti	Intervallo d'età			Totale	% Adesione range bersaglio	Tumori individuati	Tumori benigni
		25-34	35-74 Range bersaglio	75-95				
2018	8343	7	6087	245	6339	73%	40	-
2019	8244	23	6272	234	6529	76%	65	33

- *Screening del tumore del collo dell'utero.* Lo screening del tumore del collo dell'utero viene effettuato sin dal 1968, attivato come screening spontaneo per poi passare a screening organizzato con un invito personale con appuntamento per eseguire l'esame diagnostico presso il centro Salute Donna attraverso un Pap-test o Hpv-test. La popolazione target è costituita da due distinte fasce di età, la prima dai 25 ai 29 anni dove il test primario è il Pap-test, la seconda dai 30 anni ai 64 anni dove il test primario è l'Hpv-test. Il richiamo, se il test è negativo, è a tre anni nella prima fascia e a cinque anni nella seconda fascia e la popolazione target totale è di circa 10.000 donne. Gli esiti dello screening sono riepilogati nella tabella seguente.

anno	Inviti	Intervallo d'età				Totale	% Adesione range bersaglio	Lesioni individuate	Carcinomi rilevati
		25-29 Pap test su invito	30-64 HPV test su invito	25-29 Pap test extra invito	30-64 HPV test extra invito				
2018	2447	1.812	278	0	0	2.090	85%	59	3
2019	2273	1.762	292	89	89	2.232	90%	66	7

- *Screening del tumore del colon-retto.* Lo screening del tumore del colon-retto è iniziato nel 2008 con un invito personale, con invio al domicilio del kit per la raccolta del materiale da analizzare con invito a consegnarlo negli appositi contenitori nel centro di raccolta del Laboratorio analisi dell'Ospedale negli orari di apertura. La fascia di età della popolazione target è dai 50 ai 75 anni, fascia di età a maggiore rischio per lo sviluppo del cancro del colon. Ai pazienti con esito del test negativo viene inviata una lettera di risposta con il consiglio a ripetere il test ogni due anni. Ai pazienti con esito del test positivo il protocollo prevede

l'esecuzione di un secondo livello di approfondimento diagnostico con colonscopia. Gli esiti dello screening sono riepilogati nella tabella seguente.

Anno	Primo invito	Sollecito	Totale inviti	50-75 anni range target	% di adesione	Colonscopia per sangue occulto
2018	5.315	1.225	6.540	4.598	70%	127
2019	5.226	3.079	8.305	3.145	38%	121

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).

2. OBIETTIVI DI SALUTE IN BASE AL TARGET DI POPOLAZIONE/UTENZA

> Donne

Gli obiettivi raggiunti sono stati rilevanti, Le attività svolte si sono concentrate particolarmente sugli screening dei tumori di utero, della mammella e all'attività del Centro per la Salute della Donna, che ha saputo integrare tra loro diversi servizi garantendo continuità e coerenza tra essi.

È 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 eventuali eventi di *violenza sulle donne*, fondamentale è stata la collaborazione con l'Authority per le Pari Opportunità e le autorità giudiziarie. I dati presentati per il periodo che va dal 1 gennaio 2020 al 6 novembre 2020, riferiscono che i procedimenti penali aperti sono stati n.18. Dall'attività dell'Ufficio Violenza di Genere e Minori, a fronte di 69 richieste di intervento per liti familiari (erano state 52 nel 2019) sono conseguite 20 segnalazioni al Giudice Tutelare e 12 al Giudice Inquirente per fatti inerenti la violenza contro le donne nonché 3 segnalazioni al Giudice Inquirente per reati contro i minori.

Si riscontra una conferma sui tipi di reato che rientrano nella maggior parte dei casi in percosse, minacce, atti persecutori; così come è confermato il dato per cui la violenza avviene per lo più all'interno della cerchia delle relazioni familiari o comunque sentimentali, ad opera di coniugi, ex coniugi, conviventi, ex-conviventi e compagni e riguarda maggiormente la fascia d'età dai 30 ai 49 anni.

Le segnalazioni che hanno portato all'apertura dei fascicoli civili, sono state n.34, di cui n. 21 archiviate nell'anno in corso. Il Centro d'Ascolto ha registrato l'accesso di n. 24 nuovi casi nell'anno 2020 e alla data del 10 novembre 2020 sono state accolte dal Centro n. 37 donne

Nel prossimo triennio dovrà essere mantenuta elevata la sorveglianza, in collaborazione con l'Authority per le Pari Opportunità e le autorità giudiziarie.

> **Bambini e adolescenti (incluse le fragilità nelle età minorili)**

Nel 2009, l'Authority ha avviato, in collaborazione con il Ministero della Salute Italiano, Istituto Superiore Sanità, indagini volte a monitorare gli stili di vita dei bambini e dei giovani che frequentano le scuole primarie e secondarie con particolare riferimento a obesità, fumo e alcool.

Gli studi a cui si fa riferimento sono: Okkio alla salute, applicazione della Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) rivolta ai bambini delle terze elementari condotto negli anni 2010, 2012, 2014, 2016 e 2019, Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) rivolta a ragazzi di 11, 13 e 15 anni, condotto negli anni 2010, 2014 e 2018 e Global youth tobacco survey (GYTS) rivolta a ragazzi di 13, 14 e 15 anni, condotto negli anni 2010, 2014 e 2018. Le principali conclusioni che si possono trarre e che possono essere utili per indirizzare gli impegni per i prossimi anni sono:

- 1) Sovrappeso ed obesità dei bambini, pur essendo diminuiti rispetto al 2010 e 2012, continuano ad essere un fenomeno importante, rappresentando oltre il 25% dei bimbi valutati. Bisogna mantenere ed implementare le attività già in essere con particolare riferimento alla merenda "salutare" che la scuola offre quotidianamente, mantenere il menù salutare introdotto nelle mense ed all'attività fisica svolta a scuola.
- 2) Gli interventi da mettere in atto devono essere integrati (famiglie, scuole, sanità e comunità), multicomponenti (sana alimentazione, aumento attività fisica, diminuzione della sedentarietà, informazione dei genitori, counselling comportamentale e l'educazione nutrizionale) e pluriennali.
- 3) Bisogna rendere l'ambiente urbano sempre più "a misura di bambino" (parchi pubblici, aree pedonali, piste ciclabili).
- 4) Prendere in carico precocemente i bambini con problemi di sovrappeso/obesità.
- 5) Sviluppare modalità di attenzione più intense su bullismo e cyberbullismo anche se i dati di San Marino appaiono inferiori a quelli italiani ed internazionali.
- 6) L'inizio precoce del fumo è ancora un problema: 16,5% di tutti gli studenti ha provato la prima sigaretta prima dei 12 anni e il 40% prima dei 13 anni. L'educazione ai rischi dell'uso del tabacco deve quindi iniziare presto.
- 7) L'uso delle sigarette elettroniche è in aumento: 9% studenti, occorrerà procedere con una regolamentazione più specifica e con informazione sui rischi di questo tipo di prodotto.
- 8) Molti giovani riferiscono di voler smettere, ma i servizi di supporto alla cessazione sono molto limitati.
- 9) La predisposizione a iniziare a fumare è alta, dobbiamo aiutare a bloccare questo percorso.
- 10) Devono essere rafforzate le politiche di protezione dalla possibile esposizione al fumo passivo.
- 11) Pur essendo limitato il consumo quotidiano di alcool, i ragazzi dichiarano di ubriacarsi e questo dato è in aumento rispetto all'indagine del 2014.
- 12) Deve essere aumentata l'attenzione all'uso dei social media. È stata creata una efficiente rete di collaborazione fra gli operatori del mondo della scuola e della salute anche grazie al "Tavolo multidisciplinare ed intersettoriale per la programmazione ed il coordinamento degli interventi di promozione ed educazione alla salute nelle scuole", che deve essere mantenuto. Bisogna introdurre anche indagini di sorveglianza per l'età adulta.

Nel gennaio 2021 sono stati istituiti gli sportelli d'ascolto presso la Scuola Media Inferiore, la Scuola Secondaria Superiore e il Centro di Formazione Professionale che hanno registrato diverse manifestazioni di disagio infantile e adolescenziale in forme di autolesionismo, abuso di sostanze, dipendenze, depressione e attacchi d'ansia o panico. Altro dato significativo è relativo al rifiuto di frequenza scolastica con 7 casi di ragazzi della Scuola Media che hanno palesato le loro difficoltà. Questo primo riscontro è estremamente allarmante e ha già dato chiare indicazioni sulla necessità di potenziare i punti d'ascolto e di supporto psicologico nelle scuole e alle famiglie.

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.

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.

Nell'ambito delle politiche giovanili sono state sviluppate iniziative utili a contrastare stili di vita che possono influire negativamente sullo stato di salute (alcool, 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 è necessario continuare a strutturare le attività e le azioni da intraprendere in una logica multidisciplinare.

È stato attivato da anni, presso il Centro Salute donna, un ambulatorio per adolescenti.

Nel prossimo triennio sarà importante sviluppare ulteriormente servizi e attività riguardanti le problematiche relative alla presa in carico della famiglia e della persona, oltre che degli adolescenti e dei giovani.

> **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 sia presso le strutture residenziali, valorizzando anche ricoveri di sollievo.

> **Persone con disabilità**

Nel 2010 è stata istituita la Commissione sammarinese per l'attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità per seguire 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 un'unità a sé, rispetto ad una residenzialità, alla gestione dei centri diurni e al territorio. Le attività delle strutture sul territorio sono state potenziate rispondendo alle esigenze della quasi totalità degli utenti con disabilità.

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.

Presso la struttura "Colore del Grano" verranno definiti percorsi differenziati sulla base di valutazioni delle competenze e abilità residue.

Nel prossimo triennio si lavorerà sul miglioramento della presa in carico trasversale quale leva da utilizzare per realizzare un lavoro di rete che preveda l'inclusione e la definizione di un progetto individuale di vita condiviso. La disabilità dovrà essere riorganizzata al fine di sostenere in tutte le fasi della vita la persona con disabilità e la sua famiglia (Whole life course approach- prima infanzia, età scolare, età adulta), ed empowerment delle competenze e risorse della persona.

3. LOTTA ALLE MALATTIE DI PARTICOLARE RILEVANZA SANITARIA E SOCIALE

> Malattie Cardiovascolari

Con riferimento alle malattie cardiovascolari il lavoro si è concentrato su più fronti:

- prevenzione delle malattie;
- trattamento del cardiopatico acuto o con problematica complessa;
- riabilitazione del paziente cardiopatico cronico.

La logica comune alla base di queste attività è quella della rete integrata, in cui il cardiologo agisce in collaborazione con altre figure professionali.

Per quanto riguarda la prevenzione, è fondamentale l'integrazione con i medici di medicina generale con lo scopo di attuare strategie per ridurre effettivamente i fattori di rischio nella popolazione (fumo, obesità, sedentarietà) e trattare efficacemente l'ipertensione arteriosa e le dislipidemie.

In questo contesto si inserisce il Progetto "Repubblica cardio-protetta". Nato nel 2016, rappresenta un importante tentativo di razionalizzazione e gestione dei defibrillatori sul territorio per migliorare la lotta alla morte improvvisa nella Repubblica di San Marino, anche alla luce di un progetto di nuova legge sulla defibrillazione (legge 197/2020). Essa favorisce la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE) al fine di ridurre il tempo di intervento in caso di arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare, garantendo in misura sempre maggiore la salute della popolazione.

Per il trattamento del cardiopatico acuto o con problematica complessa sono state definite le interfacce con i centri cardiologici degli ospedali limitrofi per garantire una terapia efficace, tempestiva, completa e corrispondente alle attuali linee guida. Per la gestione di questi pazienti fondamentale sarà l'area medica critica polispecialistica.

Il Day Hospital cardiologico giocherà infine un ruolo importante anche nella gestione del paziente cardiopatico cronico, in particolare i soggetti con scompenso cardiaco cronico, potendo sviluppare una collaborazione con i riabilitatori, con lo scopo di garantire una migliore qualità della vita e ridurre le ospedalizzazioni.

> Malattie Cerebrovascolari (ictus) e Neurologiche

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.

Per quanto riguarda le patologie neurologiche, 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.

> Diabete

L'incidenza e la prevalenza del Diabete nella popolazione sammarinese non si discosta da quella delle 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. In particolare, si è provveduto ad aggiornare il PDTA per la gestione del diabete mellito di tipo 2 e di tipo 1 in età adulta, sia per la parte relativa alla gestione integrata con il territorio sia per il percorso intra-ospedaliero del paziente acuto e critico, nonché per

la gestione delle complicanze croniche con l'interfaccia dei rispettivi specialisti. Inoltre, per i medici di medicina generale, è stato predisposto dal GGDI un elenco aggiornato in tempo reale dei pazienti inviati in gestione integrata. Sarà definito il protocollo di transizione per il passaggio dall'età pediatrica a quella dell'adulto in collaborazione con l'U.O.C. di Pediatria.

La gestione dell'emergenza Covid ha favorito lo sviluppo della telemedicina che dovrà essere aggiornata con protocolli in linea con le direttive per la privacy e la sicurezza dei dati.

> **Neoplasie**

In continuità con il Piano 2015-2017, si ritiene fondamentale riprendere l'aggiornamento del Registro Tumori iniziato nel 1989 e aggiornato fino al 2015. Il registro è lo strumento per tenere aggiornato il dato epidemiologico riferito alle neoplasie.

I dati di mortalità, che sono invece aggiornati al 2020, consentono di fare le seguenti osservazioni:

- nel decennio 2011-2020 sono decedute a causa di neoplasia 789 persone, con un andamento crescente dal 2015. Il più frequentemente colpito è l'apparato digerente (262). In particolare, il cancro al colon-retto ha causato 85 decessi (maschi 47 e femmine 38), la neoplasia allo stomaco ha causato il decesso di 80 pazienti (43 maschi e 37 femmine), il cancro al pancreas, in significativo aumento negli ultimi anni, ha comportato 67 decessi (31 maschi e 36 femmine);
- il tumore del polmone ha causato 149 decessi (106 maschi e 43 femmine);
- il tumore della vescica ha causato 41 decessi (33 maschi e 8 femmine);
- il tumore della prostata ha causato 32 decessi, in lieve aumento negli ultimi 3 anni;
- il tumore della mammelle ha determinato 60 decessi (2 maschi e 58 femmine);
- i tumori ematologici hanno determinato 74 decessi.

In riferimento all'assistenza oncologica restano come punti nodali:

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

> **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 nel 2018, risulta che l'ambulatorio pneumologico ha in carico 353 pazienti con BPCO, di cui 131 femmine (di queste 124 sono fumatrici o ex fumatrici) e 222 maschi (di questi 214 sono fumatori o ex fumatori). Ciò costituisce un calo significativo rispetto al periodo 2009-2011, in cui i pazienti affetti da BPCO erano circa 446, di cui il 69% fumatori o ex fumatori.

> **Salute Mentale e 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. Con riferimento alle visite psichiatriche si è registrato, nell'ultimo triennio, un calo di nuovi casi, che sono passati da 967 nel 2018, 865 nel 2019 e 436 nel 2020. Lo stesso trend si è verificato anche per i controlli psichiatrici, che sono stati 6224 nel 2018, 5972 nel 2019 e 5460 nel 2020.

È necessario continuare a lavorare sulla 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.

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

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

Sarà necessario anche per il prossimo triennio, continuare ad operare per armonizzare il percorso riabilitativo di tali persone tra strutture sammarinesi e tra esse e le strutture extraterritoriali coinvolte.

4. GARANZIE DEL CITTADINO

> La sicurezza del paziente

Al fine di consolidare e implementare la cultura della gestione del rischio, anche in applicazione delle nuove normative introdotte, nel prossimo triennio dovranno essere avviati programmi formativi ed introdotte metodologie proattive per l'analisi e il monitoraggio degli eventi avversi.

Il sistema, considerate le dimensioni dell'Istituto, potrà essere maggiormente efficace ed efficiente se integrato agli altri sistemi aziendali trasversali (Sistema di Gestione, Qualità, Sicurezza sul lavoro e Tutela Dati). Le figure responsabili della gestione di tali sistemi dovranno avere una formazione specifica e contestualizzata alla realtà sammarinese.

> Accessibilità e Liste d'attesa

Negli anni si è molto lavorato affinché fosse sempre garantita la massima trasparenza nei criteri di gestione delle liste d'attesa. L'ISS ha cercato di assicurare il rispetto dei tempi per visite/esami urgenti e prioritari nella maggior parte delle specialità, anche durante l'anno 2020, contestualmente alla gestione dell'emergenza pandemica.

Nel prossimo triennio, sarà necessario continuare a monitorare il rispetto dei tempi di attesa da parte di tutte le specialità e alla definizione di procedure riguardanti le modalità di prenotazione per agevolare il cittadino.

Allo stesso tempo, bisognerà migliorare l'appropriatezza delle richieste al fine di ridurre sia la domanda incongrua di prestazioni sia i tempi di attesa.

5. LIVELLI ASSISTENZIALI

La U.O.C. **Cure Primarie e Salute Territoriale** è organizzata in tre Centri per la Salute (Serravalle, Borgo Maggiore e Murata). Al 31 dicembre 2020, la dotazione organica dei tre centri era la seguente:

- Serravalle: 7 medici per 11.340 assistiti - 1 medico ogni 1.620 assistiti (nel 2014, vi erano 7 medici per 10.368 assistiti);
- Borgo Maggiore : 7 medici per 9.625 - 1 medico ogni 1.375 (nel 2014, vi erano 6 medici per 9.482 assistiti);
- Murata: 6 medici per 9.398 - 1 medico ogni 1.566 (nel 2014, vi erano 6 medici per 9.215 assistiti).

In media, gli utenti a carico di un medico sono circa 1.520.

Nell'ambito dell'**assistenza specialistica**, sono stati sviluppati percorsi diagnostico-terapeutici in alcune aree specifiche. Per quanto riguarda l'**assistenza ospedaliera**, in linea con quanto previsto dal precedente Piano, state sviluppate le attività specialistiche di ricovero e ambulatoriale con il fine di migliorare la qualità, 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. Nell'anno 2020, contestualmente alla gestione dell'emergenza pandemica, è stato registrato un calo degli accessi di codici bianchi e verdi, in mantenimento i codici gialli e rossi (complessivamente 12.504 accessi nel 2020 contro i 17.604 del 2019). Tale andamento è da valutarsi quale indice di appropriatezza. Si procederà nel prossimo triennio a consolidare e sviluppare il percorso intra ed extra ospedaliero e ad aggiornare i piani di emergenza.

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**, che ha registrato un notevole incremento di attività nell'ultimo triennio, quale indicatore di 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, sono stati ulteriormente potenziati, sia in termini di investimenti strutturali (nuova Radiologia) che di acquisizione di nuovi strumenti.

Per il prossimo triennio sarà necessario continuare a sviluppare 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) anche per favorire l'integrazione ospedale-territorio.

Sarà importante potenziare e sviluppare maggiormente i **servizi territoriali** e i servizi alla dimissione che si esprimono nell'articolazione dei diversi servizi (cure primarie, cure intermedie servizi diurni, domiciliarità).

Dovranno essere attivati posti letto dedicati alle **cure intermedie**, con particolare riferimento alla lungodegenza, riabilitazione e alle cure palliative, 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 (gravi cerebrolesi, SLA, ecc...).

In ambito socio-sanitario, al fine di garantire una maggior integrazione tra 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).

6. STRUMENTI E OBIETTIVI DEL SISTEMA

> Autorizzazione e Accreditamento

In ottemperanza al Decreto Delegato 30 gennaio 2020 n.11 e 4 agosto 2008 n.115, l'ISS ha avviato il percorso di autorizzazione e accreditamento, procedendo ad adeguare i Servizi ai requisiti richiesti per legge. L'adeguamento alle disposizioni di legge ha riguardato anche le strutture private che sono state sottoposte, a loro volta, alle attività di verifica dell'Authority Sanitaria, iniziando, per alcune di esse, il percorso di accreditamento.

Nel triennio successivo, sarà necessario giungere all'autorizzazione e all'accredimento definitivi per le strutture pubbliche e private considerate strategiche per il sistema sanitario, in linea con quanto previsto dal Regolamento per l'accredimento e secondo le indicazioni dell'Authority, in conformità con il Decreto Delegato 115/2008 e il Decreto Delegato 11/2020. In relazione alle risorse disponibili, dovrà essere previsto un programma che definisca annualmente i servizi che andranno accreditati. Sulla base di quanto sopra esposto, si evidenzia quanto l'accredimento 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 dettami 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 normativa di riferimento moderna e attuale che recepisca le principali indicazioni internazionali sulle buone pratiche cliniche (GCP), di produzione dei farmaci (GMP), di laboratorio (GLP) e di laboratorio clinico (GLCP); 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), rinnovato nella sua composizione a fine 2020, ha emanato e pubblicato nel periodo dal 2014 ad oggi vari pareri:

- "Valore Bioetico delle vaccinazioni (per la persona e la collettività)" del 2016 in cui si vuole ribadire il ruolo cruciale e determinante della corretta informazione per coloro che devono affrontare la vaccinazione per sé e per i soggetti incapaci di esprimere un consenso autonomo.
- "Assistenza infermieristica al dolore: aspetti bioetici" del 2017 utile a prevenire il burn-out dovuto all'impatto emotivo che comporta l'accompagnamento della persona ammalata in tutto il suo percorso assistenziale.
- "Bioetica delle catastrofi" del 2017 dove la riflessione su tali aspetti costituisce un elemento di originalità rispetto alla letteratura disponibile sulla medicina delle catastrofi. In tale opera sono presenti dei capitoli che ne determinano l'assoluta originalità, in particolare citiamo quelli relativi a:
 - gestione delle persone con disabilità in emergenza;
 - giornalismo etico;
 - infermiere soccorritore;
 - farmacista;
 - acquisizione del consenso alla sperimentazione clinica in situazioni di emergenza;
 - gli animali quali vittime e soccorritori nelle catastrofi.
- Ha inoltre collaborato con l'Associazione Infermieristica Sammarinese nella stesura del "Codice deontologico dell'infermiere" nel 2017.
- "Processo decisionale nella presa in cura della persona malata nel fine vita" del marzo 2019 ruota intorno al concetto di cura della persona morente, concetto che rientra nei diritti fondamentali sanciti dalla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani.
- "Copertura vaccinale contro il SARS-COV-2. Basi bioetiche per un patto di salute" è il documento pubblicato il 13 Gennaio 2021 che ha fornito una valutazione super-partes utile per dare un supporto alla comunità sanitaria ed alla cittadinanza nella comprensione degli aspetti etici e scientifici della vaccinazione.

Nel maggio 2020 l'ONU ha riconosciuto il documento sui diritti delle persone con disabilità del CSB quale pratica promettente per l'accesso alle cure, ed in particolare alla terapia intensiva, durante l'epidemia da COVID-19.

> Politica Farmaco

Grazie alla funzione della Commissione del farmaco, vengono valutati costantemente progetti che favoriscono lo sviluppo dell'appropriatezza e della continuità delle cure attraverso una attenta politica del farmaco, prevedendo una condivisione nella prescrizione del farmaco basata su evidenze scientifiche.

Il prontuario Terapeutico, con integrate note prescrittive, costantemente aggiornato, insieme all'utilizzo di Terapie Del Cronico (TDC) informatizzate, mantengono aggiornati i criteri di appropriatezza.

7. PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO

> Comunicazione al Cittadino

La comunicazione con i cittadini utenti dell'Istituto per la Sicurezza Sociale è garantita mediante diversi strumenti attivi: la Carta dei Servizi, comunicati stampa e conferenze pubbliche, campagne di informazione e prevenzione, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, il manuale di accoglienza e il sito web.

La descrizione della struttura, dei servizi e degli impegni che l'ISS si assume nei confronti dei cittadini e delle Istituzioni è contenuta nella Carta dei Servizi. Essa è uno strumento di informazione e trasparenza nel rapporto tra l'ISS e gli assistiti, in quanto garantisce appunto l'informazione, la tutela e la partecipazione degli utenti al servizio pubblico, nonché l'accesso alle prestazioni specialistiche e diagnostiche. Fornisce inoltre le informazioni utili alla corretta interpretazione dei diritti degli assistiti e per ottenere il rispetto degli impegni assunti dall'Istituto per la Sicurezza Sociale relativamente ai servizi erogati. La Carta dei Servizi impegna, inoltre, l'ISS a perseguire obiettivi di continuo miglioramento e di qualità. In essa è integrata e ricompresa anche la Carta dei Diritti e dei Doveri del Malato, approvata dal Consiglio Grande e Generale nella seduta del 28 aprile 1989.

L'obiettivo dell'ISS per il prossimo triennio è la realizzazione di una Carta dei Servizi "dinamica" e declinata in ogni componente operativa dell'Istituto e che sappia, quindi, inglobare tutte le informazioni necessarie all'assistito, nel momento in cui si rivolge ai vari servizi ISS per le proprie necessità.

> Ascolto del Cittadino

Per promuovere e favorire la partecipazione e il dialogo tra l'Istituto per la Sicurezza Sociale e il cittadino fruitore dei servizi dell'ISS, è stato istituito l'Ufficio Relazioni con il Pubblico - URP.

Si tratta di un servizio di comunicazione che riconosce e valorizza il diritto dei cittadini a essere informati, ascoltati, a ricevere una risposta chiara ed esauriente, favorendo il loro ruolo attivo e la loro partecipazione alle scelte dell'Istituto. A tal fine l'URP raccoglie le segnalazioni di disfunzioni, i reclami e i suggerimenti che i cittadini - utenti dei servizi - desiderano presentare.

È in corso un costante processo di miglioramento del servizio, per apportare eventuali modifiche che possano migliorare le modalità di accesso e fruizione e potenziare le rilevazioni proattive e i suggerimenti provenienti dagli assistiti e dalla cittadinanza.

> Ruolo del Cittadino

Nel costante confronto e dialogo da parte dell'ISS con le Istituzioni e le varie componenti della Società Civile, l'Istituto ha attivato momenti di confronto per favorire forme di partecipazione diretta nelle scelte di indirizzo a tutela degli interessi dei cittadini.

Nel prossimo triennio, l'obiettivo sarà di incrementare le opportunità e gli strumenti a disposizione dei cittadini, affinché possano ricoprire un ruolo diretto nella partecipazione alle scelte strategiche sugli obiettivi di salute e sicurezza sociale dell'ISS.

8. RISORSE E SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA

Negli ultimi anni, è stato registrato un sensibile aumento della spesa sanitaria e socio-sanitaria provocato sia da un miglioramento dell'aspettativa di vita sia da un miglioramento dei servizi offerti. A ciò, si deve considerare l'effetto imprevisto della pandemia da Covid-19 che ha inciso negativamente su tutte le principali macro-voci di bilancio non solo di natura corrente, ma anche di prospettiva. A titolo esemplificativo, il centro di costo emergenze sanitarie (Covid-19) è stato pari a circa 3 milioni di euro solo per l'anno 2020 considerando solo l'ambito sanitario. Ad integrazione, l'ambito contributivo ha sperimentato una flessione nell'anno 2020 di circa 15% rispetto al 2019.

Si rileva, altresì, il fenomeno relativo all'invecchiamento della popolazione che risulta essere positivamente correlato all'aumento dei costi sanitari e sociali dell'anziano.

Inoltre, nell'ambito della gestione delle risorse economiche emerge l'esigenza di riprogettare la struttura ospedaliera in essere, che assorbe ingenti risorse economiche da parte dello Stato per manutenzione ordinaria, straordinaria, dispendi energetici e disfunzioni logistiche.

Le risorse economiche complessivamente assegnate sono, per il 2021, suddivise per Dipartimenti ed Aree come da tabella seguente. Si ritiene interessante un raffronto a consuntivo con il 2019 pre Covid-19 (vedi tabella).

La finestra temporale ivi considerata riflette l'esigenza di fornire una rappresentazione di natura economica (proiettata su due anni) e non di natura esclusivamente finanziaria (proiettata su tre anni). Questo per dare una rappresentazione dei dati maggiormente legata al risultato economico conformemente al principio di competenza per l'esercizio di riferimento.

	Consuntivo 2019 (in 000)	%	Previsionale 2021 (in 000)	%
Dipartimento Prevenzione	€ 2.481	2,36%	€ 2.507	2,37%
Dipartimento Socio-Sanitario	€ 21.346	20,52 %	€ 19.806	18,72%
Dipartimento Ospedaliero	€ 46.181	43,99%	€ 48.548	45,89%
<u>UOC</u> Farmaceutica	€ 13.481	12,84%	€ 13.612	12,87%
<u>UOC</u> Medicina Fiscale e Mobilità Passiva	€ 13.774	13,12%	€ 11.481	10,85%
Movimenti generali assistenza sanitaria	€ 7.728	7,36%	€ 9.847	9,31%
Totale	€ 104.991	100%	€ 105.801	100%

Il trasferimento dal Bilancio dello Stato per il finanziamento dell'Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria è previsto, per il 2021, per un ammontare di € 70 milioni (considerando un aumento dei proventi finanziari diversi per € 16 milioni). Nel 2019, è stato di € 69,965 milioni.

> Sistema di Budget e Controllo di Gestione

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.

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 del 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 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, di governo e di gestione vengono posti in essere nel rispetto delle risorse assegnate, a livello centrale, da parte del Governo.

L'implementazione del processo di controllo di gestione attinente alla summenzionata modalità di assegnazione di budget è stato parzialmente implementato per motivi organizzativi a cui si sono aggiunti gli effetti della pandemia Covid-19.

A tal proposito, il controllo di gestione sarà riorganizzato in tempi brevi mediante una strutturazione dell'ufficio che preveda un team di soggetti volti non solo alla conclusione della fase implementativa del controllo di gestione, ma anche deputati ad apportare migliorie nella definizione di appositi indicatori sanitari, organizzativi nonché economici che dovranno essere descritti periodicamente in appositi report per gli organi apicali.

> Finanziamento del sistema sanitario e socio-sanitario

Come dianzi esposto, con riferimento alle proiezioni per l'anno 2021 si ravvisa l'esigenza di un contributo dello Stato pari ad Euro 70 milioni per il comparto sanitario e socio sanitario eventualmente rivedibile in fase di variazione di bilancio di previsione poiché è stata prevista una posta contabile straordinaria "Proventi Finanziari Diversi" pari ad Euro 16 milioni. Tale posta straordinaria rappresenta probabili introiti sotto-forma di finanziamenti a condizioni agevolate (principalmente causa Covid-19) da parte di Organizzazioni Multilaterali come la Banca di Sviluppo del Consiglio d'Europa (i.e. CEB) nonché per rappresentare possibili risparmi provenienti da riorganizzazioni interne e/o efficientamenti da nuovi modelli organizzativi in fase di valutazione (e.g. nuova struttura ospedaliera). Pertanto, si specifica l'esigenza di attuare una riforma del settore sanitario e socio sanitario che possa addurre ad un appropriato impiego delle risorse ad oggi disponibili al fine di attenersi maggiormente al principio dell'economicità aziendale e al contempo possa permettere di migliorare l'efficacia dell'offerta sanitaria in senso lato. Ciò non potrà prescindere dall'aggiornamento dell'atto organizzativo al fine di sviluppare sinergie fra le varie funzioni interne attraverso la creazione di apposite aree. Ciò dovrà essere necessariamente condiviso a più livelli istituzionali per poter riconciliare l'attuale dotazione organica con un fabbisogno che sia idoneo al nuovo atto organizzativo, permettendo anche un contingentamento dei costi in chiave prospettica. Congiuntamente all'efficientamento delle risorse, si cercherà di incrementare l'entrate dell'Istituto Sicurezza Sociale mediante la stipula di accordi bilaterali con omologhe istituzioni italiane in aree limitrofe al fine di aumentare l'utenza transfrontaliera. In aggiunta, dovrà essere implementato un progetto per la libera professione che permetta di contribuire positivamente alla marginalità economica dell'ISS. Resta inteso che nonostante l'urgenza attuativa di quanto descritto, si specifica l'alta aleatorietà delle entrate e dei costi a causa dell'emergenza Covid-19 che potrebbe continuare ad incidere negativamente sull'equilibrio finanziario di medio termine (i.e. 2023).

> Ripartizione delle Risorse

Nel corso del 2010 è stato riorganizzato il bilancio dell'ISS per centri di costo che, tuttavia, necessita di essere aggiornato a seguito della nuova architettura organizzativa dei reparti e servizi. Infatti, risulta necessario stralciare alcuni centri di costo troppo analitici (ad esempio, Dipartimento prevenzione, settore socio-sanitario e amministrativo) in favore di nuovi servizi specialistici implementati e potenziati nel corso degli anni (e.g. Oftalmologia, CUP, etc.).

9. GOVERNO DELLE RISORSE UMANE

> Valorizzazione delle professionalità

Il successo di un'organizzazione complessa come l'ISS dipende anche e soprattutto dai singoli professionisti che vi operano. 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 prevedendo 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). È stato istituito il sistema di educazione continua in medicina obbligatorio (ECM) per permettere un riconoscimento anche da parte di paesi dell'UE, avvalendosi di accordi stipulati con il Ministero della Salute italiano e con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Obiettivo del prossimo triennio è quello di diventare provider.

C) PRINCIPI GENERALI DI INDIRIZZO 2021-2023

L'articolazione del Nuovo Piano troverà spunto 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 obiettivi strategici del Piano.

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

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".

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 una 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. 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 SOSTENIBILITÀ' ORGANIZZATIVA ED ECONOMICA

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.

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).

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".

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. È 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. È stato 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.

Sulla base degli obiettivi generali sopra indicati, si ritiene definire alcuni **obiettivi specifici** da sviluppare nel prossimo triennio.

- **Promozione degli stili di vita** attraverso campagne apposite e percorsi terapeutici e di assistenza per la lotta alle dipendenze (alcol, fumo, sostanze stupefacenti) in un'ottica di prevenzione.
- **Gestione della Cronicità e Fragilità** attraverso modelli organizzativi che favoriscano l'integrazione Ospedale e Territorio con particolare attenzione rivolta al tema della cronicità e fragilità: cure intermedie, cure palliative, domiciliarità, integrazione ospedale-territorio e soprattutto disabilità.
- **Presa in Carico della Famiglia e della Persona**: sviluppo dei percorsi sociosanitari con particolare attenzione alla presa in carico della famiglia e della persona - consultorio familiare.
- **Sviluppo Reti professionali** bidirezionali con i territori limitrofi volte a favorire lo sviluppo di competenze e il rispetto degli standard - expertise.
- **Governance Sanitaria**; sviluppo strumenti a supporto del Governance Sanitaria - Accreditamento, Qualità, Rischio Clinico.
- **Governance Aziendale**: sviluppo strumenti a supporto della Governance Aziendale - sistema informativo, budget, reporting, contabilità analitica, cruscotto direzionale.
- **Revisione delle Sedi Sanitarie e Sociosanitarie** - edilizia sanitaria
- **Gestione risorse umane**: sviluppo professionale e organizzativo, sistema di incentivazione e valutazione.