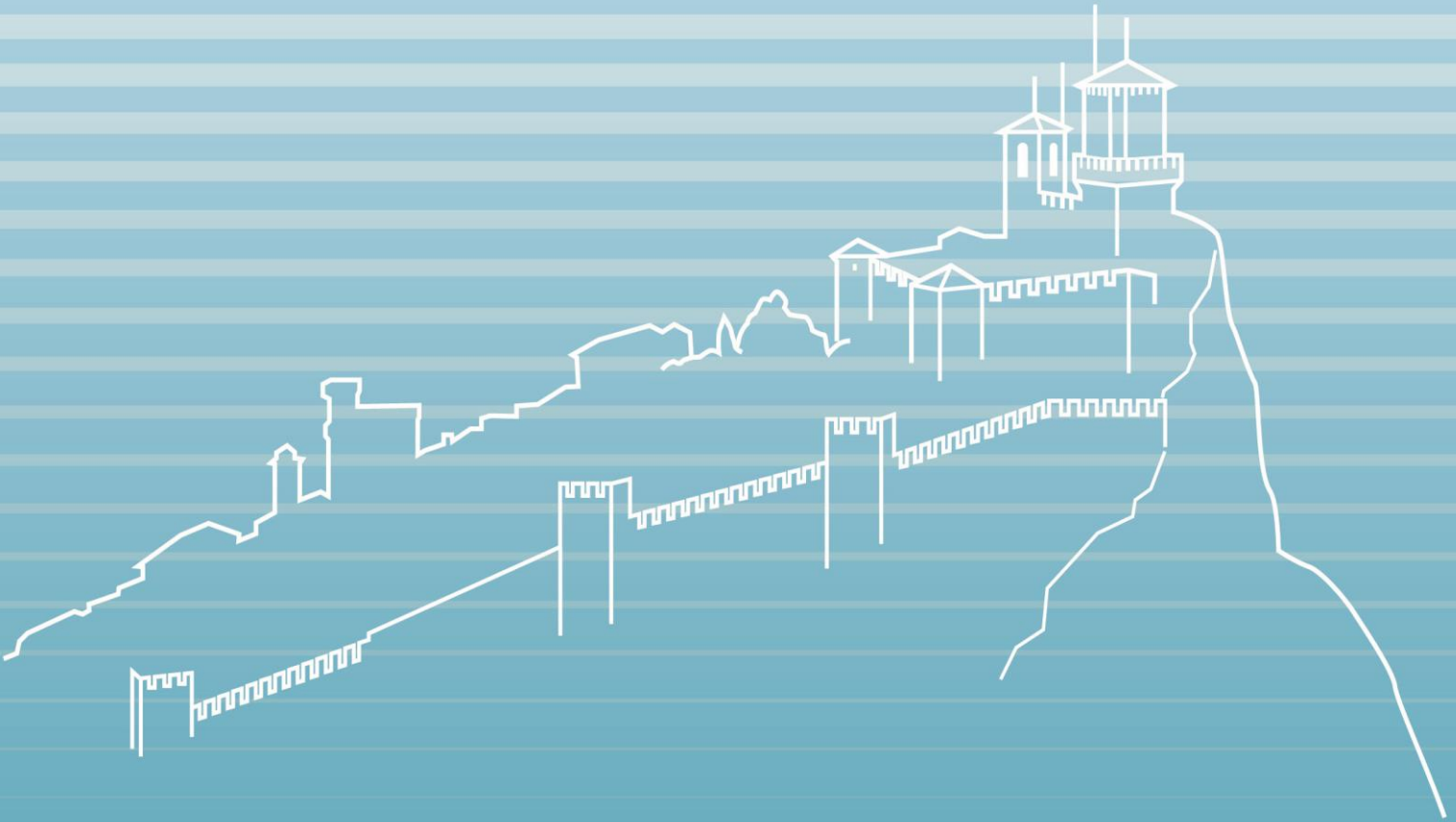




**AUTHORITY PER L'AUTORIZZAZIONE, L'ACCREDITAMENTO E LA QUALITÀ DEI
SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIO-EDUCATIVI**

PROFILO DI SALUTE DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO

Anno 2022



**AUTHORITY PER L'AUTORIZZAZIONE, L'ACCREDITAMENTO E LA QUALITÀ DEI
SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIO-EDUCATIVI**





**AUTHORITY PER L'AUTORIZZAZIONE, L'ACCREDITAMENTO E LA QUALITÀ DEI
SERVIZI SANITARI, SOCIO-SANITARI E SOCIO-EDUCATIVI**

PROFILO DI SALUTE DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO¹ Anno 2022

¹ Documento elaborato dall'Authority come previsto dalla Legge 25 maggio 2004 n.69, Art. 6 "Funzioni dell'Authority", comma 2, modificato dall'Art. 55, Legge 5 dicembre 2011 N.188, TITOLO III - UNITÀ ORGANIZZATIVE EXTRA-DIPARTIMENTALI, Art. 55, comma 2, punto c "effettuare l'analisi dei dati epidemiologici, dei bisogni di salute della popolazione e la valutazione della domanda relativa ai servizi sanitari, socio-sanitari e di quelli socio-educativi".

A cura di Claudio Muccioli (Dirigente Authority), Andrea Gualtieri (Medico Authority) e Elena Sacchini (Esperto in Statistica Authority).

SOMMARIO

PRESENTAZIONE	5
INTRODUZIONE	7
SEZIONE A - IL CONTESTO LOCALE, LA DEMOGRAFIA E LE CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE	17
1) IL TERRITORIO	18
2) DEMOGRAFIA	20
3) ASPETTI SOCIO-ECONOMICI	41
SEZIONE B – I DETERMINANTI DI SALUTE	59
L'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	60
1) L'AMBIENTE FISICO E L'ARIA CHE RESPIRIAMO	60
2) QUALITA' DELL'ACQUA, SICUREZZA ALIMENTARE E BENESSERE ANIMALE	72
3) GLI EFFETTI DEI CAMBIAMENTI CLIMATICI	75
4) LA SICUREZZA LAVORATIVA, STRADALE E DOMESTICA	76
GLI STILI DI VITA	82
1) ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA	82
2) FUMO, ALCOL E USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI	88
SEZIONE C – LE PRINCIPALI PROBLEMATICHE DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE	97
1) MORTALITÀ	98
2) MALATTIE E LE CONDIZIONI DI PARTICOLARE RILEVANZA SANITARIA E SOCIALE	104

PRESENTAZIONE

Il benessere e la salute dei cittadini sono l'obiettivo finale di ogni scelta politica in ambito sanitario e socio-sanitario e possono essere raggiunti solo attraverso la conoscenza del contesto locale in cui si agisce.

Il Profilo di Salute, tramite una raccolta approfondita di informazioni che riguardano la popolazione, l'ambiente ed il benessere animale secondo l'approccio promosso dall'OMS denominato "ONE HEALTH", ci fornisce un quadro oggettivo della salute di tutti coloro che risiedono a San Marino.

Il Profilo di Salute della Repubblica di San Marino 2022 delinea nel contesto sammarinese la demografia, gli aspetti socio-economici e le condizioni di benessere legate a quei "determinanti di salute" come l'ambiente di vita e di lavoro e gli stili di vita che sappiamo essere i principali fattori che incidono sulla salute dei nostri cittadini.

Il Profilo di Salute, muovendosi in quel solco di esperienze pluriennali di raccolta e analisi dei dati iniziato negli anni 90 con la pubblicazione annuale "Relazione sullo stato sanitario e socio sanitario della popolazione della Repubblica di San Marino", ha visto la sua prima uscita nel 2005, quando il Profilo di Salute è stato allegato al Piano Sanitario e Socio Sanitario 2006-2008. Da allora ogni Piano Sanitario e Socio sanitario (vedi stesura 2015/2027 e 2021/2023) avvia le sue proposte partendo dai dati elaborati dal Profilo di Salute.

Il Profilo di Salute rappresenta, quindi, uno strumento fondamentale per la pianificazione e la programmazione sanitaria e socio-sanitaria in grado di misurare i bisogni dei cittadini e di monitorarne costantemente i risultati.

Dai dati del Profilo di Salute 2022 emerge in maniera inequivocabile l'invecchiamento della nostra popolazione. L'aumento della popolazione anziana e dei soggetti più fragili richiedono sin da ora interventi di prevenzione non solo nelle classi di età più avanzate ma anche, e soprattutto, la necessità di intervenire sulla salute dei più giovani.

Sono quindi di particolare interesse i sistemi di sorveglianza avviati nelle scuole sui bambini e gli adolescenti da oltre 10 anni. Questi sistemi ci consentono di analizzare nel tempo i comportamenti dei giovani partendo dai loro stili di vita, dalle loro abitudini fino all'analisi delle situazioni di disagio e di abuso. Il capitolo che analizza la vita dei giovani ci mostra una società che si sta trasformando velocemente ed è nostro compito avviare tutte quelle iniziative per sostenere questi ragazzi che saranno il futuro del nostro Paese.

Molto interessante il capitolo sulla recente pandemia da COVID-19 i cui dati possono mostrarci diversi livelli di lettura. Da una parte gli aspetti direttamente sanitari che tutti noi abbiamo vissuto, dall'altra un quadro molto più ampio che, partendo dal vecchio detto "l'importante è la salute", ci fa ricordare come senza salute tutto si ferma. Si ferma l'economia, si ferma la scuola, si fermano le iniziative sociali e culturali: si ferma lo sviluppo dell'intero Paese. Per cui oggi più che mai è importante investire sulla salute e sulla centralità di un sistema sanitario e socio-sanitario avanzato, consapevoli che il futuro del nostro Paese dipenderà dallo stato di salute dei nostri cittadini, nell'ottica degli obiettivi di sviluppo sostenibile previsto nell'Agenda 2030 dell'ONU.

Il Segretario di Stato
Mariella Mularoni

INTRODUZIONE

Descrivere la salute di una comunità è un lavoro complesso in quanto può essere rappresentata in modo differente in base alle culture e valori che una società esprime. Se si prende in considerazione la definizione dell'OMS, possiamo considerare la salute uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale prodotto dall'azione di fattori individuali, comportamentali, socio-economici, sanitari, ambientali: i cosiddetti determinanti di salute.

I fattori che influenzano lo stato di salute ricomprendono quelli genetici e biologici (es. età, sesso ed etnia), i comportamenti e stili di vita (es., dieta, esercizio fisico, consumo di alcol, abitudine al fumo), l'ambiente (es. qualità abitativa, luogo di lavoro, inquinamento) l'accesso all'assistenza sanitaria e le condizioni socio-economiche (es. livello di istruzione, il reddito, l'occupazione). C'è ormai un'ampia letteratura scientifica che conferma che agendo su questi fattori si può migliorare lo stato di salute del singolo individuo e della popolazione, riducendo le disuguaglianze che interessano soprattutto le fasce di popolazione più svantaggiate.

Da un'analisi sui determinanti di salute si può evidenziare, inoltre, che i fattori ambientali, socio-economici e comportamentali incidono maggiormente sulla salute rispetto a quelli individuali e all'accesso alle cure.

L'inclusione e la coesione sociale, la partecipazione del cittadino alla vita sociale e politica, le risorse materiali disponibili, la sicurezza economica e le condizioni di vita e di lavoro, l'istruzione e l'accesso ai servizi sanitari, comportamenti personali, stili di vita e i fattori genetici sono gli elementi che influenzano il benessere della popolazione.

Il Profilo di Salute di una popolazione definisce, quindi, lo stato di salute e benessere delle persone che compongono la comunità e che viene solitamente descritto utilizzando una serie di indicatori che consentono di valutare la salute stessa della popolazione.

Tra gli indicatori più comuni si possono citare, ad esempio:

- l'aspettativa di vita alla nascita, che rappresenta il numero medio di anni di vita attesi alla nascita;
- il tasso di mortalità, ossia il rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente;
- la prevalenza di malattie croniche come il diabete, l'obesità, le malattie cardiache e le malattie respiratorie;
- la copertura vaccinale, intesa come proporzione di soggetti vaccinati sul totale dei soggetti candidati alla vaccinazione;
- la percentuale di fumatori nei giovani e degli adulti;
- l'accesso ai servizi sanitari e tempi di attesa per ricevere la prestazione.

Questi indicatori possono essere utilizzati per valutare il successo delle politiche sanitarie e le azioni che mirano a migliorare lo stato di salute della popolazione. Allo stesso modo possono essere utilizzati per identificare le aree in cui si rilevano le necessità di ulteriori interventi di miglioramento.

Inoltre, particolare rilevanza sulla salute assumono gli stili di vita, che risentono di interventi che vanno oltre il settore della sanità e richiedono interventi intersettoriali, mettendo in evidenza che gli stili di vita meno salutari sono quasi sempre più diffusi nei gruppi più deprivati della popolazione, così come l'esposizione a rischi ambientali e lavorativi è più frequente nelle persone più svantaggiate. Infine, anche l'accesso alle prestazioni di prevenzione e di cura di comprovata efficacia risulta generalmente più difficoltosa per alcune fasce di popolazione più povere, che hanno, inoltre, più probabilità di ricevere prestazioni inappropriate.

Il Profilo di Salute non rappresenta esclusivamente una fotografia epidemiologica della popolazione residente a San Marino, ma propone una base conoscitiva, necessaria per comprendere le complesse trasformazioni delle strutture sociali, che sono alla base della diversificata e crescente domanda di salute.

Il Profilo di Salute della Repubblica di San Marino 2022 può essere considerato, quindi, uno strumento di conoscenza dei bisogni di salute e delle problematiche che influiscono sul benessere della popolazione e come tale fornisce un importante supporto nell'individuare, sulla base di dati statistico-epidemiologici quantitativi e qualitativi, criticità, punti di forza e priorità della comunità

sammarinese utili a orientare l'intero processo di pianificazione e programmazione del sistema di welfare sammarinese.

Gli aspetti demografici vengono analizzati sia da un punto di vista strutturale (es. composizione per età e sesso) sia da un punto di vista temporale, per verificare i cambiamenti intercorsi negli anni.

Dal punto di vista socio-economico vengono prese in considerazione le dinamiche dell'istruzione del lavoro e del reddito.

Gli stili di vita indagati nella popolazione sammarinese riguardano sovrappeso e obesità, conseguenza di una scorretta alimentazione e della sedentarietà, il tabagismo, l'uso di alcolici e di sostanze stupefacenti.

Alcune informazioni sulla salute dei sammarinesi possono essere ricavate dai sistemi di sorveglianza che sono ben sviluppati per le fasce d'età da 8 a 15 anni, mentre sono ancora poco agiti nella popolazione adulta per la quale sarà necessario sviluppare in futuro una raccolta continua dei dati necessari a comprendere fattori come alcol, fumo, scorretta alimentazione e sedentarietà, che influenzano negativamente il benessere della popolazione.

Lo stato di salute viene inoltre delineato attraverso l'analisi della mortalità, per la quale viene rappresentata una descrizione dell'andamento temporale e un'analisi qualitativa delle cause di morte. Ad integrazione del dato di mortalità, lo stato di salute della popolazione viene descritto utilizzando anche le stime di incidenza e prevalenza di alcune patologie o condizioni di salute particolarmente rilevanti per frequenza e/o per impatto sui servizi sanitari.

Viene altresì descritta l'emergenza sanitaria riguardante la pandemia da Covid-19, che ha colpito anche San Marino.

L'utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie da parte dei residenti sammarinesi viene studiato attraverso dati sui servizi di prevenzione (es. adesione ai programmi di prevenzione quali vaccinazioni infantili e screening oncologici), sull'ospedale (es. ricoveri e prestazioni ambulatoriali) e a livello di assistenza territoriale di tipo sanitario e sociale (es. servizi domiciliari, attività di salute mentale, nonché servizi per minori, per disabili e anziani).

Il profilo di salute può essere "letto" anche analizzando i diversi fattori (politici, socio-economici, biologici, comportamentali) nella valutazione della salute o del rischio di malattia fin dalla nascita e durante le varie fasi della vita (life-course approach).

Infine, il Profilo è fortemente collegato alle strategie globali per lo sviluppo sostenibile (Agenda 2030 for Sustainable Development)" e ai 17 obiettivi (Sustainable Development Goals - SDGs) che prevedono, fra le altre cose:

- eliminare la povertà, la fame e le ineguaglianze;
- intervenire sul cambiamento climatico e preservare l'ecosistema ambientale;
- adottare sistemi di educazione e sanità accessibili a tutti e di qualità;
- costruire solide istituzioni e agire in partnership.

Lo scopo ultimo di questa ambiziosa sfida dell'ONU è coinvolgere le comunità di tutto il mondo nel gettare le basi per la salvaguardia del pianeta e per garantire il benessere a tutti i suoi abitanti.

Al fine di rendere agevole la lettura del profilo di salute, che deve essere adeguato sia a supportare il livello politico nelle scelte programmatiche sia a garantire, a livello tecnico, possibilità articolate di lettura dei bisogni e delle tendenze emerse e comparabilità nel tempo dei dati contenuti, il profilo è stato articolato nel seguente modo:

- Sintesi del profilo in cui vengono evidenziati i dati più rilevanti e i bisogni più significativi della comunità per ogni capitolo o area di interesse.
- SEZIONE A, in cui si fa riferimento al contesto geografico, demografico, sociale ed economico di San Marino.
- SEZIONE B, riguardante i determinanti prossimi di salute, fa riferimento all'ambiente di vita e di lavoro (qualità ambientale sammarinese - aria, acqua ed effetti climatici - sicurezza lavorativa, stradale e domestica) e agli stili di vita (fumo, alcool, uso di sostanze stupefacenti, alimentazione e attività fisica).
- SEZIONE C, riguardante la salute della popolazione sammarinese attraverso la lettura di dati di mortalità, le principali malattie e le condizioni di particolare rilevanza sanitaria e sociale.

I dati dei capitoli 1 e 2 hanno come fonte ed elaborazione dati l'Ufficio Informatica, Tecnologia, Dati e Statistica della PA.

Le informazioni di tipo sanitario e socio-sanitario hanno come fonte dati le informazioni fornite dai Servizi dell'ISS.

Altri dati (es, inquinamento, rifiuti, ecc ...) sono stati forniti da altri Uffici della PA (UPAV e AASS). Le elaborazioni e le informazioni contenute nel Profilo di Salute fanno riferimento agli ultimi dati a disposizione.

Si ringraziano tutti gli Uffici della PA e dell'ISS per il contributo fornito per le parti di competenza.

SINTESI DEL PROFILO

A - IL CONTESTO LOCALE, LA DEMOGRAFIA E LE CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE

1) IL TERRITORIO

La Repubblica di San Marino si estende su una superficie di 61,20 kmq ed è suddivisa amministrativamente in 9 frazioni denominate "Castelli" con diverse dimensioni territoriali, popolazioni e densità di popolazione.

Alcuni Castelli sono più urbanizzati e con alta densità abitativa, altri sono più rurali. Vi sono infine zone territoriali in cui sono presenti insediamenti industriali/artigianali intorno ai quali si sono sviluppate anche zone residenziali.

La densità di popolazione nel complesso è pari a 552,52 abitanti per kmq. Raggiunge il valore di 1.092,49 nel Castello di Serravalle, il più densamente popolato, e 158,51 a Faetano, che invece ha la densità abitativa più bassa.

La densità abitativa continua ad aumentare rispetto alle rilevazioni precedenti ed è superiore rispetto ai valori dei comuni italiani limitrofi.

2) DEMOGRAFIA

Vista la progressiva diminuzione delle nascite la popolazione sammarinese si mantiene con un leggero aumento grazie alla positività del flusso migratorio in ingresso.

Al 31 Dicembre 2022 vivono a San Marino 35.128 persone (33.812 residenti; 1.316 soggiornanti). I cittadini stranieri sono 5.616.

La natalità è in progressivo calo e dal 2017 c'è un saldo naturale negativo (nel 2022, a fronte di 205 nati, i decessi sono stati 263). Il quoziente di natalità ha avuto una diminuzione negli ultimi 2 quinquenni, passando da circa il 10 per mille abitanti nel periodo 2008-2012 a 8,38 nel periodo 2013-2017 e 6,59 nell'ultimo quinquennio 2018-2022. Quest'ultimo valore è inferiore sia a quello europeo (10,2) e all'Italia (6,8)².

La popolazione sammarinese ha raggiunto livelli di aspettativa di vita alla nascita molto elevati, pari a 85,08 (83,17 anni per gli uomini e 86,96 anni per le donne), ponendo San Marino fra i paesi con la più alta aspettativa di vita.

Altro aspetto importante è l'invecchiamento della popolazione con un indice di vecchiaia pari a 164,64 ultra-sessantacinquenni ogni 100 individui tra 0 e 14 anni.

La popolazione dal punto di vista territoriale risulta maggiormente concentrata nei Castelli di Serravalle (33%), di Borgo Maggiore (21%), di San Marino-Città (13,0%) e Domagnano (10%).

L'età media della popolazione residente sammarinese è pari a 45,14 anni. Si riscontrano differenze significative a San Marino-Città e a Domagnano, i Castelli con l'età media maggiore della media complessiva sammarinese, mentre Montegiardino, Faetano ed Acquaviva sono i Castelli con l'età media più bassa.

3) ASPETTI SOCIO-ECONOMICI

ISTRUZIONE

Nell'anno 2020/2021 gli iscritti negli istituti scolastici e nei servizi educativi per l'infanzia sammarinesi sono 4.395.

A San Marino i servizi educativi per la prima infanzia assicurano un'alta copertura del fabbisogno potenziale, attestandosi al 45,2% nel 2022, in linea con l'obiettivo previsto dall'Agenda di Barcellona del Consiglio Europeo fissato al 45%.

Al 31 dicembre 2019, circa l'11% della popolazione sammarinese è in possesso della licenza elementare, il 32% della licenza di scuola media inferiore, il 28,4% del diploma di scuola media superiore, il 7,2% di un diploma di qualifica e l'15,6% di un diploma universitario o una laurea. Dal confronto con il 2004 è aumentata la percentuale di popolazione con diplomi e lauree, pertanto la popolazione risulta essere maggiormente istruita.

REDDITO

Nel 2021 la retribuzione media per dipendente (pubblico e privato) è di € 27.533, con reddito medio maggiore del dipendente del settore pubblico (€ 34.704) rispetto al lavoratore dipendente del settore privato (€ 26.039). Tale forbice si mantiene costante nel tempo.

² Statistical Atlas - Eurostat regional yearbook 2022

IMPRESE

Il numero delle imprese nel periodo considerato (2004-2021) aveva raggiunto in passato il valore massimo nel 2008 (6.438) per poi decrescere progressivamente negli anni successivi, fino ad arrivare a 5.049 imprese nel 2021.

Il numero di dipendenti nel settore privato è diminuito a partire dal 2008 (15.975) fino al 2014 (14.592) per poi riprendere a crescere nuovamente fino al 2022, raggiungendo un numero di dipendenti pari a 17.409.

Il sistema produttivo sammarinese si basa prevalentemente su attività legate al commercio, alle attività professionali, scientifiche e tecniche, ad altre attività e servizi e alle costruzioni. Si evidenzia che, rispetto al 2004, le attività del commercio, quelle professionali, scientifiche e tecniche e le attività legate alle costruzioni sono diminuite, mentre si registra un aumento delle altre attività di servizi e delle attività immobiliari.

LAVORO

Il tasso di occupazione interno nel periodo considerato (2004-2022) è diminuito, soprattutto a causa dell'ultima crisi economica del 2008 fino al 2015 per poi stabilizzarsi negli anni successivi intorno al 70%, attestandosi nel 2021 e 2022 rispettivamente al 68,02% e 68,58%.

Da sottolineare come permanga nel tempo una sostanziale differenza di genere, con i tassi di occupazione interni femminili sempre inferiori a quelli maschili, anche se negli ultimi anni il divario si sta riducendo per un incremento maggiore dei tassi di occupazione interni femminili.

Il tasso di occupazione giovanile è in calo nel periodo considerato (2004 -2022), con una spiccata differenziazione di genere a svantaggio delle donne.

La percentuale dei lavoratori frontalieri oscilla in un range tra il 26% del 2016 e 31% del 2022 sul totale dei lavoratori.

Il tasso di disoccupazione in senso stretto, stabile a circa l'1,5% dal 2004 al 2008, è aumentato considerevolmente soprattutto a causa della crisi economica globale, fino ad arrivare al 7,59% nel 2015. Negli anni seguenti si registra una riduzione della disoccupazione, fino a raggiungere il 3,12% nel 2022. I tassi di disoccupazione femminile sono sempre superiori di quelli maschili.

Il tasso di disoccupazione giovanile in senso stretto, in riduzione, si attesta all'8,49% nel 2022, registrando anche in questo caso un gap fra ragazzi e ragazze, a svantaggio di quest'ultime, anche se in riduzione rispetto gli anni precedenti.

PENSIONI

Il numero delle pensioni erogate è in costante crescita, soprattutto per quanto riguarda le pensioni di invalidità e vecchiaia e pensioni privilegiate.

Si evidenzia, inoltre, un aumento delle nuove pensioni, dovuto soprattutto all'incremento dell'aspettativa di vita.

La crisi economica, che a partire dal 2008 ha inciso anche sulle dinamiche del lavoro, unitamente ai mutamenti demografici, come ad esempio il progressivo invecchiamento della popolazione e il calo della natalità, mettono inevitabilmente in forte tensione l'attuale sistema pensionistico.

B - I DETERMINANTI DI SALUTE

1) L'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

L'AMBIENTE FISICO E L'ARIA CHE RESPIRIAMO

A San Marino l'aria nel 2022 è risultata essere buona per 121 giorni, accettabile per 232 e mediocre per 12, non risultando mai stata scadente o pessima.

La produzione di rifiuti urbani nel 2022 è stata pari a 15.354 T, che equivale a 454 kg per abitante, mentre la raccolta differenziata ha raggiunto il 43 %.

SICUREZZA IDRICA E ALIMENTARE

Nell'anno 2020 sono stati analizzati 870 campioni prelevati dalla rete idrica ed è emerso che il 6% dei campioni è risultato non conforme per l'acqua destinata al consumo umano, mentre non si registrano non conformità per quel che riguarda l'acqua potabile.

Dai controlli effettuati da parte del Dipartimento Prevenzione - Servizio di Sanità Veterinaria e Igiene Alimentare, nel 2022 sono state riscontrate 3 tossinfezioni alimentari, mentre non si registrano casi nel 2021.

GLI EFFETTI DEI CAMBIAMENTI CLIMATICI

Dai dati a disposizione non si registrano eccessi di mortalità o ricoveri dovuti agli effetti dei cambiamenti climatici quali ondate di calore o aumento di malattie infettive trasmesse da vettori. E' necessario, tuttavia, implementare un sistema di allerta rapido per valutare gli effetti che il cambiamento climatico può avere sui residenti a San Marino.

LA SICUREZZA LAVORATIVA, STRADALE E DOMESTICA

Nel 2022 le denunce per incidenti sul lavoro sono state 432, in calo rispetto al 2021, anche se nel 2022 si è registrato un incidente mortale.

Nel corso del 2022, si sono verificati 124 incidenti stradali con 166 feriti e 1 morto, con un trend in salita per incidenti e feriti, mentre per gli incidenti mortali si sono registrate variabilità negli anni dovuto ai piccoli numeri. Gli incidenti hanno coinvolto principalmente i conducenti (81,3% dei feriti) e soprattutto gli uomini, che rappresentano il 57% dei feriti e il 100% dei morti. Le cause più comuni registrate come evento causale dell'incidente stradale sono l'eccesso di velocità, il mancato rispetto di segnaletica stradale come lo stop o la precedenza, la distrazione alla guida o l'andamento indeciso e le manovre di sorpasso.

Per quanto riguarda gli infortuni domestici nel 2022 si sono verificati 1.652 incidenti, in aumento rispetto al biennio precedente. Gli accessi in Pronto soccorso a causa di incidenti domestici nel 2021 e 2022 hanno tra le principali cause le cadute, i traumatismi e le ferite da taglio. Nel periodo 2017-2022 il numero maggiore di vittime di infortuni domestici sono di sesso femminile anche se, analizzando i dati per fascia di età, riguarda soprattutto le donne più anziane. I bambini nel periodo considerato rappresentano oltre il 10% degli infortunati. Negli adulti, invece, sono più i maschi ad essere coinvolti.

2) GLI STILI DI VITA

ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA: OBESITÀ E SOVRAPPESO

I dati relativi agli stili di vita quali alimentazione e attività fisica sono riferiti alle indagini rivolte ai bambini e agli adolescenti.

Dall'indagine *Okkio alla Salute*³ effettuata nel 2019 emerge che il 25.91% dei bambini di 8 anni è in sovrappeso o obesi, il 55,9% fa una colazione qualitativamente adeguata, il 19.5% consuma la frutta 2-3 volte al giorno, e il 28.3% la consuma verdure 2-3 volte al giorno, il 13% sono fisicamente non attivi, il 60.9% guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 35.8% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 3% per almeno 5 ore.

Dall'indagine *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)⁴ del 2018, rivolta ai ragazzi di 11-13-15 anni, l'81% risulta essere normopeso, il 3,3% è sottopeso, mentre sono in sovrappeso e obesi rispettivamente il 14.0% e l'1.8%, il 18% non fa mai colazione dal lunedì al venerdì e il 7,5% nel fine settimana, il 2.3% dei ragazzi di 11 anni, il 3.2% dei ragazzi di 13 anni ed il 9% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte degli intervistati dichiara di fare attività fisica da 4 a 7 volte a settimana; in riferimento a comportamenti sedentari si osserva come durante i giorni di scuola il tempo passato davanti alla TV per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 75.4% degli undicenni il 69.4% dei tredicenni ed il 74.2% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Durante il fine settimana si osservano sostanziali aumenti di ore passate davanti Tv per tutte le fasce di età.

Infine, dallo studio "COSI-COVID", indagine dell'OMS sull'impatto della pandemia COVID su nutrizione, attività fisica e benessere dei bambini, emerge che il COVID-19 ha inciso negativamente sui bambini oggetto dello studio, aumentando i fattori di rischio per l'obesità.

³ Sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità e i fattori di rischio correlati nei bambini delle scuole primarie (8 anni).

⁴ Sistema di sorveglianza sui Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (11, 13 e 15 anni)

FUMO, ALCOL E USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Secondo i dati dell'indagine Global Youth Tobacco Survey (GYTS)⁵, una buona percentuale di ragazzi dai 13 ai 15 anni fumano o hanno provato a fumare (nel 2010 il 26.9%, nel 2014 il 27.9%, nel 2018 il 23,9%). Di questi una discreta percentuale sono rimasti fumatori (nel 2010 il 11.2%, nel 2014 il 12.9%, nel 2018 il 6%). Risulta essere in aumento l'uso di sigarette elettroniche nei 14enni e 15enni.

In riferimento al consumo di alcol fra i giovani, rilevato attraverso l'indagine HBSC, la maggior parte dei ragazzi intervistati tra gli 11 e i 13 anni ha dichiarato di non aver "mai" bevuto alcol; tale percentuale si riduce, però, con l'aumentare dell'età, passando dal 75,9% degli undicenni al 65,3% dei tredicenni sino al 34,1% dei quindicenni. Il fenomeno dell'ubriacatura aumenta con l'aumentare dell'età (il 18,8 % dei quindicenni si sono ubriacati almeno una volta).

Per quanto riguarda il consumo di sostanze stupefacenti, gli utenti in carico alla UOC Salute Mentale – UOS Dipendenze Patologiche nel 2022 sono 85, di cui 64 maschi e 21 femmine, e l'età media è 40 anni. I nuovi casi nel 2022 sono stati 15, tra cui 3 minorenni. In riferimento alle persone sottoposte a esperimento probatorio o affidamenti in prova per stupefacenti, si evidenzia un aumento del numero di minori, che nell'anno in corso risultano essere 26. Dall'indagine HBSC sul consumo di cannabis, l'88,6% dei ragazzi intervistati dichiara di non avere mai fumato cannabis, mentre l'1,9% dichiara di fumare cannabis 30 giorni o più (si possono considerare fumatori abituali).

C - LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

1) MORTALITÀ

Nel 2020, anche per effetto della pandemia, sono decedute 343 persone, pari a 10,2 ogni 1.000 abitanti. Il quoziente di mortalità sta tornando sui valori medi pre-pandemici, attestandosi al 7,39 per mille nel 2022.

La mortalità colpisce in maggioranza la popolazione con età superiore ai 74 anni. Negli ultimi 10 anni, le persone di età superiore ai 74 anni, rappresentano, in media, il 76% dei decessi.

Le principali cause di morte nel periodo 2004-2022 sono le "malattie cardiovascolari" (38,3%) e le "neoplasie" (31,6%), mentre le "malattie dell'apparato respiratorio" (7,9%) si attestano al terzo posto. In crescita la mortalità per "demenze e malattie del sistema nervoso", dovuta soprattutto al progressivo invecchiamento della popolazione.

Nel 2020 le morti causate dal COVID-19 sono state il 17% dei decessi totali, colpendo soprattutto pazienti prevalentemente anziani e portatori di altre comorbidità (cardiologiche, respiratorie, neoplastiche, ecc.).

A San Marino – dall'analisi comparativa tra i due quinquenni 2012-2016 e 2017-2021, valutando le 3 principali cause di morte della popolazione per sesso con meno di 75 anni e con più di 75 anni, ad esclusione dei decessi attribuiti al Covid19 – emerge che per la popolazione under 75 anni, in entrambi i quinquenni, le principali cause di morte per entrambi i generi sono le neoplasie, mentre nelle età più avanzate sono più frequenti le morti per malattie cerebrovascolari, cardiovascolari e respiratorie. Inoltre nel quinquennio 2012-2016 nella popolazione fino a 74 anni, il tumore al polmone è la prima causa di morte, seguito dai tumori dello stomaco e della prostata per i maschi e dal tumore della mammella e del cervello per le femmine. Nel quinquennio successivo il tumore del polmone è al primo posto per entrambi i generi. Si evidenzia inoltre un aumento del tumore del pancreas per entrambi i generi. La Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è la terza causa di morte per i maschi.

A San Marino, nel quinquennio 2017-2021 sono state registrate 182 morti evitabili su 1.369 decessi (13,2%). Inoltre, dal calcolo degli anni di vita perduti, si evidenzia che nel lo stesso periodo sono stati persi 4.420 anni di vita (in media 24,3 per ogni singolo decesso).

⁵ Sistema di sorveglianza sul comportamento degli adolescenti rispetto all'uso del tabacco: La sorveglianza è un'indagine, che affianca le rilevazioni del progetto Health Behaviour in School-aged Children (Hbsc), promosso dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'Oms, nel monitoraggio dei comportamenti a rischio legati alla salute dei ragazzi nella fascia di età 11-15 anni. Nello specifico, mentre Hbsc è rivolto a ragazzi di 11, 13 e 15 anni, Gyts indaga, in maniera specifica, le abitudini legate al fumo in ragazzi dai 13 ai 15 anni. Si svolge ogni 4 anni. GYTS sull'uso del tabacco nei giovani

2) LE PRINCIPALI MALATTIE E LE CONDIZIONI DI PARTICOLARE RILEVANZA SANITARIA E SOCIALE

Le malattie infettive notificate a San Marino nel 2022, ad esclusione del COVID-19, sono state 68, in aumento rispetto al 2021. Si dovrà comunque valutare un'eventuale sottostima delle notifiche. Fra le malattie più frequenti nei paesi della Regione Europea dell'OMS, nell'ultimo anno di riferimento non è stato notificato nessun caso di tubercolosi, mentre è stato segnalato un nuovo caso di HIV. Inoltre sono stati registrati focolai di varicella, casi di scabbia e casi di malattie sessualmente trasmesse quali sifilide precoce e infezioni gonococciche. I pazienti con epatite B in carico all'ISS nel 2021 sono stati 31, mentre per quanto riguarda l'epatite C sono stati curati circa 51 pazienti (nel 2021 i pazienti ancora da trattare erano 17).

I tassi di adesione alle campagne di vaccinazione obbligatoria in età pediatrica sono alti, anche se non raggiungono ancora i valori definiti dall'OMS per garantire la protezione della popolazione nel suo complesso. Inoltre la pandemia COVID -19 ha inciso negativamente sul tasso di adesione dell'ultimo periodo.

In riferimento all'epidemia di SARS-CoV-2, dal confronto delle 3 ondate emerge quanto segue. La prima (febbraio-giugno 2020) è durata meno delle altre ondate ma è stata più letale e ha stressato maggiormente il servizio sanitario pubblico, in particolare per la gestione dei ricoveri in isolamento e terapia intensiva. La seconda ondata (ottobre 2020 – maggio 2021) è caratterizzata da una maggior durata, mantenendo comunque abbastanza alto l'impatto sui servizi sanitari, da una letalità più bassa rispetto la prima ondata e dai benefici del vaccino a partire da fine aprile 2021. Nella terza ondata (luglio 2021-luglio 2022), pur in presenza di un numero elevato di casi, è stato registrato un minor impatto sull'assistenza ospedaliera e un tasso di occupazione posti letto in area isolamento e terapia intensiva per COVID-19 al di sotto delle soglie critiche, anche grazie a un alto tasso di vaccinati. La copertura vaccinale si è attestata al 74,5% della popolazione assistita (per gli over 12 è dell'84% con ciclo vaccinale completo e del 63,6% con dose booster-richiamo). Nella terza ondata si registra il fenomeno delle reinfezioni, con il picco massimo del 33,8% dei nuovi casi nella settimana 11-17 luglio 2022.

Nel territorio sammarinese le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la prima causa di morte. I ricoveri per malattie cardiovascolari presso l'Ospedale di Stato nel 2022 sono stati 368, circa il 10% di tutte le diagnosi di dimissione), in aumento rispetto l'anno precedente. La prima causa per ricovero cardiologico nell'Ospedale di Stato è attribuibile all'insufficienza cardiaca, mentre i ricoveri fuori territorio sono in media 156 l'anno e riguardano maggiormente gli interventi su valvole cardiache e altri interventi cardiotoracici e gli interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore. In riferimento alle malattie cerebrovascolari, si evidenzia che nel 2022 ci sono stati 117 ricoveri per malattie cerebrovascolari (il 3,2% di tutte le dimissioni). Si evidenzia che il Servizio di Neurologia nel 2022 ha gestito 36 eventi cerebrovascolari (ictus), con 9 decessi e 6 disabilità gravi.

I tumori a San Marino rappresentano la seconda causa di morte. Nel 2022 i ricoveri ordinari per neoplasie sono stati 306 (8,5% di tutte le dimissioni), sono stati ricoverati più uomini (51,3%) e le fasce di età più colpite sono quelle che riguardano gli adulti over 55. I ricoveri in Day Hospital (DH) nel 2022 sono stati 322, con una percentuale maggiore di donne.

La principale neoplasia che colpisce le donne è il tumore della mammella, con una tendenza in aumento nel periodo 2014-2018 rispetto al quinquennio precedente, mentre nell'uomo la neoplasia più frequente è il tumore della prostata, anche se in riduzione, mentre si osserva una maggior frequenza del tumore dello stomaco, che diventa il secondo tumore fra i maschi.

A San Marino sono attivi i programmi di screening del tumore della mammella (adesione del 77,77%), del tumore del collo dell'utero (adesione del 92%) e del tumore del colon-retto (adesione del 67,3%).

Le malattie respiratorie rappresentano la terza causa di morte, rappresentando l'11% dei morti. I ricoveri per malattie respiratorie presso l'Ospedale di Stato sono stati 538, pari al 14,9% di tutti i ricoveri.

A San Marino, i diabetici sono 2.245, con una prevalenza del 6,7%. Nel 2022 sono stati diagnosticati 110 nuovi casi di diabete. Il diabete di tipo 1 è più frequente nelle fasce giovanili, mentre quello di tipo 2 è più frequente nelle fasce di età adulta.

La celiachia ha una prevalenza dello 0,8% e ogni anno vengono diagnosticati in media 13 nuovi casi.

Per quanto riguarda la salute materno-infantile la bassa natimortalità e altri parametri quali ad esempio i tagli cesarei (al 17,6% dei parti nel 2022) e l'allattamento al seno (pari al 74,4% a 3 mesi e al 61,1 % a 6 mesi) testimoniano la buona qualità dei servizi materno-infantili.

A San Marino i reati penali per violenza di genere sono aumentati, passando da 51 nel 2020 a 69 nel 2021. Nel periodo 2018-2021 le lesioni personali sono i reati penali più frequenti e la fascia di età più colpita è quella di 30-39 anni (23, 4%) seguita dalle 40-49enni (21,3%).

Nel 2022 le persone che hanno ricevuto almeno una prestazione presso il servizio di salute mentale dell'ISS sono state 1.424, con accessi più frequenti da parte delle donne (52%). Gli utenti inviati in strutture esterne all'ISS nel 2022 sono stati 58, con il 52% degli utenti presso cliniche psichiatriche, il 15% in strutture psichiatriche lungodegenze, il 15% nel Gruppo Appartamento, il 13% presso Comunità terapeutiche psichiatriche e il 6% presso i Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura. Nel periodo 2011-2022 ci sono stati 31 suicidi (circa 3 suicidi in media all'anno) con una frequenza maggiore fra gli uomini (74%). Nello stesso periodo i tentati suicidi sono stati 80 (circa 7 tentati suicidi in media all'anno) con una frequenza maggiore nelle femmine (63%).

In riferimento alla disabilità, malattie neurodegenerative e problematiche in carico ai servizi socio-sanitari, dai dati forniti dal Servizio di Neurologia dell'ISS, i pazienti con malattie neurodegenerative potenzialmente invalidanti nel 2022 sono 689 e riguardano le demenze (492 casi), sclerosi multipla (125 casi), Parkinson e parkinsonismi (22 casi), polineuropatie periferiche (22 casi), corea di Huntington (14 casi), miastenia gravis (8 casi) e sclerosi laterale amiotrofica (6 casi). Gli utenti con disabilità in carico alla UOSD Disabilità nell'anno 2020 sono 64 (16 presso la Residenza il Colore del Grano, 25 presso i Centri Diurni e 23 presso il Laboratorio Atelier). Vengono inoltre gestiti 86 inserimenti lavorativi. Nell'anno 2022 sono stati seguiti 870 utenti dall'UOC Servizio Minori con un ampio spettro di problemi o patologie (disturbi dell'apprendimento e del linguaggio, trattamenti fisiatrici, sindromi genetiche, disturbi dello spettro autistico, ecc...).

In riferimento alla popolazione anziana, da uno studio effettuato dall'Authority nel 2018 sui gradi di fragilità della popolazione anziana sammarinese, appartengono alla categoria ad alto grado di fragilità il 24 % degli anziani, pari a 1.602 individui, quelli con un grado di fragilità medio sono 2.869 (44%), mentre gli anziani con un grado di fragilità basso sono 2.135 (32%). In riferimento all'utilizzo dei Servizi da parte della popolazione anziana, emerge che gli assistiti ISS con più di 65 anni rappresentano il 21,4% e utilizzano maggiormente i nostri servizi sanitari e socio-sanitari. Infatti il 50% dei ricoveri, il 36% di tutte le visite dei medici di medicina generale e il 31% accessi in Pronto Soccorso riguardano questa fascia di popolazione. Inoltre il 79% degli anziani ha avuto uno o più piani terapeutici. Gli utenti attualmente in carico alla Residenza Assistenziale per Anziani (RSA Il Casale LA Fiorina) sono 116, mentre gli anziani in carico al Servizio Domiciliare Territoriale (SDT) nel 2022 sono stati 1.153 (30,53% M; 69,47% F). Gli utenti non autosufficienti del SDT sono 306, pari al 27%, quelli parzialmente autosufficienti sono 586, pari al 51%, mentre 261 sono non autosufficienti e rappresentano il 23%. Gli anziani che frequentano il Centro Diurno ISS – struttura che mira a favorire le relazioni sociali e offrire attività di tipo ricreativo e culturale al fine di rafforzare lo stato di salute e di autonomia delle persone anziane – sono in media 20 al giorno.

SEZIONE A - IL CONTESTO LOCALE, LA DEMOGRAFIA E LE CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE



1) IL TERRITORIO

Il territorio e l'ambiente in cui viviamo e lavoriamo sono fondamentali per il benessere della popolazione.

In particolare le città e gli insediamenti urbani ricoprono un ruolo rilevante nelle strategie dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, soprattutto se si considera che ci vivono più della metà dell'intera popolazione mondiale: da un lato fungono da centri sociali, economici e culturali, dall'altro concentrano diverse problematiche, come ad esempio l'eccessiva emissione di CO₂, il consumo energetico e la gestione della mobilità.

Riconoscendone questa centralità e considerando che la qualità della vita dipende in buona parte dallo sviluppo sostenibile delle città e delle comunità locali, l'obiettivo 11 dell'Agenda 2030 –



Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili

– viene declinato in sotto-obiettivi che pongono l'attenzione sui seguenti aspetti: garantire a tutti l'accesso a un alloggio e a servizi di base adeguati e sicuri; assicurare sistemi di trasporto sicuri, migliorare la sicurezza stradale, in particolare ampliando i mezzi pubblici, con particolare attenzione alle esigenze di chi è in situazioni vulnerabili (es. bambini, persone con disabilità e anziani); promuovere un'urbanizzazione inclusiva e sostenibile e la capacità di pianificazione e gestione partecipata e

integrata dell'insediamento umano; rafforzare gli impegni per proteggere e salvaguardare il patrimonio culturale e naturale; ridurre in modo significativo il numero di morti e il numero di persone colpite da calamità, compresi i disastri provocati dall'acqua, e ridurre in modo sostanziale le perdite economiche dirette in termini di prodotto interno lordo globale dovute ai disastri naturali, con una particolare attenzione alla protezione dei poveri e delle persone in situazioni di vulnerabilità; ridurre l'impatto ambientale negativo pro capite delle città, in particolare riguardo alla qualità dell'aria e alla gestione dei rifiuti; fornire l'accesso universale a spazi verdi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili, in particolare per le donne e i bambini, gli anziani e le persone con disabilità; sostenere rapporti economici, sociali e ambientali positivi tra le zone urbane, periurbane e rurali, rafforzando la pianificazione dello sviluppo nazionale; aumentare notevolmente il numero di città e di insediamenti umani che adottino e attuino politiche e piani integrati orientati verso l'inclusione, verso l'efficienza delle risorse, verso la mitigazione e verso l'adattamento ai cambiamenti climatici, la resilienza ai disastri.

Risulta quindi molto utile conoscere il contesto del territorio sammarinese e della sua popolazione.

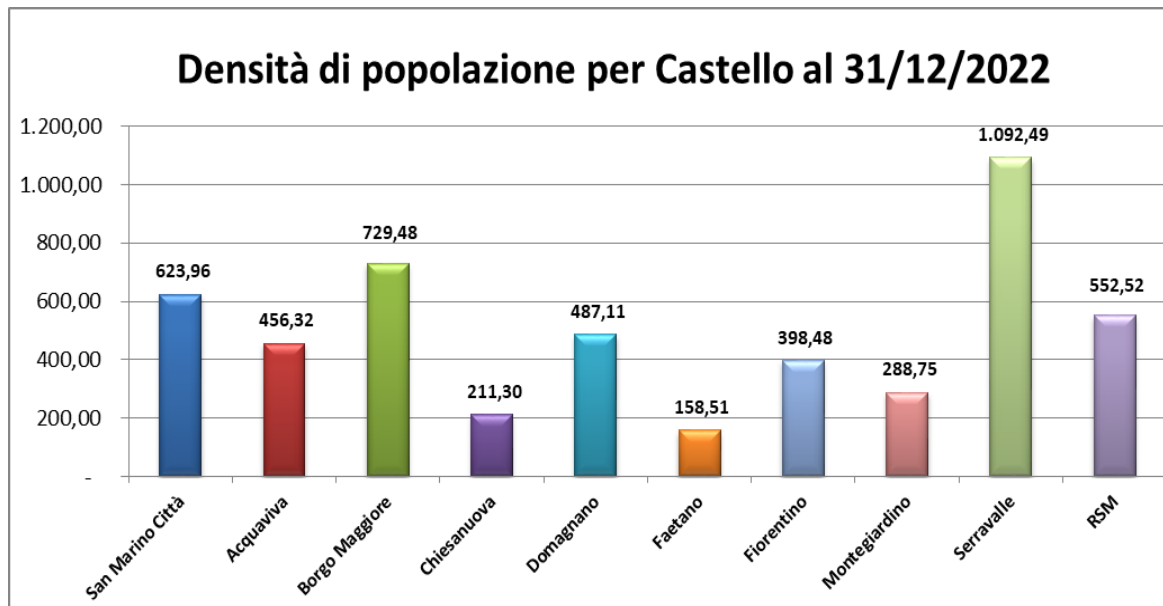
La Repubblica di San Marino si estende su una superficie di 61,2 kmq su un terreno prevalentemente collinare, confinante con la provincia di Rimini e la provincia di Pesaro-Urbino. La popolazione ammonta, al 31/12/2022, a 33.812 residenti e 1.316 soggiornanti arrivando così nel complesso a una popolazione presente pari a 35.128.

Il territorio si suddivide amministrativamente in 9 frazioni denominate "Castelli" con diverse dimensioni territoriali, popolazioni e densità di popolazione.

Alcuni Castelli sono più urbanizzati e con alta densità abitativa, altri sono più rurali. Vi sono infine zone territoriali in cui sono presenti insediamenti industriali/artigianali intorno ai quali si sono sviluppate anche zone residenziali.

La densità di popolazione nel complesso è pari a 552,52 abitanti per kmq al 31/12/2022, ma raggiunge il valore di 1.092,49 nel Castello di Serravalle, il più densamente popolato, e 158,51 a Faetano, che invece ha la densità abitativa più bassa.





La densità abitativa continua ad aumentare rispetto alle rilevazioni precedenti (vedi aumento negli ultimi 25 anni) ed è superiore rispetto ai valori dei comuni limitrofi (Rimini 369, Pesaro 169).

2) DEMOGRAFIA

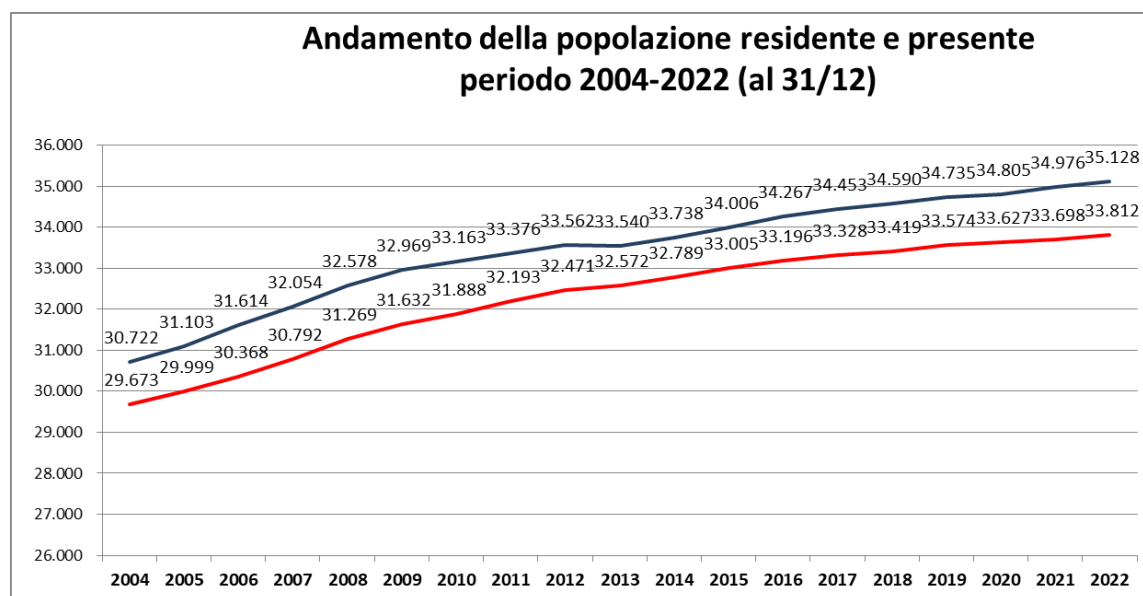
Gli scenari demografici incidono fortemente sulle scelte delle politiche di salute.

Nel contesto europeo, con particolare riguardo alla "vecchia Europa" in cui si colloca San Marino, il calo della natalità e l'invecchiamento della popolazione incidono fortemente sull'andamento demografico, soprattutto se non è accompagnato da movimenti migratori positivi e da una bassa speranza di vita in buona salute, influenzando inevitabilmente molti obiettivi, ricompresi nell'Agenda 2030 dell'ONU, per uno sviluppo sostenibile equo, quali, ad esempio:

- Obiettivo 1 - Porre fine a ogni forma di povertà nel mondo,
- Obiettivo 3 - Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età,
- Obiettivo 8 - Promuovere una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per tutti,
- Obiettivo 10 - Ridurre le disuguaglianze fra i paesi e al loro interno,
- Obiettivo 16 - Promuovere società pacifiche e inclusive, giustizia e istituzioni forti.



Profilo demografico del territorio sammarinese

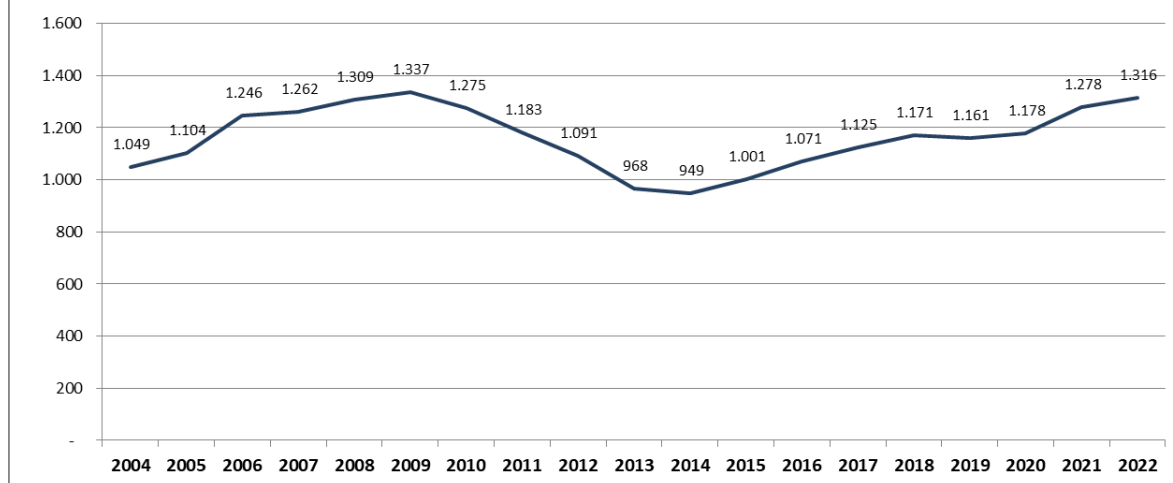


La popolazione residente ha subito un progressivo incremento, pari al 14,3%, tra il 31 dicembre 2004 e il 31 dicembre 2022.

La popolazione presente segue lo stesso andamento della residente, ad esclusione del periodo 2014-2015 dove si registra un arresto della crescita della popolazione soggiornante. Al 31 dicembre 2022 la popolazione presente (residenti + soggiornanti) a San Marino era pari a 35.128 abitanti di cui 17.932 femmine e 17.196 maschi.

La popolazione residente rappresenta, nell'ultimo anno considerato, il 96,25% di quella presente mentre il restante 3,75% è costituito dalla popolazione soggiornante.

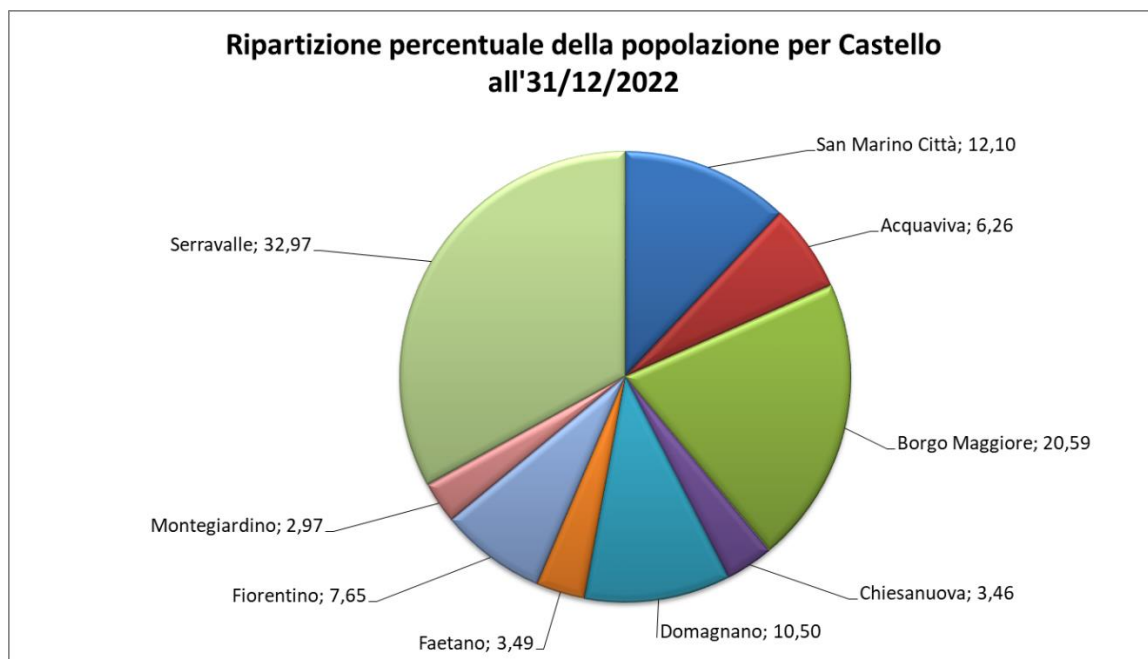
Andamento della popolazione soggiornante periodo 2004-2022 (al 31/12)

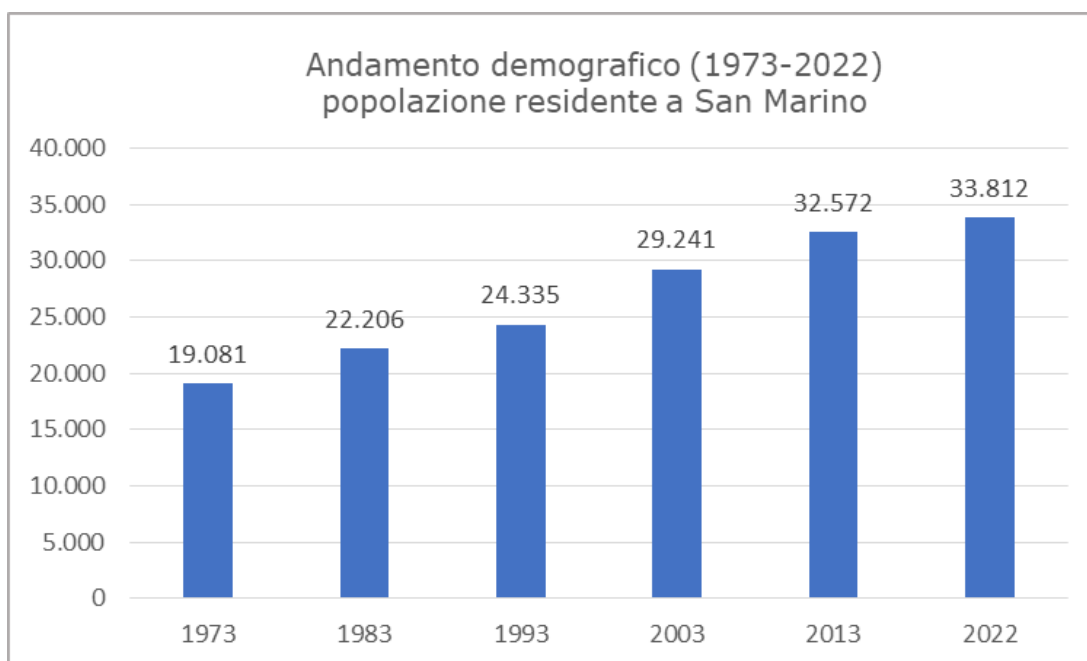


Pur avendo un trend crescente, la variazione percentuale di incremento sull'anno precedente resta fissata intorno al +0,2%/+0,3% per la popolazione residente, mentre si è registrata una variazione maggiore tra il 2020 e il 2021 per la popolazione soggiornante (+8,5%) a seguito dell'ingresso dei profughi ucraini dopo lo scoppio della guerra in Ucraina. La variazione nella popolazione soggiornante è successivamente diminuita tra il 2021 e il 2022 quando è risultata pari al 3%.

La variazione della popolazione soggiornante è più alta per la componente femminile, in cui rientrano anche gran parte delle assistenti familiari che supportano le famiglie sammarinesi nella gestione delle persone anziane e alle quali viene concesso un permesso di soggiorno per lavoro. Se si analizza la ripartizione della popolazione residente per Castello, a Serravalle è presente il 32,97% dei residenti, a Borgo Maggiore il 20,59%, a San Marino Città il 12,10% e a Domagnano il 10,50%.

Ripartizione percentuale della popolazione per Castello all'31/12/2022



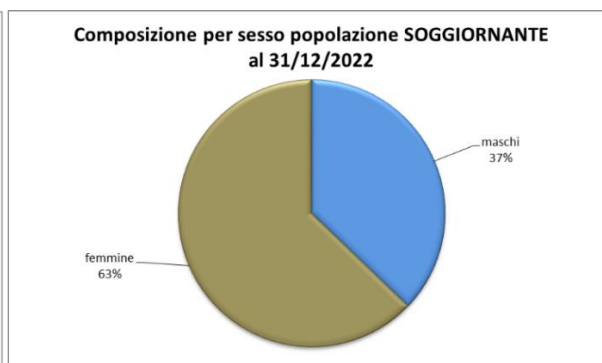
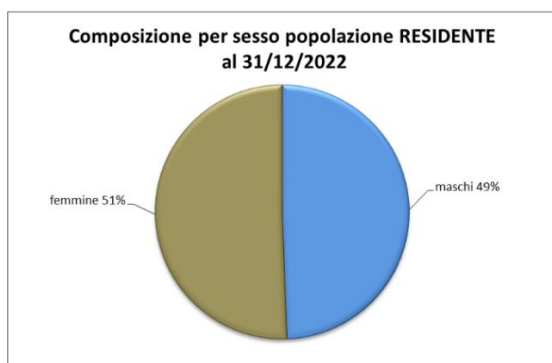


Negli ultimi 50 anni la popolazione sammarinese è passata dai 19.081 residenti del 1973, ai 29.241 del 2003 fino ai 33.812 del 2022.

Composizione per sesso

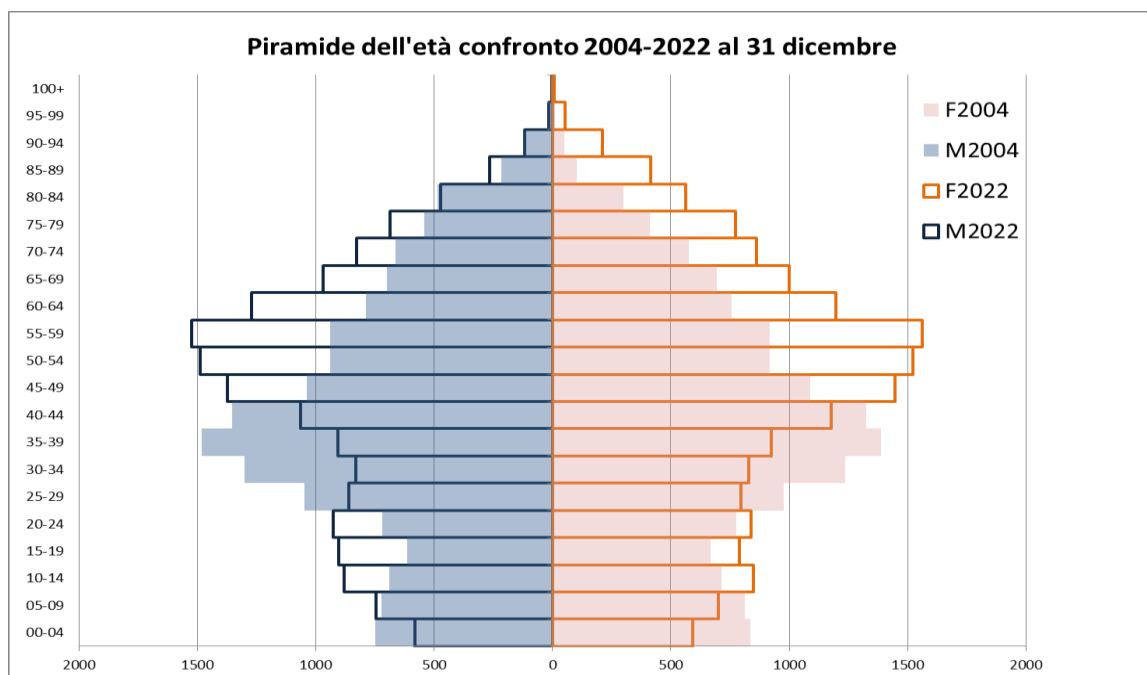
Al 31/12/2022 la composizione per sesso della popolazione residente e soggiornante evidenzia una lieve prevalenza femminile nella popolazione residente (51% contro 49%), mentre la popolazione soggiornante è composta in prevalenza da donne (63% contro il 37%).

Il rapporto uomini-donne, che nel complesso è pari a 0,97, diminuisce a 0,77 per gli ultrasessantacinquenni e a 0,59 per gli ultra ottantaquattrenni.



Composizione per età

La struttura della popolazione residente sammarinese per età è molto cambiata negli ultimi decenni. La piramide confronta i dati delle fasce di età quinquennali per maschi e femmine al 31 dicembre 2004 rispetto al 31 dicembre 2022.



Si nota che è sempre più marcato l'invecchiamento per entrambi i sessi. La classe di età modale (dove si registra la massima frequenza) si è spostata dai 35-39 anni del 2004 ai 55-59 anni del 2022.

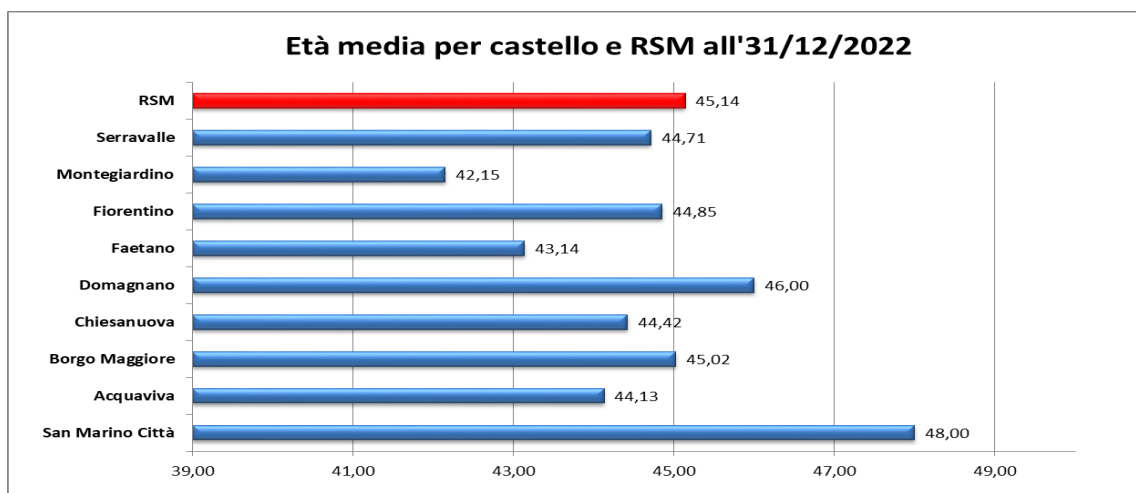
Altro elemento importante di analisi è la base della piramide che evidenzia una notevolmente riduzione dei residenti di entrambi i sessi tra 0-4 anni, fenomeno causato dal repentino calo delle nascite.

Tra i 25 e 40 anni, fascia di età dove le coppie, in genere, decidono di avere figli, cala vistosamente la numerosità per entrambi i sessi, a causa della prima contrazione delle nascite, iniziata dal 1980 in poi.

Dai 45 anni in su la piramide del 2022 è molto più larga di quella del 2004 per entrambi i sessi. Le coorti degli anni 60-70, le più numerose, si spostano verso l'alto, uscendo dalle fasce di età lavorativa.

Nelle fasce di età più alte, dai 70 in su, la piramide del 2022 si discosta da quella del 2004 soprattutto per la componente femminile, che è cresciuta di più numericamente avendo la aspettativa di vita alla nascita più alta.

L'età media della popolazione residente sammarinese è pari a 45,14 anni. Si riscontrano differenze significative a San Marino-Città e a Domagnano, i Castelli con l'età media maggiore della media complessiva sammarinese, mentre Montegiardino, Faetano ed Acquaviva sono i Castelli con l'età media più bassa.



Per effetto della diversa aspettativa di vita tra maschi e femmine, l'età media tra i residenti per la componente femminile è pari nel 2022 a 45,95 anni contro il 44,31 dei maschi. Nella popolazione soggiornante invece l'età media dei maschi è 40,82 e quella delle femmine è pari a 45,64.

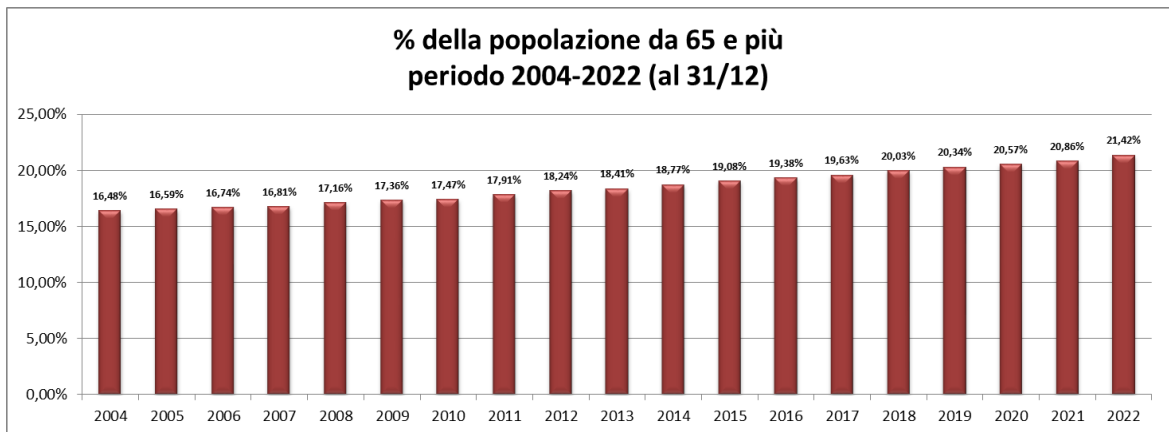
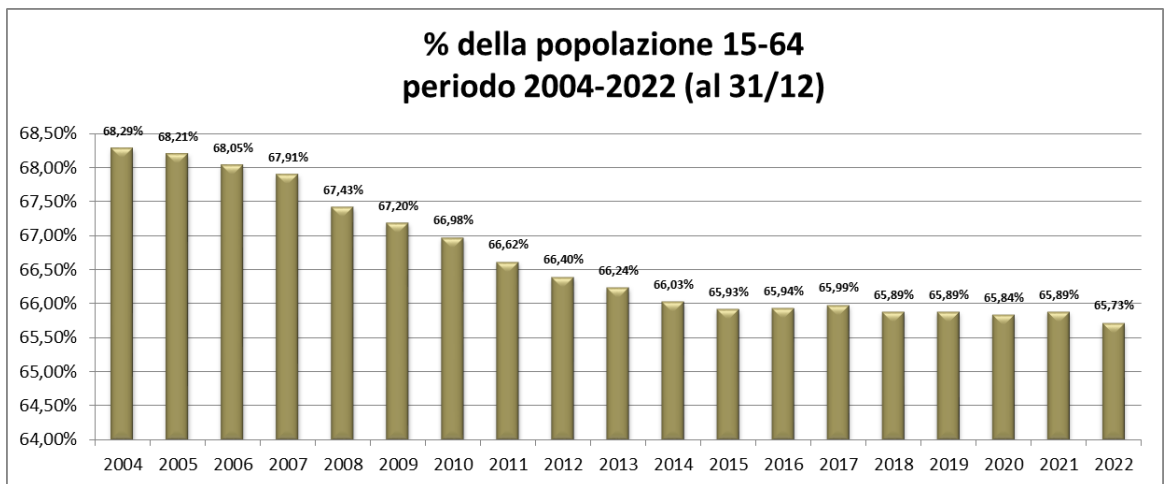
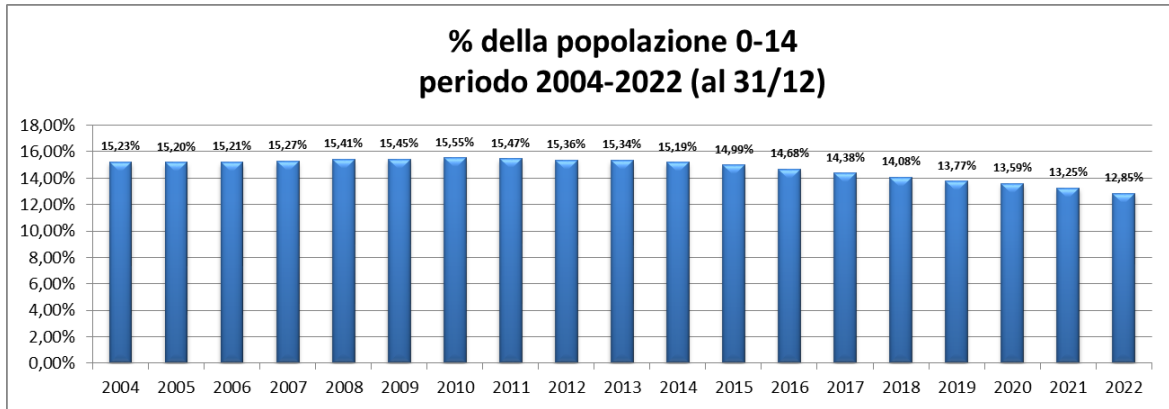
Per analizzare la struttura per età della popolazione si considerano in genere le seguenti tre fasce di età: giovani (0-14 anni), adulti (15-64 anni) e anziani (65 anni e più). In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo progressivo, stazionario o regressivo, a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana. Lo studio di tali rapporti è importante per valutarne l'impatto sul sistema sociale, sul sistema lavorativo e su quello sanitario. La popolazione sammarinese, così come accade nelle zone limitrofe, è di tipo regressivo, in quanto la proporzione dei giovani è inferiore a quella degli anziani. I giovani (0-14 anni) rappresentano a fine 2022 infatti il 12,85%, mentre la fascia over 65 è pari al 21,42%. Inoltre le persone che hanno più di 75 anni rappresentano il 10,6% della popolazione residente. Si segnala che la popolazione di anziani (≥ 65 anni) ha superato quella dei giovani (< 15 anni) nel 1996.

Nei grafici successivi si rileva il trend dei residenti suddivisi nelle tre fasce di età 0-14, 15-64, 65 e oltre tra il 1° gennaio 2005 e il 1° gennaio 2021.

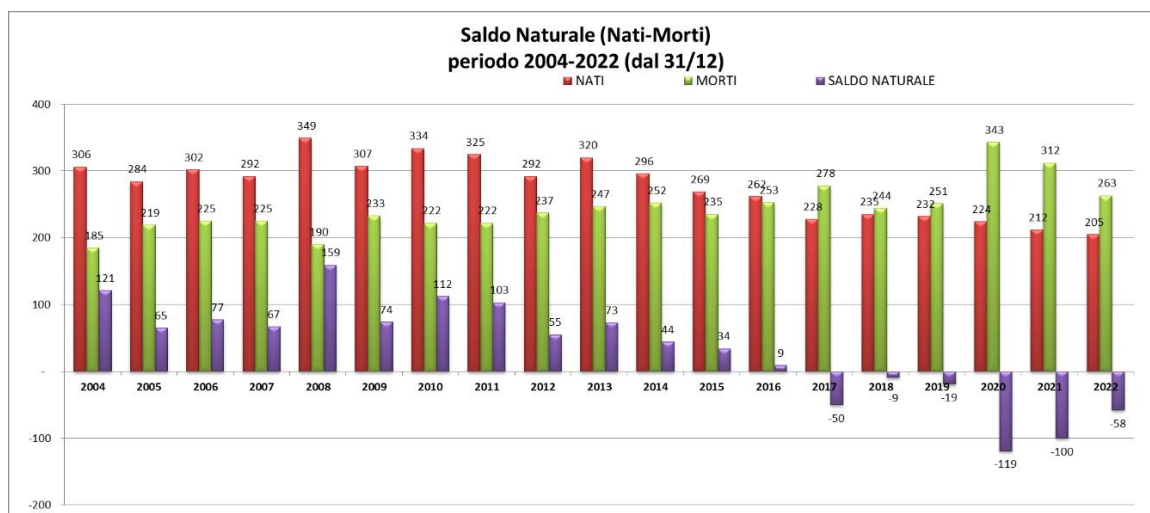
La popolazione tra 0-14 anni sta diminuendo progressivamente il suo peso percentuale sulla popolazione, si è passati infatti da 15,23% del 31 dicembre 2004 a 12,85% del 31 dicembre 2022.

La popolazione tra 15-64 anni (popolazione in età lavorativa) sta diminuendo il suo peso percentuale; si è passati da 68,25% del 2004 a 65,73% del 2022. La diminuzione della % è avvenuta tra il 2004 e il 2016 mentre successivamente si nota una certa stabilità del peso di questa fascia di età fino all'ultimo anno dove si registra un ulteriore lieve decremento.

La popolazione da 65 anni e più sta progressivamente aumentando il suo peso percentuale; si è passati da 16,48% del 2004 a 21,42% del 2022. L'incremento risulta progressivo e costante.



Il bilancio demografico

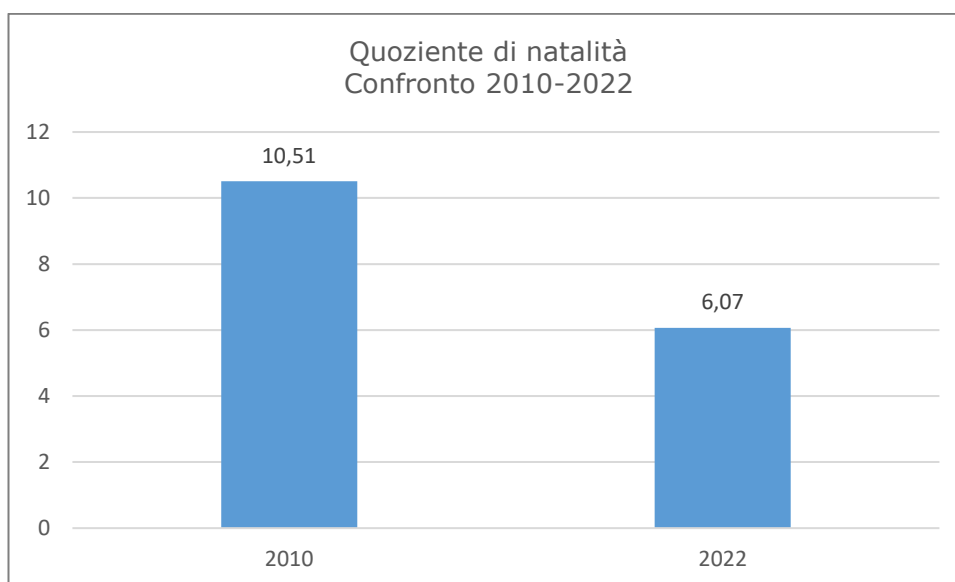


Dai bilanci demografici il saldo naturale negli ultimi 6 anni risulta essere negativo. Nel triennio 2017-2019 la diminuzione era certamente da attribuire soprattutto al calo delle nascite, mentre nel 2020 e 2021 il crollo del saldo naturale è da attribuire, oltre che al calo delle nascite, anche ad un consistente aumento dei decessi dovuto, in buona parte, alla pandemia di COVID-19.

Nati, morti e saldo naturale

Il calo delle nascite, che è iniziato nell'ultimo periodo nel 2014, è dovuto ad una serie di fattori di natura demografica e socio-economica.

Il quoziente di natalità, numero di nati su mille abitanti, è passato da 10,51 per mille abitanti del 2010 a 6,07 del 2022.



Per gli aspetti prettamente demografici va rilevato che le cause principali che hanno contribuito alla consistente diminuzione delle nascite derivano da:

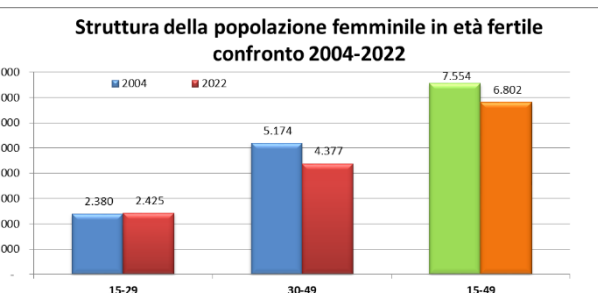
- struttura della popolazione femminile in età feconda (15-49 anni),
- calo della fecondità,
- calo dei matrimoni.

Struttura della popolazione femminile

Per quello che riguarda la struttura demografica della popolazione femminile, si evidenzia che vi è una significativa contrazione delle donne in età feconda tra 15 e 49 anni tra il 2004 e il 2022, con una diminuzione complessiva pari a **-752 unità** (si passa da 7.554 donne in età feconda del 2004 a 6.802 del 2022).

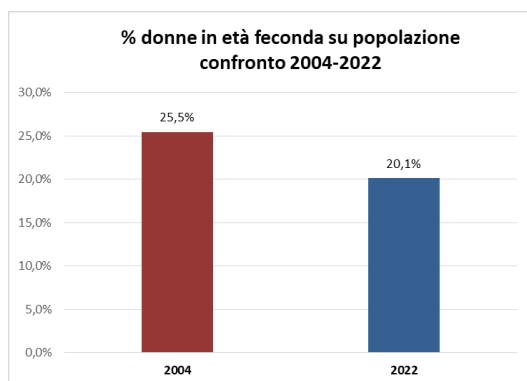
Nelle donne della fascia di età tra i 30 e i 49 anni, dove la maggior parte delle donne decide di avere figli, si ha addirittura una differenza di -797 tra il 2004 e il 2022 (si passa da 5.174 donne in età feconda del 2014 a 4.377 del 2022).

Questo fenomeno si protrarrà probabilmente anche negli anni futuri, in quanto il numero di donne in età feconda continuerà a ridursi a seguito delle contrazioni delle nascite registrate nei decenni a partire dal 1980.



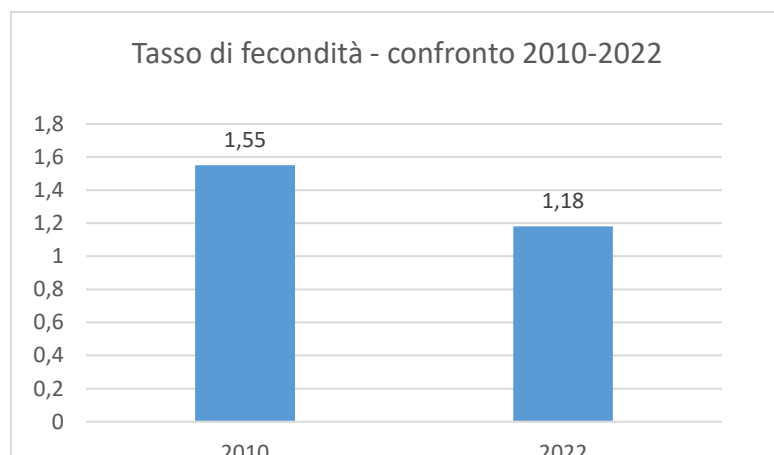
Attualmente le donne tra i 15 e 29 anni sono circa la metà di quelle tra 30 e 49 anni.

Anche in Italia si assiste a un andamento simile e l'Istat ha stimato che l'attuale calo delle nascite è attribuibile per i tre quarti all'effetto struttura della popolazione femminile.

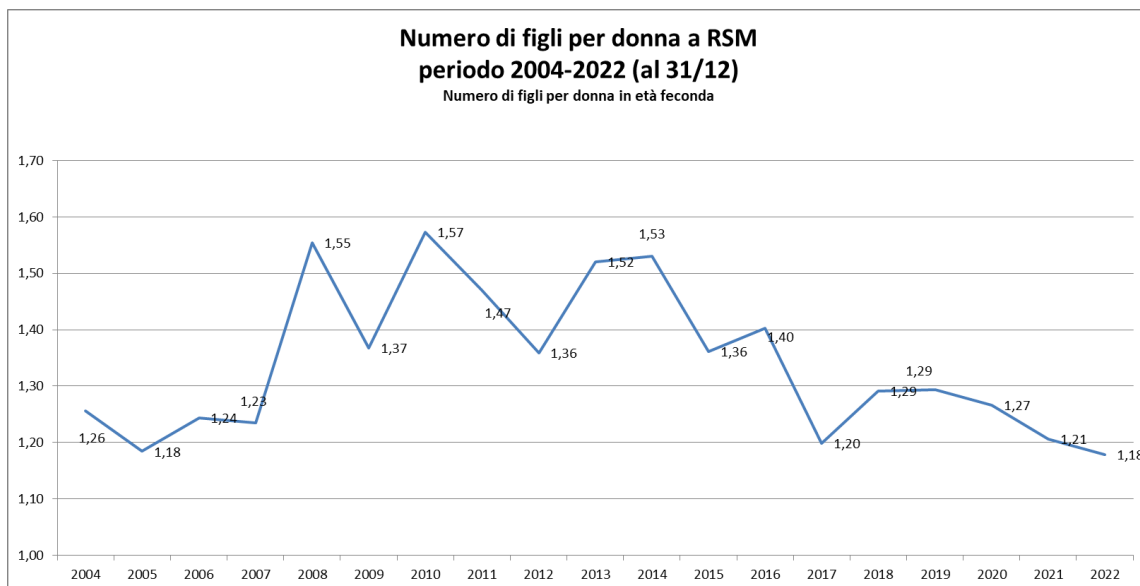


Calo della fecondità

La restante quota dipende invece dalla diminuzione della fecondità, che anche a San Marino ha fatto registrare un tasso di fecondità che è passato da 1,55 figli per donna nel 2008 a 1,18 figli per donna nel 2022.

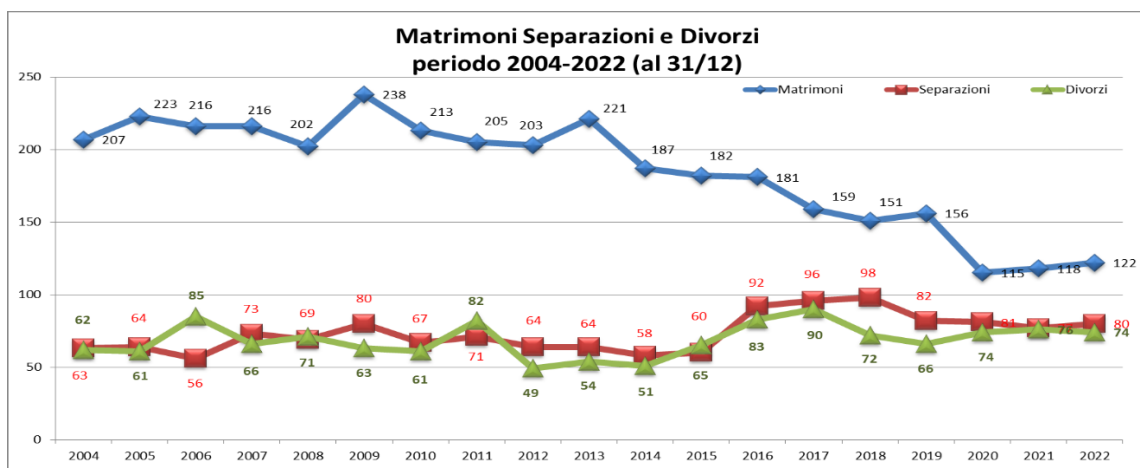


Il tasso di fecondità indica il numero medio di figli per ogni donna. In un'ottica generazionale il tasso di fecondità che assicura ad una popolazione la possibilità di riprodursi mantenendo costante la propria struttura è pari a 2,1 figli per donna.



Matrimoni, separazioni e divorzi

Nel periodo considerato dal 2004 al 2022 si registra una progressiva diminuzione dei matrimoni anche se nell'ultimo triennio pare esservi un leggero incremento. Le separazioni e i divorzi sono aumentati soprattutto tra il 2015 e il 2018 mentre restano stazionari nell'ultimo triennio.

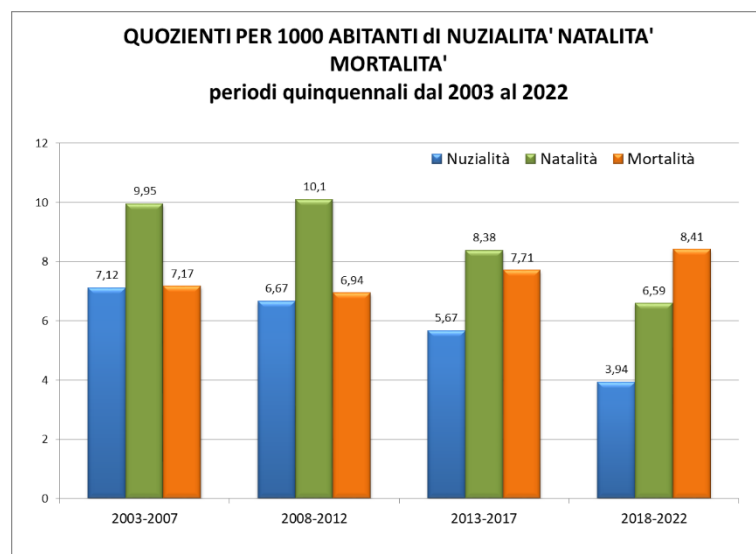


Quozienti demografici

Nuzialità

Nell'ultimo decennio si conferma inoltre un calo importante dei matrimoni. In valore assoluto si è passati da 238 matrimoni del 2009 a 122 del 2022, Il quoziente di nuzialità è passato da 7,12 per mille del quinquennio 2003-2007 a 3,94 per mille nel quinquennio 2018-2022.

Natalità

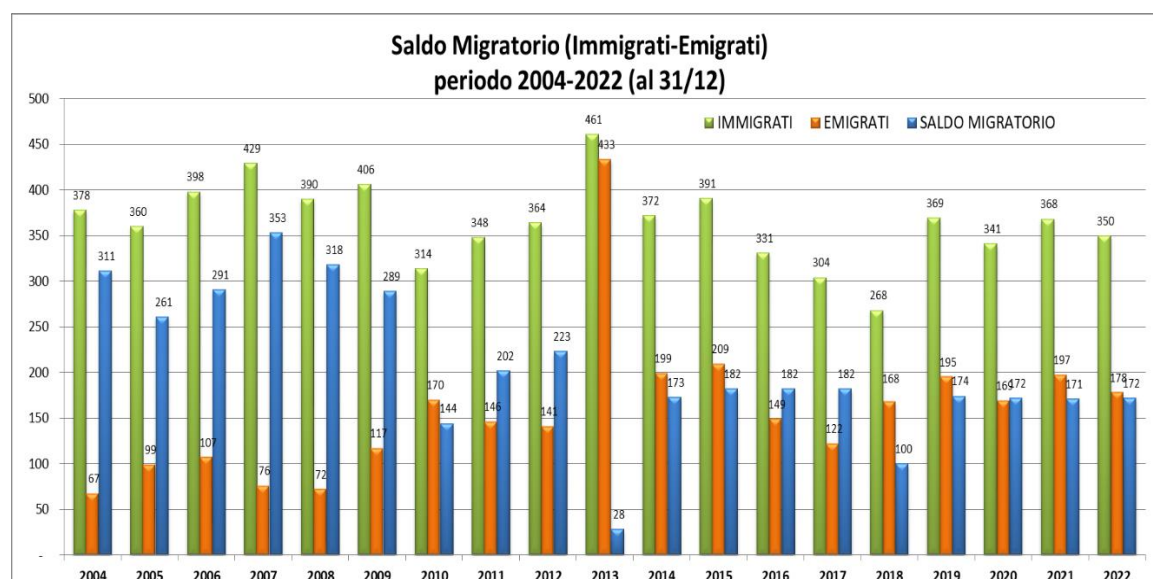


I fattori demografici sopra evidenziati, uniti ai fenomeni socio-economici che verranno illustrati di seguito (andamento economico, disoccupazione, perdita di lavoro, ecc.), potrebbero essere un ulteriore deterrente per la procreazione. Analizzando i valori medi per quinquennio dei quozienti di natalità, nuzialità e mortalità si desume che il quoziente di natalità (nati per mille abitanti) è progressivamente in calo. Il quoziente di natalità è infatti passato da 9,95 per mille nel quinquennio 2003-2007 a 6,59 per mille nel quinquennio 2018-2022.

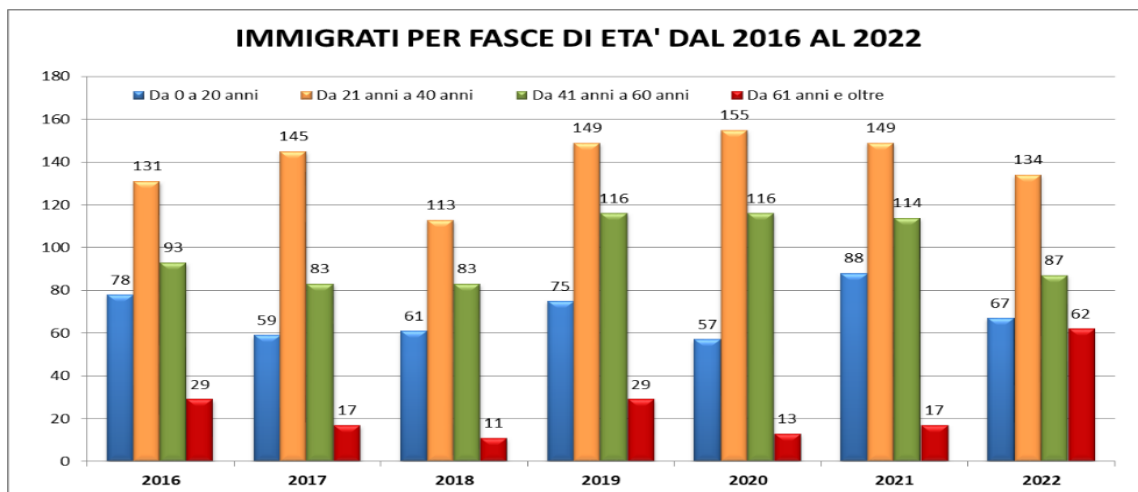
Mortalità Il quoziente di mortalità (morti per mille abitanti), più o meno stazionario fino al 2017, è decisamente in crescita nei 2 successivi quinquenni, raggiungendo nel periodo 2018-2022 il valore di 8,41 anche per effetto delle morti causate dalla pandemia covid19.

Immigrati, emigrati e saldo migratorio

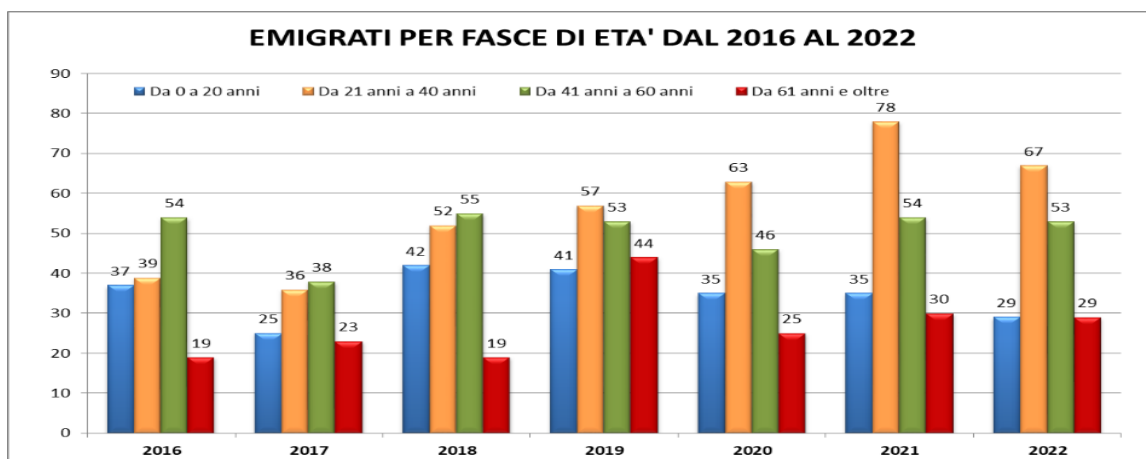
Nel periodo 2004-2022 il saldo migratorio è risultato sempre positivo (gli immigrati hanno superato gli emigrati) e, negli ultimi anni, ha controbilanciato i saldi naturali negativi, permettendo comunque la crescita della popolazione.



Negli ultimi anni gli immigrati sono prevalentemente giovani. La massima concentrazione è tra i 20 e i 40 anni. I motivi di immigrazione sono prevalentemente i ricongiungimenti familiari o motivi di lavoro. L'ingresso di persone di età giovanili riduce leggermente il peso della popolazione anziana sul complesso dei residenti.



Gli emigrati sono numericamente inferiori al numero degli immigrati e maggiormente distribuiti nelle varie classi di età. I motivi principali di emigrazione sono i ricongiungimenti familiari e il lavoro.

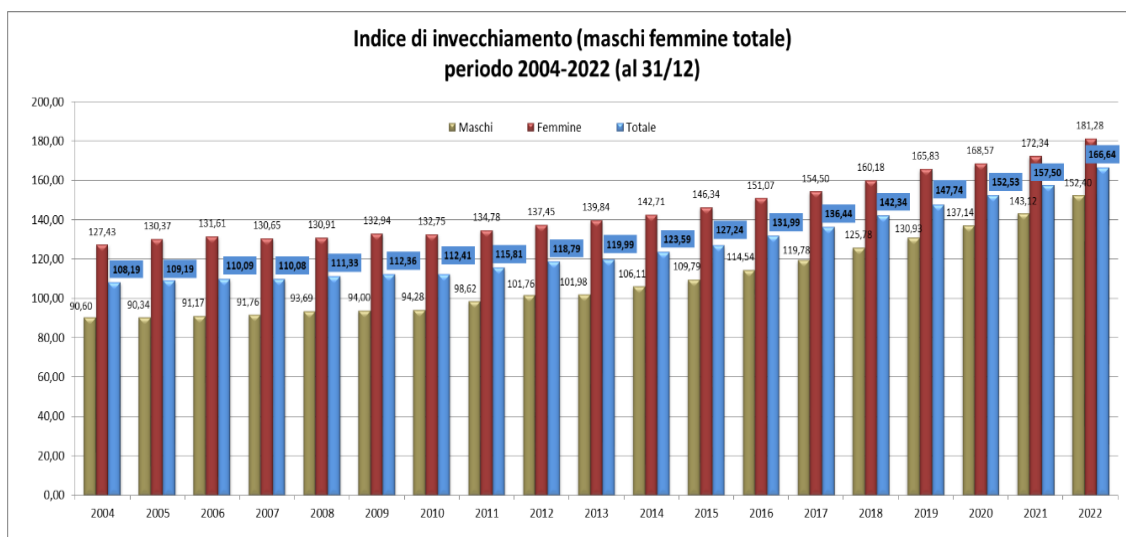


Gli indicatori della struttura della popolazione

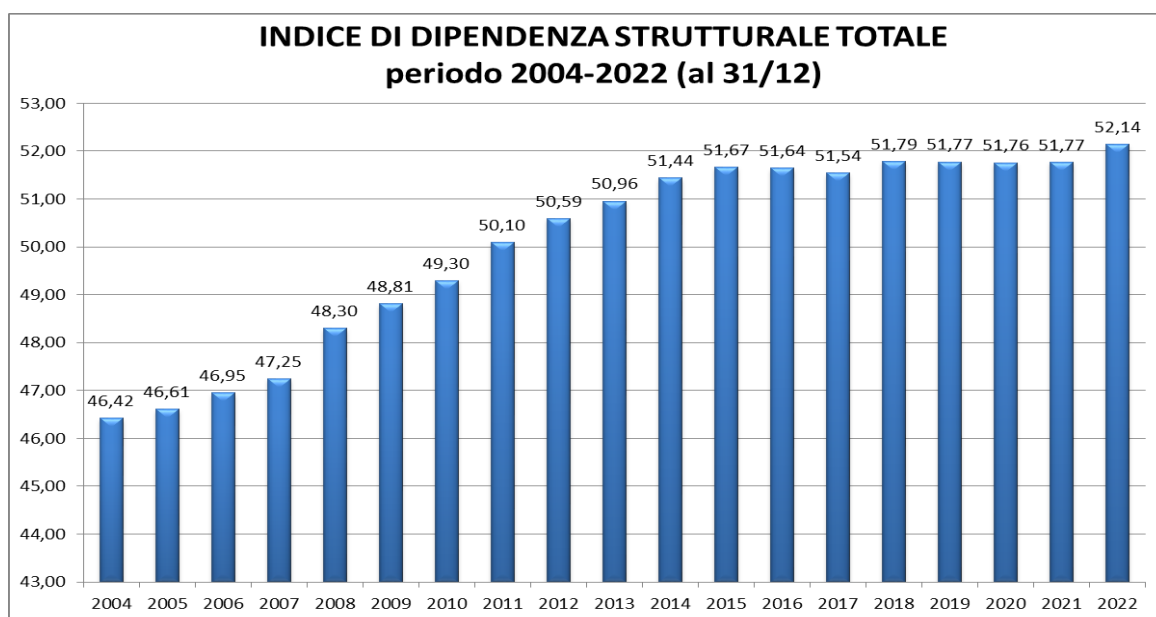
L'**indice di vecchiaia**, dato dal rapporto tra la popolazione con più di 64 anni e quella con meno di 15 anni, è in progressivo aumento e ha raggiunto il valore di 166,64 al 31 dicembre 2022. Interessante notare come tale valore si differenzi notevolmente per sesso.

Nell'ultimo anno risulta essere pari a 181,28 per la componente femminile, mentre per quella maschile risulta pari 152,40.

Ci sono 181 donne ultra sessantaquattrenni su 100 ragazze tra 0-14 anni, mentre per i maschi sono 152 su 100 ragazzi tra 0-14 anni.



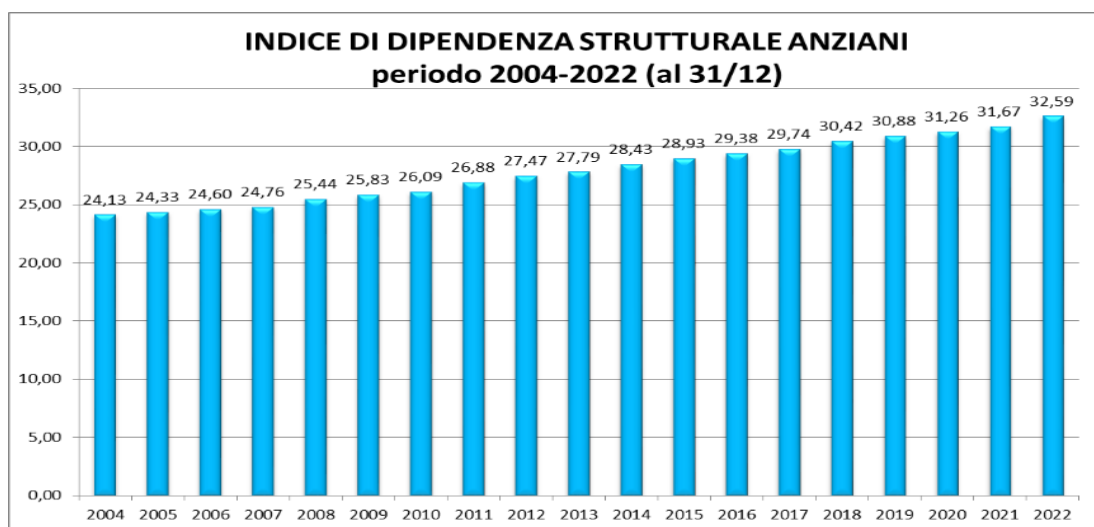
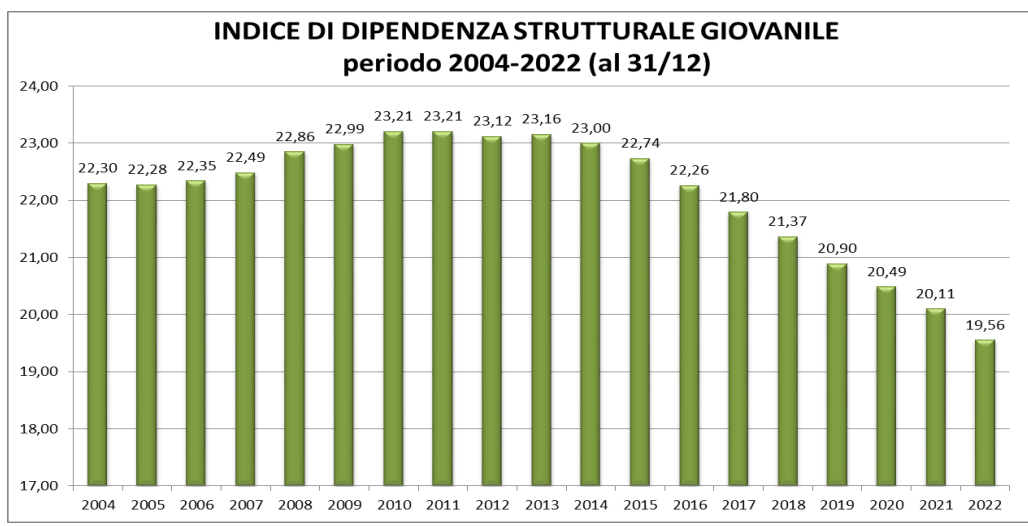
L'indice di dipendenza strutturale rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Dopo una crescita fino al 2015 tale indice sembra essersi stabilizzato intorno al valore di 51 negli anni successivi rialzandosi a 52,14 nel 2022, vale a dire a fine del 2022 ci sono 52 individui a carico di 100 persone che lavorano.



Il valore complessivo dell'indice dipende dalle sue due componenti: Indice di dipendenza strutturale giovanile e indice di dipendenza strutturale anziani.

L'indice di dipendenza strutturale giovanile, che rappresenta il rapporto tra la popolazione con meno di 14 anni e quella di età tra i 15 e i 64 anni, è aumentato fino al 2011 per poi cominciare a calare progressivamente fino al 2022, quando si contano 19,56 ragazzi da 0 a 14 anni ogni 100 persone tra 15 e 64 anni (età lavorativa).

Questo fenomeno risente sicuramente del calo delle nascite e della conseguente diminuzione percentuale della popolazione tra 0-14 anni.

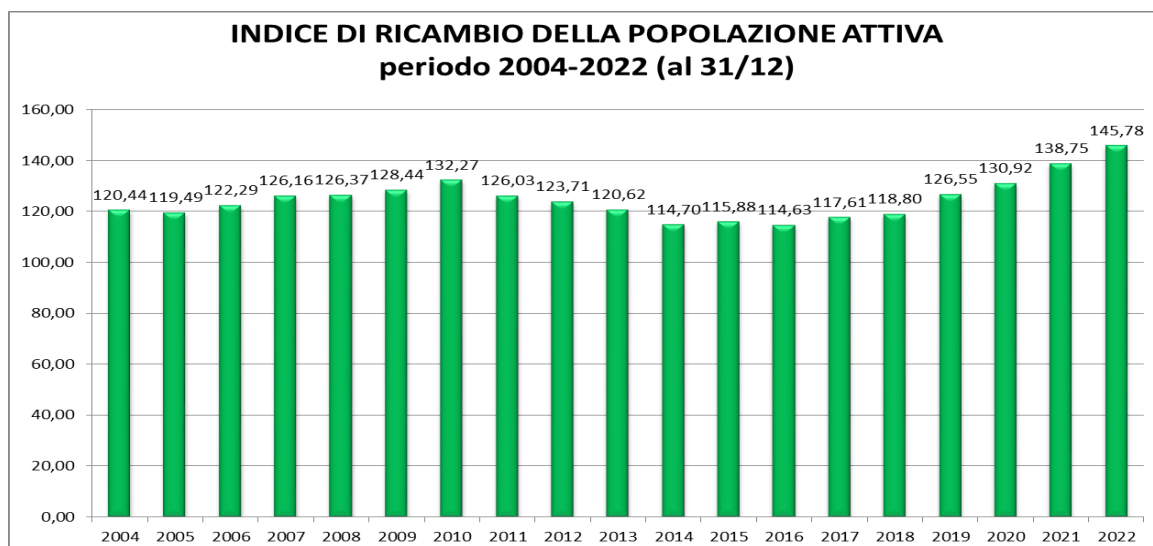


L'indice di dipendenza strutturale degli anziani, che rappresenta il rapporto tra la popolazione con più di 64 anni e quella di età tra i 15 e i 64 anni, mantiene un andamento crescente negli anni, fino ad arrivare a 32,59 a fine 2022, vale a dire che ci sono circa 32 persone ultra 64enni ogni 100 individui tra 15 e 64 anni (età lavorativa).

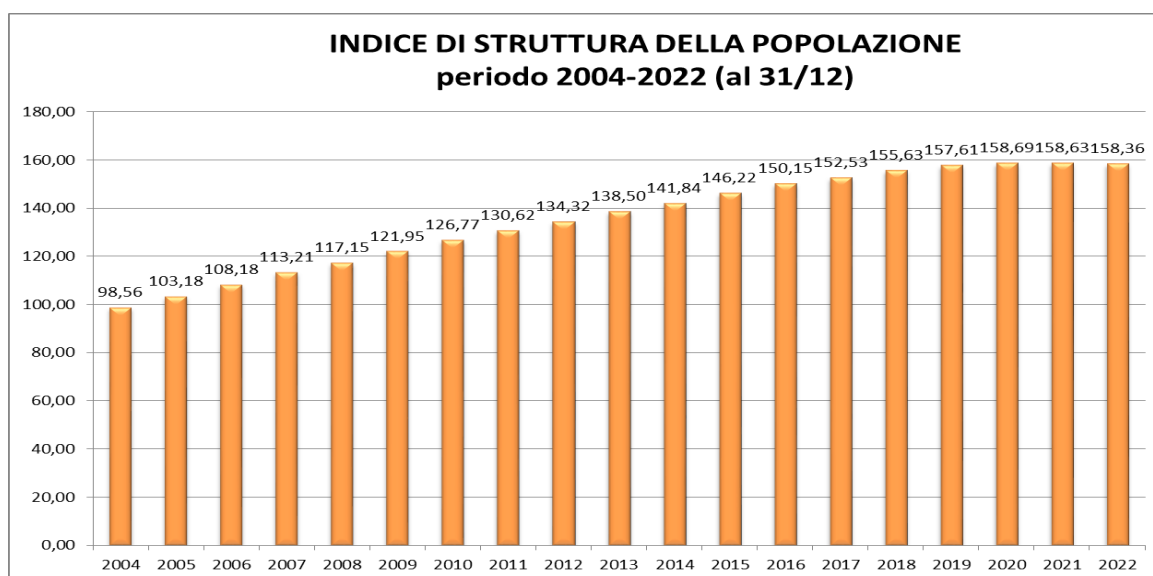
L'indice di ricambio della popolazione attiva rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100.

A San Marino l'indice di ricambio nel 2022 è pari a 145,78 e sta a significare che ogni 100 ragazzi 15-19 anni vi sono 145 persone tra 60-64 anni.

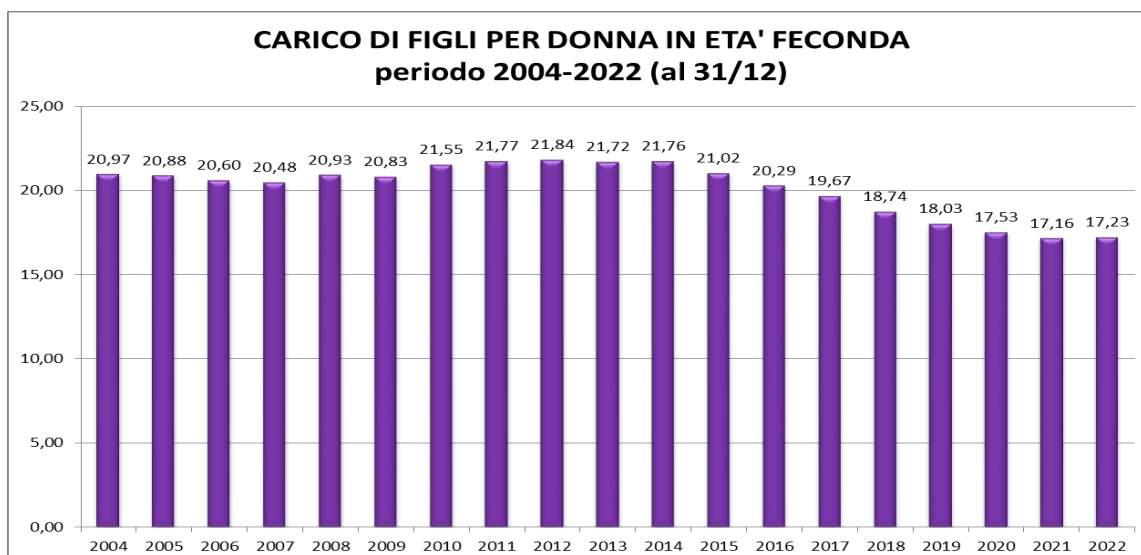
Si può quindi dedurre che all'uscita dal mondo del lavoro della attuale fascia 60-64 sarà difficile effettuare il ricambio, anche se andrà considerato come cambierà ed evolverà il mercato del lavoro.



L'indice di struttura della popolazione attiva rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa ed è il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni). L'andamento è crescente per tutto il periodo, fino a raggiungere il valore di 158,36 a fine 2022, ciò significa che ogni 100 15-39enni si contano 158,36 40-64enni.



Il carico di figli per donna in età feconda è il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni) e stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici. Tale indice nell'ultimo periodo sta diminuendo e il valore, a fine 2022, è pari a 17,23, ciò significa che ogni 100 donne in età feconda si riscontrano 17,53 bambini tra i 0 e 4 anni.



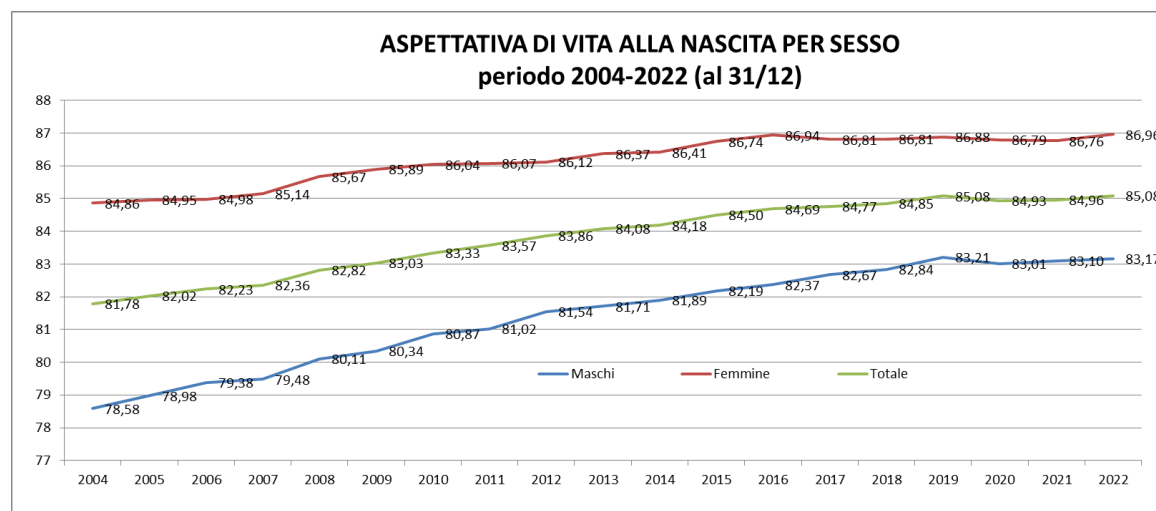
L'analisi sopra esposta ci conferma come il progressivo invecchiamento della popolazione, il calo delle nascite porterà in futuro ad un ricambio generazionale insufficiente nelle fasce di popolazione in età lavorativa. I fattori demografici oltre che a quelli socio-economici (andamento economico, disoccupazione, perdita di lavoro ecc.) dovranno essere oggetto di politiche mirate per cercare di invertire la tendenza altrimenti esiste il rischio di una diminuzione della sostenibilità del sistema sociale e del welfare del Paese.

Aspettativa di vita

San Marino ha la più alta aspettativa di vita alla nascita al mondo (nella tabella successiva i primi 20 paesi con la più alta aspettativa di vita – anno 2020 – fonte OMS).

PAESE	M	F	TOTALE
San Marino	83	86,8	84,9
Giappone	81.5	86.9	84.3
Svizzera	81.8	85.1	83.4
Corea del Sud	80.3	86.1	83.3
Singapore	81.0	85.5	83.2
Spagna	80.7	85.7	83.2
Cipro	81.1	85.1	83.1
Australia	81.3	84.8	83.0
Italia	80.9	84.9	83.0
Israele	80.8	84.4	82.6
Norvegia	81.1	84.1	82.6
Francia	79.8	85.1	82.5
Lussemburgo	80.6	84.2	82.4
Svezia	80.8	84.0	82.4
Islanda	80.8	83.9	82.3
Canada	80.4	84.1	82.2
Nuova Zelanda	80.4	83.5	82.0
Malta	79.9	83.8	81.9
Irlanda	80.2	83.5	81.8
Paesi Bassi	80.4	83.1	81.8

Nel 2022 i livelli di aspettativa di vita dei residenti in Repubblica si mantengono molto elevati, pari a 85,08 anni per la popolazione generale (83,17 anni per i maschi, 86,96 per le femmine). Dall'analisi della serie storica di questo indicatore si nota che, pur restando un diverso comportamento tra i due generi, l'aspettativa di vita delle femmine è sempre più elevata rispetto ai maschi, anche se il divario si va assottigliando progressivamente, crescendo percentualmente di più l'aspettativa maschile di quella femminile rispetto agli anni precedenti.



La differenza di età tra i due generi era di 6,28 anni a fine 2004 ed è di 3,78 anni a fine 2022. Un'altra particolarità è che tra 2020 e 2021, a causa della mortalità più elevata conseguente al COVID-19, la curva dell'aspettativa di vita alla nascita ha subito un lieve calo per poi risalire tra 2021 e 2022.

A San Marino l'aspettativa di vita in buona salute era circa pari a 73 anni per entrambi i sessi nel 2013⁶. Tale indicatore, che introduce il concetto di qualità della vita, è fortemente connessa con lo stato di salute della popolazione, soprattutto nelle età più avanzate.

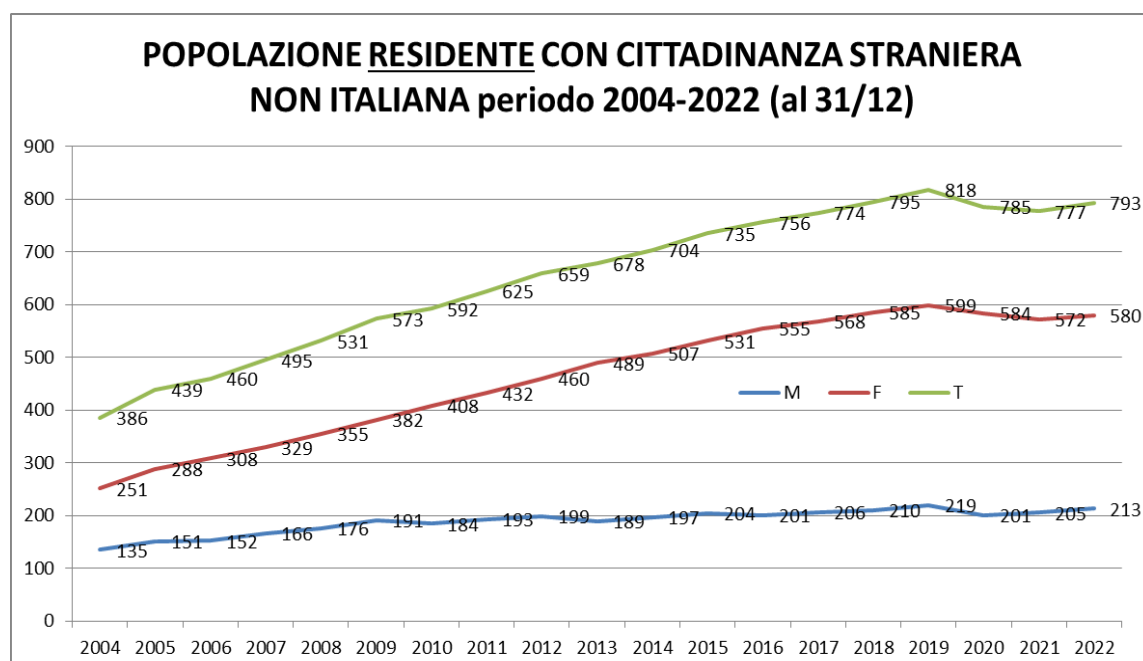
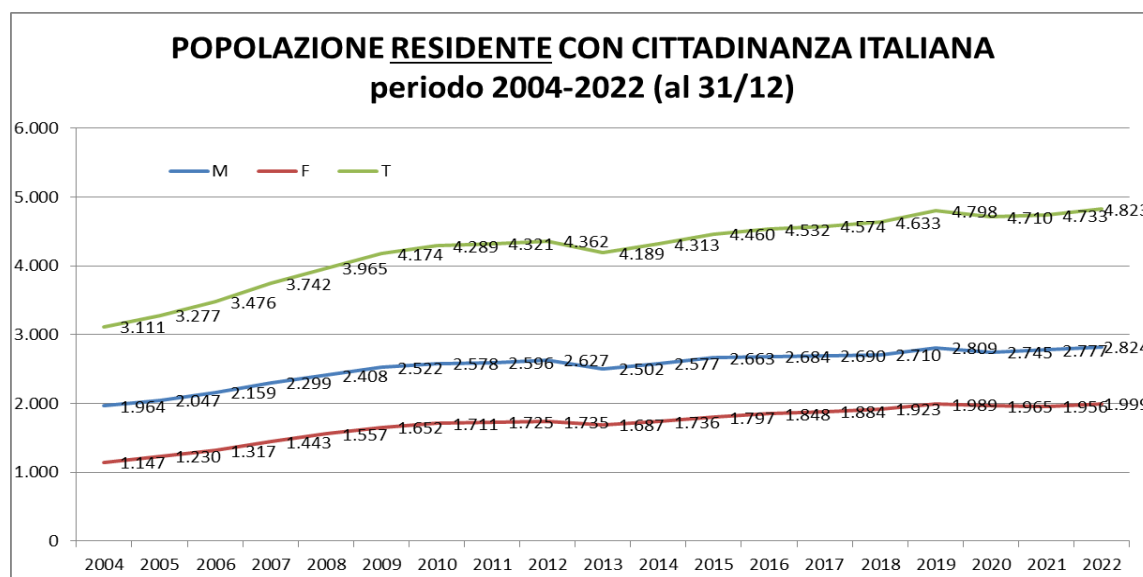
In Italia tale valore nel 2018 era pari a 66,9 per gli uomini e 66,8 per le donne⁷.

⁶ WHO – World Health Statistics year 2015

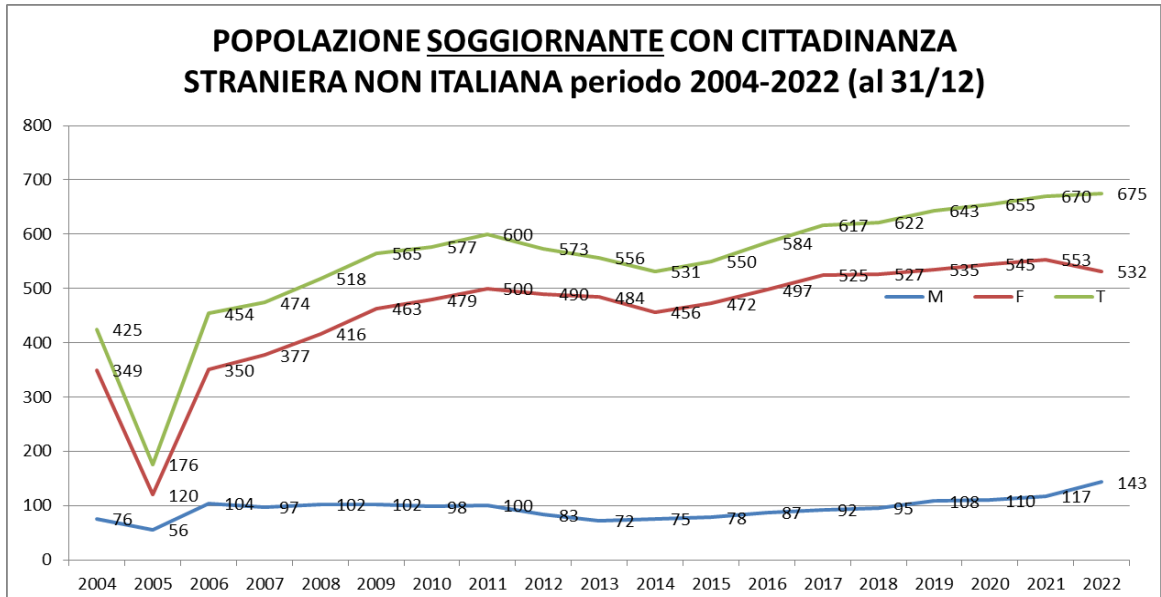
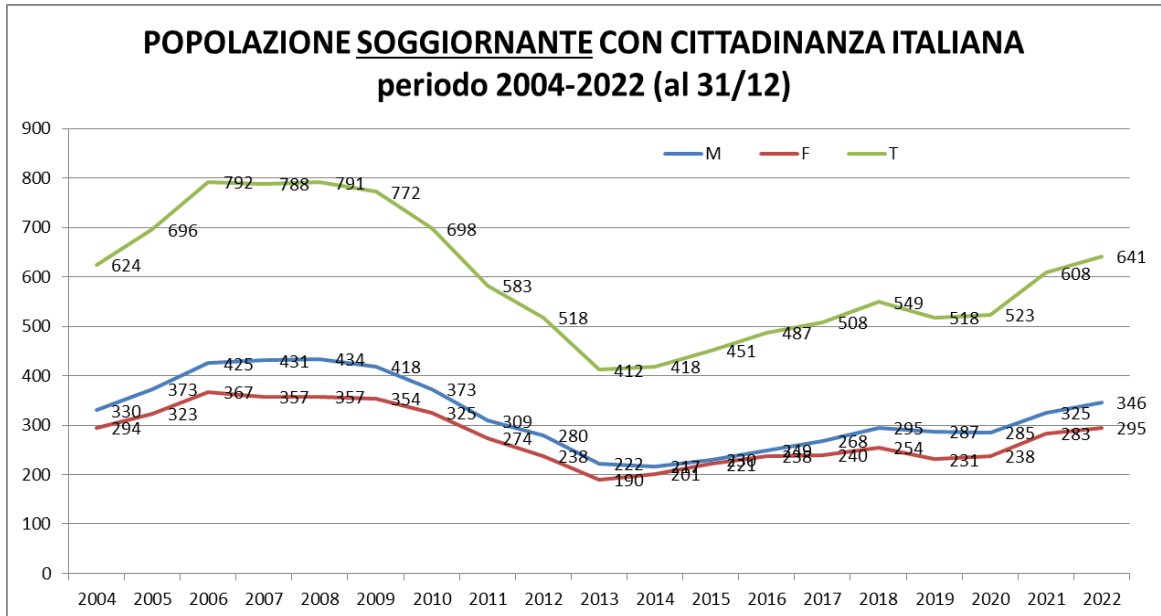
⁷ Dati Eurostat 2018

Popolazione straniera

A fine 2022 la popolazione straniera residente è pari a 5.616 individui (16% dei residenti complessivi). Si tratta in prevalenza di italiani (85,9%), seguiti dai rumeni (3,1%), dagli ucraini (1,3), argentini (0,83%) e albanesi (0,74%). I minori stranieri residenti sono 441, di cui 366 italiani (83%) e 75 stranieri non italiani (per lo più rumeni).

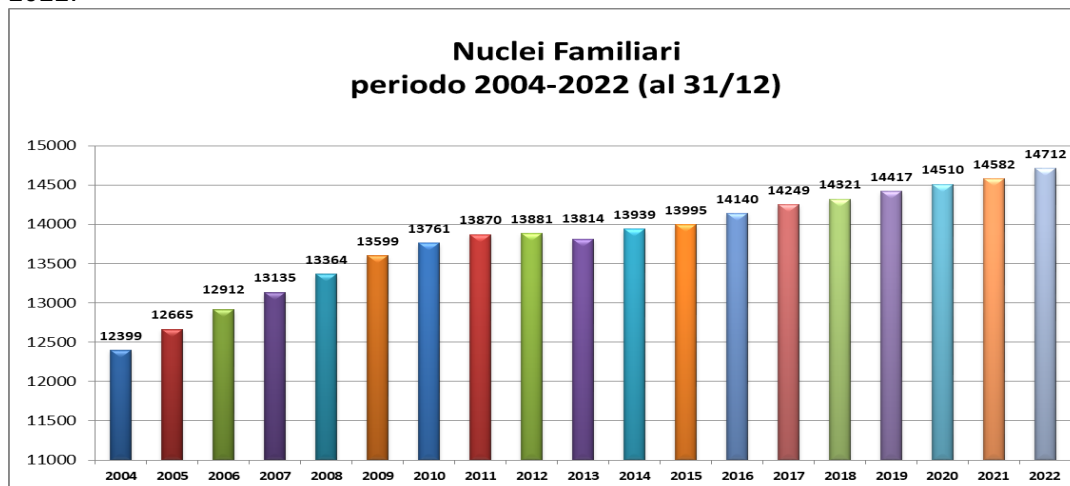


Fra i soggiornanti, pari a 1.316 unità, gli italiani rappresentano una percentuale più bassa rispetto a quella dei residenti (641 pari a 48,7%), seguiti da un consistente numero di cittadini ucraini (269 pari a 20,44%) arrivati a seguito della guerra, rumeni (99 pari al 7,52%), russi, moldavi, filippini (8,2%). Le persone di queste ultime nazionalità sono prevalentemente assistenti familiari presenti sul territorio per motivi di lavoro all'interno delle famiglie sammarinesi.

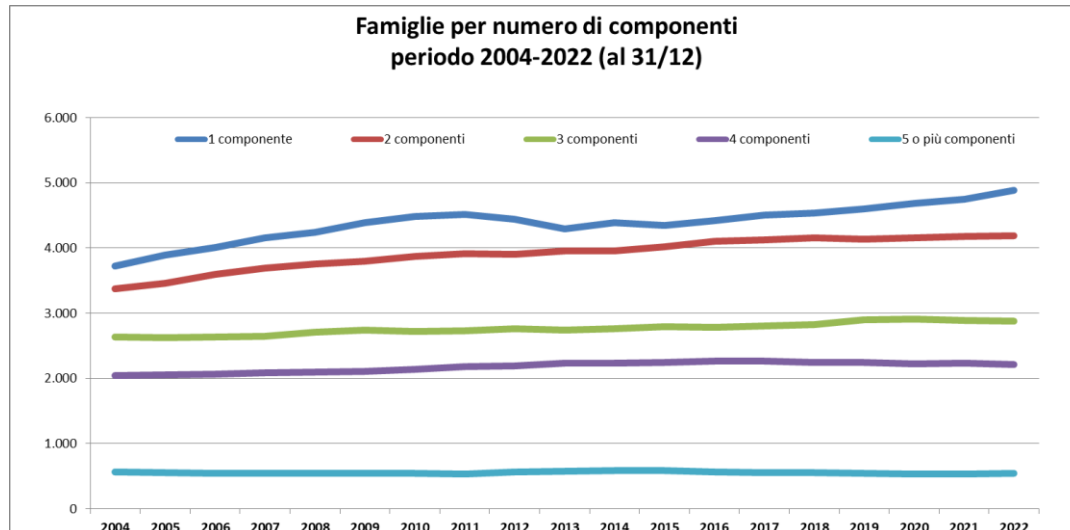


Famiglia

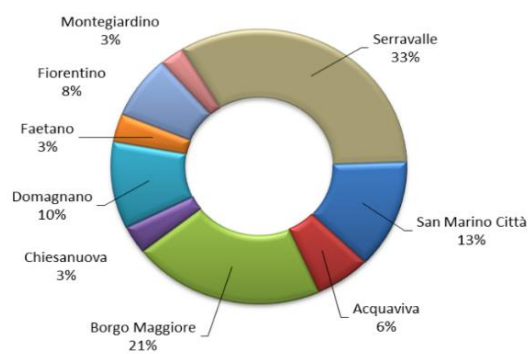
A fine del 2022 i nuclei familiari sono complessivamente 14.712, con un numero medio di componenti pari a 2,3. Il numero dei nuclei è in aumento, a causa di una maggiore frammentarietà familiare e dell'incremento delle famiglie con un solo componente (il numero medio dei componenti diminuisce). Infatti si è passati da 12.399 nuclei nel 2004 a 14.712 nel 2022.



Il grafico successivo mostra come i nuclei con 1 o 2 componenti siano in numero maggiore rispetto agli altri nuclei con 3 o più componenti e in aumento nell'ultimo periodo.



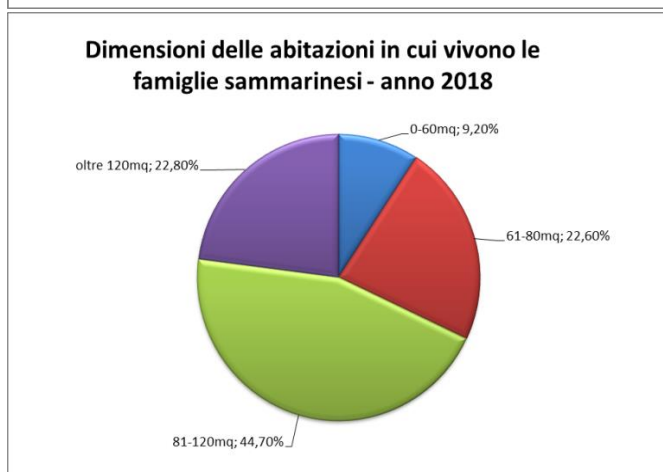
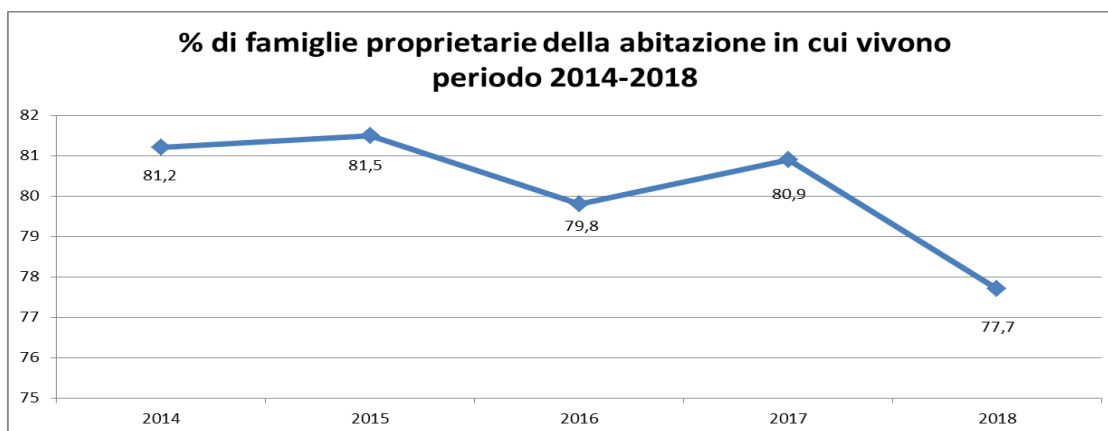
**Ripartizione % delle famiglie per Castello
al 31/12/2022**



I nuclei familiari sono maggiormente concentrati nel Castello di Serravalle (33%) e Borgo Maggiore (21%), mentre i Castelli con meno nuclei familiari sono Faetano, Montegiardino e Chiesanuova (tutti a circa il 3%).

Abitazione

Si stima che, nel 2018, il 77,7% delle famiglie sammarinesi risulta essere proprietaria dell'alloggio in cui vive, in calo rispetto agli anni precedenti, mentre le famiglie in affitto sono il 18,7%⁸.



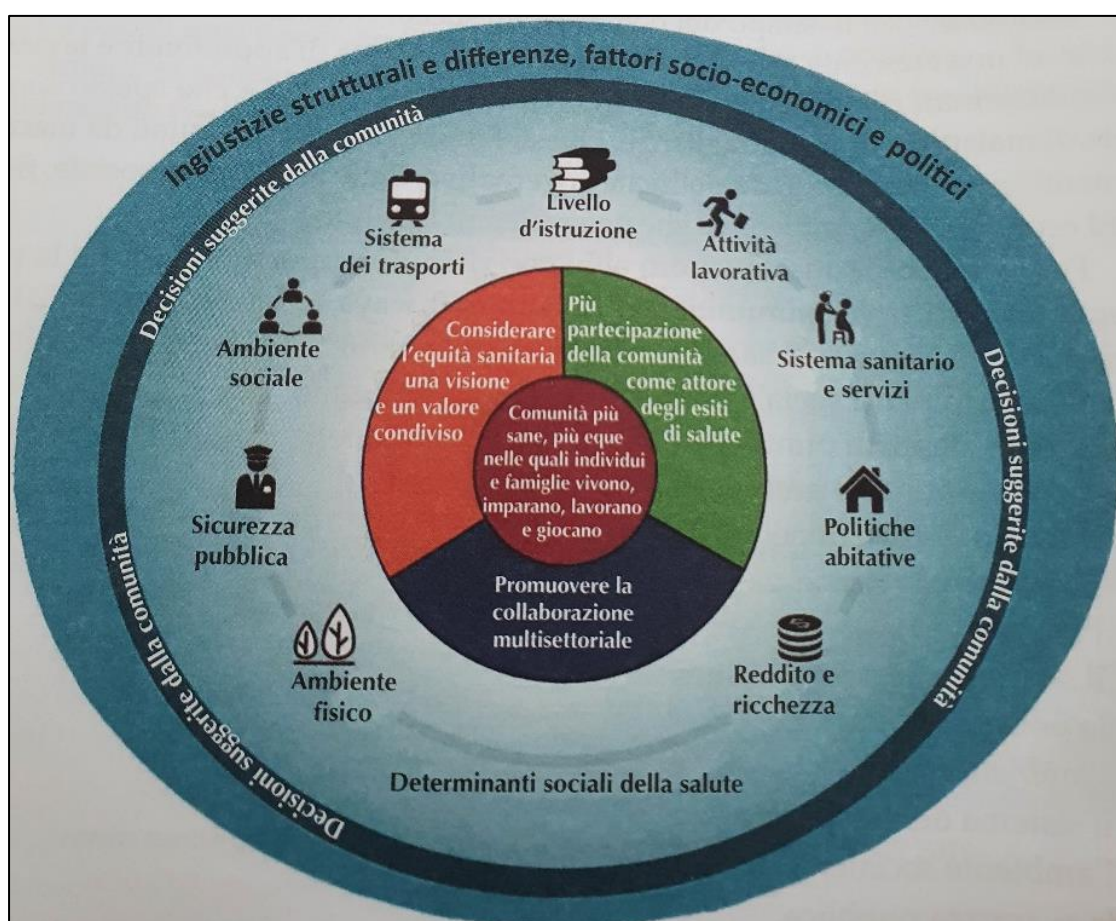
La dimensione dell'abitazione delle famiglie sammarinesi risulta essere fino a 60 metri quadrati (mq) per il 9,2%, 81-120 mq per il 44,7%, 61-80 mq per il 22,6 % e maggiore di 120 mq per il 22,8 %.

⁸ Ufficio Informatica, tecnologia, dati e statistica, "Indagine sui consumi e lo stile di vita delle famiglie sammarinesi condotta dall'Ufficio di Statistica", anno 2019

3) ASPETTI SOCIO-ECONOMICI

Istruzione, reddito, occupazione lavorativa e abitazione sono fattori socio-economici che hanno un forte impatto sullo stato di salute degli individui e della comunità. Questi fattori vengono definiti come determinanti sociali di salute in quanto possono influenzare una disuguale distribuzione dell'esposizione ai principali fattori di rischio più prossimi alla salute dell'individuo. Possono essere identificati, nello specifico, 9 determinanti sociali della salute che influenzano gli outcome a livello di comunità, definiti nella figura seguente:

1. il livello di istruzione
2. il reddito e la ricchezza
3. l'attività lavorativa
4. il sistema sanitario e i suoi servizi
5. le politiche abitative
6. l'ambiente fisico
7. il sistema dei trasporti
8. l'ambiente sociale
9. la sicurezza pubblica.



Fonte: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine – *Communities in Action: Pathways to Health Equity*, 2017; tratto dal libro "Diseguaglianze di salute e politiche socio-sanitarie", Pietro Renzi, Alberto Franci, 2021 Maggioli Editore.

Da un'analisi sui determinanti di salute si può evidenziare, inoltre, che 80% della salute dipende da fattori di discriminazione sociale, dall'inquinamento ambientale e da fattori comportamentali e solo per il 20% dall'accesso e dalla qualità delle cure. Dagli studi pubblicati in questo campo si evidenzia che il 40% del benessere e della salute della popolazione dipendono dai fattori socio-economici dipendenti dalla scolarizzazione, il lavoro, la famiglia e la capacità economica.



Fonte: *Going beyond clinical walls: solving complex problems* – Institute for clinical system improvement, 2014.

L'Agenda 2030 ha posto alcuni obiettivi globali molto ambiziosi e fortemente collegati agli aspetti socio-economici, come ad esempio sconfiggere povertà e la fame nel mondo.



Altri obiettivi che hanno una ricaduta a livello socio-economico riguardano l'istruzione, il mondo del lavoro, le industrie, la lotta alle disuguaglianze, la garanzia di pace, giustizia e istituzioni solide.

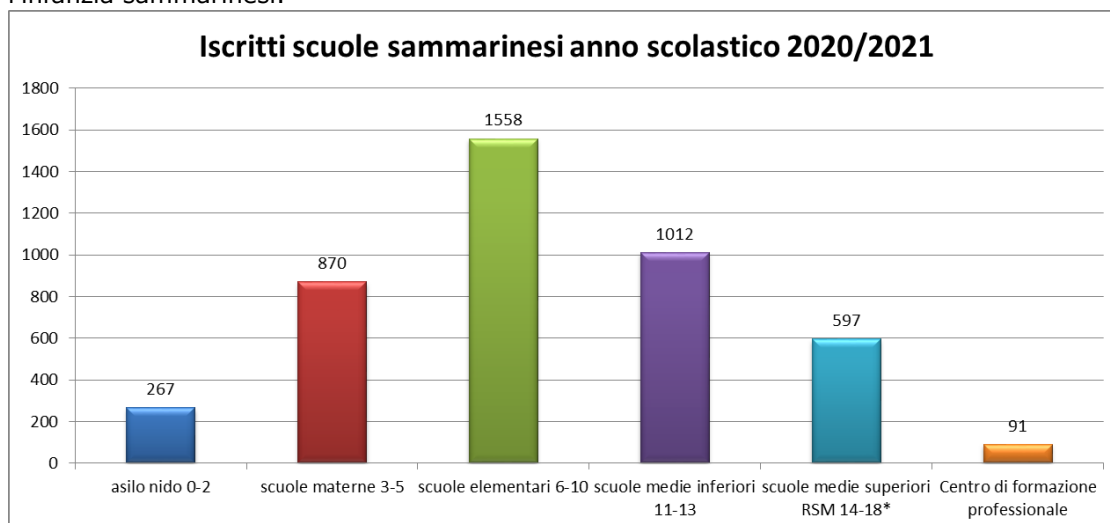


Crisi economiche, conflitti e anche emergenze di tipo sanitario come la pandemia da COVID-19 hanno avuto ricadute negative non solo a livello globale ma anche in Europa e in particolare a San Marino, facendo emergere difficoltà nella sostenibilità economica del sistema sammarinese.

ISTRUZIONE

La scuola concorre allo sviluppo del capitale umano di un territorio, oltre che a quello intellettuale e cognitivo dello studente, favorendo l'inserimento sociale, lavorativo, la cura di sé e l'orientamento nei servizi sociali e sanitari.

Nell'anno 2020/2021 sono 4.395 gli iscritti negli istituti scolastici e nei servizi educativi per l'infanzia sammarinesi.



*Nel grafico sono riportati solo i frequentanti degli istituti sammarinesi

I servizi educativi per la prima infanzia attivi sono garantiti da strutture pubbliche e private. I frequentanti delle strutture pubbliche e private sono i seguenti al 31/12/2022.

Strutture Pubbliche

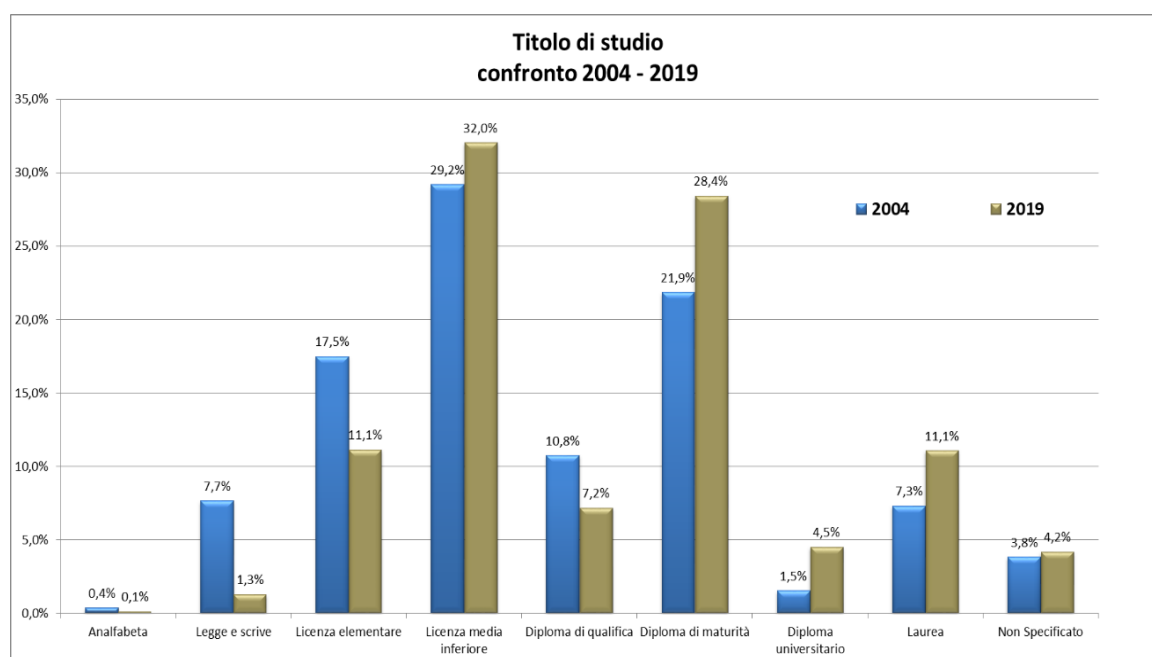
LUOGO DI RESIDENZA	NIDI PUBBLICI							Totale
	10 - Asilo Nido Cailungo "Pollicino"	11 - Asilo Nido Cailungo "Peter Pan"	12 - Asilo Nido Dogana "Mongolfiera"	13 - Asilo Nido Dogana "Arcobaleno"	14 - Asilo Nido Città "Coccinella"	16 - Asilo Nido Acquaviva "Bruco verde"	17 - Asilo Nido Falciano "Aquilone"	
Acquaviva	4	2	0	0	0	8	0	14
Borgo Maggiore	20	10	2	2	4	1	4	43
Chiesanuova	1	2	0	0	1	4	1	9
Dogana	1	1	10	19	2	0	2	35
Domagnano	5	7	2	4	0	0	1	19
Faetano	1	5	1	1	0	1	0	9
Falciano	0	0	10	4	0	0	10	24
Fiorentino	1	5	1	0	6	1	0	14
Montegiardino	2	1	0	1	1	0	2	7
San Giovanni	1	0	0	0	0	0	0	1
San Marino	2	3	0	1	8	5	1	20
Serravalle	2	2	16	5	0	1	9	35
Totale	40	38	42	37	22	21	30	230

Strutture Private

LUOGO DI RESIDENZA	NIDO E SPAZI BIMBI PRIVATI				Totale
	1 - II Maggiolino	2 - II Ponte di Stelle	4 - Tana Libera Tutti	5 - II Bosco Incantato	
Acquaviva	1	0	0	0	1
Borgo Maggiore	2	3	5	5	15
Chiesanuova	2	0	0	0	2
Dogana	0	2	1	1	4
Domagnano	1	2	6	3	12
Faetano	0	0	0	0	0
Falciano	0	0	0	1	1
Fiorentino	2	1	1	0	4
Montegiardino	2	0	2	2	6
San Giovanni	1	0	0	0	1
San Marino	1	0	1	0	2
Serravalle	2	6	0	2	10
Totale	14	14	16	14	58

Il ruolo dei servizi educativi per la prima infanzia, dal punto di vista educativo e di supporto alle famiglie, è ormai fondamentale, così com'è ormai consolidato che l'investimento sui primi anni di vita promuove lo sviluppo economico e sociale di una comunità. Complice la crisi economica e la diminuzione della natalità, dal 2010 a oggi la domanda è progressivamente diminuita. La disponibilità di posti offerta dall'intero sistema dei Servizi Socio Educativi per la Prima Infanzia del territorio sammarinese è di 298 posti/bambino, raggiungendo una copertura pari al 45,2% sulla potenziale utenza 0/3 anni, considerando le nascite registrate negli ultimi 3 anni. Tale percentuale è in linea con l'obiettivo previsto dall'Agenda di Barcellona del Consiglio Europeo, che è fissato al 45%.

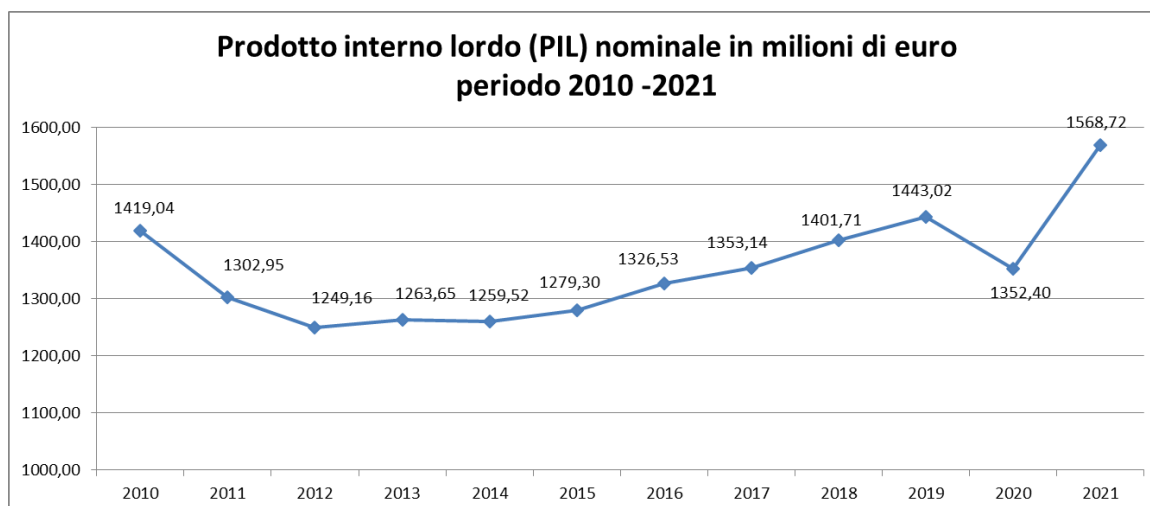
Al 31 dicembre 2019 circa l'11% è in possesso della licenza elementare, il 32% della licenza di scuola media inferiore, il 7,2% di un diploma di qualifica, il 28,4% del diploma di scuola media superiore e l'15,6% di un diploma universitario o una laurea. L'1,3 % non ha titoli di studio ma sa leggere e scrivere, mentre lo 0,1 % è analfabeta. Confrontando i dati con quelli del 31 dicembre 2004 si nota che è aumentata la percentuale di popolazione con diplomi e lauree. La popolazione, pertanto, risulta essere maggiormente istruita rispetto al passato.



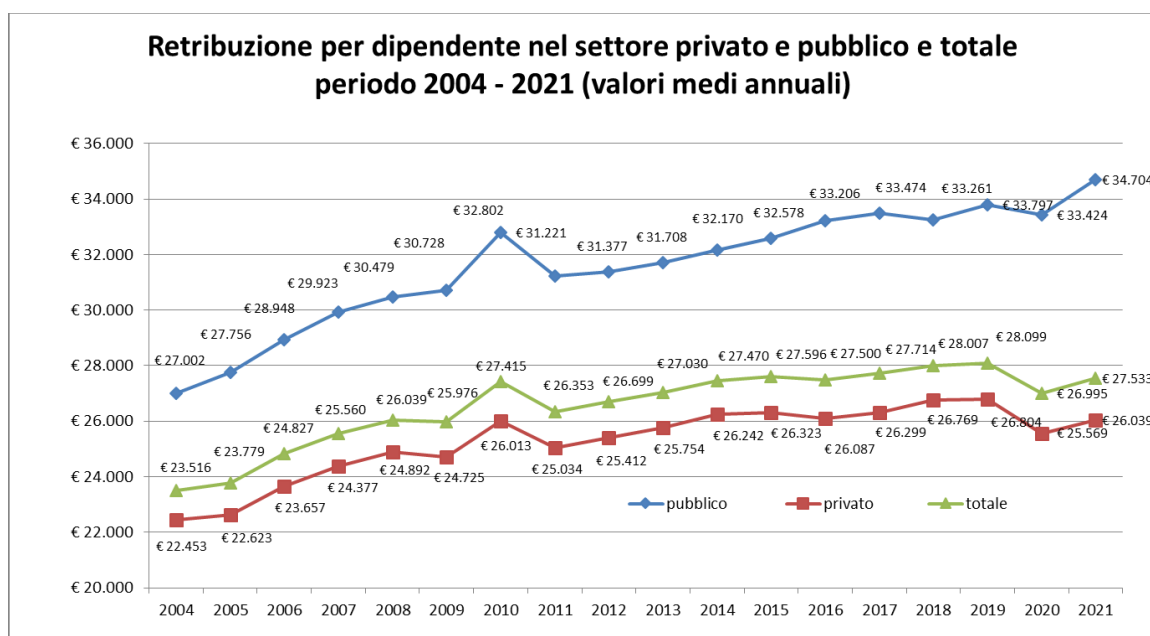
REDDITO

Il reddito, nazionale e individuale, è un determinante che può incidere fortemente sullo stato di salute della popolazione. San Marino ha livelli reddituali che pongono il Paese tra quelli ad elevato reddito, anche se negli ultimi anni la crisi economica ha colpito anche la popolazione sammarinese.

Analizzando il Prodotto Interno Lordo (PIL), secondo le stime del Fondo Monetario Internazionale (FMI), dopo il calo dovuto alla crisi economica del 2008, si registra una crescita costante fino al 2019 (periodo pre-pandemico) con un rialzo significativo nel periodo successivo (2021).



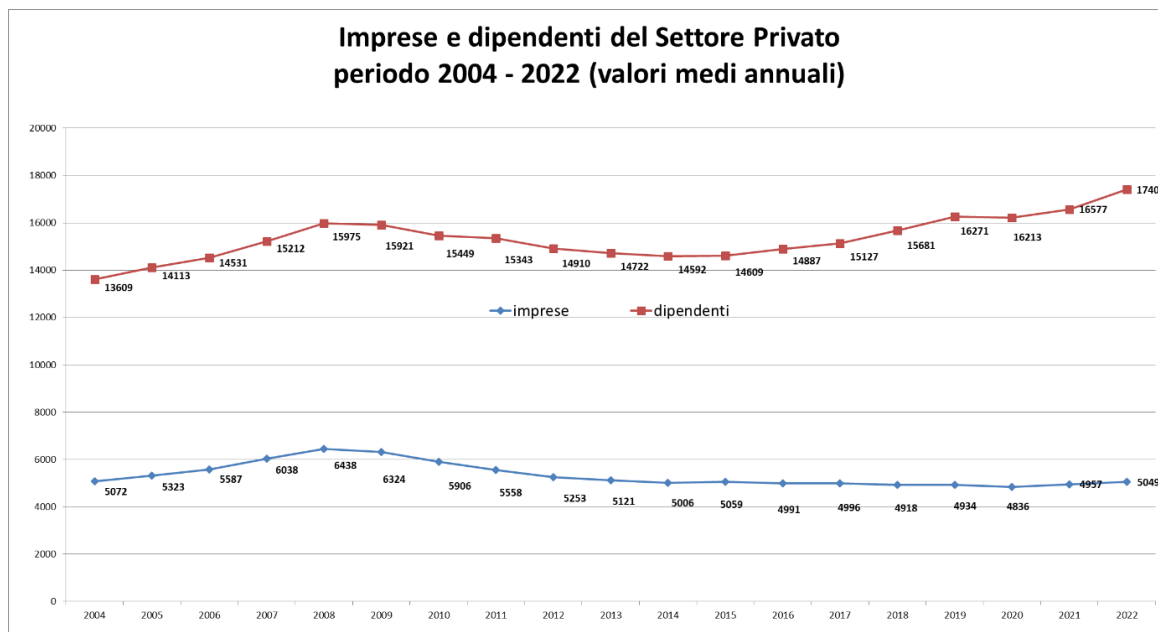
Nel 2021 la retribuzione media per dipendente è nel complesso di € 27.533, con un aumento costante nel periodo considerato (2004-2021). Permane, negli anni, una differenziazione del reddito medio del dipendente del settore pubblico (€ 34.704) da quello del lavoratore dipendente del settore privato (€ 26.039).



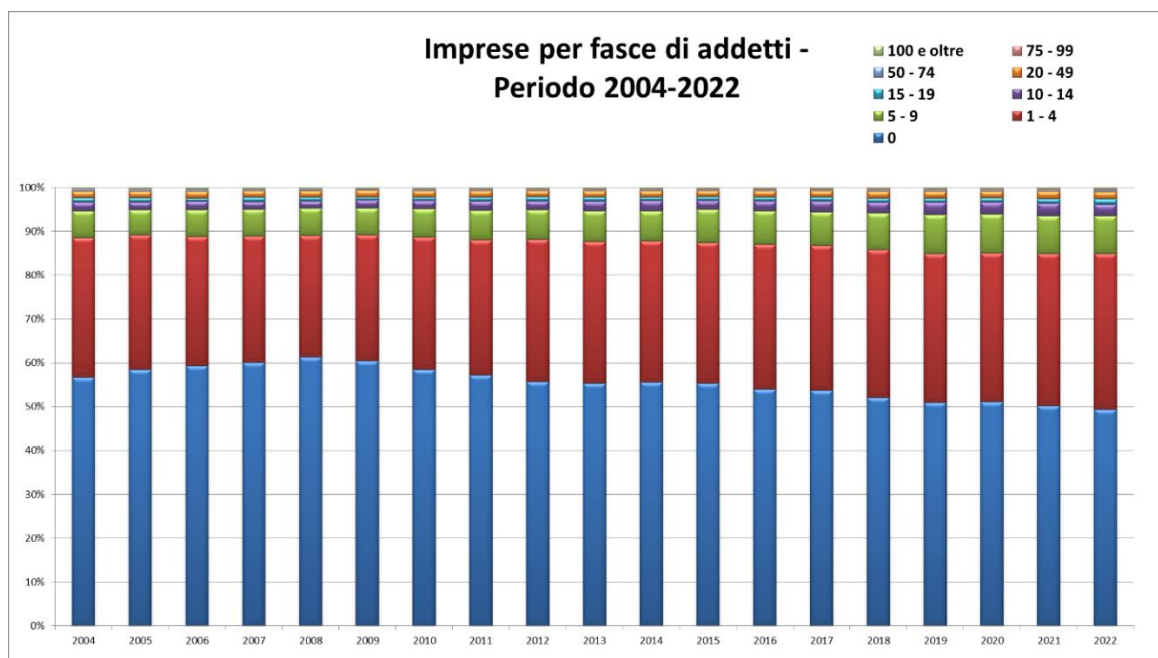
IMPRESE

Il numero delle imprese nel periodo considerato (2004-2022) aveva raggiunto il valore massimo nel 2008 (6.438) per poi decrescere progressivamente negli anni successivi, ed in seguito stabilizzarsi per poi riprendere una lieve crescita post pandemia fino ad arrivare al nel 2022 a 5.049.

Il numero di dipendenti nel settore privato è diminuito a partire dal 2008 (15.975) fino al 2014 (14.592) per poi riprendere a crescere nuovamente fino al 2022, raggiungendo un numero di dipendenti pari a 17.409.

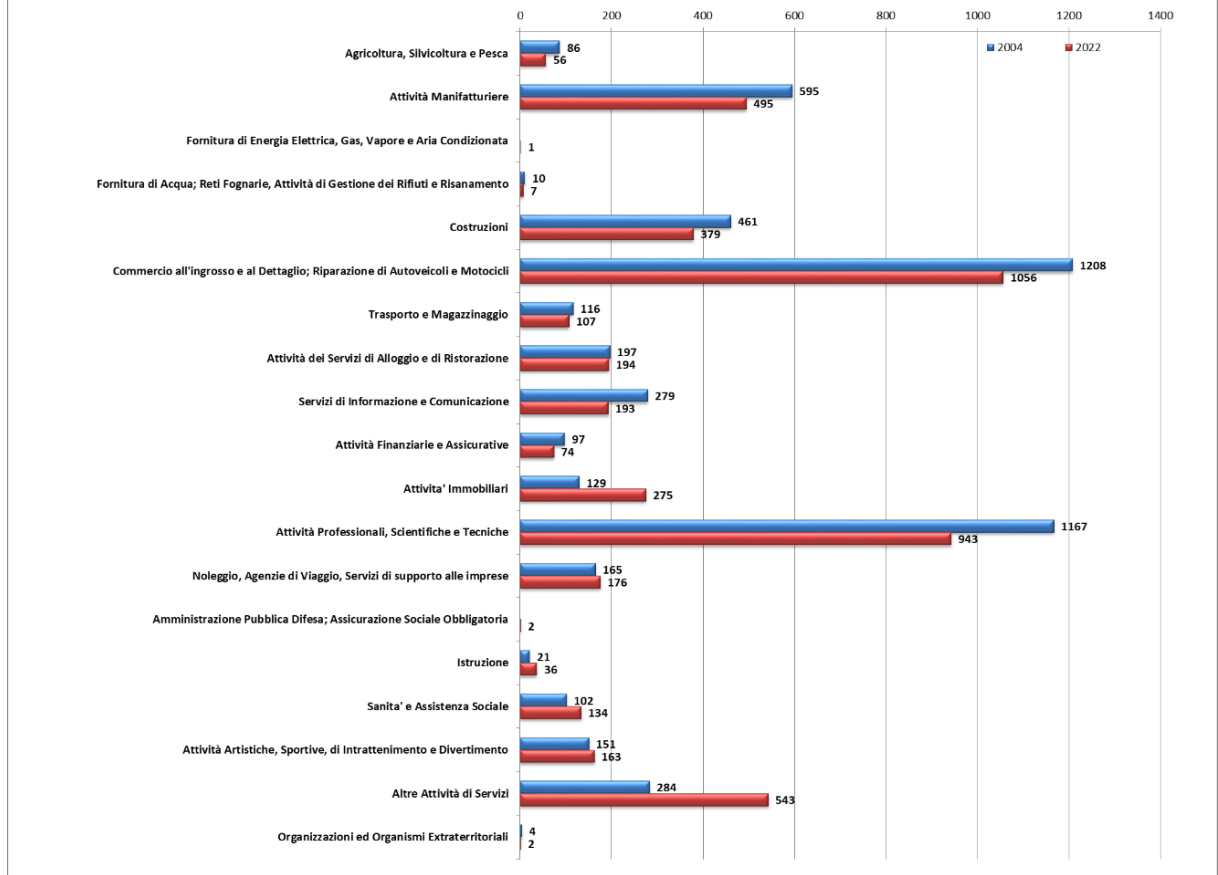


Si tratta prevalentemente di imprese di piccole medie dimensioni, molte delle quali con il solo titolare. L'andamento di questa tipologia di imprese con solo il titolare nel tempo sta diminuendo a favore delle imprese con 1-4 e 5-9 dipendenti, quindi con un complessivo aumento dei lavoratori dipendenti.



Il sistema produttivo sammarinese si basa prevalentemente su attività legate al commercio, alle attività professionali, scientifiche e tecniche, ad altre attività e servizi e alle costruzioni. Si evidenzia che, rispetto al 2004, le attività del commercio, quelle professionali, scientifiche e tecniche e le attività legate alle costruzioni sono diminuite, mentre si registra un aumento delle altre attività di servizi e delle attività immobiliari.

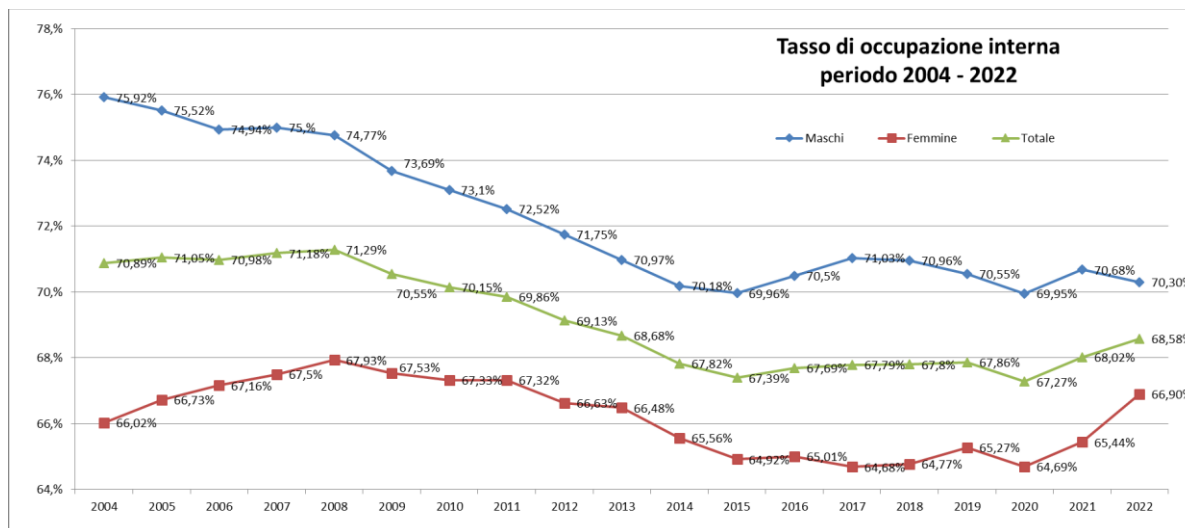
Imprese per ramo confronto 2004-2022



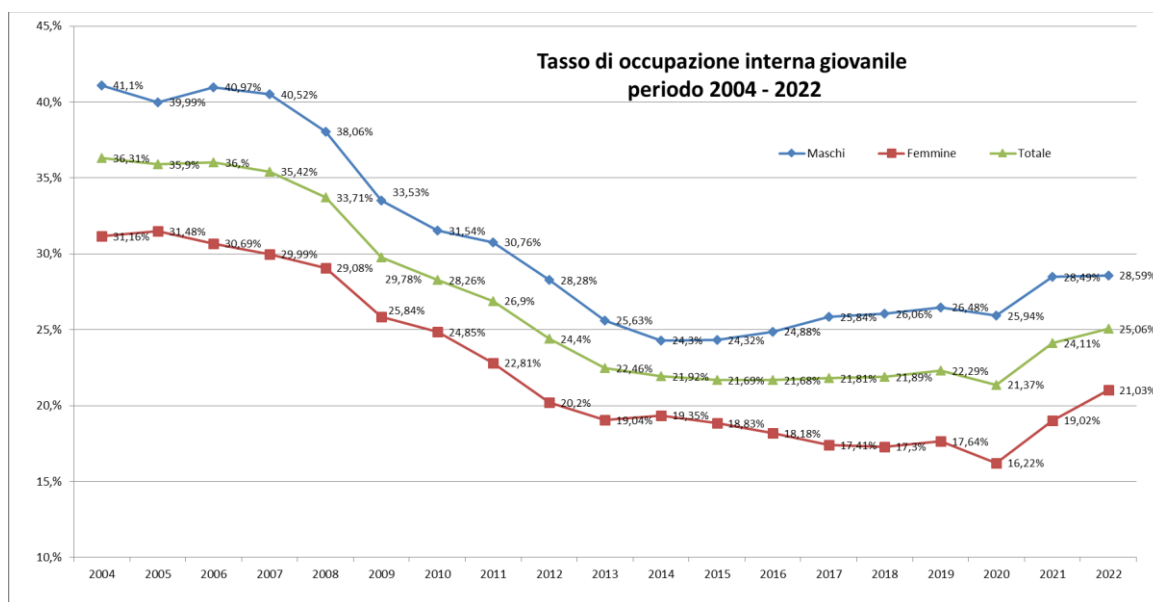
LAVORO

Il tasso di occupazione interno nel periodo considerato (2004-2022) è diminuito soprattutto a causa dell'ultima crisi economica del 2008 fino al 2015, per poi stabilizzarsi negli anni successivi intorno al 67%, aumentando nuovamente nel 2021 (68,02%) e 2022 (68,58%).

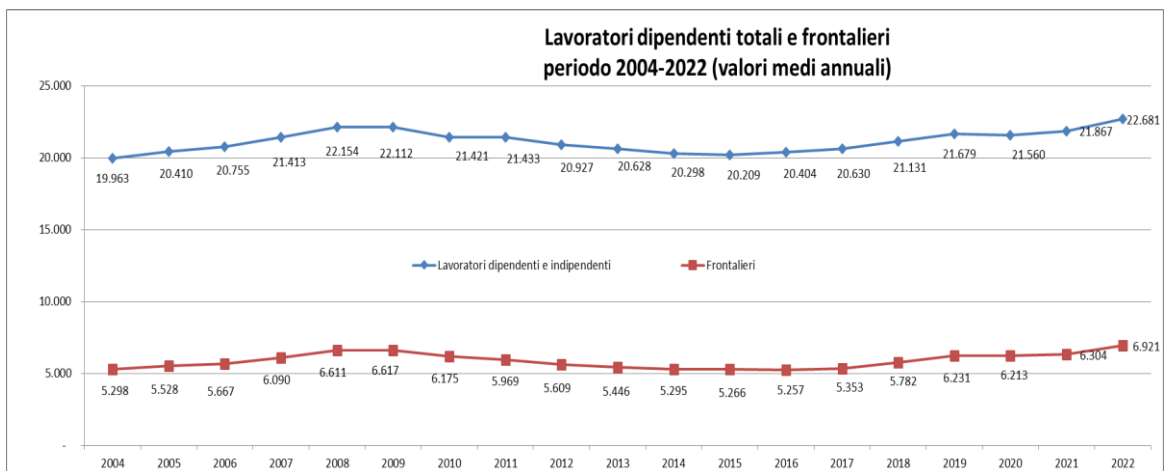
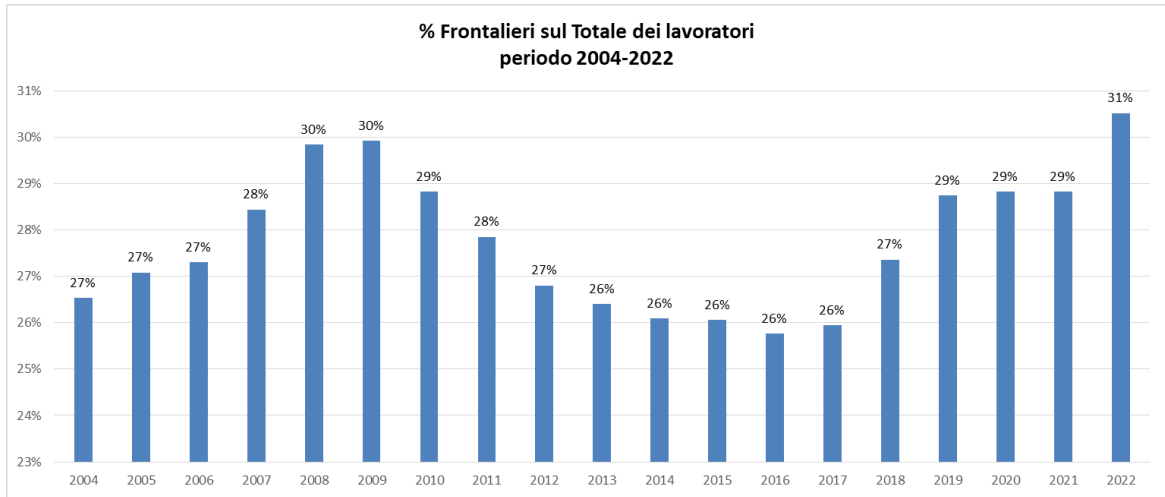
Da sottolineare come permanga nel tempo una sostanziale differenza di genere, con i tassi di occupazione interni femminili sempre inferiori a quelli maschili (con un gap di circa 5 punti percentuali in media). Da segnalare che negli ultimi anni il divario si sta riducendo per un incremento maggiore dei tassi di occupazione interni femminili.



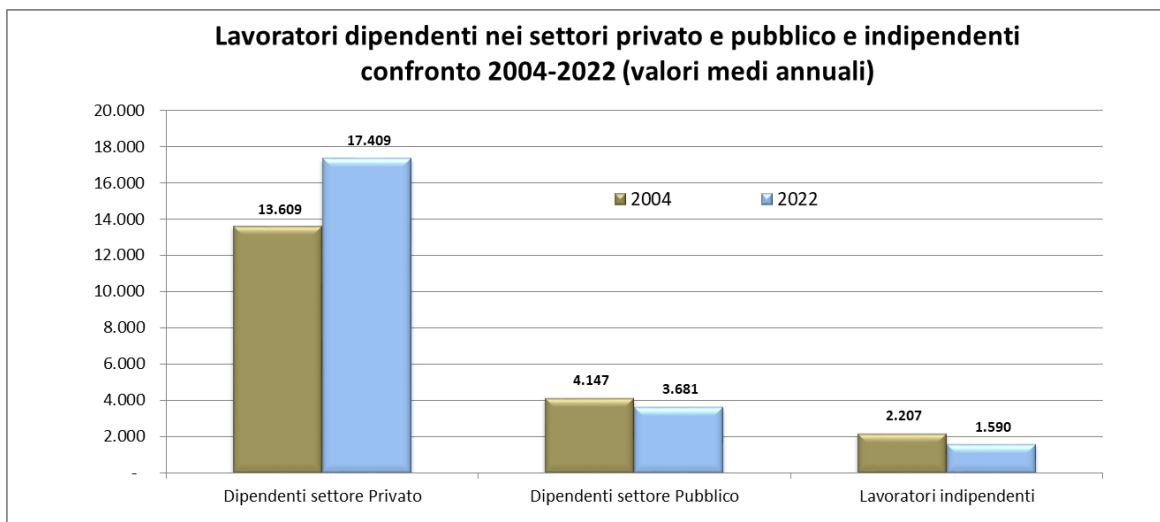
Il tasso di occupazione giovanile interno risulta essere nel periodo considerato (2004-2022) in calo, dal 2006 al 2020 per poi risalire dal 2020. Anche per i tassi di occupazione interna giovanile si registra una spiccata differenziazione di genere a svantaggio delle giovani donne.



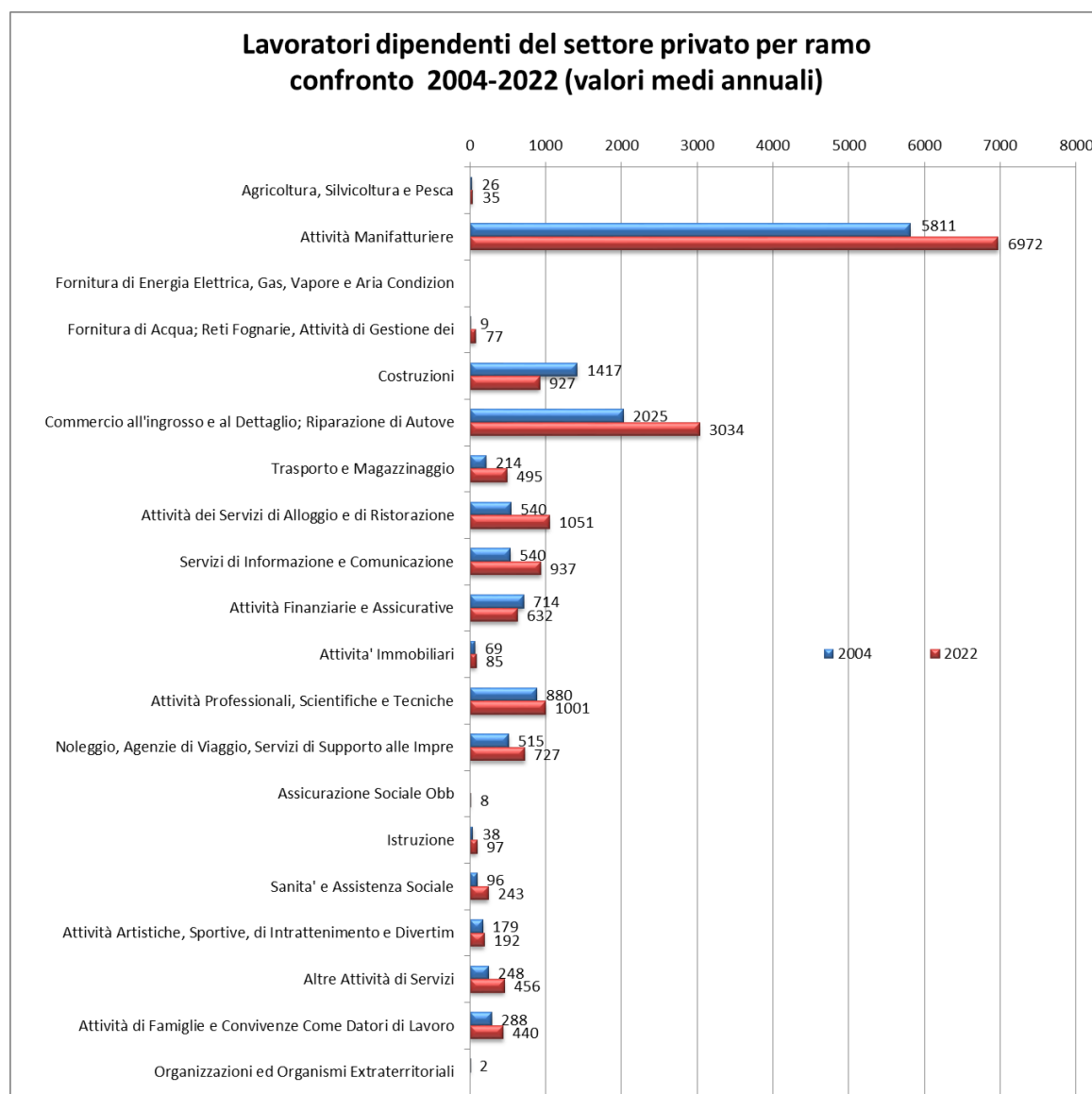
L'economia sammarinese, per il suo sistema produttivo, fa ricorso a lavoratori frontalieri. Questa componente oscilla in un range tra 26% e 31% a seconda della congiuntura economica sammarinese ed è rappresentata in maggior parte da professionalità di difficile reperimento tra i lavoratori sammarinesi.



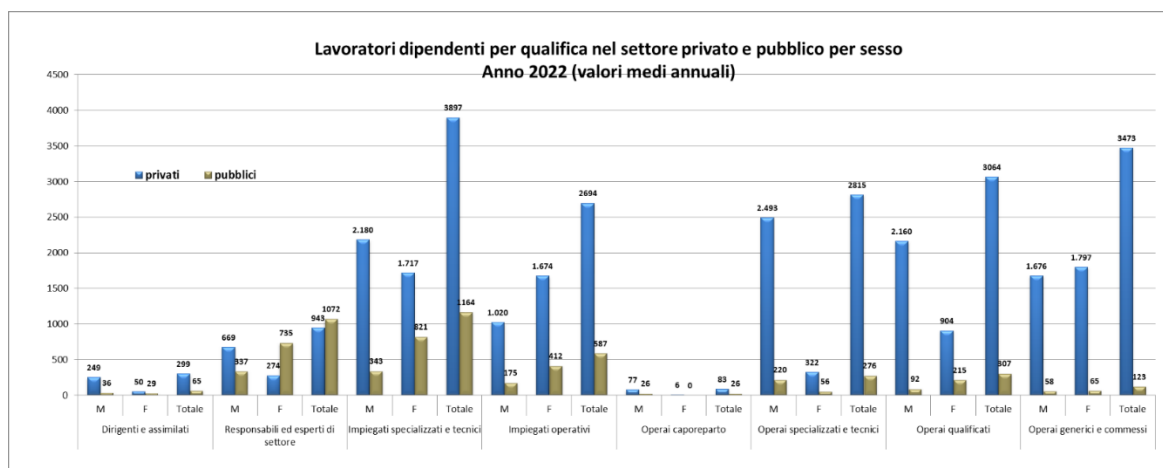
Da un confronto tra il 2004 e il 2022 si nota che sono aumentati i dipendenti del settore privato, mentre sono diminuiti sia i dipendenti del settore pubblico che i lavoratori indipendenti.



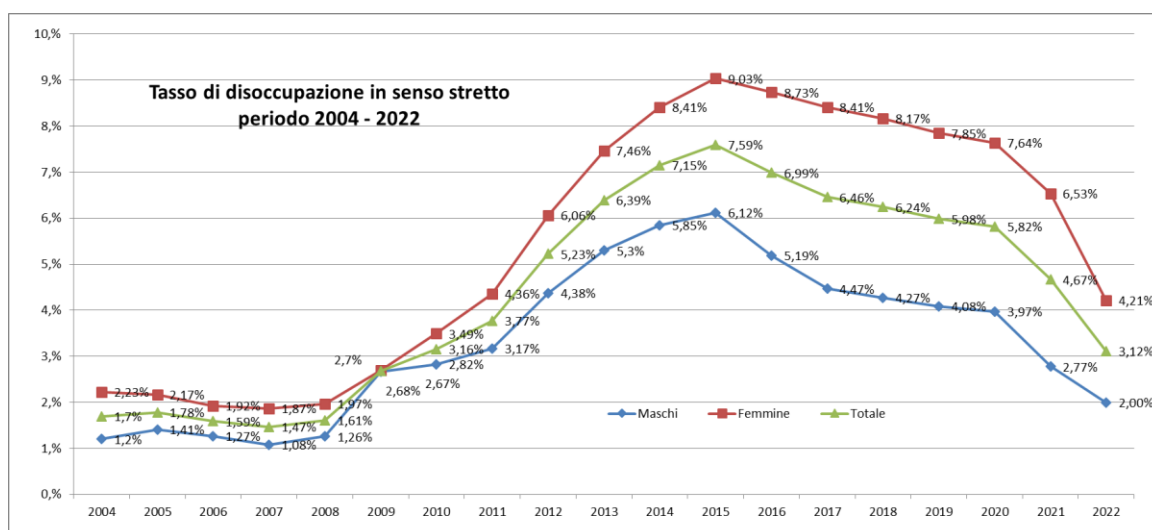
I dipendenti del settore privato sono maggiormente presenti nelle attività manifatturiere, nel commercio e nelle costruzioni. Da un confronto tra il 2004 e il 2022 si nota che nelle attività manifatturiere, nelle attività di servizio (commercio, Alloggio e ristorazione, informazione e comunicazione, attività professionali, agenzie viaggio ecc.) aumentano, mentre nelle costruzioni nelle finanziarie e assicurazioni sono in diminuzione.



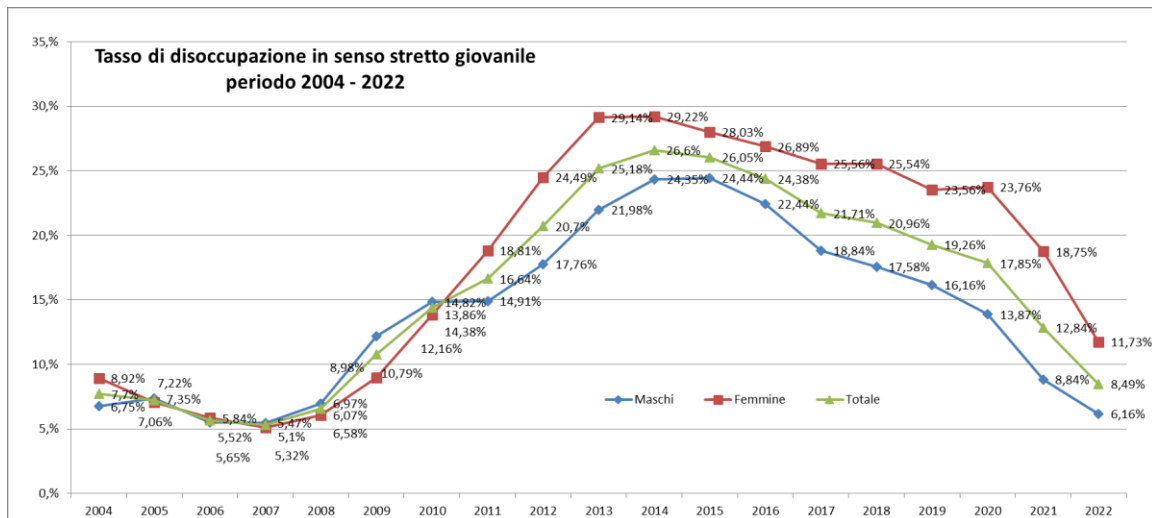
Per le mansioni "dirigenti e assimilati" prevale la componente maschile sia nel settore pubblico che in quello privato. Per i "responsabili ed esperti di settore" e gli "impiegati" vi è una differenziazione tra pubblico e privato, infatti nel pubblico prevale, per queste categorie di lavoratori, la componente femminile mentre nel privato sono ancora di più gli uomini. Per le altre categorie di lavoratori ("operai specializzati e generici") prevale la componente maschile.



Il tasso di disoccupazione in senso stretto stabile fino al 2008 è aumentato considerevolmente nel periodo successivo soprattutto a causa della crisi economica globale fino ad arrivare al 7,59% nel 2015, contro l'1,7% del 2004. Negli anni seguenti si registra una riduzione della disoccupazione in senso stretto (più lieve fino al 2020 e con un decremento più rapido nel 2021 e nel 2022) fino a raggiungere nel complesso 3,12% nel 2022. I tassi di disoccupazione in senso stretto della componente femminile restano superiori di quelli maschili.

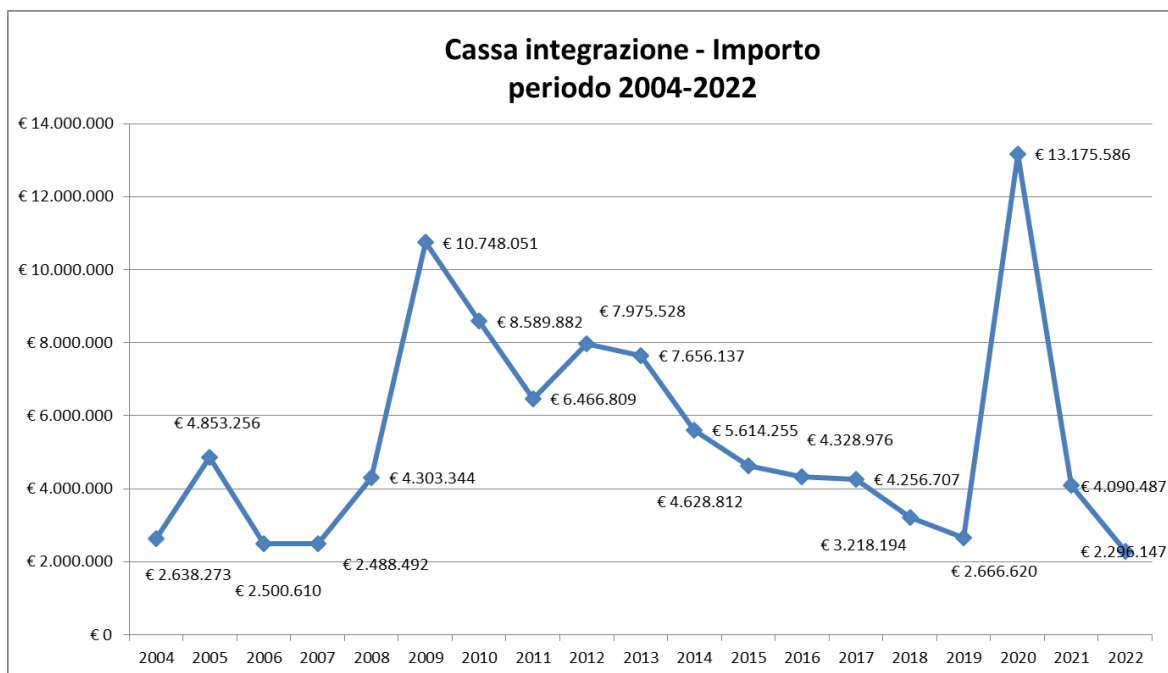


Il tasso di disoccupazione giovanile in senso stretto segue l'andamento di quello generale con un incremento dal 2008 e l'inizio di una diminuzione dal 2015 fino a raggiungere il 8,49% nel 2022. Con l'aumento della disoccupazione anche per i giovani si è allargata la forbice di genere con i tassi della componente femminile sempre più alti. Le ragazze restano più disoccupate dei loro coetanei maschi, soprattutto nei periodi di crisi economica.

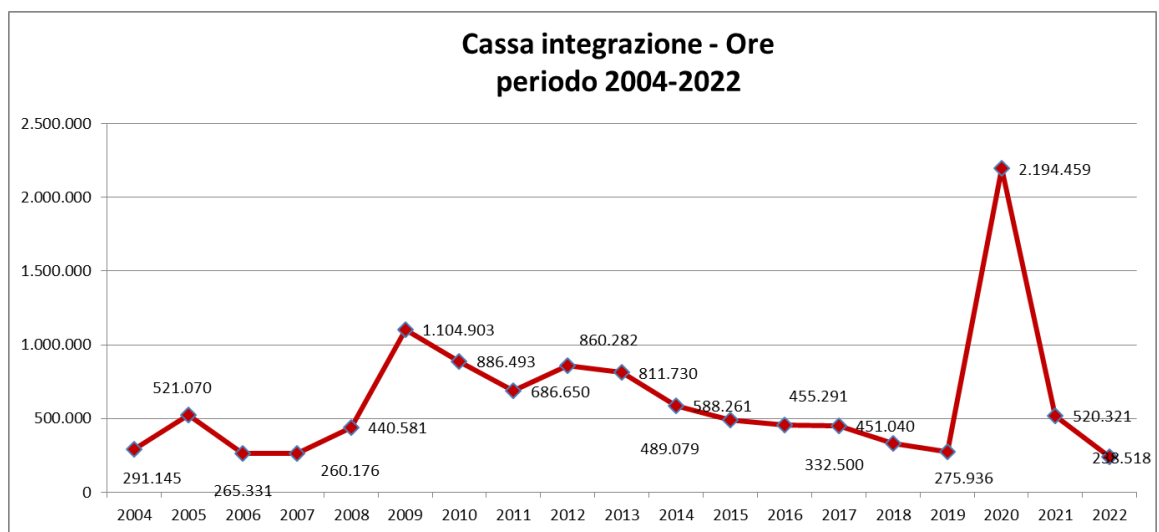
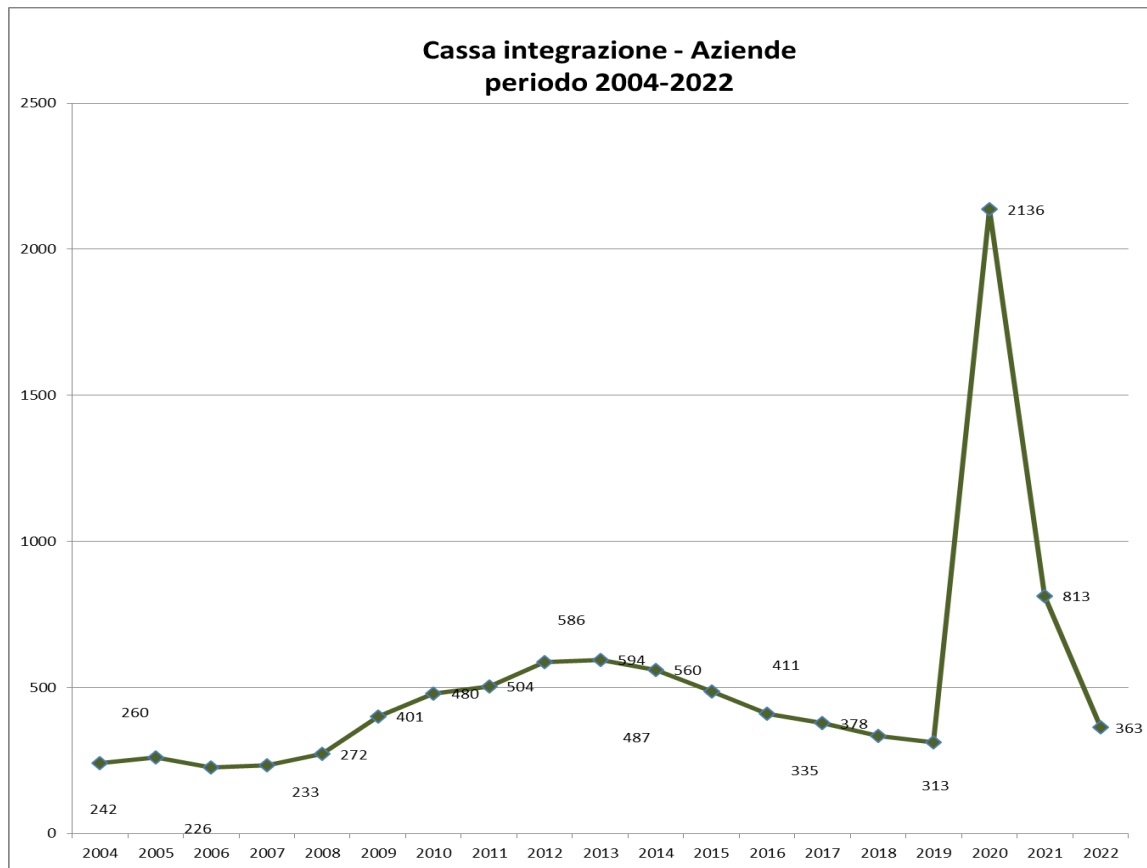


Il ricorso alla cassa integrazione guadagni⁹ (CIG) ha avuto un primo picco nel 2009 e, dopo una diminuzione dal 2012 al 2019, è risalita bruscamente nell'anno 2020, a causa della pandemia COVID-19, raggiungendo il valore di € 13.175.586 per poi ridiscendere nel periodo post pandemia fino a 2.296.147 del 2022.

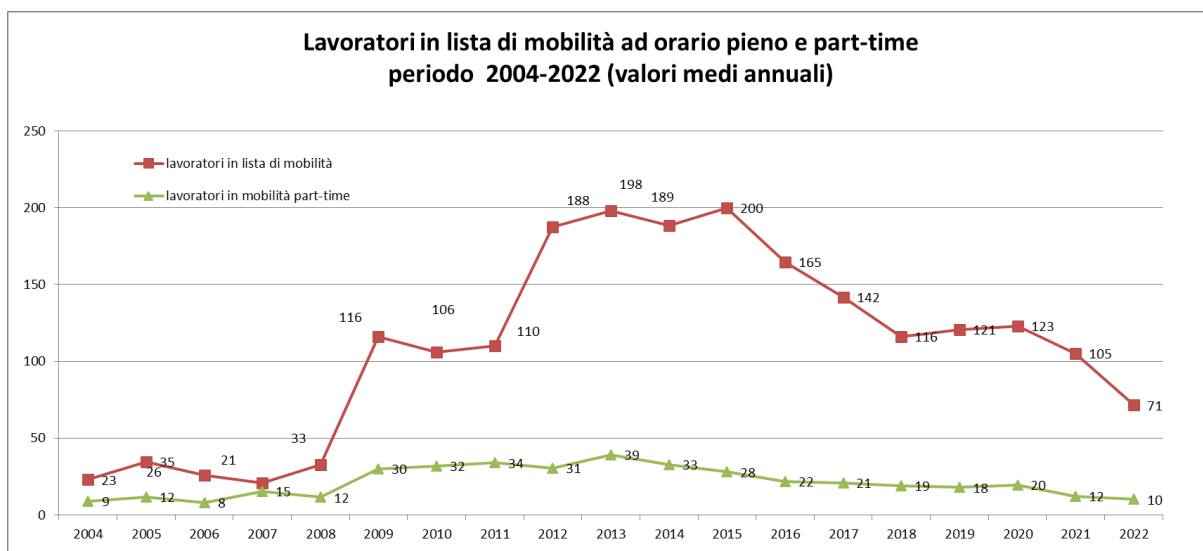
Si evidenzia che la "Riduzione di operatività determinata dal rischio di contagio da COVID-19 o dalle ripercussioni dovute alla sua diffusione", definita con Decreto Legge 27 maggio 2020 n. 73, ha coinvolto 2.136 aziende per un monte ore di 2.194.459.



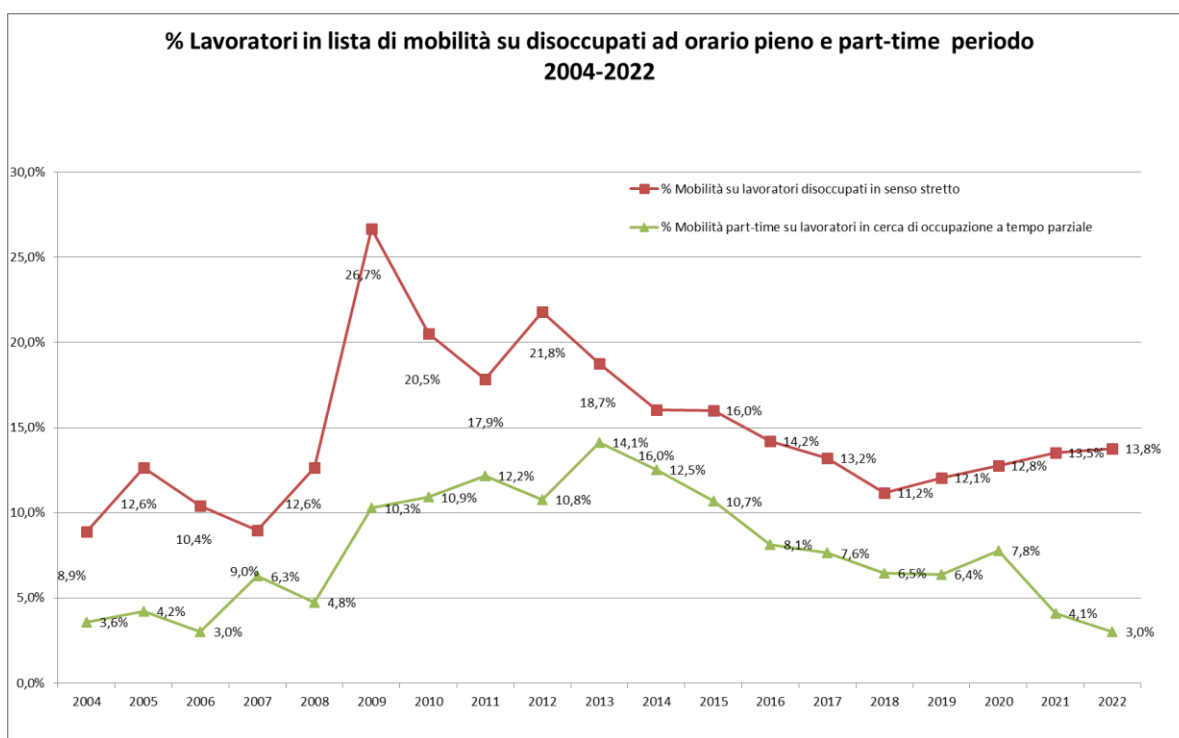
⁹ La Cassa integrazione e guadagni consente di integrare la retribuzione dei lavoratori a fronte di eventi temporanei che possono determinare la sospensione o la contrazione della normale attività lavorativa, in attesa della ripresa operativa, e l'ente a cui compete l'erogazione è l'Istituto per la Sicurezza Sociale.



Nel 2021 e 2022 il numero delle aziende e delle ore di cassa integrazione utilizzate si sono notevolmente ridotte avvicinandosi soprattutto nel 2022 nei valori medi degli anni precedenti la pandemia.

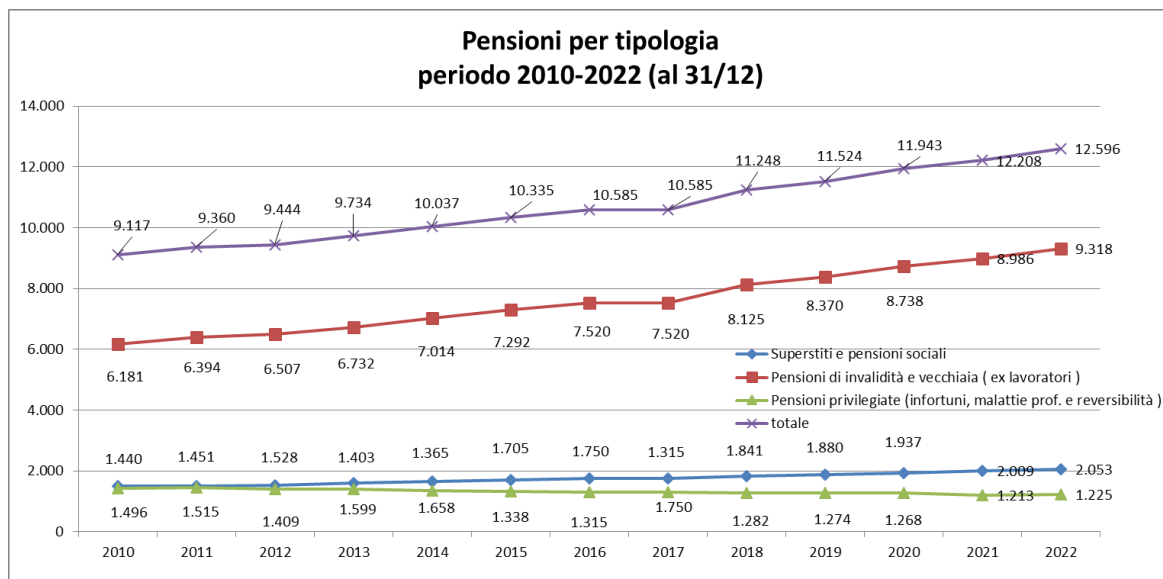


Considerando anche l'ammortizzatore sociale della mobilità nel periodo 2004-2022 si nota come sia stato utilizzato soprattutto nel periodo 2009-2015 (con il picco del 2015 di 200 lavoratori) per poi cominciare a ridursi fino a 71 lavoratori del 2022. I lavoratori in mobilità rappresentano, nel 2022, il 13,8% dei disoccupati in senso stretto, mentre i lavoratori in mobilità part-time sono il 3% dei lavoratori in cerca di lavoro part-time.

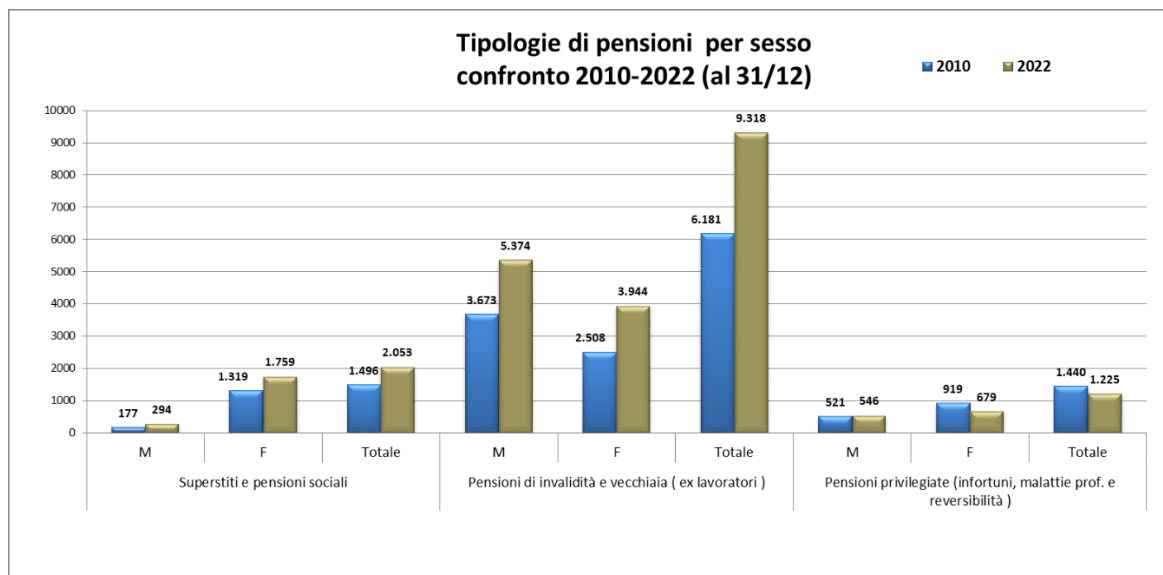


PENSIONI

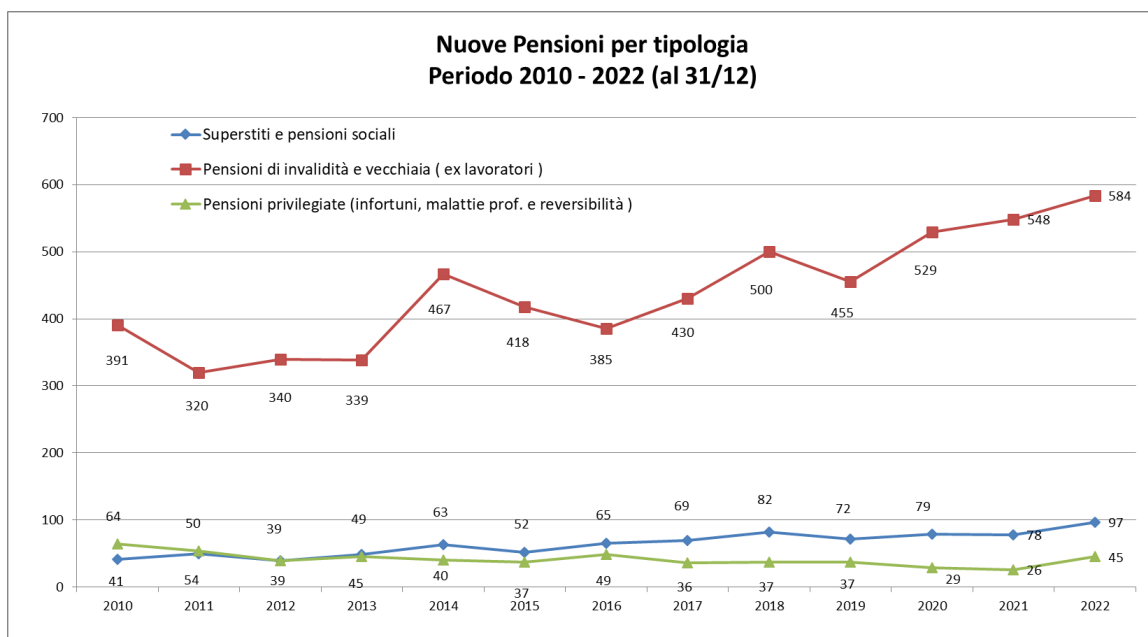
Nel periodo 2010–2022 il numero delle pensioni erogate è in costante crescita, raggiungendo nel complesso le 12.596 pensioni nel 2022. La crescita è dovuta soprattutto dalle pensioni di invalidità e vecchiaia, mentre le altre tipologie si sono mantenute abbastanza stabili nel periodo.



Da un confronto fra 2004 e 2022 le pensioni di invalidità e vecchiaia sono passate da 6.181 a 9.318, con una variazione del 50,75%.



Anche il trend delle nuove pensioni è crescente, fattore dovuto principalmente all'incremento dell'aspettativa di vita e all'arrivo all'età pensionabile delle coorti di popolazione più numerose nate negli anni 50-60.



La crisi economica, che a partire dal 2008 ha inciso anche sulle dinamiche del lavoro, unitamente alla pandemia e ai mutamenti demografici, come ad esempio il progressivo invecchiamento della popolazione e il calo della natalità, mettono inevitabilmente in forte tensione l'attuale sistema pensionistico.

POVERTÀ



L'Agenda 2030 per uno sviluppo sostenibile si pone come obiettivo eliminare completamente la povertà estrema entro il 2030. Infatti, nonostante i notevoli progressi compiuti nella lotta alla povertà, ancora oggi nel mondo più di 800 milioni di persone vive in condizioni di estrema indigenza e circa il 70 per cento sono donne. Nel 2020 in Europa circa 95 milioni di persone, il 22% della popolazione dell'UE, si trovano a rischio di povertà ed esclusione sociale.

In Italia, nel 2022, un quinto della popolazione italiana è a rischio di povertà. Il dato è superiore alla media europea, ed è rimasto pressoché stabile nell'ultimo quinquennio.

A San Marino, da un'analisi sulla povertà del 2018¹⁰ emerge quanto segue:

- Sono state accolte 75 domande per il Certificato di Credito per un valore di 131.940 € e 47 domande per il Fondo Straordinario di Solidarietà per un valore di 76.500 €¹¹.
- La SUMS ha accolto 65 domande ed erogato contributi per un totale di 32.000 €.
- La Caritas ha assistito direttamente 84 famiglie residenti con aiuti di tipo economico, con la distribuzione di "pacchi viveri", vestiario e medicinali.
- Dal rapporto Caritas 2018 sull'analisi delle categorie di bisogni registrati nel 2017, emerge che la povertà economica è la principale causa di disagio per i cittadini sammarinesi (78,4%), seguita da problemi di occupazione (54%) e problemi abitativi (26,7%). Il pagamento dell'affitto risulta essere una delle cause del disagio economico per famiglie vulnerabili per le quali è stato richiesto un contributo.

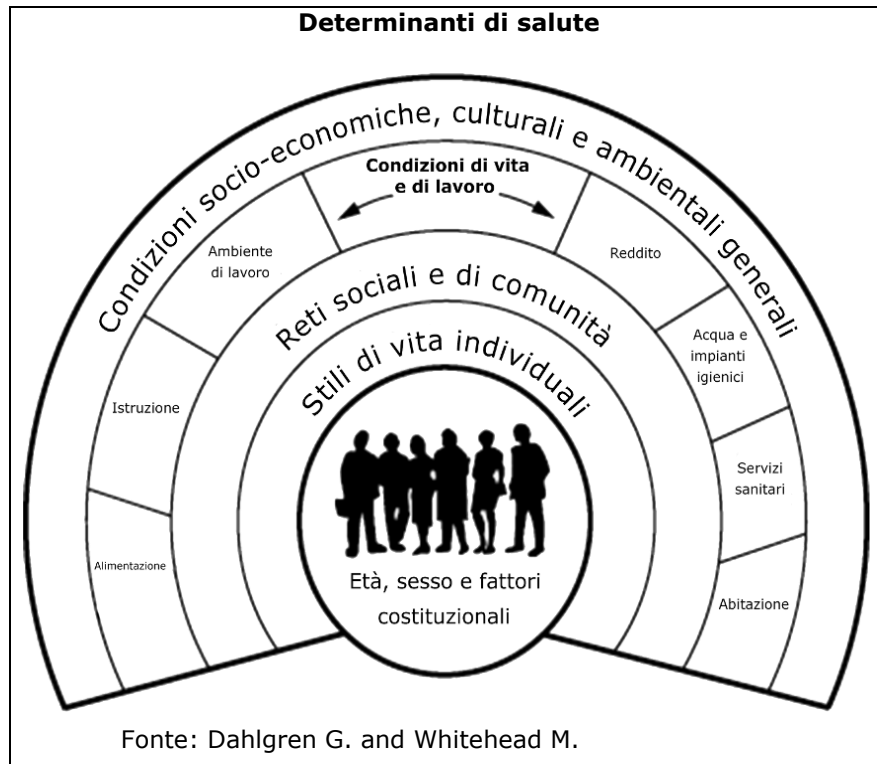
Dagli ultimi dati diffusi da Caritas e SUMS si evidenzia quanto segue:

- Nel 2020, anno particolarmente difficile a causa della pandemia COVID -19, il Fondo di Solidarietà SUMS, al 30 novembre dell'anno di riferimento, aveva raccolto più di 64 richieste di aiuto ed erogato complessivamente più di € 69.000 per bollette delle utenze, canoni d'affitto, assicurazioni, bolli auto, spese mediche, rette per le mense e iscrizioni scolastiche.
- Da gennaio 2023 si sono rivolte alla Caritas 72 le famiglie sammarinesi e residenti, per un totale di circa 200 persone, principalmente per le seguenti cause: reddito insufficiente, utenze, lavoro precario. La povertà ha colpito maggiormente le donne fra i 35 ai 64 anni, separate o divorziate, con figli a carico.

¹⁰ Ceccoli Orietta, "Ricerca sulla Povertà a San Marino -anno 2018" – Quaderni SUMS – n. 3 ANNO II

¹¹ Il Certificato di Credito Sociale e il Fondo Straordinario di solidarietà sono importanti strumenti di protezione sociale istituiti rispettivamente con la Legge finanziaria n. 135/2006 e con l'articolo 10 della Legge 146/2014.

SEZIONE B - I DETERMINANTI DI SALUTE



I determinanti di salute, in generale, sono rappresentati da fattori genetici, stili di vita, condizioni di vita e di lavoro, organizzazione delle cure, contesto generale socio-economico, culturale e ambientale.

Infatti, la salute di una comunità non dipende solo dalla presenza di un sistema sanitario di qualità accessibile universalmente, ma è anche il risultato dell'interazione degli individui, uomini e donne, con l'ambiente fisico e sociale, in un dato contesto socio-economico e culturale (comportamenti, stili di vita, situazione economica e professionale, istruzione, sicurezza lavorativa, stradale e domestica).

Inoltre, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie rivestono un ruolo fondamentale nell'ambito delle politiche sanitarie e socio-sanitarie in quanto, agendo sui determinanti di salute modificabili (ambiente di vita e di lavoro, stili di vita) contribuiscono alla riduzione della morbosità, invalidità e mortalità causate da incidenti stradali, domestici o lavorativi e da malattie croniche.

In questo capitolo vengono trattati i determinanti di salute collegati all'ambiente di vita e di lavoro e agli stili di vita.

L'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

1) L'AMBIENTE FISICO E L'ARIA CHE RESPIRIAMO

La tutela dell'ambiente e la riduzione dell'inquinamento dell'aria, che hanno forti ripercussioni sulla salute della popolazione, risultano essere tematiche trasversali a più obiettivi dell'Agenda 2030.



A livello mondiale, infatti, l'inquinamento nel 2015 ha causato circa 9 milioni di morti premature. La distribuzione geografica è estremamente eterogenea, con quasi il 92% di morti legate all'inquinamento che avvengono nei paesi a basso e medio reddito.

L'inquinamento atmosferico outdoor e indoor è responsabile di circa 6,5 milioni di morti premature, mentre le morti causate dall'inquinamento dell'acqua e alla contaminazione del suolo si stimano essere rispettivamente circa 1,8 e 0,5 milioni.

Si stima che in Europa l'inquinamento ambientale riduca in media l'aspettativa di vita di 2,2 anni, con un tasso di mortalità annua attribuibile di 133 casi/anno per 100.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'ambiente che viviamo si evidenzia quindi la necessità di



proteggere, ripristinare e favorire un uso sostenibile dell'ecosistema terrestre e rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili (SDG 15). L'inquinamento atmosferico, data l'entità del problema, è menzionato in molti obiettivi, in particolare nell'SDG 3, che include anche un indicatore specifico che misura i progressi per quanto riguarda direttamente il "tasso di mortalità attribuito all'inquinamento atmosferico



domestico e ambientale", e nell'SDG 11.

Date le sue ripercussioni più ampie, l'inquinamento dell'aria ha implicazioni anche in obiettivi quali SDG 7 (energia pulita e accessibile) e SDG 13 (Lotta contro il cambiamento climatico) data l'interazione tra clima, energia e inquinamento, SDG 6 (acqua pulita e servizi igienico-sanitari) per l'impatto sulla qualità dell'acqua, SDG 15 (vita sulla terra) e SDG 12 (consumo e produzione responsabili) per le conseguenze dell'inquinamento atmosferico sull'ambiente.

ARIA

In base all'analisi dell'Agenzia Europea dell'Ambiente (AEA) sullo stato della qualità dell'aria in Europa, l'inquinamento atmosferico continua a rappresentare un rischio significativo per la salute per la popolazione europea, causando malattie croniche e decessi prematuri. Nel 2020 sono state circa 311mila le persone morte prematuramente nell'Unione Europea a causa dell'inquinamento atmosferico. L'Italia ha registrato 52.300 morti premature, il 21% di quelle rilevate in tutta l'Ue. Secondo il rapporto dell'AEA, il 96% della popolazione urbana in Ue è esposto a livelli di particolato fine superiori ai livelli di riferimento fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms). Questi dati preoccupanti hanno spinto l'AEA a definire l'inquinamento atmosferico come «il più grande rischio ambientale per la salute in Europa». Oltre

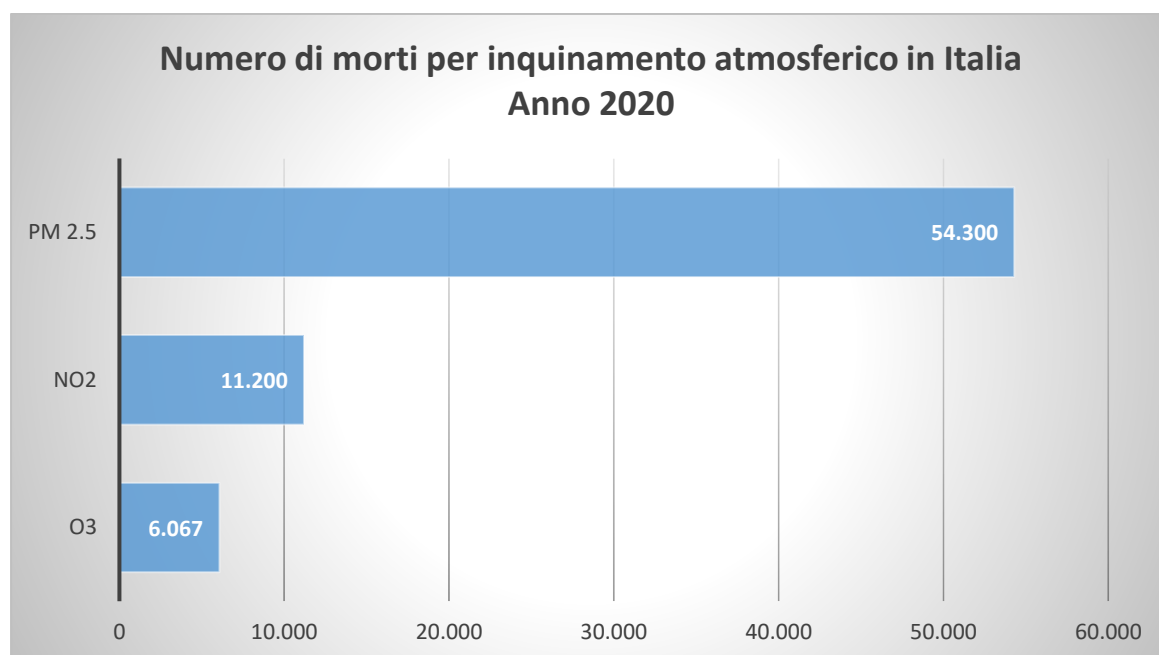
alla morte prematura, infatti, una cattiva qualità dell'aria porta con sé anche un aumento dei casi di malattie respiratorie.

Gli inquinanti atmosferici chiamati in causa per una maggiore mortalità prematura sono il particolato primario (PM), il biossido di azoto (NO₂) e l'ozono troposferico (O₃).

Nel 2020 sarebbero almeno 238.000 le persone morte prematuramente in Europa a causa dell'esposizione a livelli troppo elevati di PM 2.5. I principali fattori che contribuiscono alla formazione del particolato primario sono traffico e trasporti (45%) e il riscaldamento civile (40%), mentre peso minore hanno le attività industriali (12%) e l'agricoltura (3%).

I morti da esposizione a biossido di azoto e ozono in UE potrebbero essere stati rispettivamente 49.000 e 24.000.

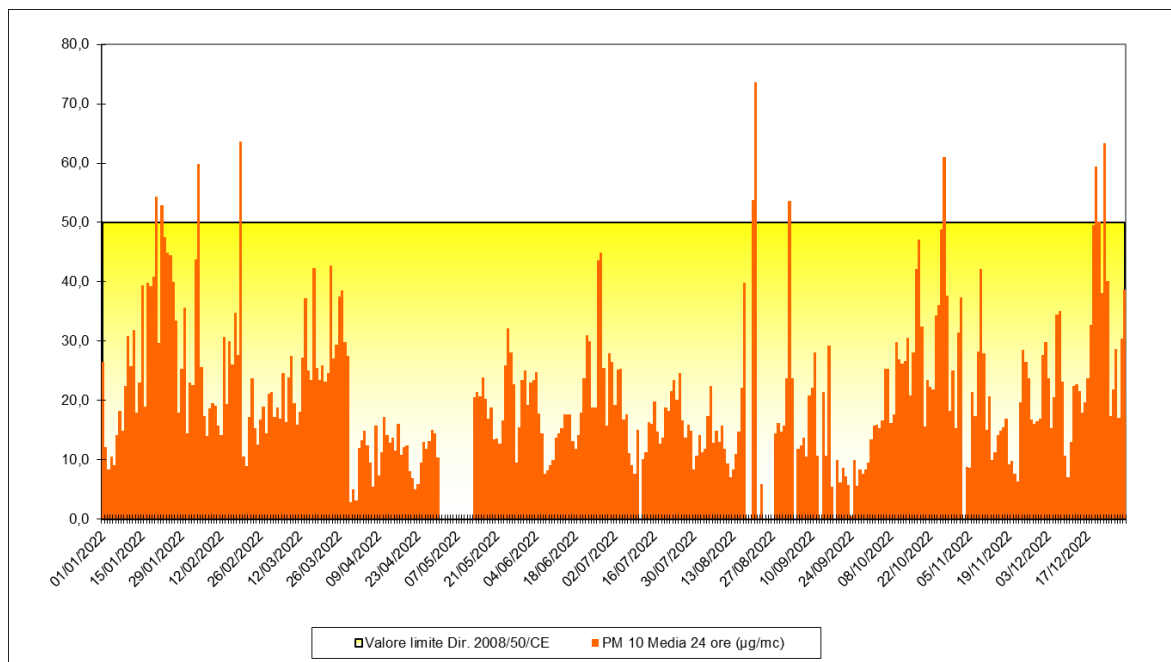
In Italia si stima che nel 2020 siano morte prematuramente 54.300 persone a causa dell'esposizione al PM_{2.5}, mentre le morti premature causate da NO₂ e O₃ si stima siano state rispettivamente 11.200 e 6.067 (vedi grafico successivo).



A San Marino, analizzando i principali inquinanti atmosferici e il livello qualitativo dell'aria che si respira attraverso l'indice di qualità dell'aria (IQA¹²), per l'anno 2022, dai dati forniti dall'Ufficio Prevenzione Ambiente e Vigilanza del Territorio (UPAV), è emerso quanto segue.

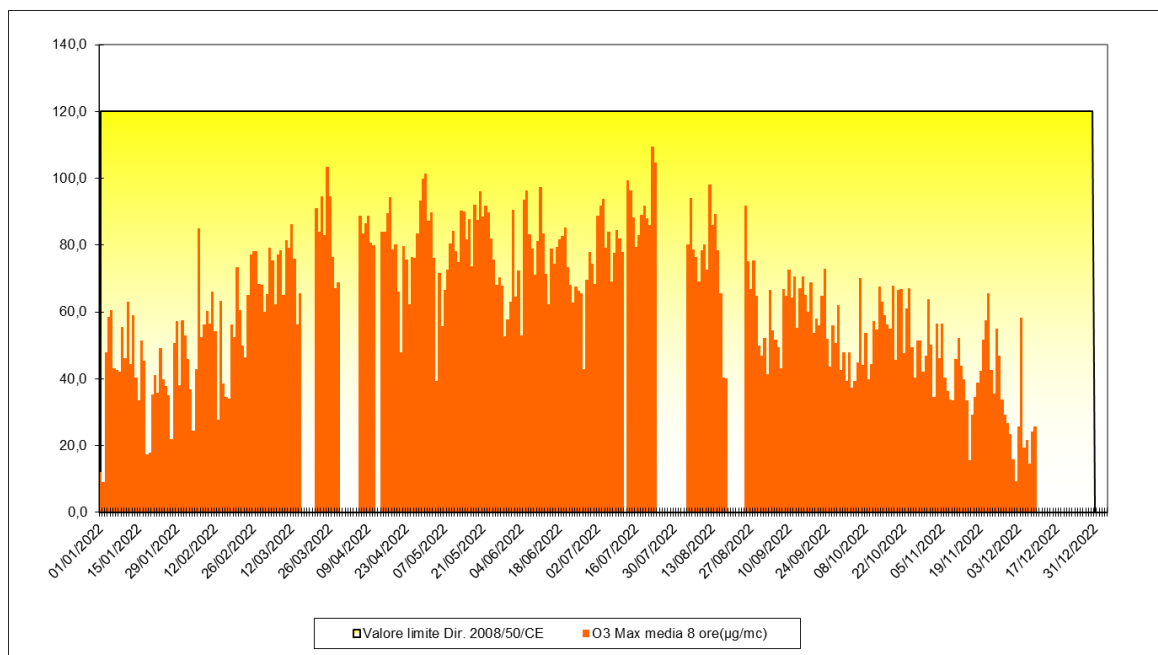
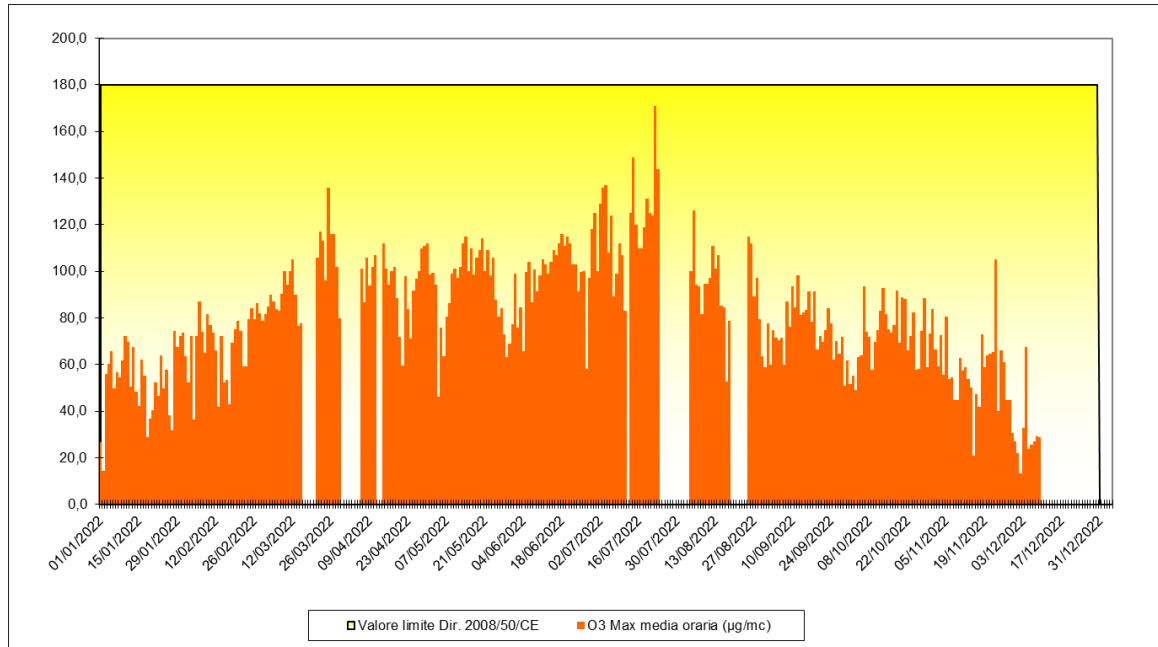
Materiale particolato fine (PM10):

è stato superato il limite di 50 µg/Nm³ per un totale di 11 giorni e che la media annuale della concentrazione di PM10, è stata pari a 19.7 µg/Nm³. Nel 2020 è stata riscontrata una riduzione di PM10 nel periodo del lock-down.

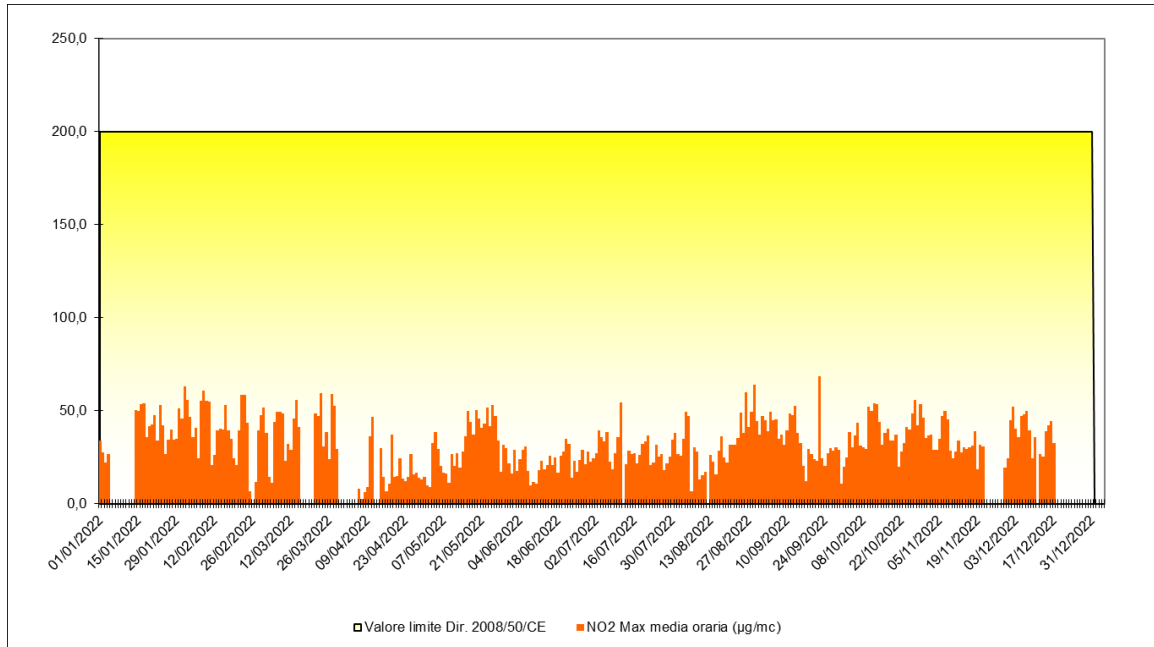


¹² L'indice sintetico di Qualità dell'Aria (IQA) rappresenta sinteticamente lo stato dell'inquinamento atmosferico. IQA considera il PM10, l'NO₂ e l'O₃ che, tra gli inquinanti con effetti a breve termine, sono quelli che presentano le maggiori criticità; il calcolo dell'indice, effettuato giornalmente, si basa sul rapporto tra il valore rilevato da ciascuno dei tre inquinanti e il rispettivo limite di legge. I valori dell'indice sono stati raggruppati in cinque classi relativi alla qualità dell'aria (BUONA - ACCETTABILE - MEDIOCRE - SCADENTE - PESSIMA) con una ampiezza degli intervalli uniforme e pari a 50.

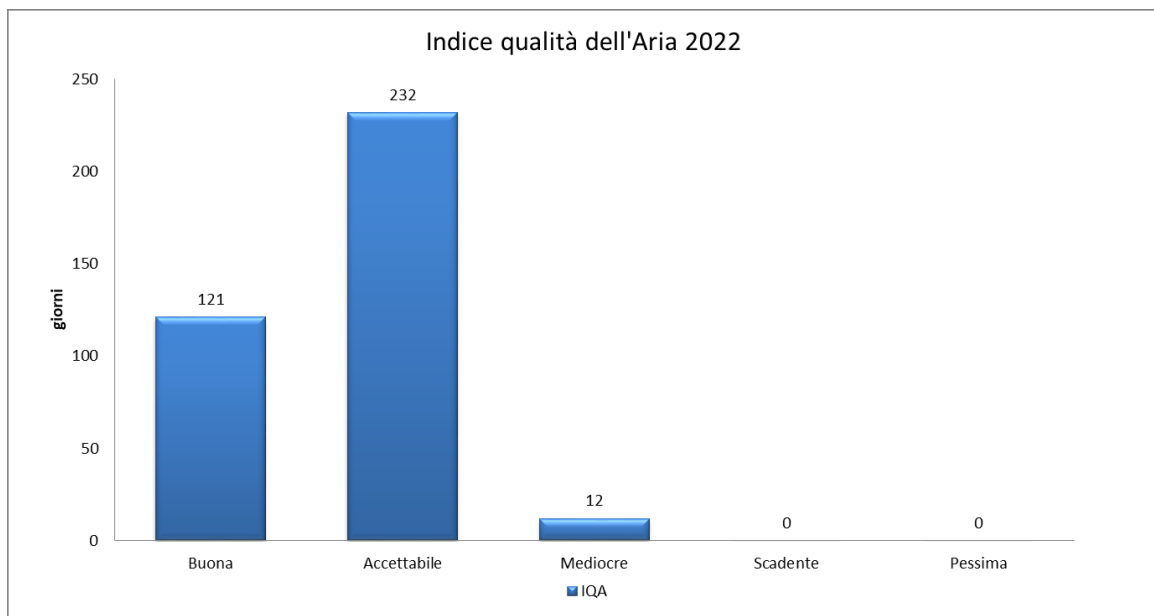
Ozono (O₃): non è stato riscontrato nessun superamento del valore obiettivo per la protezione della salute umana (120 µg/m³), rientrando pienamente all'interno dei 25 superamenti previsti dalla normativa vigente; non sono stati riscontrati neppure superamenti della soglia di informazione (180 µg/m³) per l'anno 2022. Il dato del 2022 risulta essere migliore rispetto al 2019 e al 2020, anni in cui è stato riscontrato il superamento del valore obiettivo per la protezione della salute umana rispettivamente di 7 e 15 giorni.



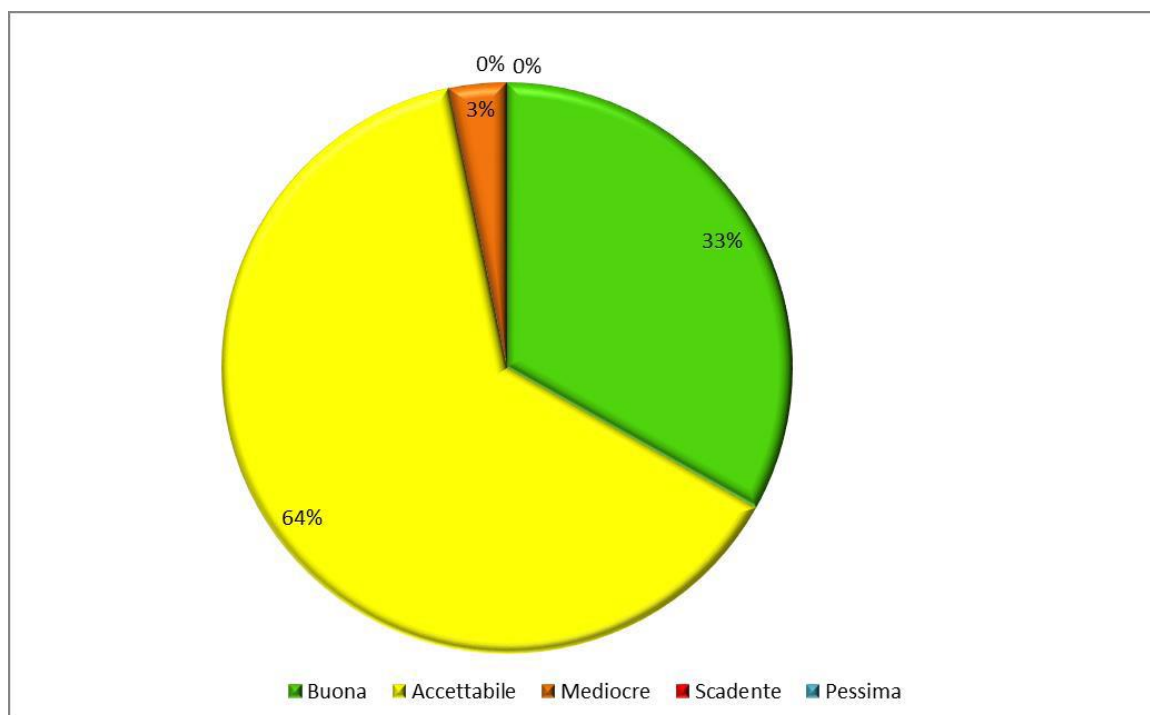
Biossido d'azoto (NO2): non sono stati riscontrati superamenti dei limiti previsti dalla direttiva 2008/50/CE come valore massimo delle medie orarie (il valore limite orario per la Protezione della Salute Umana media oraria da non superare più di 18 volte per anno è pari a 200 µg/Nmc). La media annuale riscontrata è risultata pari a 14 µg/Nmc, pienamente al di sotto dei 40 µg/Nmc previsti dalla normativa e in riduzione rispetto gli anni precedenti (24,1 µg/Nmc nel 2020 e 28,3 µg/Nmc nel 2021).



Indice di qualità dell'aria (IQA): l'aria è risultata essere buona per 121 giorni, accettabile per 232 giorni e mediocre per 12 giorni, con un miglioramento rispetto al 2019, anno in cui l'aria è stata buona per 92 giorni, accettabile per 253, mediocre per 19. Si evidenzia che negli anni di riferimento non sono mai state riscontrate condizioni dell'aria scadenti o pessime.



Di seguito viene riportata la rappresentazione grafica della percentuale delle giornate nell'arco dell'anno in cui la qualità dell'aria è stata buona, accettabile, mediocre, scadente e pessima. Nell'anno 2020 per il 33% dei giorni l'aria è stata buona, per il 64% dei giorni accettabile, per il 3% mediocre.



Per quanto riguarda i gas ad effetto serra si riporta in tabella l'andamento annuale presente a San Marino.

	<i>Formula</i>	2005	2007	2010	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Anidride Carbonica	CO ₂	233,65	243,45	278,09	230,42	319,74	285,47	269,83	275,61	289,15	290,53	240,88
Metano	CH ₄	3,22	3,02	2,94	2,84	3,28	3,21	3,19	3,21	1,72	3,297	2,88
Protossido di Azoto	N ₂ O	3,28	3,55	3,8	3,18	3,34	3,41	3,72	3,72	3	3,41	2,79
Totale emissioni escl. Assorbimento		240,15	250,02	284,83	236,43	326,36	292,09	276,74	282,54	293,87	297,23	246,55

LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI

I rifiuti diventano un rischio per la salute quando risultano assenti o inadeguati i processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento e smaltimento finale dei rifiuti e quando lo smaltimento non rispetta le rigorose norme ambientali e sanitarie. Il 2-6% della popolazione europea risulta essere esposta a contaminanti legati al ciclo dei rifiuti.

Una politica di gestione dei rifiuti compatibile con la tutela della salute pubblica e dell'ambiente deve, quindi, tenere in considerazione non solo il corretto smaltimento e riciclo attraverso la raccolta differenziata, ma anche la riduzione, all'origine, della quantità e pericolosità dei rifiuti prodotti e il controllo quali-quantitativo degli stessi. Nella Strategia di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 ONU, uno dei traguardi del Goal 12 – "Garantire modelli sostenibili di produzione e consumo" – prevede di ridurre in modo sostanziale la produzione di rifiuti attraverso la prevenzione, la riduzione, il riciclo e il riutilizzo (target 12.5).



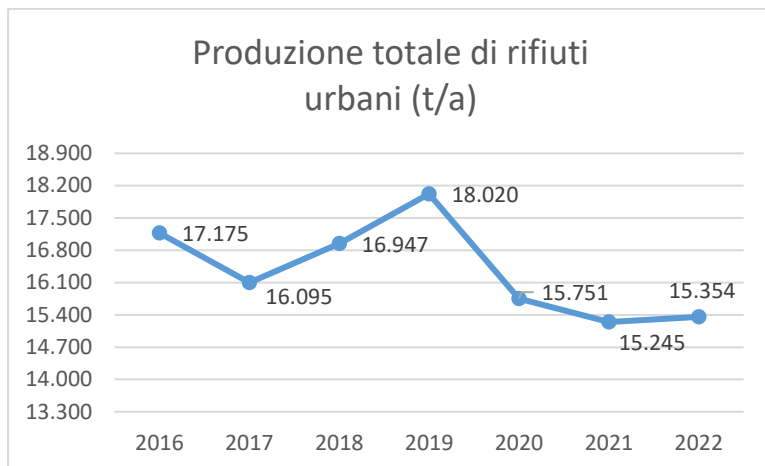
Nell'Unione Europea (EU27) secondo i dati di Eurostat pubblicati nel 2022 e riferiti alla produzione fino al 2020, la produzione complessiva di rifiuti urbani fa registrare, rispetto al 2019, un incremento del 2,6%, passando da 225,3 milioni di tonnellate a circa 231,3 milioni di tonnellate. La produzione pro capite media europea è in aumento, passando da 500 Kg/abitante per anno nel 2018 a 517 nel 2020. L'Italia registra una flessione del 3,2%, passando da 503 Kg/ab/a nel 2018 a 487 Kg per abitante nel 2020. Il 31% dei rifiuti urbani in UE è avviato a riciclaggio, il 26% è avviato a recupero di energia, il 18% a compostaggio e digestione aerobica/anaerobica, il 24% è smaltito in discarica. In Italia vengono riciclati e compostati rispettivamente il 28,5% e il 25% dei rifiuti, mentre il 22% e il 28% sono, rispettivamente, inceneriti e smaltiti in discarica. Nel 2020, il riciclaggio complessivo ha interessato, nell'UE27, oltre 111 milioni di tonnellate di rifiuti urbani, circa 5,4 milioni di tonnellate in più rispetto al 2019 (+5,1%) e 8 milioni di tonnellate in più rispetto al 2018 (+7,7%).

A San Marino, dai dati forniti dall'Azienda Autonoma di Stato per i Servizi Pubblici, la produzione di rifiuti urbani nel 2022 è stata pari a 15.354 T, che equivale a 454 kg per abitante. La raccolta differenziata è stata pari al 43%.

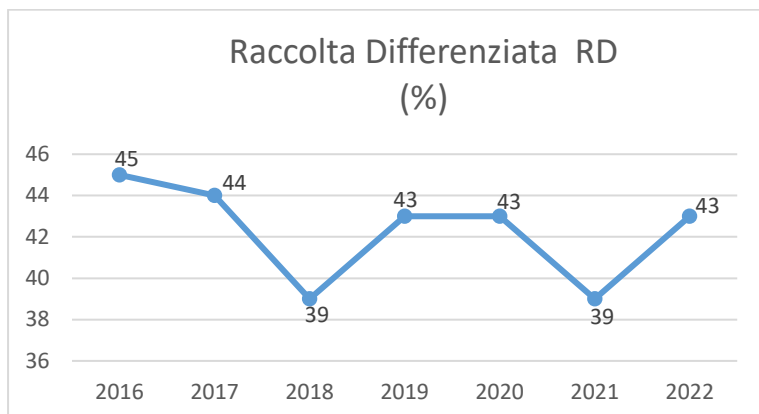
Nella tabella seguente si riportano i dati relativi alla raccolta dei rifiuti urbani nel periodo 2016-2022.

Anno	Totale rifiuti urbani (t/a)	Carta (t/a)	Plastica (t/a)	Vetro (t/a)	Metallo (t/a)	Organico (t/a)	Rifiuti solidi urbani - RSU (t/a)	Altre frazioni (t/a)	Raccolta Differenziata RD (%)	Produzione rifiuti pro-capite (kg/ab/a)	Rifiuti avviati a recupero energetico (%)
2016	17.175	2.268	962	964	154	919	9.437	2.471	45	517	55
2017	16.095	1.838	722	921	199	1.245	8.960	2.210	44	483	56
2018	16.947	2.068	839	1.078	240	1.388	10.367	967	39	507	61
2019	18.020	2.348	1.098	1.256	241	1.398	10.279	1.400	43	537	57
2020	15.751	1.727	931	1.179	147	1.421	9.029	1.317	43	468	57
2021	15.245	1.843	1.002	1.087	121	1.524	9.261	407	39	455	61
2022	15.354	1.867	992	1.004	117	1.532	8.807	1.034	43	454	57

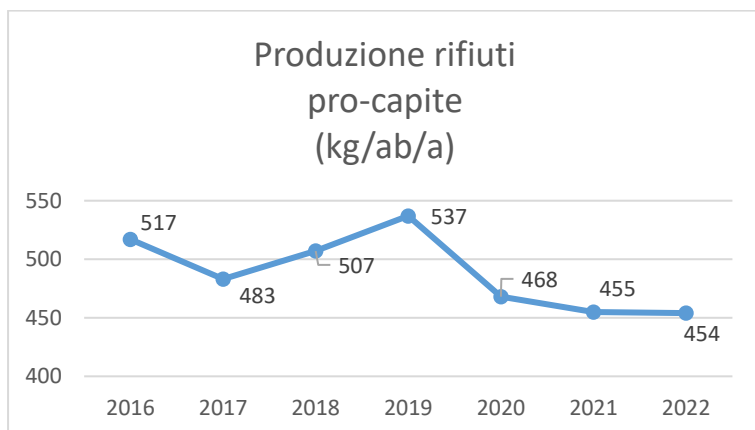
Nella figura seguente emerge che la produzione di rifiuti, dopo avere raggiunto il picco di 18.020 tonnellate nel 2018, si è ridotta negli anni successivi, anche se nel 2022 si registra un piccolo rialzo.



L'andamento della raccolta differenziata si è mantenuta relativamente stabile, ad eccezione di 2 riduzioni al 39% nel 2018 e 2021, passando dal 45% del 2016 al 43% nel 2022.



La produzione pro-capite di rifiuti è in costante riduzione a partire dal 2019 (537 Kg pro-capite), attestandosi a 454 Kg pro-capite nel 2022.



AMIANTO

La polveri asbesto/amianto sono causa di gravi patologie polmonari fino a determinare il mesotelioma, un tumore del mesotelio. Le fibre di asbesto possono determinare una patologia anche dopo 40 anni per cui è fondamentale la prevenzione ed evitare qualsiasi anche piccola inspirazione di queste fibre.

Per tale motivo San Marino ha predisposto una normativa per eliminare il più possibile la presenza di amianto sul nostro territorio o dove non è possibile eliminarlo sigillarlo in modo che non produca fibre dannose. Dall'uscita della legge sono state censite tutte le strutture contenenti amianto e sono stati previsti incentivi economici per la sua eliminazione.

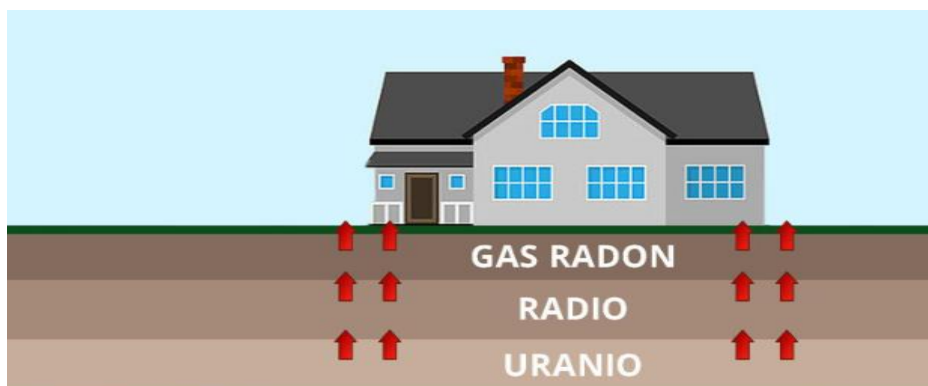
Sulla base del censimento iniziato nel 2005, fino al 2020 sono stati censiti circa 393.000 metri quadrati di materiali contenenti amianto ed in seguito alle bonifiche effettuate ne sono rimasti da smaltire circa 99.500 metri quadrati.



RADIAZIONI DANNOSE PER L'UOMO

Le *radiazioni ionizzanti* sono potenzialmente dannose per l'uomo e le principali fonti di esposizione per la popolazione possono essere di origine naturale (es. decadimento del radon, raggi cosmici, radiazione terrestre) o prodotte dalle attività umane (es. Raggi X per scopi medici).

Si segnala che il gas radon, negli USA, è la seconda causa di morte per tumore al polmone dopo il fumo. Il gas radon si produce naturalmente dalla crosta terrestre e si accumula soprattutto nelle zone con caverne e cantine ai strati più bassi. Le caratteristiche del territorio sammarinese presenta un'elevata possibilità di presenza e di accumulo di questo gas in molti bassifondi o cantine delle nostre abitazioni. Sarebbe opportuno avviare un approfondito studio e monitoraggio sulla presenza di questo gas nelle abitazioni e di prevedere anche valutazioni preventive nelle nuove costruzioni.



Per quanto riguarda l'esposizione a radiazioni ionizzanti (Rx) per scopi medici sia per motivi diagnostici che terapeutici al momento non si hanno dati circa la reale esposizione della popolazione sammarinese, anche se l'elevato numero di indagini diagnostiche effettuate dalla UO di Radiologia ci evidenzia che la popolazione è sicuramente esposta a questo rischio, che si

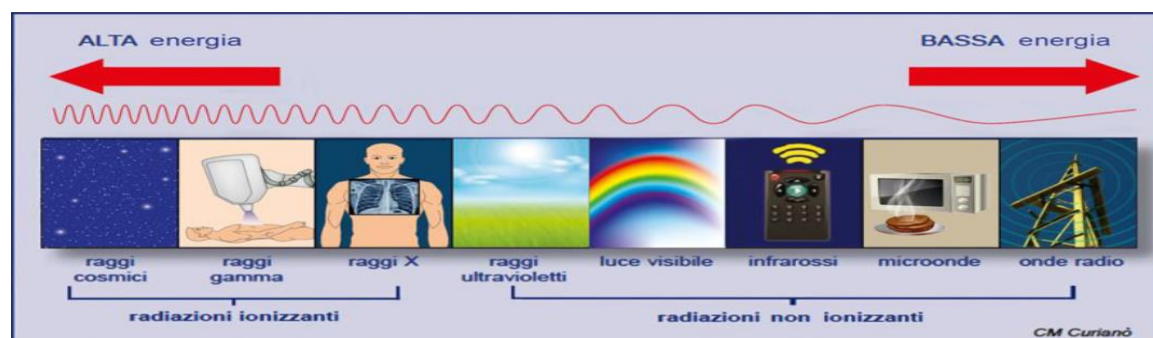
ricorda è un cancerogeno la cui esposizione può determinare un danno irreparabile anche a bassi dosaggi di esposizione.

L'esposizione alle radiazioni ionizzanti deve essere il più basso possibile. A questo scopo le norme sulla radioprotezione prevedono tre principi generali: giustificazione, ottimizzazione e limitazione della dose.

E pertanto fondamentale per quanto riguarda l'utilizzo delle apparecchiature radiologiche seguire sempre il cosiddetto di ALARA (As Low As Reasonably Achievable) cioè dell'esposizione alle più basse dosi possibili.

Pertanto sarà necessario, pur in assenza di dati e di evidenze, avviare una politica in grado di limitare il numero di esposizioni e il numero di indagini radiologiche allo stretto necessario.

Le *radiazioni non ionizzanti*, ossia forme di radiazione il cui meccanismo primario di interazione con la materia non è quello della ionizzazione, possono avere effetti nocivi sulla salute dell'uomo e comprendono i campi elettromagnetici (dai campi statici alle radiofrequenze) e le radiazioni ottiche (ad es. UV e laser).



Al fine di limitare gli effetti delle onde elettromagnetiche sulla salute dell'uomo, anche a San Marino, sulla base di indicazioni e raccomandazioni internazionali, sono stati fissati limiti di esposizione, valori di attenzione e obiettivi di qualità. Il Decreto Delegato n.44/2012 e successive modifiche e integrazioni, per le sorgenti oggetto dei rilevamenti comprese nelle frequenze fra i 3 ed i 3.000 Mhz, definisce per il territorio sammarinese un valore limite di esposizione di 20 V/m ed un valore di cautela (6 V/m), intesi come valori efficaci del campo elettrico generato. Nel 2019 sono stati eseguiti 214 giorni di monitoraggio in continuo dei campi elettromagnetici presso i siti interessati dalle emissioni di impianti radiotelevisivi e di stazioni radio base per la telefonia mobile. In tutti i siti oggetto dei rilevamenti non vi è stato alcun superamento dei valori di cautela stabiliti dalla normativa vigente. Nel 2020, nei 258 giorni di monitoraggio in continuo, non vi è stato alcun superamento dei valori di cautela stabiliti dalla normativa vigente.

L'eccessiva esposizione alle radiazioni ultraviolette è un importante fattore di rischio per lo sviluppo di processi degenerativi anche di tipo tumorale, in particolare a carico della cute (invecchiamento precoce del tessuto cutaneo, tumori della pelle quali melanoma, carcinomi spino-cellulari e basaliomi). Si evidenzia che i decessi per "i melanomi e altri tumori maligni della cute" nel periodo 2017-2020 sono stati 6 (circa il 2% della mortalità per tutti i tumori).

A tal fine è fondamentale avviare una attenta informazione su tutta la popolazione dei danni derivanti dall'esposizione ai raggi UV, evidenziando la necessità di proteggersi sempre in maniera adeguata dai raggi solari, tenendo anche conto dell'età e del tipo di pelle di ognuno.

INQUINAMENTO ACUSTICO

Il rumore eccessivo danneggia la salute umana e interferisce con le attività quotidiane delle persone a scuola, al lavoro, a casa e durante il tempo libero. Può disturbare il sonno, causare effetti cardiovascolari e psicofisiologici, ridurre le prestazioni e provocare reazioni di fastidio e cambiamenti nel comportamento sociale.

Il rumore del traffico veicolare, inoltre, è dannoso per la salute di quasi un terzo delle persone in Europa. Un europeo su cinque è regolarmente esposto a livelli sonori notturni che potrebbero danneggiare significativamente la salute.

Nella Repubblica di San Marino il Decreto Delegato 27 aprile 2012 n. 44 "Codice Ambientale – Titolo VI Norme in materia di tutela del territorio dall'inquinamento acustico" stabilisce i valori

limite assoluti di immissione, distinti per i periodi diurno e notturno, ed in base alle diverse zone in cui è suddiviso il territorio della Repubblica di San Marino: aree di intensa attività umana ((diurno = 65 dB, notturno = 55 dB), aree prevalentemente industriali (diurno = 70 dB, notturno = 60 dB) e aree di tipo misto (diurno = 60 dB, notturno = 50 dB)¹³. Sono inoltre stabiliti i valori limite assoluti di immissione in corrispondenza degli edifici adibiti ad attività scolastica o asilo nido, pari a 55 dB (A), limitatamente al periodo di riferimento diurno o notturno di svolgimento dell'attività; in corrispondenza degli edifici adibiti ad attività ospedaliera o di case di cura e di riposo devono essere rispettati i seguenti valori limite assoluti di immissione: a) periodo diurno = 55 dB(A); b) periodo notturno = 45 dB(A).

A San Marino, nell'anno 2015¹⁴, i livelli di rumore rilevati in aree residenziali adiacente a strada trafficata - Cerbaiola, Chiesanuova, Ventoso - nel periodo di riferimento diurno hanno avuto una media rispettivamente di 60.1, 59.8 e 60.4 dB, mentre nel periodo di riferimento notturno sono stati rilevati livelli di rumore con una media rispettivamente di 54, 51.5 e 56 dB.

Nel 2019¹⁵ sono stati analizzati i livelli di rumore registrati nei periodi di riferimento diurno e in località Chiesanuova presso civile abitazione adiacente all'area industriale. I livelli di rumore rilevati nel periodo di riferimento diurno hanno una media inferiore a 60 dB, compatibili con un'area di tipo misto (Zona A); nel periodo di riferimento notturno sono stati rilevati livelli di rumore con una media di 45 dB che rientrerebbero sempre in una Zona A (area di tipo misto). Il clima acustico del sito di monitoraggio risente comunque della vicinanza all'area industriale. In località Ciarulla i livelli di rumore rilevati nel periodo di riferimento diurno hanno una media inferiore a 60 dB, compatibili con un'area di tipo misto (Zona A); nel periodo di riferimento notturno sono stati rilevati livelli di rumore inferiori a 50 dB, che rientrerebbero sempre in una Zona A (area di tipo misto). Anche in questo caso il clima acustico del sito di monitoraggio risente della vicinanza all'area industriale.

Nel 2021, in località Cailungo presso l'Ospedale di Stato, i livelli di rumore hanno avuto una media inferiore a 60 dB nel periodo diurno, compatibile con un'area di tipo misto (Zona A); nel periodo di riferimento notturno sono stati rilevati livelli di rumore con una media di 51.2 dB, che rientrerebbero sempre in una Zona A (area di tipo misto).

INQUINAMENTO INDOOR

Le nostre case sono una elevata fonte di produzione di inquinanti che riguardano sostanze tossico-nocive, allergizzanti e cancerogene. Nella figura seguente si evidenziano i numerosi inquinati presenti nelle nostre abitazioni, per cui potrebbe essere utile effettuare un monitoraggio.

¹³ ZONA A = "Aree di tipo misto": Rientrano in questa zona le aree urbane interessate da traffico veicolare locale o di attraversamento, con bassa o media densità di popolazione, con presenza di attività commerciali, uffici con limitata presenza di attività artigianali e con assenza di attività industriali, aree rurali interessate da attività che impiegano macchine operatrici. ZONA B = "Aree di intensa attività umana": Rientrano in questa zona le aree urbane interessate da intenso traffico veicolare, con alta densità di popolazione, con elevata presenza di attività commerciali e uffici, con presenza di attività artigianali, le aree in prossimità di strade di grande comunicazione, le aree con limitata presenza di piccole industrie. ZONA C: "Aree prevalentemente industriali": Rientrano in questa zona le aree interessate da insediamenti industriali e con scarsità di abitazioni.

¹⁴UOS Tutela dell'Ambiente Naturale e Costruito, Dipartimento Prevenzione - ISS: *Monitoraggio del rumore ambientale - anno 2015*

¹⁵UOS Tutela dell'Ambiente Naturale e Costruito, Dipartimento Prevenzione - ISS: *Monitoraggio del rumore ambientale - anno 2019*



Gli inquinanti chimici che possono essere di maggior interesse sono quelli individuati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, quali:

- COV1 (composti organici volatili), alcuni dei quali sono classificati dall'International Agency for Research on Cancer (IARC) come cancerogeni di: Gruppo 1 - cancerogeno accertato per l'uomo (es. benzene, formaldeide e tricloroetilene); e Gruppo 2A - probabile cancerogeno per l'uomo (es. tetracloroetilene);
- Materiale particolato sospeso: PM₁₀, corrispondente alla frazione toracica e PM_{2,5}, corrispondente alla frazione respirabile del materiale particolato;
- IPA (es. Benzo[a]pirene + altri selezionati IPA sulla base di proprietà cancerogena nel PM₁₀ o nel PM_{2,5}): classificazione 1, 2A o 2B secondo la IARC.

In alcuni specifici casi può risultare utile determinare nel PM₁₀ o nel PM_{2,5} i policloro dibenzo-p-diossine (PCDD), policloro dibenzofurani (PCDF) e i policlorobifenili (PCB) espressi in termini di tossicità equivalente (WHO-TE), e i metalli (es. arsenico, cadmio, nichel, piombo, ecc.).

Sarà quindi necessario attivare sistemi di monitoraggio ambientale anche su questi aspetti, con particolare riguardo ad ambienti sensibili (scuole, ospedali, ecc...).

2) QUALITA' DELL'ACQUA, SICUREZZA ALIMENTARE E BENESSERE ANIMALE

L'acqua è fonte di vita ed è necessario garantire a tutti la disponibilità di acqua potabile e la gestione sostenibile dell'acqua e delle strutture igienico-sanitarie (SDG 6).



La carenza e la scarsa qualità dell'acqua, infatti, hanno un impatto negativo sulla sicurezza alimentare, sulla scelta dei mezzi di sostentamento e sulle opportunità di istruzione per le famiglie povere di tutto il mondo. Ogni anno milioni di persone, di cui la gran parte bambini, muoiono per malattie dovute ad approvvigionamento d'acqua, servizi sanitari e livelli d'igiene inadeguati.

Nel nostro contesto locale diventa quindi necessario gestire al meglio le fonti idriche, soprattutto in periodi di scarsità d'acqua, e porre particolare attenzione alle malattie veicolate dall'acqua.

L'accesso a cibo sicuro e nutriente è un diritto umano fondamentale, come proclamato nella Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 Dicembre 1948 e in successivi patti e programmi dell'ONU e come ribadito nell'Agenda 2030 (SDG 2).



Il Goal 2 intende, infatti, garantire l'accesso a un'alimentazione sana e nutriente a tutta la popolazione mondiale. Anche se i problemi della fame e della sicurezza alimentare siano più evidenti nei Paesi in via di sviluppo, la strategia coinvolge tutti i paesi del mondo in uno sforzo di miglioramento degli aspetti quantitativi e qualitativi della nutrizione (inclusa la lotta all'eccesso di peso nei paesi più sviluppati) e di promozione dell'agricoltura sostenibile e, più in generale, della filiera alimentare che ricomprende anche il benessere degli animali utilizzati per fini alimentari. All'attuazione di tale strategia concorrono quindi diversi fattori, considerati essenziali per garantire la sicurezza alimentare a una popolazione mondiale in rapida crescita e la sostenibilità ambientale della produzione di cibo: dal buon funzionamento del mercato agricolo a un equo accesso alla terra e alla tecnologia, dalle politiche di sostegno allo sviluppo agricolo alla conservazione della diversità genetica vegetale e animale.

Nel contesto sammarinese i progressi verso questo obiettivo possono essere monitorati principalmente nell'azione di controllo degli organismi preposti alla sicurezza alimentare e al contrasto ad una alimentazione non corretta come causa di obesità.

QUALITA' DELL'ACQUA

L'Azienda Autonoma di Stato per i Servizi Pubblici (AASS), Ente che gestisce la rete idrica nazionale, immette in rete circa 10.000 mc di acqua potabile al giorno, pari a 10 milioni di litri.

Il 60-70% dell'acqua proviene per la maggior parte dal fiume Marecchia e in minima parte da fonti interne al territorio sammarinese. Il restante 30-40% dell'acqua proviene da Hera SPA e da Romagna Acque, che gestisce la diga di Ridracoli.

Una volta potabilizzate nella Centrale di Galavotto, le acque del Marecchia e quelle provenienti da fonti interne vengono pompate nella stazione di Ca' Moraccino, dove confluisce anche l'acqua proveniente da Romagna Acque, e da qui vengono smistate nei 32 serbatoi di zona, sparsi nelle diverse aree del territorio, e attraverso le reti di distribuzione direttamente alle singole utenze. L'acqua importata da Hera SpA invece confluisce in parte in alcune vasche di accumulo periferiche ed in parte direttamente in rete ad un limitato numero di utenze.

Il Dipartimento di Prevenzione, attraverso il Laboratorio di Sanità Pubblica, effettua controlli sulla qualità dell'acqua erogata attraverso piani annuali di campionamento lungo tutta la filiera idrica, dalle fonti di approvvigionamento superficiali o sotterranee, sino ai rubinetti.

Nell'anno 2020 sono stati prelevati 870 campioni su:

- acqua terminale di rete (546)
- acqua serbatoio di rete (96)
- acqua di approvvigionamento (190)
- acqua di rete/acqua di rete trattata (48).

Per quanto riguarda l'acqua destinata al consumo umano (acqua terminale di rete, acqua di serbatoio di rete, acqua di rete/acqua di rete trattata) è risultato non conforme il 6% dei campioni, mentre non vi sono non conformità per quel che riguarda l'acqua destinata alla produzione di acqua potabile (acqua di approvvigionamento) appartenente alla categoria 3 per la parte microbiologica.

Ad ogni non conformità segue una comunicazione dall'ISS per le conseguenti azioni di ripristino della qualità dell'acqua e un successivo campionamento per verificare l'efficacia del trattamento di disinfezione eseguito da parte dell'AASS.

SICUREZZA ALIMENTARE E BENESSERE ANIMALE

La sicurezza alimentare, che consiste in azioni coordinate di coloro che operano nel settore alimentare e del sistema di controllo pubblico per garantire alimenti sicuri, è un aspetto fondamentale per tutelare la salute pubblica a beneficio dei consumatori e degli operatori del settore. Inoltre, l'integrazione dei mercati alimentari a livello mondiale ha reso necessario lo sviluppo di modalità standardizzate di produzione, trasformazione e distribuzione che garantiscano la qualità igienico-sanitaria e nutrizionale del cibo.

L'obiettivo degli interventi di autocontrollo, attraverso l'analisi del rischio (HACCP) e le procedure operative standard di igiene (SSOP), e dei controlli da parte del Servizio di Sanità Veterinaria e Igiene Alimentare del Dipartimento di Prevenzione dell'ISS è garantire adeguati livelli di sicurezza degli alimenti, nonché la tutela della salute e benessere degli animali allevati e destinati all'alimentazione.

Il piano dei controlli consente di identificare le modalità di programmazione, realizzazione, rendicontazione e valutazione delle attività di controllo ufficiale in tutti i settori della sicurezza alimentare, in particolare l'igiene e la salubrità degli alimenti e delle bevande, l'igiene delle produzioni zootecniche, la sanità animale ed il benessere animale. Il piano ha inoltre l'obiettivo di monitorare i pericoli microbiologici, chimici, fisici e quelli derivanti da allergeni e additivi presenti negli alimenti.

Il Servizio di Sanità Veterinaria e Igiene Alimentare ha svolto le seguenti attività di autorizzazione, controllo e vigilanza in materia di alimenti:

Attività ispettiva -autorizzativa	2021	2022
Autorizzazioni Sanitarie rilasciate	88	89
Certificati libera vendita + notifiche ex + cert.san.	81+62+184	90+75+162
Attestazione stabilimento	19	20
Autorizzazioni al congelamento	10	2
Autorizzazioni mezzi di trasporto	46	38
Visite in stabilimenti CE/USA	152	75
Rilascio e/o rinnovo bollo CE USA	3	3
Autorizzazione Sanitaria eventi	42	57
Sopralluoghi sanzionati	43	46
Sopralluoghi non sanzionati	30	27
Sopralluoghi per allerta rapidi/vincoli sanitari ecc.	61	29
Sopralluoghi per norme COVID	-	-
Autorizzazione sanitaria temporanea per consegne domicilio COVID	-	-
Convalida manuali SSOP	34	32
Convalida manuali HACCP	15	11
Attivazione sistema Allerta Rapido	0	0
Autorizzazioni Sanitarie farmaci veterinari	1	2
Presenze c/o macello Pubblico	146	148

Il Servizio di Sanità Veterinaria e Igiene Alimentare ha inoltre emanato i seguenti provvedimenti:

Provvedimenti	2021	2022
DISPOSIZIONI	4	11
Prescrizioni	1	1
Prescrizioni per manuali SSOP/HACCP	1	0
Prescrizione per apparecchi congelamento/surgelamento	0	0
SEQUESTRI	23	15
Scaduti	5	14
Cattivo stato conservazione	2	3
Prodotti privi di etichettatura	7	10
DISTRUZIONE	9	15
RIAMMISSIONE LIBERO CONSUMO	3	0
Sospensioni attività d'impresa e revoca	2	2
SANZIONI		
Non indossava vestiario adeguato e igiene personale	2	2
Mancato possesso attestato formazione (art 3 e 6 decreto 11/7/2005 n 109)	27	20
Presenza prodotti e materiale pulizia	5	5
Scarsa pulizia ambienti, arredi, attrezzature	20	21
Mancata manutenzione attrezzature	0	0
Divieto adibire locali per usi diversi	0	1
Esposizione al pubblico alimenti (esterno)	2	2
Irregolare tenuta derrate alimentari	13	11
Cattivo stato di conservazione	2	2
Surgelazione	1	2
Etichettatura non conforme (compreso ingredienti)	25	109
Prodotti scaduti	4	7
Mancanza misure per ratti, insetti	3	3
Prodotti non contemplati in tabella	0	0
Mancanza autorizzazione san.	2	4
Scorretta tenuta registrazioni (art.9 decreto 9/3/2005 n.32)	16	19
Altro (piano igiene) (mancato rispetto requisiti generali igiene)	3	10
Sanità animale e Igiene Urbana		
Certificazioni cites	21	12
Profilassi	1.568	1744
bovini	1.216	1.237
ovi-caprini	236	286
equini	74	115
cani	42	106
Anagrafe canina (n° cani iscritti)	645	573
Controllo dei cani morsicatori	76	78
Ispezione alimenti		
Autorizzazioni sanitarie e certificazioni varie rilasciate	542	524
Visite in stabilimenti CE/USA	152	75
Sopralluoghi ispettivi	130	102
Sanzionati	43	46
Sopralluoghi per allerta rapida/vincoli sanitari ecc.	49	29
Provvedimenti emanati	42	45
Ricorsi amministrativi	0	1
Tossinfezioni alimentari	0	3
Totale infrazioni sanzionate	210	143

3) GLI EFFETTI DEI CAMBIAMENTI CLIMATICI

Il cambiamento climatico è un fenomeno che interessa i paesi di tutti i continenti e ha importanti ricadute negative su ambiente e persone, tali da imporre non solo azioni di mitigazione e adattamento, ma anche strategie volte ad arrestare o limitare il più possibile il progressivo innalzamento della temperatura. Se non si prendono provvedimenti, infatti, si prevede che la temperatura media della superficie terrestre aumenterà nel corso del 21° secolo e probabilmente aumenterà di 3°C in questo secolo. Alcune aree del pianeta sono destinate a un riscaldamento climatico ancora maggiore e le persone più povere e vulnerabili sono le più esposte. Ma il cambiamento climatico è una sfida globale che non ha confini nazionali e le emissioni di CO₂ generate dall'uomo riguardano tutti e richiedono soluzioni condivise a livello globale per evitare le conseguenze negative che già sono in atto (es. scioglimento dei ghiacciai, innalzamento dei mari, fenomeni meteorologici estremi, siccità e ondate di calore) e per far fronte ai cambiamenti climatici, tutti i paesi hanno firmato Accordo di Parigi sul Clima, entrato in vigore il 4 novembre 2016.

I cambiamenti climatici, con particolare riferimento all'aumento della temperatura media terrestre e al mutare delle caratteristiche delle precipitazioni meteorologiche, hanno importanti implicazioni sulla salute dell'uomo. Le conseguenze del clima sulla salute dell'uomo sono già evidenziabili nei paesi in cui si presentano fenomeni quali siccità e alluvioni, in particolare nei paesi del sud del mondo, ed in paesi in cui si verificano le cosiddette "ondate di calore", come avvenuto anche in alcune regioni europee. Accanto agli effetti diretti, esistono poi effetti indiretti, legati ai mutamenti ambientali, che possono essere determinati dal cambiamento climatico. In questo caso si fa riferimento al potenziale spostamento dalle zone tropicali al nord del pianeta di vettori di malattie infettive e parassitarie (malaria, febbre gialla, dengue, chikungunya, malattia da virus del Nilo Occidentale, malattia di Lyme, malattia di Chagas, leptospirosi, leishmaniosi, schistosomiasi), all'aumento di patologie causate da malnutrizione, al consumo di cibo non sicuro e acqua non potabile e ad una maggiore concentrazione di patogeni nell'aria.



L'obiettivo 13 dell'Agenda 2030, al fine di contrastare i cambiamenti climatici, prevede il rafforzamento della capacità di ripresa e di adattamento ai rischi legati al clima e ai disastri naturali, l'integrazione delle misure di cambiamento climatico nelle politiche, strategie e pianificazione nazionali, il miglioramento dell'istruzione, la sensibilizzazione e la capacità umana e istituzionale per quanto riguarda la mitigazione del cambiamento climatico, l'adattamento, la riduzione dell'impatto e l'allerta tempestiva.

A livello locale l'istituzione di gruppi ad hoc, le Comunicazioni Nazionali della Repubblica di San Marino alla Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici, l'inventario delle emissioni dei gas serra e la sottoscrizione dell'Accordo di Parigi testimoniano l'attenzione che ha San Marino nel fronteggiare i cambiamenti climatici e le sue conseguenze.

A San Marino, in riferimento ai rischi per la salute derivanti dai cambiamenti climatici, sarà necessario tenere in considerazione i seguenti aspetti:

- Analisi dei massimi termici (temperature estreme) e ondate di calore (durata ed intensità di giorni con temperatura media sulla regione superiore a 30°C gradi) di intensità eccezionale. Questi eventi sono stati spesso accompagnati da periodi siccitosi che mettono sotto stress le risorse e le riserve idriche, che peraltro dipendono in gran parte dalla disponibilità italiana.
- Analisi dell'aumento di ricoveri o decessi in concomitanza dei rialzi della temperatura o ondate di calore, in quanto gli studi epidemiologici hanno dimostrato che le alte temperature, in particolare le ondate di calore, possono determinare un maggior numero di morti, soprattutto nelle categorie più fragili, quali ad esempio gli anziani. Si può stimare, in analogia ad altre realtà italiane, che la percentuale dei decessi per ondate di calore possa rappresentare circa l'1% nella popolazione di età superiore a 65 anni.
- Monitoraggio delle malattie infettive legate a vettori quali la zanzara tigre, la zanzara comune, zecche e altri insetti che possono diffondere malattie). Infatti, i cambiamenti climatici, ed in particolare l'aumento della temperatura media, possono incidere sugli artropodi vettori e sulla diffusione delle infezioni che questi possono trasmettere. E' necessario quindi che a San Marino, si continui a svolgere attività di sorveglianza e a promuovere azioni volte a prevenire le arbovirosi. In particolare, le due specie entomologiche di interesse nel territorio sono *Aedes albopictus* ("Zanzara Tigre"), in grado di trasmettere di Chikungunya, Dengue e Zika virus, e *Culex pipiens* ("Zanzara comune"), vettore di West Nile virus. Su queste specie è necessario continuare a svolgere un monitoraggio per acquisire

informazioni sulla densità di infestazione. E' necessario inoltre monitorare anche la specie *Culex pipiens* per la circolazione del virus West Nile.

4) LA SICUREZZA LAVORATIVA, STRADALE E DOMESTICA

Nella maggior parte dei Paesi industrializzati gli infortuni causati dagli incidenti in ambito lavorativo, stradale e domestico rappresentano un grave problema di salute pubblica. Gli effetti sulla salute di questi eventi richiedono quindi specifici interventi di prevenzione e vigilanza e politiche generali di promozione di ambienti di vita e di lavoro sicuri.

L'AMBIENTE LAVORATIVO, GLI INFORTUNI E LE MALATTIE CORRELATE AL LAVORO

Il tema del lavoro è affrontato nell'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile n. 8, che mira a incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva ed un lavoro dignitoso per tutti. Il target 8.8, in particolare, chiede di proteggere i diritti del lavoro e promuovere un ambiente di lavoro sicuro e protetto per tutti i lavoratori.

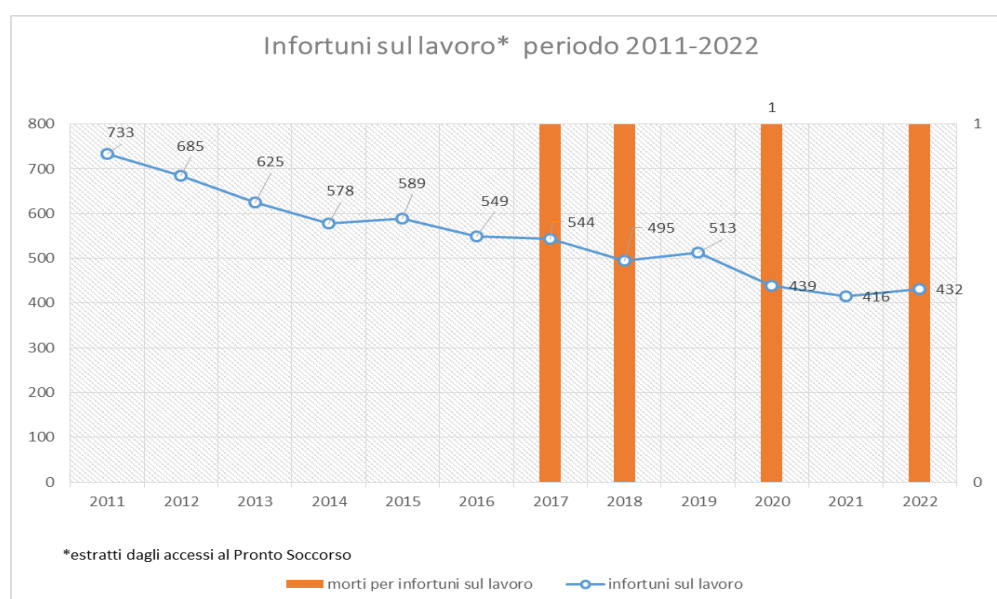


Nonostante i continui progressi fatti per tutelare la salute dei lavoratori, si stima che nel mondo ogni giorno muoiono 1.000 persone per incidenti su lavoro e circa 6.500 a causa di malattie professionali. I morti a causa di infortuni nei luoghi di lavoro e malattie professionali sono passati da 2,33 milioni di morti nel 2014 a 2,78 milioni (di questi, 2,4 milioni sono causati da malattie correlate al lavoro) nel 2017. Inoltre 374 milioni di lavoratori sono vittime di infortuni non mortali sul lavoro.

In Europa si sono verificati 3.342.349 incidenti non mortali che hanno provocato almeno quattro giorni di assenza dal lavoro. Tra il 2010 e il 2017 c'è stata inoltre una diminuzione del numero totale di incidenti non mortali sul lavoro nell'UE, ridottisi di quasi 240mila casi rispetto ai 3.581.628 del 2010.

Per quanto riguarda l'Italia, nel 2019 vi sono state circa 645 mila le denunce di infortunio sul lavoro (0,09% in meno rispetto al 2018), circa 405 mila e 500 gli infortuni riconosciuti sul lavoro, di cui circa il 18,6% "fuori dell'azienda" (cioè "con mezzo di trasporto" o "in itinere"). Le denunce di infortunio mortale ammontano a 1.156, con una riduzione dell'8,5% rispetto al 2018. I decessi accertati "sul lavoro" sono 628 (il 17,2% in meno rispetto al 2018), di cui 362, circa il 57,6%, "fuori dell'azienda". Sono invece aumentate le malattie professionali rispetto al 2018, con un progressivo incremento della numerosità che ha caratterizzato l'ultimo decennio (oltre il 40% in più rispetto alle denunce del 2010). Si registrano 61 mila e 200 denunce di malattia, il 2,9% in più rispetto al 2018, con il 36,7% delle cause professionali riconosciute. Le denunce riguardano le malattie e non i soggetti ammalati, che sono circa 43 mila e 700, di cui il 40,3% per causa professionale riconosciuta.

A San Marino, nel 2022, le denunce per incidenti sul lavoro sono state 432, di cui 1 infortunio mortale. Si registra comunque una riduzione degli infortuni sul lavoro negli anni (vedi grafico successivo).



Nel 2019 sono state inoltrate alla Commissione degli Accertamenti Sanitari Individuali (C.A.S.I.) 55 richieste per il riconoscimento di pensione privilegiata per Malattia Personale (M.P.), di cui 44, pari al 78%, sono riferite ad affezioni muscolo-scheletriche. Le malattie professionali riconosciute sono 47 (pari all'85%) mentre 8 non sono state riconosciute in quanto patologie comuni o per superamento dei termini.

Le 55 denunce sono state inoltrate da parte di 31 lavoratori di cui 25 maschi e 6 femmine. Per quanto riguarda lo stato occupazionale, all'atto della richiesta di riconoscimento, i lavoratori risultano lavoratori attivi (25), lavoratori disoccupati (2), lavoratori pensionati (2) e lavoratori pensionati deceduti (2) per cui la domanda è stata presentata dai superstiti.

L'età anagrafica dei 31 lavoratori, al momento della richiesta, va dai 40 anni del più giovane ai 68 del più anziano, con un'età media di 51,62 anni.

Nell'ultimo aggiornamento del 2022 sono state inoltrate alla (C.A.S.I.) 25 richieste per il riconoscimento di pensione privilegiata per Malattia Personale (M.P.), di cui 13, pari al 52% sono state riconosciute. 6 non sono state riconosciute e 6 rimangono in sospeso

LA MOBILITÀ E LA SICUREZZA STRADALE

La capacità di soddisfare il crescente bisogno di mobilità riducendo al minimo gli impatti negativi sarà essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile. Questo perché il trasporto è fondamentale per ogni aspetto della nostra vita.



Ci sono due Obiettivi di Sviluppo Sostenibile legati alla sicurezza stradale: dimezzare il numero di decessi a livello mondiale e le lesioni da incidenti stradali (target 3.6) e fornire a tutti l'accesso a sistemi di trasporto sicuri, economici, accessibili e sostenibili, migliorando la sicurezza stradale, in particolare ampliando il trasporto pubblico, con particolare attenzione alle esigenze di coloro che si trovano in situazioni vulnerabili: donne, bambini, persone con disabilità e

persone anziane (Target 11. 2) .

Nel nostro contesto locale anche San Marino si è attivato per far sì che la mobilità del nostro territorio sia sicura e sostenibile, evitando conseguenze negative per le persone (riduzione dell'incidentalità stradale con morti e feriti) e per l'ambiente (riduzione di emissioni di gas serra e inquinanti).



Incidenti stradali

Secondo l'OMS gli incidenti stradali sono responsabili di circa 1,35 milioni di decessi nel mondo, caratterizzandosi come la principale causa di morte tra i 5 e i 29 anni. Tra 20 e 50 milioni di persone subiscono infortuni non mortali, con molti che rimangono disabili. In riferimento al tipo di utente della strada, pedoni e ciclisti da un lato e motociclisti e passeggeri dall'altro possono essere considerati i più vulnerabili, rappresentando rispettivamente il 26% e il 28% di tutti i decessi dovuti al traffico stradale.

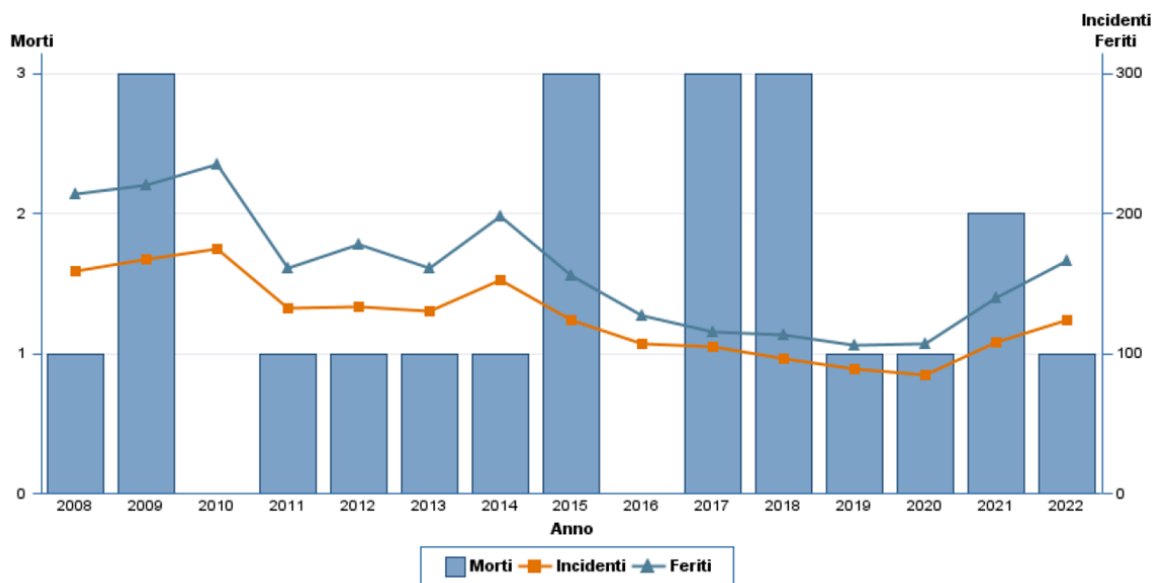
Circa tre quarti di tutti i decessi dovuti al traffico stradale (73%) si verificano tra i giovani maschi di età inferiore ai 25 anni, con una probabilità quasi tre volte maggiore rispetto alle giovani donne di morire in un incidente stradale.

La Campagna promossa dall'ONU sulla Sicurezza Stradale identifica inoltre la seguente gradazione dei rischi sulle strade (dal maggiore al minore):

- *Eccesso di velocità*: un aumento della velocità media è direttamente correlato sia alla probabilità di un incidente che si verifica sia alla gravità delle conseguenze dell'incidente stesso. Ogni aumento dell'1% della velocità media produce un aumento del 4% del rischio di incidenti mortali. Il rischio di morte per i pedoni colpiti dalle automobili aumenta di 4,5 volte da 50 km/h a 65 km/h).
- *Guida sotto l'influenza di alcol e altre sostanze psicoattive*: guidare sotto l'influenza dell'alcol e di qualsiasi sostanza o sostanza psicoattiva aumenta il rischio di un incidente che provoca la morte o gravi lesioni. Nel caso di guida in stato di ebbrezza, il rischio di un incidente stradale inizia a bassi livelli di concentrazione di alcol nel sangue (BAC) e aumenta significativamente quando il BAC del conducente è $\geq 0,04$ g / dl. Nel caso di guida sotto l'influenza di droga, il rischio di incorrere in un incidente stradale aumenta a livelli diversi a seconda della droga psicoattiva utilizzata. Il rischio di un incidente fatale che si verifica tra coloro che hanno usato anfetamine è circa il 5 volte superiore rispetto a coloro che non le utilizzano.

- *Non utilizzo dei caschi da motociclista, cinture di sicurezza e sistemi di ritenuta per bambini:* un corretto utilizzo del casco può comportare una riduzione del 42% del rischio di lesioni mortali e una riduzione del 69% del rischio di lesioni alla testa. Indossare una cintura di sicurezza riduce del 45-50% il rischio di morte dei conducenti e degli occupanti dei sedili anteriori e del 25% il rischio di morte e lesioni gravi degli occupanti dei sedili posteriori. L'uso di sistemi di ritenuta per bambini comporta una riduzione del 60% dei decessi.
- *Guida distratta:* ci sono molti tipi di distrazioni che possono portare a una guida compromessa. La distrazione causata dai telefoni cellulari è una preoccupazione crescente per la sicurezza stradale. I conducenti che utilizzano i telefoni cellulari hanno all'incirca 4 volte più probabilità di essere coinvolti in un incidente rispetto ai conducenti che non utilizzano un telefono cellulare. L'uso di un telefono durante la guida rallenta i tempi di reazione (in particolare il tempo di reazione di frenata, ma anche la reazione ai segnali stradali) e rende difficile mantenere la corsia corretta e mantenere le distanze corrette. I telefoni vivavoce non sono molto più sicuri degli apparecchi telefonici portatili e gli sms aumentano notevolmente il rischio di incidenti.
- *Infrastruttura stradale non sicura:* la progettazione delle strade può avere un impatto considerevole sulla loro sicurezza. Idealmente, le strade dovrebbero essere progettate tenendo presente la sicurezza di tutti gli utenti della strada. Ciò significherebbe assicurarsi che ci siano strutture adeguate per pedoni, ciclisti e motociclisti. Misure come marciapiedi, piste ciclabili, punti di attraversamento sicuri e altre misure di attenuazione del traffico possono essere fondamentali per ridurre il rischio di lesioni tra gli utenti della strada.
- *Veicoli non sicuri:* i veicoli sicuri svolgono un ruolo fondamentale nel prevenire incidenti e ridurre la probabilità di lesioni gravi. Esistono numerose normative ONU sulla sicurezza dei veicoli che, se applicate agli standard di produzione e produzione dei paesi, potrebbero potenzialmente salvare molte vite. Questi includono la richiesta ai produttori di veicoli di soddisfare le normative relative agli urti anteriori e laterali, includendo il controllo elettronico della stabilità (per evitare lo sterzo eccessivo) e per garantire che gli airbag e le cinture di sicurezza siano montati su tutti i veicoli. Senza questi standard di base, il rischio di incidenti stradali - sia per quelli del veicolo che per quelli che ne escono - è considerevolmente aumentato.
- *Assistenza post-incidente inadeguata:* i ritardi nell'individuare e fornire assistenza a chi è coinvolto in un incidente stradale aumentano la gravità delle lesioni. La cura degli infortuni dopo un incidente è estremamente sensibile al tempo: i ritardi di minuti possono fare la differenza tra la vita e la morte.
- *Inadeguata applicazione della legge sul traffico:* se le leggi sul traffico in materia di guida in stato di ebbrezza, usura della cintura di sicurezza, limiti di velocità, caschi e sistemi di ritenuta per bambini non sono applicate, non possono determinare la riduzione prevista delle vittime del traffico stradale e lesioni correlate a comportamenti specifici. Pertanto, se le leggi sul traffico non vengono applicate o vengono percepite come non applicate, è probabile che non vengano rispettate e quindi avranno pochissime possibilità di influenzare il comportamento. Un'efficace applicazione include lo stabilire, aggiornare regolarmente e far rispettare le leggi sulla sicurezza stradale.

A San Marino, nel corso del 2022, si sono verificati 124 incidenti stradali con 166 feriti e 1 morto con un trend in risalita per incidenti e feriti, mentre per gli incidenti mortali si sono registrate variabilità negli anni dovuto ai piccoli numeri (si va comunque da un minimo di 0 a un massimo di 3 morti all'anno).



Gli incidenti hanno coinvolto principalmente i conducenti (81,3% dei feriti) e soprattutto gli uomini, che rappresentano il 57% dei feriti e il 100% dei morti.

La superstrada di San Marino è la strada su cui si verificano maggiormente gli incidenti stradali, in particolare in Via 28 Luglio, via 4 Giugno, via 3 Settembre e via 25 Marzo.

La maggior parte degli incidenti è avvenuta in rettilinei (38,7%), prossimità di incroci (25%) e di curve (22,6%).

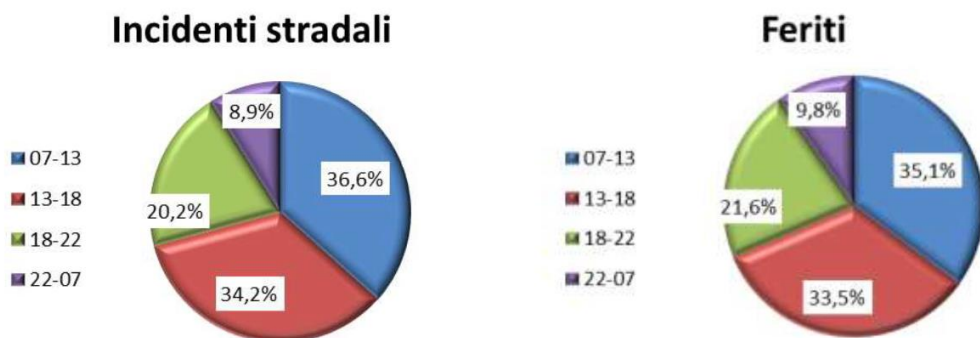
Gli incidenti stradali sono per lo più avvenuti alla guida della autovettura privata e hanno provocato 75 feriti (45,2%), seguiti da infortunati che guidavano motociclo da soli o ciclomotori (25,9% dei feriti).

Gli infortunati da incidenti stradali che sono arrivati in Pronto Soccorso presentavano prevalentemente colpi di frusta, contusioni, traumatismi, fratture, trauma cranico e ferite.

Le cause più comuni registrate come evento causale dell'incidente stradale sono l'eccesso di velocità, il mancato rispetto di segnaletica stradale come lo stop o la precedenza, la distrazione alla guida o l'andamento indeciso e le manovre di sorpasso.

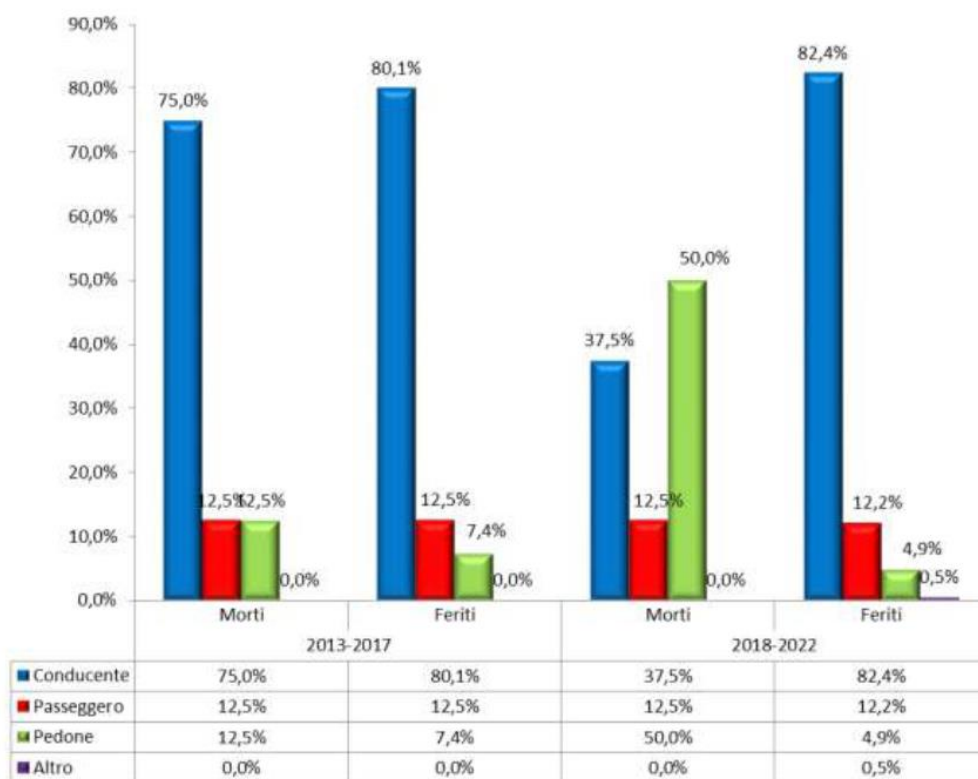
Nel periodo 2013 - 2022 le fasce orarie dove avvengono la maggior parte degli incidenti sono quelle delle ore diurne, con un numero di incidenti stradali maggiore tra le 07 e le 13 (36,6%) e tra le 13 e le 18 (34,2%), come si evince dal grafico seguente.

PERIODO 2013 - 2022



Nella maggior parte dei casi, la vittima dell'incidente è il conducente: nel periodo 2018-2022, l'82,4% dei feriti conduceva uno dei mezzi coinvolti (nel quinquennio precedente era il 75%), il 12,2% dei feriti era trasportato (nei cinque anni precedenti era il 12,5%), mentre il 5% erano pedoni coinvolti (12,5% nel periodo 2013-2017). Sintetizzando il dato, si può affermare che, rispetto ai cinque anni precedenti, nel periodo 2018-2022 sono aumentati proporzionalmente gli

infortuni del conducente e diminuiti quelli dei passeggeri; diminuisce la proporzione dei pedoni coinvolti. Anche tra i deceduti, la maggior parte erano conducenti di un mezzo coinvolto; la percentuale di pedoni sul totale dei deceduti resta alta anche nel quinquennio 2018-2022 essendo pari al 50%.



GLI INCIDENTI DOMESTICI

Gli incidenti domestici¹⁶ rappresentano un problema di sanità pubblica di grande rilevanza, per i quali è necessario mettere in atto efficaci politiche di prevenzione e sicurezza al fine di ridurre la portata di tale fenomeno.

Un infortunio domestico può causare ferite e lesioni di diversa gravità, invalidità o morte. Colpisce qualsiasi persona indipendentemente dall'età, anche se le persone maggiormente esposte sono casalinghe, bambini (con età non superiore ai 14 anni) e gli anziani (con età superiore ai 65 anni), rafforzando l'impatto sociale del fenomeno sulla popolazione.

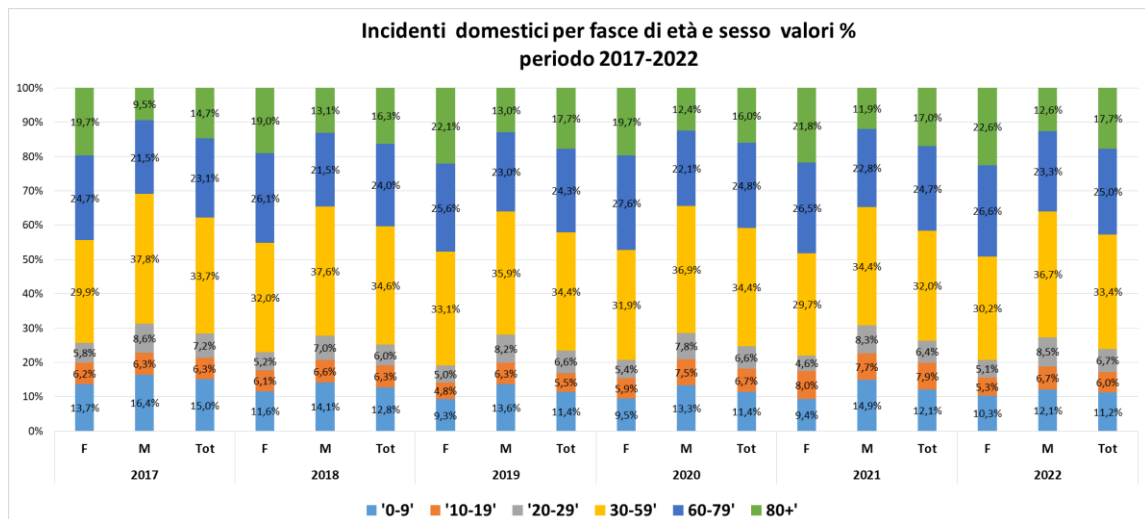
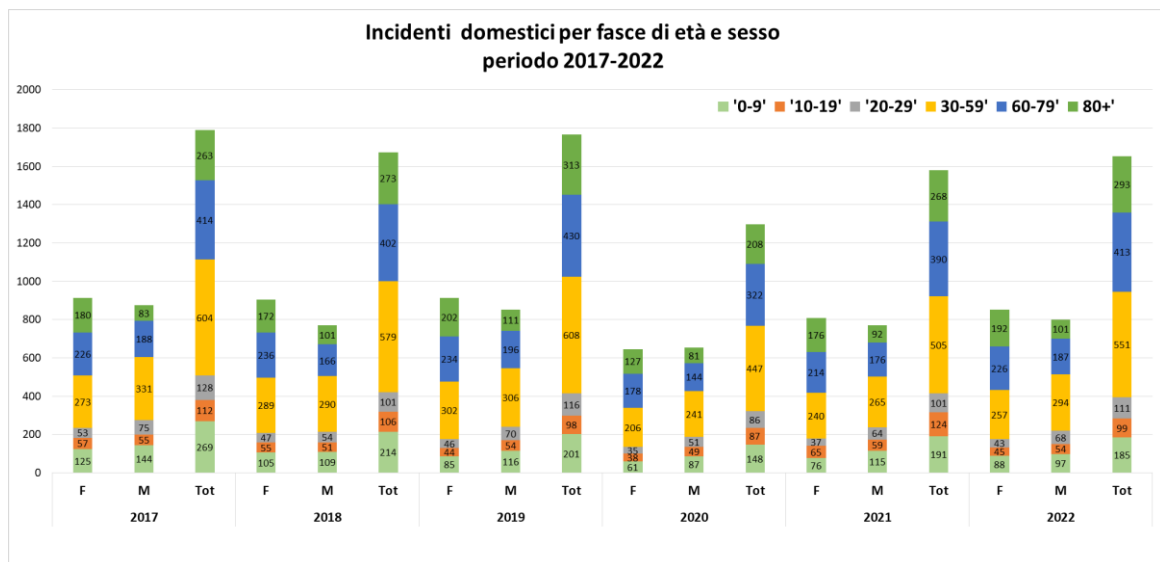
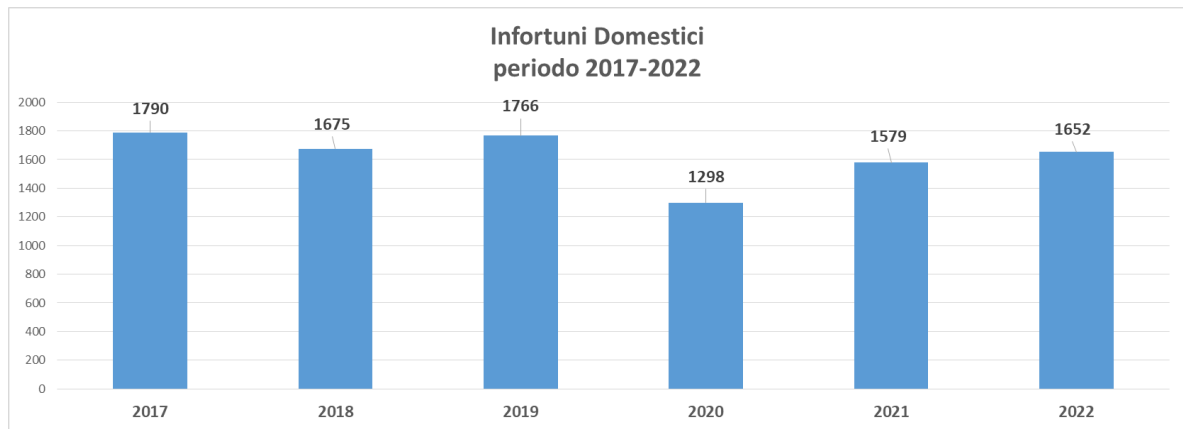
Gli incidenti domestici sono la prima causa di morte per incidentalità nel mondo. Si stimano infatti circa 4 milioni di morti all'anno e rappresentano la prima causa di morte nei bambini nel mondo.

In Italia annualmente si verificano circa 4,5 milioni di infortuni domestici di cui 8 mila mortali. Si stima che vi siano più di 1 milione e 900 mila accessi in Pronto Soccorso e più di 80.000 ricoveri ospedalieri a causa di incidenti domestici. I maggiori rischi e i più gravi infortuni domestici si verificano a seguito di cadute, ustioni, intossicazioni e soffocamento.

A San Marino gli infortuni domestici nel 2022 sono stati 1.652, in aumento rispetto al biennio precedente. Gli accessi in Pronto soccorso a causa di incidenti domestici nel 2021 e 2022 hanno tra le principali cause le cadute, i traumatismi e le ferite da taglio. Le diagnosi principali riguardano le ferite delle dita della mano senza menzione di complicazioni, traumatismi di ginocchio, gamba, caviglia e piede, concussione con nessuna perdita di coscienza e traumatismi intracranici di altra e non specificata natura, senza menzione di ferita intracranica esposta e senza perdita di coscienza.

¹⁶Incidente domestico: tipo di infortunio che si verifica in casa (intendendo con questo termine sia l'appartamento vero e proprio, che le zone esterne come balconi, giardino, cantina, soffitta, garage...), non è volontario e modifica in modo temporaneo o definitivo lo stato di salute di una persona

Nel periodo 2017-2022 il numero maggiore di vittime di infortuni domestici sono di sesso femminile anche se, analizzando i dati per fascia di età, riguarda soprattutto le donne più anziane. I bambini nel periodo considerato rappresentano oltre il 10% degli infortunati. Negli adulti, invece, sono più i maschi ad essere coinvolti.



GLI STILI DI VITA

Gli stili di vita quali dieta scorretta e sedentarietà, abitudine a fumo, abuso di alcol e utilizzo di sostanze stupefacenti hanno un forte impatto sulla salute in quanto sono considerati fattori di rischio per lo sviluppo di malattie croniche non trasmissibili come, ad esempio, le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete mellito e le malattie respiratorie croniche.

San Marino, al fine di monitorare tali fenomeni, ha introdotto i seguenti sistemi di sorveglianza per i bambini e gli adolescenti:

- **Okkio alla Salute - Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)**, che raccoglie informazioni sugli stili di vita dei bambini delle classi terze della scuola primaria, sul loro stato ponderale e sulle iniziative scolastiche che riguardano la nutrizione e il movimento
- **Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)**, sui comportamenti collegati allo stato di salute dei giovani e al loro contesto sociale
- **Global Youth Tobacco Survey (GYTS)**, sul comportamento degli adolescenti rispetto all'uso del tabacco.

1) ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA

L'attività motoria e una sana alimentazione sono fattori complementari nel mantenimento in buona salute degli individui e della comunità e dovrebbero essere quindi ben integrati fra loro. L'attività fisica praticata regolarmente induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

In Italia, il 2,8% dei decessi e l'1,3% dei DALYs (attesa di vita corretta per disabilità) è attribuibile alla sedentarietà¹⁷.

In Emilia-Romagna, circa 4 bambini su 10 (39%) di 8-9 anni fanno almeno un'ora di attività sportiva strutturata per 2 giorni la settimana, il 17% neanche un giorno e solo il 2% da 5 a 7 giorni. I maschi fanno attività sportiva strutturata per più giorni delle femmine.

Per quanto riguarda i giochi di movimento, in Emilia-Romagna, circa 1 bambino su 5 (20%) fa almeno un'ora di attività per 2 giorni la settimana, il 7% neanche un giorno e (solo) il 34% da 5 a 7 giorni. I maschi fanno giochi di movimento per più giorni delle femmine.

Solo il 10% dei ragazzi di 11-15 anni pratica l'attività fisica raccomandata dalle linee guida internazionali (almeno 60 minuti ogni giorno), in linea col dato nazionale (11%); circa il 50% dei ragazzi si limita a un'ora di attività fisica moderata o intensa per 2-4 giorni alla settimana, con differenze significative tra ragazzi e ragazze, a sfavore delle ultime.

Lo stato nutrizionale di un individuo e della comunità è un determinante di salute importante, in quanto l'eccesso di peso e squilibri metabolici causati da una scorretta alimentazione favoriscono l'emergere o l'aggravamento di patologie croniche, peggiora la qualità della vita e riduce l'aspettativa di vita. Il 10% della mortalità e l'8% dei DALYs è attribuibile al sovrappeso o all'obesità. Tra i paesi Ocse, l'Italia registra un basso tasso di obesità degli adulti (10% della popolazione adulta).

Tra i bambini italiani il 2,8% risulta in condizioni di obesità grave, il 6,3% obeso, il 21,7% in sovrappeso, il 67,7% normopeso e l'1,6% sottopeso. Il 30,8% dei bambini, quindi, presenta un eccesso ponderale. A livello nazionale è presente un marcato gradiente territoriale Nord-Sud. La prevalenza di eccesso ponderale diminuisce nell'adolescenza: 17% negli 11enni, 15% nei 13enni e 17% nei 15enni. L'alimentazione scorretta risulta tra i principali determinanti di malattia che incidono in modo importante sugli anni di vita persi per malattia o disabilità. In Italia, nel 2017 il 16% dei decessi e il 9% dei DALY sono attribuibili al fattore dieta.

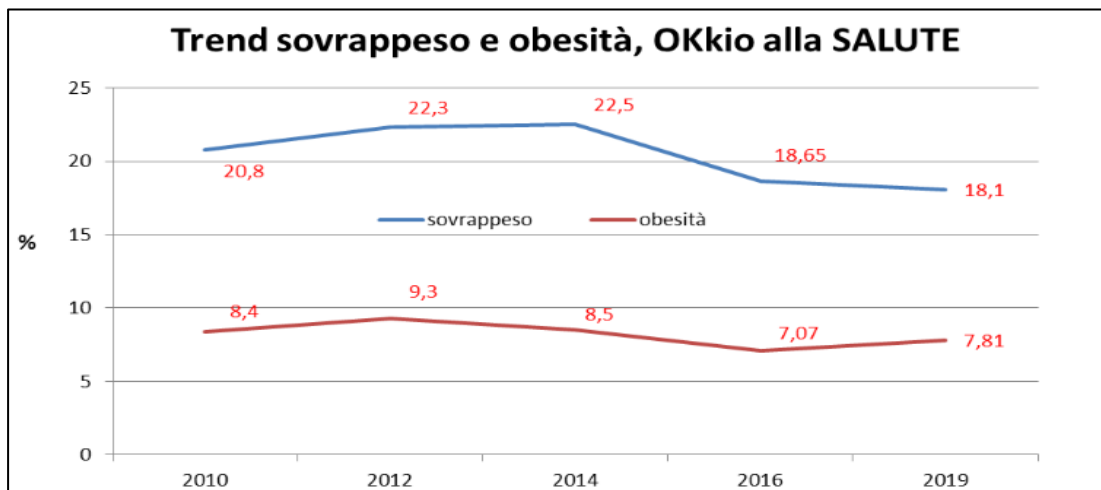
Le malattie cardiovascolari sono la principale causa di DALY legate all'alimentazione. Tra i fattori con maggiore impatto risultano una dieta povera di cereali integrali, semi e noci e il consumo elevato di sale, seguono lo scarso consumo di frutta e verdura.

¹⁷ Global Burden of Diseases – WHO; 2017.

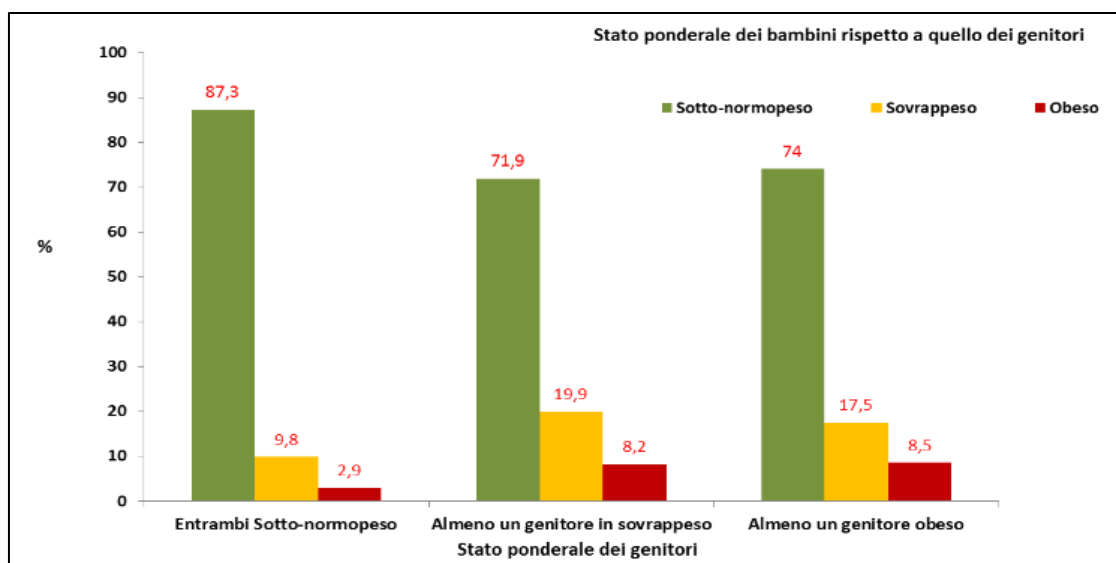
Dai sistemi di sorveglianza per bambini e adolescenti, a San Marino è emerso quanto segue:

OKKIO alla Salute (anno 2019) – bambini di 8 anni di età

- C'è una sostanziale stazionarietà della percentuale dei bambini sovrappeso o obesi (25.91%) rispetto al 2016, riducendosi leggermente il valore dei bambini in sovrappeso, mentre è lievemente più alta la % di quelli obesi.



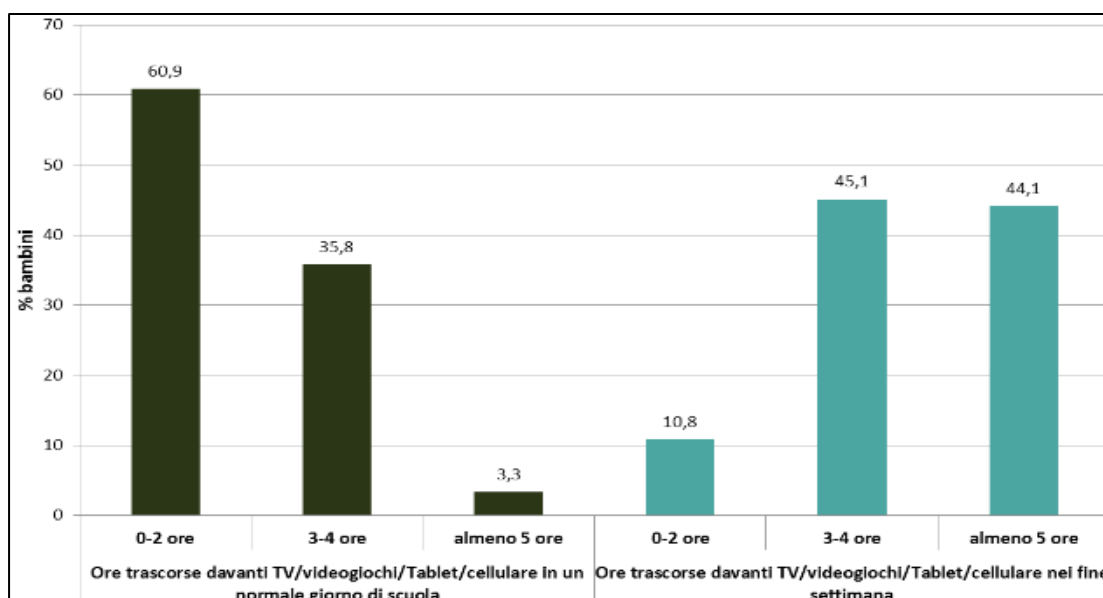
- Lo stato ponderale dei genitori influenza in modo significativo il peso dei bambini.



- In riferimento alle abitudini alimentari salutari, a San Marino solo il 55,9% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata, il 4,94% non fa colazione e il 39,2% non la fa qualitativamente adeguata. Inoltre, rispetto alle linee guida sulla sana alimentazione che prevedono almeno il consumo cinque porzioni al giorno di frutta o verdura, risulta che il 19.5% dei bambini consuma la frutta 2-3 volte al giorno, il 27.7% una sola volta al giorno mentre il 6.6% dei bambini mangia frutta meno di una volta a settimana o mai. Per quanto riguarda la verdura, il 28.3% dei bambini la consuma 2-3 volte al giorno; il 15.7% una sola volta al giorno, il 4.8% meno di una volta a settimana o mai.
- Nel 2019 è aumentata la % dei bambini non attivi. Diminuisce la % di chi fa una attività fisica strutturata.

	Valore Rep. San Marino 2010	Valore Rep. San Marino 2012	Valore Rep. San Marino 2014	Valore Rep. San Marino 2016	Valore Rep. San Marino 2019
Bambini definiti fisicamente non attivi	6,50%	8,90%	12,50%	5,77%	13,30%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	85,80%	78,40%	71,50%	78,53%	75,30%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	53,60%	52,50%	57%	58,7%	41,4%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	10,10%	12,20%	12,80%	22,52%	19,60%

- In riferimento ad attività statiche che possono contribuire all'aumento del peso, nei giorni di scuola i genitori riferiscono che il 60.9% dei bambini guarda la TV o usa videogiochi/tablet/cellulare da 0 a due 2 ore al giorno, mentre il 35.8% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi/tablet/cellulare per 3 a 4 ore e il 3% per almeno 5 ore. Valori più alti si riscontrano nel fine settimana, particolarmente per il dato riferito ad una esposizione superiore alle 5 ore.



HBSC (anno 2018) – ragazzi 11-13-15 anni

- Secondo il Body Mass Index (BMI), calcolato in base a peso e altezza riferito dai ragazzi, l'81% risulta essere normopeso, il 3,3% è sottopeso, mentre sono in sovrappeso e obesi rispettivamente il 14.0% e l'1.8%. I 13enni hanno una % di sovrappeso e obesità inferiore alla alte fasce di età mentre la percentuale più alta di sovrappeso è fra i 15enni.

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Sottopeso	4,4	2,0	3,4	3,3
Normopeso	81,5	82,6	76,9	80,9
Sovrappeso	13,3	11,8	19,0	14,0
Obeso	0,8	3,6	0,7	1,8

- Nelle 2 tabelle seguenti vengono riportati i dati sui ragazzi che fanno colazione (nei 5 giorni da lunedì a venerdì e nel fine settimana) da cui emerge che nei 5 giorni il 61% dei ragazzi fa colazione tutti i giorni, mentre circa il 18% non fa mai colazione; nel fine settimana aumentano i ragazzi che fanno colazione (69% sabato e domenica, 23,5% uno dei 2 giorni) e si riducono quelli che non la fanno mai (7,5%).

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	11,9	21,6	23,5	18,1
Un giorno	3,4	6,5	3,2	4,6
Due giorni	3,1	6,5	5,2	4,8
Tre giorni	5,1	6,9	5,8	5,9
Quattro giorni	5,4	5,8	3,9	5,2
Cinque giorni	71,1	52,7	58,4	61,4

	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Non faccio mai colazione il fine settimana	5,2	6,6	13,7	7,5
Di solito faccio colazione uno solo tra i giorni del fine settimana (o sabato o domenica)	16,6	27,3	29,4	23,5
Di solito faccio colazione sia il sabato che la domenica	78,2	66,1	56,9	69,0

- Complessivamente il consumo di frutta con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie "tra 2 e 4 giorni a settimana" e "una volta al giorno tutti i giorni". Non consumano mai o meno di una volta a settimana la frutta l'11,5%.

"Di solito quante volte alla settimana mangi frutta?", per età (%)				
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	2,7	6,0	5,8	4,6
Meno di una volta a settimana	8,8	7,4	2,6	6,9
Una volta a settimana	11,7	13,1	16,8	13,3
Tra 2 e 4 giorni a settimana	26,6	30,1	38,6	30,6
Tra 5 e 6 giorni a settimana	13,5	16,6	12,3	14,4
Una volta al giorno tutti i giorni	20,5	14,1	16,8	17,3
Più di una volta al giorno	16,2	12,7	7,1	12,9

- Complessivamente il consumo di verdura con frequenza maggiore si evidenzia per le categorie "tra 2 e 4 giorni a settimana" con una percentuale maggiore nei 15 anni. Non consumano mai o meno di una volta a settimana la verdura l'11,4%.

"Di solito quante volte alla settimana mangi verdura?", per età (%)				
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	4,7	6,4	3,2	5,1
Meno di una volta a settimana	5,8	8,6	3,2	6,3
Una volta a settimana	6,4	8,2	11,0	8,1
Tra 2 e 4 giorni a settimana	21,8	23,2	32,6	24,5
Tra 5 e 6 giorni a settimana	22,7	16,1	18,2	19,2
Una volta al giorno tutti i giorni	16,9	19,3	19,5	18,4
Più di una volta al giorno	21,7	18,2	12,3	18,4

- Il 2.3% dei ragazzi di 11 anni, il 3.2% dei ragazzi di 13 anni ed il 9% dei ragazzi di 15 anni non svolge mai attività fisica, mentre la maggior parte degli intervistati dichiara di fare attività fisica da 4 a 7 volte a settimana, solo per i 15enni la percentuale tra coloro che fanno attività fisica da 1 a 3 giorni a settimana è sovrapponibile a quelli che la fanno 4-7 volte a settimana.

"Nell'ultima settimana quanti giorni hai fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno?"			
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Non faccio mai attività fisica	2,3	3,2	9,0
Un giorno	7,0	5,7	12,3
Due giorni	11,7	13,3	15,5
Tre giorni	14,0	24,4	18,7
Quattro giorni	19,8	18,0	16,1
Cinque giorni	13,8	15,2	14,2
Sei giorni	13,0	9,2	7,7
Sette giorni	18,4	11,0	6,5

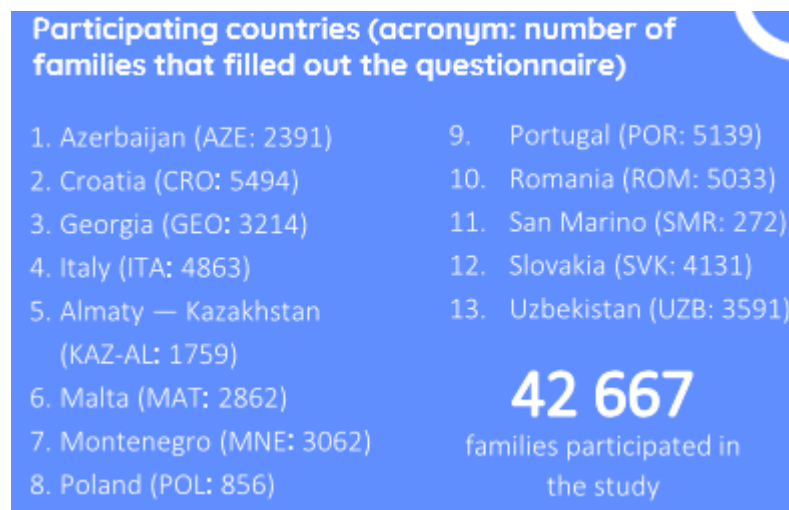
- In riferimento a comportamenti sedentari, in generale, si osserva come durante i giorni di scuola il tempo passato davanti alla TV per la maggior parte dei ragazzi (rispettivamente il 75.4% degli undicenni il 69.4% dei tredicenni ed il 74.2% dei più grandi) sia pari o inferiore alle due ore giornaliere. Durante il fine settimana si osservano sostanziali aumenti di ore passate davanti Tv per tutte le fasce di età.

"Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi la TV, dei video, dei DVD e altre forme di intrattenimento su schermo?" nei giorni di scuola , per età (%)			
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	4,4	6,8	3,2
Circa mezz'ora	16,8	14,9	14,9
Circa un'ora	28,8	27,1	30,3
Circa 2 ore	29,8	27,4	29,0
Circa 3 ore	12,0	13,5	16,1
Circa 4 ore	4,1	5,7	2,6
Circa 5 ore o più	4,1	4,6	3,9

"Di solito nel tuo tempo libero quante ore al giorno guardi la TV, dei video, dei DVD e altre forme di intrattenimento su schermo?" nel fine settimana , per età (%)			
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)
Mai	5,9	4,7	3,9
Circa mezz'ora	10,3	14,0	12,9
Circa un'ora	24,5	21,8	16,9
Circa 2 ore	24,5	23,7	27,7
Circa 3 ore	15,2	18,3	23,2
Circa 4 ore	10,0	10,4	7,7
Circa 5 ore o più	9,6	7,1	7,7

Nutrizione, attività fisica e benessere dei bambini e COVID-19

L'OMS, nell'ambito della sorveglianza dell'Obesità infantile (Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI), ha avviato uno studio, a cui ha partecipato anche San Marino e che ha coinvolto 13 paesi per un totale di quasi 43.000 famiglie, sull'impatto della pandemia COVID-19 su nutrizione, attività fisica e benessere dei bambini.



Dallo studio pubblicato dall'OMS è emerso quanto segue:

- Il 30% delle famiglie dei paesi oggetto dello studio ha iniziato a cucinare più pasti fatti in casa durante la pandemia, consentendo di avere un maggiore controllo sugli ingredienti, con in genere una minor quantità di grassi trans, zuccheri e sale rispetto ai cibi "pronti" del supermercato o ai pasti ordinati dai servizi di consegna. Cucinare a casa potrebbe essere un ottimo modo per ridurre il rischio di malattie non trasmissibili (NCD) come le malattie cardiovascolari, il diabete e il cancro. A San Marino le famiglie che hanno cucinato pasti fatti in casa rappresentano il 54,8% degli intervistati.
- Su tutto il campione europeo, un genitore su 5 ha riferito che i propri figli hanno iniziato a consumare più dolci come caramelle, torte, gelati e pasticcini, mentre a San Marino, circa 1 genitore su 4 ha riferito che i figli hanno consumato più dolci durante la pandemia. Questo aspetto è da tenere in forte considerazione in quanto l'aumento del consumo di zuccheri è legato a un maggior rischio di obesità, condizione che ha raggiunto proporzioni epidemiche nella regione europea dell'OMS. Infatti in Europa, 1 bambino su 3 convive con il sovrappeso e l'obesità, e questo li espone al rischio di sviluppare le malattie croniche in età adulta. A San Marino il sovrappeso e l'obesità colpiscono 1 bambino su 4 nella fascia di età 8-9 anni.
- E' inoltre raddoppiata la percentuale di genitori che riteneva che il peso dei propri figli fosse aumentato. A San Marino la % di genitori che ritenevano che il peso del figlio fosse aumentato è passata dall'11,4% in fase pre-pandemica a 19,8% dopo la pandemia.
- Le restrizioni imposte durante la pandemia di COVID-19 hanno ridotto notevolmente le opportunità per i bambini di fare attività fisica e giocare all'aperto. In Europa il 30% dei bambini è diventato meno attivo fisicamente durante questo periodo, perdendo i benefici sulla salute dell'attività fisica come andare in bicicletta, giocare a calcio o correre nel parco. A San Marino la ridotta attività fisica interessa il 48,5% dei bambini.
- Circa il 35% dei bambini europei, durante il lockdown, ha trascorso più tempo a guardare la televisione, a giocare con i videogiochi o a usare i social media, mentre a San Marino la percentuale è salita al 62%, aumentando, in tal modo, il tempo trascorso in sedentarietà, il rischio di sovrappeso e obesità e l'esposizione al marketing di prodotti non salutari attraverso i media digitali.
- L'impatto negativo che Covid-19 ha riguardato anche il benessere psicologico, con una riduzione della capacità di attenzione riscontrata nei propri figli da almeno 2 genitori su 10. A San Marino è triplicato il numero di genitori che hanno rilevato una scarsa capacità di concentrazione e rappresentano il 18% del campione.

2) FUMO, ALCOL E USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

TABACCO

Contrastare e ridurre l'abitudine al fumo di tabacco è un elemento cardine della "Sustainable Development Agenda 2030", soprattutto per raggiungere il "Target 3.4", ovvero la riduzione di un terzo a livello mondiale (entro il 2030) dei decessi prematuri per malattie non trasmissibili (MNT), tra cui le malattie cardiovascolari, tumori e malattie polmonari croniche ostruttive. Il target 3.a prevede, a supporto di tutto ciò, di rafforzare l'attuazione della Convenzione quadro dell'OMS sul tabacco.

Il consumo di tabacco è considerato, infatti, uno dei più grandi problemi di sanità pubblica e l'esposizione al fumo di tabacco ha un impatto considerevole sulla salute umana. L'OMS stima che il consumo di tabacco uccida attualmente quasi 6 milioni di persone ogni anno ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di malattie croniche non trasmissibili ed in particolare di quelle neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie.

Nell'Unione Europea si stima che il tabacco sia responsabile di quasi 700.000 morti ogni anno e milioni di cittadini europei soffrono di malattie correlate al fumo, tra cui cancro, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie.

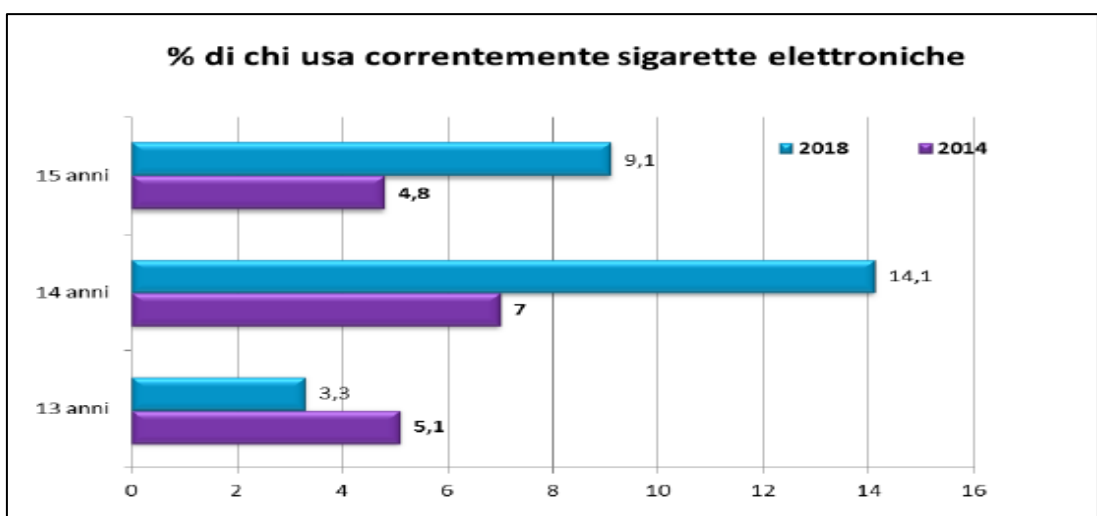
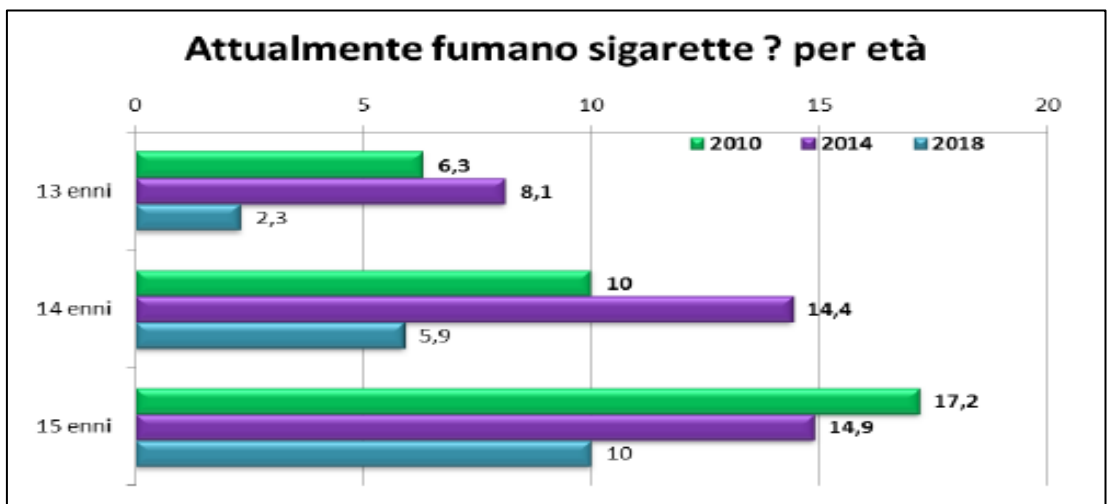
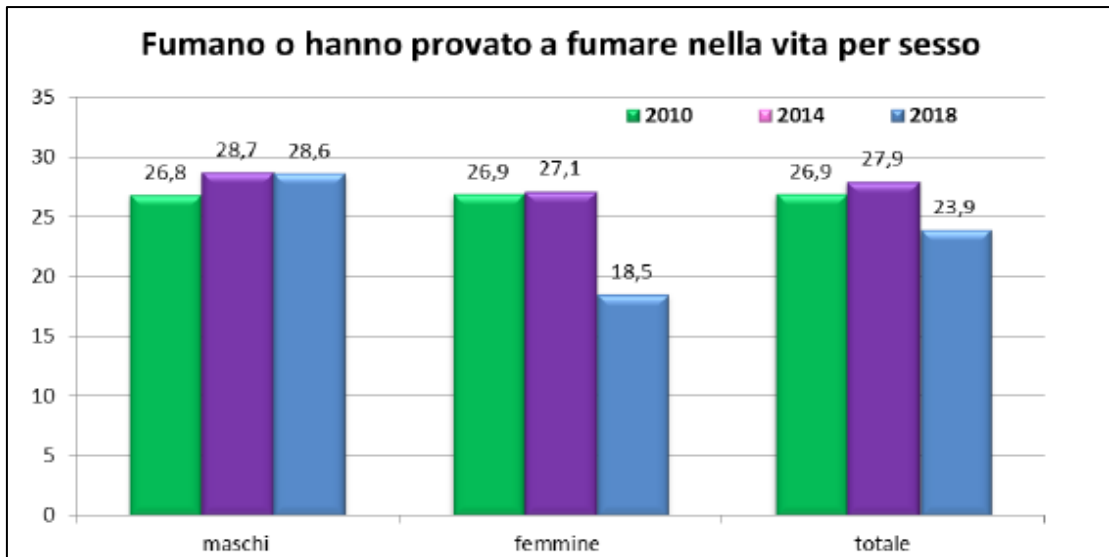
Secondo i dati dell'indagine Eurobarometro 2017 il 26% degli europei fuma (30% gli uomini e il 22% le donne) e sono in aumento i fumatori nella classe di età 15-24 anni (da 24% nel 2014 a 29% nel 2017).

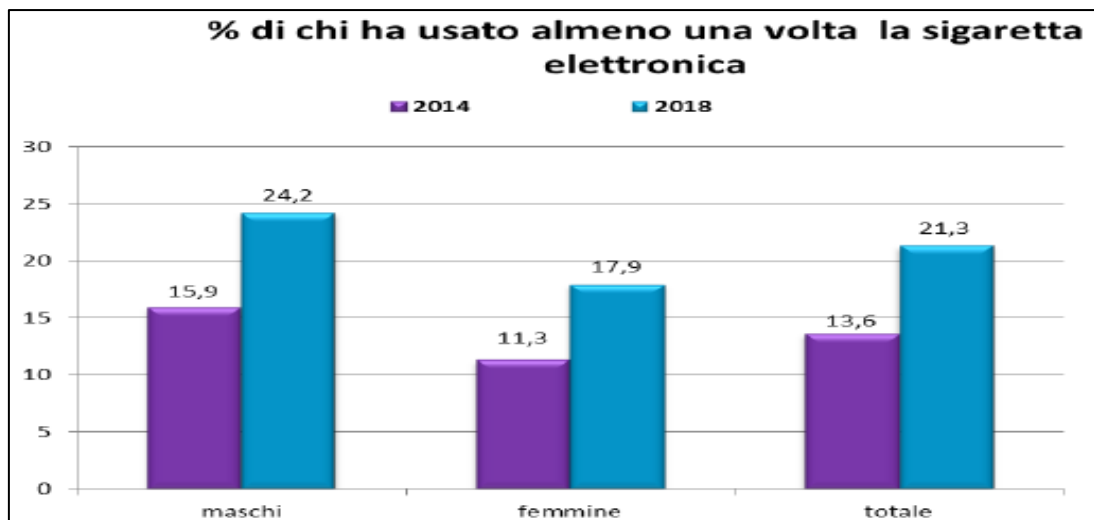
L'Italia è al 10° posto per numero di fumatori. In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, con oltre il 25% di questi decessi compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Per quanto riguarda il tumore al polmone, una delle principali patologie fumo correlate, la mortalità e l'incidenza sono in calo tra gli uomini e in aumento tra le donne, per le quali questa patologia ha superato il tumore allo stomaco, divenendo la terza causa di morte per neoplasia, dopo il tumore al seno e al colon-retto.

Per quanto riguarda il fumo tra i minori, secondo la rilevazione HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute dei ragazzi in età scolare - OMS) del 2014, la percentuale degli studenti 15enni che dichiarano di aver fumato almeno una volta nella vita è il 42,1% tra i ragazzi e circa il 50% tra le ragazze. Valori più bassi si rilevano tra i 13enni (19,7% le ragazze e 18,5% i ragazzi) e tra gli 11enni (3,7% i ragazzi e 2,5% le ragazze). Gli studenti 15enni che dichiarano di fumare tutti i giorni sono il 13,8% dei ragazzi e il 13,3% delle ragazze. L'indagine GYTS (Global Youth Tobacco Survey - Indagine globale sul tabacco e i giovani) del 2018 evidenzia che più di uno studente su cinque dai 13 ai 15 anni fuma tabacco, il fumo di sigaretta è più diffuso tra le ragazze (23,6%) rispetto ai coetanei maschi (16,2%), mentre per quanto riguarda la sigaretta elettronica sono i ragazzi ad usarla abitualmente di più (21,9%) rispetto alle ragazze (12,8%). La metà dei ragazzi e ragazze dichiara di avere respirato fumo passivo in casa.

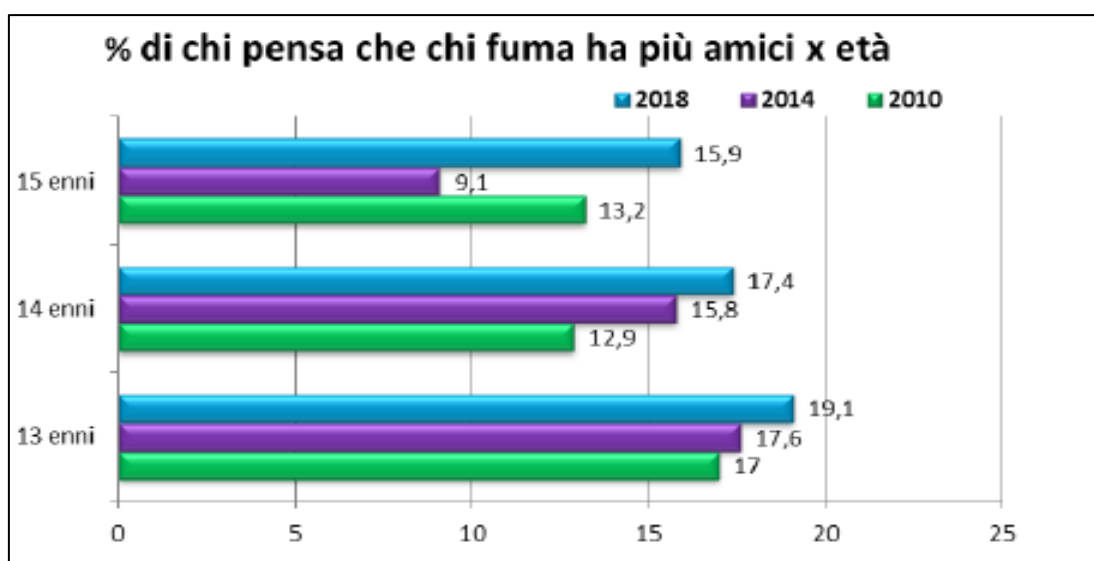
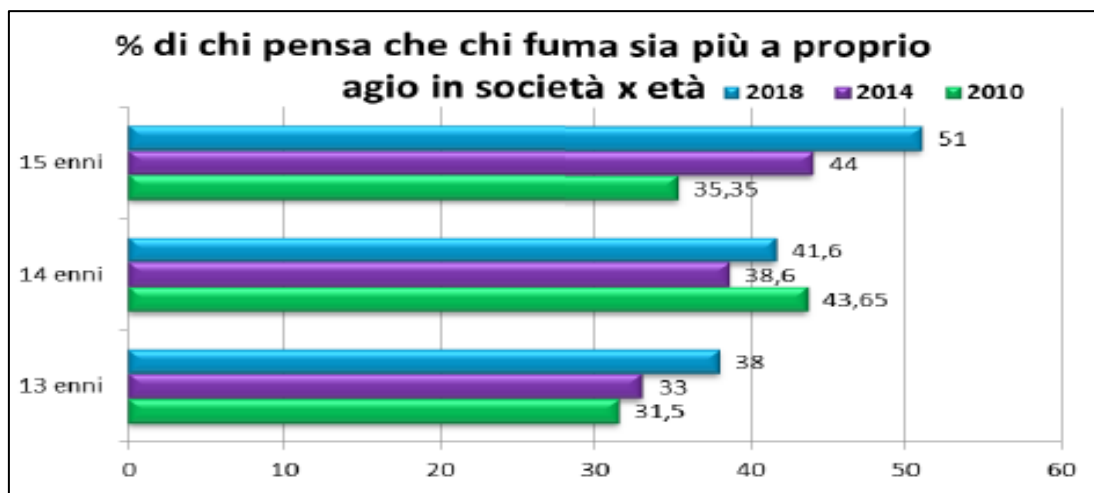
A San Marino, dalle indagini sugli stili di vita dei giovani, emerge quanto segue:

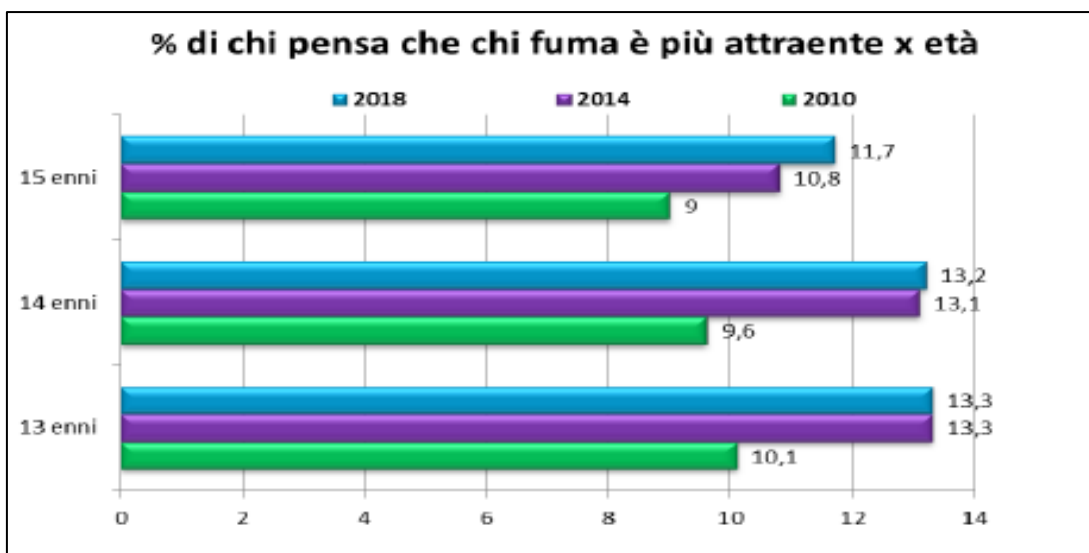
- Una buona percentuale di ragazzi dai 13 ai 15 anni fumano o hanno provato a fumare (nel 2010 il 26.9%, nel 2014 il 27.9%, nel 2018 il 23,9%). Di questi una discreta percentuale sono rimasti fumatori (nel 2010 il 11.2%, nel 2014 il 12.9%, nel 2018 il 6%). Quelli che hanno provato a fumare a San Marino sono il 23,9% contro il 41% dell'Italia, mentre i fumatori abituali a San Marino sono il 6% contro il 20% dell'Italia. Risulta essere in aumento l'uso di sigarette elettroniche nei 14enni e 15enni.





- Nel 2018 circa il 43,5% dei fumatori si sente più a suo agio nelle feste e negli eventi sociali, il 17,5% dichiara di avere più amici e il 12,7% di sentirsi più attraente.





CONSUMO DI ALCOOL

Secondo i dati pubblicati dall'OMS nel "Global status report on alcohol and health 2018", l'uso eccessivo di alcool è causa di più di 3 milioni di morti (il 5,3% di tutti i decessi) e più di tre quarti si sono verificate nel sesso maschile. L'uso eccessivo di bevande alcoliche è un fattore causale in oltre 200 malattie, incluso il cancro, e di situazioni d'infortunio e incidentalità. L'uso di alcol, ai livelli medi di circa 30 grammi di consumo medio pro capite, genera ogni anno, complessivamente, il 5,1% del carico globale di malattia e infortuni – misurato in anni di vita persi per malattia, disabilità o morte prematura (DALYs, Disability Adjusted Life Years).

Dal rapporto emerge che, tra tutti i decessi attribuibili all'alcol, il 28% è dovuto a infortuni (come quelli dovuti a incidenti stradali, autolesionismo e violenza interpersonale), il 21% a disturbi digestivi, il 19% a malattie cardiovascolari, mentre il resto è correlato ad altre condizioni di salute come malattie infettive, tumori, disturbi mentali ecc. Inoltre, il carico globale di malattia legato al consumo di bevande alcoliche è ancora inaccettabilmente elevato. A livello mondiale si stima che 237 milioni di uomini e 46 milioni di donne soffrano di disturbi legati al consumo di alcol, con le prevalenze più alte nella Regione europea (14,8% uomini e 3,5% donne) e in quella delle Americhe (11,5% uomini e 5,1% donne). Sono i più giovani a pagare il prezzo più alto. Se, globalmente, sono dovute all'alcol il 7,2% delle morti premature, il 13,5% dei decessi tra 20enni dipende dal consumo di alcolici, anche se si ipotizza che più di un quarto (il 27%) degli adolescenti tra i 15 e i 19 anni ne consumi regolarmente.

Il consumo di alcool sta assumendo un'importanza sempre maggiore in quanto i trend del consumo sono in aumento, soprattutto tra i giovani. Il consumo di alcool è associato a diverse malattie non trasmissibili (cirrosi epatica, tumori, malattie cardiovascolari, malattie neuropsichiatriche). Inoltre, risulta un'importante causa di traumi (incidenti stradali, infortuni sul lavoro, violenza) e l'esposizione durante la gravidanza aumenta il rischio di difetti alla nascita. Nel 2017 si stima che il 4,3% di tutti i decessi in Italia siano attribuibili al consumo di alcool con differenze significative tra i generi con i maschi molto più esposti rispetto alle femmine e il 4,1% dei DALYs è alcool-correlato (GBD, 2017).

Nella popolazione generale italiana (15-64 anni) il 20,2% del campione riferisce almeno un episodio di ubriacatura e il 12,5% di binge drinking. Nella classe d'età compresa tra i 15 e i 24 anni le prevalenze arrivano rispettivamente al 41% e 16%, confermando la maggior attrazione dei più giovani per queste modalità di consumo.

In Emilia-Romagna nella fascia 18-69 anni, la maggior parte delle persone consuma alcool (68%); il 23% presenta un consumo di alcol a rischio, data la presenza di almeno una modalità a rischio (quantità elevata, binge o fuori pasto); il dato è maggiore della media nazionale (55%). Il consumo di alcol a rischio prosegue anche nella popolazione anziana (28% nei 65-74enni e 20% negli ultra 75enni).

Il consumo di alcol a maggior rischio è più diffuso tra gli uomini, nella classe di età più giovane (52% nei ragazzi di 18-24 anni e 43% nelle ragazze della stessa età) e, diversamente dagli altri fattori di rischio considerati, nelle persone con un livello d'istruzione medio-alto.

Secondo le indagini sui comportamenti giovanili in età scolare (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) a San Marino emerge quanto segue:

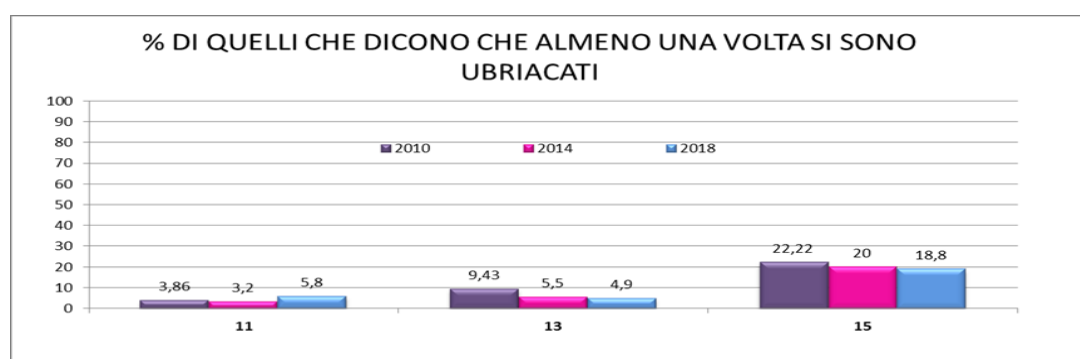
- la maggior parte dei ragazzi intervistati tra gli 11 e i 13 anni ha dichiarato di non aver "mai" bevuto alcol; tale percentuale si riduce, però, con l'aumentare dell'età, passando dal 75,9% degli undicenni al 65,3% dei tredicenni sino al 34,1% dei quindicenni. Negli ultimi 30 giorni non ha mai bevuto alcool l'88,9% degli undicenni, l'86,5 dei tredicenni e il 58,7 dei quindicenni. La frequenza negli ultimi 30 giorni è bassa.

Frequenza del consumo di alcol nella vita , per età (%)				
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	75,9	65,3	34,1	62,9
1-2 giorni	13,5	15,2	19,4	15,4
3-5 giorni	3,1	8,2	14,2	7,4
6-9 giorni	1,7	4,3	9,7	4,4
10-19 giorni	4,1	2,1	9,0	4,4
20-29 giorni	0	1,4	2,6	1,1
30 giorni o più	1,7	3,5	11,0	4,4

Frequenza del consumo di alcol negli ultimi 30 giorni , per età (%)				
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
Mai	88,9	86,5	58,7	81,6
1-2 giorni	8,0	9,3	28,1	12,8
3-5 giorni	2,2	2,4	9,1	3,7
6-9 giorni	0,3	1,4	2,0	1,1
10-19 giorni	0	0	0,7	0,1
20-29 giorni	0,3	0,4	0,7	0,4
30 giorni o più	0,3	0	0,7	0,3

- Il fenomeno dell'ubriacatura aumenta con l'aumentare dell'età (il 18,8 % dei quindicenni si sono ubriacati almeno una volta).

7 Frequenza di ubriacatura, per età (%)				
	11 anni (%)	13 anni (%)	15 anni (%)	Totale
No, mai	94,2	95,1	81,2	91,8
Sì, una volta	4,8	4,2	5,2	4,6
Sì, 2-3 volte	0,3	0,7	6,5	1,8
Sì, 4-10 volte	0	0	3,2	0,7
Più di 10 volte	0,7	0	3,9	1,1



USO DI STUPEFACENTI

Il consumo di sostanze stupefacenti interessa una serie di sostanze più ampia che in passato¹⁸. Fra i consumatori di stupefacenti è diffusa la poli-assunzione e i modelli individuali di consumo vanno dall'esperienza occasionale all'assunzione abituale, fino alla dipendenza. In generale, il consumo di stupefacenti è solitamente maggiore tra i maschi e questa differenza è in genere accentuata per i modelli di consumo più assiduo e regolare. La prevalenza del consumo di cannabis è circa cinque volte superiore a quella di altre sostanze. Benché il consumo di eroina e di altri oppiacei rimanga relativamente modesto, queste continuano a essere le droghe più comunemente associate alle forme più dannose di consumo, compreso quello per via parenterale.

Secondo le stime, nell'Unione Europea oltre 96 milioni di adulti di età compresa fra 15 e 64 anni (il 29%) hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. Le esperienze di uso di droga sono più frequentemente segnalate dai maschi (57,8 milioni) rispetto alle femmine (38,3 milioni). La sostanza stupefacente più provata è la cannabis (55,4 milioni di maschi e 36,1 milioni di femmine), mentre le stime sono decisamente inferiori per il consumo nell'arco della vita di cocaina (12,4 milioni di maschi e 5,7 milioni di femmine), ecstasy (9,3 milioni di maschi e 4,6 milioni di femmine) e amfetamine (8,3 milioni di maschi e 4,1 milioni di femmine).

Anche in Italia la marijuana resta la sostanza stupefacente maggiormente consumata¹⁹. Il 25,3% dei consumatori di cannabis appartengono alla fascia di età compresa tra i 20 e i 24 anni, il 19,92% a quella maggiore ai 40 anni e il 16,80% a quella compresa tra i 25 e i 29 anni, mentre i minorenni rappresentano il 6,33% del totale. Il 26,17% dei consumatori di droghe sintetiche appartengono alla fascia di età maggiore ai 40 anni, il 17,62% a quella compresa tra i 30 e i 34 anni e il 16,58% a quella compresa tra i 25 e i 29 anni, mentre gli utilizzatori fra i minorenni sono il 3,89%. I decessi riconducibili all'abuso di sostanze stupefacenti sono stati 373, con un aumento pari all'11,01% rispetto al 2018. La principale causa di decesso è attribuita all'eroina (169 casi nel 2019), mentre ci sono stati 65 morti per cocaina.

A San Marino emerge quanto segue:

- Gli utenti in carico alla UOC Salute Mentale – UOS Dipendenze Patologiche nel 2022 sono stati 85, di cui 64 maschi e 21 femmine, e un'età media di 40 anni. Nella tabella seguente si riporta il numero di utenti in carico al Servizio Dipendenze Patologiche ISS suddivisi per sostanza utilizzata nel 2022, rapportato al 2021 (92 utenti, 71 M – 21 F).

SOSTANZA	2021	2022	Variazione
Alcool	34	33	- 1
Eroina	18	16	- 2
Cocaina	15	11	- 4
Cannabis (THC)	10	10	-
Poliabuso (alcol e sostanze)	8	10	+ 2
Gambling	6	4	- 2
Gaming	1	1	-

- I nuovi casi nel 2022 sono stati 15, tra cui 3 minorenni. Nella tabella seguente si riportano i casi suddivisi per sostanza utilizzata nel 2022 rapportato con il 2021 (14 casi, tra cui 1 minorenne).

SOSTANZA	2021	2022	Variazione
Alcool	8	5	- 3
Eroina	0	1	+ 1
Cocaina	1	0	- 1
Cannabis (THC)	3	4	+ 1
Poliabuso (alcol e sostanze)	0	3	+ 3
Gambling	2	2	-

- Per quanto la ricerca di stupefacenti su minorenni da parte del Laboratorio Analisi su richiesta dei vari Servizi dell'ISS, emerge che su 480 esami effettuati nel 2022 il 3,8% è risultato

¹⁸ Relazione Europea sulla droga - 2019

¹⁹ Relazione della direzione centrale per i Servizi antidroga – dati 2019

positivo. La principale sostanza utilizzata risulta essere la cannabis (7 casi), seguita da oppiacei (4), anfetamine (3) e cocaina (2).

- In riferimento al consumo, detenzione e spaccio di stupefacenti, sulla base dei dati forniti dal Responsabile del Servizio Sociale in Esecuzione di Pena, con particolare alle persone sottoposte a esperimento probatorio ai fine di fornire una possibilità di riabilitazione alternativa alla pena o ad affidamenti in prova riconducibili a sostanze stupefacenti, nelle tabelle successive si riportano i dati del periodo 2019-2022.

	2019	2020	2021	2022	2023*
Esperimenti probatori conclusi					
> 18 anni	40	47	52	22	2
< 18 anni	1	2	14	0	0
Esperimenti probatori attivi					
> 18 anni	0	0	7	18	23
< 18 anni	0	0	1	1	26
TOTALE	41	49	74	41	51

* dati disponibili fino al 28/6/2023

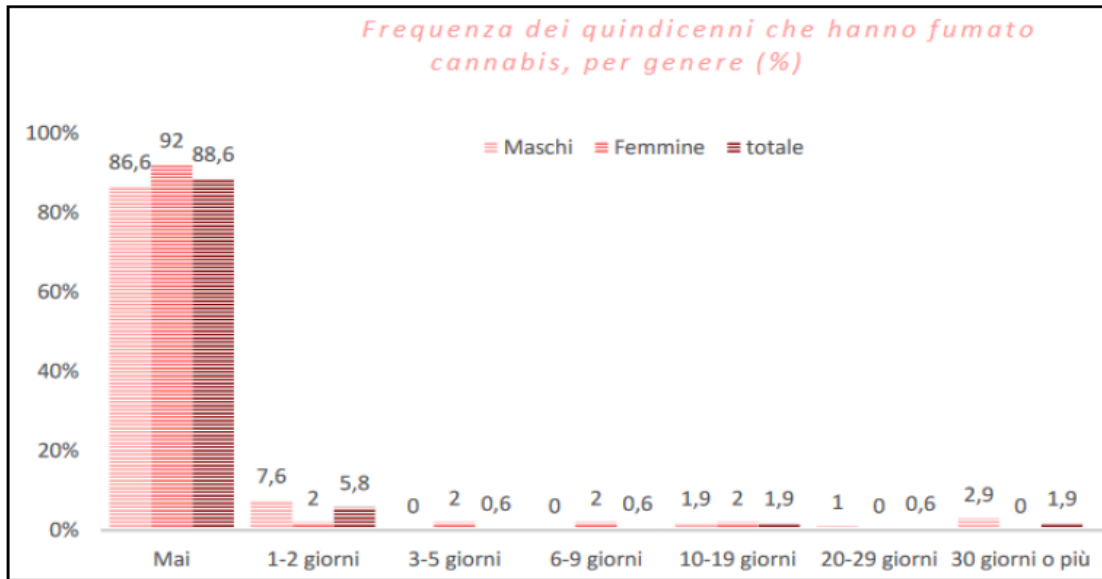
	2020	2021	2022	2023
Affidamenti in prova conclusi per stupefacenti				
> 18 anni	1	1	2	0
Affidamenti in prova attivi per stupefacenti				
> 18 anni	2	3	2	4
TOTALE	3	4	4	4

* dati disponibili fino al 28/6/2023

Per gli adulti sottoposti a esperimento probatorio o affidamenti in prova per stupefacenti, si evidenzia il maggior numero di casi nel 2021, pari a 59, mentre nel 2022 il numero è diminuito a 40 casi.

Si evidenzia un aumento dei minori di 18 anni sottoposti ad esperimento probatorio nel 2023, che risultano essere 26 contro i 15 casi del 2021, e che hanno superato, al momento, i casi riferiti agli adulti.

- Dall'indagine HBSC effettuata nel 2018 nelle scuole sul consumo di cannabis nei quindicenni, l'88,6% ha dichiarato di non avere mai fumato, il 5,8 dichiara di avere fumato 1-2 giorni, mentre l'1,9% per 30 giorni o più, con una percentuale maggiore di maschi.



- Dai primi risultati dell'indagine HBSC del 2022 emerge che il 28,1% dei ragazzi che frequentano le classi seconda e quarta delle scuole superiori sammarinesi hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita e il 13,3% ha fatto uso di cannabis almeno 1 giorno negli ultimi trenta giorni dalla somministrazione del questionario. La percentuale è maggiore fra i maschi (54%).

SEZIONE C – LE PRINCIPALI PROBLEMATICHE DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE



L'obiettivo 3 dell'Agenda 2030 ha la finalità di garantire la salute e di promuovere il benessere per tutti e a tutte le età. Il goal si focalizza su alcuni ambiti di intervento quali: ridurre il tasso di mortalità materno-infantile; contrastare le malattie infettive, ponendo fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate e combattendo l'epatite, le malattie di origine idrica e le altre malattie trasmissibili; ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie croniche e promuovere il benessere e salute mentale.



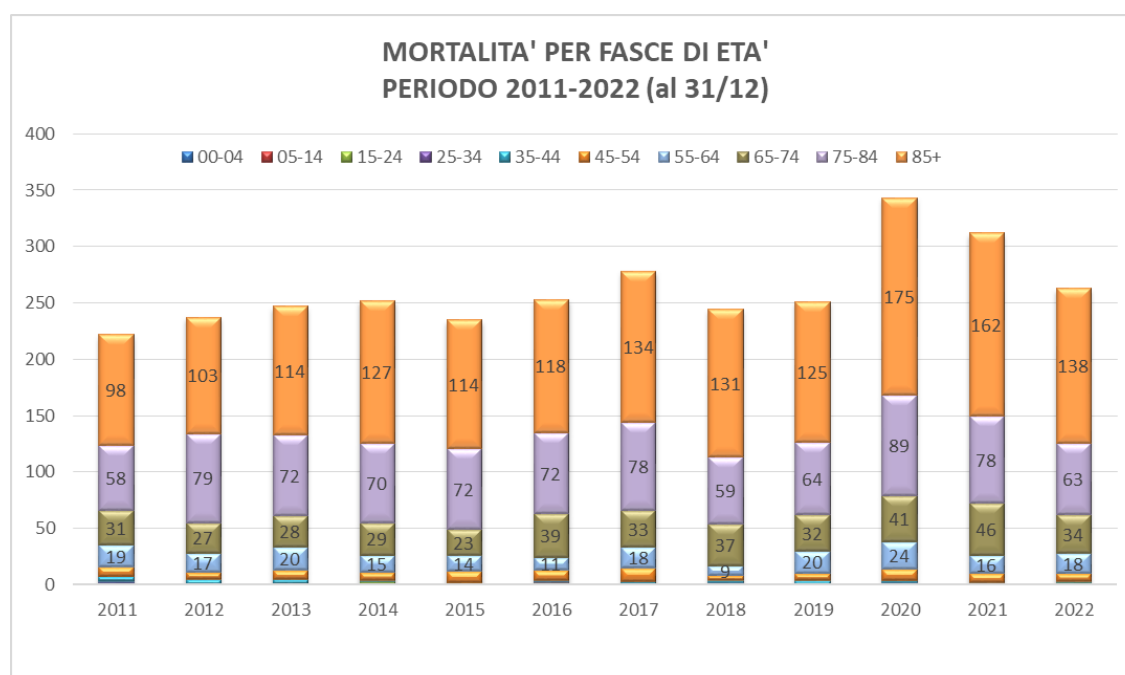
Per raggiungere gli obiettivi dell'SDG 3 diventa quindi fondamentale avere prima la fotografia della comunità sammarinese sulla mortalità e sulle principali malattie e condizioni di particolare rilevanza sanitaria e sociale.

1) MORTALITÀ

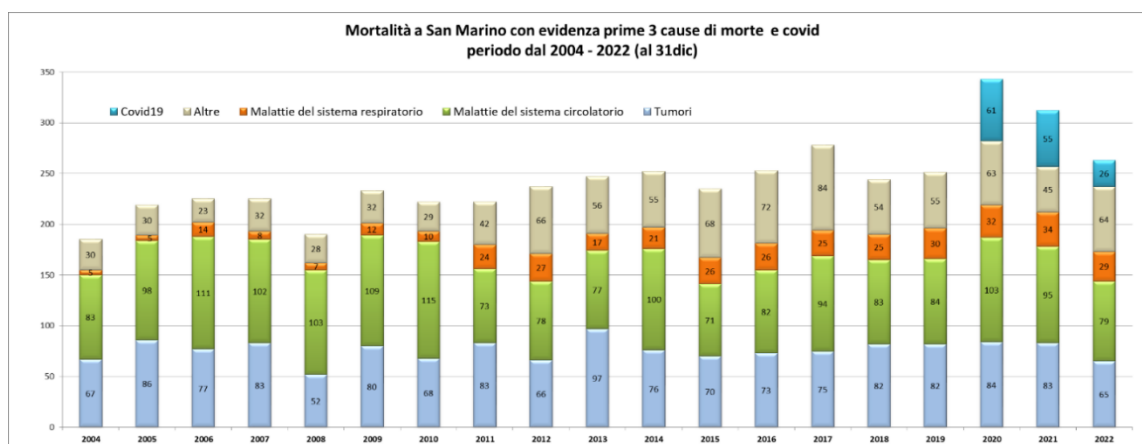
Il quoziente di mortalità è lievemente aumentato nell'ultimo quinquennio, oscillando intorno al 7-8 per mille abitanti. Nel 2020, anche per effetto della pandemia, sono decedute 343 persone, pari a 10,2 ogni 1.000 abitanti. Dal 2020 il quoziente di mortalità sta progressivamente diminuendo tornando sui valori medi pre-pandemia (nel 2022 è stato pari a 7,79 per mille). Il COVID19 ha causato 59 decessi nel 2021 e 26 decessi nel 2022.

I quozienti di natimortalità, mortalità infantile, mortalità perinatale risultano essere bassi. Nell'ultimo quinquennio, infatti, la natimortalità si attesta all'1,8 per mille, la mortalità infantile allo 0,9 per mille e la mortalità perinatale al 2,7 per mille.

La mortalità colpisce in maggioranza la popolazione con età superiore ai 74 anni. Negli ultimi 10 anni, le persone di età superiore ai 74 anni, rappresentano, in media, il 76% dei decessi.



Per quel che riguarda le cause di mortalità, le principali cause di morte nel periodo 2004-2022 sono le "malattie cardiovascolari" (38,3%) e le "neoplasie" (31,6%), mentre le "malattie dell'apparato respiratorio" (7,9%) si attestano al terzo posto. In crescita la mortalità per "demenze e malattie del sistema nervoso", dovuta soprattutto al progressivo invecchiamento della popolazione e a patologie croniche degenerative (Alzheimer, Parkinson e demenze gravi).



Nel 2020 le morti causate dal COVID-19²⁰ sono pari al 17,8% dei decessi totali, colpendo soprattutto pazienti prevalentemente anziani e portatori di altre comorbidità (cardiologiche, respiratorie, neoplastiche, ecc.). Successivamente la mortalità per Covid-19 è diminuita progressivamente anche grazie ai vaccini e ai sempre maggiori contagi anche se in forma più lieve del periodo precedente.

Dall'analisi comparativa tra i due quinquenni 2012-2016 e 2017-2021, valutando le 3 principali cause di morte della popolazione per sesso con meno di 75 anni e con più di 75 anni, ad esclusione dei decessi attribuiti al Covid19, si evince quanto segue:

- Per la popolazione sotto i 75 anni, in entrambi i quinquenni, le principali cause di morte per entrambi i generi sono le neoplasie, mentre nelle età più avanzate sono più frequenti le morti per malattie cerebrovascolari, cardiovascolari e respiratorie.
- Nel quinquennio 2012-2016 nella popolazione fino a 74 anni, il tumore al polmone è la prima causa di morte, seguito dai tumori dello stomaco e della prostata per i maschi e dal tumore della mammella e del cervello per le femmine. Nel quinquennio successivo il tumore del polmone è al primo posto per entrambi i generi. Si evidenzia inoltre un aumento del tumore del pancreas per entrambi i generi. La BPCO è la terza causa di morte per i maschi.
- Il confronto tra i due quinquenni per i decessi avvenuti in età più avanzate non mostra grandi variazioni. Infatti le malattie cerebrovascolari e la BPCO sono tra le prime 3 cause in entrambi i generi, seguite dalle malattie cardiovascolari (scompenso e cardiomiopia dilatativa).

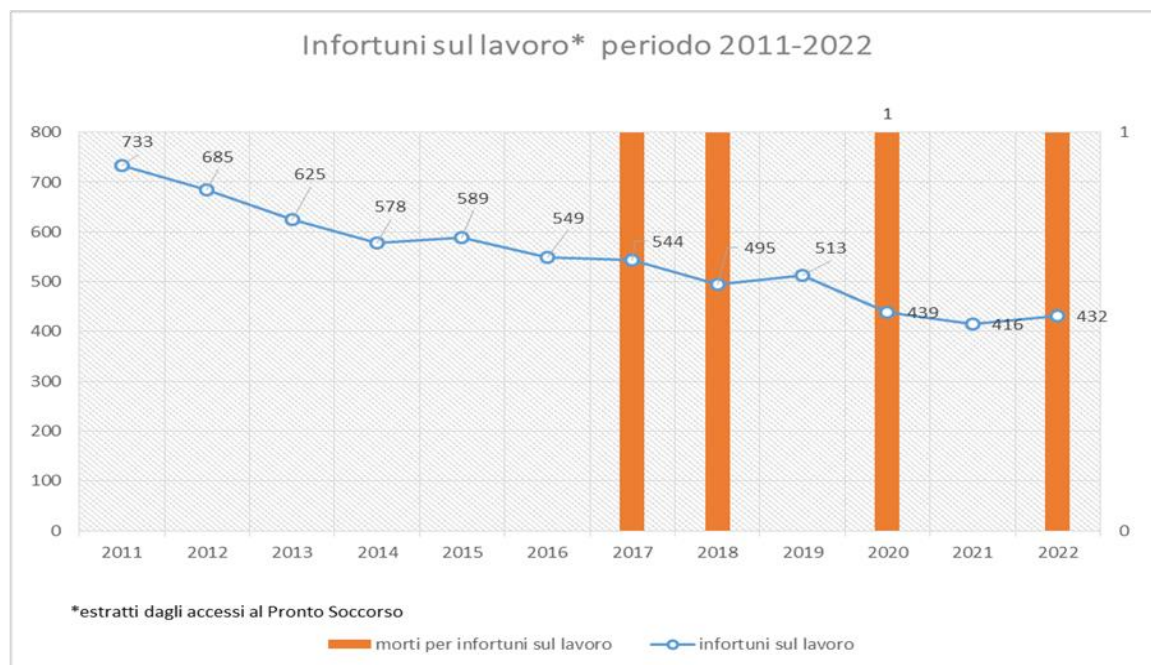
PERIODO 2012-2016		
	MASCHI	FEMMINE
0-74	1° causa: TUMORE AL POLMONE	1° causa: TUMORE AL POLMONE
	2° causa: TUMORE GASTRICO	2° causa: TUMORE ALLA MAMMELLA
	3° causa: PROSTATA	3° causa: TUMORE AL CERVELLO
75 E OLTRE	1° causa: TUMORE AL POLMONE	1° causa: BPCO
	2° causa: BPCO	2° causa: SCOMPENSO CARDIACO
	3° causa: CARDIOMIOPATIA DILATATIVA	3° causa: MALATTIE CEREBROVASCOLARI
PERIODO 2017-2021		
	MASCHI	FEMMINE
0-74	1° causa: TUMORE AL POLMONE	1° causa: TUMORE ALLA MAMMELLA
	2° causa: TUMORE AL PANCREAS	2° causa: TUMORE AL POLMONE
	3° causa: BPCO	3° causa: TUMORE AL PANCREAS
75 E OLTRE	1° causa: BPCO	1° causa: MALATTIE CEREBROVASCOLARI
	2° causa: MALATTIE CEREBROVASCOLARI	2° causa: BPCO
	3° causa: TUMORE AL POLMONE	3° causa: SCOMPENSO CARDIACO

²⁰ l'OMS ha introdotto, per il COVID-19, nuove codifiche di mortalità:

- U071: decesso del paziente per COVID-19 accertato con positività del tampone
- U072: decesso per quadro clinico tipico del COVID19 (anche senza positività al tampone o a tampone negativizzato)

A San Marino i decessi per suicidio nel periodo 2011-2021 sono stati 30 (27 maschi, 7 femmine). Nel 2021 è stato registrato un solo suicidio.

Relativamente agli infortuni sul lavoro, nel periodo 2011-2022 si sono registrati 4 decessi. Dal 1992 ad oggi gli infortuni con esito fatale sono stati 15.



MORTALITÀ EVITABILE

L'analisi della mortalità evitabile rappresenta uno strumento utile per la valutazione di strategie e azioni di sanità pubblica finalizzate a contrastare i decessi prematuri dovuti a cause di morte prevenibili e trattabili.

La sfida per i sistemi sanitari è di ridurre la "mortalità precoce evitabile", vale a dire la mortalità precoce dovuta a cause contrastabili e prevenibili con opportuni interventi sociali, ambientali e sanitari. Quando la mortalità avviene prima dei 75 anni è da considerarsi evitabile quando dovuta a fattori modificabili quali stili di vita, adesione alla prevenzione (vaccinazione e screening), qualità ed efficacia dell'assistenza sanitaria. Vengono quindi prese in considerazione aree di intervento quali la prevenzione primaria (PP), la diagnosi precoce e terapia (DPT) e interventi di assistenza sanitaria (IAS).

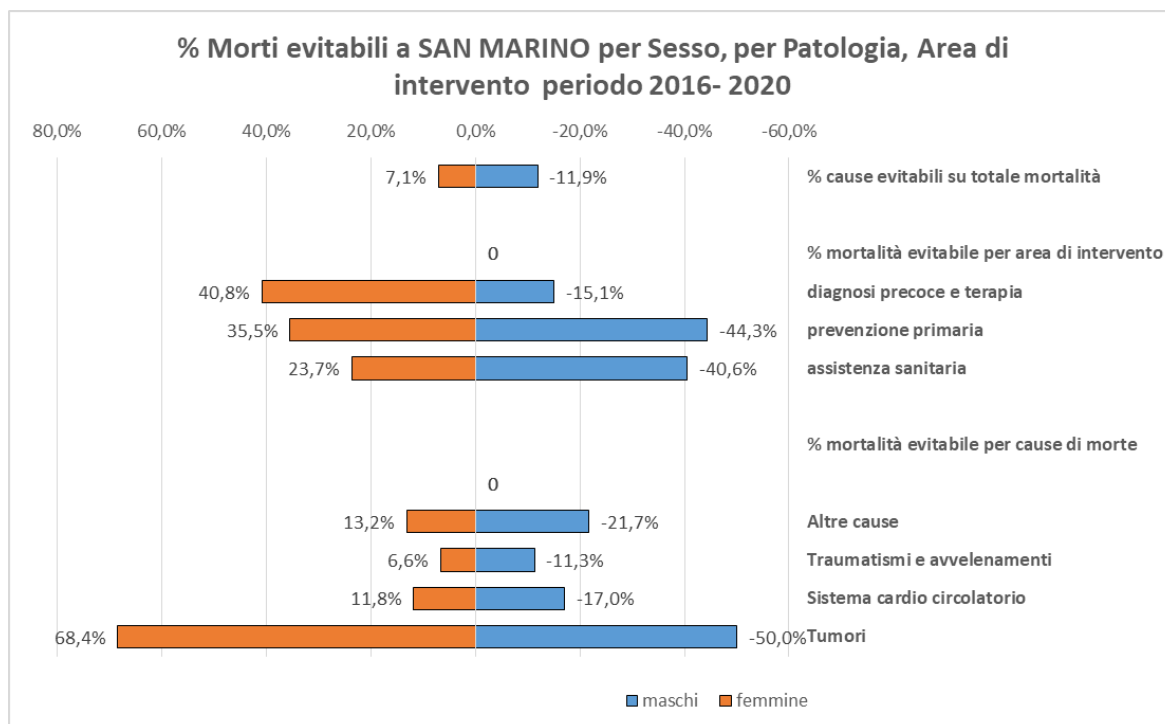
A San Marino²¹ nel quinquennio 2011-2015 si sono verificate 181 morti evitabili su 1.193 decessi (15,2%), mentre nel quinquennio 2016-2020 sono state registrate 182 morti evitabili su 1.369 decessi (13,2%).

Dall'analisi dei grafici successivi riferiti ai 2 quinquenni, le mortalità evitabili colpiscono maggiormente la componente maschile (nel primo quinquennio 19,1% dei maschi contro 11,3% delle femmine, mentre nel secondo 11,9% per i maschi contro il 7,1% delle femmine).

Nel dettaglio, per quanto riguarda le aree di intervento, il 58,6% delle morte evitabili del primo periodo e il 40,7% del secondo periodo sono riconducibili all'area della prevenzione primaria e agli interventi sugli stili di vita e condizioni socio economiche, in numero maggiore nei maschi rispetto alle femmine; il 26% delle morti evitabili del primo periodo e il 33% del secondo periodo riguardano l'assistenza propriamente detta, mentre per la diagnosi precoce si attestano rispettivamente al 19,7% nel primo periodo e al 24,8% nel secondo periodo. La diagnosi precoce risulta essere molto importante per la componente femminile, soprattutto nel secondo quinquennio (40,8% per le femmine contro 15,1% per i maschi).

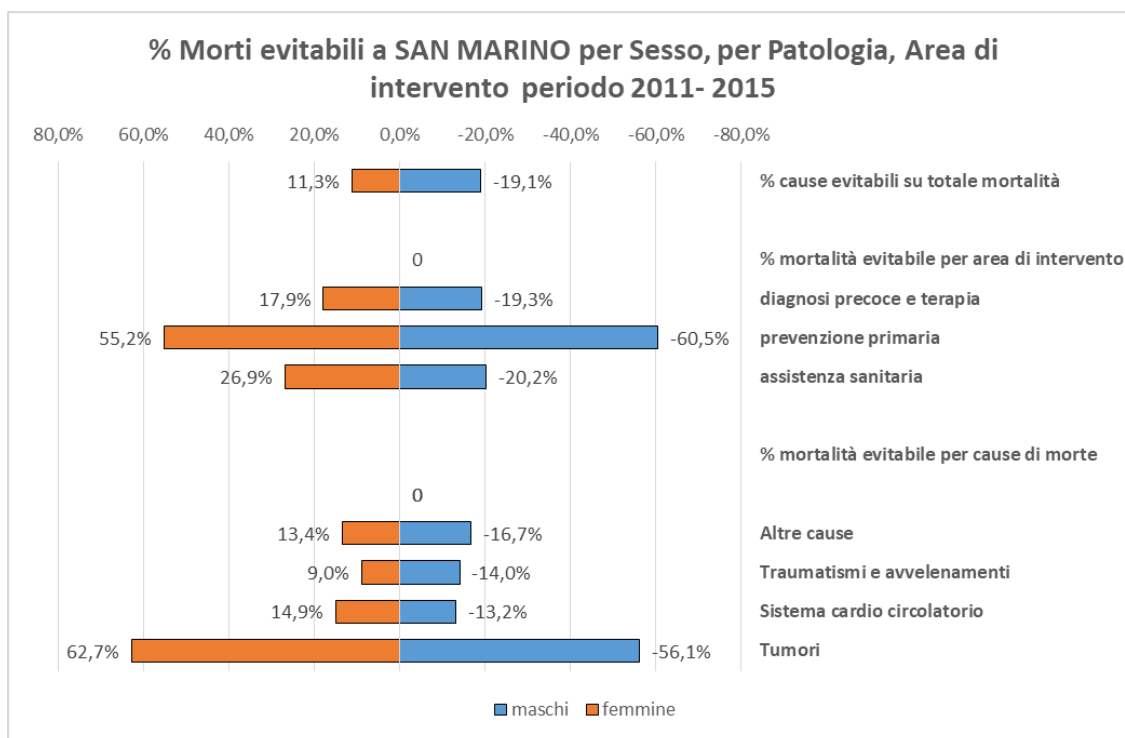
²¹ Considerata alta variabilità dei piccoli numeri i decessi sono stati raggruppati nei due seguenti quinquenni: 1° gennaio 2012 -1° gennaio 2016 e 1° gennaio 2017- 1° gennaio 2021.

Relativamente alle cause di morte, sono i "tumori" in entrambi i periodi a causare oltre la metà delle "morti evitabili" sia per i maschi che per le femmine. Il tumore che più colpisce la componente maschile in entrambi i periodi è il tumore al polmone, mentre per le donne, nel quinquennio più recente, il tumore alla mammella è risultato essere il più frequente. Nel primo periodo 2011-2015 i decessi per malattie cardiocircolatorie rappresentano il 13,8% e i traumatismi il 12,2%, nel secondo periodo 2016-2020 rispettivamente il 14,8% e 9,3%. Le malattie cardiocircolatorie colpiscono in misura uguale entrambi i generi, mentre i traumatismi sono più a carico della componente maschile.



Nel calcolo degli anni di vita persi (Years of Life Lost - YLLs)²², si evidenzia che nel primo periodo sono stati persi 4.516,44 anni di vita (in media 24,9 per ogni singolo decesso), mentre nel secondo periodo gli anni persi sono stati 4.420 (in media 24,3 per ogni singolo decesso).

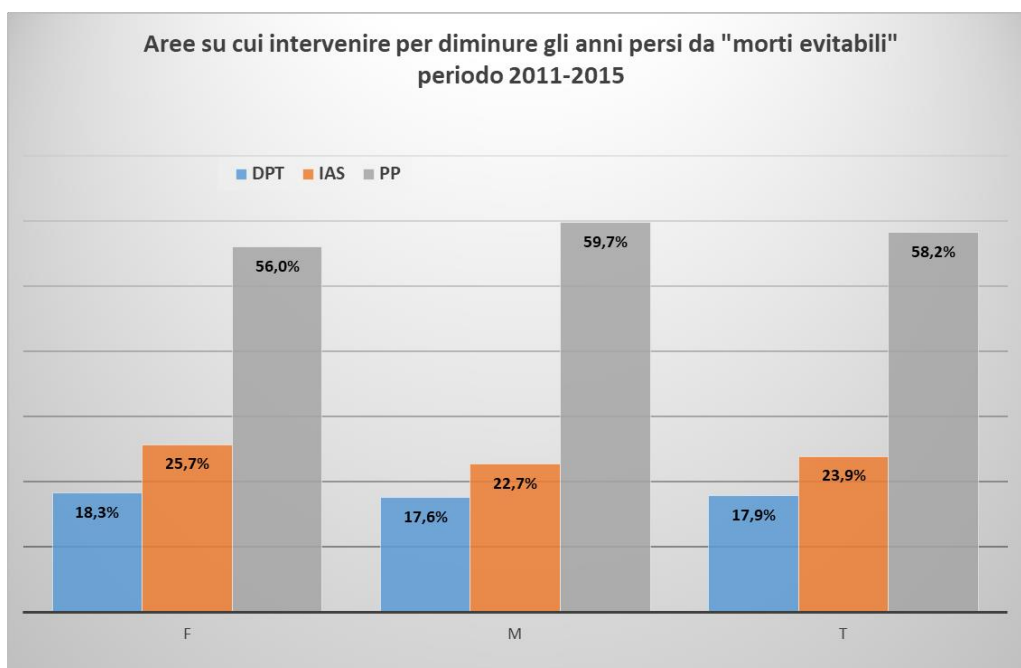
²² Gli anni persi sono stati misurati per ciascun genere e classi di età con la speranza di vita residua all'età del decesso. In questo modo vengono conteggiati tutti gli anni di vita persi, tenendo conto delle diverse speranze di vita per genere (le donne sono più longeve) e del fatto che età diverse sono caratterizzate da speranze di vita residue diverse.

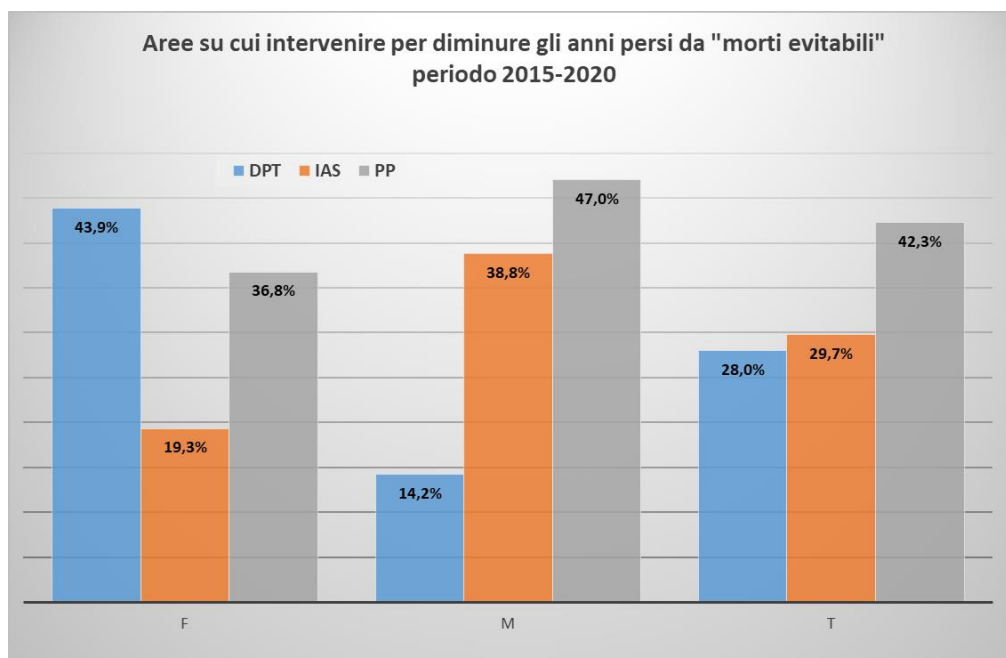


Il 60% degli anni persi nel primo periodo e il 53,5% nel secondo periodo risultano essere a carico della componente maschile. Le femmine, tuttavia, perdono mediamente più anni di vita per singolo decesso (primo periodo 27,0 contro 23,76 dei maschi; secondo periodo 27,02 delle femmine contro 22,33% dei maschi).

La perdita di anni più elevata (primo periodo: 63,2% per gli uomini e 47,1% per le donne; secondo periodo: 43% per gli uomini e 71% per le donne) dipende dai decessi a causa di tumori, con una perdita media di 27,17 anni per le femmine e 19,95 anni per i maschi nel primo periodo, mentre nel secondo periodo la perdita è di 28,1% per le femmine e di 19,5% per i maschi.

Nei 2 periodi considerati, il 16,5% e il 13,4% degli anni di vita persi è dovuto a traumatismi che colpiscono maggiormente la componente maschile (19,0% nel primo periodo e 18,5% nel secondo periodo) e causano in media una perdita di 38,41 e 36,4 anni a decesso per la componente maschile.





Nel complesso il 58,2% degli anni perduti nel primo periodo e il 42,3% nel secondo periodo è dovuto a cause evitabili grazie ad interventi di "prevenzione primaria", il 22,7% nel primo periodo e il 29,7% è riconducibile invece all'area "dell'assistenza sanitaria" e infine il 18,8 e il 28,3% a cause evitabili con la "diagnosi precoce e la terapia".

La "diagnosi precoce e terapia" risulta essere un fattore molto importante per la componente femminile soprattutto nell'ultimo quinquennio, infatti la percentuale di anni persi per le femmine raggiunge il 43,9% contro il 14,2% dei maschi.

2) MALATTIE E LE CONDIZIONI DI PARTICOLARE RILEVANZA SANITARIA E SOCIALE

Le malattie e le condizioni di particolare rilevanza sanitaria e sociale che impattano maggiormente sulla salute della comunità sammarinese sono le seguenti:

- Le Malattie infettive
- Le Malattie cardiovascolari
- I tumori
- Il diabete
- La celiachia
- Le malattie respiratorie
- La salute materno-infantile
- La violenza di genere
- La salute mentale
- La disabilità
- Gli anziani

LE MALATTIE INFETTIVE

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

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

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

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

Inoltre si sono amplificati fattori in grado di favorire o potenziare, singolarmente o in associazione fra di loro, l'insorgenza e la diffusione delle malattie infettive. Fra questi si possono ricordare il cambiamento e l'adattamento degli agenti microbici e lo sviluppo di resistenze agli antimicrobici, la diversa suscettibilità dell'uomo, le dinamiche demografiche e gli stili di vita, i cambiamenti climatici e la modifica degli ecosistemi, lo sviluppo economico, tecnologico e industriale e lo sfruttamento del territorio, l'incremento degli spostamenti di popolazioni e degli scambi commerciali, la riduzione degli investimenti nelle misure di prevenzione della sanità pubblica, le guerre, le carestie, la povertà e le disuguaglianze sociali. Tali fattori sono ancora del tutto attuali e sono stati drammaticamente evidenziati nel corso della pandemia COVID-19.

Fra le malattie trasmesse da vettore sono tendenzialmente in aumento i casi di malattia da *West Nile virus*, in particolare in diversi Paesi del sud ed est Europa dove questa malattia è ormai endemica. Per Dengue, Chikungunya e infezione da *Zika virus* la situazione epidemiologica riflette quella delle regioni tropicali dove queste malattie sono endemiche e da dove i casi sono importati. In Europa è continuata invece a diminuire l'incidenza della tubercolosi, ma con differenze significative tra i diversi Paesi.

Fra le infezioni sessualmente trasmesse (IST), si evidenzia un trend in lenta ma progressiva crescita sia per la sifilide sia per la gonorrea. Inoltre, nonostante le azioni messe in campo per contrastarne la diffusione, l'incidenza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, negli ultimi quattordici anni, è solo leggermente diminuita. L'incidenza dei casi di Aids si è invece dimezzata nei paesi dell'Unione europea. Il decremento evidenziato è dovuto al ricorso sempre più diffuso a efficaci trattamenti antiretrovirali.

Si osserva un forte aumento dell'incidenza dei casi di morbillo che si erano mantenuti relativamente ridotti negli anni precedenti dopo l'epidemia registrata a livello europeo nel 2011. Fra le malattie invasive batteriche, l'andamento delle infezioni da meningococco è complessivamente stabile in Europa. In aumento sono invece le forme invasive dovute all'*Haemophilus influenzae*.

Infine, è stato stimato che negli anni 2016-2017 si sarebbero verificate, negli ospedali per acuti dei Paesi dell'Unione Europea, Norvegia e Islanda, oltre 4,5 milioni di casi/anno di infezioni correlate all'assistenza con interessamento di 3,8 milioni di persone/anno. Secondo stime meno recenti le sei infezioni correlate all'assistenza più comuni (polmonite, sepsi, infezioni delle vie urinarie, infezioni del sito chirurgico, infezioni da *C. difficile*, sepsi neonatale) sarebbero state responsabili di oltre 90.000 decessi all'anno nel periodo 2011-2012. Nello stesso periodo 2016-2017 si sarebbero verificati nelle strutture residenziali per cronici 4,4 milioni di casi/anno di infezioni correlate all'assistenza. Il carico stimato totale in Europa per il periodo 2016-2017 è pari pertanto a 8,9 milioni di infezioni correlate all'assistenza/anno, più della metà delle quali ritenute prevenibili attraverso: miglioramento della sorveglianza, corretta igiene delle mani, misure di screening e isolamento, supporto dei laboratori, politiche di *antimicrobial stewardship*, informazione dei pazienti e dei familiari, formazione degli operatori.

Le notifiche di malattie infettive a San Marino, escludendo il COVID che verrà trattato in un capitolo a parte, sono indicate nella tabella seguente.

Malattia infettiva	2018	2019	2020	2021	2022
Altre infezioni da salmonella	8	10	1	2	3
Altre infezioni batteriche intestinali	1	1	0		
Infezioni virali intestinali	5	2	5	3	
Listeriosi	1	0	0		
Infezioni batteriche di sede non specificata	3	4	3		
Sifilide precoce	2	1	0		2
Infezione gonococcica	0	2	2		2
Altre malattie da Clamidio	67	61	26		
Varicella	24	91	11	36	36
Morbillo	0	12	0		
Rosolia	0	0	1		
Epatite virale A	0	0	0	0	1
Epatite acuta B	0	0	1	1	1
Malattia da cytomegalovirus	0	0	1		
Mononucleosi infettiva	2	7	2	5	2
Leishmaniosi cutanea secca				2	3
Malaria da Plasmodium falciparum				1	
Altre malattie da artropodi specificate				3	4
Altre malattie protozoarie classificate altrove	4	2	1		
Pediculosi	2	2	0		2
Scabbia	6	8	9	3	12
Altre infestazioni non classificate altrove	0	1	0		
Polmonite batterica non classificata altrove	0	1	0	1	
TOTALE	125	204	63	56	68

Si evidenzia che nel territorio sammarinese nel 2022 sono state notificate 68 malattie infettive, in leggero aumento rispetto al 2021. Si dovrà comunque valutare se vi è un'eventuale sottostima nelle modalità di notifica.

Nell'ultimo anno di riferimento non sono stati notificati nuovi casi di tubercolosi.

Si evidenzia, nel quinquennio preso in esame, la presenza di scabbia, focolai di varicella (con il picco di 91 casi raggiunto nel 2019) e di malattie sessualmente trasmesse (sifilide precoce, infezioni gonococciche e, soprattutto, infezioni da clamidie).

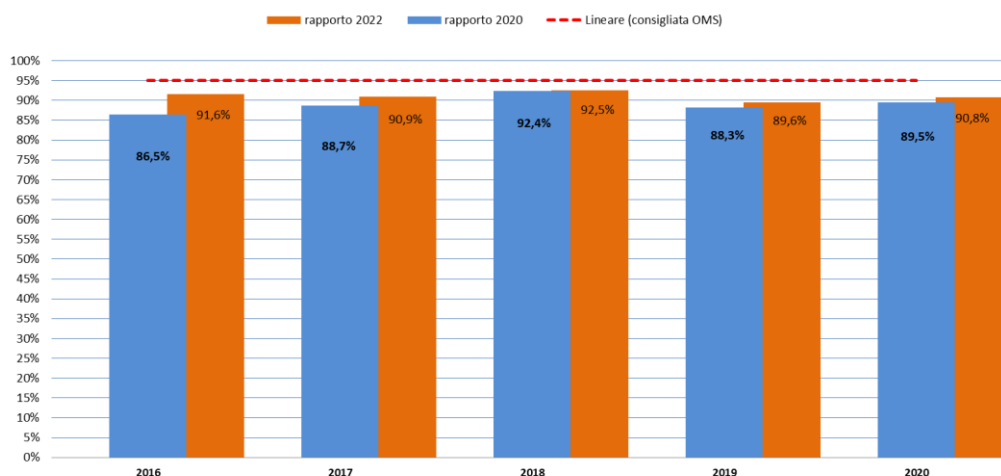
Nel 2022, dal Laboratorio analisi dell'ISS è stato registrato un nuovo caso di HIV.

I pazienti con epatite B seguiti dalla UOS di Endoscopia e Gastroenterologia dell'ISS nel 2021 sono stati 31, mentre per quanto riguarda l'epatite C, l'efficacia del trattamento dell'infezione con antivirali ha consentito di trattare con successo circa 51 pazienti (nel 2021 i pazienti ancora da trattare erano 17).

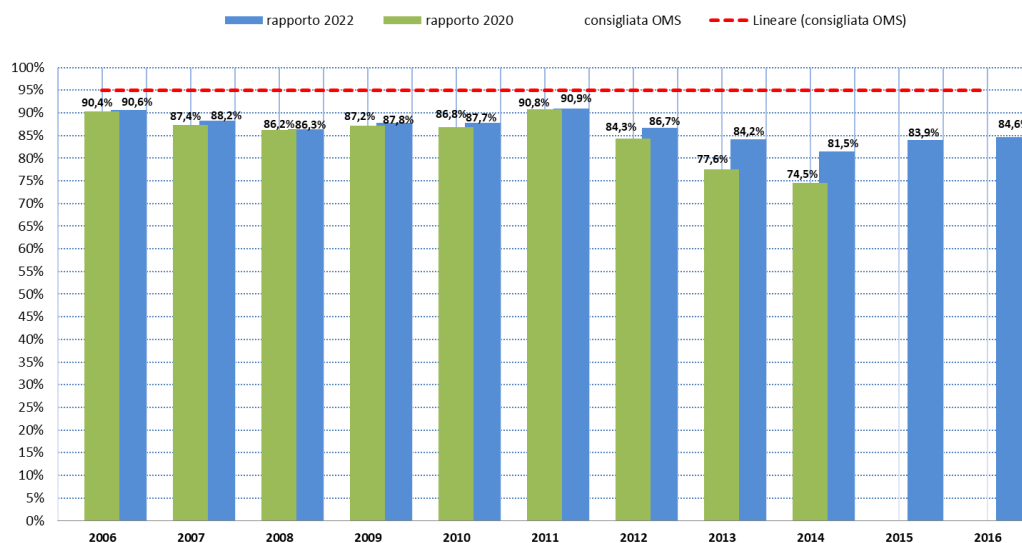
Per quanto riguarda le malattie infettive prevenibili con la vaccinazione, dai dati relativi alle VACCINAZIONI NELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO aggiornati al 2022, emerge quanto segue:

- I tassi di copertura di delle vaccinazioni per difterite, pertosse, tetano (DPT), epatite B, haemofilus influenzae tipo B e poliomielite del vaccino Esavalente - mediante vaccino inattivato per si mantiene alta, anche se non raggiunge lo standard previsto da OMS.

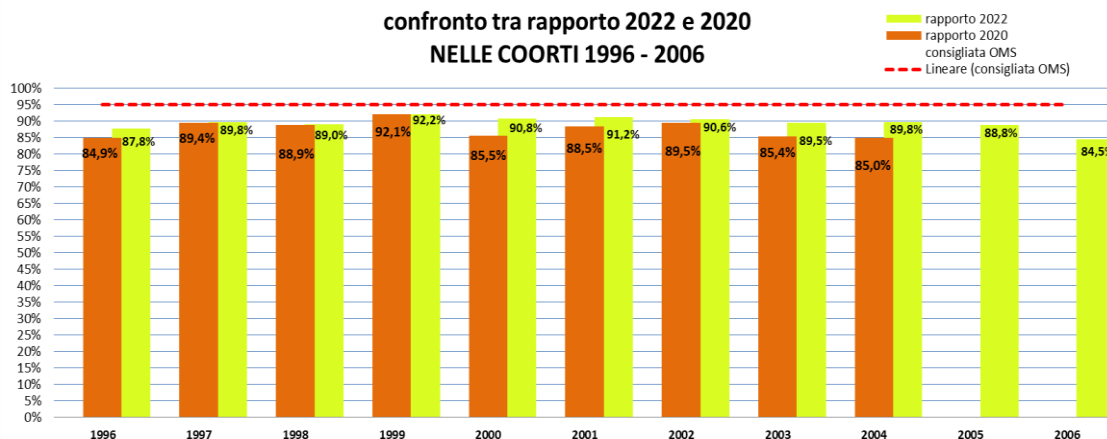
TASSI DI COPERTURA DPT3-POLIO3
confronto tra rapporto 2020 e 2022
NELLE COORTI 2016 - 2020



TASSI DI COPERTURA DPT/IPV 4° DOSE
confronto tra rapporto 2022 e 2020
NELLE COORTI 2006 - 2016

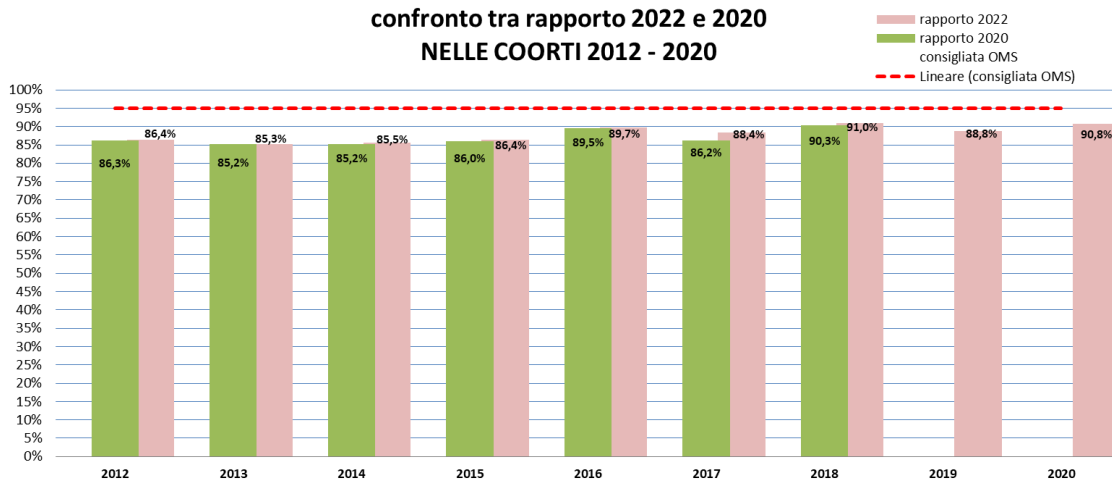


TASSI DI COPERTURA DIFTERIE PERTOSSE E TETANO - RICHIAMO
confronto tra rapporto 2022 e 2020
NELLE COORTI 1996 - 2006

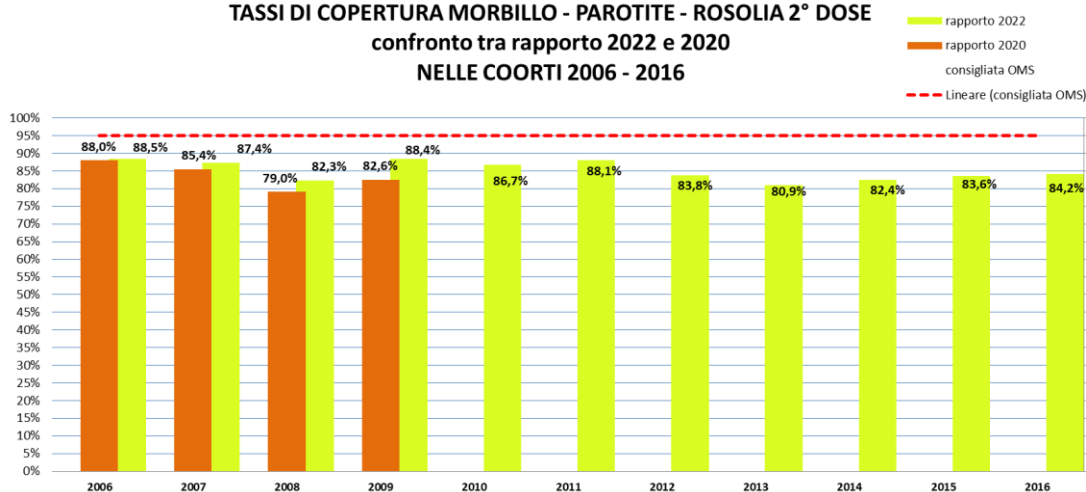


- I tassi di copertura di Morbillo, Parotite e Rosolia con vaccino trivalente sono alti, ma anche in questo caso non viene raggiunta la soglia del 95% della popolazione di riferimento raccomandata dall'OMS.

TASSI DI COPERTURA MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA 1° DOSE
confronto tra rapporto 2022 e 2020
NELLE COORTI 2012 - 2020

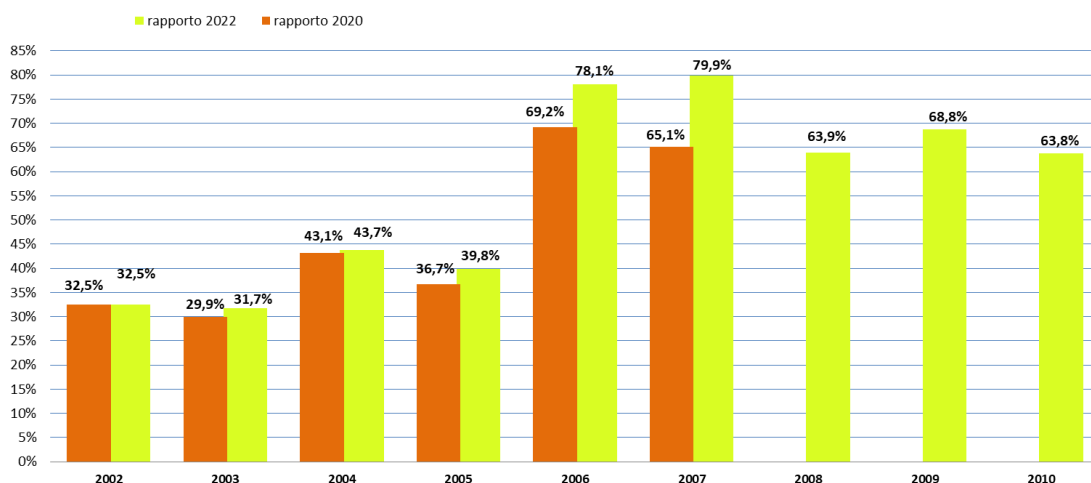


TASSI DI COPERTURA MORBILLO - PAROTITE - ROSOLIA 2° DOSE
confronto tra rapporto 2022 e 2020
NELLE COORTI 2006 - 2016



- La vaccinazione per il papilloma virus per la prevenzione del tumore della cervice uterina, offerta gratuitamente alle ragazzine prima del compimento del 12° anno fino al 14° anno di vita, si attesta al 63,9% per la coorte del 2009.

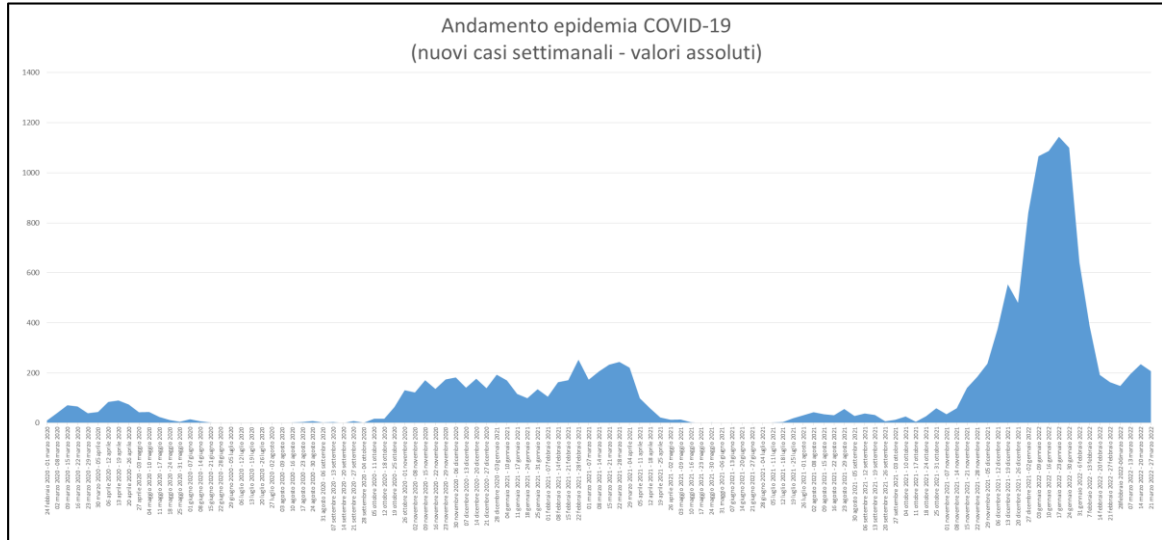
**TASSI DI COPERTURA NELLA POPOLAZIONE FEMMINILE PER PAPPILLOMAVIRUS
confronto tra rapporto 2022 e 2020
NELLE COORTI 2002 - 2010**



- La percentuale dei bambini nati nel 2020 che hanno eseguito l'Anti-meningococcica B (3 dosi) è pari al 43,09 %.
- La percentuale dei bambini nati nel 2020 che hanno eseguito tale vaccinazione Anti-meningococcica ACWY è pari al 27,19 %.
- Per quanto riguarda la varicella, la percentuale dei bambini nati nel 2020 che hanno eseguito tale vaccinazione è pari al 13,38 %.
- Nel corso dell'anno 2022 sono state eseguite nella Repubblica di San Marino 4.685 vaccinazioni antinfluenzali, con la seguente copertura:
 - o 44,7% della popolazione con oltre 65 anni
 - o 12,5% degli operatori sanitari
 - o 78% degli ospiti della RSA Il Casale La Fiorina.

La Pandemia COVID-19

L'epidemia di SARS-CoV-2, iniziata a San Marino con il primo caso diagnosticato il 29 febbraio 2020, ha fatto registrare tre ondate (si veda la Figura 1): la prima nel periodo marzo-maggio 2020 dovuta alla diffusione della variante originaria (B.1), la seconda nel periodo ottobre 2020-aprile 2021 dovuta prevalentemente al diffondersi della variante alfa (anche detta "inglese"); la terza, da luglio 2021 dovuta inizialmente alla variante delta, prevalente nel periodo luglio-novembre 2021 e poi progressivamente soppiantata dalla variante omicron a partire da dicembre 2021.



Analizzando nel dettaglio le ondate della pandemia emerge quanto segue.

La prima ondata della pandemia di Sars-CoV-2, originata in Cina (Wuhan), ha colpito duramente l'Europa e poi il resto del mondo a partire da gennaio/febbraio 2020. Misure di contenimento della diffusione del virus quali lockdown, distanziamento, norme igieniche e utilizzo di mascherine consentirono di ridurre al minimo la circolazione del virus all'arrivo della stagione estiva.

A San Marino la prima ondata della pandemia (periodo 29 febbraio 2020 - 27 giugno 2020) è stata drammatica ed è stata caratterizzata dalla difficoltà iniziale a reperire tamponi sufficienti per diagnosticare in tempo rapido i casi, dal numero di casi gravi con difficoltà respiratoria e la

necessità assistenza ospedaliera in area isolamento medico e in terapia intensiva che ha richiesto un importante sforzo di tutta l'organizzazione dell'ISS, dall'assenza di vaccini e di cure efficaci e da un aumento di mortalità per le conseguenze del COVID-19. Dal punto di vista epidemiologico è stata registrata una rapida crescita della curva, il picco di positivi attivi è stato raggiunto il 7 maggio 2020 con 475 casi, con una successiva progressiva riduzione dei casi anche grazie al "lockdown" imposto alla popolazione dalle autorità sanitarie con chiusura di attività economiche e possibilità uscite di casa solo per le attività essenziali, mantenendo sempre il distanziamento e utilizzando mascherine e norme igieniche anti-COVID.

I dati della prima ondata sono i seguenti:

- Totale tamponi effettuati: 5.741
- Positivi: 701
- Positivi gestiti solo a domicilio: 530
- Ricoverati in area isolamento COVID: 146
- Ricoverati COVID in terapia intensiva: 25
- Tasso ricovero: 20,8% (isolamento) e 3,6% (terapia intensiva)
- Deceduti con tampone positivo: 42
- Letalità: 6%
- Età media positivi: 51,66
- Età media deceduti: 79,27

Nella seconda ondata il virus originario è stato sostituito dalle varianti che provenivano da Sudafrica, Brasile e soprattutto dalla Gran Bretagna. La variante inglese del coronavirus, dotata di una trasmissibilità superiore del 37% rispetto ai ceppi originari, divenne rapidamente predominante provocando un forte incremento dei casi di contagio e di decesso. Nel tempo la variante Delta è stata sostituita dalla variante omicron

In Europa il picco dei casi della seconda ondata si registra nei mesi di novembre e dicembre 2020/gennaio 2021, quando prende il via la vaccinazione anti-COVID. Anche grazie all'avvio delle vaccinazioni si registra una riduzione nella circolazione della variante inglese (e dei casi e dei decessi), ma la copertura vaccinale nei primi mesi del 2021 è ancora troppo bassa per impedire lo sviluppo di una nuova variante, proveniente dall'India, denominata "Delta" che sosterrà la comparsa della terza ondata.

A San Marino, la seconda ondata è iniziata nei mesi estivi e si è sviluppata maggiormente a partire da ottobre 2020 fino a maggio 2021. Questa seconda fase ha avuto un andamento altalenante con picchi seguiti da discese repentine. A livello epidemiologico si evidenzia un picco il 1° aprile, con 535 casi attivi, seguiti in gran parte al domicilio dal COVID team territoriale. I primi di marzo è iniziata la vaccinazione di massa (con i vaccini Pfizer e Sputnik) e questo ha favorito la diminuzione dei casi attivi fino all'azzeramento dei contagi a fine maggio 2021.

I dati della seconda ondata sono i seguenti:

- Totale tamponi effettuati: 58.577
- Positivi: 4.335
- Positivi gestiti solo a domicilio: 3.970
- Ricoverati in area isolamento COVID: 276
- Ricoverati COVID in terapia intensiva: 89
- Tasso ricovero: 6,4% (isolamento) e 2,1% (terapia intensiva)
- Deceduti con tampone positivo: 48
- Letalità: 1,1%
- Età media positivi: 42,11
- Età media deceduti: 83,41

La terza ondata è caratterizzata inizialmente dalla prevalenza della variante Delta, che preoccupa per 2 caratteristiche: (1) un minore tempo di incubazione (quattro giorni in media dall'esposizione e non sei, come in passato) e quindi una replicazione più rapida; (2) una carica virale fino a 1.260 volte più elevata nelle persone contagiate dalla variante Delta rispetto a quelle colpite dal COVID-19 originario.

Un aspetto importante da sottolineare è che la variante Delta è ancora suscettibile all'azione del vaccino.

A San Marino la terza ondata è iniziata a luglio 2021. In parte dovuta al rallentamento delle misure restrittive e in gran parte dal diffondersi prima della "variante delta" e poi delle "varianti

omicron" del virus, questa ondata è caratterizzata da una maggiore contagiosità, soprattutto delle varianti omicron. Ha riguardato anche soggetti già vaccinati, anche se la maggioranza dei soggetti colpiti dal virus hanno avuto sintomi lievi e sono stati seguiti prevalentemente a domicilio.

I dati della terza ondata sono i seguenti:

- Totale tamponi effettuati: 97.375
- Positivi: 14.999
- Positivi gestiti solo a domicilio: 12.948
- Ricoverati in area isolamento COVID: 237
- Ricoverati COVID in terapia intensiva: 40
- Tasso ricovero: 1,6% (isolamento) e 0,3% (terapia intensiva)
- Deceduti con tampone positivo: 27
- Letalità: 0,2%
- Età media positivi: 41,11
- Età media deceduti: 81

Nella tabella seguente vengono messi a confronto le 3 ondate.

PERIODO	FEB 20 - GIU 20	OTT 20 -MAG 21	LUG 21 - LUG 22
Totale tamponi effettuati	5.741	58.577	97.375
Totale positivi	701	4.335	14.999
% positività sui tamponi	12,2%	7,4%	15,4%
Casi gestiti solo a domicilio	530	3.970	12.948
Ricoveri in isolamento	146	276	237
Tasso ricoveri in isolamento	20,8%	6,4%	1,6%
Ricoveri in terapia intensiva	25	89	40
Tasso ricoveri terapia intensiva	3,6%	2,1%	0,3%
Decessi	42	48	27
Letalità (%)	6,0%	1,1%	0,2%
Età media positivi	52	42	41
Età media deceduti	79	83	81

La prima ondata ha avuto una durata minore rispetto alle altre 2 ondate (4 mesi rispetto ai 7 mesi della seconda ondata e oltre 12 mesi per l'ultima epidemia).

La terza ondata ha avuto il numero maggiore di casi diagnosticati con tampone rispetto alle altre 2 (seconda ondata=58.577; terza ondata=5.741).

La percentuale dei positivi rispetto ai tamponi eseguiti è stata maggiore nella terza ondata (15,4%) e nella prima (12,2%) rispetto la seconda (7,4%).

La prima ondata è caratterizzata da un tasso elevato di ricoveri (20,8% per isolamento, 3,6% per terapia intensiva) e da un'alta letalità (6%) rispetto all'ultima (ricoveri in isolamento e terapia intensiva rispettivamente dell'1,6 e dello 0,3% e letalità allo 0,2).

L'età media dei positivi si è abbassata nell'ultima ondata (41 anni) mentre l'età media dei deceduti è più bassa nella prima ondata (79 anni).

Nelle tabelle seguenti l'incidenza settimanale suddivisa per fascia di età

Incidenza settimanale per fascia di età nel primo periodo (febbraio 2020 - giugno 2020)													
	età al tampone												Totale
	0-2	3-5	6-10	11-13	14-18	19-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-84	85+	
2020_08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	240	275	29
2020_09	-	-	-	-	-	-	27	72	129	243	519	183	115
2020_10	-	-	-	-	58	24	134	251	207	267	639	642	204
2020_11	-	-	-	-	-	47	187	197	258	267	439	367	189
2020_12	-	-	64	-	58	-	53	162	142	97	279	367	112
2020_13	-	-	191	-	58	190	187	90	103	122	120	367	126
2020_14	-	-	-	-	116	237	534	305	310	97	160	275	241
2020_15	-	-	191	181	174	308	240	395	245	267	240	183	258
2020_16	-	258	191	-	58	332	320	215	207	243	120	92	212
2020_17	-	-	-	181	116	285	107	72	142	73	200	-	123
2020_18	-	-	64	181	231	214	160	144	65	97	160	92	126
2020_19	-	129	128	-	-	-	134	90	103	24	80	-	69
2020_20	-	-	-	-	-	24	-	90	39	24	80	-	34
2020_21	-	-	-	-	-	47	27	-	26	-	-	-	14
2020_22	-	-	64	91	-	24	27	72	65	24	40	-	43
2020_23	-	-	-	-	-	95	-	36	13	-	-	-	20
2020_24	-	-	-	-	-	-	27	18	-	-	-	-	6
2020_25	-	-	-	-	58	-	-	-	-	-	-	-	3
2020_26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2020_27	-	-	-	-	-	-	27	-	-	-	-	-	3

Legenda	
1-100	
101-200	
201-300	
301+	

Incidenza settimanale per fascia di età nel secondo periodo (ottobre 2020 - maggio 2021)													
	età al tampone												Totale
	0-2	3-5	6-10	11-13	14-18	19-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-84	85+	
2020_40	-	129	-	91	174	24	134	72	13	-	40	-	49
2020_41	-	-	-	-	58	71	-	54	116	-	40	-	49
2020_42	-	129	383	635	116	237	134	305	103	122	80	92	184
2020_43	142	-	128	453	347	427	481	736	245	219	479	-	376
2020_44	-	-	191	725	868	308	507	323	388	219	240	92	350
2020_45	-	-	702	544	1.100	474	481	628	426	535	279	-	491
2020_46	142	258	383	272	810	356	294	628	323	437	160	183	390
2020_47	-	129	1.787	635	579	474	774	610	297	292	359	92	499
2020_48	284	258	1.659	181	347	522	694	574	401	437	399	550	525
2020_49	142	258	319	363	405	474	748	431	323	292	439	275	407
2020_50	284	258	511	363	463	949	507	574	504	243	439	183	508
2020_51	284	258	255	363	231	617	587	467	271	365	359	642	407
2020_52	142	129	319	181	1.042	522	961	628	517	340	758	-	554
2021_01	284	388	255	635	868	498	561	556	491	243	599	275	488
2021_02	284	-	255	363	637	356	454	341	168	170	758	458	333
2021_03	284	129	191	-	1.100	285	320	323	233	122	120	550	284
2021_04	-	517	574	363	810	285	614	485	297	194	240	458	387
2021_05	284	1.034	319	453	347	308	320	431	207	194	200	183	304
2021_06	568	388	2.425	181	289	285	641	520	323	170	399	367	468
2021_07	142	517	1.532	272	231	380	561	520	375	510	599	367	491
2021_08	426	517	447	997	1.215	641	587	1.184	426	948	719	183	726
2021_09	142	388	447	91	347	641	561	664	401	389	878	92	496
2021_10	284	517	383	725	521	759	614	682	504	583	719	367	594
2021_11	710	388	574	635	347	664	694	754	672	437	1.078	917	668
2021_12	426	258	383	725	1.042	1.020	828	808	607	462	519	825	700
2021_13	142	258	638	544	579	759	587	736	659	559	719	458	634
2021_14	-	258	255	272	174	356	267	341	284	267	240	367	284
2021_15	142	-	128	181	58	142	134	287	194	146	160	92	169
2021_16	-	129	-	-	347	47	-	72	78	24	40	92	63
2021_17	-	-	-	181	-	47	107	54	13	-	-	92	37
2021_18	-	129	-	-	-	47	134	36	52	-	-	-	40
2021_19	-	-	-	-	-	24	-	36	-	-	-	-	9
2021_20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2021_21	-	-	-	-	58	24	-	-	-	-	-	-	6
2021_22	-	-	-	-	58	-	-	-	-	-	-	-	3

Legenda	
1-200	
201-500	
501-700	
701-1000	
1000+	

Incidenza settimanale per fascia di età - terzo periodo (luglio 2021 - luglio 2022)													
	età al tampone												Totale
	0-2	3-5	6-10	11-13	14-18	19-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-84	85+	
2021_27	-	-	-	-	58	-	-	-	13	-	-	-	6
2021_28	-	-	-	-	-	47	-	36	-	-	-	-	11
2021_29	-	-	-	-	-	285	53	36	26	24	-	-	55
2021_30	-	129	-	-	58	332	107	36	103	-	40	-	89
2021_31	284	-	128	-	231	332	107	90	116	-	80	92	123
2021_32	-	-	-	91	58	190	80	162	52	97	120	183	100
2021_33	-	-	64	272	174	214	107	90	39	49	40	-	89
2021_34	142	258	-	-	58	522	53	197	181	24	80	-	161
2021_35	142	129	128	272	-	119	80	72	52	97	40	-	80
2021_36	142	129	191	91	116	142	214	54	78	97	-	275	109
2021_37	-	129	255	-	347	71	134	72	65	24	40	183	92
2021_38	-	258	-	-	-	-	27	36	13	24	-	-	20
2021_39	-	-	128	-	58	24	-	90	13	-	120	-	37
2021_40	142	-	191	-	58	47	80	54	65	49	120	275	75
2021_41	-	-	-	-	-	-	-	-	39	-	-	183	14
2021_42	142	-	128	91	116	24	187	18	52	73	200	-	77
2021_43	-	-	319	544	984	47	27	179	90	97	200	183	169
2021_44	-	-	64	544	405	-	53	126	65	97	120	-	100
2021_45	-	129	511	91	174	95	187	233	207	97	80	-	169
2021_46	426	-	1.787	272	289	332	561	503	245	340	200	-	402
2021_47	710	388	1.340	1.813	579	403	748	736	271	292	240	-	528
2021_48	142	1.034	1.595	3.173	521	498	587	897	388	437	639	183	680
2021_49	426	1.680	3.255	3.626	1.042	522	1.175	1.579	672	656	599	275	1.079
2021_50	1.705	2.972	2.170	2.901	1.042	1.400	2.457	2.082	969	851	1.836	1.100	1.589
2021_51	1.420	1.938	1.213	2.176	2.199	2.040	1.656	1.400	982	680	1.118	1.467	1.377
2021_52	1.989	1.809	2.106	2.811	3.472	4.057	3.017	3.320	1.576	1.094	1.836	550	2.410
2022_01	2.699	2.455	3.255	2.357	4.282	5.979	4.032	3.446	2.261	1.507	1.437	825	3.058
2022_02	4.545	2.196	5.999	4.352	3.877	3.677	3.925	3.715	2.765	1.628	1.437	275	3.118
2022_03	5.256	8.010	6.956	6.165	5.903	3.488	4.272	3.769	2.067	1.337	1.118	642	3.285
2022_04	4.119	8.398	8.679	9.066	5.208	2.372	4.299	3.607	1.809	1.191	758	917	3.156
2022_05	2.415	4.910	4.659	4.261	2.373	1.566	2.216	2.441	1.034	778	958	458	1.842
2022_06	2.131	1.938	2.489	1.995	1.273	807	1.362	1.615	607	632	998	92	1.110
2022_07	994	517	1.021	907	752	617	881	538	349	413	359	-	551
2022_08	568	258	830	363	463	498	481	556	439	413	319	275	468
2022_09	142	775	447	816	752	569	614	431	233	413	200	92	425
2022_10	568	1.034	638	1.179	1.042	569	935	700	310	316	279	92	562
2022_11	1.278	1.292	957	907	926	830	774	790	504	389	319	458	677
2022_12	426	775	1.021	725	174	641	774	700	465	632	479	825	614
2022_13	710	388	447	635	579	759	748	664	607	608	679	550	643
2022_14	568	775	1.021	453	637	403	988	808	827	802	1.118	550	780
2022_15	852	646	830	181	579	546	1.095	915	698	778	1.717	2.016	866
2022_16	710	517	638	363	694	688	774	987	633	656	918	733	732
2022_17	852	129	638	181	405	641	668	592	620	948	758	1.008	654
2022_18	568	258	383	907	463	474	374	718	543	292	599	367	508
2022_19	994	646	447	997	347	522	801	664	517	632	758	1.100	637
2022_20	142	-	383	181	347	403	320	431	349	340	559	92	356
2022_21	284	129	64	181	231	95	294	305	155	437	359	183	238
2022_22	142	-	255	181	116	285	240	305	233	243	279	367	247
2022_23	-	-	191	272	174	166	294	251	233	267	519	458	252
2022_24	710	775	255	272	752	712	587	664	568	729	639	183	608
2022_25	852	258	128	363	579	1.163	748	879	685	753	1.238	733	783
2022_26	426	646	447	816	752	1.566	2.136	1.418	1.072	1.361	1.956	275	1.300
2022_27	710	1.421	957	1.179	1.447	1.234	1.656	1.436	1.382	1.580	2.116	1.100	1.434
2022_28	710	517	1.085	1.541	1.215	1.779	2.109	1.274	1.331	1.434	1.557	1.467	1.452
2022_29	852	388	702	1.632	926	1.115	1.175	826	866	899	1.756	1.467	1.018

Legenda	
1-500	
501-1000	
1001-2000	
2001-5000	
5001+	

Si evidenzia che nella prima ondata sono state colpite maggiormente le fasce adulte, con particolare riguardo agli ultra ottantacinquenni ed in seguito alle fasce di età comprese fra i 19-60 anni. Nella seconda ondata il Covid-19 ha colpito anche le fasce di età comprese fra 6-18 anni. Nella terza ondata sono stati colpiti anche i bambini più piccoli, interessando quindi, in particolar modo le fasce di età ricomprese fra 0 e 18 anni e a seguire le fasce fra i 19 e 60 anni.

Nella tabella seguente vengono confrontati i decessi nel triennio 2020-2022 stratificati per sesso ed età.

Decessi per Covid-19 (o conseguenze Covid-19) per anno, sesso e classi di età	2020			2021			2022 * * agosto 2022			Periodo 2020-2022 (% sulla popolazione)		
	F	M	TOT	F	M	TOT	F	M	TOT	F	M	Totale
fino a 59 anni	0	2	2	0	2	2	0	1	1	0 (0%)	5 (0,04%)	5
60-69	1	6	7	0	3	3	1	0	1	2 (0,10%)	9 (0,45%)	11
70-79	2	12	14	2	10	12	1	5	6	5 (0,32%)	27 (1,88%)	32
80-89	10	20	30	10	12	22	4	5	9	24 (2,45%)	37 (5,25%)	61
90+	5	3	8	7	2	9	4	3	7	16 (6,18%)	8 (6,67%)	24
Totale	18	43	61	19	29	48	10	14	24	47 (0,28%)	86 (0,52%)	133 (0,40%)

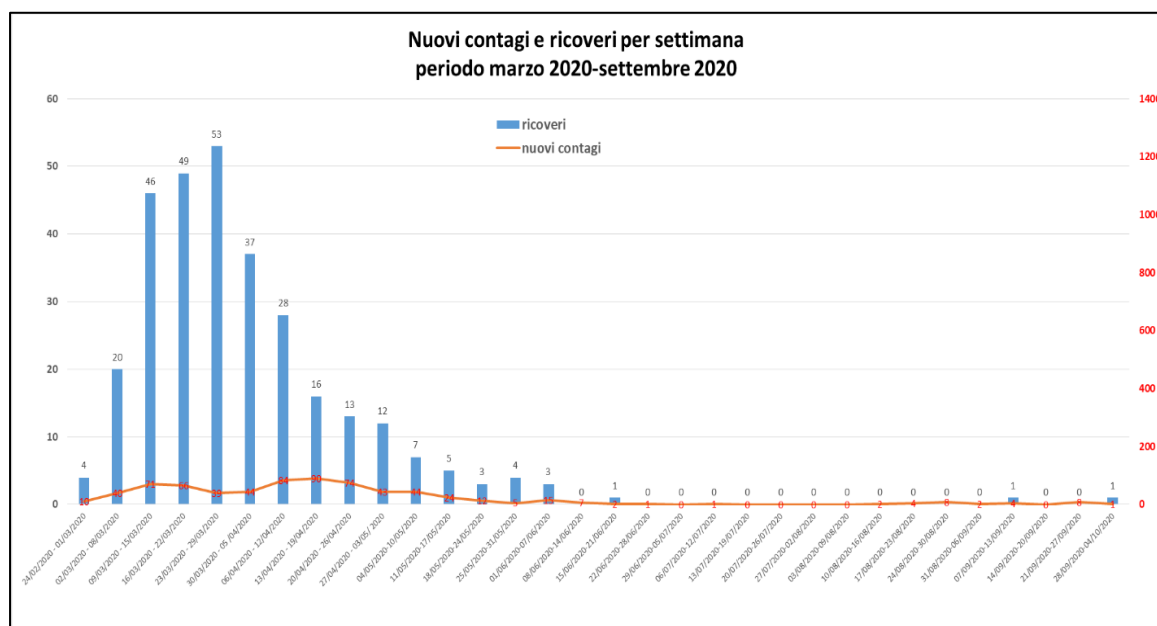
Si evidenzia che la mortalità per COVID -19 ha riguardato soprattutto la popolazioni anziana, con una percentuale di decessi maggiore per gli uomini.

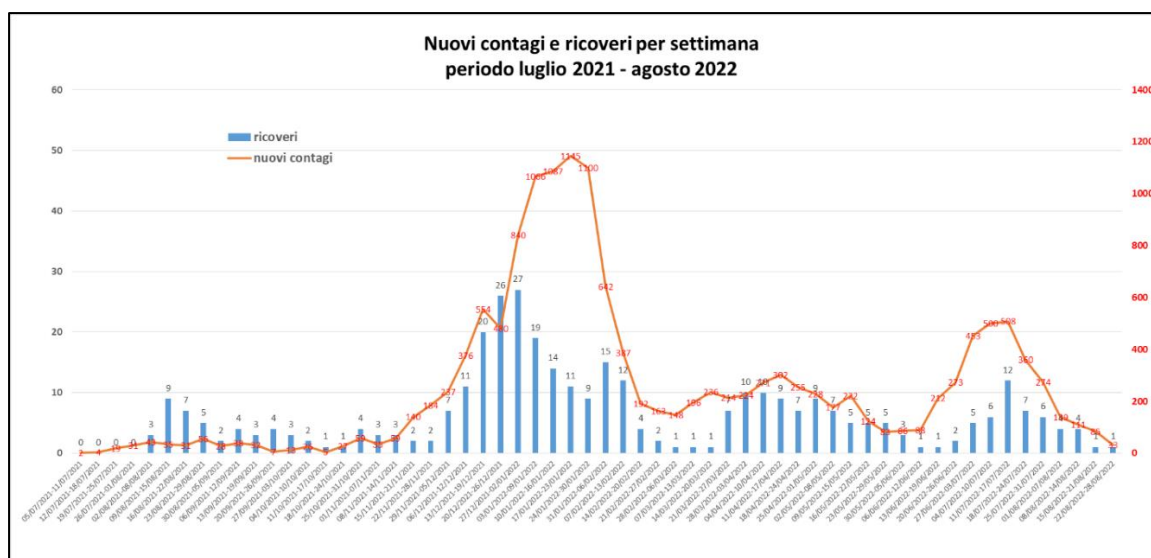
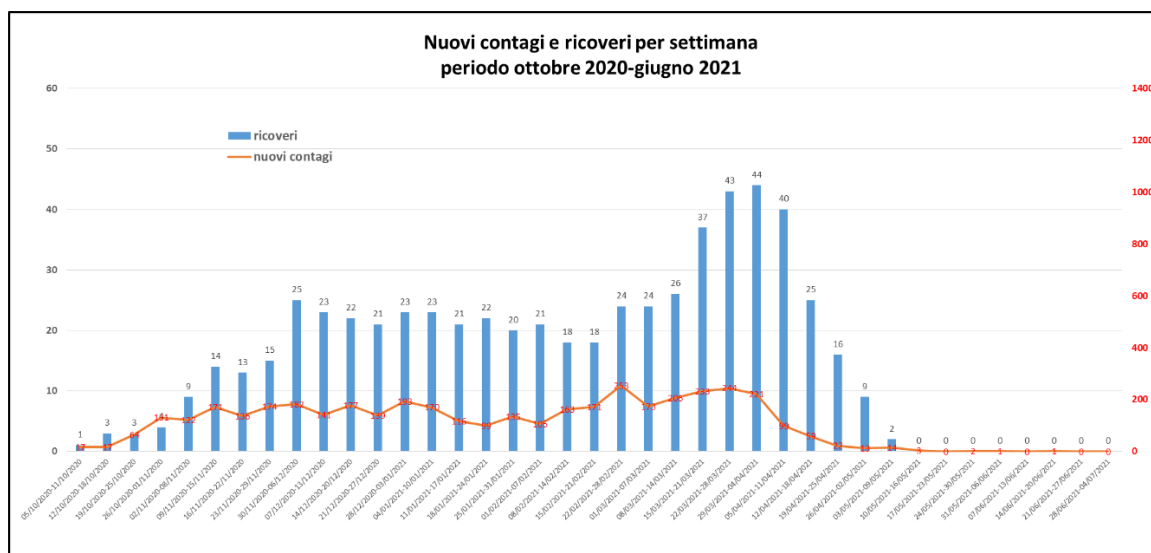
Nelle figure seguenti l'andamento dei ricoveri mostra come nella prima fase il picco massimo è stato di circa 53 ricoverati nella settimana 23-29 marzo 2020, nella seconda ondata il picco si è verificato nella settimana 29 marzo -4 aprile 2021 con 44 ricoveri, mentre nella terza ondata il picco si è verificato nella settimana 27 dicembre 2021 - 2 gennaio 2022 con 27 ricoveri.

Si evidenzia come nella prima ondata, a fronte di un numero minore di contagi rispetto alle altre ondate vi è stato un numero elevato di ricoveri che hanno assorbito molte risorse del nostro sistema sanitario. Il numero di ricoveri si è poi gradualmente ridotto a seguito del lockdown imposto dal 9 marzo 2020 fino al 5 maggio 2020.

Nella seconda ondata si osserva come il numero di ricoveri sia drasticamente calato a partire da aprile a seguito della vaccinazione di massa contro il covid-19.

Nella terza ondata si osserva l'efficacia del vaccino nel contenere i ricoveri anche a fronte di un elevato numero di contagi.





L'analisi di seguito descritta, rappresenta una fotografia dell'attività vaccinale anti-COVID -19 svolta sul territorio sammarinese dal 14/03/2021 al 8/05/2022.

A San Marino, nel periodo di riferimento, sono state somministrate 69.553 dosi, di cui 23.779 prime dosi (34,19%) e 23.261 seconde dosi (33,44%), 2.729 dosi uniche (3,92%) e 19.784 dosi booster (28,44%).

Complessivamente il 57,47% delle somministrazioni è stato effettuato con vaccino Sputnik V e il 42,53% con Pfizer.

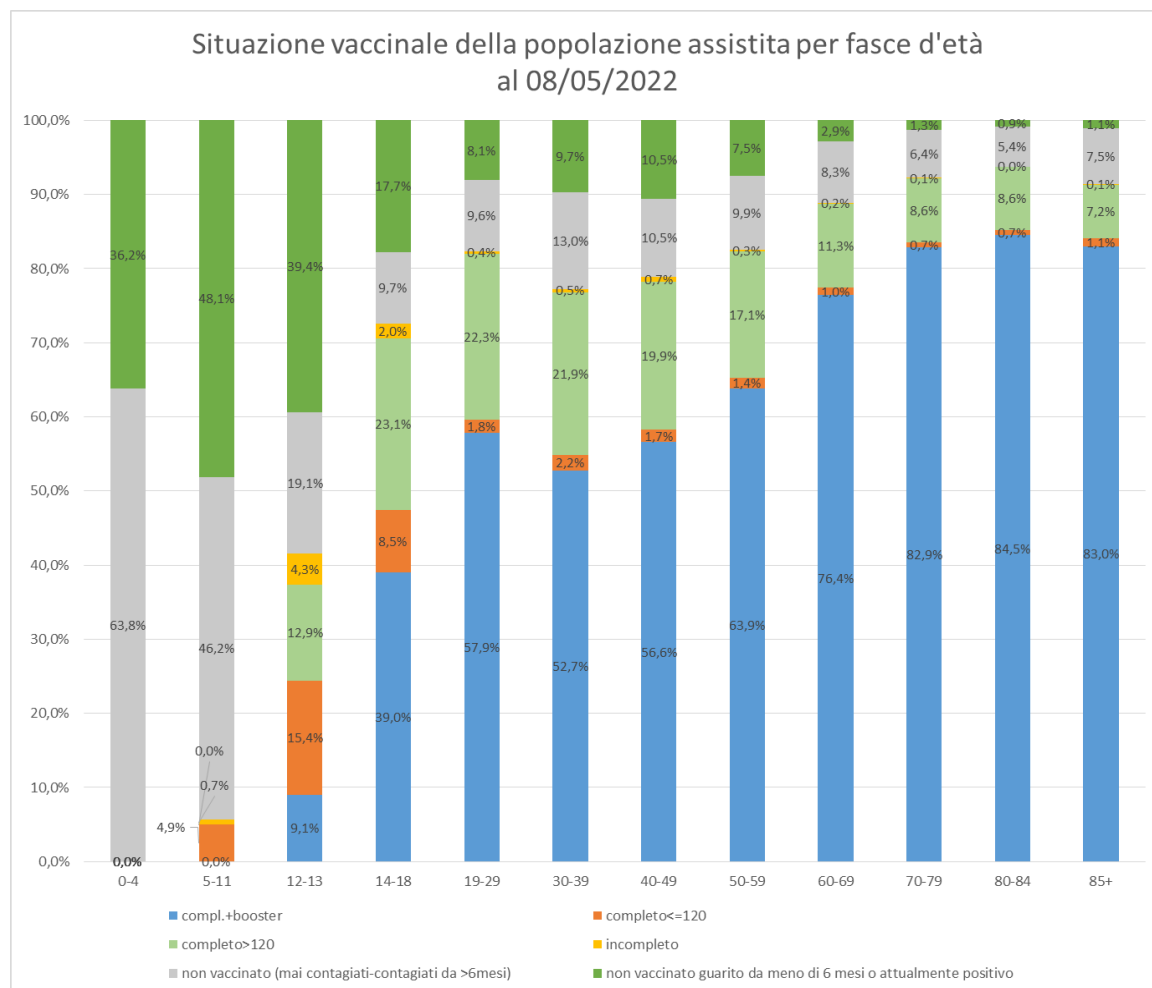
SOMMINISTRAZIONE DOSI A SAN MARINO	Pfizer	Pfizer Pediatrico	Sputnik	Totale	% Pfizer	% Pfizer Pediatrico	% Sputnik	Totale %
Prime dosi	4.668	132	18.979	23.779	6,71%	0,19%	27,29%	34,19%
Seconde dosi	4.466	116	18.679	23.261	6,42%	0,17%	26,86%	33,44%
Dosi uniche	1.426	4	1.299	2.729	2,05%	0,01%	1,87%	3,92%
Booster	18.767	1	1016	19.784	26,98%	0,00%	1,46%	28,44%
Totale	29.327	253	39.973	69.553	42,16%	0,36%	57,47%	100%

Sono state effettuate 1.186 dosi fuori territorio, soprattutto per motivi di lavoro.

SOMMINISTRAZIONE DOSI TERRITORIO SAMMARINESE	Pfizer	Pfizer Pediatrico	Sputnik	Johnson & Johnson	Moderna	Astrazeneca	Sinopharm	Totale
Prime dosi	334	1	7		91	36	6	475
Seconde dosi	336		5		57	34	5	437
Dosi uniche	18		3	11	104	1		137
Booster	136						1	137
Totale	824	1	15	11	252	71	12	1.186

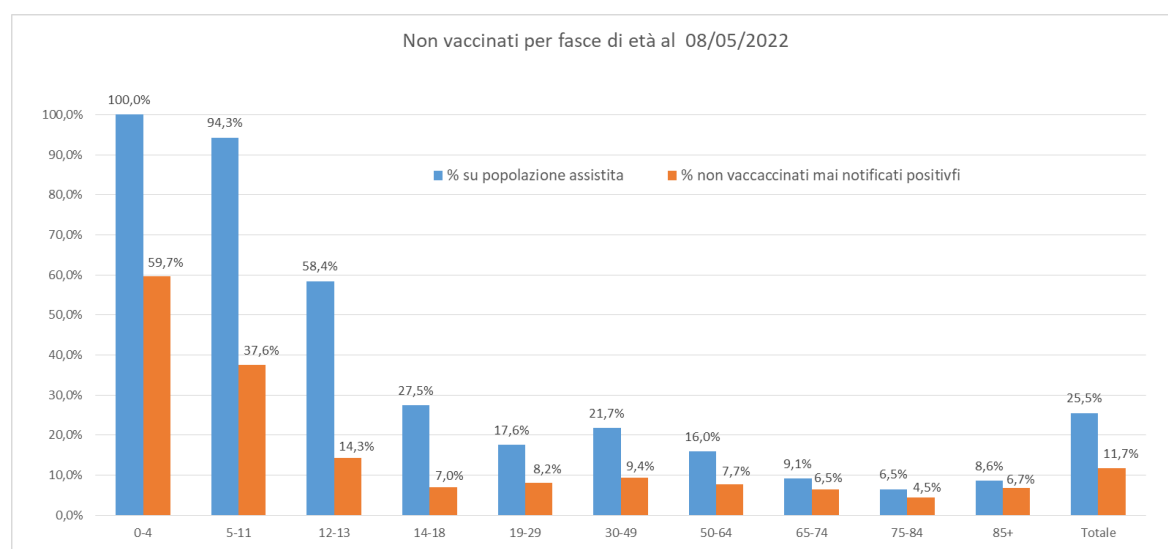
La percentuale di coloro che hanno eseguito una vaccinazione completa (2 dosi o dose unica) si attesta al 74,5 (84% degli over 12), con una copertura del richiamo (terza dose-booster) pari al 63,6% degli over 12.

Nelle fasce over 70 anni si registra una copertura vaccinale molto elevata, superiore al 90%, mentre nelle fasce di popolazione 0-18 anni la copertura è più bassa e si registra una percentuale relativamente elevata di contagi avvenuti entro gli ultimi 6 mesi.

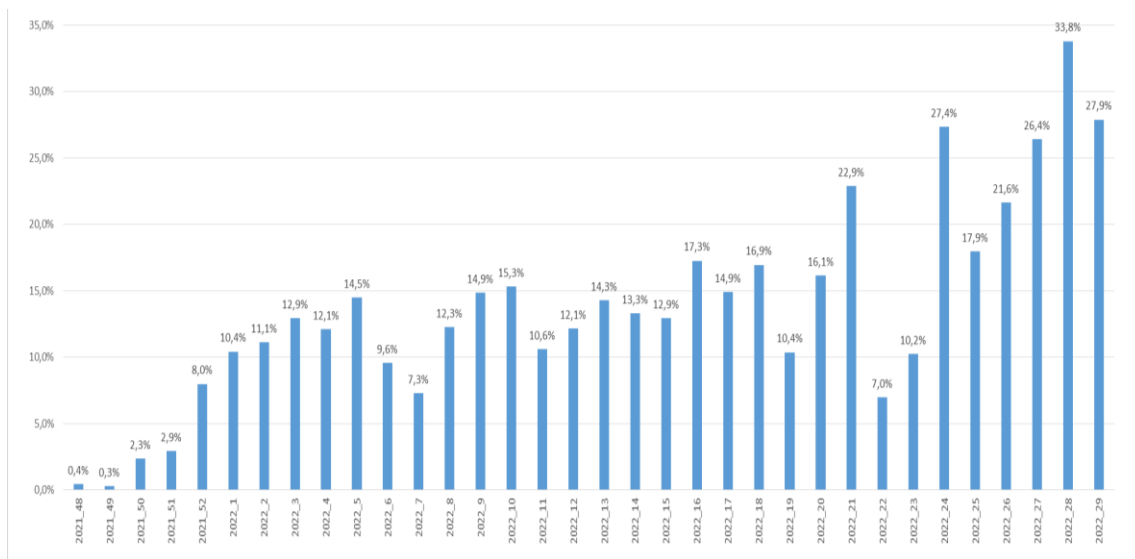


Il numero totale dei non vaccinati all'8/5/2022 ammonta a 8.911, pari al 25,5% della popolazione assistita. La percentuale dei non vaccinati mai notificati come casi di COVID-19 è pari all'11,7% della popolazione assistita e rappresenta il 45,7 della popolazione non vaccinata.

Classi d'età	Assistiti non vaccinati	Popolazione assistita	% su popolazione assistita	Assistiti non vaccinati mai risultati positivi	% non vaccinati mai notificati positivi	Non vaccinati già positizzati	% su non vaccinati già positizzati	Assistiti non vaccinati vaccinabili	% su non vaccinati vaccinabili
0-4	1.212	1.212	100,0%	724	59,7%	488	40,3%	-	0,0%
5-11	2.154	2.284	94,3%	858	39,8%	1.296	60,2%	1.055	49,0%
12-13	426	729	58,4%	104	24,4%	322	75,6%	139	32,6%
14-18	472	1.719	27,5%	121	25,6%	351	74,4%	167	35,4%
19-29	675	3.828	17,6%	312	46,2%	363	53,8%	366	54,2%
30-49	1.983	9.124	21,7%	856	43,2%	1.127	56,8%	1.052	53,1%
50-64	1.398	8.753	16,0%	670	47,9%	728	52,1%	841	60,2%
65-74	336	3.677	9,1%	239	71,1%	97	28,9%	269	80,1%
75-84	162	2.487	6,5%	112	69,1%	50	30,9%	135	83,3%
85+	93	1.083	8,6%	73	78,5%	20	21,5%	81	87,1%
Totale	8.911	34.896	25,5%	4.069	45,7%	4.842	54,3%	3.525	39,6%

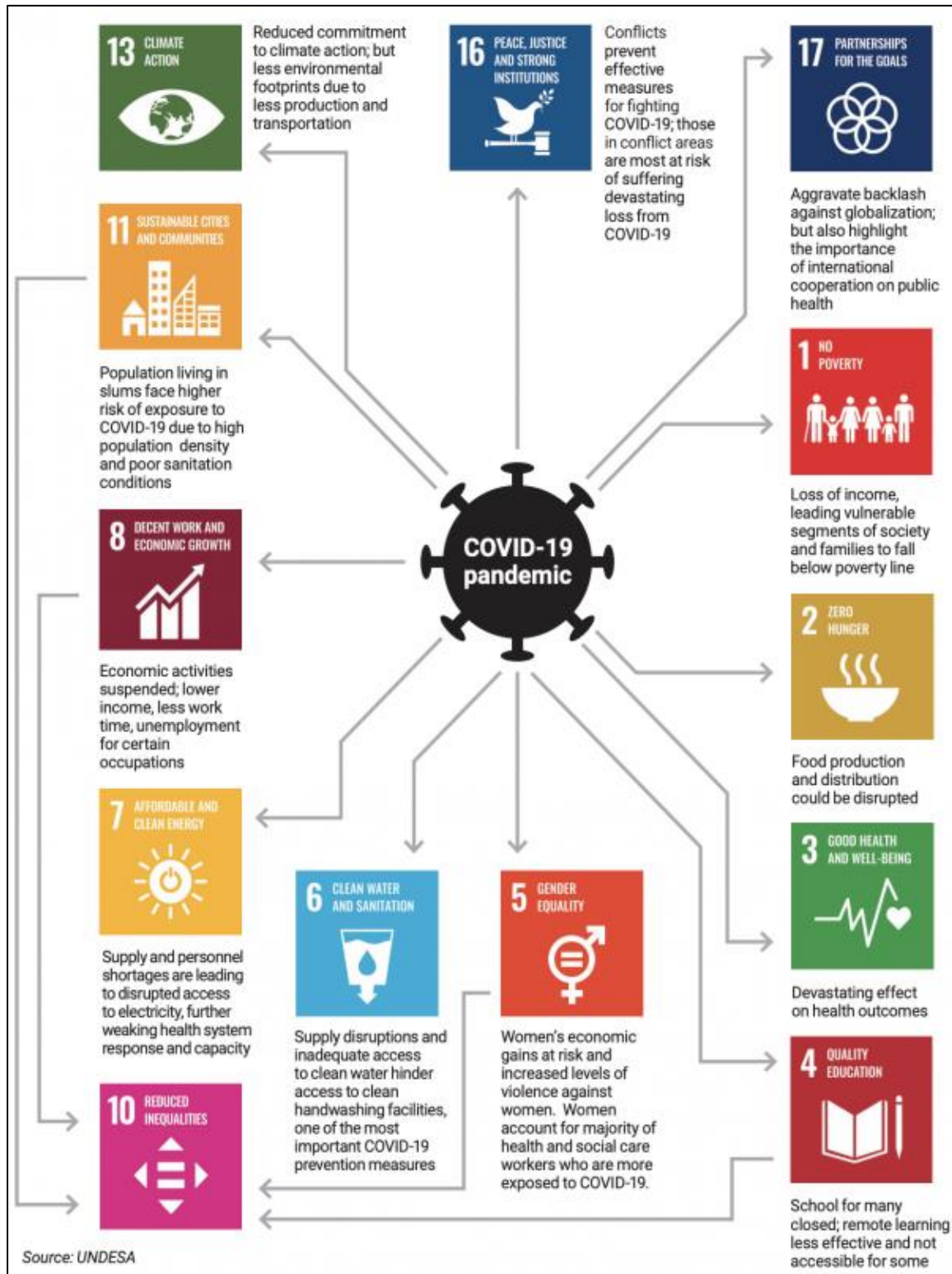


Si evidenzia che il fenomeno delle reinfezioni, iniziato verso fine dicembre 2021, è aumentato nel tempo, fino a raggiungere la percentuale più alta nella settimana 11-17 luglio 2022 (33,8% dei nuovi casi).



Sarà importante valutare nel tempo l'impatto del COVID-19 sugli obiettivi per lo sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 dell'ONU.

Dalle valutazioni effettuate a livello generale e globale emerge quanto segue (vedi figura seguente).



In Italia l'impatto del COVID sugli SDG è stato valutato dall'Alleanza italiana Sviluppo Sostenibile (ASviS), Dall'analisi emerge quanto segue:

- Goal 1 (Porre fine ad ogni forma di povertà nel mondo): Nonostante l'intervento economico del Governo italiano a sostegno delle imprese e dei lavoratori, è ipotizzabile un aumento della povertà in tutte le sue dimensioni. L'interruzione forzata delle attività produttive (ad eccezione di quelle essenziali) e l'aumento dell'incertezza porteranno alla chiusura di imprese e alla perdita di posti di lavoro, riducendo i redditi e aumentando complessivamente il livello di povertà.
- Goal 2 (Porre fine alla fame, raggiungere la sicurezza alimentare, migliorare la nutrizione e promuovere un'agricoltura sostenibile): Per questo Goal si possono evidenziare l'andamento del settore agricolo e i comportamenti alimentari. Gli indicatori relativi alla produzione agricola dovrebbero rimanere sostanzialmente invariati, in quanto tale settore è tra quelli individuati come essenziali per il Paese. Non appare possibile, invece, prevedere l'andamento degli indicatori strettamente legati a comportamenti personali, ad esclusione di quello sulla buona alimentazione, atteso in peggioramento in quanto la riduzione delle disponibilità economiche potrebbe riflettersi anche sulla qualità del cibo consumato.
- Goal 3 (Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età): Si ipotizza una diminuzione della mortalità e lesività degli incidenti stradali, dovuta alla drastica riduzione del traffico veicolare imposto durante la crisi. Nonostante l'aumento della mortalità dovuto alla pandemia, non si prevede alcun peggioramento dei tassi di mortalità complessivi in quanto, in base ai dati ad oggi disponibili, il numero e la distribuzione per età della mortalità da Covid-19 non dovrebbe influenzare in modo accentuato gli indicatori usati per il calcolo dell'indice composito. Non si ritiene possibile, invece, prevedere l'andamento in media annua di indicatori strettamente legati a comportamenti personali in termini di salute, quali fumo, alcol e attività fisica.
- Goal 4 (Assicurare un'istruzione di qualità, equa ed inclusiva, e promuovere opportunità di apprendimento permanente per tutti): La chiusura delle scuole per un periodo prolungato dovrebbe avere ricadute negative sulla capacità di insegnamento del sistema scolastico e, di conseguenza, sul livello di competenza degli studenti. Non dovrebbero esserci effetti significativi, invece, sul numero di persone che conseguono il diploma e la laurea, mentre l'interruzione delle attività produttive determinerà una minore attività di formazione dei lavoratori. Non si ritiene possibile, infine, prevedere l'andamento dell'uscita precoce (abbandono) dal sistema scolastico sul quale incidono più fattori, tra loro contrastanti.
- Goal 5 (Raggiungere l'uguaglianza di genere e l'empowerment di tutte le donne e le ragazze): In relazione alla parità di genere, si valuta che l'emergenza sanitaria non avrà effetti sulla presenza femminile nelle istituzioni e sui ruoli decisionali svolti dalle donne nelle imprese. Più difficili sono, invece, le valutazioni relative all'evoluzione del mercato del lavoro. In particolare, si ritiene che le donne con figli in età prescolare saranno più colpite dalla crisi rispetto a quelle senza, a causa della più fragile condizione in cui versano, mentre non si è in grado di valutare l'effetto complessivo della crisi sul rapporto tra tasso di occupazione femminile e maschile a causa delle tendenze contrapposte legate alla composizione del valore aggiunto per settore, all'impatto differenziale della crisi sul lavoro dipendente e autonomo, ecc.
- Goal 6 (Garantire a tutti la disponibilità e la gestione sostenibile dell'acqua e delle strutture igienicosanitarie): Rispetto ai consumi e ai comportamenti delle famiglie relativamente alla risorsa idrica e all'efficienza delle reti idriche, essendo comportamenti e valutazioni di tipo principalmente strutturale, si valuta che la situazione attuale non abbia sostanziali effetti sugli stessi.
- Goal 7 (Assicurare a tutti l'accesso a sistemi di energia economici, affidabili, sostenibili e moderni): Si stima un aumento della quota di energie rinnovabili sia sul consumo finale che sul consumo primario di energia, dovuto alla diminuzione dei consumi energetici primari e finali, più che a una maggiore produzione di energia da fonti rinnovabili. Impossibile è, invece, valutare la direzione dell'efficienza energetica, in quanto si stima una diminuzione sia del PIL sia del consumo primario di energia, senza poter individuare quale dei due abbia l'intensità maggiore.
- Goal 8 (Incentivare una crescita economica duratura, inclusiva e sostenibile, un'occupazione piena e produttiva e un lavoro dignitoso per tutti): Sui temi del lavoro dignitoso e della crescita economica gli effetti dell'emergenza sanitaria dovrebbero incidere in misura

particolarmente negativa nel complesso e su tutti i singoli indicatori. Il blocco prolungato di gran parte delle attività economiche porterà a un calo del Pil, dell'occupazione e a un contemporaneo aumento della disoccupazione, della quota di part-time involontario e dei NEET. Anche per la produttività del lavoro si ipotizza una diminuzione a causa della minore efficienza delle condizioni di lavoro dovute alle limitazioni imposte dal Governo per contenere l'epidemia.

- Goal 9 (Costruire una infrastruttura resiliente e promuovere l'innovazione e una industrializzazione equa, responsabile e sostenibile): Per imprese, innovazioni e infrastrutture, a fronte di una complessiva diminuzione del valore aggiunto causato dallo stop delle attività economiche, si prevede che la quota del valore aggiunto dell'industria manifatturiera sul totale dell'economia possa aumentare, dal momento che il settore sembra essere, relativamente, uno dei meno colpiti dal blocco delle attività economiche (rispetto, ad esempio, alle imprese dei settori turismo e commercio e servizi alle imprese). Si prevede una diminuzione nell'utilizzo dei mezzi pubblici, sia per le limitazioni alla circolazione, sia perché nella successiva fase di ritorno alla normalità è possibile che si preferirà viaggiare con mezzi propri per prudenza/paura. È atteso, infine, un peggioramento dell'intensità emissiva del valore aggiunto, dovuta al fatto che le industrie che continueranno a produrre sono quelle più energivore e con un quoziente emissivo più alto. Rispetto al settore della ricerca non si ritiene possibile stimare un effetto nel 2020, se non per la quota di ricercatori, che aumenterà a causa del licenziamento delle altre figure professionali. Una conseguenza delle restrizioni introdotte dovrebbe essere un aumento della richiesta di connessioni a banda larga e dell'utilizzo di Internet, dovuto alla maggiore attenzione al tema dell'accesso alla rete da parte sia dei privati sia delle imprese.
- Goal 10 (Ridurre l'ineguaglianza all'interno di e fra le Nazioni): Anche per il tema disuguaglianze, si valuta un peggioramento complessivo, che riguarderà in maniera particolare le fasce più deboli della popolazione, come quella degli stranieri. Ipotesi avvalorata dall'analisi dei trend sulla distribuzione dei redditi e sul livello di disuguaglianza economica della popolazione osservati durante la precedente crisi, a partire dal 2008.
- Goal 11 (Rendere la città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili): Si prevede che la diminuzione dell'inquinamento urbano dovuto al blocco delle attività economiche e alle restrizioni alla circolazione delle persone, pur in un limitato arco temporale, sia tale da determinare una diminuzione nei dati medi del 2020. Non si prevedono, invece, sostanziali cambiamenti per indicatori strutturali quali l'abusivismo edilizio, la disponibilità di verde urbano e i posti km offerti dal tpl. Non si ritengono valutabili, infine, gli effetti sulla raccolta differenziata e sui rifiuti conferiti in discarica a causa della difficoltà nel definire, ex ante, la diversa incidenza delle varie componenti che intervengono nella misurazione di questi indicatori.
- Goal 12 (Garantire modelli sostenibili di produzione e di consumo): Per il comportamento di Consumi e produzione responsabile è particolarmente difficile avanzare delle ipotesi, viste le diverse componenti che lo determinano. Si valuta una complessiva riduzione del consumo delle risorse dovuto al calo delle attività produttive e una crescita del consumo di materia rispetto al PIL, in base alla ipotesi, già precedentemente esplicitata (Goal 9), che sono rimaste attive le industrie con il tasso di consumo materiale più ampio. Non si ritiene di avanzare ipotesi sugli effetti dell'emergenza sulla raccolta differenziata e sui rifiuti conferiti in discarica, per la difficoltà di definire l'incidenza delle varie componenti che li determinano.
- Goal 13 (Adottare misure urgenti per combattere il cambiamento climatico e le sue conseguenze): L'interruzione delle attività produttive prevista dal Governo per affrontare l'emergenza sanitaria porterà a un generale miglioramento di tutti gli indicatori connessi al cambiamento climatico. In particolare, si assisterà a una forte riduzione delle emissioni di CO₂.
- Goal 14 (Conservare e utilizzare in modo durevole gli oceani, i mari e le risorse marine per uno sviluppo sostenibile): Non si prevede che la crisi abbia un impatto significativo su questo tema, visto che le attività di pesca sono ritenute essenziali e non dovrebbero subire significative variazioni. Lo stesso si può dire per le aree marine protette.
- Goal 15 (Proteggere, ripristinare e favorire un uso sostenibile dell'ecosistema terrestre, gestire sostenibilmente le foreste, contrastare la desertificazione, arrestare e far retrocedere il degrado del terreno, e fermare la perdita di diversità biologica): Il blocco della circolazione e delle attività produttive potrebbe avere effetti benefici sulla biodiversità nel 2020, mentre

non si prevede nessun impatto su indicatori strutturali quali la copertura e la frammentazione del suolo.

- Goal 16 (Promuovere società pacifiche e più inclusive per uno sviluppo sostenibile, offrire l'accesso alla giustizia per tutti e creare organismi efficienti, responsabili e inclusivi a tutti i livelli): Si prevede, per il 2020, un miglioramento degli indicatori relativi al numero dei crimini dovuto alle limitazioni imposte alla libertà di circolazione, anche se, nel precedente periodo di crisi, l'aumento della povertà è stato associato, con qualche ritardo, all'aumento di comportamenti criminali. Le misure per il contenimento del contagio, rallentando i lavori dei tribunali, dovrebbero comportare un prolungamento dei tempi giudiziari dei procedimenti civili e penali. Infine, sembra già manifestarsi un aumento della fiducia dei cittadini nelle forze dell'ordine.
- Goal 17 (Rafforzare il partenariato mondiale e i mezzi di attuazione per lo sviluppo sostenibile): Non si prevede alcun effetto della crisi sulla dimensione relativa alla cooperazione internazionale, poiché i fondi per l'Aiuto Pubblico allo Sviluppo per il 2020 sono già stati stanziati e si ritiene improbabile una loro ricollocazione durante questo periodo di emergenza.

Sarà opportuno monitorare nel tempo se e in che modo anche a San Marino il COVID-19 e le azioni intraprese per contrastarlo (decreti legislativi d'urgenza, riorganizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, lockdown e coprifuoco, interventi sulla scuola inclusa la didattica a distanza) abbiano inciso sugli indicatori del profilo di salute e sul raggiungimento degli SDGs.

LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Le malattie cardiovascolari (MCV), che comprendono le malattie ischemiche del cuore e le malattie cerebrovascolari, costituiscono uno dei più importanti problemi di salute pubblica a livello globale e nazionale, in quanto risultano essere ancora fra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Inoltre queste malattie sono per la gran parte prevenibili attraverso l'adozione di stili di vita sani (es. corretta alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigaretta) che contribuiscono, fin dalla giovane età, a contrastare i principali fattori di rischio cardiovascolare quali l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, l'iperglicemia e l'obesità.

Nel mondo le MCV sono quasi raddoppiate, passando da 271 milioni nel 1990 a 523 milioni nel 2019, mentre il numero di morti è aumentato in modo costante da 12,1 milioni nel 1990 a 18,6 milioni nel 2019. Anche le tendenze globali per DALY sono aumentate in modo significativo.

In Europa oltre 80 milioni di persone sono affette da MCV (il 48% uomini e il 52% donne) e tali patologie sono responsabili di 3,9 milioni di decessi annui (45% di tutte le cause di morte). Le malattie cardiovascolari sono responsabili della perdita di più di 64 milioni di DALYs (23% di tutti persi).

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la prima causa di morte, con circa 220 mila ogni anno, mentre si evidenzia una riduzione generale del tasso di prevalenza delle malattie cardiovascolari, che si è ridotta per entrambi i sessi, e nel 2017 si è attestata al 7,4% per la popolazione di sesso maschile (-0,6 punti percentuali rispetto al 1990) e al 5,1% per la popolazione di sesso femminile (-1,1 punti percentuali rispetto al 1990). Il numero di casi totali invece è aumentato del 22,4%, passando da 5,8 milioni di casi nel 1990 a circa 7,5 milioni nel 2017. Le MCV rappresentano la causa più frequente di ricovero ospedaliero in Italia, pari a quasi 900.000 ricoveri in regime ordinario (14,3% del totale).

A San Marino, come già evidenziato, le malattie cardiovascolari nell'anno 2022 rappresentano la prima causa di morte.

I morti per queste patologie nel periodo 2004-2022 sono state 1.740, è rappresentano il 37,53% dei decessi totali nel periodo di riferimento. Nel 2022 i morti per malattie dell'sistema cardiovascolare sono stati 79, in riduzione rispetto ai due anni precedenti (95 nel 2021 e 103 nel 2020).

Nel 2022 i pazienti dimessi con diagnosi principale di malattia cardiovascolare presso l'Ospedale di Stato sono stati 368 (il 10,2 % di tutte le diagnosi di dimissione), in aumento rispetto all'anno precedente (334 ricoveri, il 9,9% di tutte le dimissioni).

Il dato dei ricoveri in Ospedale di Stato per motivi cardiologici esprime la risposta del sistema alle problematiche croniche, alle loro riacutizzazioni e alla gestione post-intervento avvenuto in strutture fuori territorio, mentre l'attività fuori territorio esprime la gestione delle sindromi coronariche acute e dei ricoveri per procedure complesse come l'emodinamica strutturale (trattamento percutaneo della valvulopatia aortica - TAVI) e coronarica (intervento coronarico percutaneo - PCI), l'elettrofisiologia (ablazioni e impianto di pace-maker e defibrillatori) e di cardiocirurgia (interventi sulle valvole cardiache e by-pass).

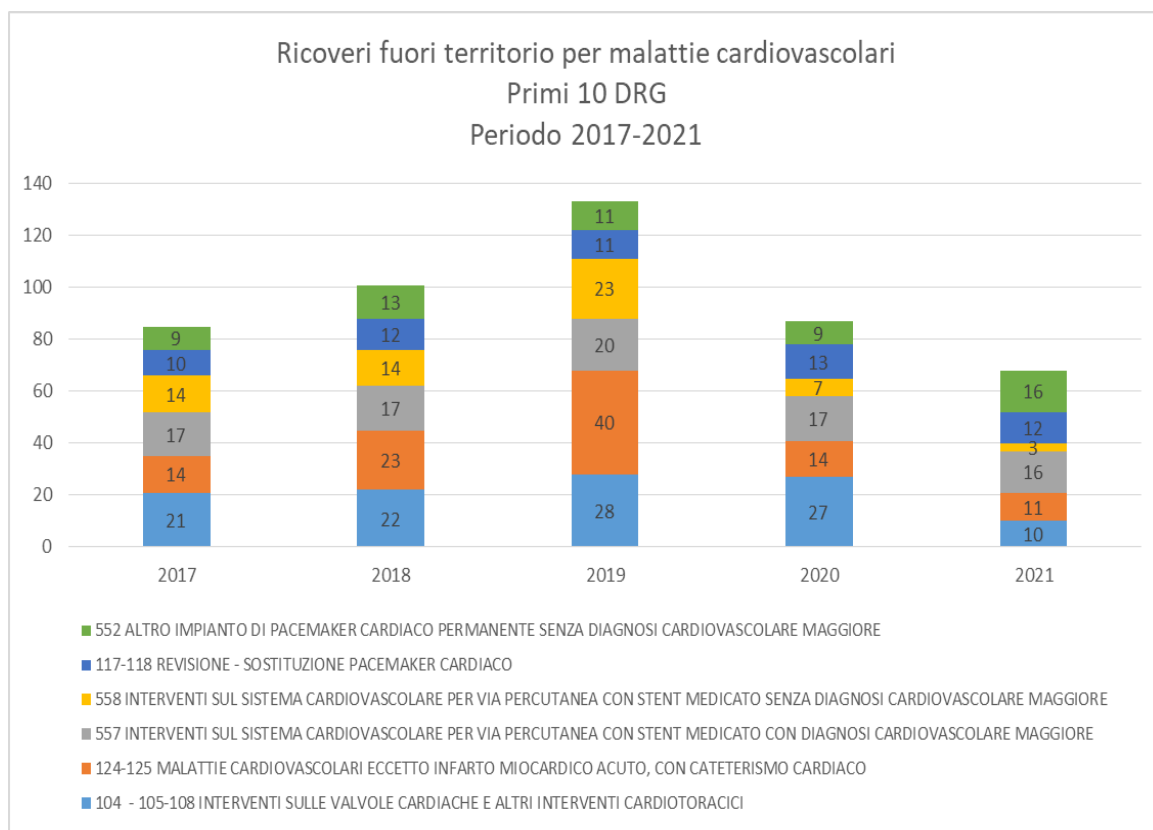
Utilizzando il sistema DRG²³ e analizzando l'MDC n. 5 (Categoria diagnostica principale n. 5 relativa alle malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio) emerge quanto segue:

- Le cause di ricovero di tipo cardiologico presso l'Ospedale di Stato sono state prevalentemente attribuite ai DRG 127 - Insufficienza cardiaca (89 casi pari al 27,2% dell'MDC 5), 141 e 142 - Sincope e Collasso (51 casi pari al 15,6%), 138 e 139 - Aritmia E Alterazioni Della Conduzione Cardiaca (40 casi pari al 12,2). I DRG con codice 122 - Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori dimessi vivi - sono stati 11, pari al 3,4 della stessa Categoria Diagnostica principale.
- I ricoveri fuori territorio effettuati dal 2017 al 2021 sono in media 156 all'anno (2017=150 ricoveri; 2018=170; 2019=189; 2020=143; 2021=130). Tali ricoveri riguardano maggiormente i DRG104-105-108 (Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi

²³ Il sistema DRG è un raggruppamento omogeneo di diagnosi (Diagnosis Related Group, DRG), che permette di classificare tutti i malati dimessi da un ospedale in gruppi omogenei in base alle risorse impegnate per la loro cura.

Il sistema prevede un livello superiore di raggruppamento basato su un criterio di rilevanza clinica (anatomico o eziologico): in base alla diagnosi principale riportata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera viene assegnata la categoria MDC (Categoria Diagnostica Principale); successivamente, viene attribuito uno specifico DRG fra quelli appartenenti alla MDC selezionata.

cardioracici) e il DRG 557 (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore), come evidenziato nella tabella seguente.



Nel 2022 sono stati registrate 117 dimissioni per malattie cerebrovascolari (il 3, 2 % di tutte le dimissioni), in aumento rispetto al 2021 (78 ricoveri, pari al 2,2 % di tutte le dimissioni). Si riportano di seguito i nuovi casi per tipologia di evento cerebrovascolare seguiti dalla UOS Neurologia per tipologia nel periodo 2017-2022.

Tipologia di evento cerebrovascolare	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aterotrombotico	17	15	12	13	12	10
Cardioembolico	18	10	16	18	17	17
Emorragico	9	9	9	11	3	3
Emorragia subaracnoidea (ESA)	2	1	2	0	0	3
Attacco ischemico Transitorio (TIA)	10	3	18	13	10	3
TOTALE	56	38	57	55	42	36
<i>DECESSI a 90 gg</i>	7	6	10	13	9	9
<i>DISABILITA' GRAVE</i>	8	9	8	15	6	6

Si evidenzia che nel 2022 sono stati registrati dal Servizio di Neurologia 36 nuovi casi, in calo rispetto al 2021 (42 nuovi casi), con 9 decessi a 90 giorni e 6 disabilità gravi.

I TUMORI

La lotta ai tumori rappresenta un'importante sfida nei confronti di una patologia che richiede interventi multidisciplinari e azioni indirizzate sui seguenti aspetti: 1) prevenzione; 2) individuazione precoce; 3) diagnosi e trattamento; 4) qualità della vita dei pazienti oncologici e dei sopravvissuti alla malattia.

Nel 2018, nel mondo, sono stati diagnosticati oltre 18 milioni di casi di tumore. In Europa, sempre nel 2018, si sono verificati 3,9 milioni di nuovi casi di cancro e 1,9 milioni di decessi. La metà dei casi è rappresentata da quattro tipi di tumore: seno (523 mila nuovi casi, il 13% del totale), colon-retto (500 mila, 13%), prostata (470 mila, 12%) e polmoni (450 mila, 12%). Per quanto riguarda la mortalità, nel 2018, il 20% dei decessi per cancro era dovuto al tumore dei polmoni (388.000 morti), il 13% al colon-retto (242.000 morti) e il 7% al seno (138.000 morti). Per gli uomini si osserva una predominanza di tumori alla prostata nei Paesi occidentali e ai polmoni in quelli orientali, mentre per le donne il cancro al seno rappresenta il principale tumore in tutto il continente.

In Italia la casistica rispecchia il quadro europeo. Complessivamente, ogni giorno circa 1.000 persone hanno una nuova diagnosi di tumore maligno. Le 5 neoplasie più frequenti, nel 2019, nella popolazione sono quelle della mammella (53.500 nuovi casi), colon-retto (49.000), polmone (42.500), prostata (37.000) e vescica (29.700). Escludendo i tumori della cute (non melanomi), negli uomini prevale il tumore della prostata che rappresenta il 19% di tutti i tumori diagnosticati; seguono il tumore del polmone (15%), il tumore del colon-retto (14%), della vescica (12%) e dello stomaco (4%). Tra le donne il tumore della mammella rappresenta il 30% delle neoplasie femminili, seguito da colon-retto (12%), polmone (12%), tiroide (5%) e corpo dell'utero (5%).






A San Marino, sulla base dei dati disponibili, emerge quanto segue:

- I tumori rappresentano la seconda causa di morte dopo le malattie cardio-circolatorie. Nel periodo 2004-2022 le neoplasie rappresentano il 31,26% di tutti i decessi.
- Nel 2022 i pazienti dimessi da ricovero ordinario con diagnosi principale di tumore sono stati 306 (8,5 % delle diagnosi di dimissione). I ricoveri ordinari per tumore nel 2022 suddivisi per sesso ed età sono così distribuiti:
 - 157 maschi (51,3%) e 149 donne (48,7%);
 - Ricoveri per fascia età e sesso (vedi tabella seguente)

Fasce d'età	M	F	M + F
≤ 35	3	11	14
36 – 55	20	46	66
56 – 75	87	63	150
> 75	47	29	76
TOTALE	157	149	306

- I ricoveri in Day Hospital (DH) nel 2022 sono stati 322 (198 F, 124 M).

Per quanto riguarda i principali tumori, dal confronto fra i quinquenni 2009-2013 e 2014-18, si riportano i dati nelle tabelle seguenti, suddivisi per donne e uomini.

Donne			
	PERIODI		
Le principali neoplasie	2009-2013	2014-2018	Tendenza
Mammella	25,9%	31,9%	
Colon-retto	11,7%	9,6%	
Tiroide	6,3%	3,2%	
Stomaco	5,8%	3,9%	
Cervice uterina	5,8%	2,1%	

Uomini			
	PERIODI		
Le principali neoplasie	2009-2013	2014-2018	Tendenza
Prostata	24%	18,1%	↓
Colon-retto	14,5%	9,9%	↓
Tiroide	9%	5,5%	↓
Stomaco	7,5%	12,4%	↑
Cervice uterina	7,1%	4,7%	↓

La principale neoplasia che colpisce le donne è il tumore della mammella, con una tendenza in aumento nel periodo 2014-2018, mentre nell'uomo è il tumore della prostata, anche se in riduzione, mentre si osserva un aumento del tumore dello stomaco, che diventa il secondo tumore più frequente fra i maschi.

I programmi di screening

A San Marino sono attivi gli screening del tumore del collo dell'utero, del tumore della mammella e del tumore del colon-retto.

Screening del tumore della mammella

E' attivo dal 1993, viene effettuato presso il Servizio di Radiologia dell'ISS attraverso l'esecuzione della mammografia e si rivolge alle donne di età compresa tra i 40 e 74 anni (in passato lo screening comprendeva anche la fascia di età 35-40 anni).

Nella fascia di età che va dai 40 ai 70 anni il richiamo per la mammografia è annuale mentre, dai 71 ai 74 anni il controllo è biennale.

I risultati dello screening sono riepilogati nella tabella seguente.

Screening tumore della mammella	2018	2019	2020	2021	2022
Inviti (n.)	8.343	8.244	4.792	7.864	6.735
Mammografie eseguite (n.)	6.087	6.272	3.816	6.106	5.103
Adesione (%)	72,96%	76,08%	79,76%	77,64%	77,77%
Neoplasie diagnosticate (n.)	27	49	30	39	58

Screening del tumore del collo dell'utero

E' stato attivato sperimentalmente nel 1968 come screening spontaneo per diventare poi screening organizzato con chiamata attiva. Viene effettuato presso il Centro Salute Donna dell'ISS attraverso un Pap-test o HPV-test. La popolazione target è costituita da due distinte fasce di età:

- Per le donne di età compresa fra i 25 e 29 anni il test primario è il Pap-test
- Per le donne di età compresa fra i 30 e 64 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

I risultati dello screening sono riepilogati nella tabella seguente.

Screening tumore del collo dell'utero	2018	2019	2020	2021	2022
Inviti (n.)	2.447	2.273	1.828	2.822	3.300
Test eseguiti (n.)	2.090	2.232	1.520	2.252	3.025
Adesione (%)	85,41 %	98,20 %	83,15 %	79,80 %	92%
Lesioni precancerose CIN2-CIN3 (n.)	13	22	8	19	12
Neoplasie diagnosticate	3	4	0	0	0

Screening del tumore del colon-retto

E' attivo dal 2008 e si rivolge a donne e uomini di età compresa tra i 50 e i 75 anni, gestito dalla UOC Medicina Interna – UOS Endoscopia e Gastroenterologia, con invio al domicilio del kit per la raccolta del materiale da analizzare da parte del Laboratorio analisi dell'Ospedale.

Ai pazienti con sangue occulto nelle feci (SOF) 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.

I risultati dello screening sono riepilogati nella tabella seguente.

Screening tumore del colon-retto	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020	2021-2022
Inviti (n.)	9.229	6.095	10.581	8.220	10.090
Test eseguiti (n.)	5.764	4.712	6.328	4.795	6.793
Adesione (%)	62,5 %	77,3 %	59,8 %	58,3%	67,3%
Paziente con esito positivo (SOF)	327	286	388	244	315
% positivi su test eseguiti	5,7%	6,1%	6,1%	5,1%	4,6%
Pazienti pos. SOF che hanno eseguito la colonscopia	259	227	328	205	273
Pazienti con esito positivo a colonscopia	204	145	218	154	205
% colonscopie positive su quelle effettuate	78,8%	63,9%	66,5%	75,1%	75,1%

LE MALATTIE RESPIRATORIE

Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte dopo malattie cardiovascolari e i tumori. La loro incidenza è in continuo aumento anche a causa di fattori quali fumo, inquinamento atmosferico e progressivo invecchiamento della popolazione.

Tra le malattie respiratorie la Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una delle patologie più diffuse ed è attualmente la quarta causa di morte nel mondo. Nel 2010 sono stati stimati 384 milioni di casi di BPCO con una prevalenza globale dell'11,7%.

In Europa soffre di BPCO dal 4 al 10% della popolazione adulta.

In Italia la BPCO colpisce il 5,6% degli adulti (circa 3,5 milioni di persone) ed è responsabile del 55% dei decessi per malattie respiratorie, con un tasso grezzo di ospedalizzazione per BPCO dell'1,94 per mille, per un totale di 109.674 ricoveri ordinari e 3.394 in day hospital che corrispondono ad oltre un milione di giornate di degenza ospedaliera. Inoltre i pazienti con BPCO riacutizzata hanno un tasso di mortalità a 30 giorni del 9,8% mentre le riammissioni ospedaliere a 30 giorni del 13,45%, per un totale di 73.222 ricoveri (Programma Nazionale Esiti – 2017).

A San Marino, i decessi per malattie respiratorie nel periodo 2004-2022 sono stati 377, pari all'8,13% di tutti i decessi. Nel 2022 i decessi per malattie respiratorie sono stati 29, pari all'11% dei morti, dato che si mantiene relativamente costante negli anni.

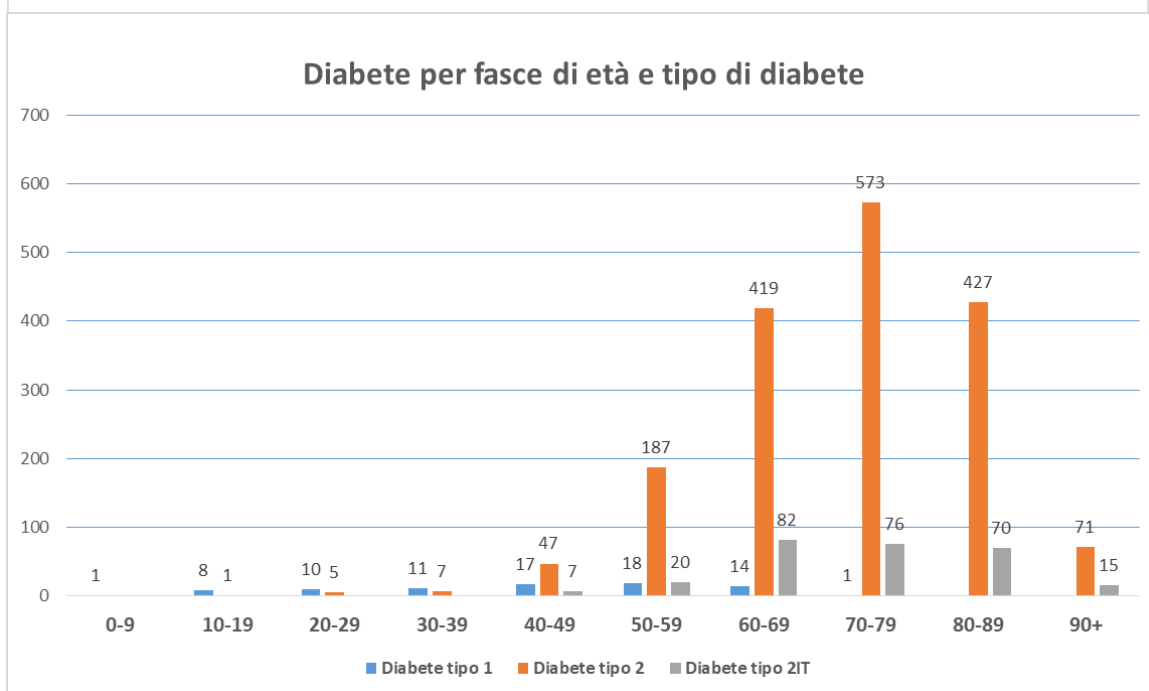
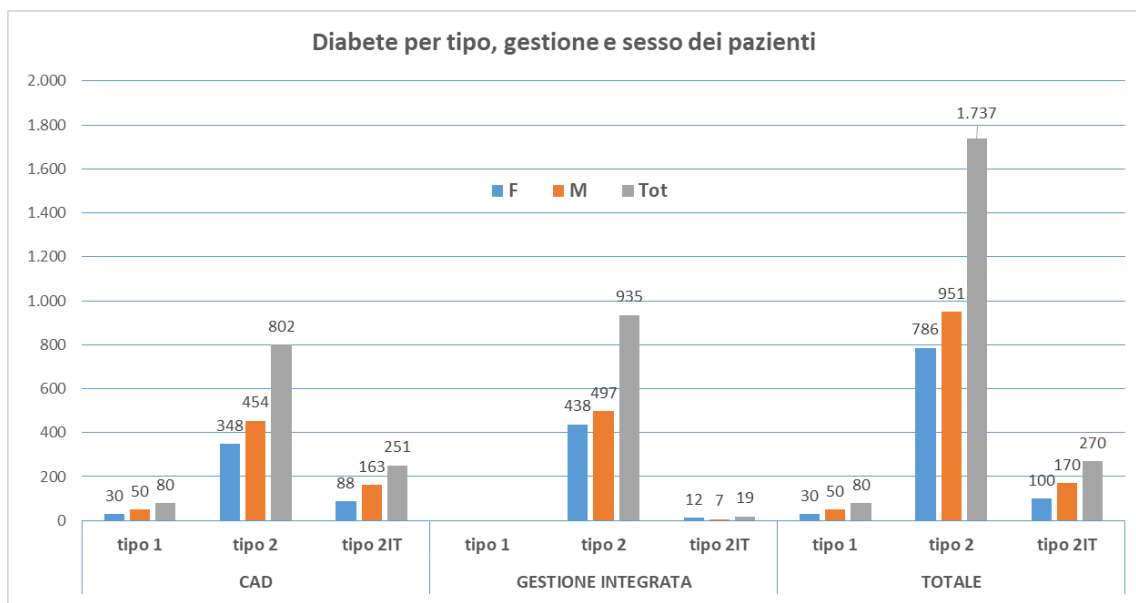
I ricoveri per malattie respiratorie presso l'Ospedale di Stato nel 2022 sono stati 538, pari al 14,9 % di tutti i ricoveri, in calo rispetto al 2021 (602 ricoveri pari al 17,3% di tutte le dimissioni). Da un'indagine effettuata nel 2019, la prevalenza della BPCO rilevata con spirometria al 31/3/2019 a San Marino è circa l'1% della popolazione, di cui 220 ex-fumatori, 91 fumatori e 26 non fumatori. I maschi rappresentano il 62% e le femmine il 38% dei pazienti con BPCO.

IL DIABETE

Il diabete è una malattia a larghissima diffusione a livello globale con un elevato impatto sociale che questa patologia ha sia sui sistemi sanitari nazionali sia sulle persone e sui loro familiari. Nel mondo si stima che le persone ammalate di diabete siano 463 milioni con una prevalenza del 9,3%. In Italia si stima che i diabetici siano circa 3 milioni 400 mila, pari al 5,7% della popolazione.

A San Marino i diabetici seguiti dal Servizio di Diabetologia dell'ISS sono 2.245, pari al 6,7% della popolazione. Nel 2021 sono stati diagnosticati 110 nuovi casi di diabete (0,33% della popolazione).

Nei grafici seguenti vengono rappresentati i diabetici per tipo di diabete (tipo 1, tipo 2 tipo 2 Insulino-Trattato), fascia di età, sesso e tipo di gestione.



Si osserva che il diabete di tipo 1 è più frequente nelle fasce giovanili, mentre il diabete di tipo 2 è più frequente nelle fasce di età adulta.

Nei casi in gestione integrata, che assicurano una gestione territoriale, i diabetici di tipo 2 sono 955, mentre gli insulino-trattati (IT) sono 19.

CELIACHIA

La celiachia, malattia cronica causata dalla reazione immunitaria al glutine delle persone geneticamente predisposte, è diffusa in tutto il mondo. Nonostante sia una malattia ampiamente sotto diagnosticata, i dati sulla sua prevalenza sono aumentati significativamente negli ultimi venti anni sia per il miglioramento degli strumenti diagnostici sia per una maggiore tendenza a sottoporre a screening le persone considerate a rischio.

Globalmente la prevalenza della celiachia è dell'1%, con ampie variazioni locali. Nel 2019 in Italia i celiaci risultano essere 225.418 con più di 11.000 diagnosi effettuate nell'anno.

A San Marino nel 2023 i celiaci sono 293, pari allo 0,8 % della popolazione.

Ogni anno vengono diagnosticati in media 13 nuovi casi.

LA SALUTE MATERNO-INFANTILE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi di salute prioritari a livello mondiale.

Si riportano di seguito i dati sulla salute materno-infantile²⁴ in Europa e in Italia:

- Nel 2015 in Europa la mortalità fetale e la natimortalità sono diminuiti rispettivamente del 5% e del 10% rispetto al 2010. In Italia la natimortalità risulta pari al 2,4 ogni 1.000 nati, senza variazioni rispetto al 2010, e la mortalità neonatale pari a 2,2 per 1.000.
- L'Italia ha un tasso di mortalità infantile di 2,75 per 1.000, da anni tra i più bassi in Europa. Nonostante il generale miglioramento di questo indicatore nel breve periodo, a livello europeo si manifesta una forte eterogeneità (dal 2 al 7,6 e 6,6 morti ogni 1.000 nati vivi).
- In Europa la percentuale di nati vivi con età gestazionale inferiore a 37 settimane compiute (nati pretermine) varia dal 5.3% al 10.4%, mentre in Italia è pari al 7.4%.
- Il tasso di gravidanze plurime (gemellari o più) varia da 9 a 20 per 1.000 donne in Europa, mentre in Italia è pari al 15.7 per 1.000. Fattori come età materna avanzata e il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita possono in parte spiegare questa variabilità.
- La mortalità materna europea risulta essere pari al 9,7 per 100.000 nati vivi, mentre in Italia è dell'8,9 per 100.000.
- In Europa la percentuale mediana di donne che partoriscono a 35 anni o più è pari complessivamente al 20,8%. In Italia la percentuale è pari al 36,3%, uno dei valori è più alti di tutta Europa. Invece, le nascite prima dei 20 anni sono in generale ≤ 2% (1.4% in Italia), anche se ci sono Paesi che superano il 5%.
- In Europa, il tasso del parto cesareo è del 27,0% e un quarto dei paesi è inferiore al 21%, mentre in Italia è del 38%.
- In alcuni Paesi europei, fino al 5-6% delle nascite si verificano dopo applicazione di qualche forma di procreazione medicalmente assistita (1.9% in Italia).
- In riferimento all'allattamento al seno, che ha comprovati benefici sul bambino, solo il 40% dei bambini un allattamento esclusivo a 6 mesi.²⁵ Il 90% delle donne italiane comincia ad allattare al seno, ma già alla dimissione dall'ospedale la percentuale scende al 77% per poi crollare al 31% a 4 mesi e solo al 10% oltre i 6 mesi di vita.

A San Marino, la bassa natimortalità e i dati rappresentati nella tabella seguente testimoniano la buona qualità dei servizi materno-infantili.

In particolare si evidenzia che la percentuale di tagli cesarei negli anni è diminuita, passando dal 35,4% del 2011 al 17,6 del 2022.

A San Marino vi è una elevata percentuale di allattamento esclusivo al seno, registrando il 74,4 % di bambini allattati al seno a 3 mesi nel 2022, anche se in calo rispetto agli anni precedenti, e il 61,1% di bambini allattati al seno a 6 mesi nello stesso anno di riferimento.

Salute materno-infantile	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
N. nati vivi	325	292	320	296	269	262	228	235	232	224	212	205
N. nati vivi da madre < 20 aa	1	2	0	2	0	2	1	0	1	0	0	0
N. nati vivi da madre > 35 aa	100	109	133	106	117	96	105	88	89	111	82	75
N. tagli cesarei	115	98	99	63	61	72	53	55	51	39	40	36
% tagli cesarei	35,4	33,6	30,9	21,3	22,7	27,5	23,2	23,4	22	17,4	18,9	17,6
% nati vivi con peso =>2.500 g	90	90	90	95	96	91,6	98	99	95,8	85,5	94,6	90,2
N. nati con anomalie congenite	0	0	3	1	1	0	0	0	0	9	4	0
N. nati con sindrome di Down	0	1	1	1	1	0	0	1	2	0	0	0
% bambini allattati al seno-3 mesi	-	90,5	83	70	83	81	82	81,5	80	77,7	76	74,4
% bambini allattati al seno-6 mesi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66,4	50	61,1

²⁴ The European Perinatal Health Report 2015 – EURO-PERISTAT

²⁵ The Global Breastfeeding Scorecard; WHO-UNICEF

LA VIOLENZA DI GENERE

La violenza contro le donne è una grave violazione dei diritti umani diffusa in tutto il mondo. L'OMS stima che a livello mondiale un terzo delle donne e delle ragazze subisca violenze nel corso della propria vita.

Nel 2018 circa 379 milioni di donne nel mondo hanno subito violenze fisiche e/o sessuali da parte del partner e circa 15 milioni di ragazze tra i 15 e i 19 anni hanno subito violenza sessuale.

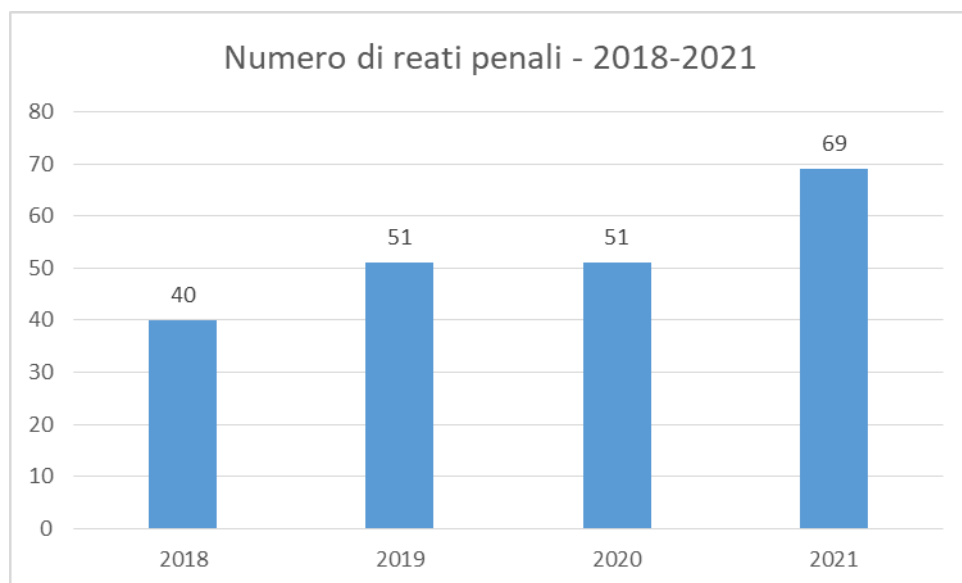
In Italia il 31,5% delle donne ha subito una qualche forma di violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita. Le forme più gravi di violenza sono esercitate da partner o ex partner, parenti o amici. Gli stupri sono stati commessi nel 62,7% dei casi da partner. Nel 2019 il numero dei femminicidi sono stati 101 (il 35% degli omicidi totali) mentre nel 2020 sono state 112, pari al 45% di tutti gli omicidi.

A San Marino i reati di violenza di genere riguardano la giurisdizione civile e penale.

Si riportano di seguito i dati delle relazioni dell'Authority per le Pari Opportunità.²⁶

Per i reati penali emerge quanto segue:

- Il numero di reati è aumentato, passando da 40 nel 2018 a 69 nel 2021.

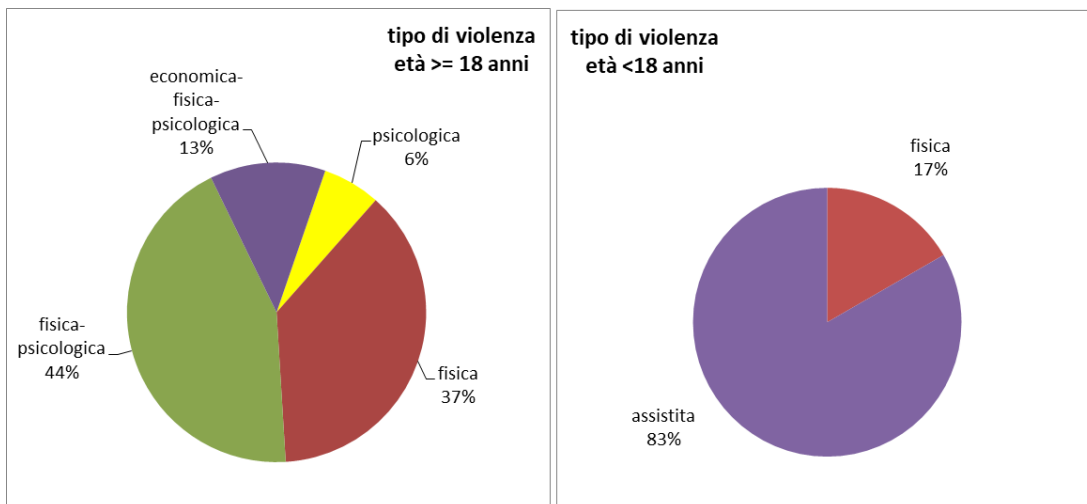


- Nell'analisi complessiva del periodo 2018-2021:
 - i reati più frequenti sono stati i seguenti: lesioni personali (16,6%), percosse (12,3%), atti persecutori (12,3%), minacce (11,8%), e ingiurie (8,1%).
 - Il 60,6% delle vittime è di nazionalità sammarinese, seguite dalle donne di nazionalità italiana (25,5%) e rumena (4,3%).
 - Le fasce di età più colpite sono quelle dei 30-39 anni (23,4%) seguite dalle 40-49enni (21,3) e dalla fascia di età 18-29 anni (18,1%). Sono colpite anche le fasce più giovani con età minore di 18 anni (4,3%) e quelle più anziane (5,3 % per le donne di età compresa fra i 60 e 69 anni e 3,2% per le over 70).
 - In riferimento alla relazione fra indagato e vittima, il 16,2% riguarda il coniuge convivente, il 12,4% un conoscente, il 14,3% l'ex-partner, il 9,5% l'ex-coniuge, il 3,8% il partner e il 2,9% un collega.

²⁶L'Authority per le Pari Opportunità, esercita le funzioni ad essa demandate dalla Legge 20 giugno 2008 n.97 in materia di prevenzione e repressione della violenza contro le donne e di genere, funzioni per le quali sostituisce la Commissione per le Pari Opportunità. Nello specifico ha le seguenti funzioni: ACCOGLIENZA E PROTEZIONE VITTIME (es. convenzione con case d'accoglienza fuori territorio); CENTRO D'ASCOLTO (Istituito nel 2013 presso il Centro Salute Donna ISS, dispone di una psicologa è a disposizione delle vittime di violenza, compresi i casi di stalking e mobbing, per un primo ascolto e consulenza); VIGILANZA SUI CONTENUTI DISCRIMINATORI (ha facoltà di segnalare al Tribunale la diffusione di immagini, comunicazioni, notizie lesive dell'identità della persona o aventi contenuto discriminatorio, compresi i riferimenti all'orientamento sessuale o all'identità di genere). Inoltre Affianca la Commissione per le Pari Opportunità e provvede inoltre alla raccolta dei dati relativi alla violenza contro le donne e di genere con cadenza semestrale ed a redigere annualmente apposito rapporto che deve essere pubblicamente diffuso.

Per i reati civili (anno 2021) emerge quanto segue:

- Risultano iscritti n. 28 nuovi fascicoli, di cui 16 hanno riguardato i maggiori di 18 anni e 12 minori di 18 anni. Nelle figure seguenti i dettagli del tipo di violenza. Si evidenzia che nei maggiori di 18 anni la violenza fisica rappresenta il 37%, la violenza fisica associata a quella psicologica il 44%, quella psicologica il 6%. Nei minori di 18 anni prevale la violenza assistita (83%) seguita da quella fisica (17%).



LA SALUTE MENTALE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il peso globale dei disturbi mentali continua a crescere con un conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i Paesi del mondo, con un importante impatto sui sistemi sanitari e socio-sanitari.

Secondo le stime dell'OMS nel mondo 1 persona su 8 è affetta da un disturbo mentale, il 10-20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali e la metà di tutte le malattie mentali inizia all'età di 14 anni e tre quarti comincia entro i 25 anni.

I problemi di salute mentale hanno interessato circa 84 milioni di persone in tutta l'Unione Europea prima della pandemia e da allora queste cifre sono peggiorate.

In Italia, nel 2020 sono state assistite dai servizi specialistici 728.338 persone con problemi di salute mentale. I pazienti di sesso femminile sono il 53,6%.

A San Marino il numero di utenti in carico alla UOC Salute Mentale nel periodo 2020-2022 sono riportati nella tabella seguente.

	F	%	M	%	TOTALE
2020	770	57%	586	43%	1.356
2021	753	55%	617	45%	1.370
2022	745	52%	679	48%	1.424

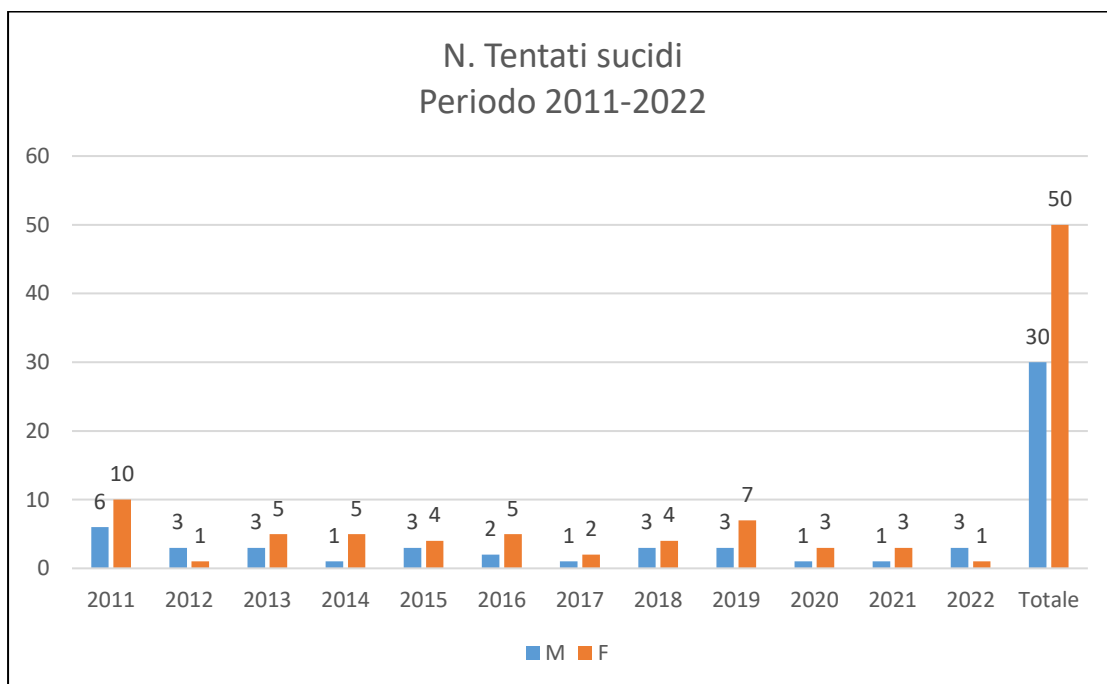
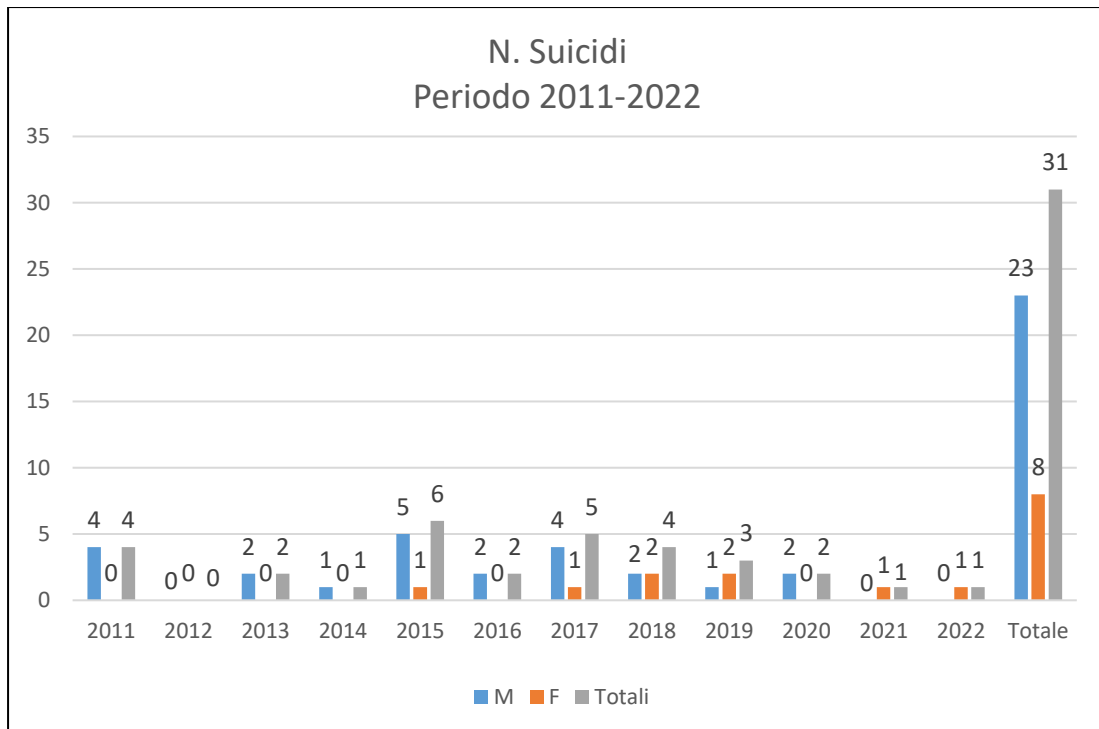
Nel periodo di riferimento si registra un progressivo aumento di utenti, passando da 1.356 utenti del 2020 a 1.424 utenti nel 2022. Le femmine rappresentano il 52% degli utenti, in riduzione rispetto al 2020, dove rappresentavano il 57%.

I minorenni in carico alla Salute Mentale sono stati 16 nel 2020, 23 nel 2021 (19 F; 4 M) e 15 nel 2022 (7 F; 8 M).

Gli utenti inviati presso strutture esterne all'ISS nel periodo 2020-2022 sono riportati nella tabella seguente.

Tipo struttura	2020	2021	2022
Ricoveri presso cliniche fuori territorio	22	20	28
Day Hospital presso cliniche fuori territorio	1	0	0
Gruppo Appartamento	8	9	8
Gestione utenti in struttura in fascia diurna	4	5	4
Ricoveri Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)	5	5	3
Comunità terapeutiche psichiatriche	8	8	7
Ricoveri in strutture psichiatriche lungodegenze	6	7	8
Totale	54	54	58

I suicidi e i tentativi di suicidio sono rappresentati nei grafici seguenti.



Nel periodo 2011-2022 ci sono stati 31 suicidi con una frequenza maggiore fra gli uomini (74%). Ogni anno si registrano in media circa 3 suicidi con un'ampia variabilità dovuta ai piccoli numeri (si va da 0 a 6 casi).

Nello stesso periodo i tentati suicidi sono stati 80 con una frequenza maggiore nelle femmine (63%).

Ogni anno i tentati suicidi in media sono circa 7 con un minimo di 3 e un massimo di 16 casi.

DISABILITÀ, MALATTIE NEURODEGENERATIVE E PROBLEMATICHE IN CARICO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI.

“Fotografare” la disabilità non è facile, perché si tratta di un fenomeno complesso e multidimensionale.

In tutto il mondo si stima circa 1 miliardo di persone con disabilità, ovvero il 15% della popolazione mondiale, mentre in Europa i disabili con più di 15 anni sono 70 milioni, il 17% della popolazione europea.

Nel 2017, in Italia²⁷, le persone che, a causa di problemi di salute, soffrivano di gravi limitazioni che impedivano loro di svolgere attività abituali erano circa 3,1 milioni (5,2% della popolazione). Tra i disabili, quelli in cattive condizioni di salute sono il 61% (62,8% tra le donne) rispetto allo 0,6% del resto della popolazione. Se si guarda poi agli anziani, i disabili con patologie sono il 68,7%.

Le donne con limitazioni gravi hanno anche condizioni di salute peggiori: il 56,4% di quelle sotto i 64 anni soffre di almeno tre patologie croniche gravi, contro il 47,4% dei coetanei. Solo tra i più anziani le differenze di genere si attenuano (83,4% tra le donne e 80,4% tra gli uomini).

Nell'anno scolastico 2019/2020 gli alunni con disabilità che frequentano le scuole italiane sono quasi 300 mila (pari al 3,5% degli iscritti), oltre 13 mila in più rispetto all'anno precedente, con un incremento percentuale, ormai costante negli anni, del 6%.

A San Marino sono stati analizzati i dati provenienti da Servizi che si occupano di patologie potenzialmente invalidanti, di disabilità o di difficoltà, anche lievi e temporanee, di determinate fasce di popolazione (es. minori).

Dai dati forniti dal Servizio di Neurologia dell'ISS, nel 2022 i pazienti con malattie di tipo neurodegenerativo potenzialmente invalidanti (demenze, sclerosi multipla, Parkinson, polineuropatie periferiche, ecc...) sono stati 689, così distribuiti (vedi tabella seguente):

Diagnosi	2022
Demenze:	492
- <i>medio-gravi</i>	- (144)
- <i>disturbo cognitivo lieve</i>	- (348)
Sclerosi Multipla	125
Parkinson e parkinsonismi	22
Polineuropatie periferiche (PNP)	22
Corea di Huntington	14
Miastenia gravis	8
Sclerosi Laterale Atrofica (SLA)	6
Totale	689

Inoltre, come già evidenziato in dettaglio nel Capitolo “Malattie cardiovascolari”, che include anche quelle cerebro-vascolari, si evidenzia che nel 2022 sono stati registrati dal Servizio di Neurologia 36 nuovi casi di evento cerebrovascolare, con 9 decessi a 90 giorni e 6 disabilità gravi.

²⁷ Conoscere il mondo della disabilità: persone, relazioni e istituzioni; ISTAT, 2019

Gli utenti con disabilità in carico alla UOSD Disabilità nell'anno 2022 sono così suddivisi:

- **Utenti residenziali Colore del Grano (Principe)**

Diagnosi	N. Utenti
Cerebropatia	1
Cerebropatia infantile	1
Encefalopatia	1
Ritardo Mentale Lieve	1
Ritardo Mentale + comorbilità psichiatrica	2
Ritardo Mentale + Disturbo del Comportamento	1
Ritardo Mentale + sintomatologia psicopatologica	1
Ritardo Mentale Medio + Epilessia	1
Sindrome di Autismo	1
Sindrome Cri du Chat	1
Sindrome di Down	1
Sindrome di Hangelman	1
Tetraparesi Spastica	1
Totale	16

- **Utenti Centri Diurni (Colore del Grano-La Volpe e La Rosa)**

Diagnosi	N. utenti
Cerebropatia perinatale	1
Cromosomopatia grave con ritardo mentale	1
Disabilità intellettiva di grado grave	1
Disturbo dello spettro autistico	3
Encefalopatia	2
Ritardo mentale	7
Ritardo psicomotorio grave	2
Sindorme di Phelan Mc-Dermid	1
Sindorme Prader Willy	1
Sindrome di cri du chat	1
Sindrome di down	1
Sindrome di lennox-gastaut	1
Sindrome di recklinghausen	1
Sindrome di rett	1
Tetraparesi spastica	1
TOTALE	25

Utenti Laboratorio Atelier

Diagnosi	N. utenti
Esito di aneurisma cerebrale, sindrome frontale	1
Cerebropatia	2
Disturbo autistico e ritardo mentale	1
Encefalopatia	1
Oligofrenia fenilpiruvica	1
Paralisi cerebrale infantile	1
Ritardo mentale	6
Sindrome X fragile	1
Sindrome di Asperger	1
Sindrome di Down	5
Sindrome di Edwards	1
Sindrome di Turner	1
Sindrome di Williams	1
Totale	23

- Si evidenzia, inoltre, che sono gestiti 86 inserimenti lavorativi sul territorio.

Nell'anno 2021 sono stati seguiti 870 utenti dall'UOC Servizio Minori per i seguenti problemi, così suddivisi:

Diagnosi	N. Utenti
Disturbi Specifici dell'Apprendimento	202
Plusdotazioni	4
Disturbi Specifici del Linguaggio	121
Trattamenti fisiatrici	142
Disturbi psicologici e psicopatologici	83
Disturbi dello Spettro Autistico	32
Paralisi Cerebrali Infantili	5
Disturbi Comportamentali	21
Sindromi Genetiche	18
Disabilità Intellettive	35
Disabilità Fisiche	7
Disturbi Alimentari	13
ADHD	5
Casi sociali	5
Counselling e supporto genitoriale	43
Valutazioni	19
Altro	115
Totale	870

ANZIANI

L'aumento della speranza di vita, che è il risultato del miglioramento della qualità della vita e dei progressi in campo sanitario e sociale, comporta, oltre all'aumento degli anziani in buona salute, anche l'aumento del numero di anziani che vivono in condizioni di salute tali da richiedere cure e/o assistenza. E' necessario quindi considerare la persona anziana nella sua complessità, analizzando sia i determinanti di salute quali condizioni sociali ed economiche, ambientali e stili di vita sia le fragilità (disabilità, comorbidità e polipatologia) che limitano le attività quotidiane e richiedono un'assistenza sanitaria e socio-sanitaria specifica.

In Italia²⁸, la speranza di vita a 65 anni (18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne nel 2015) è più elevata di un anno per entrambi i generi rispetto alla media Ue, ma dopo i 75 anni gli anziani in Italia vivono in condizioni di salute peggiori.

Per le patologie croniche, nel confronto con i dati europei, emergono in generale migliori condizioni degli italiani tra i meno anziani (65-74 anni), con prevalenze più basse per quasi tutte le patologie e, all'opposto, condizioni peggiori oltre i 75 anni. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico.

Il confronto dei vari indicatori di salute conferma il notevole peggioramento dello stato di salute della popolazione anziana in Italia nel passaggio dai 65 agli 80 anni, con prevalenze che raddoppiano nel caso della presenza di patologie croniche e quintuplicano per le gravi limitazioni motorie. Il 30,8% delle persone di 65-69 anni dichiarano di essere affetti da almeno una patologia cronica grave e tale percentuale raddoppia tra gli ultraottantenni (59,0%). Il 37,6% delle persone di 65-69 anni riporta almeno tre patologie croniche (comorbidità o multicronicità), a fronte del 64,0% degli ultraottantenni.

Nel caso delle limitazioni motorie, l'incremento delle prevalenze è ancora più rilevante, passando dal 7,7% tra gli anziani di 65-69 anni al 46,5% tra quelli di 80 anni e più. Le limitazioni sensoriali (gravi difficoltà nella vista o nell'udito) passano dal 5,1% per la fascia di età 65-69 anni al 29,5% per gli ultraottantenni.

Tra le donne anziane si osservano maggiori prevalenze di multicronicità (55,2% contro 42,4% degli uomini) e limitazioni motorie (28,7% contro il 15,7%) e sensoriali (17,0% contro il 12,7%); maggiore invece la prevalenza di malattie croniche gravi per gli uomini (46,4% contro il 43,4%).

Il 37,7% degli anziani riferisce di aver provato dolore fisico, da moderato a molto forte, nelle quattro settimane precedenti l'intervista, valore inferiore alla media Ue e simile a quanto rilevato per la Spagna.

Il 23,1% degli anziani ha gravi limitazioni motorie, con uno svantaggio di soli 2 punti percentuali sulla media Ue, principalmente dovuto alla maggiore quota di donne molto anziane in Italia.

Le donne riportano meno frequentemente malattie croniche gravi ma più multicronicità e limitazioni motorie o sensoriali. Lamentano dolore fisico più degli uomini, da moderato a molto forte (45,4% contro il 27,6%). Tra le ultraottantenni la percentuale arriva al 58,6% a fronte del 39,2% degli uomini.

Nonostante le precarie condizioni di salute, in Italia sono 1 milione e 700 mila (pari al 12,8%) gli anziani in grado di offrire cure almeno una volta a settimana a familiari e non familiari con problemi di salute, dato pressoché in linea con la media Ue. Quasi i due terzi hanno dai 65 ai 74 anni, più donne che uomini.

I livelli di accesso agli screening dei tumori femminili sono prossimi alla media UE. La prevenzione del cancro del colon-retto tramite la ricerca del sangue occulto nelle feci per le persone di 50-74 anni (fascia di età target) è sostanzialmente uguale in Italia e nella media Ue. La vaccinazione antinfluenzale nella popolazione anziana è meno diffusa rispetto alla media Ue. Nel 2018 l'Authority Sanitaria ha condotto uno studio sui gradi di fragilità della popolazione anziana sammarinese in base all'utilizzo dei servizi sanitari, socio-sanitari e previdenziali. Sono stati identificati 3 gradi di fragilità fra le persone con età maggiore di 65 anni: alta, media, bassa.

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

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

²⁸ Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione Europea, anno 2015; ISTAT

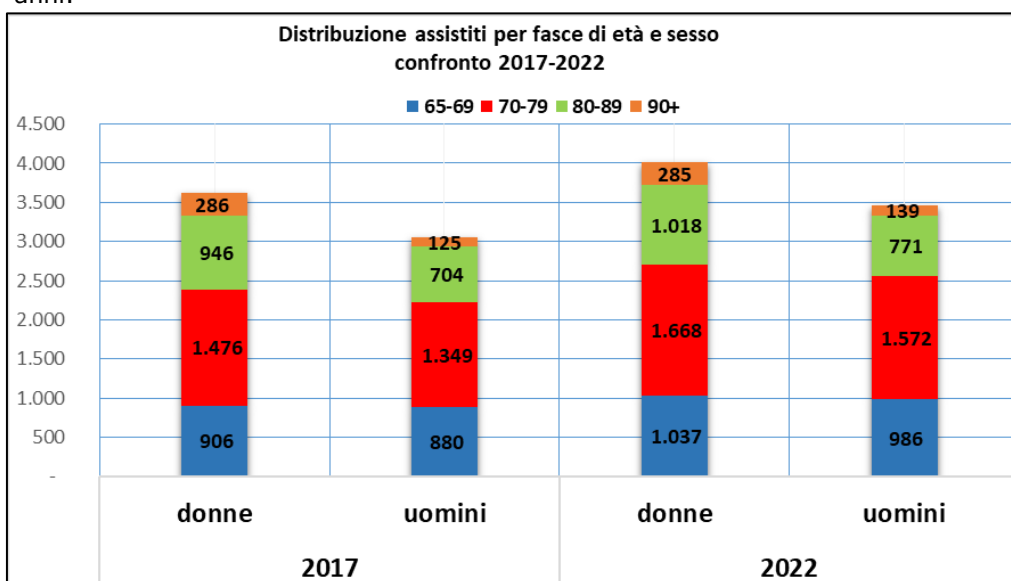
B - GRADO DI FRAGILITA' MEDIO: Individui che presentano pluripatologie croniche che necessitano un controllo frequente da parte degli specialisti medici; hanno poliprescrizione di diversi farmaci con ricette ripetitive; hanno avuto accessi al pronto soccorso e/o ricoveri ordinari; non usufruiscono dei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

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

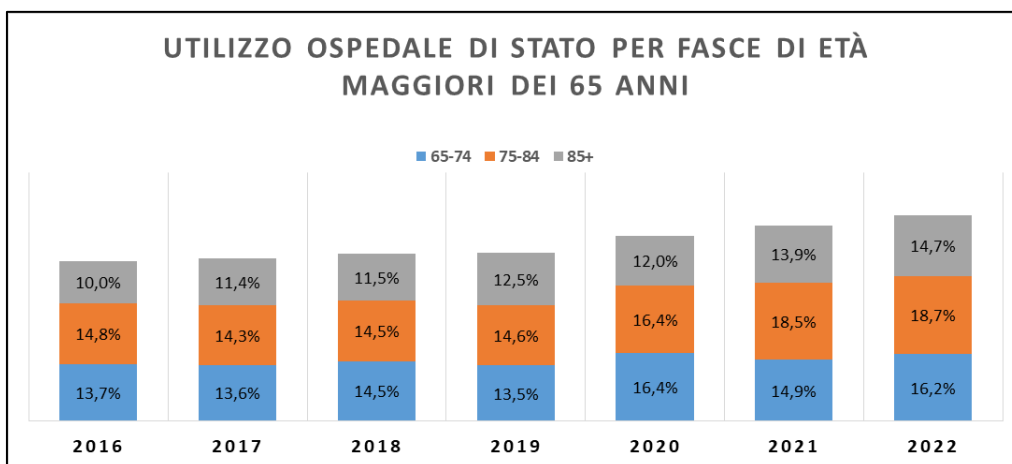
Questa analisi dimostra che, nonostante l'aspettativa di vita alla nascita elevata, solo un terzo della popolazione anziana risulta in buona salute.

Inoltre, analizzando i dati sugli anziani a San Marino nel 2022 emerge quanto segue:

- Al 31/12/2022 gli assistiti ISS con più di 65 anni rappresentano il 21,4% (7.476 over 65 su 34.899), in aumento rispetto al 2017, anno in cui gli over 65 rappresentavano il 19,5% (6.673 over 65 su 34.190 assistiti), con una percentuale maggiore di donne in entrambi gli anni.

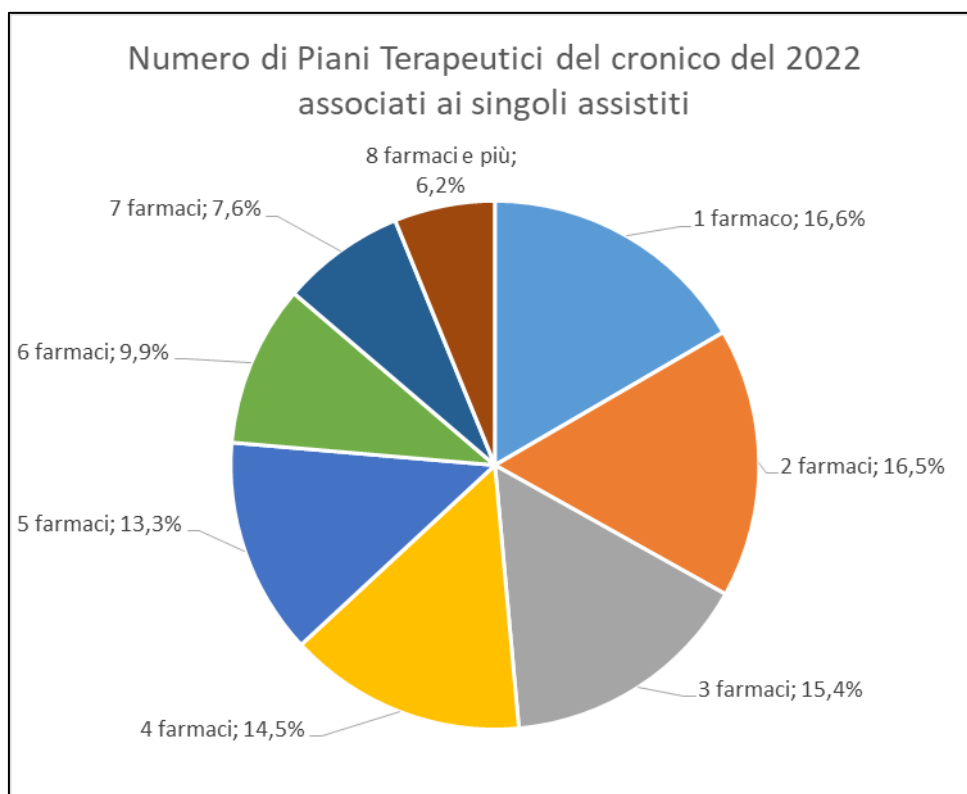


- Ricoveri ospedalieri: nel 2022 sono state registrate 1.795 dimissioni di pazienti over 65, pari a quasi il 50% di tutti i ricoveri, con un trend in aumento (nel 2016 i dimessi over 65 rappresentavano il 38,5% di tutti i ricoveri) e una percentuale maggiore nella fascia di età 75-84 fra tutti gli over 65.



Nel 2022 si registra una degenza media maggiore per la fascia di età 75-84 e over 85, pari rispettivamente a 9, 9,49 e 11,75 giorni di degenza, rispetto alla degenza media di tutti i dimessi (7,1 giorni di degenza).

- In riferimento alla frattura di femore, patologia molto critica per gli anziani, si registrano, nel periodo 2018-2022, 223 fratture di femore negli over 65, con una percentuale più alta fra gli over 85 (53% degli over 65). Nel periodo di riferimento risulta che le fratture di femore degli anziani rappresentano in media l'86% di tutte le fratture di femore, con un picco nel 2019 (90%), mentre nel 2022 la percentuale di tali fratture negli anziani è pari all'86%.
- Visite dei medici di medicina generale (MMG): nel periodo 2019-2022 sono state effettuate in media 27.731 visite all'anno agli over 65 da parte dei MMG, pari al 36% di tutte le visite. Nel 2022 le visite sono state 32.121 (33%), contro le 22.540 del 2020 (37%), in numero minore a causa di un ridotto accesso ai Centri per la Salute durante la Pandemia COVID-19.
- Accessi in Pronto Soccorso: Gli anziani over 65 che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso nel 2022 sono stati 16.667, pari al 31,6% di tutti gli accessi. Non vi sono particolari differenze rispetto agli anni riferiti al periodo 2018-2022.
- In riferimento all'utilizzo di farmaci nella popolazione anziana emerge il 79% degli anziani (5.713 over 65) nel 2022 hanno avuto uno o più piani terapeutici. Nel grafico seguente si può vedere il dettaglio.



Circa il 37% della popolazione anziana con almeno 1 piano terapeutico assume 5 o più farmaci; i farmaci più utilizzati sono soprattutto quelli relativi all'apparato cardiovascolare.

- I posti letto della Residenza Assistenziali per Anziani (RSA) – Casa Protetta dell'ISS sono 116, di cui 4 posti per ricoveri di sollievo. Gli utenti attualmente in carico alla RSA sono 116 (la riduzione di 4 posti letto è temporaneamente dovuta a restrizioni anti-COVID), con una lista di attesa di circa 10 utenti per la RSA e circa 40 utenti in attesa di accedere alla Casa Protetta o a servizi dedicati alle demenze.

- Gli anziani in carico al Servizio Domiciliare Territoriale nel 2022 sono stati 1.153 (30,53% M; 69,47% F). Nella tabella seguente gli utenti over 65 sono suddivisi per livello di autonomia, fasce di età e genere.

Livelli di autonomia	65-74 anni		75-79 anni		80-84 anni		85-89 anni		90 anni e più	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Autosufficiente	13	52	10	49	26	52	19	50	13	22
Parzialmente Autosufficiente	30	56	42	62	35	83	39	90	48	101
Non Autosufficiente	15	15	7	18	10	40	18	45	27	66
Totale	58	123	59	129	71	175	76	185	88	189

Gli utenti non autosufficienti sono 306, pari al 27%, quelli parzialmente autosufficienti sono 586, pari al 51%, mentre 261 sono non autosufficienti e rappresentano il 23%.

Gli anziani che frequentano il Centro Diurno ISS – struttura che mira a favorire le relazioni sociali e offrire attività di tipo ricreativo e culturale al fine di rafforzare lo stato di salute e di autonomia delle persone anziane – sono in media 20 al giorno.