ISSN 2280-0166 Sistema Salute, 64, 1 2020: pp. 98-106

Dibattito

Cinque temi rilevanti per il futuro della sanità

Five relevant topics to the future of healthcare

Le sfide irrinunciabili per affrontare il cambiamento necessario a garantire equità e sostenibilità

The essential challenges to face the necessary change to guarantee equity and sustainability

Enrico Desideri

Presidente Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità

Parole chiave: innovazione, equità, sostenibilità, qualità, sicurezza

RIASSUNTO

Vengono delineati i cambiamenti che la Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità ritiene indispensabili per il nuovo quadro epidemiologico che la sanità italiana, e più in generale dei paesi occidentali, deve affrontare. L'invecchiamento della popolazione, la denatalità, la crescente prevalenza delle malattie croniche e della multimorbidità richiedono una presa in carico multi professionale e multi dimensionale, superando la visione ospedalo-centrica verso un nuovo approccio teso alla assunzione in cura da parte di un team multiprofessionale, nel quale le cure primarie e la rete degli specialisti si raccordano in modo strutturato. A sostegno di questo innovativo assetto della organizzazione vi sono le nuove tecnologie nei vari campi: dal farmaco, alle tecniche diagnostiche, a quelle digitali che se correttamente adottate possono, nel rispetto della riservatezza dei dati sensibili, facilitare la continuità delle cure. Viene esaminato il dato relativo all'aderenza terapeutica e, in relazione alla crescita dei bisogni di cura, viene delineata l'urgenza di una adeguata regolamentazione della sanità integrativa a quasi 30 anni dalla emanazione della norma. Infine, sottolineata la rilevanza del rischio clinico, viene esaminato l'impatto della legge n. 24/2017 per i professionisti e per le strutture sanitarie e le possibilità di crescita della sicurezza, anche percepita, attraverso un assetto organizzativo pensato per accrescere la *clinical competence* e la qualità delle cure.

Key words: innovation, equity, sustainability, quality, safety

SUMMARY

The changes deemed essential by the Foundation for innovation and safety in Healthcare to address

Autore per corrispondenza: presidente@fondazionesicurezzasanita.it

aging-related needs are outlined. The growing prevalence of chronic disease, require passing the exclusively hospital-centric vision in favor of a model aimed at multi-professionalism and in which primary care links up with the network of specialists in a structured way. In support of this new strategic vision, are the new technologies, including digital ones, which, if adopted in compliance with privacy regulations, can greatly facilitate continuity of care. The data on adherence to therapy and the care pathways then examined, as well as the urgency of a regulation of the so-called supplementary health care is underlined. Finally, in order to the relevance of the clinical risk, it is examined the impact of the law 24/2017 on both professionals working in healthcare and for healthcare facilities, emphasizing how an adequate organizational structure also increases the quality of the offer and the clinical competence.

There is wide variation in health outcomes for countries with similar levels of income and education. This variation is due to differences in performance and design! (1).
"Vi sono grandi differenze, in termini di esiti in salute, fra nazioni pur con redditi e livelli d'istruzione simili. Questa variazione è dovuta alle differenze per tipo e quantità di prestazioni e di disegno strategico!"
Con queste netta osservazione, esattamente 20 anni orsono, si apriva il Bollettino WHO che sottolineava i fattori decisivi per migliorare gli esiti e, insieme, assicurare la sostenibilità dei sistemi sanitari. A distanza di 20 anni, sicuramente il quadro epidemiologico è profondamente cambiato e le potenzialità tecnologiche sono ulteriormente accresciute, ma rimane inalterata la variabilità di costi ed esiti di salute fra i sistemi sanitari (2).
La capacità di sviluppare la qualità dell'organizzazione in una visione sistemica rappresenta una priorità, per il sistema sanitario pubblico italiano, anche sotto il profilo etico se vogliamo garantire le stesse cure a tutti e, contemporaneamente, la sostenibilità economica del SSN, così come auspicato nell'*Afford Act* già nel 2008 per la sanità americana (3).
In relazione a queste considerazioni, la Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità, il cui socio fondatore pubblico è l'Istituto Superiore di Sanità, e che ha, quali componenti del CDA, oltre al socio privato Gutenberg Italia, rappresentanti della Conferenza Stato-Regioni e del Ministero della Salute, ha deciso di affrontare alcuni temi rilevanti ed urgenti, che, a nostro avviso, devono essere opportunamente trattati e discussi, per essere sviluppati nei prossimi mesi e anni, se vogliamo che il nostro sistema sanitario mantenga e possibilmente accresca la qualità dei servizi offerti e la soddisfazione del cittadino/consumatore e, ciò che è determinante, un'effettiva universalità delle cure.
La prima e più urgente sfida è senza dubbio l'innovazione organizzativa. La crescita registrata negli ultimi decenni della cronicità e della fragilità contrasta con un approccio organizzativo sostanzialmente fermo da decenni. Questa evidente contraddizione, non vuole certo sminuire i risultati eccellenti che il sistema sanitario italiano può vantare, anzi, "visto da fuori", dalle Agenzie Internazionali, il nostro SSN si classifica da molti anni ai primi posti nel mondo!
Si osserva un aumento complessivo della aspettativa di vita (85,2 per le donne – 81,0 per gli uomini) (4) che, però, correla negativamente in maniera statisticamente significativa

con gli indicatori di vulnerabilità sociale e materiale come il livello d'istruzione, la povertà, la disoccupazione e la residenza nelle aree interne (5). Il tema delle disuguaglianze emerge in molti studi e il paradosso è che l'aumento della aspettativa di vita si associa ad una riduzione del numero di anni "in buona salute" correlato *in primis* con i comportamenti a rischio (fumo: 19,7% della popolazione; alcool: 16,7% i consumatori a rischio; sedentarietà, alimentazione non salubre: prevalenza obesità 10,3%). I dati che meglio stigmatizzano le conseguenze di questi fenomeni sono evidenziati dallo stesso rapporto ISTAT sopra richiamato (4,1 milioni di disabili e 3,5 milioni di non auto sufficienti: +25% in 10 anni).

Infine, dato davvero sorprendente, ed insieme ancora non sufficientemente valorizzato nella programmazione, è che il costo delle malattie croniche, nei paesi occidentali, assorbe fra l'80% e l'82% del totale della spesa sanitaria pubblica (6).

A fronte di quanto sopra accennato, occorre condividere e mettere in funzione un modello organizzativo capace di superare la frammentazione dei percorsi assistenziali ed insieme sconfiggere le disuguaglianze di assunzione in cura. Questo nuovo modello dovrà puntare sulla multi professionalità del *primary care team* (medico, infermiere, assistente sociale, collaboratore di studio ("dove si prescrive si prenota", con un evidente miglioramento della qualità percepita) e la nuova figura del farmacista di comunità.

Il team si dovrà raccordare, in maniera strutturata, con lo specialista di riferimento del cittadino-paziente secondo l'approccio della *Community of Practice* (CP), pensato da Wanger (7) sin dal 1996 e promosso a Londra da Iona Heath (8) che previene il "ping-pong" del paziente, "rimpallato "fra vari specialisti, che ingolfa le liste di attesa con prestazioni spesso ripetute di scarso valore (value), o francamente non appropriate, e fa sentire il paziente assolutamente non preso in cura.

In letteratura sono numerosi i contributi sia a livello nazionale, sia internazionale tesi a favorire il superamento della frammentazione dei percorsi assistenziali e a garantire sia la necessaria continuità assistenziale, sia piani di cura personalizzati, attraverso l'integrazione dei saperi specialistici con la conoscenza e l'approccio olistico che il medico di famiglia, insieme al team multi-professionale presente sul territorio, possono assicurare (*Population Health Management*) (9).

A supporto di quanto detto, vi è una prima pratica attuazione di quanto sommariamente sopra descritto: il modello "**reti cliniche integrate e strutturate**", già avviato in una ASL della Toscana (10). Attraverso la sua puntuale realizzazione è stata possibile una riorganizzazione dell'assistenza dei pazienti cronici, stratificati per livelli di complessità, assicurando quello che spesso molti hanno auspicato per ridurre le disuguaglianze di salute sintetizzabile attraverso le 5 "**P**": **P**rossimità-**P**roattività-**P**ersonalizzazione delle cure-**P**revenzione primaria e secondaria-**P**artecipazione della comunità attraverso il volontariato e l'associazionismo.

Il paziente cronico viene preso in cura, sentendosi "posto al centro" di una rete che vede come garante clinico il medico di famiglia e si avvale di un riferimento "strutturato"(cioè non occasionale e di volta in volta diverso), dello/degli specialisti, che già conoscono ed hanno i dati sanitari del paziente e che possono aiutare il medico di famiglia, o meglio il team delle cure primarie, a calibrare la risposta di cura e, quindi il PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale), ai bisogni del malato, spesso affetto da più patologie, ben conosciute e documentate dal suo MMG.
La persona, spesso anziana, trova (in prossimità) un riferimento autorevole e sicuro, sentendosi "preso in cura" e non percepisce il bisogno, né necessita, di altri pareri o accertamenti (… l'ulteriore RMN o ecografia …), quindi migliora l'appropriatezza, si riducono notevolmente i costi e i tempi di attesa. La rete garantisce anche la pro-attività così da assicurare equità, cioè le stesse cure a prescindere dal livello d'istruzione, dalla area geografica di residenza e questo induce una rilevante riduzione delle complicanze e delle ri-ospedalizzazioni, vera fonte di spreco e di attacco alla sostenibilità del SSN.
I risultati preliminari (10) emersi dallo studio condotto dalla citata Asl, in collaborazione con il Politecnico di Milano e ARS Toscana, hanno evidenziato nei due anni di prima applicazione (2010-2011) nella popolazione assistita con il nuovo modello, rispetto alla popolazione seguita in modo usuale, la riduzione degli accessi al Pronto soccorso (-11%), un'importante riduzione dei ricoveri (-22%), la riduzione delle visite specialistiche (-2%) e soprattutto la riduzione degli esami diagnostica radiologica pesante, ad es. TAC e RMN (-16%) e, come atteso, un incremento degli esami di laboratorio (+17%) quale segno di effettivo monitoraggio del PAI (piano assistenziale individuale).
Una successiva indagine, condotta da ARS Toscana (2011-2014) sui diabetici, ha evidenziato, nei pazienti seguiti con il sopra descritto modello, una riduzione pari al 19% degli eventi cardio-vascolari e del 12% del rischio di decesso a 4 anni; infine, la ASL che per prima ha adottato il nuovo modello, ha registrato - nel rispetto delle risorse economiche disponibili - il miglior punteggio medio conseguito in Toscana (10).
La seconda grande sfida è migliorare l'aderenza alla terapia. Nonostante sia noto da molti anni che nel paziente cronico l'aderenza alla terapia sia assai insoddisfacente non solo in Italia, ma in tutti i Paesi Occidentali (11-12) e che di questo "fattore di rischio occulto" siano state studiate le cause da tempo, la non aderenza farmacologica è un gravissimo ostacolo alla corretta assunzione in cura del paziente cronico, specie se con poli-morbidità. Deve essere qui sottolineato ciò che è stato evidenziato in diversi studi: il problema è maggiormente presente nelle classi sociali più deboli per livello socio-economico e per livello di istruzione (13-14).
La carenza di *compliance* non è solo relativa alla terapia, ma si può estendere all'intero percorso assistenziale e si riscontra, pur con prevalenze diverse, in tutte le condizioni croniche ed è la principale causa della crescita dei costi per frequenti ospedalizzazioni (13-14).

In Italia, un particolare interesse ha sollevato una proposta, già contenuta nel Piano Nazionale Cronicità, sul "nuovo ruolo della farmacia dei servizi" per migliorare l'aderenza alla terapia. Il farmacista è sicuramente in grado di svolgere, oltre che il tradizionale ruolo di controllo-consegna della confezione, un nuovo ed essenziale ruolo di educatore nell'uso corretto dei farmaci, a supporto e non certo in alternativa al medico prescrittore. Uno studio condotto in Spagna (15), ha evidenziato che l'apporto delle competenze professionali del farmacista, cioè il concreto svolgimento di quelle attività "cognitive" cui ho fatto sopra riferimento, è stato in grado di aumentare l'aderenza al trattamento nei pazienti cronici e politrattati dal 41,2% al 70,5% e uno studio epidemiologico, condotto dalla FOFI in collaborazione con l'Università del Kent, su pazienti asmatici, ha mostrato, sia pure in un campione non elevato di pazienti, che anche in Italia il coinvolgimento dei farmacisti presenti nelle farmacie territoriali, determina un incremento dell'aderenza (16).

Il terzo tema: la sanità integrativa. Da analizzare, a nostro giudizio, in connessione alla tematica della multi-morbidità e della fragilità. Introdotta nel 1992 (art 9 DL 502) e sin dal nome nata come integrativa, non certo sostitutiva né duplicativa, da anni è al centro di accalorati dibattiti, per la verità non conclusivi né concludenti! Nel frattempo, però, è in fase di completamento la stesura finale del documento sulla "Indagine conoscitiva sui Fondi Integrativi" condotta dalla Commissione Affari Sociali del Senato, che, attraverso un'analisi molto puntuale, fa emergere le contraddizioni attuali nell'impiego dei Fondi che sarebbero nati per la copertura di bisogni socio-sanitari non coperti dai LEA, e che ad oggi ha visto la crescita soprattutto dei Fondi di tipo B, così detti " non doc" a carattere per lo più sostitutivo (attualmente questa tipologia di Fondi interessa infatti ben 12,5 milioni di persone). Dall'indagine emerge anche la rilevanza potenziale dei Fondi stessi, se si pensa al valore economico assorbito dai fondi sanitari (5,6 MLD), per lo più pagati attraverso polizze sanitarie collettive a carico per i tre quarti di lavoratori, ma anche, in minor misura, dei loro familiari e dei pensionati.

Fra i limiti che emergono dall'indagine, vi è anche una legislazione frammentaria e soprattutto una mancanza di regolamentazione in materia, da realizzare, così come prospettato nel Patto per La Salute (17), tanto più necessaria in considerazione delle agevolazioni fiscali, almeno 2 MLD, secondo un dato estrapolato dalle dichiarazioni dei redditi, fornito dalla Agenzia delle Entrate.

I Fondi, invece, potrebbero meglio affiancarsi al sistema socio sanitario universalistico coprendo quei bisogni crescenti legati alla transizione epidemiologica e demografica, all'invecchiamento e alla denatalità (solo 435.000 nati nel 2019: -116.000 residenti: ISTAT febbraio 2020), che ha determinato l'assottigliamento dei nuclei familiari ed una conseguente crescita esponenziale degli anziani soli (elemento cui è connesso per il 40% il costoso fenomeno della ri-ospedalizzazione precoce) innanzi tutto orientando i Fondi alla assistenza familiare a domicilio, il cui bisogno è espresso quanto meno dal numero

elevatissimo di "badanti"(registrate/i INPS "solo" n. 860.000, 88% di genere femminile, 71% immigrate) e di caregiver (numero stimato almeno 2 milioni) dando certamente un'offerta più sicura, attraverso una specifica formazione e una minore evasione fiscale, grazie a un corretto reclutamento e alla conseguente regolarità contrattuale (superando il lavoro nero) (18) e poi andando a coprire rilevanti bisogni non previsti dai LEA (ad es. odontoiatria e ottica sociale).

Il quarto tema è l'innovazione tecnologica. Si tratta, come noto, di un aspetto di cui si deve tenere conto nella programmazione, anch'esso strettamente collegato alle tematiche precedenti, in particolare con l'innovazione organizzativa. Nell'affrontare questa tematica, appare utile da subito sottolineare sia lo straordinario apporto dell'"onda tecnologica" sia il pericolo, in mancanza di analisi costo beneficio, di rimanerne vittime andando ad accrescere la prevalenza, già elevata, di esami non appropriati.

Ci si riferisce, in particolare, alle straordinarie prospettive della ricerca, farmacologica e non, quali le terapie universalmente etichettate come *target therapy* (ad es. la sofisticata immunoterapia delle CAR-T), la medicina di precisione (*precision medicine*), così come la medicina rigenerativa o alle interessanti esperienze di *empowerment* del paziente con nuovi dispositivi medici (ad es. per l'auto monitoraggio dei pazienti diabetici con gluco-sensori) (19). Ci si riferisce, anche, ai successi della diagnostica radiologica o della biologia molecolare, senza scordare l'evoluzione delle tecniche chirurgiche attraverso la robotica e della telemedicina, che ha reso possibile il raccordo fra i professionisti a distanza, portando così competenze, perfino super specialistiche in aree geografiche altrimenti, nei fatti, non facilmente raggiungibili per la copertura della continuità assistenziale o addirittura a domicilio del paziente più fragile. Va in questa direzione l'impiego dei Mega Dati (*Big Data*) e dell'Intelligenza Artificiale per la ricerca di associazioni causali e per la previsione di effetti, con un metodo che possiamo definire predittivo, a sostegno della continuità assistenziale.

La tematica del governo dei dati sanitari è stata affrontata attraverso una *community* nazionale, costituita dai principali esperti italiani di sistemi informatici, a cui partecipano docenti delle Università Sapienza e Cattolica, il Ministero della Salute e il Politecnico di Milano. Governo dei dati sanitari vuol dire da un lato rendere possibile la condivisione dei dati per il raccordo fra professionisti e per la continuità delle cure e lo svolgimento dei PDTA (le cd "tecnologie abilitanti"), dall'altro adeguare tecnologie, procedure e normative per assicurare, insieme al diritto alla salute, il rispetto delle norme per la riservatezza dei dati sensibili, quali quelli sanitari, come richiesto dal Regolamento UE (GDPR, Regolamento per la protezione dati n.617/2018) (20).

Appena un cenno, infine, per sottolineare con *Jama* (21) le potenzialità ancora poco utilizzate dell'utilizzo dei "social" per la corretta comunicazione e per la promozione della salute.

Infine, il **quinto tema: la sicurezza delle cure**, il rischio clinico e, soprattutto, la qualità delle cure.

Ogni anno vengono attivate ben 13-15.000 azioni legali (22) soprattutto contro i medici e vengono diagnosticate infezioni connesse all'assistenza in circa l'8% dei pazienti ospedalizzati in Italia e in Europa, che determinano quasi 49.000 morti nei Paesi Occidentali ed una spesa nell'EU 14 pari al 15% del totale della spesa ospedaliera (a cui, fatalmente, si aggiunge il costo della medicina difensiva). Questa criticità è stata affrontata in Italia da una norma (legge n. 24/2017) che ha introdotto misure tese a mitigare il rischio sanitario attraverso corretti e trasparenti approcci di gestione del rischio (*risk management*) e riequilibrando/ripartendo la responsabilità dei sanitari (extra contrattuale) con quella delle aziende sanitarie e delle strutture private, introducendo altresì l'obbligo assicurativo per i professionisti e valorizzando, come non era stato mai fatto, il ruolo delle linee guida e delle migliori pratiche.

La legge è, dunque, un passo rilevante, ma è - ovviamente - un primo passo cui devono seguire azioni tese a proteggere sempre meglio la salute dei cittadini. Un importante approfondimento, su cui sta già lavorando la "Fondazione Italia in Salute", è lo studio e il monitoraggio degli eventi occorsi, del contenzioso e il ruolo relativo svolto dai difensori civici regionali, delle esperienze di prevenzione messe in atto, nonché del ruolo che stanno svolgendo le istituzioni preposte (in primis AGENAS), le società scientifiche, le associazioni di tutela e le stesse assicurazioni.

Non vi è dubbio, però, che la sicurezza e la qualità delle cure passa anche, se non soprattutto, attraverso le scelte di programmazione che, superando le impostazioni per singoli ospedali, facilitando la assunzione in cura dei malati, sviluppando le reti specialistiche e l'integrazione fra ospedale e territorio, assicurano sia una maggiore qualità percepita, da parte del paziente e della sua famiglia, sia una maggiore garanzia di elevati livelli di competenza clinica, ovviamente se adeguatamente supportate da una puntuale attività di formazione e aggiornamento.

Un aspetto in ogni caso da sviluppare, e da non tralasciare assolutamente, è la progettazione ed attivazione di azioni tese ad accrescere in questo ambito sia l'*empowerment* dei cittadini, sia l'*engagment* dei professionisti, cioè il potenziamento e il pieno coinvolgimento, attraverso eventi formativi/informativi per i quali la Fondazione innovazione e sicurezza in Sanità intende attivarsi, anche per favorire e promuovere la opportuna certificazione dei clinical *risk managers*, già presenti per legge in tutte le aziende sanitarie.

Una riflessione deve essere, infine, fatta sul contributo che può pervenirci dal privato al fine di sviluppare ed accelerare i processi di cambiamento, mettendo a frutto e valorizzando al meglio le loro conoscenze tecnologiche e scientifiche, oppure condividendo, attraverso strumenti di *partnership*, progetti di innovazione e la loro valutazione, determinando così un chiaro vantaggio per il sistema salute. In tale contesto, in applicazione della Direttiva Europea 2014/24 e del nuovo Codice dei Contratti (D. Lgs 18/aprile/2016 n. 50), è possibile sviluppare forme di "partnership innovativa", tese a promuovere, con tra-

sparenza, procedure di cooperazione tra pubblico e privato per aumentare il value - cioè il rapporto fra gli esiti e il costo delle cure (23) -, della nostra progettualità costantemente orientata alla qualità e alla equità delle cure, ricordando l'insegnamento di Sir Michael Marmot, fondatore dell'epidemiologia sociale, che ha con grande efficacia dimostrato il legame fra disuguaglianze sociali e di salute (24).

Bibliografia

1 Murray C, Frenk J A framework for assessing the performance of health systems. WHO Int Bulletin 2000; 78 (6).
2 Spandonaro F 15° Rapporto Sanità, Roma: CREA Sanità; 2019.
3 Berwick DM, Nolan T, Whittington J The triple aim: Care, Health and Cost reform. Health Affairs 2008; 27 (3): 759-769.
4 ISTAT, Rapporto annuale 2019: La situazione del Paese; 2019.
5 Mirisola C, Ricciardi G, Bevere F, Melazzini M L'Italia per l'equità nella salute. Ministero della Salute, INMP, ISS, AGENAS, AIFA; 2017. http://www.inmp.it/index.php/ita/L-Italia-per-l-equita-nella-salute
6 Thomas S, Faubisterer T, Mossialos E Health system review. Financing health care in European Union, Challenges and policy responses, European Observatory on Health System and Policies; 2009.
7 Wanger E, Community of practice: the social fabric of learning organization, Healthcare Forum Journal 1996; 39(4): 20-26.
8 Heath I, Rubinstein A, Stange KC, van Driel ML, Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity, BMJ 2009; 338: b1242.
9 Kurtzman, Jordan H, A community hospital-county health department partnership to reduce preventable readmissions: lessons learned for population health management, Journal of Healthcare Management 2015; 60(4): 258-267.
10 in corso di pubblicazione su Igiene e Sanità Pubblica
11 Osterberg L, Blaschke T, Adherence to medication. New England J Med 2005; 353(5):487-97.
12 Benner JS, Association between prescription burden and medication adherence in patients with hypertensive and lipid lowering therapy. Am J Health Syst Pharm 2009; 66:1471-77.
13 Kronish IM, Ye S, Adherence to cardiovascular medications: lesson learned and future directions. Prog Cardiov Dis 2013; 55:590-600.
14 Sabaté E (edit) Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
15 Pharmaceutical Group of the European Union, Advancing Community Pharmacy Practice in Challenging Times Annual report; 2012.
16 Manfrin A, Randomised evaluation of the Italian medicines use review provided by community pharmacists using asthma as a model. BMC health services research. 2015; 15:171.
17 Nuovo patto per la salute (2019-2021), Ministero della Salute, Scheda 9.
18 Le stime sono di almeno 3 miliardi di evasione contributiva all'anno in questo comparto: Tito Boeri, Repubblica 4 febbraio 2020.
19 Bruttomesso D, Laviola L, Avogaro A, et al. The use of real time continuous glucose monitoring. A consensus view. Nutrition, Metabolism and Cardiovascular disease. 2019; 29 (5): 421-31.
20 Gazzetta Ufficiale UE, L. 119/1, 4.5.2016 IT.
21 Steinhubl SR, Muse ED, Topol EJ Can mobile Health Technologies Transform health care? JAMA 2013; 2395-6.
22 Monitoraggio denunce sinistri 2015. Rapporto annuale Osservatorio Nazionale buone pratiche su Si-

curezza in Sanità https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente/monitoraggio-nazionale-denunce-sinistri
23 Porter M, Kramer M, Creating Shared Value, Harvard Business Review 2011, 7-17.
24 Marmot M, La salute diseguale: la sfida di un mondo ingiusto. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.

Conflitti di interesse dichiarati: *nessuno*