



Il Catalogo dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste per i Progetti e gli Interventi di Welfare Locale Partecipativo

Autori: F. Paoletti¹, A. D. Greco²

flavio.paoletti@asuits.sanita.fvg.it

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

Via Sai, 1-3

34128 Trieste

1 Premessa

La società odierna è polarizzata su un’idea di risposta ai bisogni sanitari puramente scientifica e tecnologica che trova la sua materializzazione negli ospedali, i quali però rispondono ai bisogni clinici di una parte della popolazione, quella affetta da patologie acute e traumi. La sfida odierna, sottolineata dal quadro europeo per le politiche per la salute *Health 2020*, è quella che si gioca nel campo sociosanitario, che risponde ai bisogni di una popolazione più vasta, ricostruisce i tessuti di solidarietà, sviluppa il concetto di sussidiarietà orizzontale, allargando la *governance* e la progettualità ai soggetti del terzo settore e potenzia le risorse delle famiglie in un’ottica di sviluppo del welfare locale partecipativo.

Il Catalogo Aziendale dei progetti e degli interventi di Welfare Locale Partecipativo (da ora in poi “Catalogo Aziendale”) promossi dall’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITs) nasce dall’esigenza di ottenere l’evidenza, monitorare e valutare tutti gli interventi di carattere sociosanitario che l’ASUITs promuove e porta avanti da anni. L’idea è stata sviluppata a partire dal 2015 da un’iniziativa della Direzione Sociosanitaria che ha coinvolto tutti e quattro i Distretti e i tre Dipartimenti dell’ASUITs (Dipartimento Delle Dipendenze, Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento della Salute Mentale).

Fine ultimo è quello di pubblicare le schede di tutti i progetti ASUITs (coinvolgendo quindi anche le strutture prettamente ospedaliere) nella banca dati nazionale *Pro.Sa.*, uno strumento nazionale per la raccolta, l’analisi e la diffusione di progetti, interventi e buone pratiche di prevenzione e promozione della salute con lo scopo di documentare, condividere e mettere in rete le progettualità delle Regioni aderenti e i loro risultati per supportare le attività di operatori della salute, decisori politici e portatori di interesse nell’ambito della prevenzione e della promozione della salute

2 Contesto

La provincia di Trieste conta 234.874 abitanti di cui ben 204.420 residenti nel comune di Trieste (dato ISTAT), caratterizzato da una densità di 2.402 abitanti per Km². Lo studio “*La Città Metropolitana di Trieste – Analisi Territoriale, Economica, Sociologica e Giuridica*”, evidenzia, inoltre, che Trieste possiede le caratteristiche di una città metropolitana, ulteriormente particolareggiata dalla posizione geografica che la vede collocarsi in un contesto transfrontaliero.

¹ dott. Flavio Paoletti - Direttore Sociosanitario ASUITs

² dott. Alessandro Dario Greco - Responsabile Ufficio progettazione sociosanitaria ASUITs

Peculiare è anche la distribuzione per età della popolazione, caratterizzata da una forte presenza di anziani over 65, che sono oggi il 28% della popolazione cittadina (la percentuale più alta in Italia), ma non solo: le famiglie sono bi o mono componenti, il ruolo della donna è cambiato, entrambi i coniugi spesso lavorano, l'educazione e la ripartizione dei ruoli familiari si sono modificati. Aumentano le separazioni e i divorzi, subentrano condizioni di devianza giovanile e dell'età adulta, aumentano la dispersione scolastica soprattutto nelle zone periferiche della città, e gli abusi di sostanze nelle fasce adolescenziali e giovanili.

In un contesto così articolato è fondamentale intervenire con progettazioni che affrontino criticità nel campo degli stili di vita, della prevenzione, dell'alimentazione, del consumo di sostanze, della socialità, dell'educazione, della continuità assistenziale, del benessere psico-fisico che coinvolgono pressoché tutte quelle persone che si trovano in uno stato di *fragilità*.

Dopo questa breve analisi socio-epidemiologica, dal punto di vista organizzativo, il contesto aziendale Triestino è caratterizzato dalla peculiare presenza di un'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata nata nel maggio di quest'anno dall'unione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria e dall'Azienda per l'Assistenza Sanitaria. Quest'unione rappresenta una delle prime esperienze italiane dell'incorporazione di un'Azienda Ospedaliera a carattere universitario all'interno di un'Azienda Sanitaria. Da qui nasce la necessità di implementare la cultura del welfare e la visione sociosanitaria in un contesto dove i professionisti si sono sempre occupati di patologia e cura delle acuzie piuttosto che di *transitional care* e sviluppo delle reti solidali che permettono una presa in carico precoce delle persone nei propri contesti di vita con effettiva riduzione dei ricoveri impropri nei nosocomi cittadini. La neonata ASUITs impiega per svolgere le sue attività circa 4500 dipendenti che operano in organizzazioni territoriali e ospedaliere. Le diverse strutture, in alcuni casi singolarmente e in altri in maniera sinergica, portano avanti numerose progettualità. In un sistema così complesso, che intesse una fittissima rete di relazioni, la frammentazione delle progettualità è un rischio reale che può minare la massimizzazione della sinergia degli interventi e frenare le ricadute positive sulla popolazione. Un'altra problematica è legata al tracciamento e al monitoraggio dei singoli progetti dato il loro numero e la loro portata.

Al fine di contrastare queste *weakness*, nel settembre 2015, la Direzione Sociosanitaria ha attivato degli interventi di sistema al fine di massimizzare la trasparenza nei confronti dei portatori di interesse e per assicurare una gestione sempre più efficace ed efficiente, caratterizzata da un'effettiva partecipazione di tutti i livelli dell'organizzazione e orientata al perseguimento degli obiettivi strategici. Sono stati individuati con decreto i referenti aziendali per il welfare ed è stato istituito un tavolo di lavoro, presieduto dal Direttore Sociosanitario, al quale partecipano almeno 2 referenti per ognuno dei 4 Distretti e dei 3 Dipartimenti ASUITs e anche altri componenti della Direzione Sociosanitaria, per fornire supporto tecnico alla definizione e ottimizzazione delle attività progettuali.

3 Obiettivi

Lo scopo principale del Catalogo Aziendale è stato quello di realizzare una mappatura completa e definita di tutti gli interventi a carattere sociosanitario realizzati dai Distretti e dai Dipartimenti ASUITs valorizzandone gli elementi di taglio più qualitativo: logica progettuale, obiettivi, monitoraggio, piano operativo, comunicazione e promozione, rilevazione degli elementi innovativi e delle *best practice*.

A sua volta l'attività di mappatura ha avuto una doppia valenza per l'azienda: la prima è formativa, dato che ha rafforzato le competenze progettuali in ambito sociosanitario degli operatori coinvolti nell'attività; la seconda è "certificativa", in quanto ha consentito di formulare un giudizio finale complessivo sui progetti e quindi valutarli, aprendo la possibilità a riflessioni su possibili miglioramenti.

La catalogazione ha anche l'obiettivo strategico di massimizzare la sinergia delle attività progettuali, creare nuove connessioni multi e interdimensionali nei modelli di prevenzione, cura, presa in carico, continuità assistenziale e riabilitazione in modo da incrementare l'efficienza e l'efficacia degli interventi e produrre nuove ricadute positive sul territorio, il che permetterà l'individuazione delle *best practice* su cui concentrarsi e di cui promuovere l'utilizzo, anche attraverso la produzione e la diffusione di linee guida in un'ottica di diffusione dei risultati, promozione e pubblicizzazione dei progetti in modo da incrementare il numero di beneficiari raggiunti, consolidare ed espandere le reti di partenariato, rafforzare le collaborazioni con altri enti e attori del terzo settore e, non meno importante, ottimizzare la spesa per la sanità pubblica intervenendo sul rafforzamento del tessuto sociale per prevenire richieste di accesso al sistema sanitario evitabili e ridurre la domanda di prestazioni inappropriate.

4 Metodologia

Per meglio capire la logica del Catalogo Aziendale è opportuno fare alcune premesse sulla progettazione di un intervento in sé.

Semplificando, si può dividere l'arco vitale di un Intervento in quattro fasi principali: Progettazione, Realizzazione, Monitoraggio e Valutazione. Per progettazione si intende la prima fase "creativa" in cui viene formulato un intervento in modo da rispondere a determinati bisogni o criticità. Una volta messe a fuoco le azioni che si intende mettere in atto, si passa alla seconda fase, la realizzazione dell'intervento, rispettando il più possibile le tempistiche prefissate. Contestualmente si svolge, solitamente, anche il monitoraggio, fase cruciale che serve ad individuare e risolvere eventuali difficoltà. In ultimo, la valutazione (sia in itinere che ex post) è necessaria a capire se l'intervento sta raggiungendo o ha raggiunto i suoi obiettivi, generalmente in termini di efficienza, efficacia, impatto e sostenibilità.

La compilazione di una scheda progettuale può essere utile in tutte le fasi poiché funge da riferimento informativo sintetico e obbliga gli ideatori dell'intervento a programmare le azioni in una logica di raggiungimento dei risultati, previsione dei mezzi, suddivisione dei compiti e monitoraggio.

La prima necessità è stata, quindi, creare un modello di scheda che fosse facilmente fruibile da coloro che avrebbero dovuto utilizzarla, ma che fosse anche completa di tutte le informazioni necessarie. Sono stati, dunque, analizzati i modelli di scheda riassuntiva che vengono presentati dalla banca dati Pro.Sa., in modo da realizzare una scheda che rispondesse ai canoni che sarebbero poi stati richiesti dal Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute Dors Regione Piemonte per poter, in seguito, inserire le schede progetto nel loro catalogo nazionale. Si è scelto di prendere spunto dal metodo di lavoro del gruppo Dors in quanto le competenze professionali degli operatori del Centro non afferiscono solo alla cultura biomedica e psicologica, ma anche alla conoscenza di modelli di ricerca documentale, di modelli formativi, di progettazione e di valutazione di azioni di prevenzione e promozione della salute, fino ad arrivare al marketing sociale e alla disseminazione attraverso le tecnologie dell'informazione e i nuovi media.

In secondo luogo sono stati presi in considerazione gli strumenti utilizzati nel *Project Cycle Management (PCM)*, una metodologia di progettazione degli interventi introdotta dalla Commissione Europa già negli anni '90 per migliorare la qualità della progettazione e la gestione degli interventi e ormai universalmente riconosciuta e ampiamente utilizzata, con lo scopo di adeguare le schede agli standard europei ed internazionali della progettazione, nella previsione di una possibile espansione dei progetti locali su scala transfrontaliera e internazionale. La scelta dell'utilizzo del PCM, che prevede la strutturazione in fasi della preparazione e della realizzazione dei progetti e definisce per ogni fase il ruolo dei diversi attori interessati, è stata individuata per focalizzare gli interventi sul raggiungimento degli obiettivi prefissati e individuare nei beneficiari finali il vero cardine della progettazione.

Creata la prima bozza della scheda di raccolta, è stata presentata al gruppo dei referenti aziendali per il welfare, in modo da illustrarne i contenuti, le modalità di compilazione e raccogliere pareri e suggerimenti per l'aggiunta, o la modifica di alcuni *item*. La revisione partecipata con i referenti aziendali ha permesso, in diverse sedute, di ottimizzare la fruibilità della scheda per gli utilizzatori finali.

Contemporaneamente si è lavorato per riprodurre la scheda, precedentemente realizzata con il più comune editor di testo, in Epi Info, un software progettato per la comunità dei professionisti della sanità pubblica e dei ricercatori, utilizzato per indagini epidemiologiche sul campo, lo sviluppo di sistemi di sorveglianza, audit clinici, visualizzazione e reporting di dati. Epi Info è distribuito gratuitamente e consente di operare su più sedi/professionisti, centralizzando l'analisi dei dati e la restituzione dei risultati.

Epi Info permette la realizzazione di moduli informatici per una facile registrazione di dati, la costruzione di database e l'analisi dei dati stessi con statistiche, mappe e grafici.

All'apertura della scheda di raccolta realizzata in Epi Info si presentano all'utente 8 moduli da compilare:

Modulo 1 – Scheda Progetto

Dove vengono inserite le informazioni di carattere generico come il titolo del progetto, l'anno di avvio e di termine e la provenienza del finanziamento.

Modulo 2 – Gruppo di Progetto

Qui vengono elencate le persone che fanno parte della cabina di regia dell'intervento.

Modulo 3 – Enti Coinvolti

Restituisce la visione complessiva del partenariato, la tipologia dei partner e la fase progettuale in cui sono stati coinvolti.

Modulo 4 – Tema di Salute Prevalente

Qui è possibile selezionare, mediante dei menù a tendina, il tema di salute prevalente sul quale si interviene. Per comodità i temi di salute sono stati suddivisi in 9 macro-categorie (Accesso ai servizi per la salute, Alimentazione e Attività Fisica, Ambienti di vita, Dipendenze, Sicurezza, Salute mentale e benessere psicofisico e sociale, Sessualità, Politiche per la salute e Vaccinazioni.)

Modulo 5 – Destinatari Finali

Dove è possibile selezionare tramite dei *flag* i gruppi di popolazione che trarranno beneficio dall'intervento suddivisi in diverse categorie in base a sesso, età e ambiente di vita.

Moduli 6 e 7 – Descrizione del Progetto

Dopo aver selezionato l'obiettivo generale del progetto tra i 9 disponibili (Promozione della Salute, Prevenzione delle malattie e delle disabilità, Miglioramento della qualità della vita, Benessere di comunità, Qualità e appropriatezza delle cure, Centralità della persona/percorsi integrati e continuità delle cure/multidisciplinarietà, Sostegno/inclusione e riabilitazione sociale, Contrasto all'istituzionalizzazione e alle cattive pratiche, Ricerca e conoscenze per la salute) in questi due moduli è possibile inserire le informazioni più discorsive sul progetto: obiettivo specifico, Analisi del Contesto, Azioni previste, Risultati Attesi, Metodologia di Valutazione e Monitoraggio, Possibili sviluppi futuri e Disseminazione del progetto.

Modulo 8 – Spese previste

Questo modulo fornisce le informazioni riguardo l'ammontare dei finanziamenti che vengono investiti nel progetto e da chi vengono messi a disposizione.

Tramite le schede compilabili con un editor di testo, i dati dei progetti vengono raccolti, e inseriti in Epi Info. La compilazione delle schede è a cura dei professionisti formati ad hoc in ogni struttura, mentre dell'archiviazione in Epi Info se ne occupa la Direzione Sociosanitaria che ha, inoltre, inserito come obiettivo di budget incentivato 2016, destinato ai referenti aziendali per il welfare e ai direttori di Distretto e di Dipartimento, le attività di censimento e inserimento dei progetti nelle schede di raccolta al fine di stimolare la partecipazione e l'impegno dei professionisti in questa sperimentazione.

Dopo aver messo a punto sia la scheda di raccolta testuale sia la scheda modulare in Epi Info è stato chiesto ai referenti aziendali per il welfare di selezionare un progetto tra quelli promossi dal proprio distretto o dipartimento e di provare a compilare la scheda testuale con l'aiuto di un esperto, quando necessario.

Sono stati così raccolti i primi 7 progetti (uno per distretto e dipartimento) utilizzati per sperimentare l'adeguatezza della scheda realizzata in Epi Info rispetto alla scheda testuale e i risultati sono stati molto buoni, evidenziando la necessità solamente di alcune piccole modifiche.

Dopo aver verificato l'idoneità degli strumenti di raccolta e di archiviazione, la Direzione Sociosanitaria ha organizzato un corso di formazione aziendale, accreditato ECM, aperto a tutti gli interessati (provenienti anche da altri enti pubblici come il Comune o la Regione) sulla progettazione di interventi a carattere sociosanitario, allo scopo di promuovere la cultura della progettazione strutturata e orientata al raggiungimento degli obiettivi e di mostrare la metodologia di raccolta e catalogazione promossa dalla Direzione Sociosanitaria. Il corso di formazione aziendale ha raccolto la partecipazione di circa 80 professionisti del settore sanitario e sociale ed è stato tenuto da un professionista della progettazione europea e internazionale.

Contestualmente è stato richiesto ai referenti aziendali per il welfare di censire tutti i progetti di carattere sociosanitario promossi dal proprio distretto o dipartimento di appartenenza. Il censimento ha portato all'evidenza 44 progetti, a volte portati avanti in maniera trasversale tra le varie strutture.

A fronte della mole di progettualità portate alla luce dopo il censimento è stata programmata dalla Direzione Sociosanitaria un'ulteriore formazione sul campo dedicata ai referenti aziendali per il welfare al fine di affiancare loro un esperto durante l'inserimento dei progetti nelle schede di raccolta.

Man mano che i progetti vengono inseriti nelle schede di raccolta la Direzione Sociosanitaria provvede ad inserire i dati nel software Epi Info al fine di elaborare le statistiche.

5 Analisi

Come precedentemente detto, i Distretti e i Dipartimenti dell'ASUITs hanno censito 44 progetti a carattere sociosanitario promossi dall'Azienda. Con una prima distinzione eseguita per area target avremo la seguente distribuzione che evidenzia una maggior attenzione nelle progettualità che coinvolgono minori, giovani e famiglie e l'intera comunità.

Tabella 1 – Numero Progetti per Area Target

Area Target	Numero Progetti
Comunità	18
Minori, giovani e famiglie	15
Adulti	2
Anziani	6
Adulti e Anziani	3

Ad oggi le diverse strutture hanno compilato le schede di tutti e 44 i progetti, che sono stati inseriti all'interno del software Epi Info. Dalla tabella sottostante si può capire che la maggior parte dei progetti ha come obiettivo generale la **promozione della salute** (15 progetti), segue il **sostegno, inclusione e riabilitazione sociale** (11 progetti) e al terzo posto troviamo il **miglioramento della qualità della vita** (8 progetti), mentre, ad oggi, nessun progetto si inserisce nell'obiettivo generale **ricerca e conoscenze per la salute** che risulta essere, quindi, quello meno utilizzato.

E' rilevante precisare che i nove obiettivi generali sono stati formulati seguendo le linee di indirizzo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e gli obiettivi esplicitati nella *mission* di ASUITs e che ogni

progetto/intervento è classificato sotto un unico obiettivo generale. Spesso operare questa classificazione comporta una scelta di tipo esclusivo da parte del compilatore della scheda, che deve selezionare la classificazione più idonea per il progetto in base all'area sulla quale il progetto interviene maggiormente. Ciò spiega perché, ad esempio nell'obiettivo generale n. 8 **contrasto all'istituzionalizzazione e alle cattive pratiche** vi sia classificato un solo intervento: molti **interventi di miglioramento della qualità di vita** o di **benessere di comunità** hanno come ricaduta secondaria il contrasto all'istituzionalizzazione (migliorando l'ambiente di vita domiciliare di una persona si può evitare che essa debba essere istituzionalizzata). Come *ratio*, al fine delle analisi statistiche, si è quindi preferito classificare gli interventi secondo l'obiettivo generale sul quale impattano direttamente.

Tabella 2 – Progetti per obiettivo generale

Obiettivo generale	Frequenza
1. Promozione della salute	15
2. Prevenzione delle malattie	2
3. Miglioramento della qualità di vita	8
4. Benessere di comunità	4
5. Qualità e appropriatezza delle cure	1
6. Centralità della persona, percorsi integrati e continuità delle cure, multidisciplinarietà	2
7. Sostegno, inclusione e riabilitazione sociale	11
8. Contrasto all'istituzionalizzazione e alle cattive pratiche	1
9. Ricerca e conoscenze per la salute	0
Totale	44

Come macro tematica di salute prevalente sulla quale si interviene maggiormente troviamo il **benessere psicofisico e sociale – salute mentale** (16 progetti), mentre al secondo posto a pari merito si collocano le macro-tematiche **ambienti di vita** e **accesso ai servizi per la salute** (8 progetti ciascuno). I progetti restanti si collocano, invece, in maniera piuttosto omogenea nelle macro-tematiche **alimentazione-attività fisica**, **politiche per la salute** e **dipendenze**. Anche per il tema di salute prevalente si è operato selezionando un tema di salute esclusivo e appunto “prevalente” del progetto, sempre a fine statistico.

Premesso che ogni progetto può rivolgersi a più fasce d'età destinatarie e che i progetti inclusi nell'area “Comunità” includono tutte le fasce d'età, la distinzione per destinatari dell'intervento ripropone il trend generale. Come visibile dalla tabella sottostante, la fascia d'età che viene selezionata maggiormente come destinataria è quella degli **adulti (60-64 anni)**, subito dopo seguono le fasce d'età **giovani (19-24 anni)**, **adulti (35-44 anni)**, **adulti (55-59 anni)** e **anziani (oltre i 75 anni)**. La fascia d'età, invece, sulla quale si registrano meno interventi è quella dei **bambini (3-5 anni)**.

Tabella 3 – Numero Progetti per fascia d'età

Fascia d'età	Frequenza	Percentuale
Bambini (0-2 anni)	10	22,70%
Bambini (3-5 anni)	8	18,20%
Bambini (6-10 anni)	9	20,50%
Preadolescenti (11-13 anni)	9	20,50%
Adolescenti (14-18 anni)	11	25,00%
Giovani (19-24 anni)	19	43,20%
Giovani (25-34 anni)	18	40,90%
Adulti (35-44 anni)	19	43,20%
Adulti (45-54 anni)	18	40,90%
Adulti (55-59 anni)	19	43,20%
Adulti (60-64 anni)	20	45,50%
Anziani (65-74 anni)	17	38,60%
Anziani (oltre i 75 anni)	19	43,20%

Dai dati è visibile come l'accento venga posto sugli interventi rivolti alla comunità nella sua interezza piuttosto che privilegiare determinate fasce d'età, anche se, per via della peculiare distribuzione demografica della provincia, ci si aspetterebbe di trovarne molti più rivolti esclusivamente agli anziani. Ciò è probabilmente imputabile alla lunga storia di interventi di stampo comunitario e socio-sanitario (un esempio tra tutti le particolari "Microaree" triestine) dell'Azienda Sanitaria Locale che ha sempre puntato sul rafforzare il tessuto sociale nel suo insieme per prevenire il più possibile l'intensificarsi della fragilità socio-sanitaria di categorie di per sé già a rischio e potenziarne la resilienza.

6 Conclusioni

L'ASUITs intende utilizzare il modello presentato non solo per la catalogazione e l'archiviazione dei progetti sociosanitari, ma anche per quelli a carattere sanitario-ospedaliero. Uno dei pregi di questo sistema è la sua versatilità, grazie alla quale può accogliere qualsiasi tipo di progetto. Il software scelto è altamente personalizzabile e modulabile a seconda delle esigenze, caratteristica che lo rende particolarmente idoneo alle finalità dell'iniziativa.

Come già anticipato, l'ASUITs, e in generale la Regione Friuli Venezia-Giulia, si è già attivata per entrare a far parte del gruppo Dors e riversare così i contenuti del Catalogo Aziendale all'interno della banca dati *Pro.Sa.*, che presenta anche essa un modello adattabile alle esigenze di ciascun ente che aderisce alla banca dati e che verrà modellato sullo schema già creato in Epi Info.

In ultimo, al fine di promuovere processi di continuo miglioramento, la Direzione Sociosanitaria intende proporre la creazione di bandi di finanziamento interni all'ASUITs, alle quali le strutture potranno partecipare avanzando delle proposte progettuali costruite secondo il modello della scheda progetto, che verranno valutate da un'ideale commissione. In questo modo le proposte ritenute migliori in termini di efficienza, efficacia, sostenibilità e impatto potranno ricevere un finanziamento, mentre le proposte ritenute non idonee o mal formulate verranno respinte. In questo modo si intende promuovere la cultura dell'utilizzo efficace ed efficiente del finanziamento pubblico, promuovere la trasparenza e instillare un circolo virtuoso di miglioramento professionale nei dipendenti ASUITs.

7 Riferimenti Bibliografici

CENTRO DI FORMAZIONE STUDI, Project Cycle Management – Manuale per la Formazione, Roma

CENTRO RISORSE CAF, Linee guida per la pianificazione e il monitoraggio del miglioramento

FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN, Verso un welfare generativo, da costo a investimento, Fondazione E. Zancan, 2013

ISTAT, Le dimensioni della salute in Italia – Determinanti sociali, politiche sanitarie e differenze territoriali, Roma, 2015

INTERNATIONAL LONGEVITY CENTRE, Towards a new age: The future of the UK welfare state, ILC-UK, London, 2016

OSSERVATORIO SULLE AZIENDE E SUL SISTEMA SANITARIO ITALIANO, Rapporto OASI 2014, SDA Bocconi School of Management, 2014

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA, Rapporto Sociale 2014, Regione FVG, 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government, World Health Organization, London, 2012

WORLD HEALTH ORGANIZATION, The European health report 2015 – Targets and beyond – reaching new frontiers in evidence, World Health Organization – Regional Office for Europe, 2015