

Giuseppe Costa

La salute disuguale e le Case della Comunità. Nuove sfide per il binomio Cultura e Salute

(doi: 10.1446/112787)

Economia della Cultura (ISSN 1122-7885)

Fascicolo Speciale, marzo 2023

Ente di afferenza:

()

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

Licenza d'uso

Questo articolo è reso disponibile con licenza CC BY NC ND. Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it/>

LA SALUTE DISUGUALE E LE CASE DELLA COMUNITÀ. NUOVE SFIDE PER IL BINOMIO CULTURA E SALUTE

di GIUSEPPE COSTA

Summary

Health inequalities and the Community Houses. New challenges for the dual concept of Culture and Health

Among the dimensions of well-being, health is the one perceived as most important by individuals and communities. It is also easier to measure. The distribution of health in the population may therefore be the most useful metric for identifying problems and looking for solutions. Particularly eloquent is the search for health inequalities, because they show that someone has done better than someone else and that change is possible by improving living conditions and access to care for all. Therefore, the metric of unequal health can be the key to activating a change, to be proposed to the local community and to the professionals who build the new Community Houses.

Keywords: health inequalities, metric, integrated community care

JEL code: I14

1. L'ABC della salute e della sanità per chi osserva dal lato della cultura

In tutti i sondaggi la salute risulta la dimensione del benessere che sta più a cuore alle persone, quasi un prerequisito per il buon funzionamento della persona e della comunità. La pandemia ha mostrato con evidenza plastica questo fatto: dal bollettino serale sull'andamento delle infezioni dipendeva se si potesse andare a scuola o al lavoro, usare i mezzi di trasporto, frequentare i locali pubblici.

** Già epidemiologo in Regione Piemonte, Professore emerito di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica e Socio fondatore CCW, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino – Regione Gonzole 10 – 10043 Orbassano (TO), e-mail: giuseppe.costa@unito.it*

La salute può essere considerata come un metro con cui misurare i rischi o i benefici creati dalle condizioni di vita che ci sono date: dalla famiglia da cui si nasce, alle opportunità di sviluppo che si godono, all'ambiente in cui si abita, a quello in cui si lavora, alle risorse materiali o di status o di aiuto su cui si può contare. In ogni passo di questa traiettoria di vita la salute della persona è messa alla prova da fattori di rischio o di protezione, spesso distribuiti in modo disuguale. Possono essere parte del corredo genetico ereditato dai genitori; possono essere fattori che circolano nell'ambiente di vita come microrganismi o inquinanti chimici e fisici; possono essere comportamenti insalubri come l'abuso di sostanze o la sedentarietà e l'alimentazione scorretta o comportamenti rischiosi per la sicurezza; possono essere esperienze di squilibrio tra le sollecitazioni ricevute e le risorse a disposizione, il cosiddetto stress cronico. Da questi fattori disuguali nascono in modo disuguale le malattie e i disturbi fisici e mentali, per la cui diagnosi e cura si ricorre poi alla sanità; ma anche per arrivare alle cure di qualità si incontrano disuguali barriere e opportunità che a loro volta dipendono dall'ambiente, dall'organizzazione sanitaria e dalle competenze e risorse della persona.

La salute dunque si gioca tra queste due stagioni, quella in cui nasce la malattia e quella in cui la malattia viene riconosciuta e curata. La prima stagione è di competenza della prevenzione che deve evitare o interrompere la catena che porta dalle condizioni di vita all'esposizione ai fattori di rischio; in questa stagione sono protagonisti da un lato le politiche che plasmano le condizioni di vita, dal lavoro all'ambiente, dalla scuola alla cultura, dal reddito alla casa, dall'altro lato gli interventi di prevenzione collettiva sui singoli fattori di rischio, come il monitoraggio ambientale o le vaccinazioni o l'informazione e la promozione della salute. La seconda stagione spetta invece all'assistenza sanitaria, che deve riconoscere tempestivamente la malattia per curarla al meglio ed evitarne o mitigarne le conseguenze, soprattutto le limitazioni funzionali; in questa stagione l'ospedale cura la fase acuta e l'assistenza territoriale con la medicina generale e specialistica fanno la prevenzione sanitaria individuale, filtrano i disturbi verso l'ospedale, gestiscono la malattia cronica.

La sanità pubblica ha il compito di concertare queste diverse responsabilità, da quella delle politiche non sanitarie che influenzano le condizioni di vita, a quelle della prevenzione collettiva, dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera. In Italia a fare la sanità pubblica è il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), un presidio del *welfare* chiamato a promuovere e curare la salute su base universalistica e a ridurre le disuguaglianze, un presidio continuamente migliorabile. Le principali lacune della sanità pubblica italiana sono di solito messe in luce dagli stress congiunturali, ad esempio dalle ricorrenti epidemie o dalle ondate di calore o dall'aumento dell'inflazione. Si evidenziano allora la povera capacità di lavoro intersettoriale con quelle politiche non sanitarie che

hanno impatto sulla salute. La prevenzione collettiva risulta sottofinanziata, povera di competenze e sbilanciata a favore della vigilanza sugli adempimenti invece che sulla promozione della salute. L'offerta ospedaliera è il livello di assistenza più adeguato ma pur sempre vulnerabile alla carenza di personale specializzato. L'offerta territoriale è invece il livello di assistenza più in sofferenza anche a fronte del crescente carico di cronicità da gestire.

Queste sono le pedine che si muovono sulla scacchiera della domanda di salute da un lato e della offerta di sanità dall'altro. Il binomio cultura e salute deve così giocare la sua partita, sia sul versante delle condizioni di vita che promuovono luoghi e comportamenti salubri, che sul versante di ambienti di cura più accudenti per chi è assistito e per chi assiste.

A questo orientamento corrispondono gli indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che nella strategia Salute in Tutte le politiche invita tutte le politiche, anche quelle della cultura, dello sviluppo umano e della educazione a interrogarsi su quale salute possono promuovere nel quadro degli obiettivi dello sviluppo sostenibile, in cui i reciproci legami tra le dimensioni del benessere dell'essere umano e degli altri esseri viventi nell'equilibrio del pianeta sono la trama della nuova definizione di *One Health*. Sempre l'Organizzazione Mondiale della Sanità nella sua costituzione propone al sistema delle cure il traguardo dell'*Universal Health Coverage*, un traguardo a cui le arti e la cultura possono concorrere stimolando l'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti e l'alfabetizzazione umanistica dei sanitari.

Queste sfide per il binomio cultura e salute si giocano poi in un contesto nuovo e potenzialmente gravido di opportunità. Con il piano *Next Generation EU* l'Unione Europea ha autorizzato e finanziato spazi inediti di investimento per la ripresa e la resilienza, guardando al futuro delle prossime generazioni. In Italia quest'ultimo atto di programmazione si è tradotto nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che in sei missioni ha destinato risorse senza pari per lo sviluppo e la tutela ambientale, l'innovazione digitale, la mobilità, la scuola, l'inclusione sociale e la salute. Le prime cinque missioni si rivolgono espressamente ai principali determinanti delle condizioni di vita che influenzano la salute (ambiente, mobilità, capacità digitali, educazione, lavoro e supporto sociale); e la sesta missione investe sulla salute puntando a riformare e sostenere con le *Case della Comunità* proprio quell'assistenza sanitaria territoriale che nelle emergenze, compresa la pandemia, ha dimostrato di essere il punto debole della macchina sanitaria e delle disuguaglianze nella prevenzione e nelle cure.

La comunità e la sua casa è il luogo che mancava dove gli attori delle storie di salute che abbiamo richiamato possono imparare a leggerle, interpretarle, trovare quello che non va, correggerlo, facendo crescere abilità, competenze e fiducia.

2. Le Case della Comunità

La missione 6 del PNRR comprende investimenti strutturali e di processo per la riforma dell'assistenza territoriale che la programmazione nazionale ha disciplinato col DM77/2022 definendo tra l'altro standard per le Case della Comunità, standard che a loro volta le regioni stanno applicando nella programmazione delle loro aziende sanitarie. In molti è viva la preoccupazione che questi investimenti strutturali, tipici del dispositivo del PNRR, non siano poi capaci di trainare anche i nuovi contenuti per la sanità territoriale, che sono: salute più prospera e giusta, livelli di assistenza sanitari e non più coordinati e integrati, più sanità di iniziativa e di prossimità, più efficienza nei processi, migliore cooperazione tra politiche locali rilevanti per la prevenzione e la cura, e maggiore partecipazione di tutti gli attori della comunità locale. Queste parole d'ordine delle Case della Comunità hanno solide basi teoriche ed esempi di buone pratiche nel modello di *Integrated Community Care* (ICC) (Van den Broeck *et al*, 2020), un modello che si caratterizza per le seguenti cifre distintive.

Questo nuovo sistema di assistenza territoriale con i suoi attori e strumenti dovrà essere centrato sul valore (di benessere e salute) che dovrà creare per le persone in modo proporzionale al bisogno. Un bisogno che va cercato attivamente tramite una lettura plurale e corale del territorio e dei suoi bisogni da parte degli attori della comunità che ne diventano così protagoniste.

La ricerca dei bisogni e delle soluzioni (a loro volta basate su prove di efficacia) dovrà seguire un approccio di iniziativa e non di attesa: questo requisito richiede un atteggiamento di ricerca attiva con anticipazione dei rischi e dei bisogni e relativa presa in carico secondo gli indirizzi delle linee guida, contestualizzate in percorsi specifici per il territorio, pensati per rispondere anche a chi è in condizione di maggiore vulnerabilità sociale, seguendo una logica di capacitazione e generazione di autonomia.

Tutti gli attori della comunità concorreranno a questo scopo, i servizi sanitari e sociali, gli enti locali, i protagonisti del privato produttivo e sociale, improntando i loro stili di impresa (privato) o di *management* (pubblico) in modo intersettoriale e multilivello.

Le soluzioni così nasceranno da un processo di ricerca-azione in cui tutti questi attori imparano valutando cosa funziona meglio, partendo dall'esperienza e dal confronto, configurando in questo modo un governo che è al tempo stesso orizzontale, perché aperto a tutti i contributi, e competente, perché capace di apprendere dai dati dell'esperienza. Le soluzioni introdotte dovranno poi essere sostenibili, cioè essere introdotte per funzionare nell'ordinario e non solo nei progetti sperimentali.

In questo modo nella comunità si farà crescere anche il capitale sociale, cioè una speciale capacità di generare nuove risorse e funzionamenti nelle persone della comunità, attraverso nuovi linguaggi, culture e meccanismi di *governance*, i cui apprendimenti potranno andare oltre quelli di salute per i quali sono nati. Le Case della Comunità saranno il

luogo, l'occasione, il simbolo di questa trasformazione a cui gli attuali servizi del territorio nei vari luoghi in cui operano e gli attuali attori della comunità sono chiamati a partecipare come agenti del cambiamento.

Cosa devono fare (e cosa non debbono fare) questi attori per tendere a questo modello, rinnovando i luoghi delle cure sanitarie e sociali e della prevenzione, il loro ruolo e le loro competenze, compresi gli strumenti di loro responsabilità?

Seguendo le priorità già definite nei due Piani Nazionali, Cronicità e Prevenzione, le regioni e le aziende sanitarie devono riprogettare le loro regole di funzionamento sotto forma di un *meta* PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) per le malattie croniche e le limitazioni funzionali, che si preoccupi di disciplinare con procedure tecniche di provata efficacia la prevenzione e l'assistenza lungo tutta la piramide del fabbisogno di un assistito (che va dalla base dei molti sani chiamati a collaborare nella prevenzione, alla fascia di mezzo di chi ha una semplice malattia cronica gestibile secondo linee guida standard, alla punta di chi soffre di multimorbidità e di fragilità che deve essere preso in carico nella sua complessità). Questo *meta* PDTA deve integrare tra loro i contributi di base e specialistico di ogni figura professionale secondo processi regolati e condivisi nelle responsabilità; deve coordinare la responsabilità sanitaria con quella sociale e delle altre politiche locali; deve attivare relazioni orizzontali di cooperazione e responsabilità con tutte le risorse per la salute che sono mobilitabili nella comunità e nel territorio, per farli diventare una comunità e un territorio che curano; deve dematerializzare e semplificare processi e prodotti intorno al fascicolo elettronico e alla telemedicina; deve imparare ad apprendere dalla propria esperienza attraverso un sistema di valutazione continuo e una metrica di misura dei prodotti e dei risultati. Questo impegno deve seguire un approccio di medicina di iniziativa che sia fatto su misura della posizione di ogni assistito nella stratificazione del rischio, per ottimizzare le capacità e competenze necessarie in tutta la piramide della cronicità, dalla prevenzione, all'autocura, all'aderenza a linee guida fino al piano di assistenza individuale per la gestione della fragilità.

Per ognuna di queste innovazioni i territori in Italia possono già contare su esperienze esemplari che hanno coinvolto molti attori dentro e fuori la sanità locale (Costa *et al*, 2017, Di Monaco *et al*, 2020; Zengarini *et al*, 2021) e nuove esperienze nasceranno ancora con l'avvio delle Case della Comunità. Serve un investimento di ingaggio armonizzazione e arricchimento di competenze attraverso formazione, accompagnamento, valutazione, meccanismi incentivanti per allargare sempre di più la comunità degli agenti che conoscono e possono moltiplicare queste linee di cambiamento, motivandoli attraverso i miglioramenti di risultato che li riguardano più da vicino. In questo processo di sviluppo le Case della Comunità diventano il contesto dove più il binomio cultura e salute potrebbe fecondare l'innovazione con le sue intuizioni, i suoi strumenti e le sue buone pratiche.

3. La metrica della salute disuguale

Il traguardo di un benessere più abbondante e giusto nella comunità dipende dalle scelte che ogni attore deve fare nel suo settore di competenza, sanitario e non sanitario. Ognuno di questi settori si prefigge risultati di promozione e salvaguardia del benessere (l'esito ultimo degli sforzi delle politiche pubbliche) che però si misurano su metriche spesso tra loro non comunicanti, con la conseguenza che proprio uno dei requisiti della Casa della Comunità, che sarebbe la condivisione della responsabilità tra settori diversi, non si riuscirebbe a realizzare per carenza di una metrica comune di comunicazione e co-decisione tra i settori.

In introduzione si è accennato al fatto che la salute sarebbe la miglior candidata per coprire questo ruolo di metrica comune, perché tra tutte le dimensioni del benessere la salute è la più analiticamente rilevata in tutta la popolazione in modo continuo nel tempo, e perché è trasversalmente sensibile all'influenza di tutte le politiche. Questa metrica diventa ancora più eloquente quando la si declina lungo l'asse delle disuguaglianze sociali e geografiche, perché la salute disuguale misura quale guadagno sarebbe possibile se le nostre azioni riuscissero a ottenere per tutti i livelli di salute che i più avvantaggiati hanno già mostrato di saper raggiungere. Tra l'altro una metrica così è anche quella che la nuova economia e finanza di impatto si aspettano di maneggiare per fare scelte ben informate sulle priorità di investimento. E così che alcuni progetti pilota di Case della Comunità si stanno costruendo intorno al filo rosso della metrica della salute disuguale (Costa *et al.*, 2022). La tesi di queste esperienze è che tutti gli attori della comunità devono misurarsi con le disuguaglianze nei bisogni di salute della Comunità, la cui evidenza stimolerebbe ad attivare processi di *audit* clinico ed organizzativo, dove tutti i partecipanti sarebbero chiamati a cercare cause evitabili delle disuguaglianze osservate, la cui soluzione dovrebbe diventare la prima occasione di costruzione del nuovo modello di assistenza territoriale. In questi primi esperimenti in provincia di Torino i bisogni prioritari vengono scelti tra le disuguaglianze osservate in tre categorie di indicatori: la frequenza delle principali malattie croniche e della fragilità clinica (ad esempio la frequenza del diabete raddoppia passando dai quartieri più ricchi ai più poveri), la frequenza di accesso alle prestazioni essenziali di cura (dopo la pandemia l'accesso alla protesi del ginocchio è più limitato di un terzo tra le persone più socialmente svantaggiate che ne hanno bisogno) e la frequenza di risultati di qualità (dopo la pandemia la probabilità di un infarto di essere rivascolarizzato entro novanta minuti è inferiore di un 10% tra i pazienti socialmente svantaggiati). Se si trovano disuguaglianze così significative, allora significa che ci sono luoghi o persone che fanno meglio di altri in termini di salute, accesso e risultati delle cure. Se è così, vuol dire che c'è spazio per un miglioramento, a patto che si identifichino i meccanismi attraverso cui si generano queste disuguaglianze, sapendo che dietro ad ogni meccani-

smo ci sono responsabilità che, se ben identificate e coinvolte, possono diventare *partner* di azioni di cambiamento orientate a creare valore di salute più uguale per le persone. Questo processo comunitario di *audit* della salute disuguale potrebbe essere correntemente esigibile se diventasse obiettivo verificabile delle Direzioni Aziendali e di Distretto.

Il *welfare* culturale ha già buona confidenza con la salute disuguale: la cultura avrebbe molto da insegnare e da fare per contribuire a “capacitare” le persone povere di risorse competenze e potere a stare sulla scena della vita senza farsi troppo male, ma sarebbe importante incominciare a misurare in modo operativo gli specifici meccanismi culturali che concorrono alla salute disuguale. Inoltre questi processi di *audit* della salute disuguale mettono in moto ricostruzioni comunitarie di storie, circa il modo con cui nascono e possono essere contrastate le disuguaglianze osservate, storie che possono diventare fonte inedite di ricerca e occasioni di salute e sanità narrativa da valorizzare nella comunicazione e nella formazione da parte del *welfare* culturale.

4. Può essere la strada per la salute più uguale in tutte le politiche?

Siamo partiti dalle potenziali innovazioni che stanno incubando sotto la creazione delle Case della Comunità, un luogo dove il binomio cultura e salute può trovare nuovo spazio d’iniziativa per concorrere a creare comunità coese consapevoli e protagoniste del proprio destino di salute dentro e fuori della sanità. Abbiamo riconosciuto nella applicazione della metrica della salute disuguale nelle Case della Comunità uno strumento necessario per giustificare e condurre processi comunitari di ricerca-azione ancorati al valore di una salute più uguale per tutti. Ma a buone dichiarazioni di principio seguiranno come al solito modesta implementazione e risultati ancor più poveri? È possibile evitare questa apparentemente inesorabile deriva delle innovazioni in Italia?

Fin dal 2017 il Ministero della Salute insieme ai suoi enti centrali, con la collaborazione delle Regioni, ha proposto una strategia denominata *L’Italia per l’Equità nella Salute* (Ministero della Salute, 2017) che al suo interno conteneva il proposito di aumentare la possibilità e la competenza di ogni centro di responsabilità di identificare nel proprio ambito di funzionamento le disuguaglianze di salute più evidenti, di indagarne i meccanismi di generazione e di attivare specifiche azioni in grado di contrastarli. In gergo questa strategia è chiamata Health Equity Audit (HEA) (Pilutti *et al.*, 2018) e dovrebbe aiutare tutti gli attori del SSN a indossare le lenti dell’equità nel loro agire quotidiano, dal Ministero agli Assessorati regionali, dalle Direzioni delle Aziende Sanitarie Regionali alle Direzioni di Distretto e Dipartimento, dai professionisti medici e sanitari. Ma non solo, questa attitudine dovrebbe coinvolgere anche le parti sociali, così come gli Enti Locali e ai Ministeri che decidono sulle politiche non sanitarie a potenziale impatto sulla salute. Per

raggiungere questo obiettivo, sarebbe fondamentale da una parte che a tutti questi attori fosse facilitato e garantito l'accesso a dati stratificati per posizione sociale attraverso i quali rilevare e valutare l'esistenza di livelli disuguali di salute, e che dall'altro lato essi stessi siano incentivati dalle proprie regole di rendicontazione a fare da guardiani dell'equità di salute per il campo di loro competenza. Questo significherebbe rendere l'HEA un requisito valutativo irrinunciabile per giudicare i livelli di garanzia e qualità dei LEA nella prevenzione e nell'assistenza.

In effetti negli ultimi cinque anni l'Italia attraverso l'ISS ha coordinato la Joint Action "Health Equity Europe!" (JAHEE) accompagnando 24 Ministeri della Salute europei in un impegno di miglioramento delle capacità di risposta alle disuguaglianze di salute anche attraverso l'implementazione di più di 70 azioni innovative (Bucciardini et al., 2023). Le azioni di JAHEE realizzate in Italia hanno provato a rendere esigibile e praticabile l'HEA in ognuno dei passaggi cruciali della programmazione sulla salute. Nel caso della prevenzione l'HEA è diventato obbligatorio nel disegno di tutti i programmi predefiniti e liberi dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP). Nel caso del Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) un indicatore di equità dei LEA è stato introdotto nel nuovo decreto e la sua elaborazione è stata sperimentata in quattro regioni pilota che hanno messo a punto sistemi di interconnessione di dati sanitari e sociali. Nel caso della qualità dei LEA, il Programma Nazionale Esiti (PNE) ha sistematicamente esaminato i suoi indicatori di qualità ed esito in base a genere e cittadinanza.

Questi risultati preliminari sono incoraggianti ma andrebbero consolidati nel contesto della riforma della assistenza sanitaria territoriale con le Case della Comunità, che è una finestra di opportunità unica, dove serve un mandato esplicito per agire sui determinanti della salute disuguale con le innovazioni dell'ICC, sostenuti da azioni di facilitazione sui sistemi informativi e sulle regole di rendicontazione, da un impegno di *capacity building* nei confronti dei diversi attori e da una comunicazione coerente. Per promuovere questo impegno nelle istituzioni competenti serve autorevolezza e capacità di patrocinio a cui il *welfare* culturale potrebbe concorrere.

Riferimenti bibliografici

- BUCCIARDINI, R., ZETTERQUIST, P., ROTKO, T., PUTATTI, V., MATTIOLI, B., DE CASTRO, P., NAPOLITANI, F., GIAMMARIOLI, A.M., KUMAR, B.N., NORDSTROM, C., PLANTZ, C., SHAJANIAN ZARNEH, Y., OLSSON, G., AHRNE, M., KILPELAINEN, K., LOPEZ-ACUNA, D., VANTARAKIS, A., MARRA, M., NESSI, C., COSTA, G. (2023), «Addressing health inequalities in Europe: key messages from the Joint Action Health Equity Europe» (JAHEE), *Archives of Public Health*, pp. 81-89

- COSTA, G., DI MONACO, R., PILUTTI, S., DALL'OCCO, F., BENA, A., FASANO, P., GNAVI, R., LANDRISCINA, T., MIGLIARDI, A., PICARIELLO, R., SPADEA, T., STRIPPOLI, E., ZENGARINI, N. (2022), «L'opportunità del PNRR: le case della comunità», in Giulia Cesaroni e Marina Davoli (a cura di), *Salute ed equità nella Regione Lazio*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, pp 123-164.
- COSTA, G., STROSCIA, M., ZENGARINI, N. (2017), *40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche*, Inferenze.
- DI MONACÒ R., PILUTTI S., D'ERRICO A., COSTA G. (2020), *Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste*, Italy, *SSM Population Health*, vol. 12 n. 1006777.
- MIRISOLA, C., RICCIARDI, G., BEVERE, F., MELAZZINI, M. (2017), *L'Italia per l'equità nella salute*, Ministero della Salute.
- PILUTTI S, COSTA G, D'ERRICO A, DI MONACO R. (2018), «L'Health Equity Audit per un welfare equilibrato: dalle disuguaglianze sociali e di genere alle capacità di controllo sulla salute», *La Rivista delle Politiche Sociali*, vol. 1, pp. 173-192.
- VAN DEN BROECK P. e T. BRAES (2020), *Integrated community care 4all. New principles for care strategy. Paper to move ICC forward*. TransForm, the Transnational Forum for Integrated Community Care, Network of European Foundations, link: Accessible at [TransForm_ICC4all_strategy-paper.pdf](https://transform-integratedcommunitycare.com/TransForm_ICC4all_strategy-paper.pdf) (transform-integratedcommunitycare.com)
- ZENGARINI, N., PILUTTI, S., MARRA, M., SCAVARDA, A., STROSCIA, M., DI MONACO, R., BECCARIA, F., COSTA, G. (2021), «Focusing urban policies on health equity: the role of evidence in stakeholder engagement in an Italian urban setting», in *Cities & Health*, vol. 6 n. 5, pp. 937-949.

