

Informazione e conoscenza nei sistemi sanitari pubblici

Gianni Tognoni, Gianni Baccile, Marilena Romero, Marta Valerio

RPS

*La disponibilità di conoscenze-
informazioni in settori ad alto
contenuto di tecnologia
e con forti implicazioni economiche
come la sanità, è considerata
assolutamente critica
per garantire affidabilità alle
decisioni gestionali. A partire
dall'esperienza concreta del loro
lavoro di ricerca epidemiologica
in diversi campi dell'assistenza*

*(che prevede un uso
molto intensivo di dati),
gli autori propongono,
e documentano con scenari
concreti, una lettura
«capovolta» del problema:
i dati possono essere
solo fuorvianti o irrilevanti, se
non sono ogni volta interpretabili
e riconducibili ad un progetto
esplicito di sanità come diritto.*

1. Quadro di riferimento e ipotesi di lavoro

Questo contributo non affronterà la questione dei «dati» relativi alla conoscenza, all'informazione, alla decisione politica, ma si concentrerà sulla presentazione e la discussione dello stato dell'arte (e magari delle prospettive) di quanto riguarda la disponibilità e il peso di dati che descrivono lo stato di salute/malattia delle popolazioni (e dei relativi costi/carichi economici), per analizzare criticamente il ruolo dei dati stessi, (numeri, stime, percentuali, trend, bilanci, ecc.) nei percorsi e nei processi decisionali di un sistema sanitario (e specificamente di quello italiano). Per questo tipo di finalità si rinvia ad un precedente, ed esteso, contributo già comparso su questa rivista (Lepore e al., 2007). Il passo metodologico e concettuale che qui si intende compiere è piuttosto assumere come ipotesi di lavoro un'altra prospettiva, che si può articolare in tre affermazioni:

- 1) per la salute e i sistemi sanitari i dati sono una variabile importante, ma «dipendente»: non possono cioè essere lo snodo e il criterio di riferimento delle pianificazioni e/o delle valutazioni;
- 2) la salute – e la sua traduzione organizzativa-istituzionale in termini di sistema sanitario – è un progetto e un immaginario, che ha nei dati (che quantificano e qualificano malattie e morti, costi o carichi assi-

stenziali, disponibilità o assenza di risorse, ecc.) *uno* dei suoi indicatori e strumenti;

3) questa marginalità dei dati deve essere – paradossalmente – considerata sempre più sostanziale, quanto più lo sviluppo degli aspetti tecnologici (e dei relativi costi economici) della medicina e dei sistemi sanitari sembrerebbe spingere verso una logica rigorosamente quantitativa, perfettamente rappresentata nella evoluzione del «comparto sanitario» in tutti i paesi, e in particolare in Italia. Da 15 anni infatti il nostro paese ha, come filo conduttore delle politiche riguardanti la salute, la trasformazione di un Servizio sanitario nazionale (espressione di un progetto e di un dettato costituzionale) in un capitolo della programmazione finanziaria (a livello centrale o regionale).

Mentre si rimanda ad una documentazione più esplicitamente storica di questa evoluzione, che ha comportato una vera e propria manipolazione e trasformazione del linguaggio della sanità, a livello italiano e internazionale (Tognoni e al., 2006; Maciocco, 2008), l'obiettivo di questo contributo è quello di proporre un percorso che riguarda più specificamente le implicazioni dell'ipotesi di lavoro sopra enunciata per orientarsi sui rapporti tra i termini che danno il titolo a questa monografia: conoscenza, informazione, decisione politica.

2. Al cuore della produzione e del senso di conoscenze-informazioni

2.1 Sulla valenza immaginativa della salute

La salute appartiene soprattutto, e più a fondo di qualsiasi altra realtà, all'universo dell'immaginario. La sua definizione infatti non è riconducibile a criteri/conoscenze/esperienze che ne descrivono l'assenza – le malattie fino all'estrema loro manifestazione che è la morte –, ma alla percezione e all'aspettativa che ognuno ha – come individuo e come membro di una collettività culturale – della vita. Questa, a sua volta non è racchiudibile nelle sue «misure» più classiche, la durata e/o lo star bene fisicamente e mentalmente nella gestione del vivere di tutti i giorni. Le attese, e le promesse, di vita non sono la somma di certezze, speranze, indicatori che assicurano il benessere, o che insinuano la paura, del dolore e/o della dipendenza e/o della sofferenza. Gli scenari proposti nella tabella 1 – che appartengono da sempre all'immaginario umano – sono un promemoria, semplificato ma essenziale, di questa autonomia della vita dalle sue misure quantitative, e

dalle definizioni che pretendono di ricondurla alle conoscenze/informazioni che derivano da, e appartengono in modo privilegiato a, una disciplina, la medicina, e a competenze che pretendono di far coincidere la comprensione e la gestibilità della «salute come indicatore di vita», con la crescita, sempre più esponenziale, di conoscenze relative all'una o all'altra delle espressioni-funzioni organiche e/o comportamentali dell'essere umano (come singolo e/o come collettività). L'interpretazione, e il (non)senso, che (ci) si dà degli scenari della tabella 1 appartengono di fatto ad un universo di «valori» che vengono «giocati» (nel senso più letterale del termine: individualmente e collettivamente) con una variabilità e una contraddittorietà irriducibili a qualsiasi categoria o misura pre-definita esclusivamente dall'esterno degli individui e della società. Qualsiasi progetto di produzione di *conoscenze*, e di una loro trasformazione in *informazioni* che si assumono come criterio di *decisioni politiche* riguardanti (somme di) individui e popolazioni, deve fare i conti con questo quadro di riferimento primordiale. Gli interventi, le strategie, gli investimenti – di ricerca, di assistenza, di tecnologia – sono, imprescindibilmente, variabili dipendenti dagli immaginari di vita che individui e collettività assumono, per sé e per gli altri, come criterio di orientamento e di scelta.

Tabella 1 - Alle radici dei «valori» di riferimento

1	La infinita variabilità delle definizioni culturali dell'inizio-fine vita
2	Le morti/sofferenze/atrocità programmate/giustificate/osannate nelle guerre
3	La «durata» vs il «senso» vs la «sofferenza» della vita: l'immaginario soggettivo/individuale vs quello sociale/collettivo vs quello «religioso»
4	Il diritto umano alla «salute come indicatore di vita» trasformato in negazione all'accesso alla salute/vita come «normale» espressione del libero mercato
5	La salute/malattia come ambito di razionalità/scienza vs di «credenze» vs di casualità/destino

2.2 Sulla gestione sociale del rapporto salute-malattia

I sistemi sanitari sono la prima, più visibile, e più fondamentale espressione del modo con cui la società e gli individui che la compongono – all'interno di realtà nazionali o regionali, e, inseparabilmente, nella articolazione delle tante realtà di cui è fatto l'universo degli umani – cercano di tradurre/gestire l'immaginario della vita in quel comparto particolare che è la gestione del rapporto tra salute e malattia. Le

categorie di riferimento che possono determinare i contenuti, la direzione, la gerarchia delle conoscenze e delle informazioni che portano a decisioni politiche (= alla possibilità e alla modalità di gestire l'immaginario in modo da farne una sempre più accessibile e fruibile espressione/garanzia di vita) non appartengono a loro volta a competenze specifiche di una o più discipline tecniche (medicina, economia, o tecnologie varie). Sono indicatori di una progettualità più complessiva che riconosce, come parole chiave e misura di legittimità/appropriatezza, i termini che affermano e rendono fruibile ai singoli e alle collettività i «diritti di vita»: quelli fondamentali, o universali, che vedono gli umani come soggetti titolari – tutte/i alla pari – della possibilità di far coincidere il proprio immaginario di vita con la sua fruibilità *anche* in quel comparto/indicatore che è la salute. La Dichiarazione universale e la Costituzione italiana sono la fonte di conoscenza e la guida alle informazioni necessarie e imprescindibili perché la salute/sanità siano indicatori e comunicatori/formatori di democrazia e civiltà. La tabella 2 indica, a titolo esemplificativo generale non certo esaustivo, le implicazioni concrete di questo secondo livello

Tabella 2 - Domande

1	Perché deve «valere di più» (come investimento assistenziale, sociale, economico) un paziente oncologico con cort(issim)a attesa di vita, rispetto ad un paziente psichiatrico a rischio di non-autonomia per una vita?
2	È possibile sostituire/integrare le statistiche (aziendali, regionali, ecc.) che sommano, moltiplicano, dividono procedure ed episodi di malattia (e i loro costi) con rapporti che, a partire (anche) dai numeri, raccontano e rendono visibili le storie delle persone coinvolte?
3	Le prestazioni «essenziali» hanno come categoria di riferimento le «evidenze scientifiche»? Le compatibilità economiche di tetti di bilancio definiti in competizione con capitoli come le spese militari? Una politica di informazione/trasparenza sanitaria che permette, con flessibilità, «aggiustamenti» locali dettati dalla collettività?
4	Come mai nelle facoltà «sanitarie» il «diritto» entra al massimo sotto forma di diritto assicurativo o di medicina legale, e non come conoscenza/informazione obbligatoria in termini di diritti umani?
5	Come può essere «civile» (= legittimo) il convivere parallelo (in un mondo che vive la propria globalità in visione diretta e in tempo reale) di paesi con aspettative/immaginari/possibilità di vita (e cause di malattie/morte) che appartengono a epoche storiche diverse?

di conoscenze/informazioni che devono essere disponibili e accessibili perché le decisioni politiche non riguardino aspetti particolari – e perciò fuorvianti, sostitutivi – della salute/sanità, ma ne facciano *una* componente di una progettualità che interessa la vita delle persone, e non solo l'una o l'altra procedura che mira a garantire/restituire salute/sanità/assenza di malattia/dolore/morte al loro ruolo di indicatore e strumento.

2.3 Sulla funzione dei dati tecnici in sanità

È solo a questo punto che si può parlare del se e come conoscenze e informazioni «sanitarie» possono essere prodotte, distribuite, valutate in termini di affidabilità, priorità, necessità per guidare decisioni politiche. I dati tecnici che diventano disponibili su tutti gli aspetti della salute/sanità – sempre più numerosi, e perciò sempre più esposti ad essere ridondanti, manipolabili, interpretabili non per quello che sono ma per il progetto cui sottendono – sono per definizione l'anello più debole perché perennemente ambivalente di un sistema di conoscenze/informazioni. Il loro ruolo può essere infatti:

- ♦ quello di ridurre la qualità e il senso alla quantità;
- ♦ quello di guidare ad una comprensione dei problemi condivisa tra proprietari di competenze e titolari di diritti;
- ♦ quello di stabilire gerarchie di dipendenza, tra gestori di risorse, e utenti che sono di fatto «oggetto» di decisioni;
- ♦ quello di far assurgere a norma una conoscenza/informazione che privilegia *un* aspetto del problema, nascondendone o negandone altri;
- ♦ quello di promettere/assicurare che la realtà è sotto controllo, invece di mettere in evidenza il non-noto e l'incerto;
- ♦ quello di servire ad un disegno «politico», di immaginario, che assegna il diritto di vita a chi è cittadino di un sistema, cancellandone il significato universale perché nega di fatto lo stesso diritto ai non-cittadini;
- ♦ quello di pianificare l'efficienza di un sistema, misurandola sulla sua capacità di essere compatibile con risorse allocate secondo criteri di disuguaglianza programmata o dichiarata inevitabile (nella realtà quotidiana di un paese, e ancor più nella sua riproposizione a livello globale come informazioni piene di numeri e statistiche che rendono assuefatti a questa inevitabilità);

RPS

Gianni Tognoni, Gianni Baccile, Marilena Romero, Marta Valerio

- ♦ quello di concentrare l'attenzione sui bisogni inevasi, sulle minoranze che non hanno ancora risposte, o sulle maggioranze che potrebbero averle, ma non sono entrate ancora (né programmate per entrare) nell'area della loro fruibilità.

I dati oggi sono disponibili per svolgere tutti questi ruoli. Le tabelle 1 e 2, e gli scenari che si propongono al paragrafo 3 ne sono esempi. Il loro senso – la loro essenzialità o la loro ridondanza o la loro utilizzazione fuorviante: e perciò la loro funzione di conoscenza e di informazione in vista di e nelle decisioni politiche – è strettamente dipendente dal se e come li si vuole «dipendenti» (= capaci di ricordare le imprescindibilità) dai quadri di riferimento – immaginario, diritto – di cui detto ai punti 2.1 e 2.2.

3. I dati a confronto con gli immaginari – Scenari operativi

C'è solo l'imbarazzo della scelta – e i limiti di spazio per un contributo concepito più come una guida metodologica e concettuale, che come un repertorio di esempi dettagliato, per cui si rimanda ad altre pubblicazioni (Valerio e al., 2008; Aa.Vv., 2009b; Iglehart, 2009) – se si vuole documentare con «dati concreti» la tenuta e la praticabilità dell'ipotesi di lavoro che si è sviluppata fin qui.

È bene partire da dati che toccano (più) direttamente le «aspettative di vita» e che a prima vista sembrano i più lontani dal quotidiano della sanità e dei problemi assistenziali più frequenti e gravosi. Sono tutti di fatto parte della cronaca quotidiana, e protagonisti assoluti ed esemplari dei rapporti complessi e contraddittori, razionali ed emotivi, informati e ignoranti, politici, culturali, ideologici, che interessano i termini che sono la trama e il motivo di questa nota: quale è il peso della *conoscenza* sulla affidabilità e la logica di una *informazione* (quale? tecnica? immaginaria?) chiamata a produrre decisioni? Ricostruirli nel dettaglio non ha molto senso. È sufficiente accennare le trame, per provare poi a trarre delle conclusioni.

3.1 Dibattiti (e referendum!) su cellule staminali

Quanti sono i malati «incurabili» che potrebbero beneficiarne? E per quali malattie? e quando? I numeri si sono sprecati e si sprecano:

- ♦ dalle «minoranze» con patologie come la sclerosi laterale amiotrofica, per la quale non esiste però ancora neppure una epidemiolo-

gia degna di questo nome: che non si limiti cioè a «contare», spesso in modo approssimato, i casi, ma ne descriva le variabilità delle storie, la non-evitabilità della progressione con i farmaci disponibili, la carenza di percorsi assistenziali integrati, la infinita variabilità delle attese di vita, o del desiderio di chiuderla dignitosamente (vedi <http://lec.negrisud.it>);

- ♦ alle «maggioranze», dei pazienti con diabete, o con insufficienza cardiaca, o con infarto, o altro, di cui non sono noti (e nessuno si preoccupa di identificarli quali-quantitativamente) i casi che veramente avrebbero bisogno di queste cure «di futuro»; per produrre conoscenze/informazioni che non illudano, e che permettano decisioni politiche di investimenti di ricerca mirati, e «collaborativi» (= dove la competizione tra gruppi abbia uno stimolo non solo economico, ma sia espressione di un progetto di società/solidarietà);
- ♦ alle patologie rare/orfane, di cui si continua a proclamare la numerosità (reale), ma per le quali non esiste una epidemiologia che ne tracci una mappa quali-quantitativa, a livello delle regioni o nazionale, che metta in evidenza la capacità di farsene carico *ora* (= diritto fruibile di assistenza, riabilitazione, accompagnamento), e non soltanto in un futuro senza tempo.

3.2 Oncologia

I costi delle terapie «innovative» stanno diventando intollerabili per il Ssn (e per fortuna c'è questo, altrimenti non ci sarebbe spazio neppure per un mercato «libero»). Quale è l'aspettativa di vita «in più» che «vale la pena» di pagare: 3 settimane, 3 mesi? A che costi economici? E umani? Le *conoscenze* sulla limitatezza dei benefici reali nella gran parte dei casi avanzati/in ricaduta sono molte precise. L'*informazione* sul diritto delle persone (singoli o categorie con l'uno o l'altro tipo di tumore) è assolutamente deviata, nel senso di dare speranze che sono spesso illusioni. Problema medico? Di bilanci aziendali o statali? O problema di discussione su che cosa è «essenziale», «dignitoso», oggetto possibile di scelte informate? Perché i dati dicono, senza ombra di dubbio, che la variabilità dei comportamenti medici è assoluta (basta vedere i bilanci di ospedali/reparti comparabili per carico di pazienti), e così poco si concentra l'attenzione (= produzione di conoscenza e informazioni) su quello che succede di fatto ai pazienti in termini di sopravvivenza «dignitosa»? I dati di consumi/costi sono

ben aggiornati: tanto da dispensare dal produrre e discutere quelli sul destino dei pazienti? Il dibattito deve essere «tecnico» o pubblico? Interesse bilanci aziendali, o scelte «politiche» (= di immaginari concreti) che tengano conto anche di quanto una concentrazione di investimenti/spese sulla «innovatività tecnologica», significa in termini di sottrazione di risorse ad aree/popolazioni/vite che non hanno bisogno di tecnologia vendibile come merce, ma di «presa in carico» da parte di personale (sempre più carente), integrato da «coloro che si prendono cura» (per scelta? destino?)?

3.3 Fragilità, disabilità, riabilitazione, non-autonomia (fisica e comportamentale)

Sono aree di disagio, rischio e sofferenza molto diffuse: di diritto/i certo/i, almeno come affermazione e riconoscimento. Le conoscenze dicono che abbiamo pochi strumenti tecnologici efficaci. Dicono anche che molto si può fare per rispettare – se non restituire – il diritto ad una vita dignitosa alle persone che «abitano» in queste aree. Quanto grande è l'insieme di queste aree? I dati sono molto approssimati per eccesso, o per difetto: secondo quanto conviene; secondo il ruolo che si vuol far loro giocare (v. par. 2.3). Per far consumare farmaci sostanzialmente inutili o dannosi per anziani con disturbi cognitivi fino alla demenza, i numeri si moltiplicano, moltiplicando le spese. Per assegnare «badanti» o assegni di sostegno si fanno stime al ribasso: o, per opportunità politiche, di rialzo. E si scopre che anche nelle città e regioni «virtuose», che rispettano costi standard, che sono ridondanti di dati su bilanci più o meno compatibili con i tetti di spesa, si può «scoprire», e nascondere, che sono centinaia (o migliaia?) i «poveri» (malati? persone?) che non hanno accesso ai servizi minimi (sociali? sanitari?). Dati che producono conoscenze «flessibili», contrattabili: che possono andare in direzioni opposte. Informazioni che coincidono con promesse, e non con risultati. Decisioni politiche che sono prese in modo separato tra attori sanitari e sociali, lasciando buchi informativi che permettono di ignorare i problemi (Saugo e al., 2007). Quanti sono gli «afasici» che potrebbero essere recuperati al diritto alla parola, se la riabilitazione non fosse una procedura tempificata in poche settimane (perché solo così è rimborsabile), invece che programmata secondo le variabilità dei bisogni delle persone? E quanti sono i malati psichiatrici trattati con i «nuovi» antipsicotici, molto più costosi ma non più efficaci dei «vecchi» farmaci, ma che non hanno la possibilità di fruire di reti sociali che li accompagnino, perché i «servi-

zi» sono misurati sulla loro produttività di prestazioni, e non sul destino di autonomia dei loro pazienti?

3.4 Farmaci, esami diagnostici, ecc.

La logica dei dati concentrati sulla documentazione dei costi più che dei risultati delle prestazioni sembra essere vincente. È quella che viene richiesta per stabilire la virtuosità dei sistemi (sanitari/aziendali). Si valutano le tecnologie «raccomandate». Hta (*Health technology assessment*) è l'acronimo attualmente più di moda. Tutte le Regioni sono tenute ad averlo. È marchio di qualità. Esprime – riassume molto bene la indipendenza della conoscenza e dell'informazione dalla epidemiologia dei bisogni e dei diritti. L'immaginario delle «attese di vita» viene ricondotto (anche nella formazione degli operatori, oltre che nell'informazione all'opinione pubblica) alle liste di attesa di esami, o al monitoraggio del consumo dei farmaci (appropriato se aumenta, in nome di una «prevenzione» aggressiva, per aumentare in un futuro non misurabile l'aspettativa di vita, garantendo nel presente concreto una espansione del mercato). Ma se si chiede ad un'azienda quanti sono i suoi cittadini con bisogni inevasi, o con eventi/invalidità evitabili i dati non ci sono.

4. L'immaginario come conoscenza/informazione per decisioni politiche

Se le fonti di informazione «scientifica» che contano nella comunità globale fossero prese sul serio, ci si accorgerebbe che viviamo oggi un tempo che permette – e allora propone/impone – scelte, che coincidono molto con l'ipotesi di lavoro che si è adottata in questo contributo. È vero che l'Italia è divenuta sempre più un paese di periferia «politica», ma è anche bene ricordare che la scelta ancora possibile è quella tra mantenere (ritornare a?) una sanità che è un progetto di diritto, e una sanità che è un capitolo della Finanziaria. Ed è a partire da questa scelta che può avere senso ragionare di dati conoscenze/informazione. Non si è soli di fronte a questa alternativa. A titolo esemplificativo citiamo:

- ♦ Il rapporto della Commissione sui *Social determinants of health* (Marmot, 2007) ha riproposto con l'autorevolezza dei suoi membri (molti i tecnici, ben mescolati con esperti di immaginario) una

RPS

Gianni Tognoni, Gianni Baccile, Marilena Romero, Maria Valerio

lettura dei dati sulla sanità (tanti, dettagliati: come lo sono in Italia) che privilegia però non ciò che è noto, ma ciò che è evitabile: (= inaccettabile, in quanto violazione di diritti). I dati che fanno conoscere e informano per *riprodurre* l'esistente, producono infatti conoscenza inutile o dannosa perché conferma la disuguaglianza e condanna all'invisibilità chi ha bisogni inevasi. I dati-progetto che contano sono quelli che attendono un immaginario di diritto (= decisioni politiche) per divenire possibile;

- ♦ «The New England Journal of Medicine», «Lancet», «Plos (Public library of science) – Medicine» (il top della scienza ufficiale di ricerca di base, medica e di salute pubblica) hanno scelto ormai da tempo di accostare i dati che informano sulle nuove conoscenze «tecniche» (imprescindibili), ai dati-progetti che propongono conoscenze/informazioni sul bisogno assolutamente prioritario di scenari di futuro – immaginari concreti – che riportano il diritto alla salute e la sua fruibilità ad essere criterio di riferimento per decidere ciò che ha senso (è anche la sfida di Obama nella sanità, largamente commentata proprio su questi giornali, almeno importante, nell'immaginario concreto delle decisioni politiche, quanto i suoi discorsi evocativi di frontiere nuove su Islam e Africa: senza illusioni, certo).

Infine, riportando l'esperienza di chi scrive, si è pensato che un Laboratorio di epidemiologia di cittadinanza (Aa.Vv., 2009a), e una rilettura del ruolo dei dati come linguaggio delle comunità/persona (e non come descrittore di consumi/utenti) (Anselmi e al., 2009) potrebbero essere anche per l'Italia un promemoria operativo che varrebbe la pena sviluppare. Non si è soli, certo, anche solo guardando citazioni della settimana in cui si conclude questo articolo, ad augurarselo (Wells e Jones, 2009; Collins e Koplan, 2009; Fielding e Teutsch, 2009; Pisani, 2009).

Per concludere. È bene che le decisioni politiche siano prese in nome non di dati, ma di immaginari di diritto e di vita, che siano guida alla produzione, all'interpretazione dei dati.

I dati che descrivono/vestono/sostituiscono le persone sono merce che si trova su tutte le bancarelle (anche se chi li produce li fa pagare caro: perché oggi siamo nella società della conoscenza e dell'informazione): come le promesse prima dei crac finanziari.

Solo progetti sobriamente appassionati della vita delle persone possono scegliere, e produrre, dati che alle aspettative di queste persone possano fare corrispondere percorsi condivisi (in cerca) di risposte.

Riferimenti bibliografici

- Aa.Vv., 2009 (di prossima pubblicazione), *Epidemiologia di Cittadinanza: dalla Invisibilità alla Autonomia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Aa.Vv., 2009, *Global Health and Development Assistance. Rights, Ideologies and Deceit*, Edizioni Ets, Pisa.
- Anselmi M., Terzian E. e Tognoni G. (a cura di), 2009 (di prossima pubblicazione), *Monograph on Community Epidemiology*, «Italian Journal of Tropical Medicine», settembre.
- Collins J. e Koplan J.P., 2009, *Health Impact Assessment. A Step Toward Health in All Policies*, «Journal of the American Medical Association», vol. 302, n. 3, pp. 315-317.
- Fielding J.E. e Teutsch S.M., 2009, *Integrating Clinical Care and Community Health. Delivering Health*, «Journal of the American Medical Association», vol. 302, n. 3, pp. 317-319.
- Iglehart J.K., 2009, *Finding Money for Health Care Reform. Rooting Out Waste, Fraud, and Abuse*, «New England Journal of Medicine» vol. 361, n. 3, pp. 229-231.
- Lepore V., Samarelli V., Schena G. e D'Ettorre A., 2007, *Le banche dati sulla salute. Verso la costruzione di un'epidemiologia assistenziale*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 111-122.
- Maciocco G., 2008, *Politica, Salute e Sistemi Sanitari*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Marmot M., 2007, *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*, «Lancet», vol. 370, pp. 1153-1163.
- Pisani E., 2009, *Aids Treatment in Brazil: Success beyond Measure?*, «Lancet», vol. 374, pp. 191-192.
- Saugo M., Benetollo P., Toffanin R., Gallina P. e Cecchetto G.D., 2007, *Epidemiologia assistenziale nel grande anziano: quali informazioni?*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 123-134.
- Tognoni G., Valerio M. e Romero M., 2006, *Salute e Diritto. Pensieri per una progettualità di ricerca*, in Aa.Vv., *A Caro prezzo. Le Diseguaglianze Nella Salute. 2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, Edizioni Ets, Pisa, pp. 319-335.
- Valerio M., Baccile G., Romero M. e Tognoni G., 2008, *Salute e diritti*, «Giornale Italiano di Farmacia Clinica», vol. 22, n. 4, pp. 496-506.
- Wells K. e Jones L., 2009, «Research» in *Community – Partnered, Participatory Research*, «Journal of the American Medical Association», vol. 302, n. 3, pp. 320-321.
- <http://lec.negrisud.it/formazione.php>; data ultimo accesso 5 agosto 2009.

RPS

Gianni Tognoni, Gianni Baccile, Marilena Romero, Marta Valerio

