

MALPRACTICE E GOODPRACTICE NELLA PREVENZIONE DELLA SALUTE

Luca SALA,

Direttore Dipartimento di Prevenzione, AslBI, Italia

Summary

Malpractice and good practice in healthcare presentation

Legislative Decree No. 229 of June 19, 1999, has established the Prevention Departments of the Local Health Authorities. At the Prevention Department physicians, veterinarians, prevention health care professionals and technicians, nurses and administratives work all together. Our strategy consists in replacing "the expensive" and "now unbearable" answer to citizens, which mainly includes specialist tests and drug treatments, with much more effective and moderate answers afferent to the Health behaviour and lifestyle, to health care paths etc. Our tools are health care education, health care promotion, laws, and social marketing. Facing problems erroneously, with inappropriate tools to reach the goal, or investing resources in "false problems" represent a sort of malpractice for health care prevention. On the other hand, the highlighting and analyzing the health care problems in a country, segmenting the recipients of our interventions in risk categories and for each category to study and apply targeted strategies of safe efficacy, making advocacy, orienting Citizens toward adoption of healthy lifestyles, researching partnerships, can be resumed with the good-practice meaning.

Rezumat

Malpraxis și bune practici privind prevenția în sănătate

Decretul legislativ nr. 229 din 19 iunie 1999 a stabilit înființarea Departamentelor de Prevenție în cadrul Autorităților Locale de Sănătate. În Departamentul de Prevenție lucrează împreună medici, medici-veterinari, alți profesioniști formați în domeniul prevenției, tehnicieni, asistente medicale și personal administrativ. Strategia noastră constă în a răspunde cetățenilor înlocuind ceea ce este "scump" și "nu-și pot permite astăzi", adică teste de specialitate și tratament medicamentos, cu alternative mai eficace și cost redus privind comportamentul și un stil de viață sănătos, traseele de îngrijiri etc. Instrumentele noastre sunt educația pentru sănătate, promovarea sănătății, actele normative și marketingul social. Abordarea problemelor în mod greșit, cu instrumente inadecvate pentru atingerea obiectivului, sau investirea resurselor în "false probleme" reprezintă un fel de malpraxis pentru prevenția în domeniul sănătății. Totodată, evidențierea și analiza problemelor de sănătate într-o țară, segmentarea beneficiarilor intervențiilor noastre în categorii de risc, studierea și aplicarea unor strategii cu eficacitate sigură pentru fiecare categorie de risc, advocacy, orientarea cetățenilor către adoptarea unor stiluri de viață sănătoase, căutarea de parteneriate reprezintă de fapt practici bune de urmat ("goodpractice").

Introduzione

La prevenzione della salute: i Dipartimenti di Prevenzione

In Italia il Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 ha istituito i Dipartimenti di Prevenzione (DP), strutture operative dell'Unità Sanitaria Locale (ASL), che garantiscono la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, la prevenzione delle malattie e della disabilità, il miglioramento della qualità della vita. All'interno dei nostri DP sono individuate tre macroaree: la Sanità Pubblica nelle sue articolazioni, la Tutela della Salute negli Ambienti di Lavoro, la Sanità Pubblica Veterinaria e che queste operano con l'unico obiettivo di prevenzione della salute dei Cittadini. Nella casa comune del DP sono quindi collocati, almeno in Piemonte, il Servizio d'Igiene Pubblica (SISP), il servizio d'Igiene degli Alimenti e nutrizione (SIAN), il Servizio di Prevenzione della Salute nei luoghi di lavoro (SPRESAL), i Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria A, B, C (SSPV), la Medicina dello Sport, la Medicina Legale (figura 1)

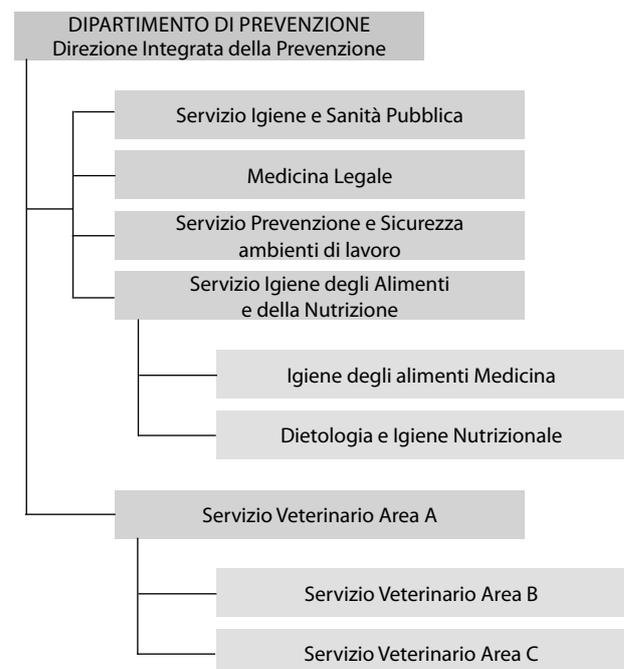


Figura 1. Le principali articolazioni del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Biella

A titolo di esempio, nell'ASL di Biella, che si estende su un territorio 900 Km quadrati dove vivono 180.000 abitanti, il nostro DP comprende 115 persone: quaranta fra dirigenti medici e veterinari, quaranta fra tecnici della prevenzione e personale infermieristico e trentacinque colleghi amministrativi.

Le principali attività dei Servizi o Strutture sono:

- a) Il SISP: vaccinazioni per le diverse fasce di popolazione; promuove azioni nei confronti delle Malattie Sessualmente Trasmesse; gestisce l'ambulatorio di medicina dei viaggiatori; gestisce il Centro Immigrati (ISI); coordina e gestisce progetti in ambito di sicurezza stradale, prevenzione alcol e fumo, sicurezza nei luoghi di vita; coordina il gruppo dipartimentale interdisciplinare per le valutazioni d'impatto ambientale, si esprime sull'idoneità dei luoghi di vita;
- b) Il SIAN: controllo delle acque, controllo degli alimenti, vigilanza nei confronti degli esercenti, alimentazione e nutrizione, dietologia, controllo delle mense, alimentazione assistita, intossicazioni alimentari, Malattie Trasmesse con Alimenti;
- c) Lo SPRESAL: malattie professionali, sicurezza nei luoghi di lavoro, attività di polizia giudiziaria;
- d) I SSPV: sanità animale, igiene urbana, benessere animale, alimentazione animale, farmaco veterinario, *rendering*, controllo dei prodotti origine animale dalla stalla alla tavola, malattie infettive e trasmissibili da animali-uomo e viceversa, produzioni animali, riproduzione animale;
- e) La Medicina dello Sport: visite sportive per agonismo, movimento contro l'obesità, attività fisica per i diversi gruppi di popolazione, promuove gruppi di cammino;
- f) La Medicina Legale: visite per il rilascio delle patenti, visite disabilità, valutazioni per le sospensioni di patente, attività di medicina mortuaria.

Finanziamenti

Nell'ambito del Dipartimento è la prevenzione primaria, che si identifica nella prevenzione della salute attraverso la promozione di corretti stili di vita su una popolazione sana; agiamo in un regime di monopolio pagato, per la gran parte delle prestazioni, totalmente dal cittadino contribuente. Soltanto alcune attività del DP risultano a pagamento diretto del Cittadino. Fra queste: il counselling e gli interventi vaccinali per i viaggiatori, le certificazioni richieste per interesse del privato, la diagnostica e la certificazione per la compravendita animali, i prelievi di materiale biologico in animali da reddito e compagnia per esa-

mi attestanti lo stato di salute per certe malattie, gli interventi mirati alla verifica di inconvenienti igienico sanitari richiesti per interesse dei privati Cittadini, le autorizzazioni sanitarie ecc., per le quali è richiesto il pagamento diretto di un ticket.

Materiali e metodi

La normativa di riferimento per le nostre attività

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012 prevede alcuni grandi capitoli: la Medicina predittiva, la Prevenzione universale, la Prevenzione nella popolazione a rischio, la Prevenzione delle complicanze.

Per quel che riguarda la prevenzione universale, il PNP, salvaguardando i principi dell'integrazione, della contestualizzazione e dell'efficacia già ricordati, chiama ad intervenire nelle seguenti aree:

L'area della sicurezza, finalizzata alla prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale, lavorativo e domestico;

- *la prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici*, che comprende:
 - le malattie suscettibili di vaccinazione e le infezioni correlate all'assistenza sanitaria;
 - le malattie causate da alimenti e bevande;
 - le malattie professionali ed in ambito lavorativo;
 - le malattie correlate all'inquinamento;
- *la prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari*
- *la prevenzione oncologica anche attraverso gli screening*

La prevenzione universale ha come obiettivo, rivolgendosi alla comunità, quello di creare un contesto favorevole, esplicito e chiaro nei confronti di pericoli e rischi, ad orientarsi verso stili di vita sani. *La Prevenzione selettiva* ha come obiettivo quello d'identificare le persone vulnerabili, cioè quelle esposte maggiormente a stili di vita pericolosi e rischiosi.

La strategia consiste nel sostituire la "costosa" ed oramai insostenibile risposta ai cittadini, che comprende principalmente esami specialistici e cure farmacologiche, con efficaci e sobrie risposte afferenti all'area dei comportamenti e degli stili di vita, ai percorsi di salute ecc. In questo il DP è profondamente distante dal punto di vista operativo dalle altre discipline mediche o che comunque convivono in Sanità che prediligono l'orientamento al prodotto e alla produzione. La medicina di attesa ospedaliera/specialistica e dei medici di medicina generale punta per il proprio successo sulle conoscenze detenute dal personale sanitario e sullo sviluppo e aggiornamento di nuove "tecniche", in passato era marcatamente orientata alla "vendita" delle prestazioni e attualmen-

te, per ragioni contingenti di crisi economica, alla riduzione della spesa. In altri ambiti si pone molta attenzione al processo di produzione ed erogazione al fine di ridurre gli sprechi, modulare l'offerta alle risorse disponibili e massimizzare la valorizzazione delle prestazioni. In questo caso si individuano le prerogative del settore amministrativo e del controllo di gestione. L'ambito del DP si può invece definire un orientamento al marketing: questo è caratteristico di chi pone enfasi sulle esigenze del cittadino che modulano la progettazione dell'offerta non solo sulla domanda ma principalmente sullo studio dei bisogni di salute. Questo è il vecchio/nuovo ruolo e ambito d'azione del Dipartimento di Prevenzione.

La differenza sta nell'azione: il clinico e lo specialista "aspettano" il paziente, cliente, utente...; l'operatore della prevenzione, analizzati i bisogni, li va a cercare.

Perseguendo questa *mission* abbiamo avuto la necessità di perfezionare i nostri strumenti a seconda delle situazioni e dei contesti in cui ci troviamo ad operare. Fra questi alcuni che seppure utili possono risultare a volte datati o di ridotta efficacia quali l'*educazione alla salute* efficace nei casi in cui le persone manifestino già una certa propensione verso abitudini salutari, ovvero "quando i benefici del comportamento raccomandato sono sufficientemente attraenti, quando le barriere all'azione sono abbastanza ridotte o quando i comportamenti alternativi offrono vantaggi relativamente minori"; gli *interventi normativi* che trovano giusta applicazione quando vi è resistenza nei confronti del modo di agire che si intende promuovere. Negli ultimi tempi, però, tanto in letteratura che all'interno delle comunità scientifiche del nostro settore si è ravvisata la necessità di adottare strumenti più attuali al mercato, fra questi il marketing che quando applicato alla Sanità Pubblica s'identifica come il *marketing sociale*: questo si situa in una posizione intermedia rispetto ai due sopracitati, in quanto interviene sulle barriere di tipo ambientale, socio-economico e personale che rendono più difficoltoso mettere in atto sani stili di vita.

Alcuni concetti utili ad individuare la genesi di malpractice in prevenzione

Consideriamo le azioni basate sull'abilità si riferiscono a compiti svolti in modo automatico e semplice per chi abbia acquisito una particolare abilità. La formazione in questo caso ha lo scopo d'insegnare a svolgere l'azione in modo da effettuarla correttamente pur non conoscendo le ragioni sottostanti. Mediante la formazione l'attore diventa sufficientemente abile da compiere le azioni senza necessità di istruzioni (ad esempio: indossare la divisa da lavoro, mascherina, sovrascarpe, cuffia ecc.).

Le azioni basate sul seguire una regola conseguente a una precedente esperienza o a un'istruzione specifica entrano in azione quando fallisce l'azione basata sull'abilità ed il soggetto ha bisogno di fare riferimento ad un set di istruzioni esplicite o regole che ha a disposizione. L'attore esamina ed interpreta la situazione e sceglie la regola che meglio risolve il problema (ad esempio praticare una terapia infusiva mediante iniezione endovena).

Le azioni basate sul ragionamento, inferenza, giudizio e valutazione: se il processo basato sull'abilità non risolve il problema si deve fare riferimento al sistema basato sul ragionamento (in generale si tende a preferire le soluzioni che si basano sulle regole poiché richiedono minor sforzo cognitivo), ciò avviene quando si affrontano situazioni nuove o poco conosciute o quando regole di cui si dispone non sono sufficienti ed adeguate (ad esempio intervenire su un quadro clinico insolito).

Un caso a parte rappresentano le *violazioni*, ovvero tutte quelle azioni che vengono eseguite anche se una direttiva un regolamento ne impedisce l'esecuzione. Questo avviene perché il mandato professionale del Medico si scontra con le necessità di bilancio economico. In relazione ai tre tipi di azione si possono verificare errori del tipo *slips* e *lapses*.

Slip: è un'azione non in accordo con le intenzioni. La pianificazione è valida ma l'esecuzione è carente. Si tratta di errori di azione commessi nello svolgimento di attività routinarie. L'automatismo dell'azione fallisce quando un qualcosa di non previsto interferisce con l'azione.

Lapsus: è un errore conseguente un fallimento della memoria che non si manifesta necessariamente nel comportamento oggettivo e che risulta evidente solo per la persona che lo esperisce.

Mistake: è un errore nella pianificazione. Le azioni si realizzano come sono state pianificate ma è il piano stesso a non essere valido. Si tratta di errori di intenzione (giudizio, inferenza, valutazione) conseguenti a giudizi e valutazione sbagliate da cui ne consegue una pianificazione delle azioni non idonea al raggiungimento dell'obiettivo.

I *Mistake* possono essere di due tipi:

- a) Il *mistake basato su di una regola* avviene quando è scelta la regola sbagliata a causa di un'errata percezione della situazione (es. farmaco sbagliato rispetto alla patologia da trattare) oppure nel caso di uno sbaglio nell'applicazione di una regola (il farmaco è adeguato ma le dosi e il tipo di somministrazione non è corretta);
- b) Il *mistake legato alla conoscenza* è conseguente o alla mancanza di conoscenze o alla loro scorretta applicazione. Il risultato negativo dell'azione risiede nelle conoscenze sbagliate

che l'hanno determinata. Tale errore è insito nella razionalità limitata o comunque nella difficoltà di dare risposte a problemi che presentano una ampia gamma di possibili scelte.

In tale contesto si possono configurare due tipi differenti di azioni che possono violare la sicurezza (figura 2):

- azioni non secondo le intenzioni
- azioni secondo le intenzioni

Alla prima categoria appartengono gli *slips* e *lapses*, alla seconda i *mistakes* e le violazioni vere e proprie. Tra queste ultime rientrano le violazioni di routine (spesso conseguenti a norme e regole difficili da applicare o da osservare), le violazioni eccezionali e gli atti di sabotaggio (di rara evenienza).

In questo contesto ci si limiterà ad approfondire *slips*, *mistakes* (basati sulle regole e basati sulla conoscenza) e violazioni di routine.

Tali errori possono essere definiti errori attivi. Dietro a ciascuno "errore attivo" devono essere individuate le cause di "errore latente", attribuibili al sistema ed alla gestione organizzativa.

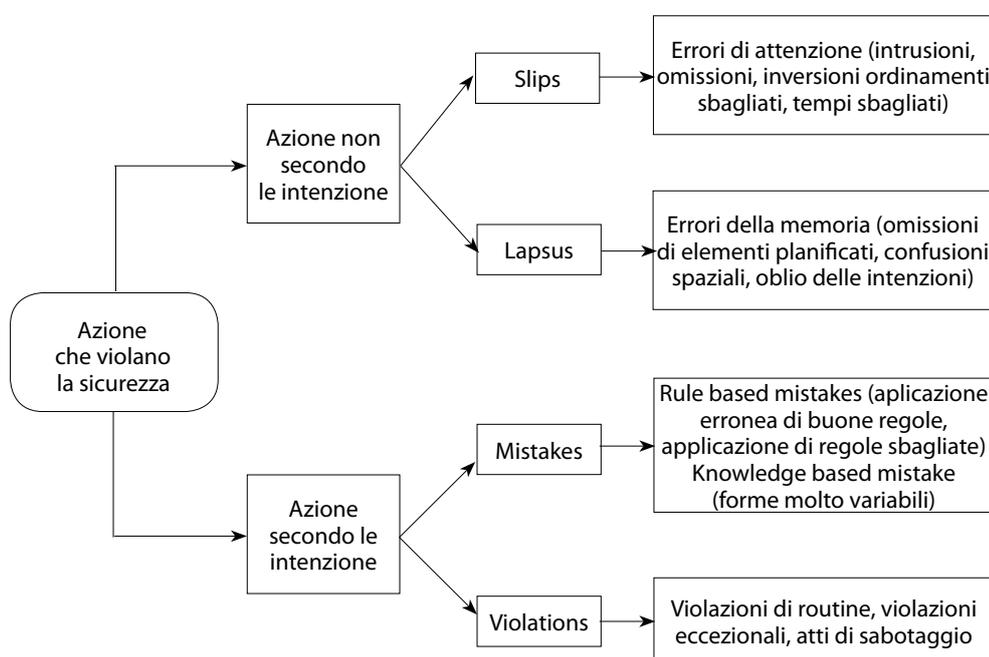


Figura 2. La tipologia delle azioni che violano la sicurezza

Sulla base del presente modello è necessario quindi distinguere due differenti tipi di errore umano responsabile degli incidenti: *errore attivo* e *latente*.

Gli *errori attivi* sono associati alle prestazioni degli operatori di prima linea ed i loro effetti sono immediatamente percepiti e, dunque, facilmente individuabili.

Gli *errori latenti* sono attività distanti (sia in termini di spazio che di tempo) dal luogo dell'incidente, come le attività manageriali, normative e organizzative. Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.

Rappresenta oramai da decenni opinione condivisa che gli incidenti che si verificano sono di fatto solo la punta dell'iceberg e che per ogni incidente che ha avuto luogo ce ne sono stati molti altri che per un caso fortuito non sono accaduti, i cosiddetti **near miss events**.

Da questa visione sistemica, nasce la convinzione che il verificarsi di un incidente sia frutto di una combinazione e concatenazione di eventi che hanno superato tutte le difese che erano state predisposte.

Infine, considerando che gli errori attivi non potranno mai essere eliminati, è pertanto necessario incrementare un sistema che possa influire sugli errori e

criticità latenti, sulle quali gli errori attivi si innescano.

Il *risk management*, che in italiano possiamo tradurre in "gestione del rischio", secondo una tra le più accreditate definizioni, rappresenterebbe lo "strumento che identifica, valuta e gestisce gli eventi e le azioni che possono colpire la capacità delle organizzazioni di raggiungere i propri obiettivi".

Risultati e discussione

La prevenzione della salute, fra le sue caratteristiche principali riconosce *l'orientamento all'equità*. Un progetto di prevenzione/promozione della salute dovrebbe occuparsi di un problema di salute frequente che coinvolga gruppi fragili; avere pari efficacia fra gruppi sociali diversificati; considerare l'accettabilità dei risultati sui diversi target; dovrebbe prevedere strumenti utili al superamento di barriere di accesso per i più socialmente svantaggiati. Per meglio entrare nel dettaglio si propone un esempio di non equità in ambito europeo: nei 15 Stati Membri UE (ante 2004) le persone hanno già raggiunto l'aspettativa di vita di 85 anni, prevista per il 2050 per tutta la Regione Europea. Di contro negli altri

Membri di più recente arruolamento si sono raggiunti i 75 anni. Vi sono anche differenze significative fra donne e uomini: 13 anni il gap registrato nella Federazione Russa e 4 anni nella UE.

Per alcune patologie di nuova e di vecchia conoscenza sarebbe necessaria una revisione della strategia di intervento.

Ad oggi, il 3-7% dei bambini in età scolare soffre di ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). Questi bambini sono considerati "ad alto rischio" per un limitato livello di realizzazione negli studi, comportamento delinquenziale, basso livello di sviluppo. I bambini ADHD hanno una riduzione del volume della corteccia cerebrale prefrontale, riduzione di sostanza grigia e bianca e asimmetrie cefaliche. L'eziologia di ADHD rimane sconosciuta ma recenti evidenze emergono circa il fatto che non si tratti soltanto di predisposizione genetica, ma anche stato sociale, il sesso, e l'esposizione al fumo durante la vita intrauterina. Alcuni studi ipotizzano anche l'esposizione prenatale ai telefoni cellulari!

Le malattie cardiovascolari (MCV) costituiscono la prima causa di morte nella regione europea (57 Stati). Sono responsabili di più del 50% dei decessi nella UE. Nella Regione europea il 26% dei DALYs (disability adjusted life years) è perso nei Paesi a basso reddito pro capite, contro una percentuale del 16% in quelli ad alto reddito. Dal momento che il 61% dei decessi per MCV è imputabile a 8 fattori di rischio: alcool e tabacco, ipertensione, sovrappeso, ipercolesterolemia, iperglicemia, consumo di frutta e verdura insufficiente e inattività fisica, occorre individuare la popolazione target su cui investire attraverso azioni di marketing della salute o della prevenzione. Occorre essere in grado di posizionarsi sul mercato dell'offerta di salute promuovendo il cambiamento nella popolazione individuata ed in quella che in qualche modo può influire sulle sue scelte: per la corretta nutrizione dei ragazzi in età scolare è necessario offrire soluzioni "vantaggiose" verso comportamenti "buoni" invece che "cattivi". Occorre sfruttare, esattamente come fa la concorrenza, l'industria e la distribuzione, che producono ed immettono sul mercato ad esempio bevande gasate zuccherine, merendine, dolcetti, ecc. canali pubblicitari, arruolare *testimonials*, fare leva sul senso di appartenenza dei ragazzi sfruttandolo a favore di scelte più consapevoli. Naturalmente le famiglie e gli altri componenti che possono influenzare le scelte (la scuola, il prete ecc.) devono essere raggiunti dal messaggio che va formulato a seconda del livello culturale, età, del linguaggio ecc. Non è da escludere un coinvolgimento di gruppi che operano privatamente e che potrebbero collaborando con la Sanità

Pubblica, promuovere il consumo di propri prodotti salutari a vantaggio delle loro vendite. Questo approccio è definito come "Coopetition".

Robuste evidenze indicano che la prevenzione della depressione, la principale causa singola di malattia nel mondo, è fattibile e economicamente valida. La depressione è associata a morte prematura, riduce la durata delle famiglie, produce elevatissimi costi economici in cure mediche e perdita di produttività. Può essere efficacemente ridotta attraverso prevenzione e precoce identificazione. Prove di evidenza supportano l'adozione di azioni nel corso della vita degli individui, con azioni precoci nei bambini, con lo stressare comprensioni sociali ed emozionali, col promuovere capacità. Inoltre si raccomanda di promuovere corrette relazioni fra genitori e figli.

Il 21-esimo Secolo è caratterizzato da molti profondi importanti cambiamenti ambientali che richiedono una concezione allargata in merito ai determinanti di salute. Questa include una perdita su larga scala del capitale ambiente, che si manifesta con cambiamenti climatici, buco nell'ozono, inquinamento dell'aria ed effetti sull'ecosistema: l'acidificazione delle acque superficiali, la degradazione nelle produzioni di alimenti, la riduzione nelle riserve d'acqua, la perdita di biodiversità e l'invasione di specie parassite. Questi cambiamenti riducono la capacità della biosfera a sostenere la salute umana. L'impatto sulla salute provocato dall'ambiente nella regione europea è stimato essere fra il 15-20% delle morti e del 10-20% dei DALYs perduti.

Investire in educazione è investire in salute! I Paesi che investono in formazione hanno ritorni importanti in termini di comportamenti salutari e anni di vita guadagnati. Per esempio l'aumento degli anni di scolarità obbligatoria ha ridotto i tassi di obesità e fumo dipendenza nei giovani.

Conclusioni

Le attività di prevenzione primaria svolte dal DP possono essere riassunte secondo il loro grado di efficacia:

- Attività oggi svolte per vincoli di legge che rispondono a problemi reali e prioritari di salute;
- Attività oggi svolte per scelte delle ASL che rispondono a problemi di salute;
- Attività oggi svolte per vincoli di legge che non rispondono a problemi di salute;
- Attività oggi svolte per scelte delle ASL che non rispondono a problemi prioritari di salute;
- Attività oggi non svolte che risponderebbero a problemi importanti e prioritari di salute.

Ciò che si vuole sottolineare è che affrontare i problemi di salute in modo non corretto, con stru-

menti inadatti al raggiungimento dell'obiettivo o investire risorse in "falsi problemi" rappresenta per la prevenzione della salute *malpractice*.

Evidenziare ed analizzare i problemi di salute di un territorio, segmentare i destinatari dei nostri interventi per categorie di rischio e per ogni categoria, studiare e porre in atto strategie mirate e di sicura efficacia, fare advocacy presso i decisori affinché adottino scelte politiche sociali ed economiche che vadano nella direzione di ridurre il carico di malattia, orientare i Cittadini verso l'adozione di stili di vita salutari, ricercare alleanze finalizzate al raggiungimento di tutti questi obiettivi, può essere riassunto nel significato di *goodpractice*.

Bibliografia

1. Associazione Italiana di Oncologia Medica. *Progetto Ambiente e Tumori*, 2011.
2. Azienda Sanitaria Locale Biella. *Bilancio sociale e di missione 2009-2010* (http://www.aslbi.piemonte.it/upload/CE/bilancio_sociale_2009_2010.pdf)
3. Cantù E. *Rapporto OASI 2011. L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*. SDA Bocconi, EGEA, Milano, 2011.
4. Capitanio F., Mucciolo C. *L'UE e i consumatori: uso e abuso degli antibiotici*. *Alimenta*, 2012; XX (5)
5. Di Mambro A. *Epidemie alimentari l'UE si attrezza...* *L'Informatore Agrario*, 2011; 30:17.
6. *EFSA Ricette collaudate per la comunicazione del rischio*, 2012.
7. EMMAS. *SDA Bocconi 2011/2012*. Materiale didattico.
8. Fondazione Smith Kline. *Rapporto Prevenzione 2010. La formazione alla Prevenzione*. Il Mulino, 2010.
9. Fondazione Smith Kline. *Rapporto Prevenzione 2011. Le attività di Prevenzione*. Il Mulino, 2011.
10. Mallarini E. *Fiducia in Sanità. Non solo marketing*. EGEA, Milano, 2004.
11. *Management in Sanità*. SDA Bocconi 2011. Materiale didattico
12. Martirano L. *Quanto ci costa non decidere sugli OGM*. *L'Informatore Agrario*, 2011; 43.
13. Aldad T.S. et al. *Scientific Reports* 2/312.
14. Tartaglia R., Tomassini C.R., Abrami V., Nerattini M., Turco L. *L'approccio sistemico e cognitivo all'errore umano in medicina*. *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*. (http://www.renalgate.it/errore_cognitivo.htm)
15. *The new European policy for health 2020*.
16. WHO. *Persistent Organic Pollutants: Impact on Child Health*. 2010.