

Salute e partecipazione della comunità.

Una questione politica

Health and community participation. A political issue

Angelo Stefanini, Chiara Bodini

Centro di salute internazionale, Università di Bologna

“Siamo partiti dal presupposto che scopo della medicina è la difesa della salute, di tutti e di ciascuno: perciò i soggetti del sistema non possono essere che i cittadini, oggi troppo spesso considerati invece come oggetto passivo della società consumistica anche in questo settore vitale. [...] Questa responsabilizzazione dei cittadini nella gestione dei servizi... è insomma l'essenza stessa della democrazia...” (1).

Questo è quanto scriveva oltre quarant'anni fa Alessandro Seppilli intravedendo quello che avrebbe dovuto essere il funzionamento di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) basato sui principi di “rispetto della dignità e della libertà della persona umana... eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio... garantendo la partecipazione dei cittadini” (2).

Con l'obiettivo di analizzare l'evoluzione del concetto e delle pratiche di “partecipazione dei cittadini” a livello nazionale e interna-

zionale, questo articolo ripercorre brevemente la storia, il dibattito e le problematiche emerse negli ultimi decenni intorno al tema del coinvolgimento della popolazione nella programmazione e gestione dei servizi pubblici, arrivando a contestualizzare la situazione odierna e le sfide che essa pone alla società tutta.

Partecipazione come processo politico

Un progressivo disincanto sul futuro del SSN così come concepito dai suoi padri fondatori ha fatto seguito al disegno, attuato con i DDLL 502/92 e 517/93, di fondare la sanità sulle leggi del mercato e della concorrenza. Appare sempre più evidente che organi di potere non eletti come le aziende sanitarie non godono della legittimazione necessaria per prendere decisioni critiche che riguardano la salute di tutti di fronte, per esempio, alla scelta tra servizi ospedalieri e

servizi territoriali o di come allocare risorse limitate. Le problematiche coinvolte in tali decisioni sono di natura sostanzialmente non tecnica ma politica e richiedono giudizi non soltanto professionali ma anche e soprattutto di valore.

Se il settore sanitario soffre di un vuoto democratico, il governo locale è però sovente esso stesso colpevole di incapacità di leggere i bisogni della comunità e di tendenze monopolistiche, autoritarie e burocratiche. È necessario quindi che la legittimità politica che gli proviene dall'elettorato sia rafforzata da una varietà di altre misure volte a renderlo più sensibile verso gli utenti del servizio e i cittadini, anche attraverso un loro maggiore coinvolgimento. D'altra parte l'effettivo rapporto esistente tra il pubblico e il processo decisionale in sanità (ma non solo) è in pratica inesistente. Di là dal momento del voto alle elezioni politiche o amministrative, sono in concreto assenti le occasioni in cui i cittadini che non accettano il supino ruolo di sudditi cui accenna Seppilli possono far valere il potere della loro voce, di protesta o di persuasione. A livello locale insomma esiste il bisogno di un processo decisionale informato e di un maggiore protagonismo del pubblico nelle decisioni che lo riguardano.

La partecipazione della popolazione nelle scelte che concernono la sua salute è quindi essenzialmente un concetto politico. Il modo in cui una comunità "partecipa" dipende ovviamente dal contesto sociale, economico e politico di cui essa fa parte e dai valori culturali e sociali che esprime. Inoltre, parlare di partecipazione significa che è la comunità, e non un governo, non un'istituzione formale né un gruppo professionale, che ha il controllo sulle risorse e il potere di decidere come usarle. Dovrebbe esse-

re chiara quindi la distinzione tra i concetti espressi dai due verbi "partecipare" e "contribuire", dove il primo indica che il controllo è in mano alla comunità mentre il secondo significa che attori esterni, in genere il governo – comunale, regionale, nazionale – ma sempre più anche altri nuovi protagonisti sovranazionali non governativi e al di fuori del controllo democratico, creano attività a cui forniscono risorse invitando poi la popolazione a contribuire senza tuttavia che essa ne abbia alcun controllo. La politica, una "buona" politica, costituisce un approccio irrinunciabile alla creazione delle condizioni che possono favorire la salute. Come dire che per migliorare la salute della popolazione è necessario migliorare la salute della politica (3).

Alma Ata e il ruolo della comunità

Parallelamente al percorso che in Italia portava alla nascita del SSN, a livello internazionale cresceva il dibattito ed emergevano le esperienze che avrebbero condotto nel settembre 1978 alla Conferenza di Alma Ata e alla Dichiarazione sulla Primary Health Care (PHC), praticamente contemporanea della Legge 833. Entrambe, Dichiarazione e L. 833, rappresentano indubbiamente, anche se a due livelli diversi, un momento critico nella interpretazione dei valori, dei principi e delle strategie che hanno caratterizzato la storia della salute e dei sistemi sanitari a livello internazionale. La progressiva rivalutazione anche in Europa e nel Nord America della PHC come filosofia e strategia per la promozione della salute, un tempo ritenuta rilevante esclusivamente per i Paesi più poveri, è dovuta non soltanto alla presa di coscienza della inadeguatezza dell'approccio ospedale-centrico, ma anche alla necessità di una solida strategia sociale

che porti a un cambiamento. È proprio all'interno dell'organizzazione sociale, infatti, che vanno ricercati i determinanti più potenti della salute e dunque è agendo su di essi che ci si possono attendere concreti vantaggi di salute.

La Dichiarazione di Alma Ata era nata anche grazie alle esperienze innovative di come le varie comunità in varie parti del mondo affrontavano e gestivano con successo la loro salute. Un elemento comune a tutte queste buone pratiche, documentate in una storica pubblicazione (4), era rappresentato da un aspetto della salute fino ad allora negletto: il potenziale e la necessità di avere comunità che definiscono esse stesse i propri bisogni di salute e su di essi agiscono. Il punto centrale identificato dalle due agenzie delle Nazioni Unite promotrici della Conferenza di Alma Ata, Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e UNICEF, non fu tanto di lamentare che le comunità nelle varie parti del mondo non fossero mai state coinvolte nella tutela della propria salute (cosa evidentemente non vera), ma di articolare ufficialmente la necessità di riconoscere e valorizzare tale coinvolgimento. In realtà, il principio della PHC contenuto nella dichiarazione di Alma Ata sfidava molti dei concetti fondamentali di salute e assistenza medica che avevano dominato le politiche sanitarie dei precedenti decenni. Tra i punti qualificanti di questo principio era l'affermazione che la responsabilità della salute risiede nei singoli individui, nelle comunità e nei governi.

Continuando con l'analogia tra il contesto italiano e quello internazionale, se in Italia trascorsero quasi quindici anni prima di una risposta "neo-liberista" nei confronti dell'utopia "socialisteggiante" di un SSN guidato dalla politica, alla contro-offensiva globale

del potente "complesso medico-industriale" bastarono pochi mesi. Con la proposta di una *selective* PHC, pubblicata da una tra le più prestigiose riviste mediche (5), venivano demoliti i principi di una *comprehensive* PHC espressi dalla Dichiarazione e così riassumibili:

1. La salute è essenzialmente una questione politica;
2. La medicina occidentale non è l'unica a offrire cure efficaci;
3. I professionisti creati da tale sistema non sono gli unici in grado di dare risposte ai problemi di salute delle comunità;
4. La salute non può essere isolata dalle altre politiche per lo sviluppo di una comunità;
5. Le tecnologie più sofisticate non forniscono necessariamente le cure migliori;
6. La decentralizzazione e la regionalizzazione della programmazione e delle istituzioni sanitarie sono maggiormente in grado di rispondere ai problemi locali di salute.

Insomma, il messaggio contenuto nella *comprehensive* PHC è che la salute è una condizione umana che non può essere migliorata soltanto dall'offerta di servizi. Il suo miglioramento è anche e soprattutto responsabilità degli individui, delle comunità e dei governi.

Dalla retorica alla realtà

Nell'accettare la PHC come politica di governo, tutti gli Stati membri dell'OMS avevano riconosciuto l'importanza di coinvolgere i beneficiari dei servizi e dei programmi, ossia la popolazione, nella loro progettazione e realizzazione. Le ragioni di questa accettazione riguardavano in primo luogo l'efficacia dei servizi sanitari: i servizi forniti sono sotto utilizzati e male utilizzati,

perché le persone per le quali sono stati progettati non sono coinvolte nella loro programmazione e gestione. Una seconda ragione era di carattere economico. Esistono, infatti, in tutte le comunità risorse finanziarie, materiali e umane che potrebbero e dovrebbero essere mobilitate per migliorare le condizioni ambientali e sanitarie locali. Un ulteriore argomento per abbracciare la causa della PHC era ancor più sostanziale: la salute delle persone è soprattutto il risultato di come esse organizzano il proprio contesto sociale e gestiscono la propria vita. Non è soltanto il risultato di interventi medici. Gli Stati infine si trovano ad affrontare una questione centrale per la propria sopravvivenza e benessere: la sfida della democrazia e della giustizia sociale. Tutte le persone, infatti, specialmente i poveri e gli svantaggiati, hanno il diritto e il dovere di essere coinvolti nelle decisioni che riguardano la loro vita quotidiana.

Tuttavia, l'adesione formale a questa strategia ha raramente soddisfatto le aspettative in termini di impatto sulla salute. Susan Rifkin sostiene che la ragione di questo fallimento è stata l'adozione entusiastica di un paradigma che vede la partecipazione della comunità come una bacchetta magica per risolvere sia i problemi di salute sia quelli di potere politico (6). Per questo motivo è necessario utilizzare una diversa prospettiva che interpreti la partecipazione come un "processo di apprendimento iterativo che consente l'adozione di un approccio più eclettico" (7) e, di conseguenza, di aspettative più realistiche.

Sotteso al cosiddetto 'approccio partecipativo' – ovvero all'utilizzo della partecipazione come strumento di programmazione e attuazione di politiche, servizi, interventi, azioni – vi è infatti non tanto un metodo

quanto un preciso statuto ontologico ed epistemologico. Dall'etimo latino (*pars*, parte, e *capere*, prendere), partecipare significa prendere parte a, o di, qualcosa. Rispondere alla domanda del 'che cosa' implica riflettere su chi è il soggetto che fa partecipare/che partecipa, che cosa è conoscenza (ciò che chiamiamo 'realtà') e come si arriva ad essa. Dal punto di vista ontologico, l'implicazione riguarda lo statuto dell'Altro, visto e rispettato nella sua alterità e non come un complemento dell'io (per identità o opposizione), come avviene nell'approccio dialettico. Accettare realmente l'alterità, svincolandola da una definizione stabilita unilateralmente a priori (o rispetto a un 'a priori' che è il soggetto che definisce), è presupposto fondante per una reale possibilità di dialogo e di relazioni mutualmente significative (8). Dal punto di vista epistemologico, la partecipazione poggia sull'idea che la conoscenza non è costruita da individui isolati nella loro propria soggettività, ma nelle relazioni che le persone intessono, e di/da cui sono intessute. La complessità della relazione intersoggettiva è il terreno in cui avviene la co-costruzione del significato e della conoscenza. Solo ponendo la relazione come fondamento e fonte di conoscenza è possibile costruire un contesto realmente partecipativo (9).

Oltre dieci anni dopo le osservazioni sopra riportate, sempre Susan Rifkin (10) offre tre ragioni della grande difficoltà costantemente descritta in letteratura di integrare la partecipazione della comunità nei programmi di salute. La prima riguarda il predominio del paradigma bio-medico che continua a costituire nella maggioranza dei casi lo strumento principale di programmazione, con conseguente concezione della partecipazione della comunità come semplice interven-

to tecnico. La seconda ragione concerne la mancanza di un'analisi approfondita della percezione e del punto di vista dei membri della comunità e, laddove esistono, degli agenti/operatori sanitari di comunità. Infine, un altro motivo di difficoltà è la propensione a utilizzare un quadro concettuale che limita l'indagine a ciò che funziona, al perché e al come funziona, e non prende in considerazione gli insuccessi. Alla base di queste difficoltà si affacciano però più profonde dinamiche di potere che devono essere chiamate in causa e analizzate.

Empowerment e diritti

Le diverse interpretazioni del significato della partecipazione della comunità sollevano la domanda se essa sia un mezzo oppure un fine in se stessa, e ne interrogano quindi il ruolo e la collocazione nel processo politico di programmazione e sviluppo della salute e della vita della comunità. Da qui nasce anche la necessità di definire chiaramente che cosa si intenda per "partecipazione" e per "comunità". Su questi due significati si è svolto negli ultimi decenni un vasto dibattito.

De Vos et al. (12) hanno esteso l'analisi storica del dibattito accademico sulla partecipazione anche al concetto di *empowerment* e alle implicazioni derivanti da un approccio alla salute basato sui diritti umani. Partendo ancora una volta dalla constatazione che: "Trentuno anni dopo Alma Ata, una rivisitazione delle politiche globali ha evidenziato che, di tutti i principi fondamentali della Dichiarazione, il principio che ha in particolare mancato di prendere radice è quello della partecipazione comunitaria", gli autori argomentano come le diverse fasi nell'evoluzione dei concetti di partecipazione, *empowerment* e diritto alla salute hanno ag-

giunto importanti novità alla discussione. Tre sono gli aspetti cruciali che emergono dalla loro analisi: (a) l'importanza che viene ad assumere la classe sociale quando si analizzano gli elementi essenziali della partecipazione comunitaria; (b) il ruolo centrale (e ovvio, si potrebbe dire) del "potere" evidenziato nel dibattito sull'*empowerment*, e (3) il ruolo dello Stato legato ai concetti di cittadino come "titolare dei diritti" e di Stato come "portatore dei doveri" in un approccio basato sul diritto alla salute. Il concetto di salute come "prodotto dell'*empowerment* delle persone" viene proposto per descrivere il significato fondamentale della partecipazione e della responsabilizzazione da un punto di vista dei diritti umani e, in questo modo, elaborare strategie comuni. Se i gruppi e le classi emarginate si organizzano, possono influenzare i rapporti di potere e fare pressione sullo Stato affinché agisca. Questa pressione dal basso attraverso l'organizzazione popolare può svolgere un ruolo essenziale nel garantire politiche governative adeguate per affrontare le disuguaglianze e affermare il diritto alla salute. Una tale prospettiva richiama il panorama italiano degli anni '70 e in particolare, assieme ad altri pionieri come Alessandro Seppilli e Giovanni Berlinguer, la figura e l'opera di Giulio A. Maccacaro, allora direttore dell'Istituto di Biometria e Statistica Medica dell'Università statale di Milano. Denunciando la "medicalizzazione della politica", ossia una "medicina [che è] sempre meno un sistema assistenziale e sempre più un sistema gestionale", Maccacaro rilevava come "tutto si risolve in ultima analisi in un aumento di capacità del capitale a gestire medicalmente la società, magari fingendo di gestire socialmente la medicina" (13). La "politicizzazione della medicina",

al contrario, significa che la tutela della salute e la lotta alla malattia non possono non avvenire che “attraverso l’attrito delle forze sociali che si confrontano” e a opera dei loro soggetti storici. È in tale contesto di continua lotta per la salute che Maccacaro vedeva il ruolo della partecipazione denunciando come, nonostante la Costituzione italiana (art. 3, secondo comma) ponga “l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese” tra i compiti fondamentali della Repubblica, “né la teoria né la prassi di tale partecipazione si sono alzate dal piano dell’attività, nemmeno in quella ipotesi di sanità riformata che declama la partecipazione come carattere essenziale delle sue unità di base” (14). Riconoscendo “l’intrinseca solidarietà tra il problema della ‘salute’ e quello della ‘partecipazione’” (15), Maccacaro contrapponeva la nozione di “malattia come perdita di partecipazione” del sociologo Talcott Parsons (16) al suo modello concettuale di “perdita di partecipazione come sostanza di malattia”. In particolare, identificava come nemici della partecipazione l’autorità, l’efficienza e la provvidenzialità. L’autorità che rifiuta Maccacaro è quella che “indossati i panni della competenza, separatasi nella tecnica, costituitasi come corporazione, legittimatasi come ordine - si pone di fatto quale esecutrice dei comandi di un potere che la sovrasta e che, pagatela con ruoli e privilegi, ne fa lo strumento più insidioso ed efficace del controllo sociale nelle forme della medicalizzazione”. L’efficienza è nemica della partecipazione quando diventa “domanda del potere costituito” (17), avvalendosi della voluta e perpetrata confusione con l’efficacia e tra la funzione dell’istituzione sanitaria, ossia la tutela della salute, e il suo fun-

zionamento, ridotto a ottimizzazione di se stessa anziché all’adempimento di tale funzione. Per “provvidenzialità”, infine, Maccacaro intende il “paternalismo”, ossia “quel modo di mettersi in rapporto con la realtà che prescinde dal suo ascolto; quell’attitudine a disporre risposte preformate che prescindono dalla formazione delle domande; quell’interpretazione del mandato amministrativo che infine determina una richiesta cui si consente soltanto di conformarsi all’offerta” (18).

Partecipazione e salute globale

Un altro importante spartiacque nella storia moderna del concetto e della pratica della partecipazione popolare per la salute è stata la Dichiarazione del Millennio delle Nazioni Unite, firmata nel settembre del 2000. Nonostante il percorso modestamente partecipato che ha portato alla loro identificazione, i *Millennium Development Goals* (19) hanno segnato un cambiamento paradigmatico nel modo in cui i *policy-maker* affrontano i miglioramenti di salute. Tale cambiamento si è incentrato sul riconoscimento che la salute migliora grazie a fattori sociali e ambientali, e non solo attraverso interventi tecnici bio-medici e modelli economici. Mentre il predominio degli operatori sanitari qualificati nelle scienze mediche è rimasto intatto, è cresciuta la domanda di attenzione nei confronti dei determinanti sociali della salute e dei bisogni ed esigenze dei beneficiari dell’assistenza sanitaria. Due documenti pubblicati nel 2008 dall’OMS sono indicativi di questo cambiamento. Il primo è il World Health Report dal titolo “Primary Health Care: ora più che mai” (20) che, se pur timidamente, promuove il ritorno ai valori e alla visione della Dichiarazione di Alma Ata. Il secondo è il rapporto

della Commissione OMS sui determinanti sociali della salute (21), istituita nel 2005 e composta da una vasta gamma di esperti provenienti da una varietà di discipline e Paesi. Il rapporto documenta con forza la stretta relazione tra stato di salute e determinanti sociali quali il reddito, l'istruzione, il tipo di lavoro, l'accesso alla assistenza sanitaria, la capacità dei popoli di compiere scelte e il buon governo.

Non sarebbe corretto sostenere che questi documenti hanno prodotto un consenso generale su come migliora la salute. Quello che hanno fatto, però, è stimolare un'arena per un ulteriore dibattito su questi temi. A titolo di esempio, il terzo simposio globale sulla ricerca nei sistemi sanitari, svoltosi recentemente a Cape Town, ha avuto come tema portante gli approcci 'centrati sulla persona'. In tale contesto, l'egemonia dell'ideologia di mercato è stata presentata come fondamentale ostacolo per qualunque tentativo di riportare realmente le persone, e dunque i bisogni (o determinanti) sociali, al centro dei sistemi di salute. La logica conseguenza è la necessità di agire su leve di potere per controvertire l'attuale (dis)equilibrio, che non consente l'emergere di alternative soprattutto a livello istituzionale. A questo proposito, è stato chiamato in causa in maniera esplicita il ruolo dei movimenti sociali, e l'importanza di contemplarne le potenzialità e i meccanismi d'azione a livello di ricerca, di analisi politica e di pianificazione delle politiche. Solo la mobilitazione sociale può infatti rappresentare la forza necessaria a orientare realmente le politiche di salute verso le persone. Si torna così alla necessità primaria di costruire potere politico, ed è chiaro che ciò non può avvenire in un convegno di esperti né a livello dei 'piani alti' della *governance*

globale, bensì là dove le tanto citate 'persone' sono naturalmente al centro, ovvero nei loro contesti di vita e di lavoro.

Il contesto italiano

Secondo Luca Negrognò e Riccardo Ierna, autori di un contributo sul blog *lavoroculturale.org*, la questione della partecipazione nello scenario italiano "va collocata in un problema molto più generale, che investe oggi tutti i servizi sociali e sanitari. Si tratta della crisi dello stato sociale tradizionale, una crisi che oggi prende la forma di due imperativi: controllare la spesa e rendere più efficaci gli interventi" (22). Coinvolgere la comunità diviene dunque anche una necessità di fronte alla crescente carenza di risorse e all'inadeguatezza dell'offerta rispetto a bisogni sempre più complessi (si pensi all'incremento delle patologie croniche e alla necessità di muovere rapidamente verso una territorializzazione dei servizi in un sistema ancora largamente ospedale-centrico, nella struttura come nella cultura organizzativa). Prendendo come caso di studio il coinvolgimento di utenti e familiari esperti nei servizi di salute mentale, Negrognò e Ierna evidenziano il rischio che le pratiche di partecipazione messe in atto costruiscano forme di "cittadinanza diminuita", in cui il cittadino è partecipe solo in quanto utente o familiare e in cambio di un adeguamento alla cultura e all'organizzazione del servizio: "per essere "utenti esperti" l'identità di utente deve essere accettata, anzi, deve diventare un'identità totalizzante: solo attraverso di essa si può accedere ad una forma positiva di cittadinanza, ad un posto dignitoso nel mondo. La responsabilità di cambiare è dei singoli, le persone possono migliorare il servizio "lavorandoci dentro", e soccorrendo alla carenza di risorse

se pubbliche" (23). Nella situazione descritta, ciò che viene chiamato "partecipazione" è di fatto un processo gestito attraverso il filtro delle etichette e in un rapporto individualizzato con l'utenza, il cui oggetto è definito dalla diagnosi e dall'intervento tecnico al netto di possibili conflitti.

I concetti di partecipazione ed *empowerment* rimandano però a ben altre relazioni, in cui i cittadini hanno la facoltà di intervenire nei livelli tanto programmatori quanto gestionali dei servizi, in un'accezione non settorializzata e predefinita ma di negoziazione

ampia sulle priorità di allocazione delle risorse e di intervento. Riprendendo l'analisi fatta a livello internazionale, è verosimile che tale cambiamento di prospettiva e pratiche non possa provenire "dall'alto", ad opera di decisori o programmatori per quanto "illuminati". Per immaginare nuove e reali forme di partecipazione è dunque necessario pensare a una crescita del potere contrattuale collettivo dei cittadini, all'interno di una riconfigurazione dello spazio pubblico in spazio nuovamente, e profondamente, politico.

BIBLIOGRAFIA

1. Seppilli A. La popolazione: soggetto del sistema. L'Educazione Sanitaria 1971; XVI(2-3):159-167.
2. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale". Titolo 1, Capo 1, 1.
3. Stefanini A. Politiche di salute e salute della politica. Qualità Equità 2000;19: 74-82.
4. Newell, K. W. Health by the people. Geneva, Switzerland:WHO; 1975.
5. Walsh J A, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. The New England journal of medicine 1979; 301(18): 967-974.
6. Rifkin SB. Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. Acta tropica 1996; 61(2): 79-92.
6. Ibid, p. 79.
7. Montero M. Participation in Participatory Action Research. Annual Review of Critical Psychology, 2000; 2:131-143.
8. Genat B. Building emergent situated knowledges in participatory action research. Action Research, 2009; 7(1):101-115.
9. Ibid, p. 79.
10. Rifkin SB. Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. International Health 2009; 1(1): 31-36.
11. De Vos P, De Ceukelaire W, Malaise G, Pérez D, Lefèvre P, Van der Stuyft P. Health through people's empowerment: a rights-based approach to participation. Health and human rights, 2009; pp. 23-35.
12. Maccacaro GA. Classe e Salute. In: Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli, p. 445.
13. Maccacaro GA. L'Unità Sanitaria Locale come Sistema, in Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli, p.383.
14. Ibid, p. 385.
15. Parsons T. Il sistema sociale, trad. it. Italiana Milano: Ed. di Comunità; 1981.
16. Maccacaro GA. Medicina Democratica, movimento di lotta per la salute. In: Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976. Milano: Feltrinelli, p. 467.
17. Ibid, p. 468.
18. World Health Organization. Millennium development goals. Geneva:WHO; 2008.
19. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. Geneva:WHO; 2008.
20. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health; 2008.
21. Negrogno L, Ierna R. (2014). L'inclusione è terapeutica? <http://www.lavoroculturale.org/questione-inclusione/>
22. Ibid.