

## 2. Dalla medicina al sistema sanitario

*Claudia Zamin, Eleonora Mandia & Giulia Parisi*

### 2.1 Gli albori

L'esistenza di un Servizio Sanitario Nazionale, al cui interno rientra anche il dipartimento di cure primarie, è un dato scontato almeno per la stragrande maggioranza degli italiani nati dopo il 1980. Gli addetti ai lavori, o semplicemente coloro nati prima di questo periodo, sanno quanto ciò non sia affatto ovvio, mentre i “cittadini del mondo” hanno avuto modo di constatare come in alcune zone della terra questo sia ancora un traguardo lontano.

Fortunatamente i medici e la medicina sono preesistenti all'organizzazione dei differenti “sistemi” che i paesi sono riusciti a strutturare nel tempo; come sottolinea Cosmacini (2011), le prime testimonianze di “cura” risalgono agli Egiziani presso i quali essa era prerogativa della casta sacerdotale che placava la collera degli dèi tramite la “terapia” della preghiera. Le divinità erano contemporaneamente dispensatrici di mali o di rimedi e questa “ambivalenza” arriverà sino in Grecia, la patria della medicina ippocratica, primo ambito occidentale laico di trattamento delle malattie.

Ben molti secoli dopo si afferma la psicologia come scienza. I manuali storici celebrano il suo battesimo nel 1879, anno in cui Wundt (medico fisiologo) fonda il laboratorio di Lipsia, mentre la vera nascita avviene un secolo prima. Attorno agli anni Settanta del 1700 in un paesino tedesco, il medico illuminista Mesmer sfida padre Gassner a curare le persone con strumenti iatrofisici, in particolare l'elettricità fisiologica, chiamata poi magnetismo animale da Galvani (Ellenberger, 1976).

Ripercorrendo le origini storiche di medicina e psicologia in Occidente, si rimane colpiti dal fatto che entrambe, pur affermandosi in epoche totalmente differenti, scaturiscano dal medesimo bisogno di affrancarsi da una “cura” ritenuta, sino allora, di “competenza” della religione.

Questo passaggio è stato fondamentale, ma ci sono voluti altrettanti anni prima che l'Italia, come altri paesi, sia riuscita a costruire un “sistema di cura” nazionale: vediamo qual era la situazione prima del 1978.

Nel XVIII secolo, ricorda Guzzanti (2009), era stata istituita la fi-

gura del medico condotto, ossia medici retribuiti dai comuni chiamati a prestare assistenza gratuita ai poveri, mentre per gli altri era previsto un tariffario. Pur restando ancora molto lontani dall'idea di un servizio sanitario nazionale, di fatto l'attenzione viene rivolta ai bisogni delle persone nel loro contesto comunitario di appartenenza, una intuizione inedita per quel periodo. Con l'unità d'Italia avviene un riordino e un decentramento del potere dei comuni che avevano creato differenti disparità nelle cure. Si dovrà attendere sino al 1888 (legge Crispini Pagliani), perché i medici entrino a pieno titolo nel governo della sanità; chiamati a conoscere e ad analizzare le condizioni di vita e lavoro nelle masse rurali, facendo emergere l'arretratezza e l'inadeguatezza sanitaria. Il contributo decisivo dei medici condotti al governo della sanità permette di registrare da subito risultati sociosanitari significativi con un aumento della speranza di vita alla nascita di otto anni (da 35 a 43) e una diminuzione dell'analfabetismo dal 62% al 48%. Nonostante ciò, permane un sostanziale disinteresse dello stato nel normare e tutelare la salute e questo apre la strada al mutualismo, ovvero la fondazione di società di mutuo aiuto, ad esempio, operai e artigiani, con il compito di farsi carico di chi non è in condizioni di estrema povertà. Il fascismo di fatto mantiene questa impostazione nazionalizzando tale sistema con le casse mutue di malattia che prevedono un controllo statale ma un contratto di tipo privato corporativo. Il modello rimane sostanzialmente stabile con la nascita della Costituzione italiana (1948) e fino agli anni Settanta non subisce particolari modifiche.

## **2.2 Anno 1978: il giro di boa, una cura per tutti**

Nella storia sanitaria sia nazionale sia internazionale, il 1978 costituisce una pietra miliare su cui sono incise differenti riforme ed eventi. Nel panorama italiano troviamo la legge Basaglia (180/1978) che sancisce la chiusura delle strutture manicomiali, la legge 194 - ovvero - "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza" e infine l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (833/1978). Nel frattempo, nell'allora capitale della Repubblica sovietica del Kazakistan, per la prima volta nella storia della sanità mondiale, i rappresentanti di 134 Paesi (industrializzati e in via di sviluppo) con 67 organismi internazionali ed organizzazioni non governative si incontrano per confrontarsi e delineare il ruolo della PHC. In questo incontro promosso dall'OMS e dall'U-

NICEF, risultava fondamentale non solo evidenziare l'importanza di una assistenza sanitaria primaria per ciascuna nazione (affermatasi già da tempo in alcuni paesi come, ad esempio, la Gran Bretagna), ma anche che le varie nazioni collaborassero tra loro per il raggiungimento di un obiettivo comune: salute per tutti entro l'anno 2000. Il nostro sistema sanitario, basato sul welfare state, recepisce da Alma Ata il riconoscimento della salute quale "diritto della persona" e non un'opportunità legata al lavoro, ma soprattutto la centralità del territorio e della prevenzione come fattori cruciali per il benessere del singolo e della comunità. Si passa così da una medicina terapeutica con prestazioni diseguali prodotte dalle mutue, ad un modello di medicina democratica promotrice di salute ed egualitaria, così come sancito dal diritto costituzionale.

Il modello proposto dalla L. 833/78 è retto da tre pilastri:

- l'universalità delle cure;
- la partecipazione finanziaria di tutti attraverso la fiscalità generale;
- l'equità assistenziale tra i cittadini per i pari bisogni.

Queste premesse, che annoverano il nostro sistema sanitario tra i migliori e "prossimo" al cittadino, nel tempo hanno subito alcune modifiche, giungendo alla riforma del titolo V della Costituzione (2001). Con essa l'organizzazione dei servizi sanitari diventa materia esclusiva delle Regioni che si fanno garanti nell'applicare i Livelli essenziali di assistenza (LEA\*), ovvero le prestazioni\* e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). I LEA\* sono dettati a livello centrale per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie mentre viene lasciata molta autonomia alle Regioni per altri interventi (la prenotazione vaccinale durante la recente pandemia ne è un esempio).

### **2.3 La dichiarazione di Alma Ata e i suoi effetti**

La dichiarazione di Alma Ata riafferma con determinazione quanto già sostenuto nel 1946 dall'OMS, ovvero:

La salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari (Declaration of Alma Ata, 1978).

Si sottolinea così l'urgenza di un cambio di paradigma\* nella cura che dovrebbe andare oltre il modello biomedico\*, poiché salute e malattia non sono solo un "affare" della medicina, bensì oggetti di interesse di discipline e settori differenti che sono chiamati a fornire il loro supporto per concorrere ad un bene comune: la salute del singolo e la salute della collettività sono interdipendenti. Ciascuna raggiunge il proprio compimento insieme all'altra da cui non può prescindere. Un altro passaggio fondamentale, che mai come oggi risulta attuale, riguarda la definizione del concetto stesso di assistenza sanitaria di base, definita come:

quell'assistenza essenziale fondata su dei metodi e delle tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la collettività e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di autoresponsabilità e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del Sistema sanitario nazionale, di cui è il perno ed il punto focale, sia dello sviluppo economico e sociale globale della collettività. È il primo livello con cui gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema sanitario, avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria (Declaration of Alma Ata, 1978).

Come ricorda Maciocco (2019), l'espressione "Primary Care" è comparsa per la prima volta nel 1920 nel Dawson Report, documento che affrontava l'organizzazione dei servizi sanitari del Regno Unito e che affidava alla medicina di famiglia (general practitioners – GP) un ruolo fondamentale, primario appunto, nel rispondere ai bisogni di cura. Alma Ata sistematizza questo concetto aggiungendo, non a caso, il sostantivo "health", sottolineando il ruolo attivo di ciascuno nella costruzione della propria salute, da svolgere con strumenti e tecniche scientifici (dunque non dalla religione o altro), che si declinano nei contesti di appartenenza e in sinergia con lo sviluppo globale sia economico sia sociale.

I principi di base su cui si fonda la PHC riguardano:

- L'equità: tutti i cittadini devono poter accedere in egual misura ai servizi;

- Il carattere *comprehensive* della cura: ovvero il più possibile globale e non selettiva (si veda a tal proposito la tab. 2.1);
- La partecipazione di tutti gli attori, compreso il coinvolgimento di differenti settori della società e dell'economia;
- Il cittadino come titolare della propria salute: ciascuno è considerato attivo nel promuovere salute e malattia tanto per sé quanto per gli altri;
- La presenza di referenti sul territorio come interlocutori del malessere dei cittadini (es. agente di comunità di comunità\*);
- L'utilizzo di tecnologie appropriato e meno invasive, attente ai reali bisogni della comunità e in linea con l'approccio One-Health.

In questi punti è racchiusa l'indicazione per uscire da un concetto statico di malattia/salute monopolio dell'élite medica fondato su parametri esclusivamente organici. In altre parole, risulta fondamentale essere contemporaneamente competenti nel formulare una diagnosi nosografica corretta e nell'impostare una cura, ma anche nell'individuare e analizzare, da punti di vista molteplici, i fattori che possono aver contribuito allo stabilirsi della situazione di malattia.

Porre questi problemi significa aprirsi a nuovi orizzonti, verso le determinanti di salute; con esse si fa riferimento all'insieme di fattori personali, sociali, economici ed ambientali che determinano lo stato di salute di individui o popolazioni. È opportuno adottare una visione complessa, sistemica, della totalità dei fattori che promuovono o danneggiano la salute: variabili quali il reddito e lo stato sociale, il livello di istruzione, l'occupazione, le condizioni lavorative, l'accesso ai servizi sanitari appropriati, la conduzione di uno stile di vita adeguato e il vivere in ambiente fisico pulito concorrono, al pari di virus e batteri, e di molti altri fattori, a determinare la salute. Per questa ragione l'economia, la politica, il sociale, la cura dell'ambiente, un sistema sanitario efficiente divengono ambiti sempre più permeabili l'un l'altro, la cui contaminazione li rinvigorisce e accresce. Come ha suggerito Starfield (2005; 2011), maggiore è la "forza" del sistema di cure primarie migliore è la salute della popolazione, l'equità in salute e più bassi sono i costi. Tuttavia, la stessa Starfield precisa che la sola equità nell'accesso alle cure non è sufficiente nel garantire le uguaglianze; questo obiettivo può essere meglio raggiunto lavorando sui problemi del paziente, sulla personalizzazione e continuità delle cure. In altre parole, l'assistenza medica (ma potremmo dire l'assistenza socio e sanitaria) dovrebbe

essere sempre più volta ad occuparsi dei bisogni dei pazienti e delle comunità, non solo delle malattie. In questo modo la “salute” non sarà più un prodotto del progresso economico ma uno strumento di sviluppo della società; questo cambio di prospettiva dovrebbe favorire l’abbandono del concetto di “*inverse care law*” (legge dell’assistenza inversa) purtroppo ancora oggi attuale. Si deve a Tudor Hart (1971) la formulazione di questa legge: le comunità che avrebbero maggiore bisogno di una buona assistenza sono anche quelle che hanno minore probabilità di riceverla.

Un anno dopo la dichiarazione di Alma Ata, la Banca Mondiale suggerisce che per i paesi in via di sviluppo l’approccio *comprehensive* sarebbe stato troppo costoso, invitando a concentrarsi in maniera selettiva, appunto, su alcuni problemi come ad esempio le vaccinazioni, la diarrea e la malaria (Walsh & Warren, 1979). A questo si aggiunge qualche anno dopo anche il Fondo Monetario Internazionale che, preoccupato rispetto ai debiti dei paesi “poveri”, appoggia ben volentieri l’approccio selettivo, assicurandosi una monetizzazione nel breve periodo a discapito della non risoluzione a lungo termine di problemi e scelte politiche, che hanno portato all’indebitamento.

Le espressioni cure primarie, assistenza primaria e PHC sono comparsi più volte nel corso di questi paragrafi. Apparentemente potrebbero risultare sinonimi, in realtà sottendono differenze importanti che è opportuno precisare.

Sin da Alma Ata è sempre risultato complicato tradurre nella lingua italiana l’espressione Primary Health Care senza “tradirne” il significato originale, evidente nei termini “Health” - salute (non sanità) e “Care” ossia “prendersi cura”. Sono susseguite diverse proposte, inizialmente è comparsa la locuzione “Servizi Sanitari di Base”, utilizzata negli anni ’90, ora completamente caduta in disuso; ad oggi permangono le espressioni “Cure Primarie” e “Assistenza Sanitaria Primaria”, o più sinteticamente “Assistenza Primaria”, utilizzate come sinonimi da parte dei diversi autori seppur con diverse sfumature, spesso non marginali, e documenti normativi. Purtroppo, nessuna delle precedenti riesce a rendere esattamente e completamente il significato di PHC. La tab. 2.1 tenta di chiarire alcune differenze, è liberamente sintetizzata dal contributo di Damiani et al. (2016) a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti, insieme al testo recentemente pubblicato da Bonaldi et al. (2021) proprio relativo al futuro della PHC.

### CURE PRIMARIE

Si intende il livello di offerta dei servizi propri dell'Assistenza Primaria – PHC, nel quale si sottolinea principalmente la **componente erogativa**.

In Italia, le Cure Primarie, infatti, sono essenzialmente riconducibili a quella che comunemente nel nostro paese viene chiamata **medicina territoriale**, cioè l'insieme di prestazioni e attività, soprattutto cliniche, proprie del primo livello di assistenza che vengono **prevalentemente erogate da medici** (*Medical care*) siano essi MMG, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale e Specialisti ambulatoriali, **ma anche da altri professionisti sociosanitari** (non *Medical care*). Il termine Cure Primarie, nell'accezione specifica del termine cure, spinge pertanto a concentrarsi su aspetti tipici della medicina del territorio ponendo l'accento soprattutto sulla **dimensione diagnostico-terapeutica dell'assistenza**, che si costituisce di una serie di azioni e prestazioni che hanno come **fine ultimo la cura** di una o più condizioni patologiche. Ciò rischia di tralasciare le valenze di prevenzione\* e l'attenzione ad una ricomposizione tra elementi clinico assistenziali e determinanti sanitari e non sanitari di salute (funzione di *comprehensiveness*), da leggere anche in chiave di progressione temporale (funzione di *longitudinality*). Tali aspetti sono invece inclusi nel termine anglosassone Primary Health Care. Attualmente in Italia sono erogate dal Dipartimento di Cure Primarie che a sua volta fa capo al distretto.

### PRIMARY CARE

Nel 1920, Lord Dawson introdusse il termine *Primary Care* all'interno di una relazione nella quale descriveva il Sistema Sanitario Nazionale Inglese, ponendo l'accento, esclusivamente, sul ruolo di **erogazione dei servizi sanitari**.

### PRIMARY HEALTH CARE

Il termine Primary Health Care appare per la prima volta in un fascicolo della rivista Contact nel 1970. Nei centri di Assistenza Primaria britannici, definiti Primary Health Centre si realizzava il primo contatto assistenziale con il nuovo paziente, a cui venivano erogati servizi di cura e di medicina preventiva, ad opera di medici di medicina generale (MMG). Per il trattamento di casi più complessi, vi erano i *Secondary Health Centre*. Mentre gli aspetti formativi venivano espletati presso i cosiddetti Teaching Hospital.

Nell'articolo del 1970 si pone attenzione anche alla componente **organizzativa** della presa in carico, come **l'integrazione tra gli operatori e gli assistiti**. Questo aspetto viene valorizzato e ampliato grazie a Mahler, Direttore Generale del World Health Organization dal 1973 al 1988, che culmina nella Dichiarazione Universale di Alma-Ata del 1978.

Nello stesso anno l'Institute of Medicine individua le cinque funzioni proprie di un sistema di Assistenza Primaria: accessibility, comprehensiveness, coordination, continuity/longitudinality, accountability.

Successivamente, Barbara Starfield riprende tali principi sottolineando la specificità dei primi quattro, mentre l'accountability viene ritenuta una caratteristica di tutto il sistema sanitario, e non solo dell'Assistenza Primaria.

**COMPREHENSIVE PHC (C-PHC) VS SELECTIVE PHC (S-PHC)**

Un anno dopo Alma Ata, a Bellagio si tiene una conferenza mondiale che sottolinea la difficoltà di un approccio di tipo comprehensive, incoraggiandone uno opposto, quello **selective**.

Attualmente l'obiettivo, anche con il contributo di questo volume, è di recuperare e diffondere la natura originale, comprehensive, della PHC, prendendo le distanze dall'approccio selective.

Esso sostanzialmente si può riassumere con l'obiettivo di affrontare in maniera tecnica e specifica una malattia (ad esempio la diarrea) attraverso il coinvolgimento esclusivamente del settore sanitario (ad esempio, consegnando bustine che aiutino a depurare l'acqua, anziché istruire e coinvolgere la popolazione nella creazione di acquedotti nel rispetto dell'ambiente); la strategia adottata è prevalentemente di curare i sintomi, la programmazione degli interventi, per lo più affidata ai tecnici, avviene a livello globale e con scarso coinvolgimento della realtà locale.

**L'approccio selective ha amplificato le disuguaglianze di salute, ha aumentato il divario tra paesi ricchi e poveri, con il controllo dei primi sui secondi, disinteressandosi degli effetti ambientali che ne sono conseguiti.**

**ASSISTENZA PRIMARIA**

Tentativo di traduzione italiana del termine Primary Care e spesso utilizzato impropriamente come sinonimo di cure primarie. L'aggettivo "**primaria**" si riferisce al **livello fondamentale di assistenza, ossia primario in termini di primaria importanza**. Non va confuso con la divisione in primario secondario e terziario propria dei modelli gerarchizzati.

Tabella 2.1 Termini diffusi nelle Cure Primarie



Nel 2008 il World Health Report ribadisce con forza il concetto: “Primary Health Care Now More Than Ever”, monito da cui in Italia, nel 2018 alcuni operatori, primi tra tutti giovani medici di medicina generale hanno promosso la campagna nazionale: “Primary Health Care: Now or Never”.

Attualmente ne prendono parte anche antropologi, infermieri, fisioterapisti, psicologi, ostetriche che insieme cercano di riflettere sui fondamenti teorici e le ricadute pratiche per una revisione concreta dell’Assistenza Primaria in Italia attraverso la stesura del Libro Azzurro proprio a partire dalle intuizioni di Alma Ata (<https://2018phc.wordpress.com/campagna/>).

Con l’avvento della pandemia da COVID-19 è stato possibile constatare come le cure primarie avrebbero potuto garantire e favorire un maggiore coordinamento e integrazione tra i servizi sanitari rivolti alla popolazione, in un’ottica assistenziale e preventiva (Lauriola et al., 2021). In particolare, in questo lungo periodo di convivenza con il virus, la comunità diviene quel luogo in cui è possibile, in un’ottica salutogenica, lasciare spazio a interventi orientati alla prevenzione\* e promozione\* della salute. A questo proposito, all’interno di un resoconto dell’Istituto Superiore di Sanità, è stata sottolineata l’importanza attribuita all’interscambio multidisciplinare, reso possibile attraverso il lavoro di équipe. Tramite questo dialogo “tra competenze”, si è dato vita a nuove forme di collaborazione e integrazione tra professionisti (Gruppo di lavoro ISS, COVID-19). A titolo esemplificativo, il Gruppo di lavoro ha implementato un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell’impatto da epidemia COVID-19, basandosi sui principi contenuti in un documento dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2020). Si tratta di un programma che va oltre gli interventi circoscritti all’assistenza psichiatrica, al contrario, è orientato alla promozione\* e alla tutela della salute pubblica. Per perseguire tale obiettivo sono stati suggeriti interventi di rete globale coinvolgendo medici di medicina generale, psichiatri, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, psicologi e assistenti sociali, unitamente alle associazioni di volontariato, agli enti locali e alle istituzioni (Veltro et al., 2020). Inoltre, sempre a titolo esemplificativo, è stato possibile fare riferimento allo sguardo riservato alle persone anziane, particolarmente soggette al rischio biopsicosociale. Tuttavia, è bene evidenziare come talune esperienze, seppure abbiano favorito la promozione\* di interventi territoriali, orientati soprattutto alle fasce di popolazione più a rischio, siano state circoscritte e limitate temporalmente.

Dunque, a fronte dell’emergenza di nuovi bisogni, l’auspicio rivolto ad esperienze future potrebbe concernere la possibilità di dare spazio, nell’ottica della complessità, a interventi di assistenza primaria, integrati, inseriti in un rinnovato servizio sanitario nazionale.

Come sarebbe andata la pandemia di COVID-19, se in tutto il mondo fosse stato adottato l'approccio *comprehensive*? È questo il momento storico per poter davvero ripensare i sistemi sanitari e promuovere politiche che vadano in questa direzione.

Secondo Baglio ed Eugeni (2019), «occorre chiedersi: la complessità si può governare?» (p. 80). La risposta suggerita dagli autori si trova nel concetto di “semplicità” delle scienze naturali: le specie viventi si adattano alla complessità degli ecosistemi. Gli organismi interagiscono con l'ambiente in cui sono inseriti, elaborano informazioni che si traducono in decisioni e comportamenti.

[...] Un modo efficace per rappresentare le semplicità in azione ci viene dal racconto mitologico di Teseo e del Minotauro [...]. Teseo sa bene che il suo avversario non è il Minotauro ma il labirinto [...] con l'aiuto di Arianna escogita una soluzione semplice: il filo non pretende di “spiegare” il labirinto, ma riproducendo l'intreccio, offre a Teseo una via d'uscita. La semplicità è un po' questo: la complessità tradotta in azione (p. 80).

La salute, come sostiene Capua (2019; 2020), è unica (One Health) e circolare tra uomo – animale – piante – ambiente: «Non possiamo più andare avanti pensando alla salute dell'*Homo sapiens* come nostro unico obiettivo prioritario, né come individui, né come specie. Dobbiamo cercare di far convergere la salute come sistema» (Capua 2019, p.98) e in questa sfida anche la psicologia è chiamata ad assumere posizioni e offrire contributi. La pandemia ha costretto tutte le nazioni a ragionare in termini sistemici; evidentemente ci troviamo di fronte ad un grande cambiamento epocale che spinge verso l'affermazione di nuovi paradigmi di riferimento: se l'approccio bio-psicosociale dialoga con quello One Health, allora ne discende una sua ridefinizione in termini di approccio “eco-biopsicosociale” che posto all'interno dell'Assistenza Primaria potrebbe rappresentare il filo di Arianna utile per uscire dal labirinto.

## Bibliografia

1. Bonaldi A., Celotto S., Lauriola P. & Mereu A. (2021), *Salute per tutti, miti, speranze e certezze della Primary Health Care*, Cultura e Salute Editore Perugia: Perugia.
2. Damiani G., Silvestrini G., Visca, M. & Bellentani M. D. (2016), *Che cos'è l'assistenza primaria*, in "Governare l'assistenza primaria: Manuale per operatori di Sanità Pubblica", Mondadori: Milano.
3. Baglio G., Eugeni E. (2019), *Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi hard-to-reach*, in G. Maciocco (a cura di), *Cure Primarie e Servizi Territoriali*, Carocci Faber, Roma, pp.77-84.
4. Capua I. (2019), *La salute circolare. Una rivoluzione necessaria*, Egea, Milano.
5. Capua I. (2020), *Il dopo. Il virus che ha costretto di cambiare la mappa mentale*, Mondadori, Milano.
6. Cosmacini G. (2011), *L'arte lunga. La storia della medicina dall'antichità ad oggi*, GLF Laterza, Bari.
7. Ellenberger H.F. (1976), *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria psicodinamica*, Bollati Boringhieri, Torino.
8. Guzzanti E. (2009), *Il governo clinico e l'Assistenza primaria*, in E. Guzzanti (a cura di), *L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Edizioni iniziative sanitarie, Roma pp. 775-786.
9. ID. (1978), *Accertamenti e trattamenti sanitari e volontari e obbligatori*, L. 13 maggio 1978, in <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1978/05/16/133/sg/pdf>, (ultimo accesso dicembre 2021).
10. ID. (1978), *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, L. 28 dicembre 1978, in <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1978/12/28/360/so/0/sg/pdf>, (ultimo accesso dicembre 2021).
11. ID. (1978), *Norme per la tutela della maternità e dell'interruzione volontaria di gravidanza*, L.22 maggio 1978, in <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1978/05/22/140/sg/pdf>, (ultimo accesso dicembre 2021).
12. ID (2018), *Primary Health Care: Now or Never*, in, <https://2018phc.wordpress.com/campagna/> (ultimo accesso giugno 2021).
13. ID. (2021), *Rapporto ISS COVID-19 n. 23/2020 - Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020*, in [https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset\\_publisher/btwlJ82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-23-2020-indicazioni-di-un-programma-di-intervento-dei-dipartimenti-di-salute-mentale-per-la-gestione-dell-impatto-dell-epidemia-covid-19-sulla-salute-mentale.-versione-del-6-maggio-2020](https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btwlJ82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-23-2020-indicazioni-di-un-programma-di-intervento-dei-dipartimenti-di-salute-mentale-per-la-gestione-dell-impatto-dell-epidemia-covid-19-sulla-salute-mentale.-versione-del-6-maggio-2020) (ultimo accesso settembre 2021).
14. Lauriola P. et al., (2021), *L'importanza delle cure primarie e di comunità per far fronte alle minacce sanitarie globali*, in "Quotidiano Sanità", [http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=93853](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=93853) (ultimo accesso maggio 2021).
15. Maciocco G. (2019), *Cure Primarie. Ieri, oggi, domani*, in (a cura di) G. Maciocco, "Cure primarie e servizi territoriali", pp. 27- 43, Carocci Faber, Roma.
16. Starfield B., Shi, L. & Macinko J. (2005), *Contribution of primary care to health systems and health*, *The milbank quarterly*, 83,3, pp.457-502.
17. Starfield B. (2011), *The hidden inequity in health care*, *International Journal for Equity in Health*, pp.10-15.

- 
18. Tudor Hart J. (1971), The inverse care law, *The Lancet*, 297,7696, pp. 405-412.
  19. Veltro F. et al., (2020), Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale, in "ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' (2020), Rapporto ISS COVID-19, 6 maggio 2020, in [https://www.iss.it/documents/20126/0/RAPPORTO+ISS+COVID19+23\\_2020.pdf/a5d4cf5e-f4cc-072e-0c43-d14ae920a2ca?t=1589209649628](https://www.iss.it/documents/20126/0/RAPPORTO+ISS+COVID19+23_2020.pdf/a5d4cf5e-f4cc-072e-0c43-d14ae920a2ca?t=1589209649628) (ultimo accesso giugno 2021).
  20. Walsh Ja., Warren Ks. (1979), Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries, in "New England Journal Medicine", 301, pp. 967-974.
  21. WHO – World Health Organization (1978), Declaration of Alma Ata - International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR, 6-12 september 1978, in [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) (ultimo accesso giugno 2021).
  22. WHO – World Health Organization (2008), The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever, in <https://www.who.int/whr/2008/en/> (ultimo accesso dicembre 2021).
  23. WHO - World Health Organization (2020), Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak, in <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf> (ultimo accesso dicembre 2021).