

---

## Prefazione

*Ardigò Martino*

*Medico di Cure Primarie – Campagna Primary Health Care, Now or Never*

In Italia, così come in altri paesi, la pandemia ha messo alla prova i Sistemi Sanitari e con essi il paradigma biomedico e bio-riduzionista su cui la maggior parte di essi è basato. Già prima della pandemia erano chiari i limiti e l'insufficienza di tale approccio, soprattutto in relazione agli interventi sanitari nel nuovo scenario demografico ed epidemiologico dominato dalle patologie croniche. Con la pandemia si è reso altrettanto chiaro il limite di tale modello nella gestione delle patologie infettive, in particolare nella gestione della complessità dettata dai processi tipici di questa fase della globalizzazione. Parafrasando Thomas Khun, siamo impaludati in un incerto cambio di paradigma scientifico (e sanitario), alla ricerca di un orizzonte che ci consenta di guardare con maggiore ottimismo al futuro. Ma in questo momento siamo privi di immaginazione, coraggio, e di quello che potremmo definire di un posizionamento *etico, politico ed estetico* necessario per cambiare passo.

È a partire da questo scenario che si dovrebbe considerare e commentare l'esperienza di ricerca e di assistenza narrata nel testo che segue, cercando di fare emergere alcuni aspetti che rappresentano la premessa necessaria al lavoro svolto e che rischiano di passare sottotraccia.

Di fatto la percezione che sia necessario cambiare modello ed impostazione dell'organizzazione dei servizi sanitari risale già alla fine degli anni '60 ma è a partire dagli anni 2000 che, anche nei paesi ricchi, l'inefficienza del modello bio-medico, medico-centrico ed ospedalocentrico ha cominciato a configurarsi come una minaccia alla sostenibilità dei Sistemi Sanitari Nazionali ed in ultima analisi alla tenuta del *welfare state* come lo abbiamo conosciuto per tutto il '900. Nel contesto italiano queste preoccupazioni sono state recepite con una certa urgenza a partire dalla seconda metà della decade del 2000, dal momento che l'Italia è uno dei paesi con la più bassa natalità ed alta longevità al mondo, e quindi con una più alta pre-

valenza di patologie croniche. Il legislatore ha tentato a più riprese di dare impulso al cambiamento, con l'obiettivo di spostare il baricentro dei servizi sanitari dalla patologia alla Salute, dal corpo alla persona e dall'ospedale al territorio. Per fare alcuni esempi, nel 2007 vengono istituite le Case della Salute, nel 2012 si tenta il riordino dell'organizzazione dei servizi territoriali, nel 2016 con il Piano Nazionale della Cronicità si tenta una pur semplificata integrazione intersettoriale. Purtroppo, nella trasposizione delle norme nella pratica le intenzioni del legislatore sono state solo parzialmente realizzate, le riforme hanno coinvolto a macchia di leopardo il territorio nazionale e molto spesso hanno rappresentato delle trasformazioni di forma più che di sostanza.

Guardando alla storia recente del SSN fino alla gestione della pandemia si ha la netta impressione che non si riesca e non si voglia mettere a fuoco con la dovuta chiarezza i problemi che affliggono le politiche pubbliche nel nostro paese (così come nel resto del mondo globalizzato), perdendo così la capacità di governance del sistema. Sembra che nel definire le strategie di trasposizione delle conoscenze e delle norme nelle pratiche sanitarie siano tralasciate la necessità di stimolare un cambiamento culturale, la riforma dei percorsi formativi e la formazione continua dei professionisti, la necessità di interferire nelle relazioni di potere esistenti, in particolare quelle a difesa di posizioni di rendita di alcuni gruppi sociali e professionali, che in questo momento ostacolano il cambiamento. Questo congiunto di elementi ha come risultato un conservazionismo ormai insostenibile che ci vincola a principi, quadri teorici, metodologie e strumenti obsoleti, costringendoci a rivivere gli stessi processi e gli stessi errori. È in questo scenario che si colloca la sperimentazione della collaborazione tra Medico e Psicologo presentata in questo volume. Una sperimentazione nel solco della Primary Health Care, una esperienza che nasce in un contesto non fertile per l'innovazione in Salute (soprattutto in Lombardia), e quindi una scelta molto più ambiziosa ed impegnativa di quanto possa apparire.

Senza dubbio nel testo a seguire sono sviluppati molti temi interessanti, a partire dalla stessa cooperazione tra Medicina Generale e Psicologia che rappresenta una esigenza ormai ampiamente riconosciuta, con un quadro di riferimento teorico metodologico ancora poco sviluppato e rispetto alla quale ancora poco si è scritto. Allo stesso tempo gli autori si pongono l'obiettivo di sperimentare buo-

ne pratiche assistenziali anche attraverso lo sviluppo di nuovi strumenti e processi di lavoro. Senza contare che più in generale questa esperienza apre una finestra su nuovi orizzonti per la ricerca e la formazione interprofessionale e intersettoriale. Ma c'è un ulteriore elemento da considerare, non tanto esplicito se non si pone l'attenzione sulla storia professionale e personale degli autori, perché "Medici di Medicina Generale e Psicologi lavorano insieme" mette in gioco gli autori in una cornice in cui la Primary Health Care rappresenta una pratica, guidata da un posizionamento umano e professionale. È solo a partire da questo posizionamento che le scelte metodologiche e tecniche diventano possibili. Questo punto mi pare rappresenti l'essenza stessa della PHC.

Facendo un passo indietro e ripercorrendo la storia della Primary Health Care, è evidente che la PHC non può essere attraversata come un qualsiasi modello sanitario. Il campo della PHC è denso di teorie, metodologie e strumenti, ma è anche un campo di tensioni e del conflitto aperto tra una visione di Salute quale Diritto Umano Fondamentale e una di Salute come Mercato, di Salute come strumento di democratizzazione o di mantenimento delle stratificazioni sociali. La PHC non è neutrale, è costruita a partire da valori, principi, e soprattutto pratiche, dirette all'affermazione della Salute quale Diritto Umano Fondamentale, ed in un mondo permeato dalle diseguaglianze sociali praticare la Salute come Diritto non può essere una scelta *naïf*.

D'altra parte, la non neutralità rappresenta l'essenza e la forza della PHC fin dalla sua carta fondativa la "Dichiarazione di Alma Ata" fortemente legata alla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani ed all'articolo 25 che così recita:

*"1. Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà.*

*2. La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure ed assistenza. Tutti i bambini, nati nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale."*

Ne discende che in un'ottica di PHC la responsabilità dei Servizi

Sanitari non si restringe al mero contrasto delle patologie nel corpo, dal momento che in gioco ci sono il benessere dell'individuo, degli individui e della collettività. I Sistemi Sanitari Nazionali rappresentano dunque uno dei pilastri del *welfare state* e tra gli attori principali per l'affermazione ed il consolidamento dei Diritti Umani.

Il settore Salute, così come l'Educazione, possiede il valore aggiunto di essere uno strumento diretto per la costruzione della democrazia nella comunità e per l'affermazione dei Diritti come pratica inscritta nel lavoro quotidiano. I Sistemi Sanitari forniscono protezione alla vita delle persone affinché queste possano mantenere la loro autonomia, vivere la loro vita seguendo le proprie aspirazioni e allo stesso tempo possiedono la capacità di mettere in atto i processi sociali che generano lo *spazio collettivo* e *beni comuni* necessari a garantire il benessere dei singoli e della comunità. La protezione di gregge, il distanziamento sociale, l'uso delle mascherine e la stessa vaccinazione sono esempi di questa doppia visione individuale e collettiva. La Salute quale patrimonio collettivo si costruisce attraverso l'incontro, la negoziazione, la condivisione, la solidarietà e le pratiche agite di democrazia. Salute ed Educazione possiedono appunto, la capacità intrinseca di *agire* nella realtà sociale in maniera diffusa entrando in contatto con gli individui, con le famiglie, con le comunità, raccogliendo le loro storie, partecipando alle loro traiettorie di vita, leggendo il contesto, descrivendolo, interpretandolo e restituendolo agli attori sociali, perché questi possano aumentare la loro consapevolezza e la loro capacità di scelta, tutto questo senza perdere il consolidamento della "casa comune" ecologica e sociale.

Non per niente il Sistema Sanitario Italiano nella sua intenzione originaria, è un sistema pubblico ed equitativo che redistribuisce le risorse nel tentativo di garantire a tutti il massimo standard di salute possibile: *"Legge 833, 78, Art. 1. (I principi) La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale*

---

*competete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.”*

In questo senso la Primary Health Care rappresenta lo sforzo di trasferire le premesse etiche e politiche della tutela della salute nella legislazione, nelle pratiche, nella formazione e nella ricerca. Anche la scelta della stessa denominazione della PHC è densa di significati, ed ogni termine scandisce un posizionamento etico e politico ben preciso, a partire per esempio dalla scelta del termine *Care*, da non confondere con il *Cure*. Il significato di *Care* così come è definito dall’Oxford Dictionary indica: “the provision of what is necessary for the health, welfare, maintenance, and protection of someone or something”. Il “to Care”, a differenza dal “to Cure”, rappresenta l’idea che ci sia qualcosa da difendere e promuovere, a cui deve corrispondere una pratica di responsabilità individuale e collettiva. “I Care” è stato usato di frequente come slogan politico fuori dal contesto della salute. Il Care della PHC si riferisce al prendersi cura della salute di individui e comunità attraverso l’advocacy (farsi avvocato difensore degli altri) e la responsabilità delle pratiche individuali all’interno dello spazio sociale comune (ancora una volta torna il tema della democrazia). È chiaro che date queste premesse il “to Care” non ha niente a che vedere con il curare le patologie o con il prendersi cura della mera traduzione in italiano.

Sul termine Health sono già state prodotte molte riflessioni e non serve dilungarsi qui. Basta chiarire ancora una volta che l’uso della parola Salute intesa come assenza di patologia nel corpo è errato. Occuparsi di Salute, e non solo di patologie, implica interessarsi alla capacità di individui e comunità di vivere la propria vita in armonia con i propri desideri, con gli altri, e con lo spazio eco-sociale da loro abitato. La Salute, citando la carta di Ottawa, è un elemento fondamentale per vivere appieno la nostra vita (e non certamente lo scopo della vita stessa), e potremmo dire che “Health Care” ha il significato di “to Care about Health”, traducibile con l’intrecciarsi dei destini, dei sogni, delle aspirazioni delle persone e della comunità.

Per ultimo il termine Primary è forse quello più tecnico e che più si è evoluto nel tempo. In Alma Ata il Primary rappresentava la base del sistema dei servizi, non come livello basico, ma un congiunto di metodi e strumenti molto pratici, costo beneficio, tarati sul contesto, pensati in ottica di compatibilità e sostenibilità economica, sociale, culturale e ambientale. Primary, dunque, non è sinonimo né di livello minimo, da poveri, né di livello primario così come inteso nella classificazione piramidale di livelli di servizi primario, secondario e terziario ancora in voga nella salute pubblica occidentale. Con il tempo e con le esperienze sia in paesi a risorse limitate sia in paesi ricchi si è sempre più compreso come il Primary si configuri oltre che come fondamenta anche come baricentro dei Sistemi Socio Sanitari. Il settore Primario in questa accezione rappresenta la porta d'entrata della comunità nei servizi e la porta d'entrata dei servizi nella comunità e, quindi, il luogo più sensato dove collocare la regia della programmazione, della gestione e dell'organizzazione delle azioni rivolte alla Salute. Con queste premesse è facile capire come la PHC non abbia niente a che vedere con la Primary Care (Senza Health), con le Cure Primarie o con l'Assistenza Primaria così come le intendiamo nel contesto italiano. Allo stesso tempo diventa comprensibile quale sia il gap che dobbiamo ancora chiudere in termini di formazione, di ricerca e di pratiche professionali per poter superare il paradigma della cura della patologia nel corpo ed entrare in un nuovo scenario in cui al centro ci siano le persone: i pazienti, le loro reti di relazioni significative, gli attori della comunità ed anche i lavoratori dei servizi sociali e sanitari.

Come sottolineato all'inizio della prefazione però i cambi di paradigma devono essere accompagnati da un cambiamento nella formazione dei lavoratori, delle istituzioni che li dovrebbero formare ed in ultima analisi di interventi rispetto alle relazioni di forza che sottendono questi assetti, attraverso la redistribuzione di potere, denaro e risorse materiali ed immateriali in tutta la "filiera" che deve sostenere il cambiamento.

Lavorare con le patologie possiede l'indubbio "vantaggio" di collocarsi nel mercato, le patologie per essere curate hanno bisogno di presidi, farmaci, dispositivi, consulenze che possono essere comprate e vendute. Avere la Salute come oggetto di lavoro ha invece lo "svantaggio" di richiedere relazioni, empatia, solidarietà, giustizia sociale, beni comuni, diritti e democrazia, la salute ha bisogno di

persone con le loro conoscenze, competenze, professionalità, valori ed impegno sociale.

Questa lunga digressione era necessaria per comprendere qual è il valore aggiunto di “Medici di Medicina Generale e Psicologi lavorano Insieme”, e qual è il ruolo degli autori.

È lampante che per realizzare una collaborazione interprofessionale che sia realmente innovativa c'è bisogno di risorse materiali ed immateriali, ed in questo lavoro queste risorse vengono quasi esclusivamente dagli autori. Banalmente la prima risorsa necessaria alla collaborazione tra MMG e Psicologi sono proprio i medici e gli psicologi. Non è scontato, però, che in un sistema sanitario bio-riduzionista e medico centrico siano disponibili quei professionisti non direttamente implicati nella cura della patologia organica. Gli Psicologi, per esempio, sono presenti nel SSN con il contagocce ed in forma poco strutturata. Inoltre, il bio-riduzionismo, prediligendo un approccio pluri-specialistico, rende il nostro sistema sanitario fortemente frammentato, opponendosi organizzativamente all'inter-professionalità, all'inter-settorialità e all'inter-disciplinarietà. Mancano le conoscenze, gli spazi fisici, organizzativi, gestionali e le risorse economiche necessarie per costituire un setting di lavoro e di pratiche realmente *comuni*. Dal punto di vista professionale e disciplinare, per esempio, siamo ancora distanti da una riflessione complessiva rispetto agli strumenti di cooperazione e di costruzione dello spazio “inter-”. I professionisti durante la loro formazione apprendono come si lavora da altri professionisti della stessa branca, replicando forme di lavoro legate alle competenze di ciascuna professione, così come i campi disciplinari producono e riproducono saperi largamente interni al campo stesso. Al netto le conoscenze, le metodologie e gli strumenti professionali dei lavoratori del comparto salute si rivelano poco o per nulla adatti al lavoro ibrido. Questo è uno degli ostacoli che gli autori si sono trovati ad affrontare, soprattutto alla luce della scarsità di letteratura scientifica italiana di riferimento. Inventare nuove forme di lavoro necessita del coraggio sufficiente a mettere in gioco la propria professionalità rinnovando il proprio ruolo a partire dalle esigenze pratiche e non dai presupposti appartenenti al vecchio paradigma. Lo spazio “inter-” produce lo sfumarsi delle barriere tra professioni e la costituzione di nuovi set di strumenti, conoscenze e competenze che è di tutti ma non è esclusiva di nessuno. Il presupposto del lavoro “inter” è che le attività

vengano svolte insieme: professionisti, lavoratori, attori istituzionali, pazienti e reti di relazioni significative ecc. ecc. “Fare” insieme necessita della capacità di sintesi basata sull’inclusione democratica: dei punti di vista, dei presupposti e degli obiettivi. Il “fare” insieme democratico ci interroga rispetto a cosa facciamo, perché, per chi e con chi. Il lavoro insieme è dunque un esercizio grazie al quale deve essere possibile costruire nuove narrative. L’inclusione “orizzontale” di nuovi punti di vista ci consente di ampliare le prospettive rispetto ai processi di salute e malattia, restituendo un senso e traiettorie nuove alla cura. La cura intesa come “to care” diventa allora il patrimonio collettivo, co-costruito e condiviso tra tutti i partecipanti al processo. Più le esperienze sono comuni, maggiore è il collettivo generato, in termini di competenze, azioni, risorse, strumenti e capacità di intervento.

I beni collettivi però non esistono senza democrazia, senza solidarietà e senza partecipazione. Gli individui possono solidarizzare e cooperare, non possono essere “solidarizzati” e “cooperati”. Come ricaduta di ciò le risorse prodotte non possono essere etero-normate ed etero-dirette. Maggiore è la generazione di risorse comuni, co-prodotte e condivise tra gli attori e minore è il numero delle azioni *a priori* esclusive di uno o di una categoria di partecipanti. In altri termini, la decisione rispetto a chi fa cosa e come è una decisione che riguarda più la democrazia interna e meno le regole esterne. Questo non rappresenta un processo sovversivo, ma semplicemente la risposta adeguata ai problemi e ai bisogni di Salute di individui e comunità. Se le azioni necessarie a dare risposta ai bisogni di Salute, al contrario di quelle necessarie a contrastare la patologia sono destandardizzate, allora si presenta la necessità di destandardizzare gli interventi in accordo alla specificità dei bisogni analizzati in una prospettiva *comprensiva*<sup>1</sup> e non riduzionista, ed in accordo ai determinanti ed alle risorse localmente disponibili.

La localizzazione degli interventi implica lo sviluppo di competenze meso e micro-politiche che possano dare gambe a processi meso e micro-gestionali. L’emergere di politiche localizzate si innesta sulla produzione di nuove conoscenze e competenze localizzate. Questi saperi si configurano come *trans* e *mèta* saperi, ossia saperi che sono stati prodotti a partire dal contesto, dal gruppo e servono affrontare

<sup>1</sup> Nell’accezione di *comprehensive*, completo, integrale, considerato nella sua complessità

condizioni prevalentemente locali, sono cioè un patrimonio collettivo che ha valore operativo nel setting in cui il gruppo si trova ad operare. Le micro-politiche non contraddicono le macro, così come i saperi *trans* e *mèta* non contraddicono o confliggono con i saperi disciplinari o le pratiche professionali, semplicemente li completano perché questi possano essere operativi “nell’ultimo miglio”, nella realtà del contesto quotidiano locale.

Ne discende che la rigidità nella separazione tra discipline e professioni, così come la difesa corporativa dei limiti del campo di azione degli attori della cura, si configurano come un ostacolo franco alla costruzione dei saperi *trans* e *mèta* e quindi alla tutela della Salute. Produrre meso e micro-politiche significa in pratica permettere lo scambio reciproco di compiti ed azioni e la costruzione di nuove forme di lavoro e modalità organizzative a partire dalle esigenze più idonee ad affrontare un determinato problema in un determinato contesto. Queste riorganizzazioni sono rese possibili dalla costruzione di un setting e progettazioni specifiche, che abbiano come obiettivi chiaramente definiti l’empowerment meso e micro-gestionale. Definire (ed in definitiva scoprire) chi fa cosa, a partire da quali presupposti, come e con quali strumenti, in un determinato gruppo in un determinato territorio e a partire da determinate condizioni è una decisione che compete al gruppo (sempre è chiaro, nel rispetto delle norme vigenti e della deontologia professionale, della qualità e della sicurezza dell’assistenza) e pertanto deve essere un obiettivo del gruppo e del progetto. Se le individualità professionali e disciplinari non vengono messe in gioco con l’obiettivo di innovarle, potenziarle e renderle efficaci nel contesto allora il lavoro inter- diventa sostanzialmente impossibile.

Ne sono un esempio le organizzazioni in cui le attività sono svolte seguendo una logica sequenziale (il paziente lo vedo prima io, poi lo mando a te, poi va dall’altro), dove il lavoro di gruppo è ridotto al minimo, non è strutturato, focalizzato solo sulle dimensioni cliniche e non su quelle organizzative, formative e relazionali, dove il lavoro che facciamo è sempre focalizzato sul paziente e mai su di noi, sul contesto e per gli attori presenti nel setting.

Anche nella esperienza degli Autori i problemi legati all’innovazione delle professioni sono stati presenti, ma il gruppo di progetto era fortemente motivato, interessato ed aperto all’innovazione e quindi capace di mettersi in gioco. Ne è dimostrazione la dimensione “in-

sieme” che permea tutto il libro a partire dal titolo. Chiaro è che questi aspetti devono essere tenuti in considerazione nel passaggio da una sperimentazione pilota, su base volontaria, ad un progetto strutturale in scala in cui le dimensioni meso e micro-politiche e la produzione delle conoscenze che le accompagnano devono essere attentamente considerate.

Infine, interventi strutturali meritano una riflessione specifica rispetto al tema delle risorse a partire da quelle economiche e rispetto alla loro distribuzione.

Due considerazioni. La prima riguarda l’investimento in Salute, la seconda l’allocazione delle risorse. Rispetto agli investimenti, spostare l’attenzione dalla patologia alla Salute, dagli organi alla persona nel suo contesto di vita amplia lo spettro di intervento dei Servizi Sanitari e con questo la necessità di investimenti. Ciò non significa che i sistemi *comprehensive* siano più costosi, al contrario, sono i servizi centrati sulla patologia ad essere escludenti, dal momento che pongono barriere di accesso ed impediscono selettivamente la soddisfazione dei bisogni di salute. Il lavoro interprofessionale invece, attraverso un approccio integrato centrato sulle persone reali nel loro contesto reale di vita è in grado di rimuovere tali barriere aumentando l’accessibilità ai servizi. Il miglioramento dell’accessibilità beneficia i gruppi di individui più vulnerabili che possiedono risorse insufficienti a compensare le barriere di accesso. Pertanto, il lavoro interprofessionale ha potenzialmente un effetto benefico sulle disuguaglianze in Salute. La presa in carico integrata, inoltre, consente di razionalizzare ed ottimizzare l’uso delle risorse aumentando l’efficacia e la risolutività degli interventi benché possa avere un iniziale effetto paradossale di aumento dei costi.

Il secondo tema invece riguarda l’allocazione risorse, e più specificamente la necessità di rivedere la loro distribuzione in modo che sia confacente al nuovo modello di lavoro. Da un lato deve essere riconsiderata la ripartizione tra ospedale, servizi terziari, e territorio che non significa togliere agli uni per dare agli altri, ma ampliare la percentuale di finanziamenti che va al territorio nella stessa misura in cui si ampliano i suoi compiti, dall’altro deve essere considerata la necessità di aumentare i finanziamenti per le professioni sanitarie e non che vengono coinvolte nel nuovo setting assistenziale.

In tal senso, vale la pena ricordare che l’esperienza degli Autori è stata invece realizzata senza risorse istituzionali, e quindi al surplus di

lavoro prodotto dall'ampliata presa in carico dei pazienti e le risorse professionali aggiuntive necessarie alla realizzazione del progetto sono state a carico dei partecipanti. Gli autori aprendo alla complessità dei bisogni dei pazienti hanno assunto nei loro confronti gli oneri e le responsabilità conseguenti.

Questo è il valore aggiunto citato all'inizio della prefazione. "Medici di Medicina Generale e Psicologi lavorano insieme" dimostra che è possibile innovare, non è facile ma è possibile, a partire dal nostro contesto quotidiano di lavoro, dalle pratiche in cui siamo coinvolti come professionisti della salute e cittadini. Però è necessario rivalutare quello che all'inizio della prefazione chiamavamo posizionamento etico, politico ed estetico, che ci riporta al tema della PHC come pratica quotidiana. La professione sanitaria vista dal punto di vista etico del lavoro al servizio della Salute quale Diritto Umano fondamentale interroga le professioni sanitarie rispetto al loro ruolo politico nella società. La dimensione estetica, invece, ci interroga rispetto all'estetica di una professione monca delle dimensioni umane e sociali della Salute e di una cura priva del "to Care".

Il lavoro presentato in questo volume è certamente un'esperienza che contribuisce allo sviluppo del quadro teorico, metodologico e pratico all'interno del carente contesto del SSN e delle traiettorie disciplinari e professionali della Medicina di Famiglia e della Psicologia. In accordo con quanto detto fin ora, certamente una esperienza alla quale ispirarsi per produrre nuove esperienze localizzate di innovazione micro-politica dei servizi. Esperienze nuove con cui confrontarsi e con cui arricchire il bagaglio teorico metodologico e di pratiche all'interno del nostro Sistema Sanitario Nazionale in piena trasformazione.

### **Bibliografia**

1. Assemblea Generale delle Nazioni Unite, "Dichiarazione Universale dei diritti umani." Retrieved June 28 (1948): 2016.
2. Kuhn, T. (2021), *The structure of scientific revolutions*, Princeton University Press.
3. World Health Organization, Declaration of Alma-Ata. No. WHO/EURO: 1978-3938-43697-61471, World Health Organization. Regional Office for Europe, 1978, in [https://it.wikipedia.org/wiki/Dichiarazione\\_di\\_Alma\\_Atta](https://it.wikipedia.org/wiki/Dichiarazione_di_Alma_Atta)
4. World Health Organization, Ottawa charter for health promotion, 1986. No. WHO/EURO: 1986-4044-43803-61677, World Health Organization. Regional Office for Europe, 1986.