

# La relazione formativa tra medico del territorio e il paziente immigrato

## The formative relationship between the general practitioner and the immigrant patient

Pasquale Renna

Università degli Studi di Bari Aldo Moro - pasquale.renna@uniba.it

### ABSTRACT

The relationship between doctor and immigrant patient, today, is an important test for a radical rethinking of a concept of health that is centered on an educational pact of co-responsibility between a reflective professional and an active citizen. In particular, the general practitioner is, today more than ever, called to be an educator of healthy lifestyles and promoter of an intercultural mentality in the context of a European society so multicultural, but where the challenge of a constructive coexistence between peoples and cultures is more than ever open.

La relazione tra medico e paziente immigrato, oggi, è un importante banco di prova per un radicale ripensamento di una concezione della salute che sia incentrata su un patto educativo di corresponsabilità tra un professionista riflessivo e un cittadino attivo. In particolare, il medico del territorio è, oggi più che mai, chiamato ad essere educatore di stili di vita salutogenici, e promotore di una mentalità interculturale, nel contesto di una società europea e, nella fattispecie, italiana, sì multicultural, ma in cui resta aperta la sfida di una convivenza costruttiva tra i popoli che li faccia sentire partecipi di una medesima comunità di destino.

### KEYWORDS

Training, Care Relationship, General Practitioner, Patients, Immigrants.  
Formazione, Relazione di Cura, Medico, Pazienti, Immigrati.

## 1. Per una promozione della salute in un'ottica sistemica e interculturale

### 1.1 Da un paradigma biomedico a un paradigma sistemico di salute

L'Europa contemporanea si trova coinvolta nel cuore di una decisiva lotta non solo per la civiltà, ma, ancor più radicalmente, per la stessa vita dei popoli del pianeta. Ambiti di primo piano, anche se non esclusivi, di tale lotta sono l'ambiente e la salute.

Rispetto all'ambiente, è noto come in Europa sia nato in tempi recenti un movimento giovanile, animato da Greta Thunberg, per la salvaguardia del nostro Pianeta i cui delicati equilibri ambientali sono sempre più minacciati dal violento impatto umano. Infatti l'uomo del nostro tempo, animato da una concezione di progresso e consumo che affonda le sue radici nella cultura borghese ottocentesca, fatica ancora oggi a comprendere come l'ambiente non possa essere indefinitamente sfruttato a fini economici, ma debba essere anzitutto salvaguardato e custodito. La transizione da una concezione della relazione uomo-ambiente improntata allo sfruttamento di quest'ultimo a una concezione ispirata dalla consapevolezza dell'interdipendenza di tutte le specie viventi, oggi, si pone come tanto più urgente in quanto non ha ancora ottenuto quell'universale consenso che dovrebbe generare una sollecita mobilitazione delle grandi potenze economiche e politiche del Pianeta (men che meno, degli Stati che compongono l'attuale consenso rappresentato dall'Unione Europea).

Rispetto alla salute, in Europa si è sviluppata, sempre nel corso dell'Ottocento e nel contesto della società borghese, una concezione di salute che vede nell'uomo una macchina da tenere in perfetta efficienza e sul cui funzionamento poco importante sarebbe l'impatto di fattori contestuali e ambientali. Si comprende facilmente come, nell'ottica di una concezione di salute che vede nell'uomo una macchina, l'obiettivo di salute precipuo e privilegiato è quello di procurare i rimedi utili a tenerla in perfetta efficienza. Oggi, invece, allorché il diffondersi di epidemie globali ha inacuito la consapevolezza delle società altamente industrializzate per la quale un fattore determinante di salute è la relazione tra uomo e ambiente, si pone come quanto mai necessaria una transizione verso una concezione sistemica di salute, al cuore della quale si trovi non più la riparazione del corpo-macchina, ma la cura responsabile della persona entro i suoi contesti vitali. Contesti che, lungi dall'essere anonimi sfondi su cui si inscena la vicenda umana, sono una fitta rete di relazioni che contribuiscono al reciproco tenersi, e nella cui fitta trama è vitalmente inserito l'essere umano. In tale ottica, dunque, *salute* significa avere cura delle relazioni che legano tutti i viventi e questi ultimi agli ambienti in cui essi si trovano e agiscono. Tale cura si esplica, in particolare per gli esseri umani, nella capacità di mettere in campo stili di vita promotori di salute, ovvero non ispirati allo sfruttamento di risorse, ma all'attenzione nei confronti del sistema di relazioni che tiene insieme soggetti e ambienti. Strettamente legati a tale attenzione sono, pertanto, la promozione e lo sviluppo di stili di vita *salutogenici*, che diviene possibile soltanto nell'ambito di una concezione di salute che sappia tenere in debito conto la complessità dei suoi determinanti di carattere culturale e ambientale.

A tal proposito, è da rimarcare come, già a partire dalla seconda metà del Novecento, soprattutto in Occidente, il concetto di salute si sia evoluto, come evidenziato nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella Conferenza di Alma-Ata, da condizione di semplice assenza di malattia a condizione di *pieno benessere bio-psico-sociale*. Tale definizione di salute è notevolmente più ampia

rispetto a quella, sino ad allora comunemente accettata, promossa dal *paradigma bio-medico* (Gallelli, 2012, Cavicchi, 2018) che, in sostanza, prevede che essere in buona salute significhi non avere malattie. In base al paradigma bio-medico, come sopra accennato, il corpo umano viene inteso come un mero insieme di organi e funzioni che compongono una macchina complicata, in sé articolata ma vista come relativamente autonoma dai contesti e dagli ambienti in cui è inserita e composta da parti riparabili mediante azioni competenti e mirate, quali la somministrazione di farmaci o, nei casi più gravi, interventi chirurgici.

Il paradigma bio-medico si è diffuso, in Europa, nella cornice teorica del positivismo, che nel corso del XIX secolo, sempre più andava acquisendo autorevolezza sia nell'ambito delle scienze "esatte", sia nell'ambito delle scienze "sociali"<sup>1</sup>. Se la cultura di stampo positivista mostrava la spiccata universalità, misurabile e calcolabile tutto ciò che attiene alla Natura e all'Uomo, il paradigma bio-medico ad essa legato sottoponeva il corpo umano, in nome della scientificità che, a quel tempo, decideva dell'attendibilità, della credibilità e dell'autorevolezza dei medici, a criteri oggettivi di misurabilità e calcolabilità (Cavicchi, 2018). In tale quadro paradigmatico, non fa meraviglia che dimensioni essenziali del corpo umano, quali la personalità e l'irripetibile unicità rappresentata dall'incontro tra l'appartenenza culturale e il vissuto relazionale e ambientale (Gallelli, 2012b) siano passate in secondo piano rispetto all'analisi della struttura e del funzionamento delle singole componenti della *macchina umana*. In tale ottica essenzialistica compito del medico sarebbe quello di misurare l'entità dei danni biologici subiti dai singoli organi o, al più, dalle funzioni organiche e, conseguentemente, di calibrare una soluzione riparativa appropriata. Effetto diretto di tale *atteggiamento calcolante* è stato la riduzione della concreta *complessità* del soggetto-paziente alla astratta *linearità* dell'oggetto-paziente<sup>2</sup>.

Nella predetta ottica calcolante e lineare la risoluzione dei problemi relativa al danneggiamento o al malfunzionamento degli organi inquadrati come macchine è legata all'individuazione di cause intrinseche ad essi. Per tale ragione il paradigma biomedico ha sempre inteso non tenere in debito conto, tra gli agenti patogeni, le cause di tipo ambientale. Queste ultime, invece, si rivelano determinanti proprio nell'attuale mondo globalizzato e soprattutto in seguito all'insorgere, soprattutto in Occidente, delle cosiddette "patologie del benessere" (cancro, diabete, ecc.) nonché, purtroppo ovunque sul nostro Pianeta, di epidemie la cui espansione è legata alle profonde e viepiù rapide e dinamiche relazioni e interconnessioni oggi esistenti tra i popoli e i loro ambienti di vita.

1 In quanto corrente di pensiero "positiva", ovvero non interessata a questioni di tipo metafisico (ad. es. Essere, Dio, Anima), il Positivismo riteneva che compito esclusivo del pensiero fosse quello di organizzare razionalmente i dati offerti dalle scienze sperimentali.

2 Caposaldo teorico della concezione biomedica della corporeità, della malattia e della cura è stato il pensiero di Cartesio (1637, 1641) sull'uomo inteso come entità duale, divisa in *res cogitans* e *res extensa*, le quali sono realtà tra loro nettamente distinte e autonome l'una rispetto all'altra, e comunicanti soltanto mediante la ghiandola pineale. La *res cogitans*, poi, è stata concepita come realtà incorporea e, pertanto, inaccessibile. Soltanto la realtà materiale della *res extensa*, pertanto, avrebbe potuto essere oggetto di attenzione da parte del sapere scientifico. La concezione positivista della scienza in quanto sapere misurabile della realtà, poi, ha contribuito a radicalizzare ulteriormente gli effetti che, sulla persona del malato, aveva la già stringente concezione cartesiana. Tale concezione ha costituito il paradigma biomedico come sfondo teorico nell'ambito del quale la *res cogitans* è stata astratta dalla realtà della *res extensa*, mentre quest'ultima è stata messa a disposizione della techno-scienza medica. In tale processo, teso senz'altro a individuare i rimedi più efficaci per la cura di patologie sovente mortali, si è persa di vista proprio l'inscindibilità della persona umana in quanto *sinolo* di *res cogitans* e *res extensa*, ovvero *unità corporeale* (Gallelli, 2014).

Appare oltremodo chiaro, dunque, come sia necessario, nell'ambito della formazione dei medici, insistere sul superamento del paradigma biomedico, oggi invalso nella prassi clinica, in direzione della promozione di un paradigma bio-sistemico proprio in quella componente essenziale della professione medica che è la relazione con il paziente, una relazione che sappia tener conto dei contesti di vita, degli ambienti e delle relazioni interpersonali quali fattori determinanti la condizione di salute individuale. È questa, oggi, una importante sfida per i professionisti della salute, chiamati non soltanto a curare le patologie emergenti, ma più radicalmente ad aver cura della complessa soggettività di un paziente che sia preso in considerazione in quanto *unità corpomentale* (Gallelli, 2014) in permanente relazione con i suoi contesti culturali e ambientali di riferimento (Berlinguer, 2011). Una sfida che è a monte della *questione medica*, ovvero dell'attuale crisi del paradigma bio-medico, il quale è tutt'oggi punto di riferimento per la professione. "Non si tratta più di aggiornare le condotte professionali come è stato fatto sino ad ora, cioè a partire dal 1903 al 2014, ma di definire questa volta, a partire dalla questione medica come espressione di una crisi paradigmatica più profonda e assunta come un nuovo principio di realtà, una deontologia dell'identità e del ruolo, [...] sapendo bene che l'identità professionale è speculare all'identità complessa della medicina nei suoi rapporti con la società" (Cavicchi, 2018, p. 17).

## 1.2 Oltre il paradigma biomedico: la portata salutogenica della relazione di cura

Una grande sfida strettamente legata alla questione medica, a motivo della dimensione complessa e multiculturale che caratterizza, oggi, il rapporto del medico con la società, è quella dell'educabilità del paziente, chiamato a prendere consapevolezza della portata salutogenica o patogenica delle proprie scelte. A tal proposito, è possibile, oggi, affermare che il soggetto-paziente sia in grado, in autonomia, di curare stili di vita e relazioni salutogeniche, discernendole da quelle patogeniche? Evidentemente, no. Ha bisogno dell'ausilio di un professionista della salute che stabilisca con lui una relazione di cura finalizzata ad una costruzione, condivisa e responsabile, di possibili itinerari formativi salutogenici. Una relazione che sia fondata sulla reciproca *fiducia* e, soprattutto, sul desiderio di *conoscenza*, sia da parte del medico sia da parte del paziente, delle condizioni ambientali e culturali che contribuiscono al potenziamento o al deterioramento della salute. In tale ambito si rende necessario, dunque, il superamento di una relazione medico-paziente asimmetrica e paternalistica che è invalsa laddove, predominando il paradigma biomedico, il professionista della salute si pone in qualità di esperto esclusivo del funzionamento del corpo-macchina (Foucault, 1963), che non tiene conto della simmetrica e complementare "competenza esperta" di un paziente il quale, appunto, patendo i disagi dovuti alla condizione di malattia, esprime un punto di vista privilegiato circa quest'ultima.

Lo stabilirsi delle condizioni per un rapporto di fiducia e conoscenza tra medico e paziente, nel contesto di una concezione sistemica di salute, diviene possibile soltanto qualora il medico svolga un'azione di supporto competente ai bisogni di salute del paziente, e quest'ultimo si senta pienamente coinvolto in tutte le fasi del processo di cura. Un medico che assuma un ruolo di orientatore del processo di cura non potrà che avere quale interlocutore un soggetto-paziente che sia intenzionato, sempre più e sempre meglio, a *conoscere se stesso assieme alle sue patologie*. Soltanto nell'ambito di una siffatta relazione di fiducia, conoscenza, orientamento, diviene possibile educare stili di vita salutogenici, in modo

che prima ancora che provvedere alla riparazione di organi malfunzionanti si provveda alla responsabilizzazione di soggetti in grado di avere cura di se stessi e delle proprie relazioni, nel contesto della medesima casa comune che si estende dai micro ai macro ambienti di vita.

Una relazione medico-paziente impostata su fiducia, conoscenza e orientamento si rende quanto mai necessaria quando i pazienti sono *immigrati*. Il medico che si proponga come orientatore di stili di vita salutogenici, in una relazione formativa con i pazienti immigrati, non può non riconoscerne la peculiare situazione esistenziale, così come non può sentirsi estraneo alla conoscenza delle matrici culturali della loro condizione di salute.

### 1.3 Il paziente immigrato e i suoi bisogni di comunicazione e di cura

Se il paziente dei paesi occidentali è stato giustamente definito “esigente” (Cavicchi 2018) in quanto è sempre più informato e consapevole e tende a interloquire alla pari con il professionista della cura della salute, come definire il paziente immigrato, che spesso non conosce la lingua e la cultura del paese di approdo, e non di rado non è conosciuto nella propria lingua e cultura di provenienza, un paziente che avrà enormi difficoltà nel comunicare i propri bisogni di cura e di salute? Egli è, senz'altro, più che mai “paziente” che, nel senso etimologico del termine, *patisce* una condizione di infermità e al tempo stesso *pazienta*, ovvero si installa, con spirito di sopportazione, in una condizione di disagio ulteriormente gravata da difficoltà comunicative di carattere linguistico e, più profondamente, culturale. Inoltre il suo “patire” e la sua “pazienza” sono legate non soltanto alle immediate difficoltà di salute, per cui si reca dal medico, ma anche al “patire” una condizione esistenziale di doppio sradicamento: uno sradicamento dagli affetti e dagli ambienti della propria terra di origine e uno sradicamento dalla propria terra di approdo, in cui troppo spesso non vi sono persone e istituzioni autenticamente accoglienti.

Gli affetti e gli ambienti della terra di origine non appartengono più al paziente immigrato, così come l'appartenenza alla terra di approdo è più che mai da costruire. Chi potrebbe farsi carico di tale compito, se non le istituzioni che storicamente, soprattutto in Italia, terra di esodi e di approdi (Guaragnella, Pinto Minerva 2005) per eccellenza sono deputate all'accoglienza, oltre che alla cura educativa, ovvero la Sanità e la Scuola? Non va dato per scontato, va detto, che i professionisti che operano in tali istituzioni deputate all'accoglienza, alla cura e all'educazione siano pienamente consapevoli dell'importanza strategica del proprio ruolo, soprattutto nell'ambito di una relazione professionale con soggettività particolarmente fragili, per i motivi predetti, quali sono i pazienti immigrati i quali, oggi più che mai, rischiano di patire l'umiliazione della reclusione nelle gabbie mentali, ben più rigide di quelle fisiche, degli stereotipi e dei pregiudizi.

I pazienti immigrati contemporanei, per le ragioni sopra esposte, necessitano di “potenziamento” (Annacontini, 2019): devono essere messi in condizione di poter dire il proprio mondo interiore, in cui paesaggi, relazioni, ambienti sono tanto differenti, e tanto differenzialmente percepiti dalla mente degli abitanti di quelle contrade, rispetto a quelli occidentali. Devono, inoltre, essere messi in condizione di poter dire il proprio disagio, che spesso è molto più remoto e profondo di un semplice dolore fisico, il quale ne è senz'altro spia e segnale, ma la cui decifrazione è affidata alla capacità di “ascolto” e di “lettura” del medico (Annacontini, 2006). *Ascolto* e *lettura* che sono possibili, come sopra accennato, soltanto da parte di una mente migrante.

## 2. Una relazione tra medico occidentale e paziente immigrato improntata alla cura formativa

### 2.1 *Il medico oggi: un professionista riflessivo nel crogiolo multiculturale*

La necessità di una promozione della salute in un'ottica interculturale, nel mondo attuale che è caratterizzato da intersezioni e scambi tra differenti culture, si pone come questione di primo piano. In particolare, l'Europa del Ventunesimo Secolo, che anela a raggiungere lo status di comunità democratica di popoli (secondo quanto, all'indomani dell'immane tragedia della Seconda guerra mondiale, era nelle intenzioni originarie dei Fondatori), è attraversata da straordinari mutamenti di carattere socio-economico e politico in cui un ruolo determinante hanno le differenze culturali (Fiorucci, 2014). Per la promozione di una relazionalità non superficiale ma significativa tra popoli e culture eterogenee che coesistono all'interno della medesima compagine sociale, oggi, si rende necessario promuovere una progettualità pedagogica tesa alla trasformazione di contatti occasionali e di circostanza, in cui gli scambi sono limitati al soddisfacimento dei fondamentali bisogni del vivere quotidiano, in contatti significativi, incentrati sui fondamenti della stima reciproca e dell'apprezzamento delle differenze. Differenze che, per riconoscersi reciprocamente come inter-essenti, necessitano di una specifica progettualità pedagogica nel cui ambito l'incontro con l'alterità sia visto come una straordinaria opportunità di arricchimento. È possibile, in tal senso, muovere verso una società pronta a transitare da un multiculturalismo di fatto, determinato dalla coesistenza sullo stesso territorio di persone sì appartenenti a differenti culture ma sostanzialmente indifferenti le une alle altre, ad una convinta interculturalità soltanto qualora si promuova, a partire dalle istituzioni della cura per eccellenza, che sono l'Istituzione Scolastica e l'Istituzione Sanitaria, una educazione alle differenze (Gallelli 2012, Lopez 2019) rivolta in primo luogo a medici e docenti intesi come, ciascuno nel proprio ambito, professionisti della cura, che sia in grado di generare soggettività nomadi e migranti.

Infatti, solo qualora motivate da una *mente migrante* (Pinto Minerva 2002, Anolli 2006), allenata al decentramento cognitivo e affettivo, tali soggettività vi-rebbero l'incontro con le alterità con curiosità e spirito di avventura, mosse da un ineliminabile senso di incompiutezza e, conseguentemente, da una insaziabile sete di conoscenza. La formazione di siffatte soggettività consentirebbe di disinnescare, in un periodo storico come il nostro peraltro segnato da recrudescenti fondamentalismi, le pericolose logiche essenzialistiche che si nascondono dietro le sempre più numerose ossessioni identitarie (Remotti, 2010; Gallelli, 2018) di carattere religioso, etnico, sociale, che attraversano oggi l'Europa da Nord a Sud, da Ovest a Est.

Tali ossessioni identitarie rappresentano una grave minaccia per quel pluralismo democratico che, pur con grande fatica, ha condotto i popoli europei a superare i secolari conflitti che li dilaniavano e ad accettare la sfida, tutt'oggi sempre da rilanciare, di una autentica convivialità delle differenze. La Sanità e la Scuola rappresentano, in tale ottica, gli avamposti dell'accoglienza, laddove per accoglienza non si intende una prassi indiscriminata e acritica, ma al contrario una prassi educativa incentrata sul riconoscimento di basilari diritti di ogni essere umano.

Non è un caso, in tal senso, che sia in ambito sanitario sia in ambito scolastico venga a più riprese ribadita la centralità della relazione educativa tra il professionista (della salute o della scuola che sia) e il soggetto-persona che si reca presso l'istituzione sanitaria o scolastica non in qualità di mero cliente di un servizio o,

peggio, di afasico uditore di prescrizioni impartite dall'alto, ma in qualità di *soggetto in apprendimento permanente*. In quanto tale, egli ha l'opportunità di manifestarsi come persona nella sua unicità e nella sua irripetibile differenza e, pertanto, di essere ascoltato e di ascoltare, nonché di confrontarsi, in una relazione improntata alla reciproca conoscenza e al reciproco riconoscimento, con un professionista auspicabilmente riflessivo (Schön, 1993).

La relazione che si crea, in tal modo, è quella tra un professionista della cura in ambito sanitario o scolastico, che ponga in primo piano, appunto, la dimensione dell'attenzione all'alterità nel proprio contesto professionale, e un soggetto, si è detto, in apprendimento permanente il quale ha sì delle specifiche necessità da soddisfare, ma che soprattutto ha l'opportunità di essere coinvolto attivamente in un percorso di cura-apprendimento che va ben oltre la somministrazione di *prescrizioni*.

Lo stabilire una siffatta relazione educativa si pone, oggi, come più che mai urgente allorché, nel caso specifico della tematica qui trattata, i professionisti della cura della salute abbiano a interagire con persone che, per gravi motivi dipendenti da guerre, carestie, epidemie, sono obbligate a migrare dai propri paesi d'origine per cercare, attraversando le acque del Mediterraneo con mezzi di fortuna e a rischio della propria vita, approdo in terre in cui poter ricominciare un percorso esistenziale privo di pericoli mortali.

## 2.2 *Formare i professionisti della salute all'ascolto empatico*

Da ciò deriva la necessità di promuovere, per i professionisti della salute, un'educazione all'ascolto empatico che, a sua volta, sappia condurre le loro menti troppo spesso legate a un paradigma biomedico concentrato più sulla cura dell'organo malato che sulla pratica dell'aver cura della persona ammalata, ad una apertura eco-sistemica nei riguardi della persona *assieme alla* sofferenza legata alla sua malattia. Una apertura eco-sistemica che promuova la cura integrale della persona nel suo ambiente, la cui portata abilitante o dis-abilitante può iscriversi nella soggettività incarnata del paziente e determinarne la condizione di salute. In tal senso l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la celebre Carta di Ottawa (1986) si esprime con parole illuminanti. "Il settore sanitario dovrà agire in misura sempre maggiore nella prospettiva della promozione della salute, al di là della mera offerta di servizi clinici e curativi. Il mandato dei servizi sanitari dovrà estendersi a comprendere la ricettività e la sensibilità alle esigenze culturali, rispondendo al bisogno individuale e comunitario di una vita più sana, e aprendo canali di comunicazione tra il settore sanitario e le più vaste componenti politiche, economiche e ambientali". L'ascolto empatico del paziente immigrato, pertanto, costituisce in sé e per sé una pratica di riconoscimento mediante la quale il professionista della salute diviene rappresentante dell'intera società civile, la quale accoglie, include e promuove la persona sia nell'unicità della propria differenza culturale sia nella comunanza eco-sistemica dell'appartenenza planetaria (Ceruti, 2018).

## 2.3 *Il medico del territorio in quanto professionista della cura interculturale*

In tale prospettiva, di strategica importanza si rivela la *medicina del territorio*. Quest'ultima, infatti, non svolge un mero compito di porta di accesso alle cure spe-

cialistiche che vengono effettuate negli ospedali, ma riveste un ruolo di importanza strategica per la promozione della salute in un'ottica interculturale.

Per tale ragione, la medicina del territorio è stata attenzionata da una lungimirante legge della Regione Puglia, la legge 32 del 2009, con la quale viene affermato con forza il diritto universale alla salute, diritto di cui sono beneficiari anche i pazienti immigrati privi di documenti, denominati STP: Stranieri Temporaneamente Presenti (Martiradonna, 2010).

A tal proposito, a partire dalle profonde implicazioni della legge 32 del 2009, che garantisce a tutti gli immigrati le cure sanitarie di base, va ribadita la necessità che la relazione tra medico occidentale e paziente immigrato sia fondata su un patto educativo di corresponsabilità che va ben oltre l'essere "in regola" con i documenti. La medicina del territorio ha il potenziale per svolgere un ruolo di strategica importanza nella tessitura di una rete per la promozione della salute (Geraci, 2009), che sia sensibile alle differenze culturali e promuova, assieme agli ospedali, un sistema integrato in grado di porre in essere un'attività complessa, collaborativa (Ingrosso, 2016) e interculturale di promozione della salute.

Oggi, poi, nell'epoca degli iper-specialismi e della tecnica dispiegata in ogni ambito della vita delle persone, vi è il concreto rischio che l'essere umano esista e venga riconosciuto soltanto qualora sia *tracciabile*. Che ne è, invece, delle tante esistenze discrete, poco visibili e sovente non tracciabili quali quelle rappresentate dagli immigrati spregiativamente definiti "irregolari" e che, invece, sono schiavizzati, in quanto inseriti nel nostro territorio nazionale spesso rimpolpando le fila della sfruttatissima manodopera bracciantile del mercato nero? Che ne è di queste persone che sono costrette, per ragioni di sopravvivenza, a mettersi a disposizione di un mercato che, in maniera via via crescente, tende a privilegiare relazioni lavorative a senso unico, decise in base agli esclusivi bisogni dei datori di lavoro, i quali necessitano di manovalanza a basso costo e facilmente rimpiazzabile? La medicina, rispetto a tali situazioni, non può certo sostituire l'imprescindibile ruolo di altre istituzioni chiamate a fare giustizia laddove si consuma il dramma dello sfruttamento dell'uomo sull'uomo ma, mediante la sua peculiare attenzione verso *la persona assieme ai suoi bisogni di cura* può senz'altro ribadire che ogni essere umano, soprattutto il più fragile ed esposto alle sopraffazioni quale è l'immigrato, è *indisponibile*: nessuno ne può disporre per i propri scopi, ma la sua dignità va al di là di ogni concezione utilitaristica oggi ancora invalsa in un Occidente che fatica a superare schemi paradigmatici ormai più che bicentenni.

Soltanto il medico del territorio può, pertanto, fare sintesi tra le necessità di cura della salute dei pazienti immigrati e la loro necessità di una cura sistemica, in cui venga ammesso come parte essenziale del loro benessere il riconoscimento umano e culturale e l'attivo inserimento nel più ampio contesto sociale.

Ciò senza che venga sminuita l'importanza dei centri specialistici. Si tratta, infatti, di promuovere un *sistema integrato per le politiche territoriali della salute* in cui medicina del territorio e medicina ospedaliera agiscano di concerto perché i pazienti, con particolare riferimento agli immigrati che rappresentano le fasce di popolazione più fragili, vengano sempre più riconosciuti nella loro inviolabilità e *indisponibilità*, nonché vengano coinvolti in progettualità educative che sappiano promuovere stili di vita salutogenici. In un tale contesto di sistema integrato di promozione della salute sarà possibile realizzare da un lato la sfida formativa della promozione di professionisti della salute che sappiano superare posizioni monocentriche e dall'altro la sfida formativa dell'empowerment di pazienti che siano in grado di comunicare i propri mondi culturali e accettino la proposta di un'alleanza terapeutica fondata sul principio di reciprocità.

L'alternativa sarebbe quella di mancare a un grande appuntamento con la Storia che, oggi più che mai, ci interpella in tutta la sua drammatica urgenza, a fronte dell'imporsi di gravissime emergenze sanitarie di carattere globale.

## Riferimenti bibliografici

- 1° Conferenza internazionale sulla promozione della salute (1986). *Carta di Ottawa per la promozione della salute*. Ottawa.
- Annacontini, G. (2006). *Lo sguardo e la parola*. Bari: Progedit.
- Annacontini, G. (2019). *Imparare a essere forti*. Bari: Progedit.
- Anolli, L. (2006). *La mente interculturale*. Roma-Bari: Laterza.
- Berlinguer, G. (2011). *Storia della salute. Da privilegio a diritto*. Firenze-Milano: Giunti.
- Cartesio (1637). *Discorso sul metodo*. Roma-Bari: Laterza 2004.
- Cartesio (1641). *Meditazioni metafisiche*. In Id. *Opere filosofiche*. Roma-Bari: Laterza 1986.
- Cavicchi, I. (2018). *Stati generali della professione medica. 100 Tesi per discutere il medico del futuro*. Roma: FNOMCEO.
- Ceruti, M. (2018). *Il tempo della complessità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fiorucci, M. (2014). *La mente interculturale*. In Annacontini, G., Gallelli, R. *Formare altre(i)menti*. Bari: Progedit.
- Foucault, M. (1963). *Nascita della clinica. Un'archeologia dello sguardo clinico*. Torino: Einaudi 1969.
- Gallelli, R. (2012). *Incontri mancati*. Bari: Progedit.
- Gallelli, R. (2012b). *Educare alle differenze*. Milano: Franco Angeli.
- Gallelli, R. (2014). *La mente incarnata. Insegnare a comprendere l'unità corpomentale'*. In Annacontini, G., Gallelli, R. *Formare altre(i)menti*. Bari: Progedit.
- Gallelli, R. (2018). *Culture del corpo tra Oriente e Occidente. Itinerari formativi*. Bari: Progedit.
- Geraci, S. (2009). *Politiche sanitarie e immigrazione. Crisi e opportunità*. In Caritas/Migrantes (a cura di). *Dossier statistico Immigrazione*. Roma: Idos.
- Guaragnella, P., Pinto Minerva, F. (eds.) (2005). *Terre di esodi e di approdi. Emigrazione ieri e oggi*. Bari: Progedit.
- Ingresso, M. (2016). *La cura complessa e collaborativa*. Roma: Aracne.
- Jaspers, K. (ed. 1991). *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lopez, A. G. (2019). *Pedagogia delle differenze*. Pisa. ETS.
- Martiradonna, A. (2010). *Frontiere e confini. Questioni aperte sull'immigrazione in Italia e in Puglia*. Bari: Stilo.
- Pinto Minerva, F. (2002). *L'intercultura*. Roma-Bari: Laterza.
- Regione Puglia (2009). *Legge regionale 32 "Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia"*. Bari: Consiglio regionale della Puglia.
- Remotti, F. (2010). *L'ossessione identitaria*. Roma-Bari: Laterza.
- Schön, D. A. (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo.