

## **CAPITOLO 3**

### **QUESTIONI APERTE TRA LA BIOMEDICINA E LA MEDICINA NON CONVENZIONALE**

#### *3.1 IL PLURALISMO MEDICO*

Innanzitutto si deve comprendere quando e perché è venuto a formarsi un nuovo approccio alla medicina. La dottrina della strumentalità venne abbandonata in epoca moderna per una nuova concezione del mondo e dell'essere umano il cui

dualismo mente/corpo – che risale alla tradizione greco-cristiana e alla sua svalutazione del corpo in quanto materia (Galimberti, 1983) è parte integrante della nascita della scienza biomedica, che inizialmente si è occupata del corpo come contenitore meccanico dello spirito e solo successivamente, attraverso il processo di secolarizzazione, ha abbandonato l'idea religiosa del rapporto tra corpo-contenitore e anima-contenuto (Colombo, Rebughini 2006, p. 24).

delineandosi come scienza autonoma dalla religione e quindi come una pratica laica. Tuttavia lo schieramento laico della scienza biomedica secondo i medici non-convenzionali è diventato sinonimo di meccanicismo dal momento che, sebbene essa aderisca all'oggettiva laicità dei principi morali evidenziati dalla bioetica, trascura la dimensione del senso soggettivo della malattia dal punto di vista dei singoli pazienti, pertanto

accusando la biomedicina di essere nociva, i terapeuti non convenzionali radicali accusano l'attuale medicina convenzionale di negare la sua stessa ragion d'essere, la cura del paziente, ponendosi di fatto al di fuori dei confini tracciati da una corretta professione medica (Wolpe, 1990, p. 917, citato in Colombo, Rebughini, 2003).

L'argomento principale addotto dai medici non-convenzionali è l'esigenza del ritorno a una visione e a una pratica della medicina così com'erano state concepite alle sue origini. In virtù di questo invito alla riappropriazione del vero senso della medicina andato perduto si addebita alla medicina ufficiale *di aver tradito la vocazione e l'ispirazione originale della professione medica* (Colombo, Rebughini 2006, p. 64), che consisteva nel prendersi cura del paziente. Da qui il ricorso del termine *dolce* da parte dei medici non convenzionali per indicare il nuovo approccio da loro apportato alla medicina, posto in netto contrasto con l'aggressività e l'invasività caratterizzanti la biomedicina. Ma è anche vero che dall'altra parte la medicina convenzionale, con una serie di studi, sfata la concezione che le medicine non convenzionali siano prive di rischi. (Abgrall, 1999)

L'approccio delle medicine non convenzionali pone al centro il paziente, inteso come persona unica e irripetibile, da considerare nella sua totalità intesa come ben più della somma delle sue parti ed inserita in un tutto al cui rapporto armonico corrisponderebbe lo stato di salute.<sup>1</sup> La salute, quindi, è percepita come un benessere psico-fisico-emozionale che investe più campi della propria vita e per conseguire quell'ideale gli individui attuano diverse strategie curative.

La critica rivolta alla medicina colta è alle varie specializzazioni è che nella specializzazione, che sicuramente ha dato dei vantaggi, ci sia il rischio di dimenticare che si ha davanti un individuo che ha delle caratteristiche peculiari, generate dall'ambiente in cui vive, dai simboli dei quali si circonda, dal suo sistema immunitario, e dal

---

<sup>1</sup> La definizione più ambiziosa di salute è quella proposta dall'OMS nel 1948: la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattia o infermità.

proprio vissuto, fatto di pensieri, ricordi e stati d'animo che lo rendono unico di fronte a quella malattia (Good, 1994).

Il rischio, che anche all'interno della classe medica in molti rilevano, è che l'individuo smetta di essere un individuo per diventarne la malattia che lo affligge. L'obbligo di seguire un rigido protocollo terapeutico, che si basa su precise linee guida, impedisce al medico di poter gestire e trattare in maniera diversa il malato.

La necessità di ritornare all'uomo e ad una visione olistica, riporta l'attenzione sull'individuo e sulla sua unicità e sul fatto che ci dovrebbe essere una libertà terapeutica da parte del medico che, di fronte a malati anche con una diagnosi specifica simile, lo porti a scegliere di volta in volta metodologie diverse (cfr. Cavicchi 2000; Girelli, 2005, 2007). Vi è l'esigenza di ritornare alla presunta visione olistica che in molti riconducono alla medicina occidentale d'altri tempi, in cui il medico di famiglia entrava nelle case, ne sapeva i vizi e le virtù, era attento e presente nella vita del singolo e della collettività, e a lui ci si rivolgeva non solo per i propri malanni, ma anche per avere consigli e calore umano. Per l'individuo malato diventa essenziale essere ascoltato nella sua unicità, e la constatazione che sia dedicato più tempo alla diagnosi nelle diverse metodiche non convenzionali porta in molti a sentirsi un soggetto unico e visto e accolto nella sua unicità.

Questa visione olistica della realtà viene criticata dalla medicina ufficiale e dalla scienza in generale in quanto non fondata sull'osservazione oggettiva dei fatti, bensì sull'*ideologia* che già nel Seicento la scienza moderna aveva confinato al campo della credenza definendolo *favole della metafisica*, propria degli intellettuali e scienziati del medioevo (Abbagnano, 1991). L'argomento principale

addotto dalla scienza medica contro i sostenitori delle medicine non-convenzionali si può trovare nel rapporto francese del 1985, nel quale il gruppo di riflessione sull'argomento *Medicine diverse* metteva in guardia dall'idea, comunemente accettata, che le medicine non convenzionali siano, se non efficaci, perlomeno innocue. Si pensi alle proprietà di alcuni oli essenziali che possono provocare diversi e importanti effetti collaterali, come convulsioni, disturbi nervosi e irritazioni cutanee, se usati impropriamente, ad esempio con dosi elevate o assunti per un lungo periodo (Balz, 1999). A questa si deve aggiungere un'altra problematica, ben più importante; ci si riferisce a tutti coloro che pur avendo serie malattie

perdano tempo prezioso che non potrà essere recuperato prima di instaurare una cura di provata efficacia; questo tempo perso, sinonimo di aggravamento, deve essere contabilizzato come un effetto patogeno di queste "patamedicine" (Abgrall, 1999, p. 18).

Da un'altra prospettiva questo tempo che la medicina ufficiale considera *perso* può assumere connotazioni diverse. Sempre di più le persone, per essere certe di prendere le scelte migliori, avvertono l'esigenza, di fronte ad una malattia o disagio, di informarsi sui possibili percorsi medici convenzionali e non, e se per quel disturbo è consigliabile il ricorso alle medicine alternative. Avvertono l'esigenza di possedere maggiori informazioni, non solo relativi ai disturbi e alla loro cura, ma si interessano anche su quegli elementi, quali gli stili di vita, l'alimentazione che possono contribuire a prevenirli o in alternativa a conviverci in modo più sereno ed equilibrato. La possibilità di poter scegliere la cura è un'esigenza che sempre più viene rivendicata da parte dei pazienti e da molti medici, così come l'affidarsi a medici che seguono, per particolari malattie, un protocollo

diverso e sperimentale. (cfr. Cavicchi 2000; Giarelli 2005, 2007) Consapevoli di quest'ultima caratteristica chi aderisce ai vari trattamenti lo fa per diverse motivazioni, una fra tante la preoccupazione degli effetti collaterali della chemioterapia e radioterapia. Si pensi ad esempio al metodo di cura Di Bella, per il quale la spesa da affrontare è a totale carico della famiglia del paziente

### *3.1.1 I FONDAMENTI DEL SAPERE MEDICO CONVENZIONALE E NON CONVENZIONALE*

In questo paragrafo si vogliono sottolineare le motivazioni e gli argomenti dello scontro tra la scienza medica o *biomedicina* (Giarelli, 2005) e le medicine non-convenzionali riguardo al fondamento che ne giustifica la validità nel campo della medicina. Vedremo come il dibattito su ciò che è valido e ciò che non andrebbe considerato tale è il vero motivo dello scontro tra coloro che esercitano una professione medica ufficializzata e coloro che sostengono l'efficacia di una pratica o un'insieme di pratiche terapeutiche non ufficializzate. Alla base delle argomentazioni contrapposte verte il concetto di validità che da una parte è inteso come verità scientifica e circoscritto rigorosamente alla prova sperimentale che lo rende l'unico modo di afferrare ciò che è vero, in quanto la verità è necessariamente oggettiva, mentre dall'altra parte il concetto di validità è stravolto, perché concepito come verità personale e irripetibile inserita in un ambiente e in un contesto specifico in quanto relativo al vissuto e al modo di percepire della persona, la quale si fa portatrice ed espressione di una verità necessariamente soggettiva (Silvestrini, 2000).

Tuttavia lo scontro non ha ancora avuto un esito definitivo, in quanto le difficili risposte relative alla definizione dello stato di salute, della malattia e delle ragioni di tale malattia sono spesso state diversificate e lo stesso sapere esperto biomedico non è mai riuscito ad affermare in maniera realmente sicura una definizione unitaria di questi processi, sebbene l'ambizione della medicina moderna sia sempre stata quella di superare le proprie contraddizioni. (Colombo, Rebughini, 2003).

I medici e gli operatori non-convenzionali riscontrano degli effetti benefici nei pazienti che trattano e fanno risalire questa evidenza al funzionamento dei loro trattamenti assumendola come fondamento che legittima la validità delle loro tecniche non ancora ufficializzate. Poiché la visione olistica risulta inadeguata a spiegare scientificamente il funzionamento delle tecniche non-convenzionali, allora i sostenitori di quest'ultime ricorrono all'osservazione degli effetti benefici nei pazienti da loro trattati come fatto evidente che dimostra la validità di esse. Tuttavia l'evidenza nel riscontrare dei miglioramenti nella salute dei pazienti trattati non dimostra la relazione tra causa ed effetto, cioè tra trattamento e beneficio ricavato, se non soggettivamente. I sostenitori delle medicine non-convenzionali affermano che ogni paziente, essendo una totalità unica e irripetibile, richiede un trattamento specifico ad essa, che sarà differente da persona a persona e che muterà nel corso dei momenti e delle fasi di vita della persona in cui vari elementi interagiscono

l'aria che respiriamo, l'acqua che beviamo, il cibo che mangiamo, il clima che circonda le nostre persone fisiche e lo spazio disponibile per i nostri movimenti. Oltre a ciò noi viviamo in un ambiente sociale e spirituale che è di grande importanza per la nostra salute fisica e mentale(AaVv, 1997, p 135)

Il medico e il terapeuta non convenzionale utilizzeranno differenti modalità terapeutiche in presenza di una stessa malattia, perché la loro attenzione verte non sul sintomo, ma sulla persona che manifesta il sintomo. In quest'ottica elementi come il vissuto, i modi d'agire, le peculiarità di ogni paziente, assumono un ruolo decisivo nell'approccio e nell'intervento terapeutico da adottare. Tutto questo porta ad una difficoltà a standardizzare sia le modalità curative sia i risultati ottenuti da queste cure. Per le medicine non convenzionali il presupposto fondamentale della medicina convenzionale *una causa, un effetto* non è ritenuto degno di considerazione, in quanto ad un sintomo possono essere riconducibili innumerevoli cause. E le stesse situazioni stressanti possono dare molteplici e differenti sintomi. Ciò significa che la visione olistica esclude l'oggettività come fondamento della validità dei propri trattamenti. (Cfr. Giarelli 2005)

Per verifica sperimentale la scienza intende proprio la possibilità di osservare empiricamente i rapporti di causa-effetto che si ripetono in maniera identica così da ricavare le leggi che formano quel sapere oggettivo, che è l'unico in grado di prevedere gli effetti di una certa causa. Là dove invece ci sono soltanto casi unici e irripetibili allora non esistono leggi da poter utilizzare, perché ogni paziente è un contesto a sé dove il trattamento del primo non vale per il secondo, cioè non esiste un trattamento standard oggettivo valido per tutti. Ciò che caratterizza l'approccio non-convenzionale è proprio l'imprevedibilità propria di un metodo che si fonda sulla soggettività del paziente anziché sulle leggi fisiche del corpo del paziente.

Il mezzo principale con cui la scienza medica avvalorava le proprie argomentazioni contro l'infondatezza delle medicine non-convenzionali, è la verifica sperimentale con cui dimostra

l'adeguatezza del gold standard della ricerca medica: la prova standardizzata effettuata con un gruppo di controllo e, possibilmente, in doppio cieco (RCT) (Colombo, Rebughini, 2006, p. 92).

Il metodo del *doppio cieco* è un metodo scientifico ideato appositamente per annullare completamente l'effetto aspettativa (o *effetto Rosenthal*, consistente nel ricavare, per deduzione, le conclusioni che ci si aspetta di ricavare), che nel paziente, tanto quanto nel medico, condiziona la dimostrazione oggettiva di un esperimento, teso a comprendere la validità scientifica dell'efficacia di un dato farmaco o una terapia in generale. Il medico, infatti, nel metodo del *cieco semplice*, secondo cui l'esito dell'esperimento è sconosciuto soltanto al paziente, potrebbe involontariamente assumere un atteggiamento che potrebbe influenzare la reazione di quest'ultimo rendendo non valido il risultato (Giarelli, 2005).

Oggi giorno è stato elaborato anche il metodo del *triplo cieco*.

L'applicazione del metodo del doppio cieco per verificare la validità dei trattamenti che si basano su una visione olistica risulterebbe inadeguato in quanto essa, come abbiamo visto precedentemente, non considera la realtà come una catena lineare dove a una causa succede un solo effetto, perché a una causa possono concorrere più effetti oppure a più cause un solo effetto. Là dove la prospettiva olistica considera la malattia come un effetto d'insieme di fattori inscindibili dal tutto, che vengono a formare qualcosa di più della loro somma, invece la scienza medica opera il suo controllo sperimentale proprio affermando che

il risultato finale di ogni processo complesso sia dato dalla somma dei singoli fattori. I sostenitori delle medicine non convenzionali affermano, invece, l'impossibilità di verificare l'efficacia di un trattamento isolando tutti gli elementi che concorrono al suo successo. Il RCT non andrebbe dunque considerato come



un metodo *universale* di valutazione dell'efficacia delle terapie, ma un metodo adeguato a valutare solo l'ipotesi specifica che l'evento patologico sia determinato da una catena lineare di cause che possono essere scomposte e valutate singolarmente. Poiché ogni verifica dell'efficacia presuppone la verifica di un presunto meccanismo d'azione, se il test di efficacia si basa sull'assunto di un meccanismo diverso, l'insuccesso nel dimostrare l'efficacia del trattamento in esame porterà alla falsa conclusione che esso non funziona (Hyland, 2003, p. 146; citato in Colombo, Rebughini 2006, p. 89).

Per questo motivo le argomentazioni che i fautori delle medicine alternative adducono è che il RCT è sì lo strumento da adottare per rilevare l'efficacia di un medicinale, ma è inadatto per valutare le medicine non convenzionali, di conseguenza in risultati e le valutazioni perdono di ogni significato.

### *3.1.2 LA DIVERSA CONCEZIONE DELLA MALATTIA*

#### **La medicina ufficiale**

considera la malattia come un processo organico che ha origine in un guasto nei meccanismi biochimici di funzionamento corporeo, la medicina olistica tende a considerare la malattia come un'alterazione delle condizioni di equilibrio dinamico e di armonia generale che caratterizzano l'individuo in piena salute (Colombo, Rebughini, 2006, p. 65).

Pertanto il corpo è considerato dai medici ufficiali unicamente come un meccanismo che segue le leggi oggettive e necessarie determinate dalla natura. La scienza si occupa di studiare e afferrare ciò che è oggettivo e lascia il campo del senso ai filosofi, i quali a loro volta si trovano in difficoltà non tanto a teorizzarlo quanto a fondare l'oggettiva veridicità della teoria formulata che ne sta alla base. Da quando Kant nel Settecento, nella Critica della Ragion Pura, ha evidenziato i limiti della ragione e quindi l'impossibilità da parte di

essa di comprendere il noumeno, cioè ciò che si trova al di là dell'oggettività dei fenomeni, proprio perché il noumeno risulta essere l'ideale perfetto irraggiungibile a cui, non la ragione teoretica, che afferra l'oggettività dei fenomeni, bensì la ragione pratica-morale, che ha un presentimento soggettivo dell'esistenza del noumeno, vuole e deve categoricamente tendere e aspirare in vista di una costante perfettibilità che è la pratica della moralità. Ne risulta che la ragione diventa sinonimo di ragion pura e quindi di scienza, perciò la medicina scientifica confina il suo campo di indagine e cura a ciò che è oggettivo, cioè ai fenomeni, ai fatti, senza interessarsi del senso che essi possano avere, per esempio nel caso di una malattia. Quindi anche il corpo del paziente è trattato come qualcosa di oggettivo, come un oggetto che segue delle leggi oggettive che diventano ciò con cui il medico ufficiale si relaziona anziché comunicare con l'umana soggettività della persona (cfr. Good, 1994). La scienza medica riduce il corpo umano a una macchina, trattandolo proprio come tratta tutti gli altri corpi naturali, dalle rocce ai vegetali agli animali ai corpi celesti. Questa visione viene ampiamente contestata dai sostenitori della visione olistica che si occupa principalmente di ascoltare e invitare il paziente alla collaborazione nella ricerca di un senso soggettivo alla sua soggettiva malattia. La medicina scientifica è incolpata *di appiattare il problema della cura alla comprensione casuale dei fenomeni patologici, così facendo trascura la dimensione interpretativa riducendo il malessere individuale, sempre particolare e unico, a categorie generali*(Colombo e Rebughini, 2006, p. 91).

Ne consegue che la scienza medica ha sicuramente perfezionato i mezzi per una sempre più precisa e precoce diagnosi, ma è *sempre meno attrezzata a dare risposte concrete e adeguate al paziente che si*

*propone di curare* (Colombo e Rebughini, 2006, p. 91), soprattutto rispetto alle patologie croniche (Giarelli, 2005).

Ulteriore problema sorge perché sempre di più il paziente vuole essere un soggetto attivo nella cura, vuole collaborare con il medico nelle diverse possibili strategie da adottare. Questa esigenza a volte non è sempre percepita e permessa dal medico ed è questa una delle ragioni che spinge il paziente a ricercare un soggetto, medico o terapeuta non convenzionale, che invece richieda e consideri fondamentale il suo contributo.

### *3.1.3 LA LEGITTIMAZIONE DEL PROPRIO SAPERE*

Un sapere diventa ufficiale soltanto quando è scientifico. Se da una parte un sapere oggettivo è sinonimo di scienza e quindi viene ufficializzato con la certificazione, dall'altra si riscontra un sapere basato sull'esperienza soggettiva di fattori unici e irripetibili e quindi non viene ufficializzato. Quest'ultimo però non viene nemmeno bandito dato che manca un esito definitivo riguardo alla validità della sua efficacia. Il sapere dei terapeuti non-convenzionali trae riconoscimento non dalla ufficializzazione, ma dalla condivisione dei suoi sostenitori. Si tratta di un sapere permesso dalla legge e condiviso da pazienti e terapeuti non-convenzionali e per questo spesso definito dai medici convenzionali come sapere mondano o popolare o dell'auto-cura per indicare la posizione autonoma rispetto al sapere esperto della medicina ufficiale.

Il tentativo di sostituirsi e di esercitare un controllo sul sapere mondano costituisce un aspetto ricorrente di ogni istituzionalizzazione del sapere esperto. Quest'ultimo ha interesse a promuovere l'idea dell'esistenza di un confine netto

che separa le proprie competenze dal sapere popolare: mentre le prime sono efficaci e risolutive, il secondo è insufficiente e spesso inefficace perché frutto del pregiudizio e dell'ignoranza (Colombo e Rebughini, 2006, p. 39).

Tuttavia il concetto di sapere esperto viene rivalutato dai sostenitori della medicina non-convenzionale della linea materialistica inglobandolo ad essa in quanto non coincidente col concetto di oggettività bensì con quello di specializzazione. *Assume il carattere di "medicina" quell'insieme di conoscenze e di pratiche che non sono immediatamente disponibili a chiunque ma richiedono una specifica formazione* (Colombo, Rebughini, 2006, p. 40), quindi, per esperto, si intende anche il terapeuta non-convenzionale, la cui competenza è tratta dal proprio sapere empirico colto e specialistico costruito in anni di esperienza e di osservazione e conoscenza della natura. La fitoterapia, il cui termine è stato diffuso da Henri Leclerc, medico francese, è l'unione di due parole dal greco *phytòn*, pianta e da *therapeìa*, cura (Bellavite, 2000).

Si tratta quindi di riconoscere l'esistenza di un sapere medico che merita di essere considerato e nominato non più come sapere mondano, bensì come sapere empirico esperto, per i motivi sopraccitati ed anche perché i limiti che dividono il sapere mondano dal sapere ufficiale e i limiti all'interno dello stesso sapere colto non sono netti e definitivi, ma costantemente *soggetti a conflitti, mediazioni, aggiustamenti, straripamenti e sovrapposizioni* (Colombo e Rebughini, 2006, p. 48); infatti esisterebbero tre tipologie di sapere esperto se consideriamo che le strategie egemoniche possono, a scopo analitico, essere riconducibili e alle dimensioni del potere indicate da Weber (1922)

- Il potere razionale, che fonda il sapere esperto proprio della scienza medica, ma anche quello delle formulazioni teoriche proprie di alcune medicine non-convenzionali, cioè una sorta di sapere *eretico*, che si prefigge lo scopo di spiegare la malattia e i disagi con metodi differenti all'intervento terapeutico. Di questa categoria ne fa parte l'omeopatia.
- Il potere tradizionale derivante dal possesso di un bagaglio di esperienza collettiva radicato in tradizioni storico-culturali di popoli diversi e dalla capacità di utilizzarlo, che conduce alla condivisione di esso nel considerarlo come sapere esperto in quanto espressione delle diverse culture in cui la storia, le tradizioni, la spiritualità, gli usi e costumi hanno permesso l'elaborazione di complessi sistemi medici unici ed efficaci. Si pensi alla medicina tradizionale cinese, all'ayurveda o alle tradizioni sciamaniche siberiane o dei nativo americani. Molte delle tecniche energetiche che possono essere collegate al fenomeno della new-age riconducono il proprio sapere, cercandone una legittimazione, a forme antiche di spiritualità e saggezza riscoperte in tempi recenti.
- Il potere carismatico è proprio di quel tipo di terapeuta che possiede qualità eccezionali o fuori dal comune così che occupa una posizione di potere o possiede capacità, doti uniche che gli permettono di esercitare la mediazione tra i malati e le forze soprannaturali, attraverso varie pratiche di guarigione o veri e propri rituali. I riti, i costumi e gli usi hanno la funzione *di regolare le transazioni fra i membri di una stessa società, oppure tra questi da una parte, e l'Aldilà, il sacro, Dio, gli dei o il divino, dall'altro* (Cuisenier, 1999, p. 77).

I pranoterapeuti e gli sciamani sono alcune delle figure che fanno parte di quest'ultima categoria e il loro sapere esperto si colloca tanto lontano dalla medicina colta tanto quanto è lontana dalle conoscenze empiriche e materialiste e quindi questo tipo di sapere esperto non si può definire né empirico-tradizionale né oggettivo-razionale poiché non è frutto di conoscenze tramandate o acquisite con l'esperienza o la formazione specializzata bensì risulterebbe prodotto di doti innate. Grazie alle proprie capacità, in molti casi si verifica un riconoscimento di queste che in taluni casi fa sì che siano scelti e formati da altri guaritori.

In particolare si osserva l'indissolubile compresenza di potere carismatico e sapere medico esperto là dove,

per molte sette, la salute e la malattia rappresentano un dominio privilegiato per l'espressione della dottrina, e al tempo stesso un campo d'indagine e un banco di prova (Abgrall, 1999, p. 145) dato che la malattia è per la setta la manifestazione di una forma di devianza, di errore, oppure il prezzo da pagare per una colpa commessa in una vita precedente (Abgrall, 1999, p. 145).

estinguibili per mezzo della dottrina e delle pratiche da essa indicate che diventano la prova inconfutabile della validità dell'insegnamento. Qui il sapere esperto diviene settario, molto spesso con risvolti irrazionalistici dal punto di vista della moralità e non soltanto pregno di principi teorici soggettivistici alla base di una dottrina. Ne consegue l'urgenza di un controllo che ne verifichi la liceità al fine di garantire la sicurezza pubblica. Tuttavia il potere carismatico, che venne definito da Edward Shils (1975) *una potenzialità degli orientamenti morali, conoscitivi ed espressivi degli esseri umani* (Giner, 1997, p. 95), sebbene persista parallelamente alla dimensione religiosa del sacro, ciò non significa che sia sempre irrazionale; infatti *che la*

*qualità carismatica sia razionale dipende, prima di tutto e soprattutto, dalla logica della situazione nella quale il carisma si situa e quindi il carisma può essere razionale* (Giner, 1997, p. 96). In molti vi è la convinzione che il valore di un terapeuta debba ricondursi al sul sapere pratico fondato sull'esperienza. Può essere il guaritore un *sopravvissuto* a qualche malattia, o in altri casi l'esperienza deriva dalla vicinanza e dal praticantato con un maestro.

In conclusione, risulta opportuno domandarsi se può esistere un sapere esperto che sia in grado di rispondere adeguatamente ad ogni bisogno riguardante la salute e l'occuparsi di sé. Il dibattito pone l'attenzione alle alternative possibili e vederne in questa pluralità l'aspetto migliore nel conseguimento del proprio o altrui benessere. I confini e i limiti dei diversi saperi sono in costante mutamento e ridefinizione attraverso atti conflittuali, di inclusione, esclusione, fusione e mediazione, che sanciscono e definiscono i trattamenti inerenti la salute e la malattia e permettono *l'egemonia nella pratica professionale* (Colombo, Rebughini, 2006, p. 49).

#### *3.1.4 I CONFINI TRA BIOMEDICINA E MEDICINA NON-CONVENZIONALE*

All'interno del dibattito circa la legittimazione dell'esercizio medico esistono tre posizioni riguardo la demarcazione dei confini esistenti tra medicina ufficiale e pratiche non-convenzionali.

La prima linea prende il nome di *alternativa* ed è sostenuta sia dai biomedici che dai medici non-convenzionali; infatti entrambi intendono rendere netta e radicale la separazione delle proprie discipline e quindi rafforzare i confini esistenti tra le due. Ne deriva

un atteggiamento volto a dimostrare la reciproca incompatibilità dei differenti fondamenti che stanno alla base dei loro approcci nei confronti del malato e quindi la reciproca incommensurabilità tra ciò che è ufficialmente riconosciuto nella sua validità scientifica e ciò che invece non si fonda su di essa. Si tratta di un vero e proprio scontro all'interno del quale la biomedicina vuole l'esclusività in campo medico bandendo tutte quelle pratiche non-convenzionali dimostrate a-scientifiche mentre i sostenitori di esse si avvalgono proprio del loro carattere a-scientifico per delimitare un nuovo campo medico, quindi alternativo a quello ufficiale, basato su teorie altre rispetto a quelle della fisica lineare e spesso estratte dalla fisica quantistica le cui ipotesi mancano della dimostrazione empirica con i test o la impossibilitano per il loro contenuto logico, ma unicamente immaginativo, definito criticamente dalla scienza come *ideologico*. La radicalità dei medici alternativi affonda le radici nei temi dei movimenti culturali degli anni Settanta atti a contestare gli schemi convenzionali del Sistema, la sensibilizzazione ecologista verso la cura e la manutenzione dell'ambiente, nonché il recupero della genuinità della vita e dei suoi prodotti intesa come l'insieme di tutto ciò che è naturale di contro agli effetti collaterali provocati dalla nocività dei farmaci di sintesi commercializzati dal sistema biomedico; la creazione di spazi di espressione per consentire ai giovani la ricerca di sé e quindi la sperimentazione di nuovi stili di vita alternativi a quelli convenzionali; l'esigenza femminista di un mondo sociale più consapevole del proprio corpo e delle proprie emozioni, quindi della propria femminilità intesa come espressione e riappropriazione di un modo d'essere più *dolce* che ammorbidisca l'aggressività della vigente razionalità del sistema mascolino. Il



termine *alternativa* per indicare un nuovo approccio medico in nettamente distinto e atto a sostituire quello del sistema medico dominante, perdura nella sua critica sociale fino alla metà degli anni Ottanta.

La seconda linea invece viene definita *complementare* per il tentativo di una parte dei medici non-convenzionali e anche di una parte dei biomedici di assimilare alla medicina ufficiale alcune delle caratteristiche delle pratiche alternative di cui riconoscono la validità in campo medico. In questo modo esse perdono il loro carattere alternativo perché vengono considerate complementari alla medicina ufficiale. Per complementarità qui si intende l'assimilazione di quelle idee delle pratiche non-convenzionali che risultano essere valide da un punto di vista scientifico, ma che devono essere base per trattamenti indirizzati unicamente a casi precisi di malattia e mai considerate come principi universali propri della scienza biomedica. Quindi sebbene tali idee vengano in qualche modo legittimate ed assimilate, i terapeuti non-convenzionali che ne dispongono rimangono comunque esclusi dall'essere considerati dei medici ufficiali. Ad avvicinare i medici convenzionali alla posizione della complementarità possono essere la semplice curiosità, l'aderenza a un determinato orientamento politico, la professione di una specifica religione, ma anche l'interesse economico, visto il successo delle pratiche non-convenzionali riscosso tra il pubblico. Di conseguenza la complementarità di biomedicina e pratiche non-convenzionali varia a seconda dei tipi di assimilazione di queste alla prima. Se possono riscontrare due tipi:

- Il primo tipo di assimilazione, inteso come complementarità in senso stretto, è detto modello della complementarità. (Colombo, Rebughini, 2006). In genere comprende tutti quei

medici ufficiali che trovandosi di fronte ai limiti della biomedicina nei confronti di alcune malattie incurabili, vedono nelle caratteristiche delle pratiche non-complementari un modo valido per affrontarle. Il modello della complementarità è sostenuto da tutti quei medici ufficiali che riconoscono nelle pratiche non-convenzionali un contributo per tutti quei malati che richiedono delle forme di intervento più adatte a quelle malattie a cui la biomedicina non può far fronte con mezzi adeguati. È il caso, per esempio, della distinzione tra malattie acute e malattie croniche. Se la biomedicina risulta efficace nell'effettuare diagnosi ed operare sulle prime, le pratiche non-convenzionali forniscono dei trattamenti più funzionali per la guarigione e la prevenzione delle seconde. Ci si trova di fronte a medici aperti alle diverse pratiche non convenzionale che non hanno problemi a consigliare, dove lo ritengono necessario, trattamenti o prodotti della medicina non convenzionale quali i Fiori di Bach, prodotti erboristici, tecniche di manipolazione, vibrazionali e di meditazione...

- Il secondo tipo di assimilazione è quello del modello di specializzazione, dove l'assimilazione risulta di minor grado rispetto al modello della complementarità dal momento che i biomedici, pur riconoscendo la validità di alcune caratteristiche delle pratiche non-convenzionali e soprattutto l'utilità di tutti coloro che ne fanno una specializzazione tanto da meritare il titolo di saper esperto, fanno notare che molti di questi non sono in possesso di una laurea in medicina e che pertanto occorre la legittimazione di quest'ultima per nominare la malattia, effettuare la diagnosi ed indicare la cura. Il modello della

specializzazione delimita l'azione medica dei terapeuti non-convenzionali al solo campo della cura e della scelta delle modalità di essa la cui indicazione però deve sempre essere dettata dal medico ufficiale, l'unico ad esserne legittimato. I terapeuti non convenzionali che aderiscono al modello di specializzazione riconoscono i loro limiti all'interno della gerarchia del sistema medico ortodosso il cui tipo di complementarietà risulta essere un'assimilazione subordinata e pertanto si accontentano di avere la possibilità di trasformare la loro specializzazione in un'opportunità professionale dove la loro competenza nel campo specifico della cura di cui sono esperti viene legittimata. Quindi se da una parte viene riconosciuta nel terapeuta non-convenzionale l'autonomia di un sapere specializzato, dall'altra permane la richiesta di mantenere il dominio e la direzione della scelta nelle mani del sapere medico scientifico che rimane una priorità rispetto a tutti gli altri tipi di sapere, seppur esperti nel loro carattere specialistico.

Vi è poi una visione detta integrativa, che riguarda il tentativo di raggiungere un maggior compromesso dove per integrazione si intende non soltanto il tentativo di ridurre la demarcazione nei confini interni tra pratiche non-convenzionali e medicina ufficiale, ma proprio l'obiettivo di ricondurle ad un unico campo medico.

Esistono due varianti di unitarietà.

- La prima variante è quella del modello di integrazione inteso come *sommatoria* o *sincretismo* in quanto atto a considerare come utilizzabile qualsiasi tecnica terapeutica di cui si sia dimostrata l'efficacia anche se soltanto su una parte di pazienti,

oppure che sia richiesta da essi o infine che risulti perlomeno non nociva. Questa variante mescola le varie tecniche non-convenzionali e la biomedicina in un tutto privo di coerenza ed organicità. Essa da un parte è sostenuta dai numerosi medici di base che vogliono sia porre rimedio all'insoddisfazione dei loro pazienti che si sentono trattati con freddezza, sia avere mezzi terapeutici ulteriori per trattare le malattie croniche a cui la biomedicina non riesce a far fronte con adeguatezza; dall'altra è sostenuta da quei medici il cui interesse economico è il fattore primario del loro lavoro nel campo della prevenzione e della preservazione del benessere che richiede l'adattamento alla domanda di mercato in cui le pratiche non-convenzionali hanno un posto rilevante per il profitto. L'intento di queste due categorie di medici è quello di far fronte alle nuove esigenze delle persone in una società che ha subito grandi cambiamenti. Si riscontra l'emergere di un nuovo modo di vedere il mondo, basato sui concetti dell'ambientalismo; incalza la richiesta di un approccio medico più *naturale* e più *dolce* rispetto all'aggressività e ai farmaci di sintesi della biomedicina; cambia il centro dell'attenzione che è sempre più focalizzato sull'individuo inteso come essere unico e irripetibile; cresce l'individualismo che dà molta considerazione al benessere, quasi ossessivamente, discostandosi dalla concezione biomedica di salute vista ora più in chiave estetica piuttosto che "funzionale", dove conta l'esercizio fisico, la dieta e tutto ciò che serve per essere o apparire in forma.

- La seconda variante è quella del modello di integrazione inteso come *un'unitarietà sistemica*, che racchiude il meglio delle

pratiche non-convenzionali e della biomedicina in un tutto coerente ed organico che si impegna anche a preservare e far comunicare ciò che è rilevante nelle varie teorie e filosofie oltre che applicare le tecniche. Questa variante è sostenuta da quei medici non-convenzionali che, rispetto ai colleghi, sono davvero convinti e conoscitori di alcune pratiche non convenzionali, alcuni dei quali riescono a collaborare con riviste specialistiche, ad inserirsi più agevolmente all'interno dei sistemi sanitari pubblici oppure negli spazi di ricerca e sperimentazione come quelli universitari. La medicina integrata intesa in questo senso non va considerata più come una semplice somma che combina insieme biomedicina e la medicina alternativa e complementare. L'integrazione qui va proprio considerata come unitarietà del campo medico dove lo scopo principale è la cura del malato in tutte le sue dimensioni: biologica, psichica, sociale e spirituale.

Negli Stati Uniti e in Canada in molti centri ospedalieri il Reiki viene praticato da infermieri e fisioterapisti insieme a dei volontari (cfr. Colombo e Rebughini, 2006; Giarelli, 2005).

Attualmente diverse Aziende Sanitarie Italiane in alcuni reparti, prevedono l'uso di pratiche non convenzionali, inseriti in veri e propri progetti di ricerca. Inoltre il C.E.S.P.I. di Torino, ente di formazione per infermieri, fra i suoi programmi include seminari di Reiki.

A Torino, la Struttura Complessiva di Oncologia Medica delle Molinette, afferente al Polo Oncologico della Cittadella Ospedaliera, ha avviato a partire dal 2003, il progetto reiki<sup>2</sup> in Ospedale. Scopo del

---

<sup>2</sup>Sul sito [http://www.molinette.piemonte.it/urp/pianeta/current\\_pdf/62003.pdf](http://www.molinette.piemonte.it/urp/pianeta/current_pdf/62003.pdf) si può trovare la metodologia del progetto e i risultati ottenuti.

progetto è di fornire ai pazienti del centro Oncologico Ematologico Subalpino (COES) sottoposti a terapie mediche convenzionali le cure palliative, attraverso la pratica del Reiki e di valutarne l'effettiva efficacia.

Molti degli intervistati lavorano in campo sanitario e lamentano come vi siano ancora delle difficoltà nell'attuare tale integrazione, dovute da una parte, dalle direttive sanitarie che ne impediscono la pratica, e dal pregiudizio dei colleghi e dei pazienti stessi, dall'altra e affermano che in molti casi, utilizzano alcune metodiche di medicina non convenzionale, sui pazienti e colleghi ma in via ufficiosa.