

*Percorsi d'inclusione delle medicine
non convenzionali nelle attività di un gruppo
di medici di medicina generale e pediatri
di libera scelta nella regione umbra*

Carlotta Bagaglia

dottore di ricerca in Metodologie della ricerca etnoantropologica (Università degli studi di Siena - Università degli studi di Perugia - Università degli studi di Cagliari) / ricercatrice presso la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) [bagaglia@antropologiamedica]

1. L'orizzonte di riferimento

Il lavoro che qui si presenta ha avuto l'obiettivo di esaminare gli atteggiamenti e le scelte operative di un gruppo di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta che, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale italiano, praticano alcune medicine non convenzionali parallelamente alla biomedicina. I nuclei tematici che hanno orientato tale ricerca si strutturano attorno ad alcuni ambiti specifici: il ricordo delle motivazioni e degli accadimenti che hanno portato questi operatori biomedici ad avvicinarsi ad alcune medicine non convenzionali e a praticarle, i loro vissuti soggettivi, le modalità attraverso le quali costruiscono e strutturano le loro pratiche "non convenzionali"; ed infine le modalità soggettive attorno alle quali essi si rappresentano la legittimità del proprio operato a fronte degli altri colleghi e di contro ad un vuoto normativo che caratterizza l'attuale situazione italiana.

Sebbene l'ampio e complesso dibattito nazionale ed internazionale sia testimone di una discussione ancora molto accesa ed aperta a partire dalla terminologia stessa, si predilige la definizione "medicine non convenzionali" perché ormai prevalsa, almeno in Italia, rispetto a quella che le identifica come alternative o complementari (così come le definisce la letteratura anglosassone utilizzando la dicitura *Complementary and Alternative Medicine*). "Medicine non convenzionali" (MNC) appare forse più adeguato per circoscrivere concezioni, saperi e pratiche che, *in un concreto contesto storico-culturale*, non sono riconosciute o legittimate dall'apparato

burocratico ed amministrativo ufficialmente preposto ad offrire risposte di salute. Una legittimità ed un riconoscimento che, nel contesto italiano, da un lato sono affidati alla legislazione e alle indicazioni del Sistema sanitario nazionale ma dall'altro trovano significative variazioni nelle direttive regionali.

Ormai numerose e svolte in differenti paesi “occidentali” sono le indagini per valutare l'entità di un crescente ricorso di utenti alle MNC. Per quanto riguarda il contesto italiano questo ricorso risulta più elevato fra le donne appartenenti a ceti medio-alti, con un elevato grado di istruzione e residenti nel Nord Italia, e risulta rivolto a trattamenti di omeopatia, massaggi, fitoterapia e agopuntura. In aumento è anche l'utilizzo dell'omeopatia per bambini e ragazzi fino ai quattordici anni d'età⁽¹⁾. Negli ultimi anni, peraltro, risulta che numerosi biomedici praticano MNC parallelamente alla biomedicina sia in ambito privato che in ambito pubblico⁽²⁾.

La situazione che si presenta ai nostri occhi, in questo particolare periodo storico, investe così numerose questioni interne al “campo biomedico” quali, ad esempio, la definizione degli iter formativi e l'accreditamento professionale, il ruolo del Sistema sanitario nazionale, il problema delle ricerche sull'efficacia delle varie MNC ed infine l'ambito delle soluzioni normative.

In effetti, già dai primi anni '90 molto intensa è stata in Italia l'attività legislativa intorno alla questione del possibile riconoscimento e della regolamentazione delle MNC. La discussione normativa italiana consegue, in qualche modo, alle indicazioni proposte dalla Unione Europea che, fin dal 1997, ha emanato una serie di direttive e risoluzioni con l'obiettivo di rendere omogenee le legislazioni dei vari Stati membri per garantire ai cittadini la più ampia libertà possibile di scelta terapeutica⁽³⁾.

In Italia, a partire dal 1996 sono state avviate una serie di proposte di legge sulle MNC a livello nazionale, nessuna delle quali ha però mai superato l'intero iter legislativo. Ciononostante, in virtù del federalismo, alcune regioni italiane sono intervenute autonomamente sulla questione inaugurando ambulatori specifici, avviando ricerche conoscitive e investendo su specifici percorsi formativi.

Inoltre, nel 2002, la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), scavalcando la legislazione, ha riconosciuto “nove MNC” come “atti medici”, praticabili – in quanto tali – esclusivamente da laureati in medicina e odontoiatria. Le MNC “riconosciute” sono: agopuntura, medicina tradizionale cinese (!), chiropratica, fitoterapia, omeopatia, medicina antroposofica, osteopatia, omotossicolo-

gia e medicina ayurvedica. Questa presa di posizione molto decisa sembra manifestare l'intento di cooptare in maniera definitiva ed ufficiale queste MNC all'interno dello "strumentario" biomedico ribadendo, in ogni caso, la loro posizione subalterna e la loro praticabilità solo da medici laureati nelle facoltà di medicina.

Il vuoto legislativo nazionale, l'aumento del ricorso a MNC da parte della popolazione, l'aumento della pratica di MNC da parte di biomedici⁽⁴⁾ e il confuso quadro normativo, costituiscono gli elementi fondamentali per la costruzione dello scenario al cui interno si colloca questa ricerca.

2. La ricerca: note di metodo

L'indagine empirica di cui si presentano qui alcuni principali risultati, s'inserisce all'interno di una serie di esperienze sul campo che hanno avuto inizio nel 2000. Il mio interesse per gli atteggiamenti e le pratiche di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta nei confronti delle medicine non convenzionali ha orientato di fatto l'indagine [che è poi confluita nella mia tesi di laurea (BAGAGLIA C. 2001)]. L'obiettivo era quello di individuare quali MNC questi operatori conoscevano, quale definizione ne davano, in che modo le inserivano nel loro paradigma scientifico e nella loro pratica quotidiana e quali valutazioni ne davano in riferimento alla concezione di salute/malattia che erano andati elaborando nel loro percorso professionale. Dopo aver selezionato una particolare area della Regione Umbria – il Distretto n. 1 della ASL n. 2 – avevo proceduto somministrando a un campione di 164 medici e pediatri un questionario (postale) a domande "aperte" ricavandone 34 risposte ed effettuando 31 interviste in profondità con operatori biomedici selezionati casualmente.

Parallelamente ho partecipato all'equipe che ha condotto l'indagine biennale (2000-2002) *Terapie non convenzionali: indagine descrittiva sulle offerte e sulla utenza nella Regione dell'Umbria*⁽⁵⁾, focalizzata sugli operatori (biomedici e non) che praticavano MNC, i loro utenti, le farmacie, le erboristerie e i centri di medicina non convenzionale presenti nel territorio umbro. Conclusa anche questa indagine e sulla scorta della esperienza sul campo acquisita, ho orientato la ricerca di dottorato – di cui viene qui fornita una sintesi parziale –.

In particolare vengono qui esaminati gli esiti di una decina di lunghi colloqui in profondità condotti nel biennio 2004-2005 con "medici di me-

dicina generale” e “pediatri di libera scelta” che al momento, praticavano una qualche MNC da almeno 15 anni nel territorio umbro.

Attraverso questi colloqui si era cercato di individuare, appunto, le motivazioni, gli accadimenti, i vissuti soggettivi che avevano portato questi operatori biomedici ad avvicinarsi ad alcune medicine non convenzionali e a praticarle: con tutte le cautele metodologiche del caso, essendo evidente che stavamo individuando più che gli accadimenti e le motivazioni iniziali, la loro percezione soggettiva e i loro ricordi nel tempo.

La scelta di lavorare con queste particolari categorie di biomedici è stata effettuata tenendo in conto la posizione che essi occupano all'interno del Servizio sanitario nazionale e alcune caratteristiche della loro attività professionale: la presenza capillare sul territorio, il tipo di problematiche alle quali essi si trovano a dover dare risposta, e soprattutto la loro possibilità di entrare in rapporto reiterato con un numero molto elevato di utenti⁽⁶⁾. In un Servizio sanitario nazionale che modula i livelli d'intervento dal più generale al più specialistico, i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale sono impegnati nella cosiddetta “medicina di primo livello”. A loro – la cui attività è svolta all'interno del Servizio in base un contratto nazionale collettivo – è preposta l'educazione e la prevenzione sanitaria della popolazione unitamente agli interventi diagnostici e terapeutici. Essi costituiscono inoltre, per gli utenti, la chiave d'accesso alle strutture specialistiche ed ospedaliere presenti nel territorio.

Decidere di avviare una ricerca su questo terreno ha delle precise implicazioni e delle inevitabili conseguenze che sono insite nel fare antropologia “at home”. Scegliere come *field* il proprio contesto socio-culturale, la propria Regione, così come decidere di focalizzare l'attenzione su soggetti che operano all'interno del Servizio sanitario nazionale offrendo servizi dei quali noi stessi usufruiamo in prima persona, significa toccare con mano alcune difficoltà inevitabili: difficoltà che si verificano soprattutto, come è noto, quando il “tornare a casa” non permette l'allontanamento dal campo e l'attenzione è catturata in ogni momento dalle istituzioni, dai media, dai soggetti delle reti che si abitano, dalle proprie esperienze personali in materia di salute/malattia.

«[...] l'antropologo ha acquisito, preliminarmente, uno specifico sapere/approccio professionale. Ma in ogni caso, comuni o abbastanza simili fra i due poli della ricerca – fra lui che indaga, appunto, e chi viene indagato – sono in larga misura gli orizzonti di vita e l'impianto culturale di fondo in base ai quali entrambi elaborano i propri punti di vista, i riferimenti al

passato, le gerarchie dei valori e una gran quantità di codici e convenzioni. Come è noto, ciò consente al ricercatore di partire avvantaggiato da una giovevole piattaforma di conoscenze-quadro e di buone chiavi di lettura della realtà indagata; ma al tempo stesso una tale situazione sottrae alla sua attenzione, in quanto apparentemente “ovvie”, un gran numero di manifestazioni e di connessioni che ad un osservatore esterno salterebbero immediatamente agli occhi» (SEPPILLI T. 2003: 14).

E in effetti, questo lavoro ha confermato in ogni momento quanto sembra specifico del lavoro “at home”: un esercizio critico costante delle proprie chiavi di lettura, l'attenzione a quanto è apparentemente “ovvio”, la costante consapevolezza delle ricadute operative del proprio lavoro e del significato dell'impegno civile che necessariamente le sottende.

2.1 La conquista di una nuova dimensione terapeutica

Significativo è quanto emerso dai colloqui in merito alle motivazioni, agli accadimenti, ai vissuti soggettivi che hanno portato i medici intervistati ad avvicinarsi ad alcune MNC e a praticarle parallelamente alla “medicina di primo livello”. Perché ad un certo punto della carriera alcuni medici decidono autonomamente di avvicinarsi alle MNC? In che fase del loro percorso formativo e professionale? Ma soprattutto, come si articola il loro vissuto soggettivo rispetto all'incontro/scontro di formazioni che fondano le loro radici in orizzonti ideologici molto lontani, quando non in aperta contraddizione fra loro? Il rapporto stabilito fra i diversi approcci finisce per essere una semplice integrazione di tecniche o si può parlare di una rielaborazione più profonda?

Di frequente gli intervistati raccontano come, ad un certo punto, del loro percorso professionale, siano stati attraversati da una crisi, dalla percezione di un disagio che investe gli strumenti resi disponibili dalla biomedicina e la loro insufficienza nella risposta a talune domanda di salute.

C'è chi parla di una “conversione”, quasi si trattasse del passaggio ad altra fede:

«Io la considero come una conversione dell'età matura, cioè nel senso, io sono arrivato... ho cominciato... ho quarantanove anni, ho cominciato prima ad occuparmi di medicina non convenzionale a quarant'anni, dopo i quarant'anni. Prima ero completamente... ero un feroce praticamente oppositore, ero una persona che era convinta che tutto... che uscendo dall'università ci avessero dato tutta la scienza, voglio dire, innata per poter far tutto, poi t'accorgi nella realtà che molto spesso non è così, cioè ti accorgi che effettivamente tante patologie praticamente non le risolti, allora mi ero sinceramente un po' stancato di dire ai miei assistiti, ai miei clienti, “Hai questo, hai l'artrosi, hai i dolori, ma te li devi tenere!”. Volevo

capire se esisteva qualche altra cosa, quindi voglio dire, mi sono un po' interessato e un po' anche per mia indole, per mio carattere, io ho abitudine a conoscere, a capire cose nuove, eccetera, quindi m'ha sempre stimolato molto» (MMG, 51 anni, pratica omotossicologia, omeopatia, omeosinatria, fitoterapia, fiori di Bach).

La convinzione di essere in possesso di strumenti infallibili acquisiti durante la formazione biomedica sembra scontrarsi immediatamente nella pratica quotidiana con i limiti che, soprattutto a livello terapeutico, essi dimostrano di avere. Si ricercano allora altri approcci che possano dimostrarsi più efficaci sul piano della cura e della prevenzione.

Emerge uno scollamento fra la preparazione universitaria ed i problemi che si devono affrontare nella professione e nel rapporto con i pazienti. La crisi delle pratiche sembra ingenerare elementi di crisi del paradigma teorico. Il disagio professionale riguarda soprattutto le patologie di tipo degenerativo, cronico, cardiocircolatorio e quelle definite "acute", per le quali spesso la biomedicina non riesce a superare le risposte di tipo sintomatico e non sembra dare senso al malessere percepito.

Avvicinarsi ad altri "sistemi di cura" e successivamente praticarli diventa l'opportunità di ritrovare un entusiasmo ormai perso per una professione che è sempre più burocratizzata, fatta di linee guida, di protocolli, di ingerenze esterne acute dai processi di aziendalizzazione.

«Io ero arrivato a un momento in maniera così critica che se fossi andato avanti così non lo so se forse avrei continuato a fare il medico. Avevo un attimo di crisi perché non... cioè io tante volte mi guardo indietro e dico: "Ma se io...", cioè ho ripreso uno sprint nuovo! Una voglia di fare, una voglia di conoscere... cioè io qui anche adesso mi sono iscritto ad un corso di nutrizione biologica per capire un attimo, per avere... infatti sto facendo quasi tutto perché ho questo grosso interesse che m'è dato da questo tipo di conoscenze» (MMG altro stralcio dalla medesima intervista precedentemente riportata).

L'avvicinamento alle MNC è spesso il motore di una rivitalizzazione della professionalità, della rinascita di un entusiasmo sopito, di una spinta anche emozionale, che ridefinisce l'attività lavorativa e, in generale, l'auto-percezione, logorata dalla routine. Spinti da curiosità e cause più diverse (non ultima quella economica⁽⁷⁾), ci si avvicina ad un terreno sconosciuto, spesso denigrato dai colleghi e più in generale dalle istituzioni "ufficiali". Dai colloqui emerge infatti un panorama variegato di motivazioni: un problema di salute patito in passato da sé o da altri, per il quale, in qualità di utenti non si è trovata risposta con la biomedicina; una sorta di "predisposizione" affiorata in periodi diversi del proprio percorso esi-

stenziale e formativo; il contatto con altri colleghi che precedentemente si sono avvicinati alle MNC; il sentirsi inadeguati davanti ad una richiesta di MNC da parte di una utenza che si fa sempre più insistente.

La parola chiave spesso reiterata quando gli intervistati raccontano del loro avvicinamento alle MNC è “curiosità”. Curiosità personale che spinge ad approfondire saperi e pratiche “non convenzionali” rispetto ai quali i canali di informazione “ufficiali”, non ultimo l’istituzione universitaria, non offrono alcun tipo di informazione se non di segno negativo.

Gli intervistati attribuiscono a questa loro apertura un carattere “originario”, di vocazione profonda che è andato precisandosi e crescendo in consapevolezza nell’incontro con altre interpretazioni del corpo e della salute/malattia. Quel “qualcosa che è sempre stato in loro” si costruisce come risposta alla percezione dei limiti del modello biomedico, di una angustia di spazi professionali che suggerisce di scappare da certe “gabbie”, alla ricerca di saperi e pratiche che diano maggior conto della complessità del soggetto sofferente con il quale ci si confronta.

Entro il quadro appena tracciato le spinte motivazionali si arricchiscono di un ulteriore elemento che ha a che vedere con esperienze di malattia vissute in prima persona, che occupano nelle interviste, un certo spazio narrativo. Aver patito un problema di salute e averlo risolto attraverso il ricorso a MNC, appare l’occasione da cui si sono prese le mosse e si sono precisate curiosità ed interessi nuovi. Il percorso, fin dall’inizio, si costruisce attorno al ribaltamento del ruolo – da medico a paziente (BARTOCCIONI S. - BONADONNA G. - SARTORI F. 2006) – e al dubbio di una qualche inefficacia della biomedicina e dell’ideologia scientifica sulla quale essa si fonda. Il “medico malato”, confrontandosi con queste contraddizioni (GODEAU E. 1993) e misurandosi con il fallimento della corporeità oggettivata (idea intorno alla quale si incentrano pesantemente i processi di formazione biomedica, PIZZA G. 2005). Così, egli decide autonomamente di ricorrere ad altri tipi di trattamenti attraverso una sorta di “rito iniziatico” che porta il medico ad altre interpretazioni (GODEAU E. 1993).

L’esperienza diretta o indiretta di malattia è indicata quindi di frequente come momento di iniziazione alle metodiche non ufficiali: si parla di un avvicinamento lento, graduale anche se irreversibile e – come si diceva – quasi preordinato e inevitabile, a sottolineare che il processo di maturazione ed il periodo di “margine” è stato lungo e meditato.

Fin dai racconti relativi alla “iniziazione” comincia a delinearsi la costruzione dei confini fra se stessi e gli “altri”, quegli “altri” che appartengono

al medesimo gruppo professionale ma che seguono fedelmente le regole del sapere biomedico e non offrono, al momento del bisogno, risposte di salute efficaci.

Nel costruire le narrazioni – specie in risposta alle possibili critiche dei colleghi – i medici intervistati propongono un’immagine di se stessi caratterizzata da una “apertura mentale” che si contrappone agli schemi rigidi del modello scienziato appreso nelle università e si nutre invece, a loro parere, della verifica empirica dell’efficacia delle MNC così come essi sono andati via via sperimentando nella attività.

Le modalità attraverso i quali gli operatori hanno vissuto il conflitto interno fra le diverse formazioni sono molteplici ed eterogenee: le narrazioni parlano in ogni caso – come si diceva – di una crisi, di un disagio, un momento di confusione iniziale nel quale i diversi quadri concettuali si scontrano. L’approfondimento, ad esempio, delle conoscenze relative alla medicina cinese sembra aver causato in un intervistato, in particolare, una frattura profonda che, traslata nella sua attività pratica quotidiana, ha dato luogo, come lui stesso si esprime, ad una dissociazione “schizofrenica”: affrontare un problema di salute ora con gli strumenti biomedici, ora secondo l’approccio mutuato dalla medicina cinese, ha significato vivere la professione, per un certo periodo, come scissa “in compartimenti stagni”. La ricomposizione ha richiesto una consapevolezza che l’intervistato riconduce autoironicamente ad un’abilità acrobatica, ad un capolavoro di astuzia.

«Inizialmente ho vissuto in maniera abbastanza schizofrenica, cioè mi mettevo il cappellaccio cinese in un momento, il cappellaccio occidentale in un altro. Poi, nel corso degli anni, e ci sono voluti pochi anni... perché ho capito che le due cose erano in realtà la stessa cosa e lì sono stato... ho fatto il ganzo, diciamo» (MMG, 52 anni, pratica agopuntura).

E “l’imbarazzo” della transizione diventa ancora più evidente nel caso in cui si decida di praticare l’omeopatia, branca eterodossa della biomedicina, con cui i suoi presupposti teorici entrano in aperta contraddizione.

«Io ho avuto, dentro di me, un lavoro enorme su questo perché son due teorie che in alcuni settori sono talmente... sono all’opposto, quindi capisce che per la formazione che noi abbiamo a livello universitario... eh, è un bel problema! Però se tu piano, piano, impari a convivere, non solo, ma a motivare e a capire l’evoluzione di molte malattie in un determinato modo, non è vero che poi l’omeopatia è così lontana dalla medicina ufficiale» (PLS, 53 anni, pratica omeopatia).

La soluzione sembra stare nella capacità acquisita, attraverso la pratica e l’esperienza, di integrare i diversi approcci che giungono a comporre un

unico quadro concettuale a cui attingere, di volta in volta, la risposta più adeguata. Sta al paziente poi accogliere la proposta terapeutica.

«Ho superato l'imbarazzo con me stesso: "Adesso come l'affronto? Come un agopuntore o come..." No, ora non me frega più niente. Ora dico al paziente: "Guardi, secondo me la cosa migliore da fare è questa". Qualunque essa sia, se è la migliore è la migliore. Per cui mi capita di dire ad un paziente: "Guarda, è meglio se ti prendi i fiori di Bach". Oppure: "Guarda, tu hai la lombalgia, e lo risolvi soltanto trattando questa cicatrice". Poi il paziente decide» (MMC, 52 anni, pratica agopuntura).

2.2 Una professionalità pluralistica

In effetti, il termine "pluralismo terapeutico" descrive solitamente una situazione nella quale i pazienti, impegnati a dare risposta ai loro problemi di salute, ricorrono *parallelamente* e spesso *contemporaneamente* alla biomedicina e ad altri approcci di cura. Così, più frequentemente, le attenzioni dei ricercatori si sono concentrate sulle opinioni, gli atteggiamenti, le *illness behaviours* che caratterizzano appunto questa tipologia di pazienti. In questa prospettiva la letteratura ha messo in luce modalità di orientamento diverse nel tempo. Mentre ad esempio negli anni Settanta le singole scelte risultavano prevalentemente connesse a motivazioni ideologiche, in questi ultimi anni esse appaiono piuttosto fondate su un forte pragmatismo: la opzione fra il ricorso all'approccio biomedico o invece alle MNC sembra cioè legato a motivazioni di ordine quasi esclusivamente pratico e contingente. Così come ha messo in evidenza Benoist, in un suo importante anche se non recentissimo contributo (BENOIST J. 1996), laddove un intervento (diagnostico o terapeutico) fallisce o presenta dei limiti, ci si rivolge altrove senza aderire in maniera totalizzante all'approccio volta a volta prescelto.

Ma sembra opportuno applicare la categoria di "pluralismo terapeutico" anche agli stessi operatori quando essi adottano appunto una pluralità di orientamenti di cura: quando essi, cioè, rifuggono dall'adesione monolitica ad un unico sistema e propendono invece per l'utilizzo di sistemi diversi e per una conseguente fluidità di opzioni operative. I confini in questo senso non sono netti. Il medico pluralista è sì iscritto nel "campo biomedico" ma al contempo partecipa ad altre concezioni del corpo e di salute/malattia alle quali decide di attingere che, in certa misura, contribuiscono a modificare il suo modo di praticare la stessa biomedicina.

Questa modificazione è frutto della «profonda contraddizione fra l'orizzonte ideologico e culturale di appartenenza – fondato su un regime autonomo di razionalità e verità – e la prassi concreta e situata del loro

agire quotidiano in situazioni reali» (PIZZA G. 2005: 147). Il lavorare nella quotidianità produce nel medico «l'elaborazione di tattiche personali che lo spostano rispetto a una rigida appartenenza al proprio sistema di riferimento e lo pongono in posizione di dialogo critico e di continua negoziazione della propria identità» (PIZZA G. 2005: 147). A proposito delle MNC praticate, emerge dai colloqui come – ai livelli preventivo, diagnostico o terapeutico – gli intervistati raramente scelgano di intervenire ricorrendo ad un unico approccio: utilizzando i vari strumenti offerti da altre medicine, essi si sentono in possesso di «un'arma in più», di «più frecce al proprio arco», nessuna delle quali, da sola, è da considerarsi risolutiva, dotata di virtù eccezionali.

Così sembra giusto riferire il pluralismo terapeutico anche a questi operatori, che raramente abbandonano l'approccio diagnostico o terapeutico propri della biomedicina ma attuano sul piano operativo una prima significativa integrazione. I medici intervistati dichiarano appunto di scegliere, di volta in volta, lo strumento che appare più efficace, in rapporto ai problemi specifici e allo specifico soggetto che è innanzi a loro.

«Per una broncopolmonite non rischi comunque solo con l'omeopatia. Sì, dai un supporto omeopatico, ma dai anche un farmaco: insomma, quando ci vuole lo prendi! Per un attacco d'asma grave anche il cortisone si può dare, non è che... insomma, voglio dire, qualche volta serve! Serve anche mettere un farmaco... ecco, non bisogna averci tanto i paraocchi» (PLS, 55 anni, pratica omeopatia e fitoterapia).

«Prima di tutto sono medico, poi ho preso diverse specializzazioni. Però considero – come le dissi già l'altra volta – il tutto delle frecce al mio arco» (PLS, 53 anni, pratica omeopatia).

Questa integrazione di approcci nella quale “tutto serve”, nulla è evitato a priori, appare però possibile solo sulla base dell'esperienza sedimentata all'interno della attività professionale. Nel continuo confronto con MNC come l'agopuntura, l'omeopatia, la fitoterapia, la cui efficacia non gode attualmente di un riconoscimento ufficiale, è la personale sperimentazione empirica ad assumere una rilevanza fondamentale nella scelta del rimedio da utilizzare nelle diverse situazioni. Le “prove d'efficacia” si costruiscono nella quotidianità, nel continuo confronto con l'utenza, nelle verifiche condotte a livello professionale.

Ma, per quanto gli intervistati tendano continuamente a distinguersi dai medici “normali” nel tentativo di dare corpo ad una auto-definizione professionale fondata sulla pluralità delle pratiche, alcune delle metafore utilizzate testimoniano il radicamento di una formazione biomedica che non è stata abbandonata. Dai discorsi degli intervistati infatti raramente

emerge una critica esplicita della ideologia e della pratica biomedica: spesso anzi si sottolineano i risultati ottenuti dalla biomedicina nel corso degli ultimi cent'anni, specie per quanto concerne le strumentazioni diagnostiche e la ricerca farmacologica, e la loro traduzione in un generale miglioramento dei livelli di salute. Parimenti, i medici intervistati affermano di non voler in alcun modo rinunciare al bagaglio di esperienze acquisite in anni di medicina d'urgenza, di medicina generale o servizi di guardia medica. Caso mai in questione è l'uso indiscriminato di tecniche invasive o di farmaci di sintesi che possono avere effetti secondari evitabili con la medicina cosiddetta "naturale".

«[...] io non rinuncio alle mie esperienze fatte di notte in emergenza, non ci rinuncio, perché ho trattato gli infarti, ho trattato la colica renale, ho trattato... non con l'omeopatia... perché devo rinuncia' se esiste... uno che c'ha una colica renale prenderà un Voltaren, sta bene in tre minuti. Poi starà al medico coscienzioso far capire a questo che non esiste solo il Voltaren, esiste un modo di alimentarsi particolare, esistono anche delle tecniche medico naturali tra cui l'omeopatia ma anche la fitoterapia in quel campo, che possono evitare il ripresentarsi del calcolo. Però in certe situazioni è favolosa, non bisogna fare di tuttata un'erba un fascio. La vita funziona meglio perché esistono delle tecniche ufficiali favolose. Gli antibiotici hanno salvato popolazioni intere... adesso un po' meno, però... poi c'è stato l'eccesso... poter avere una colica renale e il stare bene in un quarto d'ora è una cosa favolosa, perché no? Poter usare la morfina in una persona che sta per morire, di farla morire bene, perché no? Poi, in certi campi, la medicina ufficiale ha un effetto secondario talmente negativo che è meglio usare prodotti naturali» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

Ciò che separa e distingue, marca il confine fra chi ha deciso di approfondire ad esempio l'omeopatia, e gli "altri", che seguono esclusivamente i principi appresi nelle facoltà di medicina, è piuttosto un atteggiamento problematizzante: porsi delle domande, approfondire i perché di un evento patologico, non accontentarsi di fermarsi ai sintomi o, comunque, alle cause immediate.

«[...] quando c'ho na tonsillite batterica da streptococco anch'io do l'antibiotico, lo do, perché so che quello m'è dirimente! Però subito dopo me chiedo: "Ma perché quel...". Mentre il medico allopatico finisce lì e dice: "Va beh, l'ho curato! Arrivederci e grazie!". Io no! Comincio a ragiona! E dico: "Ma perché. Va beh, t'ho curato conquello, t'ho messo a posto. Ma perché l'organismo mi ha reagito in quella maniera?". Questo è il lavoro. Quindi io faccio doppia fatica[ride] perché mi pongo sempre, medico omeopata... dice: "Ma non doveva succedere, questo. Allora vuol dire che c'è nell'organismo qualcosa che non quadra!". Invece il medico normale dice: "Va beh, basta [sbatte le mani con il senso di: lavarsene le mani] t'ho curato!". Come diceva Totò: "Pigliate sta pasticca!". Capito? Questa è un po' la diversità!» (PLS, 53 anni, pratica omeopatia)

Dai medici che utilizzano l'omeopatia, i "medici normali" vengono giudicati come colleghi che non si interessano a fondo del paziente, si deresponsabilizzano rispetto al malessere, affidandosi al supporto farmacologico che dà soluzione al sintomo. Il rimedio farmacologico in realtà "copre" i perché, li rende invisibili e agendo direttamente sui sintomi tende a ignorare le vicende e i vissuti personali che dovrebbero essere individuati e ascoltati per cercar di riportare l'equilibrio nell'organismo. Ma questi confini tra sé e gli "altri" vengono tracciati all'interno della medesima categoria d'appartenenza: si è comunque medici e si utilizzano comunque all'occorrenza gli stessi rimedi farmacologici e le stesse tecniche diagnostiche strumentali. La differenza sta nell'assumersi la "fatica" di inserire l'evento patogeno all'interno di un più ampio quadro nel quale la malattia acquisisce significati ulteriori intorno ai quali è bene interrogarsi.

Non si abbandona l'utilizzo del rimedio farmacologico nel momento in cui le situazioni contingenti e acute lo richiedono "nel rispetto" non solo del paziente, ma anche e soprattutto delle regole che il proprio nella struttura sanitaria pubblica impone. La pratica di altri tipi di trattamenti è inserita infatti all'interno di uno spazio di autonomia che tali soggetti costruiscono nello svolgimento della propria professione, ma che non può superare i limiti previsti dalle norme. Affiora nei colloqui, sebbene mai in maniera chiara e diretta, il timore delle eventuali ripercussioni penali che una "mal pratica medica" potrebbe comportare. Prima fra tutti la possibilità di incorrere in denunce da parte dei malati o dei loro parenti. È bene ricordare, a questo proposito, come le responsabilità medico-legali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta siano esplicitate nel contratto nazionale che li lega allo Sistema sanitario e come il numero delle denunce pendenti a loro carico sia notevolmente aumentato nel corso degli ultimi anni – avvicinandoci così ai livelli statunitensi –. L'introduzione, quindi, di altri tipi di trattamenti è vissuta come un'iniziativa da prendere con cautela, quando le condizioni di salute del paziente lo permettano e lo consiglino e non sussista la possibilità che la sua vita sia posta minimamente a rischio.

«Mah, io all'inizio quando inizio una terapia omeopatica non tolgo mai i farmaci tradizionali. E solo se la terapia omeopatica ottiene dei risultati a quel punto sconsiglio i farmaci tradizionali. Come medico di base se ai miei pazienti do delle medicine omeopatiche, comunque... se non riesco a risolverlo in breve tempo oppure vedo che ci sono dei problemi, ricorro alle medicine tradizionali, perché chiaramente c'è un problema, insomma, anche medico-legale!» (MMG, 54 anni, pratica omeopatia e fitoterapia).

Prediligere e utilizzare diagnosi strumentali significa comunque, secondo gli intervistati, affidarsi “ai fatti”, a strumenti che in qualche modo permettono di evidenziare “il problema” e le sue cause; e se da un punto di vista terapeutico alcune MNC dimostrano di offrire risposte migliori, questo non vale per quanto concerne le tecnologie diagnostiche.

«[...] non è detto che uno deve assolutamente per forza di cose seguire solamente una via. Io non penso di avere nessuna verità, però uso più armi, nel senso buono, a beneficio di chi mi sta davanti. Però se dalla terapia ritorniamo alla diagnosi, la diagnosi deve essere fatta bene, cioè non è che me posso accontentare de fa' la diagnosi del polso come facevano i cinesi 5000 anni fa. Se ho paura che c'abbia una polmonite questo se becca una radiografia. Cioè, il paziente deve avere il massimo da questo punto di vista. Poi se voglio raffinare ci sono delle tecniche diagnostiche molto più raffinate della radiografia che vengono in tempi successivi. Sennò ritorniamo a... ritorniamo indietro» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura)

Sebbene da quanto appena delineato l'integrazione di alcune MNC sembri consistere in una semplice integrazione di “pratiche”, sembra importante sottolineare come in questo processo siano coinvolti anche gli orizzonti ideologici di riferimento in cui le MNC. Alle pratiche si aggiunge, anche se *in nuce*, negli operatori, un'adesione in qualche modo ideologica: mutano le concezioni del corpo e lo stesso stile di vita, muta complessivamente l'interpretazione del mondo e del posto che l'uomo vi occupa. Al contempo, però, si continua a far parte del campo biomedico e ci si sente parte di una categoria professionale all'interno della quale si decide di inserire l'esercizio delle MNC.

Tra le diverse formazioni e informazioni acquisite da un lato, e le concrete opzioni nella pratica diagnostica e terapeutica risulta comunque una stretta correlazione. È infatti sulla base delle verifiche personali di una effettiva efficacia delle MNC che gli intervistati sembrano dare senso e legittimazione ad un'attività che si colloca fra convenzionalità e non convenzionalità.

È l'efficacia esperita da loro, dai loro congiunti e dai loro utenti a far percepire loro una “coerenza” nell'attività che svolgono. Tutto sembra focalizzato sull'esperienza, sul campo, sulla pratica e nelle pratiche. Scetticismo, crisi, imbarazzo che trovano nel bagaglio d'esperienze positivo acquisito negli anni e nella costruzione di un approccio integrato la soluzione di un percorso sentito inizialmente alle volte come “altro”.

2.3 *Questioni di legittimità e di legittimazione*

Cosa significa praticare MNC all'interno di un Servizio sanitario pubblico che non assicura alcuna certa legittimazione e che stenta a riconoscerle ufficialmente? Quali sono le modalità soggettive attorno alle quali gli intervistati costruiscono la legittimità del proprio operato di contro ad un vuoto normativo e al tempo stesso ad un esponenziale aumento della richiesta e del ricorso dell'utenza a tali pratiche?

I discorsi dei medici, in merito a questo problema, sembrano tutti articolarsi intorno alla distinzione di un duplice versante interno/esterno – l'elaborazione di una prassi personale e la propria collocazione entro l'istituzione – che entra in gioco in ogni nucleo tematico affrontato durante i colloqui. Vi emerge insistente la ricerca di una legittimazione esterna che si considera giustificata e doverosa in virtù di una già raggiunta e fortemente percepita legittimità interna che, come abbiamo visto, trae origine dalle verifiche d'efficacia e dal crescente riconoscimento degli utenti. Una rivendicazione ed un senso di liceità a praticare, che si fonda su un'immagine della medicina più come "arte pragmatica", forse, che come "scienza". La legittimità, del resto, è stata rafforzata da un'unica e fondamentale delibera effettuata in materia, come si vedrà, ovvero l'ufficiale riconoscimento di alcune MNC come "atti medici" da parte di un organo istituzionale biomedico come la FNOMCEO.

La ricerca di un riconoscimento risulta peraltro il tema centrale del discorso, quando i medici intervistati parlano dei loro rapporti con la struttura sanitaria e, in particolare, con i colleghi dai quali hanno dovuto subire continue derisioni, specie durante i primi anni di pratica.

«[prima] ti guardavano come una mosca bianca insomma, come uno stregone, "che vuoi fare? quella è una medicina che non fa nulla, non contiene niente, è acqua fresca!"» (MMG, 51 anni, pratica omeopatia).

«Venivo preso per un mezzo pazzo però intanto me mandavano tanti casi di quelli proprio... i cosiddetti crostini. M'arrivavano proprio... prima c'ero io e poi il mago. Prima c'ero io e poi c'era il mago, il passaggio era questo» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

Per lo più si tratta appunto di derisioni che, variando di poco, si costruiscono su di un'idea comune: la mancanza di fondamenti scientifici, il carattere irrazionale del pensiero che informa le MNC, l'assimilazione dell'operatore che le pratica alla figura del "mago". L'accusa di ciarlataneria sembra essere risparmiata, forse perché si pensa che i colleghi eterodossi coltivino in buona fede illusioni di inesistenti meccanismi sull'efficacia: nel caso dell'omeopatia viene facile evocare "l'acqua fresca".

E i discorsi degli intervistati, pronunciati spesso con grande autoironia, alludono all'avvio di un percorso intrapreso in pieno – e forse anche “eroico” – isolamento.

Gli intervistati che praticano in particolare l'omeopatia, parallelamente alla biomedicina, lamentano di ricevere dai colleghi molte critiche che fondano la loro radice comune in una supposta mancanza di studi che ne convalidino l'efficacia. La più importante accusa che i colleghi muovono agli intervistati – specie se praticano appunto omeopatia – riguarda l'utilizzo di rimedi che non solo non sono efficaci perché non testati scientificamente, ma che impedirebbero o ritarderebbero i percorsi di guarigione sostituendosi alle terapie ufficiali. L'efficacia di rimedi “altri” sarebbe esclusivamente ricondotta all'effetto placebo, al quale si può certo attribuire una qualche incidenza per problemi definiti come “psicosomatici”. Del resto gli intervistati mostrano di considerare inutili gli studi clinici che testino l'efficacia dei rimedi omeopatici attraverso strumenti messi appunto nell'ambito dei metodi valutativi della biomedicina.

«[quello dei colleghi] è un atteggiamento derisorio tutto sommato perché ancora ci sono... moltissimi colleghi che considerano... io dico per ignoranza perché non la conoscono insomma, considerano la medicina omeopatia come nulla! [...] [Questi colleghi sostengono che in medicina omeopatica] non prendi nulla, non assumi nulla! Ma ci sono sperimentazioni... io lavoro con altri medici, li nello studio di Bastia e a parte uno che fa anche agopuntura e con il quale ho un dialogo, con gli altri zero, mi dicono: “ma ci sono sperimentazioni che dimostrano che la medicina omeopatica funziona? Ci sono trial clinici che...?” Io purtroppo in questo senso devo dire no, perché chiaramente non ci sono in effetti sperimentazioni serie, anche perché tutte le sperimentazioni che sono state fatte anche a livello credo adesso ministeriale, so che stanno facendo una sperimentazione sulla medicina omeopatica, però metodologicamente è errata perché fondano questa sperimentazione con gli stessi metodi della medicina ufficiale, cioè con un metodo di tipo biologico. Invece la medicina omeopatica è una medicina bioenergetica: per questo andrebbe fatta sperimentazione con altri metodi, con un metodo affine alla metodologia omeopatica» (MMG, 51 anni, pratica omeopatia).

Essi ritengono la questione rilevante ma da problematizzare e porre in altri termini: si è convinti dunque della necessità di effettuare sperimentazioni cliniche sui rimedi, ma allo stesso tempo si è certi che il fallimento dei tentativi effettuati sia dovuto alla fallacia degli strumenti utilizzati, più che alla inefficacia di rimedi che al contrario, a loro parere, danno continue prove di validità. È evidente, anche su questo piano, che i medici intervistati non intendono affatto collocarsi fuori dalla biomedicina, bensì assumere al suo interno delle posizioni critiche. Alle accuse dei colleghi

essi contrappongono critiche relative alla prescrizione smodata di farmaci effettuata non tanto quanto per il bene del paziente ma per questioni di protezione medico-legale: trascurare i rischi dell'uso eccessivo di rimedi farmacologici comporta, secondo gli intervistati, sottrarsi alle proprie responsabilità, delegandole alle direttive sanitarie ed alla tutela legale. Anche in questo caso riemerge il ruolo attribuito dai medici intervistati all'esperienza personale: gli atteggiamenti denigratori dei colleghi sarebbero da imputare alla loro inesperienza più che alla mancanza di studi sull'efficacia. Si deride ciò di cui non si conoscono potenzialità e validità: che possono essere verificate con la pratica più che sancite dall'"esterno" attraverso i riconoscimenti ufficiali. Viene avvertita comunque la opportunità che le MNC siano in qualche modo sottoposte a sperimentazione clinica, per uscire dal "limbo" in cui ci si sente confinati.

Sperimentazioni cliniche e standardizzazione degli interventi sono considerate, in proposito, necessarie non solo per entrare "nell'ufficialità", ma anche per definire dei confini netti fra MNC diverse che non possono essere poste tutte sullo stesso piano. Nel tentativo di rientrare nella "convenzionalità" si propone una netta separazione fra le MNC che, grazie anche alla dichiarazione della FNOMCEO, sono riconosciute come "atti medici", ed altre tipologie d'intervento che vanno "lasciate fuori" dalla legittimazione. L'importante è non essere paragonati a "guaritori", cioè confusi con coloro che non sono in possesso di una laurea in medicina.

E nel tentativo di trovare una "via d'uscita" da questa confusa situazione, mentre ci si sente in una zona di frontiera, si interpreta questa mancata distinzione di competenze e di ruoli come una strategia politica perseguita dall'"ufficialità" per mantenere il "disordine".

«[...] la paura che spesso e volentieri dietro queste metodiche mediche, quelle che sono state un po' riconosciute anche due o tre anni fa da quel congresso fatto a Terni, s'appiccicano guaritori, pranoterapeuti... allora diventa un calderone che fa comodo all'ufficialità per di': "Va be', son tutti insieme, c'e quello che guarda l'occhio, quello che fa il pranoterapeuta, l'imposizione delle mani...". La paura è questa, ma però fa più comodo all'ufficialità, questo. E noi che stiamo dall'altra parte, in qualche maniera, ma specialmente noi che stiamo sia da una parte che dall'altra, dobbiamo dire: "Cerchiamo di studiare ste cose. Allora, alcune le possiamo accettare alcune no", anche se qualcuno ce rimette qualcosa, anche se qualcuno usava in omeopatia ste diluizioni altissime, usava solo quelle, ci sarà una codificazione che dice: "Queste si, queste no!". Ma ogni rivoluzione fa queste cose qui nell'ambito umano, io sto parlando non soltanto di medicina. Ci dobbiamo arrivare a questo, a quel che han fatto i francesi che si, non possono utilizzare in omeopatia delle diluizioni altissime, ma alcune diluizioni sono rimborsate dal sistema sanitario nazionale perché, altrimenti,

non si può andare avanti! La mia paura è questa: che la mancata presa di posizione fa comodo proprio all'ufficialità, non fa comodo a chi si interessa veramente della medicina naturale perché rimane tutto un calderone dove c'è di tutto, quindi fa comodo mettere insieme il pranoterapeuta e l'omeopata!» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

La soluzione sembra venire dall'esempio offerto da altri Paesi europei, primi fra tutti la Francia e la Germania, dove non solo l'omeopatia è inserita come insegnamento nelle università ma i cui rimedi sono annoverati fra i capitoli di spesa rimborsabili dai rispettivi sistemi sanitari nazionali.

In sostanza, come abbiamo visto, nessuno degli intervistati rinuncia all'idea della possibilità/necessità di studi clinici controllati sulle MNC praticate ma tutti si riferiscono, comunque, alla verifica dell'efficacia nell'attività pratica, rivendicando all'osservazione empirica uno statuto riconosciuto come parte integrante del metodo scientifico. Concettualmente gli intervistati utilizzano gli stessi criteri di analisi e di interpretazione della efficacia su cui fonda le proprie radici la *evidence based medicine*, spogliandola tuttavia delle componenti di replicabilità e di standardizzazione e indicando come "evidenze" sufficienti alla validazione dell'efficacia le esperienze da loro stessi condotte. L'imbarazzo e la consapevolezza delle contraddizioni, comunque, rimangono e viene largamente avvertita la necessità da un lato di trovare una "spiegazione scientifica" dall'altro di restare aggrappati all'"evidenza".

«Come agisce non lo sappiamo, noi anche qui vediamo che agisce!» (MMG, 51 anni, pratica omeopatia).

«Io non credo nell'agopuntura, io vedo i risultati. Quando funzionano, funzionano, quando non funzionano, non funzionano. Perché sennò, allora, c'è sempre il rischio di agitargli davanti un maracas, fargli vedere un santino, e quelli guariscono. Per cui, sapere che un medico, che arriva con un sano scetticismo, [...], e poi ti dice: "Oh, è vero, avevo un dolore e non ce l'ho più". Beh, allora significa che è l'agopuntura che ha funzionato e che in quel senso l'affascinazione e l'effetto placebo sono impossibili" (MMG, 52 anni, pratica agopuntura).

La concezione qui espressa, dell'agopuntura e di altre pratiche contigue, è improntata insomma all'idea che si tratti di tecniche e procedure da valutare di volta in volta: da un lato l'intervistato assume lo "scetticismo" come metodo sperimentale occidentale, che preserva da una adesione puramente ideologica, dall'altro egli aderisce però ad alcuni aspetti della medicina cinese in termini di eziologia, diagnosi e terapia. In questo modo si sente al riparo dal pericolo della fascinazione e dell'effetto placebo, che teme come esercizio di ciarlataneria: non "credere" ma "vedere i risultati". A questo punto si può recuperare quell'"arte" che è parte

integrante della medicina e che sembra esser stata persa nel suo legame con le “scienze esatte”.

«[...] non sta a noi medici, non sta a me che sono medico che sono uno che cura, non sono uno scienziato, non sta a me a tutti i costi di voler avere la presunzione di dimostrare il funzionamento a livello scientifico, inteso in senso lato della parola, io devo accettare che la metodica funzioni, che sia una metodica che non causi danni, che sia ripetibile però, quando io ho iniziato a studiare medicina, la proposta del funzionamento dell'aspirina era una... l'aspirina funzionava per quella proposta, adesso funziona per n'altro motivo, però l'aspirina funziona. Volevo di' questo, questo è importante. Al tempo stesso è anche giusto che ci sia gente che accerti il funzionamento di queste metodiche che non posso essere io però io... è come l'inventore, uno dei più grossi inventori è stato Thomas Edison, ha inventato tutto questo! La lampadina... tutto ha inventato! E diceva che dopo l'intuizione ci dev'essere la traspirazione, cioè dopo l'intuizione [...] ci dev'essere il lavoro di traspirazione cioè, il sudore per riuscire a capire come quell'invenzione può funzionare [...] in omeopatia a volte c'è l'intuizione per analogia, però poi deve arrivare la sudorazione, cioè riuscire a capire chi c'hai davanti, controllare se sta persona continua a stare bene, non come fa qualcuno... allora entriamo nella stregoneria: “No, secondo me il farmaco è questo, ci vediamo fra due anni!”. Vivere da medico significa vivere un po' in prima linea, avere le telefonate: “Sto meglio, sto peggio...” e quindi la traspirazione potrebbe essere vista anche da sto punto di vista oltre che... cioè, tutto il lavoro che viene dopo è quello di oggettivare il risultato, riuscire a trovare una spiegazione» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

Nell'ambulatorio il medico, in qualche modo, “crea”, “inventa” e arriva alla comprensione attraverso un atto creativo, uno scarto conoscitivo che consente di capire problemi che si configurano in forme sempre nuove, ma al tempo stesso il medico deve faticare controllando scrupolosamente il processo di salute/malattia; lo “scienziato” avrà il compito di sistematizzare, di normalizzare, “oggettivare” lontano dalla “prima linea”, dalla relazione con il paziente. Così come hanno sottolineato Colombo e Rebughini, «il sapere terapeutico non può essere completamente definito dalla dimensione scientifica, non può basarsi sulla meccanica applicazione di classificazioni, modelli e protocolli. Deve al contrario sapersi adeguare alla specificità dei soggetti che intende curare, richiede intuito, la capacità di ascoltare e lasciarsi meravigliare. [...] Il medico deve coniugare scienza e arte, possedere conoscenze tecniche e scientifiche, ma supportate da una solida esperienza personale e sviluppate capacità empatiche. La medicina non è una scienza ma un'arte» (COLOMBO E. - REBUGHINI R. 2004: 176).

«Perché il medico non è uno scienziato, è un umanista sotto sotto, il medico è uno che fa' arte» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

Laddove per arte s'intende il termine nel suo significato arcaico di *ars* come pratica, come abilità "manuale" che si costruisce nel quotidiano.

Ed è in questo complesso quadro che si inseriscono altre critiche mosse ai medici intervistati dai loro colleghi, che investono questioni legate all'"economia della salute" e, in special modo, alla spesa sanitaria⁽⁸⁾.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta hanno a disposizione precisi budget per la prescrizione di farmaci e di controlli strumentali. Prescrivere altri rimedi che non siano contemplati nei capitoli di spesa dal servizio pubblico – e che dovranno essere per ciò stesso pagati direttamente dall'utente – significa in genere intaccare una quota minore del budget messo a disposizione rispondendo così, positivamente alle continue richieste degli organismi sanitari in vista di una riduzione della spesa pubblica: ma ciò provoca l'invidia di colleghi che prescrivendo farmaci allopatici, finiscono inevitabilmente per "sforare".

«Tre o quattro mesi fa, nel corso della riunione di équipe del nostro nucleo, qui, di Madonna Alta, tirarono fuori l'argomento che io ero arrivato a raggiungere gli obiettivi dell'Usl [di contenimento della spesa] non solo al 100%, ma al 118%. [...] Però se tu c'hai delle possibilità terapeutiche diverse da quelle tradizionali, puoi convogliare i consumi più pesanti per esempio, su alcuni tipi di piante, e il tuo budget si abatterà perché non... non consumi sotto altri aspetti. Per cui ho detto semplicemente: "Se volete, io sono disposto, vi faccio una ventina di piante, uno schema con 20 piante che sono quelle che più si usano e più ti aiutano nella pratica. E ho sentito uno stronzetto, dall'altra parte della stanza, che ha detto: 'Ah, sì, e adesso che faccio, l'ortolano?'. 'Va, beh, non mi vedi più, peggio per te'. Io lo faccio l'ortolano, perché ha un senso preciso, sia nei confronti del paziente, sia nei miei confronti. Arrivo facilmente ad essere in credito nei confronti dell'Usl, senza muovere un dito, senza dover far porcate come vengono fatte sottobanco, non ce n'ho bisogno. Però se questo viene visto come fare l'ortolano, allora io co' sta gente non ce voglio ave più niente a che fa'» (MNG, 52 anni, pratica agopuntura).

Prescrivere altri rimedi e quindi far spendere meno al sistema sanitario pubblico significa allora essere tacciati di "mala pratica", perché senza farmaci veri non "si cura". Ecco che gli intervistati sembrano vivere un'ulteriore contraddizione: a fronte delle richieste istituzionali di ridurre la spesa farmaceutica chi, grazie alle prescrizioni di rimedi non convenzionali fa spendere meno "al sistema", finisce per essere mal giudicato dai colleghi sia perché "non cura" sia perché a fronte "del sistema" esercita nei loro confronti una concorrenza sleale.

Emergono tuttavia significativi mutamenti: come rilevano gli stessi medici intervistati, si verifica nei confronti di alcune MNC una progressiva

apertura, nel senso che un numero crescente di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta risulta avvicinarsi e praticare, in particolare, l'omeopatia e l'agopuntura. Una tendenza, peraltro, confermata dalle numerose inchieste condotte dai differenti Ordini provinciali dei medici italiani per valutare il fenomeno, come si è già accennato in precedenza [cfr. *nota* 2]. E mentre l'omeopatia è sempre più praticata in ambito pediatrico, l'agopuntura è preferita dai medici di medicina generale. Come è già stato rilevato da altre inchieste effettuate nel territorio umbro⁽⁹⁾, una simile apertura è riconducibile a differenti motivazioni. Per quanto concerne l'omeopatia appare evidente la tendenza dei pediatri ad utilizzare sempre meno farmaci allopatrici ritenuti eccessivamente "violenti" e produttori di negativi effetti collaterali, per quanto concerne invece l'agopuntura, le ragioni sembrano da imputare ad altri fattori. Hanno probabilmente contribuito alla sua maggior accettazione in campo biomedico sia la creazione di un ambulatorio per la terapia del dolore convenzionato con la ASL n. 2 della Regione Umbria, nel quale laureati in medicina esercitano l'agopuntura, sia una maggiore facilità di interpretare i suoi meccanismi di funzionamento attraverso i metodi dalla biomedicina⁽¹⁰⁾. Gli intervistati segnalano infatti ripetutamente il maggiore riconoscimento loro accordato dai colleghi e la percezione di un cambiamento intervenuto negli ultimi anni che, se da un lato è da imputare alle ragioni appena espresse, dall'altro viene ricondotto alla fiducia e alla stima personale costruita in anni di pratica sul territorio.

«[...] in questo momento, ho tre medici in terapia: un ortopedico, un oculista e un neurochirurgo. Però, il tutto è passato attraverso la fiducia personale. Cioè, sono miei coetanei, che mi conoscono come essere umano, per cui il ragionamento è questo: "Io non so che cavolo faccia Luca, perché non lo capisco tanto bene, però è una brava persona. È una persona che fa le cose in buona fede e quindi io gli do una chance. Proviamo, vediamo quello che riesce a combinare. Se funziona, funziona, se non funziona non funziona» (MMG, 52 anni, pratica agopuntura).

Nella ricerca di una legittimazione "esterna" emerge comunque in maniera insistente, dalle interviste, la necessità di definire chi e in quali condizioni debba essere autorizzato a praticare MNC: si rimarca, in sostanza, la necessità che esse – ed in particolare omeopatia, omotossicologia e agopuntura – siano praticate esclusivamente da laureati in medicina. A questo riguardo i discorsi si connotano peraltro di una forte emotività: quasi con veemenza gli intervistati esprimono infatti l'urgenza che i terapeuti abbiano realizzato l'intero iter formativo in biomedicina e quindi abbiano acquisito le basi conoscitive della tradizione occidentale.

«Non si può fare il medico omeopata se tu non hai la formazione universitaria, ossia se non ha studiato medicina! Questo è fondamentale! Chiunque altro si inventa di mettersi a fare l'omeopata che non è medico non potrà mai... mai! Secondo me. Con tutto che la formazione universitaria è carente, tutto quello che vuole, però tu devi studiare medicina! Ma non è una scelta classista, non mi capisca male! È una questione di... è una questione di anatomia, è una questione di fisiologia, è una questione di biochimica, è una questione di chimica... se vuole vado avanti! Ecco! È una questione di basi mediche!» (PLS, 53 anni, pratica omeopatia).

Essere in possesso di una laurea in biomedicina e, conseguentemente, essere in grado (almeno potenzialmente) di saper eseguire diagnosi biomediche, diventa l'elemento fondamentale nella costruzione di confini rispetto alla legittimità nel praticare. La dichiarazione della FNOMCEO del 2002, più volte citata, ha contribuito in qualche misura a rafforzare questa esigenza apparentemente irrinunciabile.

La crescente estensione dell'offerta di MNC da parte dei laureati in medicina è, in effetti, percepita dagli intervistati in maniera contraddittoria. Sebbene a loro parere il consenso diffuso abbia da un lato rafforzato il riconoscimento della propria attività, dall'altro l'incremento degli operatori – essendo, secondo i medici intervistati, determinato da ragioni economiche – ha contribuito a produrre una concezione delle MNC giudicata come volgarizzata e superficiale. Dai colloqui emerge una forte denuncia verso coloro che oggi “si improvvisano” agopuntori e omeopati, senza una formazione adeguata.

«[...] a me da molto fastidio il fatto che attualmente molti si... si improvvisano omeopati. Addirittura vengono... viene gente con prescrizioni omeopatiche che... non stanno né in cielo né in terra! Si vede che è stato dato qualcosa pur di dare! Solo che questo discorso è pericoloso perché come per la medicina allopatrica, ci son dei farmaci che peggiorano, non ti migliorano, chiaro il discorso? Se quel soggetto è un calcarea carbonico e tu gli dai il zolfo... provi!» (PLS, 53 anni, pratica omeopatia).

«[...] tocca trova' una via de mezzo, forse, fa' capi' a sta gente che nn'è che e tutto rosa e fiori, senno tu... ai medici tocca fajje capi' che per prescrive un prodotto omeopatico nn'è che poi fa' due corsi il sabato e la domenica! T'è da rimbecca' le maniche, devi comincia' a studia! Sennò capito?, ogni tanto me confronto con amici che conosco, che ho conosciuto, e [...] ultimamente la fo la domanda: “Qual è la tua formazione?”, dice: “Ma sì, me so interessato...”, “Me so interessato che vol di'?!”, perché io ribatto il concetto che io comincio a capicce qualcosa adesso, de agopuntura» (MMG, 49 anni, pratica omeopatia e agopuntura).

Il vuoto legislativo, unitamente alla mancanza di indicazioni precise rispetto agli iter formativi, fa sì che perfino la lunghezza dei corsi frequentati

sia assunta come parametro importante per valutare la preparazione nella disciplina che si intende praticare. La dialettica non è più quindi solo fra coloro che praticano le MNC e i colleghi che non lo fanno, ma tra medici che hanno effettuato la stessa scelta. Ed è interessante notare come gli intervistati costruiscano un'immagine di sé che si connota di istanze non utilitaristiche nel confronto con gli "altri" a cui attribuiscono motivazioni esclusivamente opportunistiche. Inoltre, è opportuno sottolineare come, sebbene si sostenga l'esigenza di iter formativi approfonditi e protratti nel tempo, si assegni allo stesso tempo un'importanza decisiva all'esperienza personale e si faccia dell'empiria il referente principale della pratica. Così come è già stato sottolineato: «[Il terapeuta] basa la sua autorevolezza non solo su corpo di conoscenze teoriche apprese, ma su un percorso personale di verifica dell'efficacia di tali conoscenze. È l'esperienza personale e clinica, più della conoscenza teorica e del riconoscimento accademico a garantire le loro competenze» (COLOMBO E. - REBUGHINI R. 2004: 175). Gli intervistati vivono in prima persona la contraddizione del sistema burocratico-amministrativo nel quale sono inseriti, che impone loro rigide linee guida alle quali conformarsi. L'esercizio delle MNC consente di coltivare un terreno nel quale si ritrova, in qualche misura, una "perduta libertà", una autonomia delle pratiche: proprio perché ancora immune da una formalizzazione precisa, e costruito soggettivamente dagli informatori, attraverso l'esperienza e la verifica personale. Questo spazio d'autonomia allo stesso tempo, proprio perché produce continui riscontri sul piano dell'efficacia terapeutica, porta gli operatori a ricercare la legittimazione esterna ed il riconoscimento della "comunità scientifica". Lo spazio d'autonomia in questo senso diventa così una "zona franca", rispetto all'ufficialità e alle sue norme, che si costruisce nella relazione duale con i propri utenti e che trova nella domanda di mercato e nelle sue spinte un'importante interlocutore. Zona franca che è costruita attraverso la "non osservanza" delle «logiche regolative del campo biomedico» (PIZZA G. 2005: 147) che entrano in crisi nel momento in cui gli operatori biomedici che praticano MNC sono impegnati nella costruzione di nuovi confini fra ciò che è legittimo e ciò che non lo è, fra ciò che è scientifico e ciò che non lo è.

Note

⁽¹⁾ CENSIS 1983; CENSIS 1989; LALLI Pina 1988; LOSI Natale 1990; DEI Fabio 1996; DOXA 1999; ERNST Edzard 2000; ISTAT 2003; ISTAT 2007; FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA 2006; EURISPES 2006; EURISPES 2010.

(2) SECONDULFO Domenico 1987; COCCONI Giorgio 2002; COLOMBO ENZO - REBUGHINI Paola (curatori) (2003); COCCONI Giorgio - CAMMINATI G. 2005; CUTTINI M. - GIANNELLI M. 2003; BELLAVITE P. *et. al.* 2003; RANISIO Gianfranca - SIMONE C. 2005; SEPELLI Tullio 2005; FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA 2006; HEALTH MONITOR COMPUGROUP MEDICAL - IL SOLE 24 ORE SANITÀ 2011.

(3) Si veda tra gli altri EUROPEAN COUNCIL 1992, EUROPEAN PARLIAMENT 1997; COUNCIL OF EUROPE 1999; EUROPEAN PARLIAMENT - COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION 2004. Per uno sguardo antropologico sulle direttive europee, inoltre, si veda DEI FABIO 2006.

(4) In particolare: agopuntura, omeopatia, omotossicologia e fitoterapia.

(5) L'indagine è stata condotta da Fondazione Angelo Celli in base ha un progetto selezionato dalla Regione dell'Umbria e finanziato dall'allora Ministero della Sanità: FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA 2006.

(6) Il numero di iscritti varia a seconda delle categorie professionali: il medico di medicina generale può avere un massimo di 1500 iscritti mentre il pediatra di libera scelta 800.

(7) In effetti, sebbene dalle interviste non emerga esplicitamente, è abbastanza ovvio che uno dei tanti motivi – non unico ma certo importante – che conducono alcuni medici a praticare MNC sia quello legato a un desiderio di maggiore reddito personale. Gli interventi non convenzionali, dove e nella misura in cui essi non sono ammessi dalla normativa pubblica e dunque la loro pratica e le prescrizioni che ne derivano vengono attuate in un rapporto privatistico, possono costituire una cospicua fonte collaterale di guadagno.

(8) Le Aziende Sanitarie Locali, seguendo le direttive generali definite dalle politiche sanitarie nazionali, stabiliscono dei parametri concernenti la spesa sanitaria che si costruiscono attorno ai farmaci e alle indagini strumentali prescritte.

(9) Cfr. BAGAGLIA Carlotta 2005; FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA 2006.

(10) Un importante contributo in tal senso è stato dato dalle ultime acquisizioni in materia offerte dalla psiconeuroendocrinoimmunologia, branca della biomedicina che negli ultimi decenni ha messo in luce i meccanismi sottesi alle correlazioni fra il sistema immunitario, il sistema nervoso centrale e il sistema endocrino. Per un approfondimento vedi BOTTACCIOLI Francesco, *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*, II ediz., Red Edizioni, Milano, 2005.

Bibliografia

ANTISERI D. - FEDERSPIL G. - SCANDELLARI C. (curatori) (2003), *Epistemologia, clinica medica e la "questione" delle "medicine eretiche"*, Rubbettino Scientifica, Saveria Mannelli (provincia di Catanzaro).

BAGAGLIA C. (2005), *Biomedicina, terapias "alternativas" y el proceso de su integración en la asistencia primaria. Investigación en una zona central de Italia*, "AM. Rivista della Società Italiana di antropologia medica", n. 19-20, 2005, pp. 139-152.

BAGAGLIA C. (2006) *Pratiche, politiche e strategie d'inclusione delle medicine non convenzionali. Atteggiamenti e scelte operative di un gruppo di medici generalisti e pediatri di libera scelta in Umbria*, tesi di dottorato in Metodologie e tecniche della ricerca etnoantropologica, Università di Siena - Università di Perugia / Università di Cagliari [inedita].

BARTOCCIONI S. - BONADONNA G. - SARTORI F. (2006), *Dall'altra parte*, Rizzoli, Milano.

BELLAVITE P. *et. al.* (2003), *Indagine sulle medicine complementari. Risultati dell'indagine sulla conoscenza e l'utilizzo dei metodi non convenzionali e complementari da parte dei medici veronesi*, "Verona Medica. Bollettino dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Verona", annata XXXVIII, n. 4, ottobre 2003, pp. 8-15.

- BENOIST J. (1996), *Soigner au pluriel*, Editions Karthala, Paris.
- BOCCA M. - FLORINDI S. - CARDINI F. (2009), *Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008*, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia Romagna, Bologna (Dossier n. 187).
- BOTTACCIOLI F., *Psiconeuroendocrinoimmunologia. I fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi razionali della medicina integrata*, II ediz., Red Edizioni, Milano, 2005.
- BOTTACCIOLI F. (2005), *Medicine non convenzionali: evidenze scientifiche e prospettive di medicina integrata*, pp. 41-51, in FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA (enti curatori), *Terapie non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale* [Atti del Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale" (Perugia, 5 dicembre 2002)], Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Morlacchi Editore, 2005 [http://www.antropologiamedica.it/progetti/terapieNonConvenzionali/Terapie_non_convenzionali_ricerca.pdf]
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali) (1983), *XVII rapporto/1983 sulla situazione sociale del paese*, Franco Angeli Editore, Milano / in particolare: *Prevenzione e nuova medicina: l'autogestione della salute*, pp. 401-408.
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali) (1989), *La domanda di salute in Italia. Comportamenti e valori dei pazienti negli anni '80*, Franco Angeli Editore, Milano.
- CIPOLLA C. - ROBERTI DI SARSINA P. (2009), *Le peculiarità sociali delle medicine non convenzionali*, Franco Angeli Editore, Milano.
- COCCONI G. (2002), *Indagine conoscitiva sulle medicine non convenzionali a Parma*, "Parma Medica. Bollettino dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Parma", n. 3, maggio-giugno 2002, pp. 18-28.
- COCCONI G. - CAMMINATI G. (2005), *Medicine non convenzionali: inchiesta a Parma*, pp. 121-131, in SECONDULFO D. (curatore), *Medicina medicine. Le cure "altre" in una società che cambia*, "Salute e Società", anno IV, n. 3, ottobre 2005 (numero monografico).
- COLOMBO E. - REBUGHINI P. (curatori) (2003), *La medicina che cambia. Le terapie non convenzionali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- COLOMBO E. - REBUGHINI P. (2004), *Un diverso sapere medico: le terapie non convenzionali tra conoscenza ed esperienza*, pp. 73-119, in GUIZZARDI G. (curatore), *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*, Il Mulino, Bologna.
- COLOMBO E. - REBUGHINI P. (2006), *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carocci, Roma.
- COUNCIL OF EUROPE (1999), *Resolution 1206. An European approach to non-conventional medicines* [<http://www.medicinanonconvenzionale.net/Download/ConsiglioEuropa1999.pdf>]
- CUTTINI M. - GIANNELLI M. (2003), *La diffusione della medicina non convenzionale in Toscana: dati di popolazione*, pp. 60-64, in BAUTTI E. (curatore), *Medicine non convenzionali in Toscana. Progetto di studio Firenze*, Regione Toscana (Servizio Sanitario della Toscana, Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 8).
- DEI F. (1996), *Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità*, "I Fogli di ORISS. Luoghi di confine tra antropologia psicologia, medicina e psichiatria", n. 5, agosto 1996, pp. 29-55.
- DEI F. (2005), *Normative europee sulle medicine non convenzionali: uno sguardo antropologico*, pp. 51-66, in FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA (enti curatori), *Terapie non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale* [Atti del Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale" (Perugia, 5 dicembre 2002)], Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Morlacchi Editore, 2005 [http://www.antropologiamedica.it/progetti/terapieNonConvenzionali/Terapie_non_convenzionali_ricerca.pdf]

DOXA (Istituto per le Ricerche Statistiche e l'Analisi dell'Opinione Pubblica) (1999), *Ricerca sui consumatori di rimedi omeopatici. Risultati d'indagine*, Milano.

EURISPES (Istituto di Studi Politici, Economici e Sociali), *Rapporto Italia 2006* [http://www.eurispes.it/index.php?option=com_content&view=article&id=584:rapporto-italia-2006&catid=47:rapporto-italia&Itemid=222]

EURISPES (Istituto di Studi Politici, Economici e Sociali), *Rapporto Italia 2010* [http://www.eurispes.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1095:rapporto-italia-2010&catid=47:rapporto-italia&Itemid=222]

EUROPEAN COUNCIL (1992), *Council directive 92/73/EEC of 22 September 1992* [http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=en&type_doc=Directive&andoc=1992&nu_doc=73]

EUROPEAN PARLIAMENT (1997), *Resolution on the status of non-conventional medicine* [<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A4-1997-0075+0+DOC+XML+V0//EN>]

EUROPEAN PARLIAMENT - COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION (2004), *Directive 2004/24/EC* [<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=L:2004:136:0085:0090:en:PDF>]

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI (FNOMCEO) (2002), *Linee guida della FNOMCEO su medicine e pratiche non convenzionali. Terni 17-18 maggio 2002* [<http://www.siom.it/documenti/news2002/fnomceo.pdf>]

FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA (enti curatori) (2006), *Terapie non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale*, Morlacchi Editore, Perugia [http://www.antropologiamedica.it/progetti/terapieNonConvenzionali/Terapie_non_convenzionali_ricerca.pdf]

GIARELLI G. (2005), *Medicine non convenzionali e pluralismo sanitario. Prospettive e ambivalenze della medicina integrata*, Franco Angeli Editore, Milano.

GIARELLI G. - ROBERTI DI SARSINA P. - SILVESTRINI B. (2007), *Le medicine non convenzionali in Italia. Storia, problemi e prospettive d'integrazione*, Franco Angeli Editore, Milano.

GODEAU E. (1998), *Il paradosso del medico malato*, "Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali", n. 5, 1998, pp. 9-18.

GUIZZARDI G. (2005), *Medicine altre: che fare? Dibattiti, soluzioni, trasformazioni*, pp. 25-48, in SECONDULFO D. (curatore), *Medicina medicine. Le cure "altre" in una società che cambia*, "Salute e Società", anno IV, n. 3, ottobre 2005 (numero monografico).

HEALTH MONITOR COMPUGROUP MEDICAL - IL SOLE 24 ORE SANITÀ (2011), *L'omeopatia piace ai medici di medicina generale*, "Il Sole 24 Ore Sanità", 12-18 aprile 2011 [<http://www.cgm-healthmonitor.it/pageflip/HM.html>]

ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) (2003), *La cura e il ricorso ai servizi sanitari. Indagine multiscopio sulle famiglie: Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma.

ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) (2007), *Le terapie non convenzionali in Italia. Anno 2005* [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070821_00/testointegrale.pdf]

LALLI P. (1988), *L'altra medicina e i suoi pazienti. Un'indagine nel sociale delle pratiche di cura alternative*, prefazione di Franco CRESPI, Editrice CLUEB, Bologna.

LOSI N. (1990), *Gli amici dell'acqua*, Franco Angeli Editore, Milano.

MENNITI-IPPOLITO F. - DE MEI B. (1999), *Caratteristiche d'uso e livelli di diffusione della medicina non convenzionale*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999, pp. 489-497 [volume monografico dedicato a *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, a cura di R. RASCHETTI - G. BIGNAMI, pp. 473-549].

MENNITI-IPPOLITO F. - GARGIULO L. - BOLOGNA E. - FORCELLA E. - RASCHETTI R. (2002), *Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey*, "Pharmacoepidemiology and Prescription", n. 58, 2002, pp. 61-64.

- PARLIAMENTARY ASSEMBLY COUNCIL OF EUROPE (1999), *Resolution n. 1206. A European approach to non conventional medicines*, [www.assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/ERES1206.htm]
- PIZZA G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- RANISIO G. - CRESCENZO S. (curatori) (2005), *Medici di famiglia, pazienti e pluralismo terapeutico: una ricerca in Campania*, Samnium Medica, Benevento.
- RASCETTI R. - BIGNAMI G. (curatori) (1999), *Una riflessione multidisciplinare sul fenomeno "terapie non convenzionali"*, "Annali dell'Istituto Superiore di Sanità", vol. XXXV, n. 4, settembre-dicembre 1999 (numero monografico, pp. 473-549).
- SANTOS K. - VAS J. (2011), *CAMBRELLA. Una red europea de investigación en medicina complementaria y alternativa*, "Revista Internacional de Acupuntura", vol. 5, n. 4, 2011, pp. 130-134.
- SECONDULFO D. (curatore) (2005), *Medicina/Medicine. Le cure "altre" in una società che cambia*, "Salute e Società", anno 4, n. 4, settembre-dicembre 2005 (numero monografico).
- SEPPILLI T. (2003), *Antropologia medica "at home": un quadro concettuale e la esperienza italiana*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 15-16, ottobre 2003, pp. 11-32.
- SEPPILLI T. (2005), *Editoriale*, pp. 7-20, in SECONDULFO DOMENICO, *Medicina/Medicine. Le cure "altre" in una società che cambia*, "Salute e Società", anno 4, n. 4, settembre-dicembre 2005 (numero monografico).
- SEPPILLI T. (2005), *La ricerca sulle medicine non convenzionali nella regione umbra: risultati e ricadute operative*, pp. 5-40, in FONDAZIONE ANGELO CELLI PER UNA CULTURA DELLA SALUTE - REGIONE DELL'UMBRIA (enti curatori), *Terapie non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale* [Atti del Convegno "Medicine non convenzionali. Esiti della ricerca in Umbria e percorsi per l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale" (Perugia, 5 dicembre 2002)], Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute - Morlacchi Editore, 2005 [http://www.antropologiamedica.it/progetti/terapieNonConvenzionali/Terapie_non_convenzionali_ricerca.pdf]
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001), *Legal status of traditional medicine and complementary/Alternative medicine: A worldwide review*, World Health Organization, Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004), *Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine* [http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5325e/]
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) *Traditional medicine strategy 2002-2005* [www.who.in/media-center]

Scheda sull'Autrice

Carlotta Bagaglia è nata a Perugia nel 1973. Si è laureata presso la Sezione antropologica del Dipartimento Uomo & Territorio, Facoltà di lettere e filosofia dell'Università degli studi di Perugia, nel 2001. Nel 2006 ha conseguito il dottorato in Metodologie della ricerca etno-antropologica (Università degli studi di Siena - Università degli studi di Perugia - Università degli studi di Cagliari). Dal 2001 lavora come antropologa nella Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia), dove si occupa di progettazione, ricerca e formazione. È membro della Società italiana di antropologia medica. È autrice di *Biomedicina, terapie "alternative" y el proceso de su integración en la asistencia primaria. Investigación en una zona central de Italia*, "AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 19-20, ottobre 2005, pp. 139-152 / *Los cursos de formación desarrollados por el proyecto Salud para todos en América Latina*, pp. 31-40, in *El proyecto Salud para todos en América Latina. Manual de referencia, marco teórico-metodológico, experiencias y repertorio de buenas prácticas* [pubblicato anche in lingua inglese e portoghese], Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute, 2007 / *Introduzione*, "Thule. Rivista italiana di studi americanistici", n. 20-21, 2007, pp. 7-10 [numero monografico dedicato

a *Questioni di antropologia medica nel Continente americano*, a cura di Claudia AVITABILE - Carlotta BAGAGLIA - Tullio SEPPILLI].

Riassunto

Percorsi d'inclusione delle medicine non convenzionali nelle attività di un gruppo di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in una regione italiana

Nell'ambito di una più ampia attività di ricerca su "medici di primo livello" che praticano anche medicine non convenzionali, vengono qui selezionati alcuni esiti concernenti il ricordo delle motivazioni e degli accadimenti che hanno portato questi operatori biomedici ad avvicinarsi ad alcune medicine non convenzionali e a praticarle, i loro vissuti soggettivi, le modalità attraverso le quali costruiscono e strutturano le loro pratiche "non convenzionali" ed infine le modalità soggettive attorno alle quali essi si rappresentano la legittimità del proprio operato a fronte degli altri colleghi e di contro ad un vuoto normativo che caratterizza l'attuale situazione italiana.

Parole chiave: medici di primo livello, medicine non convenzionali, legittimità, legittimazione.

Résumé

Parcours d'inclusion de soins non conventionnels dans les activités d'un groupe de médecins généralistes et de pédiatres de libre choix dans une région italienne

Dans le contexte d'un plus ample travail de recherche sur les médecins de 'premier recours' qui exercent aussi des soins non conventionnels, l'article souligne certains aspects de la mémoire des motivations et des événements qui ont conduit certains bio-médecins à exercer des soins non conventionnels, leur vécus personnels, les modalités à partir des quelles ils construisent et structurent leur pratiques et enfin les modalités subjectives à partir des quelles ils représentent à eux mêmes la légitimité de leurs actions face à leur collègues, et face au vide normatif qui caractérise la situation italienne actuelle.

Mots-clés: médecins de 'premier recours', non conventionnels médecins, légitimité.

Resumen

Camino de inclusión de las medicinas no tradicionales en las actividades de un grupo de médicos generalistas y pediatras de libre elección en una región italiana

En el ámbito de una investigación más amplia sobre médicos de atención primaria que practican también medicinas no convencionales, se seleccionan en este trabajo algunos resultados que se refieren al recuerdo de las motivaciones y de los hechos que han llevado a estos operadores biomédicos a acercarse a algunas medicinas no convencionales y a practicarlas, a sus vivencias subjetivas, a las modalidades a través de las cuales construyen y estructuran sus prácticas “no convencionales” y finalmente a las modalidades subjetivas alrededor de las cuales se representan la legitimidad del propio trabajo frente a otros colegas y contra un vacío normativo que caracteriza la actual situación italiana.

Palabras clave: médicos de atención primaria, medicinas no convencionales, legitimidad.

Abstract

Paths to inclusion of non-conventional medicines into the activities of a group of general practitioners and primary health care paediatricians in an Italian region

Drawing from a larger research work on “primary health care doctors” who also practise non-conventional medicines, this paper presents some results regarding the memory of motivations and happenings that have led these biomedical practitioners to approach and practise some non-conventional medicines, as well as their subjective experiences, the methods they use to construct and structure their “non-conventional” practices and the subjective modes around which they represent to themselves the legitimacy of their actions in facing their colleagues and facing, at the same time, the normative gap that characterise the actual Italian situation.

Keywords: primary health care practitioners, non-conventional medicines, legitimacy.